QUARANTE-TROISIÈME ANNÉE — N° 1 — DIMANCHE 2 JANVIER 1921

Fondé en 1879 par Auguste CÉZILLY
Rédigé et dirigé par H. JEANNE (1900-1914).

LE CONCOURS MÉDICAL

ORGANE HEBDOMADAIRE DES PRATICIENS
Groupés dans la Société « Le CONCOURS MÉDICAL » et ses Filiales

ADMINISTRATION & PUBLICITÉ
C. BOULANGER, ADMINISTRATEUR

ABONNEMENTS :

France	24 fr.
Etranger	28 »
Etudiants (*France*)	12 »
Le numéro	50 cent.

Chèques Postaux Paris 167-95

DIRECTION
MM. les Drs A. GASSOT, *Directeur*; A. MAURAT; H. CEZILLY; J. NOIR; P. BOUDIN docteur en droit; M. VIMONT; G. DUCHESNE.
MM. P. CEZILLY, J. DUMESNY, licenciés en droit; C. BOULANGER.

RÉDACTION
Dr J. NOIR, RÉDACTEUR EN CHEF
Drs P. LACROIX et G. DUCHESNE
SECRÉTAIRES DE LA RÉDACTION

N.-B. — Les manuscrits, publiés ou non, ne sont pas rendus.

Rédaction et Administration : 132, rue du Faubourg St-Denis, PARIS (10e). Téléphone : Nord 48-17

Quarante-troisième année. N° 1 2 Janvier 1921.

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

Office de Renseignements du « Concours »

DON. — Nous avons reçu à titre de don à la Société civile du *Concours médical*, de M. le Dr BAZOT de Joigny (Yonne), la somme de six francs, pour bons offices du journal.

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum, aux* « demandes et offres ».

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne, qui est versé dans la caisse de la Société civile du Concours Médical). *Adresser un mandat ou mieux verser au compte de chèques postaux,* CONCOURS MÉDICAL, *Paris 167-95.*

Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse.**

N° 759. — A vendre, torpedo Berliet 15 HP., 1920, sortant usine. Occasion exceptionnelle. Faire offres au docteur Costes, Villefranche-de-Rouergue (Aveyron).

N° 760. — Nourrice au sein prendrait enfant. S'adresser à Madame Pierre Richard, à Rosenclan. Le Vieux-Marché (Côtes-du-Nord).

N° 761. — A vendre établissement thermal région sud-ouest. S'adresser à M. Rieumajou, à la Salvetat (Gers).

N° 762. — Berliet 15 HP., 1920, livrable 1re quinzaine février 1921, à vendre.

N° 763. — Infirmière sage-femme et son mari cherchent place ensemble dans clinique ou hôpital. Ecrire : Coffinet, hôpital de Galuzot, Montceau-les-Mines (Saône-et-Loire).

N° 764. — Caus. doub. emp., à céder prix coût, droits d. lux. compr., 33.000 fr., sort. de car. fin déc. Buire 1920, 12-14 HP., écl., démar. élec., compt. kil., mont. 8 jours, roue de rech., outils, en ét. de march., car., belle cond. int., gr. luxe, solide, et conf., 3 à 4 pl., peint. et drap bleu, ébénist. intér.. coffres. sièges. et marchepied, etc.

N° 765. — Vinot 10 HP., 1914, conduite intérieure, 2 places et strapontin, revue usine, parfait état, pneus neufs. 15.000 fr. D. Drouet, 38, Bd. Richelieu, Rueil. Tél. 90.

CORRESPONDANCE

Formules de novarsénobenzol.

J'ai lu avec intérêt l'article du professeur Gougerot, dans le n° 49 de cette année. Deux formules de 914 injectable y sont transcrites. Je crois que vous rendriez grand service aux praticiens en demandant à vos collaborateurs médicaux, d'indiquer le *modus faciendi* de la préparation et de vérifier si le titre de la solution de glucose à 125 °/₀, est bien exact.

J'ai fait exécuter la formule. Or, le pharmacien n'a pu me livrer qu'une émulsion instable du produit.

Soyez assez aimable de me répondre directement ou par voie du journal.

Dr L. M.

Réponse

Ces formules sont, en effet, de préparation un peu délicate, Le mieux serait, pour obtenir tous détails, que vous écriviez aux Établissements Poulenc (92, rue Vieille-du-Temple), préparateurs du novarsénobenzol Billon.

Application du Tarif Breton.

I

Au Dr Decourt

Pour vous récompenser de toute la peine que vous vous êtes donnée en travaillant pour nous, vous avez entendu pas mal de choses désagréables de la part de confrères qui me paraissent surtout posséder à un haut degré l'esprit de contradiction. Mais vous savez bien que ceux qui sont contents ont généralement la paresse de dire merci, tandis que les grincheux sont intarissables. Soyez assurés que l'immense majorité des médecins français vous est reconnaissante d'avoir lutté pour elle et d'avoir triomphé, car le tarif Breton constitue inconstestablement un gros progrès sur le Dubief même doublé et agrémenté du cumul.

En ma qualité de banlieusard, je vous suis particulièrement reconnaissant d'avoir obtenu notre assimiliation aux médecins de la ville, mais je prévois sur ce point des discussions sans fin avec les assurances et j'espère que nous pourrons compter sur l'appui du « Sou médical ».

Une première complication résulte de ce que c'est le domicile du blessé qui compte et non pas celui du médecin. Une difficulté plus grande provient du texte même de l'article 1er :

« La banlieue des villes de 100.000 habitants et au-dessus comprend les communes situées dans un *périmètre de* 2 *km.* à partir de la limite administrative des dites villes. » La commune de Lormont, par exemple, touche Bordeaux, mais a une étendue de plusieurs km. Toute la commune rentre-t-elle dans la première catégorie ou seulement la partie de la commune qui n'est pas éloignée de plus de 2 km. de la limite administrative de Bordeaux ?

La logique est en faveur de la première interprétation et aussi le texte du tarif qui dit un peu plus loin : « Le prix de la consultation au cabinet du médecin est respectivement fixé à 8 fr. et à 7 fr. suivant que *la commune*, lieu de résidence du blessé (et pas les fractions de communes comprise dans les 2 km) appartient à la première ou à la seconde des deux catégories ci-dessus. »

Mais les compagnies d'assurances n'ont cure de la logique et des textes et je crains bien des difficultés sur ce point. Je vous serai très reconnaissant de vouloir bien me donner votre avis autorisé dans le *Concours médical.*

Dr B.

Réponse

1° Combien il est malaisé d'écrire clairement quand il s'agit d'un texte que chacun s'apprête à « torturer » en justice. Oui, c'est moi, en effet, qui ai eu l'idée du *périmètre de banlieue des grandes villes*, autres que Paris. J'avais demandé cinq kilomètres, je n'ai réussi qu'à faire admettre « 2 kilomètres à partir de la limite administrative des dites villes ». Quand on parle de communes situées dans le dit périmètre, il semble évident et logique — et en tous cas c'est ce que la commission a voulu dire — qu'il s'agit des communes dont l'agglomération, le chef-lieu, le centre, tout ce que vous voudrez, se trouve dans ce périmètre ; auquel cas, *toute* la commune est de la première catégorie, quelle que soit, dans cette même commune, la distance du domicile du blessé.

D'ailleurs, comme vous le faites justement remarquer, il est dit, article 2, *in fine*, à propos des prix de consultation à 8 et 7 francs « suivant que la *commune*, lieu de résidence du blessé, appartient à la première ou à la deuxième des deux catégories ci-dessus.

2° Pourquoi est-ce le domicile du blessé et non celui du médecin qui compte ?

Voici pourquoi, et j'ai vivement insisté sur ce point à la sous-commission pour que deux blessés voisins, ou même habitant la même maison, ne soient pas l'objet d'un tarif *différent suivant les médecins* qui les soignent, comme si les deux confrères n'avaient pas la même « valeur ».

De cette façon, les tarifs *diffèrent suivant le lieu*, et non suivant le médecin, ce qui est une atténuation à cette bizarrerie de deux catégories.... en attendant le Tarif unique que j'espère bien un jour.

Dr F. Decourt.

II

Je serais heureux d'avoir votre avis au sujet de l'interprétation de l'art. 15 du tarif Breton, dont vous êtes un des promoteurs et au sujet duquel je suis en litige avec la Compagnie Z.

Me basant sur le 2e alinéa de cet article :

« Les soins qui font l'objet des tarifs de chirurgie et de spécialité, s'ils sont donnés par des médecins de la campagne ou de la ville, en ce qui concerne la pratique courante, seront rémunérés au tarif où ils sont inscrits dans chacune des catégories techniques ». J'ai tarifé 20 fr. une incision d'abcès, donc au tarif où elle est inscrite dans sa catégorie technique, chirurgie.

La Compagnie Z. tarife 15 fr., prétendant que catégorie technique veut dire catégorie de ville ou de campagne (1re ou 2e) ce qui me paraît être une interprétation erronée.

A mon avis, seuls les soins de l'article 16 doivent être diminués de 25 % pour la 2e catégorie et s'il devait en être de même pour ceux des art. 17 et suivants, je ne vois pas ce que signifierait le 2e alinéa de l'art. 15.

La Z. me conseille de vous soumettre le différend, je suis heureux de m'en remettre à votre arbitrage.

Dr B.

Réponse

1° La population du lieu de résidence de votre blessé étant au-dessous de 100.000 habitants, la compagnie *la* Z.... a raison de réclamer 25 % de rabais sur les chiffres indiqués, MAIS en se basant sur le 1er paragr. de l'art. 15 qui parle des 2 catégories *locales* définies au 1er paragr. de l'art. 1er.

Par contre, son interprétation des mots « catégories *techniques* » qui se trouvent art. 15 *in fine*, est erronée. Ces mots signifient les diverses sections du tarif concernant les cas techniques de chirurgie ou des multiples spécialités.

2° Si la Z... avait raison, demandez vous, que signifie le 2e alinéa de l'art. 15.

Il vous donne le droit de réclamer le prix des interventions inscrites dans les divers tarifs, de chirurgie ou de spécialité, alors que vous les avez pratiquées, sans être ni chirurgien de métier, ni spécialiste.

Dr Fernand DECOURT.

III

Je viens d'encaisser la première note présentée à une compagnie d'assurances depuis le tarif Breton.

J'avais ainsi libellé :

Une visite, 15 kilomètres à 1 fr....	15 fr.
Réduction d'une luxation d'épaule	47 fr. 50

L'article 13 m'interdit le cumul, me répond la Compagnie, et dès lors je n'ai pas droit à la visite paraît-il. Je ne comprends pas très bien, chaque fois que nous allons voir un blessé nous intervenons d'une façon quelconque. Prière de vouloir bien me renseigner.

Dr G.

Réponse.

Aux termes de l'article 13 du tarif Breton, en effet, il ne peut y avoir de cumul de la visite avec un acte opératoire quelconque.

Par exemple, puisque, au cours de la visite, vous avez fait la réduction d'une luxation de l'épaule, vous ne pouvez compter, en sus de l'honoraire alloué pour cette réduction, celui de 8 francs fixé par le tarif pour la visite.

Mais vous pouvez compter, bien entendu, l'indemnité kilométrique, soit 15 fr. pour les 15 kilomètres que vous avez parcourus à l'aller et au retour.

D'autre part, le prix de la visite comprend les petites interventions, telles que : pansement, massage, ventouses, pointes de feu, examen au spéculum.

Nous remarquons que vous avez compté 47,50 pour réduction de luxation de l'épaule. Le tarif alloue pour cette intervention 75 fr. pour la première catégorie, soit, pour la seconde, 56,25.

IV

Je viens d'être appelé à donner mes soins à un accidenté du travail : plaie par coup de pied de cheval.

Le premier jour : certificat, cinq points de suture, injection de sérum antitétanique et pansement. Je dois d'après le nouveau tarif compter, il me semble :

Certificat	5 fr.
Sutures	25 fr.
Injection de sérum	20 fr.

Le prix du pansement étant compris dans le prix des deux interventions. Le cumul existe donc encore avec le tarif Breton si ma manière de compter est exacte. Les jours suivants, j'ai fait un pansement, soit 8 fr. par consultation. Mais je tiens à vous signaler une anomalie :

Si je n'avais pas eu de sérum antitétanique, et si j'avais dû remettre l'injection au lendemain comme cela se fait souvent par nécessité, ce jour-là j'aurais compté l'injection de sérum 20 fr., mais n'aurais pu compter le pansement c'est-à-dire que je perdais 8 fr.

Voilà une curiosité du nouveau tarif que je tenais à signaler.

Dr C.

Réponse

Depuis la mise en vigueur du tarif Breton, il y a eu plusieurs discussions pour savoir, précisément, ce que vous demandez, si on peut compter

(*Voir la suite page XXXI-57*)

PROPOS DU JOUR

Nos souhaits : Que les médecins praticiens, conscients des dangers imminents que leur font courir une évolution sociale et scientifique très rapide, comprennent la nécessité urgente de s'organiser et de modifier leurs habitudes professionnelles.

Le souhait que nous formulons ci-dessus est notre *Delenda Carthago.* Dussions-nous passer pour radoteur, nous le répéterons sans cesse.

Le 13 novembre 1909, il y a donc exactement onze ans, lors de la célébration du XXV[e] anniversaire de la Fondation de l'Union des Syndicats médicaux de France, après avoir fait un tableau rapide de l'histoire de notre Fédération et des difficultés de ses débuts, nous conclûmes en manière de péroraison :

« Je vois poindre l'aurore lointaine où notre organisation, devenue parfaite, l'Etat, vraisemblablement transformé, voudra tirer parti des syndicats médicaux pour le plus grand bien de la société tout entière.

Ce jour-là, les syndicats médicaux auront charge de la sauvegarde de la santé publique. Ils recevront la mission d'éteindre un à un, par la prophylaxie, les fléaux qui nous déciment.

Et comme il ne serait pas juste que le médecin devînt la victime des services publics qu'il aurait rendus, je prévois que l'Etat, mû par le souci de la justice, *imposera à chaque citoyen l'assurance contre la maladie au syndicat médical.* Les primes de cette assurance, essentiellement variables et proportionnelles aux services rendus, n'auront rien de commun avec l'actuel abonnement. La liberté de confiance sera toujours respectée. Les médecins, ayant intérêt à supprimer la maladie, s'acharneront à en rechercher et à en faire disparaître les causes.

Et le syndicat répartira équitablement entre tous les confrères les primes d'assurance recueillies. Chacun aura sa part, sans que celui qui, par son dévouement ou son intelligence, aura rendu le plus de services, soit frustré du supplément légitime de ressources qu'un labeur plus grand ou plus utile devra lui assurer.

Mais je m'aperçois que je m'égare et que je vous mène en un voyage en pays d'Utopie.

Vous me le pardonnerez, car, comme l'a dit un profond sociologue (Benoit Malon) :

« Il est dans la nature humaine de ne pas se laisser priver d'idéal et de ne pouvoir accomplir de grandes actions sans l'impulsion toute puissante des sentiments altruistes. La poétisation de la lutte, la conviction que l'on se voue à quelque chose de supérieur (patrie, liberté, justice sociale), a toujours été la source de l'héroïsme et le chemin de la victoire ».

Nous n'avions pas pensé alors que nous serions si bon prophète, car c'est tout le programme de notre syndicalisme actuel qui se trouve résumé en ces quelques phrases. Seulement, notre organisation est encore loin d'être parfaite, et l'Etat n'est pas devenu pour nous la Providence que nous avions rêvée. Il nous faudra lutter longtemps pour le convaincre que seuls, les syndicats médicaux peuvent assurer la charge de sauvegarder la santé publique, que seuls, ils peuvent remplir efficacement la mission d'éteindre un à un, par la prophylaxie, les fléaux qui nous déciment. Les pouvoirs publics projettent la réalisation de l'assurance obligatoire contre la maladie, mais, nous ne voyons pas, dans ces projets, considérer le Syndicat médical comme le pivot de cette organisation nouvelle.

Il nous faudra donc lutter longtemps encore, parfaire notre organisation, rompre délibérément avec nos vieilles habitudes professionnelles, faire litière de notre antique routine.

***

« Je ne comprends pas pourquoi vous nous parlez d'hygiène sociale, nous écrivait naguère un confrère de province ; nous avons assez à faire en nous efforçant d'exiger le respect de l'hygiène tout court. Pourquoi rechercher l'aide des personnes étrangères à notre profession, nous embarrasser d'infirmières, de visiteuses, d'enquêteuses ? A quoi bon poursuivre l'élaboration de contrats collectifs ? Qu'avons-nous besoin de traiter avec l'Etat, les départements, les communes, les assureurs, pour soigner les indigents, les pensionnés, les sinistrés ? A quoi bon nous préoccuper de la mutualité, des caisses d'assurances maladies ? Que tous ces grou-

pements collectifs s'arrangent avec les malades et les blessés qui sont leurs ressortissants ; moi, je ne veux avoir à faire qu'au client qui réclame mes soins et qui doit m'honorer lui-même comme il convient. Qu'il se retourne après, si bon lui semble, vers l'Etat, le département, la commune, s'il est assisté ou pensionné ; vers le patron ou l'assurance, s'il est sinistré ; ceci n'est plus mon affaire, c'est la sienne et je m'en désintéresse absolument. »

Le confrère qui m'écrivait ceci était de toute bonne foi. Exerçant dans les circonstances les plus pénibles, se buttant à chaque pas aux obstacles sans nombre que dressait devant son activité une bureaucratie incompétente, routinière, paperassière et souvent malveillante, son regard devait se fixer, pour éviter les chutes, aux ornières de la route défoncée qu'il était obligé de parcourir. Il lui était impossible de voir de haut et de regarder au loin. Tout ce qui venait troubler la régularité de son labeur quotidien devenait une intolérable exigence et, avec la tendance si grande que nous avons à généraliser ce qui nous choque, ou simplement nous gêne, il condamnait d'emblée les innovations les plus utiles, parce qu'instaurées dans de mauvaises conditions, elles ne donnaient pas le résultat attendu.

Il nous a rappelé un de nos vieux maîtres de province, ancien interne de Dupuytren, chirurgien habile et clinicien de grande valeur, mais pourvu de l'esprit le plus réactionnaire, le plus routinier du monde :

« Pardieu, sacredieu ! nous disait-il un jour dans son langage familier, j'ai lu dans mon journal de médecine que M. Championnière obtient à Paris de surprenants résultats en pansant les plaies avec de l'eau phéniquée. Nous allons essayer et nous allons voir ».

Et notre bonhomme, avec des mains sales, lavait soigneusement une plaie suppurante avec l'eau phéniquée, y appliquait un large plumasseau de charpie recouvert d'une couche épaisse de cérat jaune exhalant une odeur rance, par-dessus, il étendait une autre couche de charpie imprégnée de solution phéniquée, mettait une compresse de toile usagée et fixait.

Le lendemain, il levait l'appareil, le pus coulait fétide avec la même abondance que la veille, et notre vieux bonhomme, haussant les épaules, concluait :

« Ah ! pardieu, sacredieu ! ces Parisiens sont inimaginables, ils nous racontent des sornettes avec leur antisepsie. Voyez le résultat du pansement phéniqué et jugez. »

C'est souvent ainsi que procèdent nombre de nos confrères quand il est question d'innover quelque chose.

L'Hygiène sociale existe, que nous le voulions ou non, depuis que l'on connaît l'origine des maladies, leurs modes de transmission et la possibilité de s'en préserver.

Nous nous trouvons en présence d'un fait et il n'est pas question de savoir si les progrès de la science troublent le train-train de notre vie routinière, si nos intérêts immédiats n'en sont pas compromis. Ce qui importe, c'est que nous sommes obligés de tenir compte de la transformation et de nous adapter, si nous voulons vivre, au milieu social qui s'est profondément modifié.

Si demain une loi applique à toute la France l'assurance-maladie telle qu'elle fonctionne en Alsace et en Lorraine, et que 75 % de nos clients bénéficient des caisses nouvelles, nous serons bien obligés, comme nos confrères alsaciens et lorrains, de nous adapter le mieux possible à la situation nouvelle, de tâcher d'imposer par nos syndicats, étroitement unis, le contrat collectif aux caisses d'assurances, et ceux d'entre nous qui ne voudront connaître que le malade isolé auront quelque chance de ne plus être honorés que par 25 pour 100 de leurs clients.

Résister ! Certes, c'est possible, dans quelques cas limités, mais pour pouvoir triompher, il faut savoir proportionner l'effort aux forces dont on dispose. 20.000 praticiens, défendant chacun leur intérêt individuel, ne peuvent, sans être ridicules, tenter de s'opposer à une réforme qui intéresse 40 millions de Français.

Il en est partout ainsi. Tous les jours nous constatons la nécessité d'une organisation nouvelle.

Hier, par exemple, nous fûmes appelés à soigner une malade qui paraissait atteinte d'un cancer de l'estomac. Plusieurs examens radioscopiques étaient indispensables pour permettre un diagnostic certain et conclure à la possibilité d'une intervention chirurgicale.

Ces examens radioscopiques entraînaient, au tarif minimum, plusieurs centaines de francs de frais. La famille, de petite aisance, ne voulut pas y consentir et la malade obtint à l'hôpital, gratuitement, des examens qu'elle était en mesure de rétribuer en partie.

Pensez-vous qu'en conscience, un médecin

praticien puisse au cas échéant se passer des données de la radioscopie ? Croyez-vous qu'il est logique que le praticien soit obligé d'abandonner son malade de petite aisance à la gratuité de l'hôpital parce qu'il ne peut, faute d'une organisation collective suffisante, faire faire un examen radioscopique indispensable ?

Il en est de même pour toutes les interventions de laboratoire. Nos confrères qui ont ouvert à Paris des laboratoires privés se plaignent avec raison de la concurrence que leur font les laboratoires gratuits (Laboratoire municipal, Institut Pasteur). Ces derniers cherchent bien à réagir ; le flot d'innombrables clients rend leur besogne singulièrement difficile. Mais, que peut répondre le praticien quand le client modeste qu'il adresse à un laboratoire privé lui répond qu'il ne peut faire les frais de l'examen et que, déjà appauvri par la maladie qui l'oblige au chômage, par les frais de médecin, de pharmacien, il ne peut encore subvenir aux dépenses du laboratoire ?

Et cependant, peut-on, en conscience, actuellement, se passer du laboratoire ? Chaque jour, un Wassermann positif vous indique le traitement qui s'impose à un malade atteint d'une lésion des centres nerveux ou d'une affection artérielle. L'examen des crachats d'une malade qui, à la suite d'une grave hémoptysie, présentait tous les signes d'une tuberculose pulmonaire à marche aiguë, nous a démontré, contre toute attente de notre part, que la maladie était causée par l'association d'un spirochète et du pneumocoque. Ces faits seraient de plus en plus fréquents, si les examens de laboratoires, systématiquement faits, venaient en aide à la clinique. Combien d'erreurs seraient reconnues à temps ? Combien de vies humaines épargnées ou prolongées ?

Autre exemple : un de nos maîtres en chirurgie conseille à une de ses opérées plusieurs séances de radiumthérapie. Après s'être renseignée, la famille est terrifiée des frais qu'entraînera le traitement. Elle envisage l'hôpital et conclut mélancoliquement :

« Il faut être multimillionnaire ou indigent pour être convenablement soigné aujourd'hui. »

Dans cette boutade, il y a une grande part de vérité.

N'accusons pas les progrès de la Science, ce serait sot.

Ne nous en prenons pas aux hôpitaux, aux largesses de l'Assistance, ce serait courir à un échec. Il y a au moins trente ans que la campagne contre les abus de l'hospitalisation est ouverte à Paris et ses résultats sont encore attendus.

Accusons notre mauvaise organisation professionnelle qui n'est pas adaptée aux progrès de la Science. Un des remèdes, notre confrère d'Agen, le Dr Roulliès, nous l'a indiqué, en créant sa maison médicale de diagnostic. Mais comme il n'y a pas, dans chaque ville de France, des Mécène de la haute intelligence, de la grande générosité et de la remarquable prévoyance du Dr Roulliès, il convient que les syndicats médicaux s'inquiètent de cette organisation nouvelle, qu'ils la réalisent au moyen de contrats avec les collectivités diverses : État, communes, caisses d'assurances, mutualités, syndicats, sociétés de toutes sortes, qui peuvent et doivent coopérer à la bonne organisation de l'art médical, organisation qui doit faciliter la tâche du médecin au plus grand bénéfice du malade.

Aussi, au début de 1921, nous émettrons comme unique souhait :

Faisons des vœux pour que les médecins praticiens, enfin conscients des dangers imminents que leur fait courir une évolution sociale et scientifique rendue très rapide par la guerre, comprennent enfin qu'il est d'urgente nécessité de transformer totalement l'organisation de l'art de guérir et de modifier profondément leurs habitudes professionnelles.

J. Noir.

PARTIE SCIENTIFIQUE

CLINIQUE MÉDICALE

Hôpital Saint-Louis
Annexe Grancher : M. Jules RENAULT.

Polyclinique.

Ostéite méta-typhique.
Rétrécissement cicatriciel de l'œsophage.
Lymphadénie.

Bien que la malade que je vais vous présenter n'appartienne pas au service, en raison de la similitude que nous offre son cas avec celui de l'un des enfants dont nous aurons à nous occuper dans un instant, j'appelle immédiatement votre attention sur elle : une masse ganglionnaire bilatérale fait perdre au cou sa forme normale. Celui-ci est élargi dans toute sa hauteur et dans des proportions démesurées depuis la région sus-claviculaire jusqu'à l'angle de la mâchoire. La peau est mobile sur le ganglion, mobile lui-même, ou plutôt sur *les* ganglions car, si vous palpez tout doucement, vers la profondeur, au-dessus d'une masse qui paraît homogène, vous pouvez différencier quelques ganglions plus petits, surtout sous le maxillaire. Notons que ces derniers ganglions, au dire de la malade, ont autrefois suppuré.

***

L'enfant de 12 ans que vous avez maintenant sous les yeux présente une lésion du membre inférieur gauche. Il y a six semaines, cet enfant fit chez lui une fièvre typhoïde à évolution tout à fait normale. Au moment de la défervescence, il y a une quinzaine de jours environ, l'enfant accusait une douleur persistante, accompagnée de rougeur, siégeant au tiers supérieur de la cuisse. On pense à un abcès : incision, une grande quantité de pus sourd aussitôt et il s'en échappe encore par la fistule que vous apercevez. Or, l'état local n'a pas été modifié : la partie supérieure de la cuisse est augmentée de volume, un œdème luisant s'étend sur toute la longueur du membre. Les doigts s'y impriment en godet. Si nous fléchissons la cuisse sur le bassin, nous voyons celui-ci se déplacer. Nous devons donc penser, soit à une ostéite du fémur, soit à une ostéo-arthrite, soit enfin à une infection de toute la région coxo-fémorale. L'œdème fait songer à une *plegmatia alba dolens*, car il y a une véritable gène de la circulation veineuse.

Or, la radiographie nous donne un résultat presque négatif. Il s'agit simplement d'une ostéite sous-périostée qu'il faut opérer et vous verrez alors tous ces phénomènes disparaître. L'ostéite post-typhique est plus fréquente chez l'enfant que chez l'adulte. La fièvre typhoïde est, comme vous le savez, une infection sanguine généralisée et le bacille d'Eberth peut se localiser sur les os et les articulations, mais cette localisation est quatre fois plus fréquente chez l'enfant que chez l'adulte ; son intensité est également beaucoup plus marquée chez le premier que chez ce dernier.

La localisation typhique peut se faire, soit sur les os longs, soit sur les cartilages de conjugaison. Les douleurs peuvent se montrer plusieurs mois avant l'apparition de tout abcès et donnent ainsi le change sur leur véritable origine : c'est là une première forme.

Une deuxième forme est caractérisée par les signes d'ostéopériostite aiguë.

Sur des malades très affaiblis, cachectisés, comme il arrive souvent après une typhoïde ou longue ou grave, l'ostéopériostite affecte une allure suraiguë et les malades sont emportés en 3 ou 4 jours. C'est là une forme foudroyante dont il il faut bien connaître l'éventualité.

Il est enfin une forme chronique avec déformation osseuse : celle-ci peut durer plusieurs mois.

Mais le bacille d'Eberth peut aussi se localiser dans l'intérieur même de l'articulation : c'est l'arthrite infectieuse, puis suppurée, analogue à celle que nous rencontrons dans la scarlatine ou dans la blennorrhagie.

J'appelle votre attention sur ce fait : ce n'est pas toujours le bacille d'Eberth qui, au décours de la typhoïde, produit l'ostéo-arthrite suppurée à forme grave, où la douleur est très vive, la température élevée, tout mouvement impossible..., il y a souvent une infection secondaire surajoutée : le streptocoque et surtout, le staphylocoque doré sont en cause.

On va donc opérer notre petit malade, drainer sa plaie. Si nous avons affaire à du bacille d'Eberth seul, nous pouvons pronostiquer la guérison dans quelques semaines ; si, au contraire, l'examen du laboratoire nous révèle du staphylocoque, cela sera beaucoup plus long. Vous voyez comment notre pronostic sera basé sur le résultat de l'examen bactériologique.

***

Notre troisième malade a 14 ans. Petit, mince, grêle, chétif, souffreteux, la peau atone, les mem-

RECOUVREMENTS D'HONORAIRES MÉDICAUX

M. Louis AUDEBERT, Avocat, *Directeur du Contentieux de Syndicats Médicaux. Administrateur d'immeubles.*

5, rue des Saints-Pères, PARIS, Tél. Saxe 48-53.

Pour toute demande de renseignements écrire à Mᵉ Audebert, en joignant un timbre pour la réponse.

AVIS

Nous tenons à la disposition de nos lecteurs les imprimés suivants :

IMPRIMES DIVERS

Accidents du travail

Notes d'honoraires médicaux. Mémoires de fournitures pharmaceutiques prévues par l'arrêté ministériel du 8 juillet 1920.

Certificats. — Certificats pour blessés d'accidents du travail.

Mémoires d'expertises. — Accidents. — Mémoires d'expertises médicales concernant les accidents du travail.

Justice criminelle

Mémoires de frais de justice criminelle (honoraires). **Mémoires de frais de justice criminelle** (fournitures).

Ces imprimés sont établis d'après le format officiel.

Feuilles de Comptabilité, servant à établir le compte de chaque client.

(*Modèles se trouvant dans l'Agenda-Memento du Praticien,* édition 1920).

Ces différents imprimés sont envoyés au prix de franco :

Les 50 ..... 5 fr. »»
Le 100 ..... 8 fr. »»
Les 500 ..... 35 fr. »»
Les 1000 ... 60 fr. »»

Adresser les commandes accompagnées du montant à M. C. Boulanger, administrateur du Concours médical, *132, faubourg St-Denis. Paris.*

bres trop longs, le thorax rétréci, le ventre élargi, il nous donne l'aspect d'un petit tuberculeux pulmonaire et péritonéal. A l'auscultation, la chose est indiscutable. Mais nous ne trouvons, à l'examen du ventre, ni ballonnement, ni empâtement. On l'a opéré autrefois pour une appendicite.

Or, à l'âge de 9 ans, cet enfant a avalé de la potasse caustique. On n'y prêta pas, il faut le croire, autrement attention...

Il y a une quinzaine de jours, cet enfant nous fut conduit *parce qu'il vomissait.* En le surveillant de plus près, l'infirmière nous fait observer qu'il avale assez facilement le lait ou tout autre liquide, mais dès que des substances solides sont ingérées, l'enfant se plaint de douleurs à la partie inférieure de la poitrine pendant une heure environ et finit par vomir. S'agissait-il d'un spasme du pylore, d'une gastrite ? La radioscopie seule pouvait nous éclairer.

Eh bien ! celle-ci nous permet de reconnaître une vaste poche siégeant à la partie inférieure de l'œsophage, au-dessus d'un long rétrécissement très serré.

Des trois variétés de rétrécissement auquel il faut penser chez l'enfant : rétrécissement congénital, rétrécissement cicatriciel, compression médiastinale, la seule possible est donc le rétrécissement cicatriciel consécutif à l'ingestion de la potasse caustique. Le rétrécissement congénital eut donné, dès les premiers jours de la naissance, les symptômes qui auraient frappé la famille et le médecin. La compression médiastinale est éliminée par l'auscultation. L'enfant présente donc un rétrécissement très serré avec une poche au-dessous de ce rétrécissement. Sonder cet enfant ? Mais c'est l'exposer aux conséquences d'une fausse route. Songeons aussi qu'il est tuberculeux. Il est probable que les ulcérations de la poche, d'abord banales, se sont transformées en ulcérations tuberculeuses. La famille ne nous y autorisant pas, nous ne pouvons faire pratiquer, à ce petit malade, une gastrotomie : celle-ci aurait permis de l'alimenter plusieurs semaines durant, pendant que ses ulcérations se seraient peut-être cicatrisées. On aurait pu tenter alors, avec une extrême prudence, le cathétérisme progressif de l'œsophage. Cette manœuvre aurait-elle donné un résultat ? C'est peu probable, car l'accident remonte à 5 ans. En tout état de cause, le pronostic est des plus sombres.

***

Le quatrième malade que je vous présente ce matin a beaucoup d'analogie avec la jeune femme que vous avez examinée au début de la visite. Mais ici, la masse ganglionnaire est beaucoup plus volumineuse encore, avec tendance à développement unilatéral. Masse mobile avec peau mobile sur les ganglions. Plus bas, au palper, vous sentez ceux-ci s'individualiser sous le doigt et vous les faites également rouler dans tous les sens. Du même côté, vers l'aisselle gauche, nous apercevons une autre tumeur nous présentant les mêmes signes que ceux que nous avons relevés au niveau de la tumeur cervicale.

Rien dans l'aisselle droite. A l'auscultation, un léger souffle médiastinal peu important : il n'y a donc pas une grosse adénopathie bronchique. Notez, par contre, une fièvre constante et assez élevée.

Il y a 15 mois, cette tumeur débuta insidieusement vers l'angle inférieur de la mâchoire. Puis, il y eut de la fièvre, une sensation de fatigue accusée, suivies d'amélioration ; la poussée aiguë sembla disparaître ; on crut même à une guérison totale. La récidive apparut bientôt, et vous voyez actuellement cette tumeur occuper toute la face latérale du cou, s'étendre derrière le pavillon de l'oreille et combler la fosse sus-claviculaire.

A quoi devons-nous penser ?

Les ganglions tuberculeux ont ce volume, cet aspect, cette localisation ; mais ordinairement, ils évoluent vers la caséification ; la peau est adhérente à leur surface et, de ce fait, on ne peut les faire rouler sous la peau.

La gomme syphilitique doit également être écartée bien que, chez la malade que vous avez vue en premier lieu, il y ait coexistence d'une syphilis certaine : l'association qui avait été baptisée scrofulate de vérole, se trouve réalisée chez elle. Chez l'enfant qui fait l'objet du présent examen, la réaction de Bordet-Wassermann est complètement négative.

Il nous reste à penser au *lymphadénome* de l'enfant.

A la coupe, ce ganglion particulier présente l'aspect d'un tissu normal : il y a simple prolifération de ce tissu ganglionnaire. En 1846, Virchow en donnait une description accompagnée de la constatation de ce fait qu'il y avait *augmentation numérique* de certains éléments normaux du sang, les globules blancs.

Trousseau, s'appuyant sur de nouvelles observations d'hypertrophie ganglionnaire, mais *sans leucocytose,* donna à cette affection le nom d'*adénie* et Ranvier de *lymphadénie.* Cette multiplicité de dénominations n'a pas peu contribué à obscurcir la question.

Quelles étaient les causes de cette affection ?

On ne les trouvait pas et Jaccoud se retranchait derrière une sorte de diathèse, la *diathèse lymphogène* : cela n'expliquait pas grand'chose.

Quand les théories pastoriennes eurent vu le jour, on chercha si un microbe déterminé ne pouvait être l'agent pathogène. On décrivit des micro-organismes divers. Malheureusement, ces examens sont entachés de telles fautes de technique qu'ils n'ont aucune valeur.



S'agirait-il alors d'une tuberculose atténuée, moins virulente ? On fit des ensemencements, des cultures : les résultats furent négatifs.

Cependant les *inoculations aux cobayes provoquaient leur tuberculisation.*

Nous nous arrêtons donc à cette hypothèse que le lymphadénome est de nature tuberculeux.

L'examen du sang est intéressant : 2.800.000 globules rouges contre 5.000.000 à l'état normal. L'anémie globulaire est donc très intense.

Les globules blancs présentent le chiffre de 14.000 par millimètre cube de sang, ce qui est normal, chez les enfants en état de fièvre. Leur proportion est de 75 % de polynucléaires contre 25 % de lymphocytes. Pas de myélocytes, donc pas de lésion du sang.

Nous éliminons donc la leucocythémie et nous en revenons à notre diagnostic : lymphadénome d'origine tuberculeuse. Et je propose d'autant plus ce diagnostic que l'un des petits ganglions isolés de la grande masse va bientôt suppurer. En tous cas, nous ferons immédiatement une injection au cobaye.

Le pronostic de cette affection est très sombre.

Le traitement cependant doit être aussi actif et aussi précoce que possible : en premier lieu, je vous indiquerai la radiothérapie et peut-être la radiumthérapie (curiethérapie), le séjour très prolongé au bord de la mer, une alimentation très sélectionnée avec cure arsenicale, cure arsenicale que vous alternerez avec la cure sulfurée forte type Barèges, Luchon, Uriage.

Malheureusement, souvent, vous aurez à constater soit une granulie, soit une méningite dont l'issue, vous le savez, est inoexorable.

(*Leçon recueillie par le* Dr R. MOLINÉRY.)

CLINIQUE CHIRURGICALE

Hôtel-Dieu : M. le professeur HARTMANN.

L'hémostase chirurgicale.

Dans ma dernière leçon, je vous ai exposé la question des hémorrhagies et vous ai montré comment se réalisait, dans certains cas, l'hémostase spontanée. Aujourd'hui, je désire étudier devant vous l'hémostase chirurgicale. Elle peut être faite avant toute plaie, au début d'une opération, pour prévenir l'hémorrhagie : c'est ce qu'on appelle l'hémostase préventive. Elle peut être faite pour arrêter une hémorrhagie produite dans une plaie accidentelle ou chirurgicale : on l'appelle, alors, hémostase curative.

Le moyen d'hémostase préventive le plus simple et le plus employé est celui qui consiste à comprimer avec le doigt l'artère desservant le foyer hémorrhagique, de façon à amener ses parois au contact et à arrêter le cours du sang. Cette compression digitale exige certaines précautions. Pour être efficace, elle ne doit pas être faite dans l'espace, mais contre un plan résistant. Or, dans le corps, les plans résistants sont les os. Il faut donc comprimer sur les os et perpendiculairement à leur surface. Il est nécessaire, en outre, que la compression soit suffisante pour effacer complètement le calibre de l'artère, sans cependant être trop forte, sous peine de contusionner les parties intéressées. Il importe également de ne pas fatiguer le doigt, la fatigue entraînant une perte de la sensibilité digitale. Pour éviter la fatigue, il peut être utile, dans la compression de la fémorale par exemple, d'utiliser le poids du corps, en se penchant un peu sur la main qui appuie. Une précaution importante est de ne jamais changer de main pendant la compression, sinon un jet de sang vient immédiatement inonder le champ opératoire. On peut s'aider, il est vrai, de la main libre sans changer celle posée sur l'artère.

Comment appliquera-t-on ces principes généraux aux différentes artères ? Voyons la carotide. L'artère carotide primitive monte dans le cou verticalement, en avant de la face antérieure des apophyses transverses des vertèbres cervicales. Vous avez là, un plan résistant qui est bien développé sur les six premières vertèbres cervicales. On choisira la plus inférieure, la sixième. Sur la face antérieure de l'apophyse transverse de la 6e cervicale, vous allez sentir les battements de la carotide et comprimer celle-ci.

L'artère sous-clavière sort du thorax et passe sur la face supérieure de la première côte avant d'atteindre le creux sus-claviculaire. C'est sur la première côte que vous exercerez votre compression, entre les deux scalènes. Pratiquement, vous enfoncerez le pouce au-dessus de la clavicule, en arrière du bord postérieur du sterno-mastoïdien, dans l'espace inter-scalénien.

L'humérale croise, à la face interne du bras, la face correspondante de l'humérus. Le doigt, placé sur la face interne de l'humérus sent les battements de l'artère et peut la comprimer.

La fémorale continue l'artère iliaque, sort audessous de l'arcade crurale et passe sur le pubis au voisinage de l'éminence iléo-pectinée. C'est là où vous comprimerez avec le pouce ou l'index recourbé et appliqué non parallèlement au vaisseau, mais un peu de biais. Avec le pouce de l'autre main, mis sur le doigt compresseur vous effacez le calibre de l'artère et, pour éviter la fatigue, vous vous penchez légèrement en avant, ce qui vous aide du poids du corps.

La compression peut même s'appliquer à l'aorte abdominale. Cette artère se trouve légèrement à gauche de la ligne médiane, contre les corps vertébraux. Avec le poing fermé, vous appuyez sur la partie antéro-latérale gauche de la

colonne vertébrale, immédiatement à gauche de l'ombilic.

Un autre moyen d'hémostase préventive est la compression élastique. Elle s'exerce à l'aide d'un lien élastique que vous placez sur le membre et que vous serrez assez fortement pour déterminer l'arrêt de la circulation. On a l'habitude de faire, pour commencer, une compression allant de l'extrémité du membre à sa racine, de façon à réaliser l'ischémie de ce membre. Vous prenez donc une bande élastique de caoutchouc (largeur d'une bande ordinaire), vous en faites tenir l'extrémité par un aide et vous l'appliquez depuis la main, par exemple, jusqu'à la racine du bras en remontant. On a une tendance, quand on roule la bande, à serrer plus au tournant interne qu'au tournant externe. Il faut avoir soin d'exercer une traction égale partout, sur toutes les faces du membre. Une autre précaution est que chaque tour de bande soit sus-jacent au précédent et ne le recouvre pas, sinon lorsque vous voudrez dérouler la bande, vous serez presque obligé de la déchirer. Vous continuez à tourner la bande jusqu'au point d'arrêt. Là, vous terminez par plusieurs tours de fixation, en plaçant le globe de compression au niveau de l'artère à comprimer. Il ne reste plus qu'à enlever la bande, en laissant le globe de compression et les tours de fixation.

On a fait à la bande élastique, un certain nombre d'objections. On lui reproche de provoquer parfois une paralysie du membre. Cela s'est vu, effectivement, à l'époque où l'on employait le tube décrit par Esmarch qui écrasait et exerçait une pression sur une petite surface. Il ne faut pas prendre un lien trop étroit, et on doit faire l'application en un endroit où il y a une masse musculaire assez développée pour protéger les nerfs. On a reproché à la bande élastique l'afflux sanguin considérable qui se produit quand on enlève cette bande. Mais, il est facile avec une compresse et des tampons d'amener l'arrêt de cet afflux sanguin. On a objecté encore le danger de dissémination des germes infectieux. Si vous avez une cavité suppurée en un point du membre, vous pouvez écraser la poche et disséminer les germes. On n'appliquera pas de bande de cette façon dans les cas de ce genre.

On peut vider le membre de sang d'une autre manière. Si vous maintenez le membre en l'air, au bout de 7 ou 8 minutes il se vide de sang et vous pouvez appliquer votre lien à la partie supérieure. Ce moyen s'emploie aussi bien pour le membre inférieur que pour le membre supérieur.

Enfin, on a dit qu'il n'était pas toujours possible de fixer la bande pour les opérations faites à la racine des membres. Etant donné que ceux-ci ont une forme générale en cône, vont en s'élargissant, le lien tend à glisser et vous risquez une hémorrhagie au cours de l'intervention. Aussi, les Allemands ont-ils conseillé pour les opérations sur la racine du membre inférieur (désarticulation de la hanche, par exemple) d'appliquer une bande sur l'abdomen. C'est une méthode brutale, à rejeter, qui peut provoquer des accidents de compression grave de l'intestin. Vous avez, d'ailleurs, un procédé simple d'empêcher le glissement des bandes dans ces conditions : l'emploi de broches spéciales.

Il est d'autres méthodes, moins employées, d'hémostase préventive. Par exemple, la ligature préliminaire, préalable, des artères, qui peut être temporaire ou définitive. Ces ligatures préliminaires jouaient un grand rôle dans l'ancienne chirurgie. Elles ont beaucoup moins d'importance aujourd'hui où nous disposons des pinces à forcipressure. On n'a plus guère recours à ces ligatures préalables que dans certaines régions, au pharynx, en particulier. On s'adresse surtout à la forci-pressure.

Je ne vous dirai rien d'un mode d'hémostase préventive qui consiste dans l'écrasement des tissus qu'on va couper, ce que l'on nomme l'angiotripsie. Ce n'est pas un procédé sûr. Il rendra parfois des services, non pas comme moyen d'angiotripsie, mais en réduisant le volume de certaines parties sur lesquelles on a à opérer, l'épiploon et ses masses graisseuses, entre autres.

Enfin, on a décrit des médications préventives anti-hémorrhagiques. Certaines de ces médications agissent à titre vaso-constricteur (ergot, adrénaline), d'autres comme coagulant. L'action de ces agents favorisant la coagulation n'est pas toujours aussi nette qu'on l'a dit. Il est des chirurgiens qui administrent, avant les opérations sur le foie principalement, du chlorure de calcium à la dose de 4 grammes, comme modificateur du sang. Pour ma part, je ne l'emploie pas. Une autre préparation agissant dans le même sens que le chlorure de calcium est le sérum gélatiné. Il se compose, pour 1.000 gr. d'eau, de 7 grammes de chlorure de sodium et de 50 grammes de gélatine. Carnot a bien montré les propriétés coagulantes de ce liquide versé tiède sur les plaies.

Une méthode qui rend des services dans les hémorrhagies, chez les hémophiles en particulier, est l'injection de sérum frais, à la dose de 10 à 20 centim. cubes (injection intra-veineuse) et de 20 à 30 centim. cubes (injection dans le tissu cellulaire). Tous les sérums frais ne sont pas utilisables. On rejetera les sérums de bovidés, pour se servir de sérum frais de lapin. A défaut de sérum frais, on pourra recourir au sérum anti-diphtérique.

J'arrive à l'hémostase curative. Elle doit être étudiée dans deux conditions distinctes. D'une part, dans les hémorrhagies primitives, d'autre part dans les hémorrhagies secondaires.

Pour les hémorrhagies primitives, vous avez divers moyens, qui se distinguent en provisoires

et définitifs. Parmi les premiers, il en est un que l'on a toujours tendance à employer, c'est la compression directe. C'est un moyen douteux qui contusionne la plaie, et qui est souvent aggravé par les applications de perchlorure de fer.

Préférable est la compression pratiquée au-dessus et réalisée par le garrot. On a imaginé des garrots plus ou moins perfectionnés. Le plus simple est de prendre une serviette pliée, de la nouer autour du membre par deux nœuds, et, avec un bâton glissé au-dessous, de la tordre en tournant le baton, ce qui entraîne une compression qui peut être considérable. Le garrot doit être laissé en place un temps réduit, le temps minimum du transport

Vous pouvez aussi, parfois, arrêter l'hémorrhagie en donnant au membre une position déterminée. Si vous placez ainsi le membre supérieur en l'air, vous voyez souvent une hémorrhagie de la main cesser.

Mais, le procédé d'hémostase provisoire le plus utilisé, au cours des opérations par exemple, est la forcipressure. Quelquefois, c'est un moyen d'hémostase définitif, lorsqu'on laisse la pince en place pendant 48 heures (certaines opérations abdominales).

Pour l'hémostase définitive, nous disposons d'un moyen sûr, la ligature. Pendant longtemps, on s'est contenté d'appliquer des substances crispatives sur les vaisseaux. Ambroise Paré pratiqua pour la première fois la ligature artérielle. Il entourait le vaisseau d'un fil non résorbable et il le laissait en place pendant 10 à 15 jours. Il le retirait à ce moment. Avec l'ère antiseptique, Lister eut l'idée de faire des ligatures perdues, fermant les plaies au-dessus. Les tuniques vasculaires amenées au contact adhèrent alors, le plus souvent sans caillot, et l'on peut faire ainsi dans une plaie de nombreuses ligatures. Il faut avoir la précaution de lier les deux bouts du vaisseau, surtout dans certaines régions, la main par exemple, où les anastomoses sont nombreuses.

Le véritable traitement curatif des hémorrhagies artérielles est donc la ligature de l'artère qui saigne. Le débutant est souvent craintif et il place volontiers sa pince avec un peu de précipitation. Il ne faut jamais fermer la pince sans se rendre compte où on l'a posée. Si la plaie est petite, agrandissez-la, sans timidité, pour ne pas agir à l'aveugle. Prenez le vaisseau et rien que le vaisseau. C'est quelquefois une véritable opération. Si elle vous semble trop délicate, faites une hémostase provisoire et appelez un chirurgien. Dans certaines régions, où la plaie est profonde, il faut se donner un grand jour — à l'aisselle par exemple. On incisera en ménageant les vaisseaux pour permettre à la circulation collatérale — plus nécessaire dans les blessures de ce genre — de se rétablir.

Dans ces dernières années, on a beaucoup parlé d'un procédé d'hémostase qui, en théorie tout au moins, offre une réelle supériorité, je veux dire la suture vasculaire. Elle peut être latérale ou bout à bout. C'est le procédé idéal. On en parle beaucoup, mais je ne crois pas qu'en pratique on l'utilise autant. La technique la meilleure est celle indiquée par Carrel.

Un mot pour terminer sur l'hémostase dans les hémorrhagies secondaires. Il faut intervenir de bonne heure, dès les premiers symptômes, dès qu'apparaissent les petites hémorrhagies, et cela par une ligature des deux bouts de l'artère. Mais, ici, la plaie est ancienne et la recherche du vaisseau plus difficile. Vous ferez un curetage des bourgeons charnus et vous verrez parfois se produire un jet de sang qui vous guidera. Sinon, vous pouvez inciser, prolonger la plaie dans la direction présumée de l'artère. Dans d'autres cas, vous êtes obligés de recourir à la ligature à distance, que vous ferez le moins possible.

Leçon recueillie par le Dr P. LACROIX.

A TRAVERS LA PRESSE

Presse française.

L'allylthéobromine (théobromine injectable).

De tous les diurétiques actuellement utilisés en thérapeutique, dit M. le prof. G. POUCHET (*Gaz. des Hôp.*, Paris, 1920, n° 99), la théobromine est le plus fréquemment employé, en raison des bons résultats obtenus, et aussi parce que son influence provoque une élimination notable des chlorures de l'organisme, apportant ainsi un obstacle à la rétention chlorurée et à la production des œdèmes. En même temps, l'élimination de l'azote est également augmentée.

Mais l'utilisation de cette substance est toujours plus ou moins entravée par l'insolubilité de la théobromine, ce qui empêche de l'employer sous une autre forme que celle de cachets, et atténue la rapidité, quelquefois même l'efficacité, de son action diurétique.

L'obtention d'une théobromine soluble, permettant d'utiliser le médicament par voie d'injection intramusculaire ou même endoveineuse constitue donc un avantage considérable. Ce progrès indéniable se trouve réalisé par l'allylthéobromine (théobryl Roche), qui a été étudiée au point de vue pharmacodynamique dans les laboratoires du professeur Maignon (de Lyon), du professeur Cloetta (de Zurich). Le professeur Pouchet (de Paris) vient de lui consacrer un important travail dont les conclusions sont les suivantes :

« Ce qui caractérise plus particulièrement l'influence exercée par l'allylthéobromine, c'est une action diurétique intense, supérieure à celle de

la théobromine, plus facilement contrôlable, car l'élimination du médicament semble se faire plus rapidement que celle de la théobromine et la centinuité de son pouvoir diurétique est fonction des doses administrées; à cette action très nette vient s'ajouter une influence modérément excitante sur le système nerveux central et sur le système musculaire, provoquant, lorsque les doses sont assez élevées, une hyperexcitabilité réflexe rappelant celle déterminée par la caféine, mais à un degré moins accentué. Cette influence stimulante est surtout remarquable en ce qui regarde l'action exercée sur le centre respiratoire, qui réagit même lorsqu'il est paralysé ou, tout au moins, parésié.

« Ces qualités peuvent se résumer en quelques mots sous la forme suivante : l'allylthéobromine a les mêmes indications et contre-indications que la théobromine, mais elle est plus maniable, plus active, susceptible d'être employée par voie d'injections et elle exerce une influence utile sur l'appareil respiratoire ».

La réussite thérapeutique.

Sous ce titre, M. Ch. FIESSINGER donne d'excellents conseils, dont il serait regrettable de ne pas souligner l'intérêt.

Il pose en principe que, dans tout état morbide, quel qu'il soit, on se préoccupera avant tout du système nerveux et qu'on n'instituera une médication qu'après s'être assuré en quelque sorte de son consentement et de son acceptation.

C'est ainsi que dans les troubles du sympathique neuro-ganglionnaire (neurasthénie, hystérie, entéro-névrose, etc.), le médecin n'agira que par son prestige personnel, par la confiance qu'il aura pu inspirer à son malade, les médicaments étant ici d'effet illusoire.

Dans les maladies organiques, les symptômes traduisent le plus souvent des actes défensifs de l'organisme. On les respectera, au lieu de les combattre. On prescrira des laxatifs en cas de diarrhée, des expectorants, en cas de toux, etc. Si les organes sont profondément touchés, on mettra en œuvre prudemment les fonctions de suppléance. On prescrira la digitale à petites doses dans certaines myocardites, afin de ne pas épuiser par une excitation trop forte la contractilité des fibres cardiaques demeurées saines.

Dans les infections, quand le système nerveux est sidéré, il faut intervenir précocement : injection de sérum dans l'angine seulement présumée diphtérique. Bains tièdes répétés de trois en trois heures, dans les pyrexies, en attendant que le laboratoire ait précisé leur nature. Huile camphrée et adrénaline, comme armes de seconde main.

De toute façon, éviter les hautes doses de la plupart des médicaments, qui sont en même temps des poisons qui écrasent le système nerveux. (*Journ. des Prat.*, 30 oct. 1920.)

La réaction de Wassermann en dehors de la syphilis.

M. AUGUSTE expose les affections dans lesquelles la réaction de Wassermann a été trouvée positive, en dehors de la syphilis (*Gaz. des Praticiens*, 1er nov. 1920.)

Ce sont : le pian ou frambœsia, les spirochétoses pendant la période fébrile, l'angine de Vincent, le paludisme, les trypanosomiases, certaines infections aiguës, scarlatine, rougeole, pneumonie, rhumatisme, etc., la lèpre tuberculeuse, certaines affections cutanées, les intoxications, la chloroformisation, les leucémies, les états cachectiques et agoniques, etc.

D'après lui, il ne faudrait pas rendre exclusivement la réaction de Wassermann responsable de ces faits. En bien des cas, les expérimentateurs, utilisant des techniques défectueuses, ont obtenu des résultats dont il ne faut pas tenir compte. Aussi, conseille-t-il de ne demander la recherche de cette réaction qu'à des bactériologistes inspirant toute confiance. Il ajoute que « nombre d'affections capables de fournir un « Wassermann positif ne peuvent être confon- « dues cliniquement avec la syphilis, et l'on peut « conclure, avec Gougerot, qu'en dehors des mala- « dies aiguës, des états de cachexie profonde, « de certaines maladies exceptionnelles dans « nos contrées (pian, lèpre), une réaction de Was- « sermann positive indique le diagnostic de « syphilis. »

Traitement de certaines ulcérations spontanées des moignons.

En dehors de toute inflammation osseuse ou de toute pression anormale, il arrive que les moignons d'amputation se mettent à s'ulcérer, dans qu'il soit possible de s'y opposer par les méthodes ordinaires.

Ces moignons ne sont pas absolument normaux. Ils sont froids, s'œdématient facilement, avec gonflement des parties molles et sensation d'allongement de l'os, etc.

Dans un cas de ce genre, où l'ulcération était apparue spontanément, M. LERICHE a eu l'idée de pratiquer la sympathectomie. Ayant dénudé l'artère fémorale qu'il trouva très vascularisée, striée de lignes rougeâtres, très résistante, densifiée, il pratiqua la section du sympathique périartériel. Le résultat fut merveilleux.

Pour lui, certaines ulcérations trophiques des moignons sont des ulcérations par trouble du sympathique périartériel et il y a lieu d'en étudier le traitement par la sympathectomie. (*Presse méd.*, 27 oct. 1920.)

◆◆◆

Presse anglaise.

La menstruation chez les jeunes filles.

Chargée de l'inspection médicale d'une très grande école de jeunes filles, Miss Sanderson Clow a pu faire une étude intéressante de la menstruation chez 1.200 élèves, d'ailleurs bien portantes, dont l'âge variait de 9 à 21 ans (in *British med. Journ.*, 20 octobre 1920).

Les premières règles apparurent dans la majorité des cas à 12, 13 et 14 ans, beaucoup plus rarement à 11, 15 ou 16 ans, et exceptionnellement à 10, 9, 17 ou 18 ans. La menstruation était régulière dans un peu plus de la moitié des cas, sans douleur ni malaise dans les deux tiers des cas.

Un point a particulièrement attiré l'attention de l'auteur : c'est l'influence des bains et des exercices physiques sur la menstruation. Partant de ce principe que les règles constituent, chez la femme, une fonction physiologique et non une maladie, Miss Sanderson Clow en déduit qu'elles ne doivent pas modifier l'existence habituelle de la femme ou de la jeune fille, sauf cas particuliers, qui rentrent dans la pathologie. Le repos, pendant cette période ne serait donc nullement nécessaire et il conviendrait, au contraire, de conseiller aux jeunes filles de poursuivre leurs habitudes et leur vie normale. Il n'est pas dangereux, dit l'auteur, et il est utile, même, de prendre un bain tiède chaque jour, durant les règles, le bain chaud soulageant certains malaises de la menstruation. De même, pour les exercices physiques et les jeux (marche, cyclisme, danse, gymnastique) qu'il y a plus d'avantages à continuer qu'à cesser. Seule, la natation, pour des raisons spéciales, doit être à ce moment abandonnée.

A toute jeune fille se plaignant de troubles morbides pendant les règles, la doctoresse Clow recommande de s'adresser à son médecin pour demander ses soins. Sinon, lorsque la menstruation est normale ou ne s'accompagne que d'un peu de malaise ou d'irrégularité, elle conseille de continuer l'usage des bains chauds et des exercices physiques, comme d'ordinaire. Cette pratique lui a donné les résultats suivants : sur un total de 734 jeunes filles qui ont pu être examinées et interrogées plusieurs fois de suite, à des intervalles divers, 48 pour 100 avaient une menstruation irrégulière à la première visite et 28 pour 100 seulement à la seconde visite ; 30 pour 100 accusaient des malaises, des douleurs, la première fois, et 14 pour 100 seulement la deuxième fois. Parallèlement, les chiffres de celles qui se baignaient et continuaient leurs jeux pendant les règles s'étaient élevés de 11 à 42 % et de 35 à 67 %.

S'appuyant sur la feuille individuelle de santé de chaque élève, l'auteur a vu que plus de 100 jeunes filles souffrant à l'époque de leurs règles ont attribué la disparition des douleurs aux bains chauds pris à ce moment. Cinq n'ont obtenu des bains aucune amélioration : l'une guérit de sa dysménorrhée par une opération d'appendicite ; une autre était dysménorrhéique, au contraire, depuis une appendicectomie. Deux, qui éprouvèrent quelques malaises après le premier bain, ne l'ont pas renouvelé.

Interrogées sur les effets de l'exercice durant la menstruation, les élèves ont donné une réponse presque unanimement favorable. Pendant ces cinq dernières années, la grande majorité des élèves ont été laissées libres de participer à tous les exercices (la natation exceptée) et de se livrer à tous les jeux ordinaires, au cours de leurs règles, et aucun inconvénient n'a pu être relevé à cette pratique.

Reste la question des rapports de la menstruation avec les études et le travail intellectuel. On note souvent l'apparition d'irrégularités des règles chez les jeunes filles mises en pension. Mais, il semble que le changement d'existence doive être beaucoup plus incriminé que le travail intellectuel. Ainsi, chez les élèves externes qui travaillent intellectuellement souvent plus que les élèves internes, on ne constate pas ces troubles de la menstruation. D'autre part, chez les jeunes filles préparant un examen, on ne rencontre pas de modification spéciale des règles. Il semble bien que le travail intellectuel, même assez intensif, ne constitue pas une cause d'aménorrhée.

Miss Sanderson Clow conclut que, chez les jeunes filles, des règles normales doivent, pendant leur durée, comporter une vie normale. Il ne faudrait pas cependant pousser trop loin cette formule simple.

Radiothérapie des fibromes utérins.

Le traitement radiothérapique des fibro-myomes de l'utérus est une question que chirurgiens et radiologues discutent et apprécient souvent différemment.

Au 88e Congrès de l'*Assoc. médicale britannique* (Cambridge, 1er juillet 1920), M. Robert Knox a présenté un tableau des avantages et des inconvénients de la cure des fibromes par les rayons X.

Les avantages sont les suivants :

1° Le traitement est tout à fait indolore et ne provoque que des malaises absolument passagers (nausées, mal de tête) ;

2° La malade peut continuer sa vie ordinaire, en se reposant simplement pendant un jour ou deux après chaque séance ;

3° Aucune préparation n'est nécessaire ;

4° La ménopause ainsi obtenue ne s'accompagne pas habituellement de troubles nerveux aussi intenses que ceux qui succèdent à l'opération ;

5° Chez les femmes dont la santé générale est très altérée, la guérison est rapide lorsque l'hé-

morrhagie a été arrêtée. De plus, le shock qui accompagne si souvent l'hystérectomie, fait défaut.

Les inconvénients sont :

1° La cure demande un temps très long, de plusieurs mois, en y comprenant les repos ;

2° Le succès n'est pas toujours et invariablement obtenu ;

3° La tumeur, quoique très réduite en règle générale, ne disparaît pas entièrement ;

4° Le traitement est susceptible de provoquer certaines altérations sanguines.

Cancers guéris par le radium, depuis 8 ans.

M. Echlin Molineux (*British med. Journ.*, 9 octobre 1920) rapporte deux cas de cancers traités par le radium il y a huit années, et n'ayant pas récidivé. L'intérêt réside surtout dans l'ancienneté de la guérison.

Le premier cas concerne un homme de 61 ans, atteint d'épithélioma de l'amygdale droite (ulcération indurée à bords éversés de la tonsille et adénopathie), le diagnostic de cancer inopérable ayant été fait par plusieurs chirurgiens. Après une cure radiothérapique d'une durée de six mois tout signe d'infiltration de l'amygdale disparut. Depuis, le patient est resté en excellente santé.

Le deuxième cas a trait à un cancer du sein opéré avec ablation des ganglions de l'aisselle. Il resta cependant dans l'aisselle du tissu néoplasique dont la diffusion n'avait pas permis une exérèse chirurgicale convenable. Des applications de rayons X furent faites sur l'aisselle et les régions voisines et la malade guérit.

Tuberculose et grossesse.

M. Davis considère la tuberculose comme une contre-indication au mariage, dont l'importance vient après celle de la syphilis et de la blennorrhagie (*Wiscons. med. Journ.*, 1920). Le mariage d'une tuberculeuse ne doit être autorisé que plusieurs années après la disparition de tout signe de bacillose active. La femme mariée qui devient tuberculeuse évitera les grossesses si possible et, au cas de gestation, n'allaitera pas (sauf circonstances exceptionnelles) son enfant. L'allaitement diminue les chances de guérison de la femme et favorise la contamination de l'enfant. C'est, en somme, le développement de la loi de Peter sur les rapports de la tuberculose et de la gestation.

Pour éviter les grossesses chez la femme tuberculeuse, l'auteur considère comme inutile de recommander l'abstinence, ce qui n'est guère écouté. Il compte plus sur les mesures banales de prévention.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

Les injections sous-cutanées de novarsénobenzol.

(M. Jean Minet. — *Société médicale des hôpitaux.*)

La méthode des injections sous-cutanées d'arsénobenzol tend à entrer de plus en plus dans la pratique courante du traitement de la syphilis. Pour le praticien, qui n'est pas toujours entraîné à faire chaque jour des injections intra-veineuses, c'est là un fait d'une grande importance. On connaît le patronage apporté à cette méthode par MM. Sicard, Poulard, Émery, en France, par MM. Tosarelli, Bayet, Wechselmann, à l'étranger.

M. Jean Minet emploie, presque exclusivement, depuis assez longtemps déjà, les injections novarsenicales sous-cutanées quotidiennes, à l'hôpital Saint-Sauveur, de Lille, dans le traitement de la syphilis, et il a été surpris des résultats tout à fait remarquables qu'il a obtenus dans les cas les plus divers (syphilis secondaires, syphilis tertiaires, aortites, tabès même). Il utilise comme excipient la solution physiologique de glucose à 47 p. 1000 stérilisée et additionnée d'acide phénique. L'auteur rappelle les principaux points de la technique : dissolution de novarsénobenzol dans une quantité minime de liquide (1 c. c.), injection au tiers supérieur de la cuisse, face externe, sous la peau au contact du fascia lata, rapidité de la manœuvre. Il fait une injection quotidienne quinze jours par mois en y associant les piqûres mercurielles.

La débâcle hydatique cholédoco-vatérienne.

(M. F. Devé. — *Société de Biologie.*)

M. Devé a pu réunir 76 observations d'élimination hydatique dans l'intestin, par les voies bliaires, sorte de vomique hydatique biliaire (cholédoco-vatérienne).

Cette élimination des kystes hydatiques du foie dans les voies biliaires, et de là dans l'intestin, donne lieu à un ensemble symptomatique connu depuis longtemps et caractérisé par la triade classique : colique hépatique, ictère et présence d'hydatides dans les matières fécales. Si cette débâcle n'est pas toujours reconnue cliniquement, c'est que l'on ne fait pas d'une façon assez systématique le tamisage des selles. Les éléments parasitaires ainsi éliminés sont de taille très variable. On a trouvé des hydatides entières de la grosseur d'un grain de raisin, des fragments de membranes de plusieurs centimètres de longueur, etc.

Les débâcles hydatiques biliaires se prolongent quelquefois pendant une longue période de temps. Elles sont assez fréquemment suivies d'un retour à la santé. Mais, ce retour n'est, dans bien des cas, que momentané, et d'une façon générale, le pronostic de l'affection abandonnée à elle-même est sérieux. M. Devé note 14 morts sur 48 cas. Aussi conclut-il

que, malgré les exemples incontestables de guérison spontanée à la suite de débâcles cholédo-vatériennes, il n'est guère permis de s'en remettre, en pareille circonstance, au processus curatif naturel, trop aléatoire. L'intervention chirurgicale devra toujours être conseillée, dès le diagnostic établi.

Un procédé biologique pour empêcher certaines putréfactions.

(M. Gauducheau. — *Société de Biologie.*)

De nombreux produits alimentaires (vin, choucroute, divers saucissons et fromages) sont, dans les conditions ordinaires, conservés après transformation par des agents bactériens. M. Gauducheau s'est proposé d'appliquer ces procédés biologiques naturels à la conservation de certains corps destinés normalement à la putréfaction. C'est ainsi qu'en se servant d'un hydrolysat chlorhydrique d'amidon et d'une culture pure de levure alcoolique, il est parvenu à garder du sang pendant plus d'un mois, sans que celui-ci s'altère. Pour apprécier la valeur alimentaire de cette conserve, il en a donné à des jeunes rats en voie de croissance. Ces animaux ont eu une augmentation de poids supérieure à celle des animaux témoins.

L'or colloïdal sensibilisé pour la réaction de Lange.

(M. Haguenau. — *Société de Biologie.*)

On connaît la méthode de Lange, à l'or colloïdal, pour l'examen du liquide céphalo-rachidien. M. Haguenau apporte à la technique de Lange une petite modification, consistant à sensibiliser l'or par une quantité variable d'électrolytes.

La réaction de Lange dans la paralysie générale.

(M. Haguenau. — *Société de Biologie.*)

Vis-à-vis des solutions d'or colloïdal, le liquide céphalo-rachidien des paralytiques généraux a un pouvoir floculent intense. Il semble, dit M. Haguenau, qui base son opinion sur 41 examens, que nous possédons, avec la réaction à l'or colloïdal, un précieux moyen de faire la discrimination entre la paralysie générale et les autres névraxites syphilitiques, surtout si l'on compare les résultats de cette méthode avec ceux que l'on peut tirer de l'étude des autres éléments du syndrome humoral de ces affections.

La réaction du benjoin colloïdal des liquides céphalo-rachidiens.

(MM. Duhot et Crampon.— *Soc. de Biologie de Lille.*)

Guillain, Guy Laroche et Léchelle ont décrit une nouvelle réaction, analogue à la réaction de Lange à l'or colloïdal et à la réaction d'Emmanuel à la gomme mastic, basée sur la précipitation d'une suspension de benjoin colloïdal par certains liquides céphalo-rachidiens pathologiques, notamment dans la syphilis du névraxe.

MM. Duhot et Crampon ont fait une étude parallèle entre cette réaction du benjoin colloïdal et la réaction de Bordet-Wassermann. Ils ont trouvé un accord complet ou presque complet entre les deux réactions. Ils estiment que cette méthode, plus simple et plus pratique que celle à l'or colloïdal, mérite dès maintenant toute l'attention.

Réaction de fixation dans le lupus.

(MM. Ichok, Goldenberg et Fried. — *Société de Biologie.*)

On sait que se servant de l'antigène de Besredka (qui est une émulsion spéciale de bacilles), on a pu révéler dans l'organisme tuberculeux l'existence d'anti-corps et obtenir une réaction de fixation tuberculeuse. MM. Ichok, Goldenberg, et Fried ont appliqué cette réaction chez 104 malades atteints de lupus. Ils ont noté une séro-réaction positive dans 66 % des cas, partielle dans 17 %, et négative dans 16 % des cas.

Séro-diagnostic de la tuberculose.

(MM. Goldenberg et Fried. — *Société de Biologie.*)

MM. Goldenberg et Fried font une communication sur le séro-diagnostic de la tuberculose au moyen de l'antigène de Besredka. Ils ont trouvé 84 p. 100 de résultats positifs dans la tuberculose pulmonaire.

Une nouvelle réaction des sérums syphilitiques : la formol-gélification.

(MM. Gaté et Papacostas.— *Soc. de biologie de Lyon.*)

Si l'on ajoute à un sérum syphilitique (sérum à Wassermann positif) quelques gouttes de formol, on voit au bout de 24 heures ce sérum se gélifier, devenir plus ou moins solide, tremblotant comme de la gelée, tout en restant clair. Comme contre épreuve, le sérum à Wassermann négatif reste complètement fluide. C'est une sorte de formol-réaction positive dans le premier cas, négative dans le second.

Sans prétendre apporter un nouveau moyen de diagnostic sérologique de la syphilis, les auteurs montrent l'intérêt pratique que pourrait présenter cette formol-réaction. Ce serait un indice sinon sûr, du moins très simple à rechercher. La technique qui leur a paru la plus commode est la suivante : on dépose à la pipette dans le fond d'un tube à essai un cent. cube de sérum très clair, on ajoute deux gouttes de formol du commerce et l'on agite pour assurer un mélange suffisant. Le tube est fermé avec un tampon de coton et laissé à la température du laboratoire pendant un temps variant de 24 à 30 heures. A ce moment, on lit la réaction. La concordance avec le Bordet-Wassermann s'est élevée à 85 pour 100 des cas.

P. L.

THÉRAPEUTIQUE APPLIQUÉE

Arséno-benzols et iodo-mercuriques.

La formule : arsenic = traitement d'assaut ; mercure = traitement de sûreté, semble de plus en plus vraie.
(GOUGEROT.)

La critique de l'action des arsenicaux dans le traitement de la syphilis est à l'ordre du jour. De nombreux ouvrages et toute une série d'articles ont repris la question, cherchant à dégager, par l'examen impartial des faits cliniques, une notion exacte de la valeur d'une médication qui règne en souveraine sur la thérapie de la syphilis depuis bientôt dix ans.

Après les études très documentées de Milian, Gougerot, Hartmann, etc., le Dr Renault, dans le *Journal des Praticiens* du 25 octobre, est venu poser à nouveau catégoriquement la question : les arsénobenzols méritent-ils la prééminence qu'on leur attribue généralement ?

L'excellent petit manuel de Ravaut, paru en 1918, démontre que, du traitement d'attaque, dépend l'évolution future de l'infection. Or, pour être justes, nous devons reconnaître, à cet égard, la grande valeur des arsenicaux, et d'un avis presque unanime, dans tous les cas où il importe d'intervenir rapidement et énergiquement, ils répondent à une indication primordiale. Mais là paraît bien se borner cette quasi-spécificité, et il serait illusoire de compter sur l'arsenic pour une stérilisation générale de la tréponémie, ainsi que cela avait été imprudemment affirmé tout d'abord, même au moyen d'injections massives. (Hormis toutefois une courte période qui suit immédiatement l'apparition du chancre, et pendant laquelle il semble que dans quelques cas, encore rares, cette stérilisation a été observée). Excellents pour culbuter les spirochètes de leurs positions avancées, les arsenicaux sont impuissants à les déloger de leurs lignes de retraite organiques. Ce rôle reste dévolu au mercure.

Il semble bien acquis aujourd'hui qu'on n'obtient d'action thérapeutique profonde, durable, donnant une réelle sécurité au malade, qu'en réunissant ces deux vieux spécifiques, le mercure et l'iode, qui, surtout lorsqu'ils interviennent simultanément et à propos, par des cures régulières et suffisamment prolongées, réussissent presque toujours à conjurer les redoutables éventualités des destins éloignés de la syphilis.

Le lipogyre, éther gras iodo-mercurique, grâce à son organotropie, est un tréponémicide puissant ; il n'est pas éliminé rapidement à la façon des sels solubles ; son action, pourtant, est beaucoup plus prolongée, plus intense aussi, du fait de la fixation d'Hg sur les tissus en général plutôt qu'à sa présence à teneur élevée dans le sang, comme avec les sels solubles. Extrêmement bien toléré par la voie digestive, on peut l'administrer à la dose de 0 gr. 60 à 2 gr. par jour, ce qui représente de 0 gr. 04 à 0 gr. 12 d'Hg, avec 0 gr. 20 à 0 gr. 80 d'iode. C'est le médicament de la syphilis à toutes ses périodes et son indication formelle se pose en face de toutes les syphilis malignes, les infiltrations, les ostéites, la céphalée tenace, le phagédénisme, etc.

(*A suivre.*)

BIBLIOGRAPHIE CRITIQUE

Revue des Livres.

Chez MALOINE.

Traité de pathologie médicale et de thérapeutique appliquée. — Tome XVI, Infections à germe inconnu.

Drs E. SERGENT, RIBADEAU-DUMAS et L. BABONNEIX.

Sous le titre d'*Infections à germe inconnu*, les directeurs du *Traité de pathologie médicale et de thérapeutique appliquée* ont groupé les affections suivantes : scarlatine et rubéole (Jean Hallé) ; rougeole (Armand-Delille) ; varicelle (H. Grenet) ; variole (Esmein) ; vaccine (P. Gastinel) ; typhus exanthématique (Philippon) ; suette miliaire (Marchoux) ; grippe et dengue (Armand-Delille) ; rhumatismes infectieux (H. Grenet) ; coqueluche (Weill et Péhu) ; rage (Thévenot) ; diarrhée de Cochinchine (Violle).

Ainsi qu'il est facile de le voir, les articles ont été confiés aux spécialistes les plus qualifiés, à ceux dont le nom est le plus aimé du public. Ceux-ci se sont proposé de concilier tradition et nouveauté et, sans apporter aux descriptions classiques de modification essentielle, de les mettre au point et de les présenter, non plus telles qu'on les voyait il y a cinquante ans, mais telles qu'on se les figure actuellement. Fidèles à l'esprit du *Traité*, ils ont abrégé les notions théoriques concernant l'anatomie pathologique et la pathogénie, pour réserver tous leurs soins à la clinique et à la thérapeutique. Grâce à leurs efforts heureux, le lecteur pourra, sans la moindre peine, savoir en peu de temps ce que tout médecin digne de ce nom doit connaître aujourd'hui de cette variété d'infections.

Tome XXXII. Radiologie ; radiodiagnostic ; radiothérapie ; radiumthérapie.

M. Cottenot, qui dirige avec compétence un laboratoire de radiologie a bien voulu écrire en quelques chapitres clairs et brefs les indications des examens radiologiques et la technique à employer suivant les cas. Il a montré également

quels étaient les renseignements que pouvait fournir l'exploration à l'écran fluorescent et comment on pouvait interpréter les images observées. Sans doute, il ne faut pas demander aux rayons X plus qu'ils ne peuvent donner. Sur l'écran, on ne saurait espérer trouver imprimé en clair le diagnostic d'une affection dont est atteint un malade. Mais les constatations faites, rapprochées des données fournies par l'examen clinique du malade, permettent dans bon nombre de cas d'étayer un diagnostic, de le vérifier souvent ou de l'infirmer parfois. L'examen aux rayons X permet un contrôle très utile, notamment dans les affections pulmonaires. Il fait même révéler des lésions des organes viscéraux qui avaient passé inaperçues. M. Cottenot a bien soin de nous montrer tous les services que rendent une radioscopie et une radiographie bien faites, mais il montre également les écueils de la méthode et les erreurs auxquelles donne lieu une fausse interprétation. C'est qu'en effet les rayons X ne trompent pas ; l'œil et le cerveau de l'observateur peuvent par contre trouver une interprétation personnelle qui, comme toute chose humaine, risque d'être erronée. Il faut donc que le radiologiste ait une éducation spéciale, qu'il connaisse les causes d'erreur et qu'il se garde de donner des résultats d'examen que viennent contredire les observations ultérieures.

D'autre part, l'utilité de la radiologie justifie la multiplication des installations radiologiques. On trouvera dans les différents chapitres de technique écrits par M. Cottenot les notions théoriques et pratiques qui serviront de guide au médecin désireux d'avoir à lui l'installation radiologique indispensable.

L'emploi des rayons X n'a pas seulement pour but d'aider à établir un diagnostic délicat. Leur action thérapeutique est bien connue. On trouvera dans ce livre l'énumération des cas justiciables de la radiothérapie, les indications et contre-indications de la méthode, la technique à employer, enfin les précautions à prendre pour éviter tout accident tant au malade qu'à l'opérateur. La radiumthérapie a été exposée par Mme Laborde. Il s'agit d'un procédé thérapeutique qui n'est pas nouveau, mais qui étend chaque jour son domaine, avec les perfectionnements de la technique. L'auteur a voulu mettre le lecteur au courant des connaissances acquises pour la pratique de la médecine, dans la science du radium. Les applications actuelles du radium en thérapeutique sont nombreuses et l'avenir montrera tout ce que l'on peut en attendre, notamment dans le traitement des cancers. Déjà l'action bienfaisante de la radiumthérapie sur les néoplasmes apparaît comme remarquable. Pour les néoformations de toute espèce, le radium semble un agent curatif de premier ordre. Il s'agit ici de ressources médicales nombreuses et efficaces qui s'offrent au praticien et qui ne doivent pas être ignorées de lui. Tous les jours, la thérapeutique s'enrichit de procédés nouveaux et il n'est plus guère permis de rester désarmé en face d'affections, qui jusqu'à présent ne recevaient qu'un traitement dérisoire. Il faut donc que le médecin, avant de se laisser aller à un scepticisme décevant, connaisse toutes les pratiques curatives basées sur des données scientifiques et une observation clinique sérieuse. Ce livre donnera les indications de la radiumthérapie, et lui fournira les notions théoriques et techniques nécessaires à l'application du procédé. Sans doute, il ne s'agit pas d'un traité du radium. L'auteur a voulu simplement faire connaître, de la science du radium, tout ce qui pouvait être utile au malade et lui apporter quelque soulagement. Il semble qu'il ait fait une œuvre opportune et particulièrement pratique.

BIBLIOTHÈQUE DES CURIEUX, Paris VIe,
4, rue de Furstenberg.

Comment moururent les Rois de France. In-8°. Nouvelle édition, augmentée et illustrée de 35 gravures et huit planches. — 10 fr.

Dr G.-J. WITKOWSKI.

De ce livre, seul le titre est funèbre ; l'auteur, selon « sa manière » humoristique, et à la façon de son confrère Rabelais, y a semé « moult gentillesses et gaudisseries » anecdotiques. Il s'est proposé de reviser les diagnostics posthumes, portés par les médecins et les historiens qui ont traité de la mort de nos souverains et a relevé maintes erreurs flagrantes, dont beaucoup passaient aux yeux de tous pour vérités intangibles.

L'historien, aussi bien que le médecin, le lettré et tout curieux tireront le meilleur profit de cette impartiale, instructive et divertissante étude psycho-pathologico-historique, enrobée d'ironie souriante.

Chez MASSON,
120, boulevard St-Germain, Paris.

La pouponnière,
Dr V. WALLICH.

A retenir les conclusions posées par l'auteur : « La pouponnière bien organisée échappe à la plupart des objections qui ont été formulées contre elle, et se trouve appelée, même en n'échappant pas à la menace d'épidémies *accidentelles*, à donner des résultats très supérieurs aux désastres *permanents* liés à la mise en nourrice ».

PARTIE PROFESSIONNELLE

JURISPRUDENCE MÉDICALE

Responsabilité professionnelle.

Pour proclamer la responsabilité du médecin traitant, il ne suffit pas de relever une négligence à sa charge ; il faut en outre établir que cette négligence est la cause génératrice du préjudice causé.

COUR D'APPEL D'ANGERS.

28 *avril* 1920.

Attendu que sur une demande en dommages-intérêts formée par M., les experts ont déclaré que le Dr G. n'avait commis aucune faute lourde, aucune imprudence au cours des soins donnés par lui à la jeune M., atteinte de rougeole, ayant entraîné pour elle la perte de l'œil gauche et une diminution de l'acuité visuelle de l'autre œil;

Qu'ils ont toutefois déclaré qu'il existait une négligence en ce sens que l'état de l'enfant nécessitait des visites plus fréquentes ;

Qu'il résulte de l'enquête ordonnée par l'arrêt du treize janvier mil neuf cent quatorze, que les parents, loin de limiter les visites du médecin, les désiraient aussi nombreuses que l'exigeait l'état de l'enfant ;

Qu'il n'est pas permis, d'autre part, de faire grief à la dame M. d'une prétendue faute, dont rien ne démontre l'existence.

Attendu que du seize août au cinq septembre, jour où la malade fut soumise à un spécialiste, le Dr P., le Dr G. lui fit cinq ou six visites.

Que s'il ne les a pas multipliées c'est sans doute, parce que la gravité ou la nature de la complication ne s'est pas révélée à lui tout d'abord.

Qu'il ne saurait, du moins dans les circonstances actuelles, être recherché pour une erreur de diagnostic ;

Qu'il est, du reste, constant qu'il prescrivait la médication appropriée, et qu'il eut soin, lorsqu'il constata les progrès du mal, de faire appel à un spécialiste, lequel ne formula aucune critique sur le traitement suivi jusque-là ;

Attendu que, pour proclamer la responsabilité du médecin traitant, il ne suffit pas de relever une négligence à sa charge ;

Qu'il faut en outre établir que cette négligence est la cause génératrice du préjudice allégué ;

Qu'à cet égard les experts ont gardé le silence le plus absolu ;

Qu'aucune des circonstances révélées par l'enquête et les autres éléments du procès susceptibles d'être accueillis ne permet d'affirmer que l'état de la jeune M. puisse être attribué avec certitude à l'insuffisance des visites qu'elle a reçues ;

Qu'il se peut, en définitive, que la science médicale fût impuissante à prévenir la complication ou à en arrêter le développement ;

Attendu que des renseignements fournis sur son compte, il ressort que l'intimé a fait preuve, pendant le temps où il a remplacé un de ses confrères, des qualités professionnelles et particulièrement du zèle que l'on était en droit d'exiger de lui ;

Qu'en admettant, et le contraire paraît certain, qu'il n'ait pas fait la déclaration de la maladie contagieuse, cette omission serait sans influence sur le sort du litige ;

Qu'il en serait de même de la lettre du Dr G. se préoccupant encore de l'état de la malade, après son admission à l'hôpital.

Par ces motifs :

Confirme le jugement entrepris.

Déboute M. ès qualités de toutes ses demandes, fins et conclusions ;

Le condamne aux dépens de première instance et d'appel.

Commentaires.

L'histoire est banale : complications oculaires d'une rougeole. Le médecin traitant, bien qu'ayant fait appel à un spécialiste, qui approuve le traitement suivi, est néanmoins poursuivi pour ne pas avoir fait assez de visites à la malade. Bien entendu, les parents soutiennent avoir prié le docteur de venir chaque jour auprès de la malade, alors que le praticien affirme que c'est la mère elle-même qui s'y est opposée, pour éviter des frais.

On réclamait au confrère une rente viagère et annuelle de douze cents francs, l'enfant étant âgée de trois ans !

Après expertise des Drs de Lapersonne, Millée et Valude, concluant à l'absence de faute relevée contre le Dr G., le tribunal de Mamers rendit un jugement, en date du 26 mars 1912, acquittant notre confrère. La Cour d'Angers vient de confirmer cette décision.

Cet arrêt fait, à notre profession, l'application de l'article 1383 du Code civil, par lequel chacun est responsable du dommage qu'il a causé par sa négligence, ou par son imprudence, mais, ajoute la Cour, faut-il prouver que cette négligence est la cause génératrice du préjudice allégué.

Rappelons qu'un arrêt de la Cour de Cassation, chambre des Requêtes, en date du 21 juillet 1919 (*Gaz. Trib.*, 4 août 1919), tout en acquittant un médecin des poursuites intentées pour la pose défectueuse d'un appareil Hennequin, se base non sur l'application de l'article 1383 et sur la discussion de la faute lourde, mais plutôt sur l'application des articles 1137 et 1147 du Code civil. La faute du médecin est contrac-

tuelle et non délictuelle : il y a contrat entre le médecin et son client, puisque le client s'oblige à verser régulièrement les honoraires demandés par le médecin, qui s'engage à donner les soins selon les règles de son art. Par suite, le médecin serait responsable de sa faute légère et il doit faire la preuve qu'il a agi avec soin.

Nous ne nous étendrons pas ici sur ce problème de doctrine juridique.

Disons cependant que, si la cour de Cassation maintient, par la suite, sa manière de voir, concernant la faute du médecin traitant, il ne faudra plus s'en tenir à l'opinion plus ou moins problématique des médecins, dits experts, car ces docteurs, surtout à Paris, gagnent suffisamment d'argent à expertiser toute la journée, pour ne pas avoir besoin d'exercer la médecine.

Aussi, sont-ils mal qualifiés pour venir juger et apprécier la conduite d'un de leurs confrères, lorsque, depuis plusieurs années, ces experts se tiennent éloignés de toutes les découvertes et modifications apportées dans l'art de guérir.

Il conviendrait dès lors de revenir aux suggestions de l'article 6 de la loi du 21 mars 1884, reproduit par la loi du 12 mars 1920, sur les syndicats professionnels, tendant à donner toute latitude pour interroger les syndicats professionnels, sur les questions intéressant la profession. C'est le syndicat et non les experts qui devront discuter si le médecin a bien, ou non, rempli son mandat de guérir.

Pour en revenir au procès actuel, remarquons que la partie adverse, indigente, avait obtenu l'assistance judiciaire en première instance et en appel. Comme la justice ne perd jamais ses droits, le médecin, bien que victorieux, est obligé de payer tous les frais, s'élevant à la somme de 1349 fr. 70.

Le « Sou médical » a payé au lieu et place de son adhérent, mais, pour donner une leçon publique à tous ces gens, qui abusent de l'assistance judiciaire pour poursuivre les docteurs et essayer de les intimider, pour leur arracher une transaction, le « Sou médical » va poursuivre le remboursement de ses frais sur le plaignant, même s'il est besoin d'aller jusqu'à la saisie.

Confrères qui, n'étant pas du « Sou », êtes assurés à une compagnie d'assurances contre la responsabilité professionnelle, demandez donc, avant de payer votre prochaine prime, si, dans une occurrence pareille, votre assurance ferait comme le « Sou médical », c'est-à-dire paierait elle-même ces frais judiciaires. J'ai crainte que ces dépenses ne vous soient laissés à charge, comme n'entrant pas dans la garantie qui vous couvre.

Au « Sou médical », nous n'avons pas eu d'hésitation à payer, en confrères, pour un confrère.

Dr Paul BOUDIN.

DÉONTOLOGIE

Comment calculer la valeur d'une clientèle médicale ?

Les tribunaux ne reconnaissent pas, à juste titre, la validité de la vente exclusive d'une clientèle médicale ; le jugement du tribunal civil de Digne, que nous avons publié dans le *Concours médical*, n° 49, p. 3028, vient à nouveau de confirmer cette jurisprudence.

Par contre, le contrat par lequel un médecin cède à un autre, contre indemnité, le droit d'exercer en ses lieu et place, s'interdit de se réinstaller dans un rayon déterminé autour de son ancien cabinet, s'oblige à présenter son successeur à ses clients habituels, à l'accompagner pendant un certain délai dans ses visites, à lui communiquer tous les documents de nature à le substituer autant que possible à lui-même dans sa clientèle, nonobstant et en outre de la cession éventuelle d'un bail, d'un mobilier, d'un matériel, etc., — ce contrat, dis-je, est parfaitement valable.

Ce n'en est pas moins l'importance même de la clientèle, les avantages qu'elle comporte, les recettes qu'elle produit, qui servent en principe de base au calcul de l'indemnité susdite.

Les recettes ne sauraient néanmoins être prises, en général, pour leur total absolu.

En effet, une clientèle médicale n'est pas assimilable à un fonds de commerce, parce que son rendement est fonction directe de la manière dont son détenteur y exerce son art. Autant de médecins, autant, pourrait-on dire, de façons de comprendre la pratique médicale. C'est affaire d'appréciation personnelle, de conception individuelle, chacun étant libre de « mener sa barque » à son gré, sous la seule condition d'y apporter la plus grande conscience, la plus scrupuleuse probité.

D'autre part, l'achalandage d'un cabinet médical n'a rien de comparable à celui d'une entreprise commerciale quelconque. Dans le commerce, le client vient beaucoup pour la marchandise qu'il achète. Dans notre profession, c'est à l'homme proprement dit qu'il s'adresse, selon la confiance qu'il a en lui. De telle sorte qu'il est impossible de prétendre que tous les malades qui appelaient le Dr X auront recours à son successeur, le Dr Y.

Il y a même des circonstances dans lesquelles la question personnelle joue un rôle de tout premier plan et est exclusive de toute autre considération, si bien qu'on peut prédire, presque à coup sûr, dans ces circonstances spéciales, que le successeur sera écarté.

Toutes ces considérations influent sur le cal-

cul de la valeur, disons marchande, de la clientèle. Ce calcul doit être fait d'une façon équitable, de manière que l'acquéreur indemnise raisonnablement le vendeur, sans s'exposer à faire un marché trop onéreux.

D'autres éléments entrent encore en ligne de compte, tels, par exemple, certains postes officiels dont la transmission est rien moins qu'assurée.

Ces généralités étant exposées, le prix de la clientèle sera complètement différent selon que les dépenses équilibreront les recettes à peu de choses près, ou qu'au contraire, celles-ci dépasseront sensiblement le montant des frais, laissant ainsi un bénéfice appréciable.

Quand un poste médical, au cours des trois dernières années qui précèdent sa cession, ne laisse en fin d'année — tous frais professionnels réglés — qu'à peu près de quoi faire face aux dépenses d'alimentation et de vêtement, sa valeur est des plus modiques.

Si, par contre, l'excédent des recettes sur les dépenses professionnelles (loyer, transports, impôts, domestiques, etc.) atteint par an ou dépasse, dans le même laps de temps, vingt mille francs, l'indemnité de cession devra s'élever à un taux important, par exemple, la somme des bénéfices des deux dernières années.

Mais, dans cette spéculation, la grande loi de l'offre et de la demande joue son rôle. Chacune des deux parties en présence veillera à la défense de ses intérêts.

Voyons donc maintenant les précautions respectives que doivent prendre cédant et cessionnaire.

Le cédant ne doit tenir compte que de deux préoccupations : 1° son successeur présente toutes les garanties morales et scientifiques qui permettent de le recommander pour ainsi dire à coup sûr ; 2° il offre d'autre part toutes les assurances requises qu'il est en mesure de faire face à ses engagements, et de payer aux dates fixées les indemnités convenues.

Le cessionnaire, de son côté. doit se rendre compte, aussi exactement que possible, de ce qu'il a le droit d'escompter comme rendement du poste qu'il achète.

Les conditions ne sont pas les mêmes, selon qu'il s'agit d'une clientèle urbaine, d'une clientèle mi-urbaine et mi-rurale, ou d'une clientèle rurale.

Prenons comme type le poste mi-urbain et mi-rural. L'acheteur éventuel d'une telle clientèle s'enquerra d'abord de l'étendue topographique qu'elle affecte et du temps depuis lequel le cédant y exerce.

Il se renseignera plus particulièrement sur le nombre de confrères qui pratiquent, tant dans le centre même de la clientèle que dans les communes les plus rapprochées. Il est bien certain en effet, qu'une clientèle prend une valeur marchande d'autant plus élevée que le nombre de ses concurrents l'est moins, pour atteindre son maximum, si elle n'a pasde concurrents locaux.

Si le cédant occupe le poste depuis de longues années, douze, quinze et vingt ans, il est présumable qu'il tient bien ses malades en main, qu'il a sur eux une grande influence et que le successeur aura de grandes chances d'être agréé à sa place. Mais, d'autre part, la réputation qu'il a acquise a pu faire de lui le consultant recherché dans la région. La valeur professionnelle qu'on lui reconnaît le fait appeler souvent à des distances plus grandes que le rayon moyen de sa circonscription, dans des communes, bourgs ou hameaux qui se trouvent parfois plus rapprochés d'un médecin voisin.

Tout cabinet médical est le centre d'une zone dont les habitants sont presque fatalement les ressortissants. Mais, en outre, dès que son propriétaire possède déjà une certaine ancienneté, il dessert, à la périphérie de cette zone, une bande plus ou moins étendue qui empiète sur les circonscriptions voisines. C'est là que le facteur *personnel* est seul en cause.

Si les consultations d'une part, les visites faites au loin, hors de la circonscription normale du cédant, d'autre part, tiennent dans ses recettes une place importante, le cessionnaire est rien moins qu'assuré d'en hériter. Il sera légitimement fondé à ne tenir compte de cette partie des recettes que pour un sous-multiple de sa valeur. Peut-être, à son tour, retrouvera-t-il là, un jour, un champ d'exercice qui est exposé à lui échapper tout d'abord. Mais, il le devra alors à son travail personnel, à ses efforts, à ses succès, sans que son vendeur y soit pour quelque chose.

Un exemple à l'appui de ce qui précède. En 1919, un de mes amis acheta une clientèle datant de vingt ans, se développant sur un rayon moyen de 6 à 7 kil. Le vendeur, justement réputé, n'en était pas moins fréquemment appelé à 8, 10 et 12 kil. de là, de préférence à des confrères plus proches. Qu'arriva-t-il ? Mon ami ne fut jamais appelé chez ces clients éloignés. Quelques-uns d'entre eux eurent même la loyauté et la franchise de lui déclarer : « Nous nous faisions soigner par votre prédécesseur, parce que c'était LUI. Vous, nous ne vous connaissons pas, tandis que nous connaissons le Dr X qui est plus près de nous, et que nous avons ainsi plus de facilités de toute nature à faire venir. » Résultat : ses recettes diminuèrent considérablement ; elles n'étaient plus en rapport avec l'indemnité qu'il avait versée.

Quand le cessionnaire éventuel d'uue clientèle médicale se sera documenté sur la topographie du poste qu'il désire acquérir, sur son étendue ; sur le nombre de confrères avec lesquels il se

trouvera, disons le mot, en concurrence ; sur la partie excentrique de la clientèle sur laquelle il lui est permis de ne pas compter à coup sûr, il examinera les livres de son vendeur afin de se rendre compte de la façon dont celui-ci comprend l'exercice médical. Entre des mains différentes, le même poste, tout en étant desservi aussi consciencieusement que possible, pourra donner un rendement très variable. Affaire d'appréciation, ai-je dit. Tel médecin multiplie les visites. Tel autre les réduit au strict indispensable, se tenant en rapport avec le malade ou sa famille, de façon à être au courant de ce qui se passe et à parer à l'imprévu. Celui-ci juge qu'au cours d'une fièvre typhoïde, il doit voir son malade deux fois par jour dans la période aiguë. Tel autre estime une seule visite suffisante. Encore une fois, affaire d'appréciation.

J'ai connu un confrère qui, quelque temps qu'il fasse, qu'il ait été appelé ou non, partait matin et soir faire une tournée extérieure, passant au pas de son cheval dans les agglomérations, sollicitant adroitement l'occasion de donner un avis : « Eh bien ! père un tel, et cet asthme, comment va-t-il ? » — « Pas fort, pas fort, Monsieur le docteur. Puisque vous êtes là, entrez donc. Vous allez me regarder. » Il lui arrivait même de ne pas descendre de voiture : » Montre-moi ta langue, disait-il à son client d'occasion.... Bien ! Tu prendras demain matin 30 grammes d'huile de ricin. » Tous ces avis provoqués et donnés *en passant*, il les cotait 1,50. Oui, je le répète, trente sous. N'empêche qu'à la fin de la journée, il alignait 6, 8 et 10 fois 1 fr. 50 sur son livre, ce qui finissait par faire un chiffre coquet à la fin du mois. Que voulez-vous ? Tout le monde n'a pas le tempérament d'agir ainsi.

Enfin l'acheteur examinera les situations officielles que détient son vendeur : inspection des enfants du premier âge, assistance médicale gratuite, vaccinations, épidémies, inspection des écoles, etc. ainsi que les *fixes* dont il bénéficie ; il en supputera la part dans le montant total des recettes. Et il n'en tiendra compte que dans la mesure où il pourra les obtenir à son tour.

Tous ces renseignements étant pris, il aura en mains les éléments qui lui permettront d'apprécier la valeur réelle de la clientèle qu'il désire acheter, non pas telle qu'elle apparaît au regard du cédant, mais dans les limites raisonnables où il peut espérer en tirer personnellement parti.

C'est sur ces bases qu'il pourra alors faire une offre raisonnable.

Prenons maintenant un exemple concret. Nous supposons qne le vendeur ne « pousse pas exagérément à la visite », ni qu'il ne grossit pas ses recettes par des artifices discutables. Le produit étant de 40.000 francs annuellement, les frais professionnels (loyer, transport, service, impôts, etc.), de 20.000 francs, le bénéfice serait donc de 20.000 francs, desquels il faut défalquer les dépenses d'alimentation et de vêtement.

Mais, dans ces reeettes, figurent des postes officiels et des fixes pour 3.000 francs. En outre, le montant des visites éloignées et des consultations figure, bon an mal an, pour 1.500 francs. Si j'étais l'acheteur, je commencerais par défalquer ces 4.500 francs, que je ne serais nullement assuré de gagner. Et je ferais mon offre sur les bases d'une recette quasi-assurée de 35.500 francs.

Je conviendrais ensuite avec mon vendeur que, le jour où les postes officiels et les fixes m'échoiraient, je lui verserais une indemnité supplémentaire. Enfin, je m'engagerais, pour le cas où, à la fin de la deuxième année de mon propre exercice, j'atteindrais le total annoncé, à lui verser une deuxième indemnité supplémentaire.

Nous sommes souvent sollicité de donner à nos confrères des renseignements sur la manière de mener de telles transactions. C'est ce qui nous a poussé à entrer dans d'aussi longs détails, et à exposer la ligne de conduite que nous appris, en pareil cas, notre longue expérience.

G. DUCHESNE.

LA VIE SYNDICALE ET PROFESSIONNELLE

L'histoire d'un Syndicat.

Syndicat des médecins de l'arrondissement de Nîmes.

SIX ANS DE VIE SYNDICALE

I. — *Le Syndicat des médecins de l'arrondissement de Nîmes pendant la guerre.* (Rapport lu à l'Assemblée générale du 16 mars 1919.)

II. — *Depuis la Victoire.*

Par le Dr L. SOUCHON,

Membre fondateur du Syndicat.

En mars 1910 — comme on vieillit vite ! il me semble que c'est d'hier... — je reçus, ainsi que tous nos confrères de Nîmes le projet des « Statuts de la Société de médecine de Nîmes et du Syndicat des médecins de Nîmes et des environs », statuts auxquels, d'après la circulaire polycopiée de notre secrétaire, avaient été apportées certaines modifications.

Au cours des réunions qui suivirent cet envoi, j'eus l'occasion de déclarer que ces modifications me paraissaient insuffisantes et que, à part la dernière phrase de l'article 18 (obligation morale de s'affilier au « Sou Médical »), je ne trouvais rien de bien pratique dans ce nouveau projet qui avait, par contre, le défaut d'être bien embrouillé puisqu'il prétendait s'appliquer à la fois à trois organisations de but dif-

Médication Infantile

Anémie,
Scrofule,
Rachitisme.
Etats ganglionnaires.

STHÉNOPHYL

VIGAN

Granulé fondant

(très supérieur aux huiles de foie de morue et sirops iodotanniques)

Goût exquis - Efficacité constante



férent, à savoir : une Société de Secours Mutuels ; une Société scientifique ; un Syndicat professionnel.

Malheureusement pour l'imprimeur qui nous avait fourni ses épreuves et qui attend encore depuis lors le « bon à tirer », mon opinion fut partagée par bon nombre de nos confrères. Et, à partir de ce jour, la question « Modifications aux statuts » figura régulièrement sur l'ordre du jour de nos séances.

La gestation se prolongeant de façon aussi anormale qu'excessive, je proposai de faire appel, afin de nous mieux documenter sur le sujet, aux lumières de nos confrères du *Concours Médical.* Le Dr Boudin voulut bien venir, le 17 mars 1911, nous donner une conférence, au cours de laquelle il fit un exposé aussi clair que convaincant des œuvres de prévoyance et de défense professionnelles et, après nous en avoir démontré l'utilité et l'efficacité, nous conseilla chaleureusement, nous pria instamment de vivre dans l'application de cette solidarité qui a nom : l'esprit syndical.

Douze mois après, nos statuts n'étaient pas encore modifiés, ces bons vieux statuts hybrides, bons à tout et propres à rien suivant la formule, qui nous régissaient depuis 1896. Nous voulions sans doute, étant méridionaux, éviter le reproche d'être considérés comme des enthousiastes, disons le mot, des emballés et nous tenions à ne réaliser l'autonomie de nos divers organismes professionnels qu'après avoir pris le temps de la réflexion et suffisamment mûri nos projets.

Quoi qu'il en soit, mes chers Confrères, le groupement corporatif des médecins de Nîmes et environs constituait, à cette époque, à la fois une Société de Secours Mutuels (société locale de l'A. G.), une société de médecine, un Syndicat professionnel.

Ce groupement ne faisait pas preuve d'une vitalité bien grande, quelle que fût celle de ces trois formes sous lesquelles on pouvait envisager notre activité. Certains confrères prétendirent même que, en tant que syndicat principalement, « notre activité était nulle et qu'elle resterait nulle aussi longtemps qu'on s'en tiendrait, comme jusqu'alors, à une vague protection de tel intérêt lésé en la personne d'un ou deux de nos sociétaires, à des services qui n'avaient rien d'essentiellement syndical, à des études non suivies d'application, à des votes ou des décisions qu'on oubliait, sans nul inconvénient, en rentrant chez soi, pour agir ensuite dans son propre intérêt, à l'abri de toute sanction et de toute pénalité.

Comment pouvait-on sortir de là ? Comment obtenir le meilleur rendement, tirer tout le parti possible de nos trois organisations différentes de prévoyance, d'études, et de défense professionnelles ?

Pour réaliser ce but, il apparut que s'imposait la subdivision de notre groupement corporatif en trois sections pour chacune desquelles serait établi un règlement distinct.

Une Commission fut nommée à qui fut confié, par l'Assemblée générale du 22 décembre 1912, le mandat d'élaborer un projet de statuts, dont le texte fut adressé à tous les confrères exerçant dans l'arrondissement de Nîmes et dans celui d'Uzès (où il n'existait pas encore de syndicat). En tenant compte, dans la mesure du possible, des remarques, approbations ou critiques, contenues dans les réponses qui lui parvinrent, la Commission rédigea les statuts dont le texte fut adopté, le 16 mars 1913, par les médecins présents à l'Assemblée constitutive du Syndicat et qui apposèrent leur signature sur le registre spécial.

Le Syndicat des Médecins de l'arrondissement de Nîmes était donc enfin né. Il y a aujourd'hui même, exactement six ans.

Sur ce qu'il a fait depuis lors jusqu'au jour de la déclaration de guerre, je ne m'étendrai pas. Vous me permettrez néanmoins de rappeler que, réuni en 1913 le 16 mars, le 8 et le 12 octobre, et le 3 mai, en 1914, notre Syndicat s'est occupé de la vaccination obligatoire dans le Gard (rapporteur, Dr Grouzet), et du relèvement des honoraires (rapporteur, Dr Mouret). Laissez-moi également vous signaler notre affiliation à l'Union des Syndicats médicaux de France, notre participation au Congrès des Praticiens de 1913, notre intervention dans l'affaire Dr Gayet-Pr Gilis.

***

Trois mois après la séance de mai 1914 éclatait le cataclysme qui a ensanglanté l'Europe et bouleversé l'univers. Forcément, nos réunions ont été depuis lors suspendues. Cela ne veut point dire que les membres du Syndicat de l'arrondissement de Nîmes soient restés dans l'inaction.

Il m'a paru bon et équitable de retracer devant vous, au moment où nous reprenons nos travaux, ce qu'ont fait nos confrères syndiqués depuis le 2 août 1914 jusqu'à la signature de l'armistice.

Au cours de ces terribles cinquante-deux mois durant lesquels la France, telle la Niobé antique, a vu tomber pour sa liberté non moins que pour le triomphe du droit et le salut de la civilisation les meilleurs de ses enfants, le corps médical a, soit dans la zone des armées, soit à l'intérieur du territoire, servi la patrie, donnant avec son admirable abnégation coutumière à cette mère bien-aimée, sa science, son labeur, son dévouement, son sang... Il est juste de rendre l'humble hommage de notre souvenir ému et reconnaissant à ceux des nôtres qui ont su maintenir si haut les traditions de courage et d'honneur de notre noble corporation où, de quelque côté qu'on se tourne, on rencontre autant d'héroïsme que d'ardeur au sacrifice !

En ces premiers temps de la paix glorieuse, de retour au foyer, chacun regarde autour de soi et compte les disparus. Comme les autres, notre famille médicale a eu ses victimes ; tués à l'ennemi, ou morts de maladies aux armées ou en service, morts au travail journalier dans l'angoisse du lendemain, sans avoir douté de la victoire,

mais avant d'en avoir vu l'éveil. Hommage à nos morts !

Le docteur Boulet (François-Marie-Louis), né à Lunel (Hérault), le 4 octobre 1878, après d'excellentes études secondaires au Collège Saint-Stanislas de Nîmes, fit ses études de médecine à la Faculté de Montpellier où il fut reçu docteur le 24 mai 1904. Il vint aussitôt s'établir à Aigues-Mortes où il exerça la médecine générale jusqu'au jour de la déclaration de guerre, se créant une belle situation par ses qualités professionnelles et son dévouement aux malades.

Mobilisé le 2 août 1914, comme médecin auxiliaire au groupe de brancardiers de la 37e division d'infanterie, il rejoignit son poste avec un enthousiasme patriotique. Jeté, presque sans transition, dans l'effroyable fournaise de Charleroi, il a laissé sur son carnet de route quelques notes très brèves mais qui montrent bien que, pendant la tragique retraite, il pense avant tout à la France et ne désespère pas du sort de la Patrie tant aimée.

« 22 août. Premier contact avec le feu ; émotions violentes. Retour à T. — 23 août. Impressions rendues plus tristes par la vue des Belges qui passent fatigués. Laissé une centaine de blessés à Marienbourg, vers 3 heures du matin. Nuit passée en route. — 26 août. Cantonné entre deux bois. Pluie diluvienne. Départ à 9 heures, canonnade nous y obligeant. Arrivé à Tavaux à 1 h. du matin. — 30 août. Retraite sous un soleil torride ; coups de chaleur, zouaves sur la route. Arrivé le soir à 6 heures au château de Rechécourt. Départ subit à 10 heures. — 9 septembre. Nuit aux avant-postes. Déroute allemande confirmée à Esternay ! — 15 septembre. Château de Cuts. Excellentes nouvelles ! Obus très près de nous. — 16 septembre. Fusillade la nuit. Au matin, reprise de la fusillade. — 17 septembre. Obligé de m'abriter tout en continuant les pansements. 11 heures : fusillade fait rage : y échapperons-nous ? »

Tel est le dernier mot du trop court carnet de guerre, dans lequel notre confrère, qui ne se plaint jamais au milieu de ses souffrances, prend cependant le temps de tressaillir de joie toutes les fois que lui arrivent de « bonnes nouvelles ». Et ce dernier mot a quelque chose de tragique puisque, quelques heures après, l'héroïque Boulet, occupé à panser un zouave pendant qu'on se battait autour de lui dans la cour du château, fut traversé de part en part par une balle qui alla s'écraser sur le bras du blessé. Il tomba foudroyé sans prononcer une parole.

La mort, malgré sa brutalité, ne l'avait point surpris : il s'y préparait en chrétien. La veille, il avait partagé son lit avec l'aumônier du groupe et tous deux, le prêtre-soldat et l'officier-médecin, s'étaient endormis, harassés de fatigue, en récitant leur prière.

Voici le texte de la citation à l'ordre du jour de la division dont notre regretté confrère a été honoré.

« *Est cité à l'ordre de la* 37e *division, le docteur Boulet, médecin auxiliaire au Groupe de brancardiers divisionnaires. Médecin très consciencieux et très dévoué, a contribué avec le plus grand mépris du danger au relèvement des blessés autour du château de Cuts* (*Oise*), *pendant la journée du* 16 *septembre* 1914 *et a été tué d'une balle en pleine poitrine le* 17, *pendant qu'il soignait les blessés dans les dépendances du château sous les balles et la mitraille, quelques minutes avant la prise du château et de l'ambulance par l'ennemi. — Au Quartier général, le* 7 *février* 1916. *Signé : Général de Bonneval* ».

Au sujet de notre excellent confrère le docteur Laurent, (Jules-Fulcrand-Antoine), né à Montpellier, le 25 juin 1882, et mort pour la France, aux Armées, le 9 juillet 1916, à Ville-sur-Couzance (Meuse) victime du devoir professionnel, je ne crois pas pouvoir mieux dire que les paroles prononcées devant son cercueil par le lieutenant-colonel Crémont, commandant le parc d'artillerie du XVe corps :

« Avant de la sser se fermer cette tombe, permettez-moi de dire un dernier adieu à l'homme de bien que nous pleurons et regrettons tous. Affecté, à la mobilisation, au Parc d'Artillerie du XVe Corps, le médecin aide-major Laurent fit preuve dès le début de qualités professionnelles et militaires exceptionnelles.

Dans des conditions difficiles, il sut organiser son service d'une façon remarquable. Grâce à ses connaissances étendues et variées et à son moral très élevé, il maintint dans la troupe un état de santé morale et physique excellent. D'un dévouement sans bornes qui ne s'est pas démenti un seul instant, il ne considérait jamais qu'il avait fait assez ; sa préoccupation constante était d'améliorer sans cesse, par les moyens les plus ingénieux, les conditions d'installation de la troupe dont il avait la charge et il n'hésitait pas à se rendre dans la zone dangereuse pour s'occuper de l'installation du personnel. Pendant ces deux années, il sut inspirer une affection respectueuse à ses subordonnés et gagner l'amitié et l'estime de ses camarades et de ses chefs.

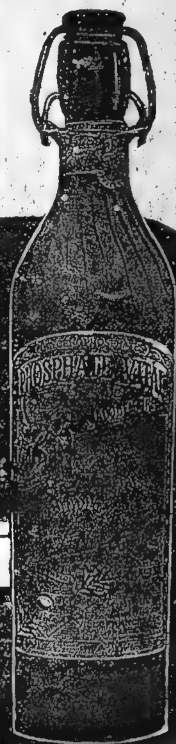
C'est encore en faisant le bien qu'il a trouvé la mort. Averti qu'un homme était malade, que ce malade pouvait être dangereux et qu'il était armé, le docteur Laurent n'hésita pas à se porter bravement au-devant de lui, ne voulant laisser à aucun autre le soin de lui venir en aide. Frappé par le geste d'un dément, il se sentit immédiatement gravement touché et demanda les secours de la religion qu'il eut la consolation de recevoir.

Le général commandant en chef a bien voulu accorder au docteur Laurent à ses derniers moments la Croix de Chevalier de la Légion d'honneur, juste récompense de son dévouement.

Adieu, Laurent ; tu es mort en brave ; tu es mort pour la France. Nous conserverons ton souvenir comme celui d'un homme dont on peut dire : « il a passé en faisant le bien ».

J'ai pu me procurer le texte de la citation, qui comporte l'attribution de la Croix de guerre avec palme :

« *M. Laurent* (*Jules*), *médecin aide-major de* 1re *classe de réserve au parc d'artillerie d'un corps d'armée, a été nommé dans l'ordre de la Légion d'honneur au grade de Chevalier. Médecin aide-major de haute valeur morale et professionnelle, d'un zèle et d'un dévouement au-dessus de tout éloge. A été grièvement blessé dans l'accomplissement de ses devoirs* ».



Notre confrère Laurent exerçait, en praticien composé et très apprécié, la médecine générale à Saint-Laurent-d'Aigouze où il avait su, grâce à sa science et à son zèle, se constituer une belle clientèle. Comme Boulet, dont il était le voisin et l'ami, il était venu à notre syndicat dès la première heure, nous apportant, avec une adhésion sans réserve à notre programme de défense professionnelle et à nos idées d'action corporative, un concours très précieux et très assidu. Sa mort tragique, tout comme la mort glorieuse de Boulet, est une perte très sensible pour notre groupement.

Suquet ne nous a donné son adhésion que le 3 mai 1914. Et je crois bien qu'il signa la formule de demande d'admission et me l'envoya au moins autant pour m'être personnellement agréable (car il n'ignorait pas combien je m'intéresse à notre syndicat) que pour traduire de façon pratique sa foi dans l'efficacité de l'organisation professionnelle. Il avait tant d'autres choses en tête, ce bon et charmant confrère !

Né à Clermont-l'Hérault, le 17 juin 1880, Suquet (Léon-Arsène), avait fait ses études classiques chez les Pères Jésuites de Montpellier. Après une brillante scolarité à la Faculté de Médecine de cette ville, il soutint sa thèse pour le doctorat le 12 juillet 1904 et vint, en mai 1905, s'installer à Nîmes où il exerça depuis lors, avec un succès toujours croissant, la spécialité de dermatologiste et radiologiste.

Médecin spécialiste des hôpitaux de la ville dès 1905, il avait une magnifique situation professionnelle lorsque la guerre éclata.

Mobilisé le 5 août 1914 en qualité d'aide-major de 2e classe à la XVIe région, il fut attaché comme médecin-traitant à l'ambulance n° 6 pendant 10 mois. Affecté en juin 1915 comme radiographe à l'autochir. n° 4, il y rendit de grands services tout en subissant de violents bombardements. Après son évacuation à l'intérieur en février 1916, il assura le service de radiologie au centre de la XVIe région, à l'hôpital suburbain, pendant 28 mois, au cours desquels, il fit toujours preuve, comme pendant son séjour aux armées, des plus belles qualités de zèle, d'activité et de science professionnelles, poussant le dévouement et l'énergie jusqu'à refuser d'interrompre son service malgré une radiodermite très grave qui nécessita, après de cruelles souffrances, l'amputation de deux doigts de la main gauche.

Nommé chevalier de la Légion d'honneur le 2 janvier 1918, le Dr Suquet est mort pour la France, à 37 ans, le 10 septembre 1918, de la grippe infectieuse.

A ces morts pendant la guerre, tous morts de la guerre, donnons une pensée émue. Honorons leur mémoire d'un souvenir de gratitude pieuse. Ne sont-ils pas, comme on l'a dit, les « conseillers des vivants » ?

Nous ne les OUBLIERONS JAMAIS...

Au 2 août 1914, le Syndicat des Médecins de l'arrondissement de Nîmes comptait 53 adhérents.

De ce nombre, 13 confrères, dispensés de toute obligation militaire soit par leur âge, soit par leur état de santé ont fait la guerre en assurant avec un désintéressement admirable et un dévouement au-dessus de tout éloge, des services publics soit civils, soit militaires. Ce sont MM. Cassan, Courréjou, Lafon, Lyon, Mazel, Merley, de Parades et Simonnot (de Nîmes) ; MM. Barin (de Sommières), Dubourd (de Roquemaure), Farel (de Calvisson), Maire (du Grau-du-Roi), et Pech (d'Aubais).

Des quarante syndiqués mobilisés, trois sont morts pour la France :

Boulet, tué à l'ennemi.

Laurent, mort aux Armées, victime du devoir professionnel.

Suquet, mort en service.

Des trente-sept qui restent, quinze exercent hors de Nîmes. Ce sont : MM. Bernadou (d'Uzès), Blanc (de Vergèze), Bonfils (de Sommières), Crouzet (d'Aigues-Vives), Fadat (de Générac), Ferran (du Cailar), Grimaud (de Bellegarde), Jouve (d Aramon), Laurans (de Montfrin), Lauze (d'Aimargues), Maestraggi (de Villeneuve-lès-Avignon), Massol (de Remoulin), Matet (de Montfrin), Mouret (de Beauvoisin), Sarradon (de Gallargues).

Les vingt-deux Nîmois sont MM. Bassaget, Coste, Coulomb, Delord, Fabre, Gaujoux, Gayet, Giral, Graille, Grégoire, Lapeyre, Léothaud, Mazoyer, Pellet, Picheral, Pourtal, Puech, Raynaud, Revel, Reynaud, Roumieux et Souchon.

Au total (sauf, bien entendu, erreur ou omissions que je réparerais, le cas échéant, bien volontiers), notre Syndicat a eu quarante mobilisés sur cinquante-trois adhérents. Des quarante mobilisés, trois sont morts, un a été blessé. Sans parler de multiples promotions en grades, nos confrères ont été honorés des récompenses suivantes :

7 Croix de chevalier de la Légion d honneur ; 14 Croix de guerre, dont les rubans sont constellés de : 2 palmes, 3 étoiles d'or, 6 étoiles d'argent, 11 étoiles de bronze, représentant respectivement : 2 citations à l'ordre du jour de l'armée, 3 citations à l'ordre du corps d'armée, 6 citations à l'ordre de la division, 11 citations à l'ordre de la brigade ou du régiment, 1 médaille d argent des épidémies, 1 ordre de St-Sava (Serbie).

Ce tableau, pour si brillant qu'il soit, est incomplet, Messieurs, et je regrette vivement que certains de nos confrères, trop négligents ou trop modestes, n'aient pas daigné me mettre à même de remplir la tâche que je me suis imposée de rendre hommage au devoir si bien rempli. Il aurait fallu, je le reconnais humblement, la plume d un Froissart ou d'un Joinville pour relater digne-

ment les « gestes » de nos confrères. Vous voudrez bien être indulgents, et, tenant compte de ma bonne volonté, excuser mon insuffisance.

Quelques mots encore et je termine.

Je tiens, avant de m'asseoir et de me taire, à vous signaler ce que, grâce à son énergie, à son activité et à sa ténacité coutumières, notre cher et dévoué Président, le Dr Puech a fait, au point de vue de l'action syndicale, pendant la durée de la guerre, tout seul, en franc-tireur.

1° Une vingtaine d'entrevues avec le préfet pour obtenir, non sans peine, de l'essence pour les automobiles des médecins, grâce à des bons de priorité qui, par hasard et grâce à la ténacité de M. Pech, ont assez bien fonctionné ;

2° Autres entrevues avec le même préfet au sujet de l'affaire Mazel, maire de Congéniès et rebouteur, que notre président a réussi à amener à la barre de la police correctionnelle qui a condamné ce récidiviste de l'exercice illégal à 500 fr. d'amende, sans compter les dommages-intérêts que le Dr Pech demande maintenant au nom du Syndicat. Je pourrais aussi ajouter à ce qui précède d'édifiants détails sur une certaine affaire d'un docteur Alexandridès qui exerçait à Gallargues et que M. Pech réussit à faire surprendre, *flagrante delicto*, proposant aux pharmaciens de la région des médicaments et objets de pansements qu'il prescrivait aux malades d'assistance médicale avec ordre de les lui porter aussitôt à son domicile qui n'était autre que celui du maire de la commune !... Mais, je ne veux pas abuser de votre bienveillante attention. M. Puech a rempli sans découragement les fonctions d'agent de liaison entre l'Union des Syndicats médicaux de France et notre groupement par correspondance aussi suivie que fatigante.

Enfin, notre fidèle et dévoué syndic, M. Noël, n'a pas ménagé son concours toujours si dévoué. Non seulement, il s'occupa avec son habituelle conscience des intérêts matériels laissés en souffrance par les confrères mobilisés, mais il sut aider de ses conseils judicieux et donner un appui moral appréciable à certains d'entre nous ou à leurs veuves ou à leur famille. Qu'il en soit remercié.

CHRONIQUE DE LA MUTUALITÉ

Expropriation médicale

Lors de l'assemblée générale de l'Union des syndicats médicaux, notre confrère Simonin a proposé la création d'un trésor de guerre et pour aider les confrères dans leurs luttes syndicales et pour les secours en cas de grève administrative.

Cette idée mérite attention ; on ne fait rien sans argent, et un trésor de guerre dans certains cas pourrait venir à propos dans les conflits médicaux-mutualistes.

Qu'arrive-t-il au cas de conflits ? tous les médecins sont d'accord pour relever les tarifs dérisoires des mutualités dans une région, en mettant dans le plateau leur démission collective. Or qu'arrive-t-il le plus souvent ? Le mouvement échoue parce quelques médecins refusent de se solidariser avec leurs confrères, se cramponnant à leur fixe, intangible pour eux, à leur maigre pitance.

Fureur des confrères, épithètes de « jaunes » malsonnantes et, pour finir, échec lamentable.

Cependant, si dans beaucoup de cas, ces dissidents sont peu intéressants, politiciens ou politiciens en herbe, philantropes pour la galerie si bien définis par Daumier dans son *Robert Macaire et Bertrand*, rubanistes, etc., dans d'autres, ils sont plus à plaindre qu'à blâmer et lorsqu'on vieillit, l'indulgence s'étend facilement sur bien des misères dorées qui expliquent le peu d'altruisme de ces confrères.

Les uns sont des jeunes sans fortune ayant souvent famille et obligés de vivre. D'autres sont des inadaptés à l'existence moderne, incapables d'effort, se contentant toute leur vie d'une facile et misérable médiocrité, n'ayant pour clients que ceux que leur racolent les collectivités, parce qu'incapables d'en trouver eux-mêmes.

Il en est de même pour certaines charges. Ainsi dans une région, si une étude de notaire périclite, ou après décès du titulaire, les confrères du voisinage s'entendent pour supprimer la charge en indemnisant les ayants droit.

Puis il y a les vieux qui, eux non plus, n'ont pas fait fortune, qui petit à petit voient fondre leur clientèle ; leurs vieux clients meurent, se retirent des affaires, retournent dans leur pays. Leur clientèle devient de plus en plus clairsemée ; car les jeunes choisissent les jeunes médecins, ayant davantage leur mentalité, vivant dans la même ambiance, ayant des relations en rapport avec leur âge.

Tous ces malheureux se cramponnent à leur pièce de cent sous.

Or comment peut on les amener à soi ? La persuasion n'a guère d'action sur ces doux entêtés, on peut leur promettre que l'augmentation des honoraires améliorera leur situation personnelle, ils désirent quelque chose de plus palpable.

Qu'arrive-t-il quand l'Etat veut supprimer un monopole ? Il exproprie les détenteurs contre une indemnité. C'est ce qu'il faudrait tenter pour les monopoles médicaux.

Un médecin a un monopole, il est médecin d'une mutualité, de l'assistance médicale gratuite, etc., il touche de ce fait une somme dé-



Fac-simile
Grandeur nature
d'une ampoule
d'AZOTYL

terminée ; s'il perd cette somme du fait de ses confrères, ceux-ci pourraient l'indemniser, soit par une somme une fois versée, soit par des versements échelonnés sur un certain nombre d'années. Bien des modalités se présentent pour ce rachat de monopoles, nous les étudierons plus tard, après avoir essayé de jeter cette idée ; idée réalisable surtout avec la transformation de la médecine et les contrats collectifs avec les groupements professionnels ou philantrophiquent. De cette façon, nous pourrions plus facilement limiter la lutte contre les seuls exploiteurs du corps médical, sans être obligés de prendre des mesures contre nos confrères.

L'expropriation des monopoles médicaux est une chose à étudier et à tenter.

Dr M. VIMONT.

AUTOMOBILISME PRATIQUE

Le véhicule médical en 1921...

VII

Nous avons vu dans notre dernière chronique qu'il valait mieux freiner les ressorts pendant leur mouvement de descente que pendant leur remontée et que c'était, en effet, la solution adoptée généralement.

Nous ajouterons qu'il est très possible de s'en passer, à la condition de ne pas demander plus qu'une certaine vitesse qui se trouve aux environs de soixante à l'heure, ce qui est déjà respectable et suffisante en somme pour nos besoins.

Toutefois, il y aura certaines conditions à remplir et qui sont loin de l'être par la construction classique, c'est ainsi que de petits ressorts semi-elliptiques, ridiculement courts, un pont arrière « mastoc », un empattement de 2 mètres ou 2 m. 15, rendront la voiture inhabitable à toute allure, à moins de rouler sur un billard.

Il est évident que si le châssis n'est pas long, les ressorts ne peuvent l'être. En êtes-vous sûrs ?

En mécanique comme en toutes choses, il y a beaucoup de routine, et la majorité s'est peu à peu habituée à ne trouver bien que ce qui est conforme à la tradition, rejetant d'avance tout ce qui s'en éloigne.

Pauvre mentalité qui n'a même pas le mérite d'être logique et intelligente, car si l'on veut raisonner, on s'aperçoit de suite qu'à un moment donné la tradition a forcément changé et change du reste chaque jour, de sorte que les traditionalistes à outrance ne sont que des retardataires, autant à plaindre qu'à blâmer.

Les exemples en sont trop nombreux pour que nous nous donnions la peine de discuter plus longuement, mais que penseriez-vous de votre grand-père s'il s'obstinait à conseiller à ses petits-enfants des bicyclettes en caoutchoucs pleins sous prétexte que c'est ce qui se faisait de son temps ?

Donc sur des châssis courts, légers, les ressorts semi-elliptiques ne sont généralement pas merveilleux ; on ne peut en effet leur donner assez de longueur pour obtenir une souplesse acceptable ; leur flèche n'est que de 7 ou 8 centimètres, ce qui correspond à un obstacle en-dessous de de la moyenne.

Aussi voyons-nous depuis quelques années d'autres dispositions : au lieu d'attacher la roue au milieu du ressort, on la fixe à l'extrémité ; de là les types cantilever et semi-cantilever qui sont en voie de devenir classiques à leur tour — rappelons que c'est le célèbre ingénieur anglais Lanchester, un des meilleurs d'outre-Manche, qui a le premier réalisé le « cantilever ».

En employant ce système, la longueur du châssis importe beaucoup moins, puisqu'on pourra toujours conserver un empattement suffisant ; seules les questions d'esthétique et de rigidité interviendront.

Le cantilever a deux points d'appui sur la longueur, un pivotant et l'autre fixe ; on obtient une flexibilité très grande, sans danger de rupture, pourvu que la flexion porte sur une longueur proportionnelle ; de plus l'extrémité oscillante est la plus légère, à l'inverse du système classique, d'où diminution du poids non suspendu si importante pour la tenue de route comme nous l'avons déjà vu et le reverrons encore.

Mais il y a quelques précautions à prendre ! étant donné le porte-à-faux considérable, les ressorts doivent être sensiblement plus forts que d'habitude et les points d'appui particulièrement robustes, ainsi que la partie des longerons où sont ces points d'appui, sinon il se produit une distorsion générale qui a vite fait de disjoindre la carrosserie, sans parler du reste, car l'usure arrive prématurément si les axes ne coïncident plus ; comme il suffit d'un millimètre ou deux pour engendrer un faux-rond pernicieux, vous voyez qu'il faut de toute rigueur avoir un châssis où les seules flexions permises soient celles inhérentes à l'élasticité du métal, flexions non permanentes par conséquent, sinon les portes auront tôt fait de coincer, ce qui est très énervant, et le « boucan » général apparaîtra.

Beaucoup de constructeurs n'ont pas pris suffisamment leurs précautions ; de là, après quelques déboires, à rejeter cette solution, c'est illogique, car nous prétendons, après essais, qu'avec

une bonne exécution, le cantilever est un des meilleurs systèmes à adopter sur voitures à faible empattement ; avec lui, il est beaucoup plus facile d'arriver à la durée d'oscillation nécessaire ; nous y reviendrons.

Mais si la longueur des ressorts est exagérée, il y a un manque de rigidité latérale — signalée plus haut — qui n'est plus compatible avec la sécurité indispensable à toute voiture sérieuse.

La solution très simple de poussée dite « tout par les ressorts » est ici inapplicable, car il faut absolument résister au couple de réaction qui a tendance à tordre les extrémités trop flexibles ; donc emploi obligatoire de bielles dites « de réaction », très léger inconvénient ; on peut cependant tourner la difficulté en mettant des doubles cantilevers, ce qui accroît la tenue latérale et permet de revenir au « tout par les ressorts » prôné par beaucoup.

C'est une solution plus compliquée évidemment et assez onéreuse, qui ne doit cependant pas nous rebuter actuellement : il faut surtout penser au prix de revient kilométrique.

Si le cantilever est adopté pour les roues arrière, on le discute davantage pour l'avant. Pourquoi ?

Pas de raison bien valables, comme souvent. On craint encore plus le manque de rigidité latérale plus gênant là que partout ailleurs, à cause de la direction ; la catastrophe en cas de rupture. Il s'agit plutôt, croyons-nous, d'une question de mode, car en réfléchissant à ce qui se passe si la lame maîtresse du ressort classique se brise vers la main — éventualité fort rare, nous en convenons, mais constatée déjà par nous — on voit que l'équilibre général sera aussi compromis.

Ce que l'on monte donc le plus souvent à l'avant, c'est le demi-cantilever ou « quart-elliptic ». Là, plus de pivot intermédiaire ; le ressort est attaché solidement au longeron par sa grosse extrémité ; fixée à la partie mince tournée vers l'avant, la roue prend librement ses ébats. Comme il y a un pivot en moins, le jeu latéral est peut-être moins sensible ; dans cette voie, pour le réduire à néant on a même souvent supprimé l'articulation du ressort sur la barre d'accouplement, ce qui est assez élégant et simple ; mais, dans ce cas, la flexion étant à l'extrémité, il faut prendre plus de précautions, dont la principale est d'avoir deux lames maîtresses pouvant du reste disposer d'un certain coulissement l'une sur l'autre — boulons ronds mais trous supérieurs ovalaires — de sorte que l'une retient en cas de rupture de l'autre.

On peut aussi mettre de petites jambes de force, mais on n'obtient pas ainsi la même rigidité et l'élégance de la solution doubles-lames maîtresses et il y a des articulations, or leur suppression a l'avantage d'éviter l'usure de ces parties délicates et de simplifier le graissage.

(*A suivre.*)

Dr De Vaubercey.
Miribel (Ain).

DOCUMENTS OFFICIELS

A L'OFFICIEL

14 décembre 1920.

Avis relatif à un examen pour l'emploi de médecin stagiaire de l'assistance médicale en Indo-Chine.

Un examen pour dix emplois de médecin stagiaire de l'assistance médicale en Indo-Chine s'ouvrira en France et en Algérie, le 14 mars 1921.

Les épreuves écrites de cet examen seront subies simultanément, le même jour, à la même heure, à Paris, Lyon, Bordeaux, Lille, Montpellier, Toulouse, Nancy, Alger et Marseille.

Elles auront lieu à Paris au ministère des colonies et dans les huit autres villes, à la faculté ou à l'école de médecine.

Les épreuves écrites sont éliminatoires.

Les épreuves orales seront subies à Paris, au Val-de-Grâce.

Les candidats doivent se faire inscrire sur une liste ouverte à cet effet au ministère des colonies, direction du personnel et de la comptabilité, 2e bureau A.

Nul ne peut solliciter son inscription :

1° S'il n'est Français, jouissant de ses droits civils et politiques ;

2° S'il a plus de trente ans, à la date fixée pour l'ouverture des épreuves, à moins qu'il ne compte des services antérieurs lui permettant d'obtenir de la caisse de retraites des services locaux de l'Indo-Chine, à cinquante-cinq ans d'âge, une pension pour ancienneté de services ;

3° S'il n'a satisfait aux obligations imposées par les lois sur le recrutement de l'armée, en ce qui concerne le service actif en temps de paix ;

4° S'il n'est en possession du diplôme de docteur en médecine.

Les candidats ne sont admis à prendre part aux épreuves qu'après constatation par un médecin militaire qu'ils ne sont atteints d'aucune infirmité ou affection organique les rendant impropres au service colonial.

Les pièces à produire sont les suivantes :

1° Demande sur papier timbré ;

2° Acte de naissance sur papier timbré ;

3° Certificat de bonnes vie et mœurs délivré par le maire de la résidence ou, à Paris, par le commissaire de police, et ayant moins de trois mois de date ;

4° Extrait du casier judiciaire ayant également moins de trois mois de date ;

5° Une pièce établissant la situation du candidat au point de vue militaire ;

6° Diplôme de docteur en médecine ou une copie de ce diplôme certifiée conforme par le maire de la résidence.

7° Certificat médical d'aptitude au service colonial.

La liste des inscriptions sera close un mois avant la date de l'examen ; celle des candidats admis à subir les épreuves sera arrêtée définitivement par le ministre, dix jours au moins avant l'ouverture des épreuves ; un avis, adressé aux candidats et inséré, en outre, au *Journal officiel*, fera connaître le lieu où ils devront se réunir et l'heure à laquelle commenceront les épreuves.

L'examen comprend deux épreuves écrites et deux épreuves orales, savoir :

Epreuves écrites

1° Une composition sur un sujet de pathologie exotique (la question sera traitée plus particulièrement au point de vue épidémiologique, symptomatique et thérapeutique) ;

2° Une composition sur un sujet d'hygiène appliquée aux colonies, de législation sanitaire maritime et coloniale et de la prophylaxie des maladies contagieuses et pestilentielles. Trois heures sont accordées aux candidats pour chacune de ces compositions.

Epreuves orales

1° Examen clinique d'un malade atteint d'une affection ressortissant à la pathologie externe, et pratique d'une opération de chirurgie d'urgence ou application d'un appareil de pansement;

2° Examen clinique d'un malade atteint d'une affection ressortissant à la pathologie interne. Le diagnostic sera confirmé, s'il y a lieu, par des recherches bactériologiques et par la séro-réaction.

Il est accordé, par malade, vingt minutes pour l'examen clinique et pour la réflexion, et vingt minutes pour l'exposition. Le temps accordé pour l'opération de chirurgie ou l'application d'un appareil ainsi que celui accordé pour l'examen bactériologique ot la séroréaction, sera fixé par le jury.

Le jury d'examen est composé :

1° Du médecin inspecteur général, président du conseil supérieur de santé des colonies, président;

2° D'un médecin des troupes coloniales, membre du conseil supérieur de santé des colonies ;

3° D'un délégué de l'institut Pasteur de Paris, à la désignation du directeur de cet établissement ;

4° D'un médecin de l'assistance de l'Indo-Chine, présent en France, ou, à défaut, d'un professeur des instituts de médecine coloniale, à la désignation du ministre.

Le sujet de chaque épreuve écrite est tiré au sort parmi trois questions préalablement délibérées par le jury. Cette délibération a lieu cinq jours au moins avant la date des épreuves. Les trois questions choisies sont immédiatement soumises sous autant de plis cachetés qu'il y a de sièges d'examen écrit.

Pour les épreuves devant être subies en province, ces plis sont adressés au recteur de l'académie qui les transmet au doyen de la faculté ou au directeur de l'école de médecine. Ce dernier donne les ordres nécessaires pour l'exécution et la surveillance des épreuves.

Les compositions, effectuées sans livres ni notes, sont remises, sous pli fermé, à Paris, au membre du jury surveillant, et, en province, au fonctionnaire désigné à cet effet. Ceux-ci inscrivent un numéro d'ordre de dépôt et réunissent toutes les compositions dans une même enveloppe qui est adressée au président du jury.

Pour les épreuves cliniques, les candidats tirent au sort un numéro désignant le malade qu'ils auront à examiner.

L'appréciation de chacune des épreuves écrites ou orales est estimée par un chiffre compris entre 0 et 20 ; les notes obtenues par les candidats sont multipliées par des coefficients, fixés ainsi qu'il suit :

Composition écrite de pathologie.........	12
Composition écrite d'hygiène appliquée...	12
Clinique externe......................	15
Clinique interne......................	15

Une majoration de 100 points est accordée aux anciens internes reçus au concours dans les hôpitaux des villes ayant une faculté de médecine ou une école de plein exercice, et une majoration de 50 points aux candidats possédant le diplôme d'un des instituts de médecine coloniale de Paris, de Bordeaux, de Lyon ou de Marseille.

Les majorations ne peuvent être cumulées.

Les épreuves écrites sont lues, en séance particulière, par les membres du jury ; chaque membre attribue une note, la moyenne des chiffres ainsi donnés constitue la valeur de chaque épreuve.

Les candidats qui obtiennent 240 points aux épreuves écrites (points de majoration exclus) sont déclarés admissibles et appelés à subir les épreuves cliniques à Paris.

L'attribution des notes pour les épreuves orales se fait dans les mêmes conditions que pour les épreuves écrites.

A la fin des épreuves, une liste indiquant les points, établie par ordre de priorité par le jury réuni en séance particulière, est remise au ministre par le président du jury, ainsi que le dossier des pièces de l'examen.

Nul n'est admis si la somme des points qu'il a obtenue pour l'ensemble des épreuves, y compris les majorations éventuelles, est inférieure à 590 points.

La liste définitive des candidats admis est établie par le ministre ; les nominations auront lieu dans l'ordre de classement.

Les médecins stagiaires ont droit à une solde de présence de 8.000 fr. à laquelle s'ajoute, pendant le temps de présence en Indo-Chine, un supplément colonial de 3.700 piastres.

Ils peuvent être nommés, après un stage d'un an, médecins titulaires (solde de présence 9.000 fr., supplément colonial 3.990 piastres).

Le personnel de l'assistance médicale a droit en outre, dans les conditions fixées par des arrêtés du gouverneur général de la colonie, à des indemnités de frais de services et de tournées, de zones et de charges de famille.

Le même personnel est, d'autre part, tributaire de la caisse locale des retraites de l'Indo-Chine, caisse régie par les décrets des 5 mai 1898 et 6 décembre 1905.

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations.

— Le prochain dîner *de l'Association des anciens médecins des corps combattants* a été fixé au samedi 12 mars 1921. Il sera suivi d'une assemblée générale à laquelle tous les membres de l'Association seront priés d'assister.

Des convocations mentionnant l'ordre du jour seront envoyées en temps utile.

Pour tous renseignements et demandes d'adhésions, s'adresser au docteur Claude, secrétaire général, 102, rue de Vaugirard, 102 Paris VIe

— **Conférence internationale contre la tuberculose.** — Le comité français de défense contre la tuberculose a pris l'initiative de réunir à Paris des délégués des Associations similaires des pays adhérents à la Société des Nations et des États-Unis d'Amérique en vue de créer une Union Internationale contre la tuberculose.

Les décisions suivantes ont été prises :

I. La Conférence Internationale réunie à Paris, du 17 au 20 octobre 1920 adopte le projet de statut d'une Union Internationale contre la tuberculose. Les délégués des Associations nationales et des gouvernements des nations participants à la Conférence proposeront à leurs Associations nationales ou à leurs gouvernements respectifs, dans le délai le plus bref, et au plus tard avant le 1er mars 1921, d'adhérer à ces statuts.

L'Union Internationale contre la tuberculose décide de se réunir à Londres en 1921 sur la convocation de son vice-président, en vue d'établir son organisation budgétaire et administrative, de fixer la composition de son Conseil de direction et de procéder à l'élection de ses membres titulaires.

II. Un Conseil de direction est provisoirement constitué pour préparer l'organisation définitive de l'Union. Il est composé de : Sir Robert Philip (vice-président) ; Dr Dewez (Belgique) ; Gérard Webb (États-Unis) ; Profr Calmette (France) ; Cantacuzène (Roumanie) ; Léon Bernard, secrétaire général.

Ce Conseil provisoire cessera ses fonctions aussitôt après l'élection du Conseil définitif.

III. La Conférence propose aux Associations nationales et aux gouvernements adhérents à l'Union Internationale contre la tuberculose d'étudier, pour qu'il soit statué à ce sujet à la Conférence de Londres en 1921, la possibilité d'établir le budget de l'Union en fixant la contribution de chaque Association ou de chaque gouvernement à un nombre d'unités variable suivant l'importance de chaque pays, conformément au principe admis pour la répartition des dépenses de la Société des Nations.

La Conférence suggère que le taux de chaque unité de participation pourrait provisoirement être fixé à 1.000 fr. or.

Les vœux suivants, inspirés du programme de la réunion du Conseil médical de la Ligue des Sociétés de Croix-Rouge réunies à Genève en juillet dernier, sont ensuite adoptés :

1° Enquête sur le nombre de cas d'infection tuberculeuse latente et d'infection grave, chez les sujets classés par catégories d'âge, de sexe, par profession et par groupes sociaux ;

2° Statistique établie avec le concours des autorités sanitaires locales sur la mortalité tuberculeuse et sur les diverses localisations de la maladie :

3° Création d'un nombre suffisant de dispensaires desservis par des médecins spécialement instruits et par des infirmières visiteuses d'hygiène particulièrement entraînées ;

4° Organisation de sanatoriums en baraquements périurbains pour l'isolement des malades avancés et pour le traitement des malades curables ;

5° Création de préventoriums pour enfants (1) et de colonies scolaires ;

6° Éducation sanitaire des médecins et du public en vue de la défense sociale contre la tuberculose.

(1) Sur la remarque du docteur Granjux il a été entendu que le mot « préventorium » ne devait pas être pris dans son sens étroit mais comprendre les crèches *ad hoc* et les œuvres Grancher.

Le Directeur-Gérant : Dr GASSOT.

Clermont (Oise). — Imprimerie DAIX et THIRON.
THIRON et FRANJOU Successeurs.
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

l'injection de sérum *en plus d'une intervention.* En l'état actuel de la question, et sauf avis contraire des tribunaux, il semble que oui.

En effet, l'art. 13 dit : « Ce tarif ne comporte *pas le cumul de la visite* avec un acte opératoire quelconque ». Donc, on ne peut compter : visite + injection de sérum.

Mais il ajoute : « *Chaque* intervention est tarifée *à part*, sans adjonction d'un prix de visite ». Donc, on peut compter, comme vous le faites : sutures, 25 fr. + injection de sérum 20 fr., en tarifant ainsi, à part, les 2 interventions, sans adjonction d'un prix de visite.

Le cumul interdit par le tarif Breton est celui d'une intervention *avec la visite*, mais non pas d'ajouter le prix d'une intervention à celui d'une autre quand elles ont été effectuées.

Dr F. DECOURT.

Comment évaluer le prix d'une clientèle médicale.

Je serais très reconnaissant au *Concours* de bien vouloir me fournir le renseignement suivant :

Comment évalue-t-on le prix d'achat (ou de vente, ce qui revient au même) d'une clientèle médicale ?

Dr P.

Réponse.

Il est difficile de vous donner des précisions sur le point qui vous intéresse. Voici les indications d'ordre général sur lesquelles on base habituellement la valeur marchande d'un poste médical.

Il faut distinguer selon que le cédant vend simplement à son successeur le droit d'exercer à sa place dans sa clientèle, ou qu'il lui cède en outre certains avantages matériels tels que le droit à un bail, des instruments, du mobilier.

Supposons qu'il s'agisse uniquement du premier cas. 1° Ou bien le poste permet à son détenteur de joindre à peu près les deux bouts, laissant en fin d'année un excédent insignifiant des recettes sur les dépenses (1.000, 2.000 fr.). Dans ce cas, l'indemnité à verser par le successeur ne peut elle-même être que peu élevée (de 3.000 à 5.000).

2° Ou bien au contraire, la clientèle laisse un gros bénéfice annuel : 40.000 de recettes, pour 25.000 de dépenses, par exemple. Dans ce cas, l'indemnité peut osciller de 30 à 40.000, les conditions de paiement étant arrêtées d'un commun accord entre les parties.

Impôt sur les automobiles.

Voudriez-vous être assez aimable pour me faire connaître si la somme que le fisc me réclame pour ma Torpédo Brasier, 2 places, 9 chevaux, est en rapport avec les arrêtés du ministre des finances.

231 fr. 25 pour l'année 1920. (*Droits de circulation seulement*).

Je croyais que notre profession nous exonérait de 50 pour 100 et que j'aurais tout au plus à payer, pour une voiture aussi faible, 100 fr. environ.

Si vous le pouvez, faites-moi également connaître ce que j'aurai à payer pour 1921.

Dr L.

Réponse.

Les taxes à payer par un médecin, dans une ville de 10.001 à 20.000 habitants s'établissent comme suit, pour une auto de 9 chevaux à 2 places :

1° Moitié des taxes suivantes :

Droit fixe	93 fr. 75
18,70 par cheval-vapeur (9)	168 fr. 75
	262 fr. 50
Soit pour la moitié	131 fr. 25
2° Droit de circulation, non réductible	100 fr.
Total......	231 fr. 25

Vous avez donc été taxé régulièrement et il a été tenu compte de la réduction de moitié à laquelle vous avez droit du fait que votre voiture sert habituellement à l'exercice de votre profession.

Comme la loi du 25 juin 1920 a décidé que les impôts nouveaux sur les autos, avaient effet rétroactif au 1er janvier, vous n'aurez à payer que la même somme pour 1921, à moins d'une nouvelle augmentation, que le ministre des Finances nous fait espérer ne pas devoir se produire, cependant.

Recouvrement des honoraires accidents avant la fin du traitement.

Je donne mes soins à un accidenté du travail pour amputation de la jambe gauche et fracture non encore consolidée de la jambe droite.

Désireux de régulariser mes écritures le plus possible avant la fin de l'année, j'ai établi une note d'honoraires quoique toujours le blessé soit en traitement et ce depuis plusieurs mois.

Ci-inclus copie de la lettre que m'adresse la Compagnie d'assurances.

Puis-je avoir espoir de gagner mon procès en actionnant en justice de paix, pour le paiement de l'acompte que je sollicite sur les soins que je donne, soit : 517 francs ; ou bien dois-je attendre la consolidation de la blessure ?

Dr V.

Lettre de l'Agent d'assurances.

Au sujet de votre état d'honoraires relatif au blessé G., la compagnie m'écrit ce qui suit :

« L'art. 15 du tarif Dubief et l'art. 30 du tarif « Breton portent que le médecin devra présenter sa « note détaillée à la fin du traitement.

Nous ne sommes pas tenus au paiement d'acomp- « tes. Nous examinerons les notes de ce médecin après « guérison du blessé et lorsque ces notes seront com- « plètes. »

Vous pouvez me transmettre vos observations en réponse à cette lettre si vous le jugez utile.

Bien à vous.

Signé : L'agent de la Compagnie.

Réponse.

Le tribunal de paix du 1er canton de Rouen (17 mars 1909, *Conc. méd.*, 1912, 114), puis la Cour de Cassation (Chambre civile, 10 juillet 1918), ont admis que le médecin, en matière d'accidents du travail, peut poursuivre le recouvrement de sa note avant la fin du traitement.

La réponse qui vous est faite par la Compagnie d'assurances est donc inexacte, et vous pouvez parfaitement poursuivre le patron devant le juge de paix du lieu de l'accident, si vous y trouvez un avantage, bien que, en cette matière, la compétence du juge de paix en premier ressort soit illimitée, ce qui ne vous oblige pas à aller de suite devant le tribunal civil si votre note est supérieure à 600 francs.

NOTES DE MÉDECINE PRATIQUE

Considérations sur les engelures.

L'engelure, gelure, brûlure par le froid, disent les uns, est une inflammation, une phlegmasie, un érythème, une dermite, une dermatite, une sorte d'érysipèle, disent les autres, qui affecte principalement les doigts et les orteils, puis les oreilles et le nez.

Elle atteindrait surtout les enfants, beaucoup moins les adultes.

Elle serait l'indice d'un tempérament lymphatique, scrofuleux, et se rencontrerait chez les débiles, les chétifs, les affaiblis.

On a dit toutes sortes de choses sur les engelures, leur nature, leur cause, leur symptomatologie et leur traitement.

La vérité, c'est qu'on ignore presque tout d'elles, que leur étude est à faire, parce qu'on a toujours négligé de les étudier et que l'on sait très peu de chose d'elles.

Ce que l'on sait pourtant, c'est qu'elles constituent une affection tenace, vulgaire, douloureuse, contre laquelle les traitements les plus divers ont toujours échoué.

Dire qu'elles affectent surtout les enfants est vrai, mais elles affectent très fréquemment les

vieillards, chez lesquels elles ont tendance à s'ulcérer comme chez les enfants.

Elles apparaissent, chez les robustes comme chez les débiles, à l'entrée de l'hiver, chaque année. Pourtant, elles peuvent rester plusieurs années sans se manifester, quelle que soit la saison, et quel que soit l'état de santé des individus qui en ont habituellement atteints.

A notre point de vue, les engelures sont de nature arthritique et rhumatismale. Elles sont provoquées par l'action du froid et surtout du froid humide, et souvent accompagnées de vagues douleurs articulaires et rhumatismales.

C'est aux premiers froids qu'on en ressent les atteintes les plus vives, et c'est alors qu'il y a lieu de prendre des précautions pour en atténuer la gravité.

De bonne heure et sans interruption, on portera des gants et des chaussures chaudes. On évitera surtout la compression des doigts et des orteils par des chaussures trop étroites ou des gants trop serrés qui favorisent l'éclosion de l'engelure.

Malgré tout, la voici installée. Quoique l'on fasse, elle va évoluer dans l'espace d'environ six semaines comme une crise rhumatismale, avec période aiguë de croissance et de décroissance, jusqu'à défervescence complète. Les complications, telles que phlyctènes, érosions, ulcérations, prolongent naturellement la durée de l'affection.

La crise terminée, l'infection, sans aucun doute de nature microbienne, éteinte, il se produit une sorte d'immunité contre une crise nouvelle. Le sujet est vacciné contre l'engelure.

A tel point que, guéri, s'il survient de nouveaux froids, si après une période de température clémente, il arrive une période plus rigoureuse, la poussée nouvelle d'engelures est moins violente, les plaques moins étendues et moins profondes, les douleurs moins cuisantes et l'évolution de plus courte durée.

Dans ce cas, la forme de l'érythème est différente de la première atteinte. Au lieu de larges surfaces, c'est une légère élevure, de la dimension d'une lentille, disséminée sur les doigts, siégeant surtout sur les faces latérales, là où il y a frottement ; forme *punctata* pour ainsi dire, avec léger prurit et même sans prurit, ce qui la différencie notablement de la forme du début accompagnée généralement de démangeaisons vespérales et nocturnes intolérables ; caractères qui permettent d'ailleurs l'assimilation de l'engelure au rhumatisme.

L'évolution de la forme de début saisonnier, comme celle de toutes les formes, est favorisée et de durée moindre par une température tiède, même humide.

Le froid sec et le vent sont les facteurs par excellence de l'engelure et de ses complications.

La dermatite profonde des doigts peut donner

naissance à des plaques indurées qui s'éliminent progressivement et tombent d'elles-mêmes en laissant sous elles des tissus réparés, mais souvent aussi, des ulcérations profondes allant jusqu'aux tendons et aux os, ulcérations très pénibles et extrêmement longues à se cicatriser.

Selon le siège des engelures, il y a ou il n'a pas d'ulcérations ; c'est surtout la face dorsale des doigts qui est atteinte, Si les engelures ont siégé près de la racine de l'ongle, il est de règle d'observer un sillon profond transversal ; ce sillon part de la racine de l'ongle et monte lentement, mettant une année à disparaître.

On a observé fréquemment, surtout aux pieds, la chute des ongles consécutivement aux engelures.

Quel traitement recommander et instituer ? On a beaucoup de choix, mais peu de chances, avons-nous déjà dit.

Comme moyen prophylactique, on s'arrangera, de jour, à tenir chaudement les extrémités et à éviter les compressions. Nous savons par expérience que les bains salés, les bains de tannin et d'extrait de Saturne, sont sans effet, L'ambrine ne nous a rien donné contre les ulcérations. Les corps gras sont généralement inefficaces.

Ce qui nous a paru donner les meilleurs résultats, et encore, il y a bien à désirer, ce sont les lotions avec de l'alcool camphré, le chauffage à outrance devant un feu vif, les enveloppements de glycérine la nuit. *Eviter l'eau et surtout l'eau froide.*

Les ulcérations se trouvent bien de la pommade de Reclus et même du vieux diachylon.

Et toujours de la chaleur, comme dans les affections rhumatismales.

Dr Courgey.

DOCUMENTS OFFICIELS

A L'OFFICIEL

L'application de la demi-taxe aux voitures professionnelles.

5504. — *M. Régnier* (Nièvre), député, demande à M. *le ministre des finances* si la voiture automobile d'un patenté, qui est classée par les répartiteurs comme voiture à l'usage de son commerce et payant demi-taxe, peut être classée par un contrôleur des contributions indirectes comme voiture de luxe payant taxe entière, et si, par cette application de taxe, la loi indique une

forme de carrosserie et fixe un nombre de places. (*Question du 18 novembre* 1920.)

Réponse. — Le bénéfice de la demi-taxe est acquis, dans les limites fixées par l'article 100 de la loi du 25 juin 1920, aux voitures automobiles employées pour l'exercice d'une profession agricole ou patentée, sans qu'on ait à envisager ni la forme de la carrosserie, ni le nombre de places du véhicule. Mais il est nécessaire que la profession comporte normalement l'emploi de l'automobile et que la voiture soit habituellement affectée à l'exercice de cette profession.

(*J. O.*, 15 décembre 1920.)

La durée d'exercice nécessaire pour obtenir les fonctions de médecin expert.

3885. — *M. Joseph Loubet*, sénateur, demande à *M. le ministre de la justice* si on ne peut pas donner au décret du 10 avril 1906, exigeant que les docteurs en médecine français aient au moins, en général, cinq ans d'exercice de profession médicale pour pouvoir assurer les fonctions de médecins experts près les tribunaux, cette interprétation que l'exercice de la profession médicale a été dans certains cas légalement possible avant l'obtention du doctorat. (*Question du 7 décembre* 1920.)

Réponse. — Aux termes de l'article 1er de la loi du 30 novembre 1892, nul ne peut exercer la médecine en France s'il n'est muni d'un diplôme de docteur en médecine. D'autre part, le décret du 10 avril 1906, en exigeant des docteurs en médecine un minimum de cinq ans d'exercice de la profession médicale ou des diplômes spéciaux, a entendu que le titre d'expert devant les tribunaux ne fût conféré qu'à des médecins présentant de sérieuses garanties de capacité. Il ne paraît pas possible, dans ces conditions, à la fois pour des raisons de texte et pour des motifs d'opportunité, de donner au décret du 10 avril 1906 l'interprétation proposée.

(*J. O.*, 22 décembre 1920.)

Le VIN GIRARD

IODOTANNIQUE PHOSPHATÉ

SUCCÉDANÉ DE L'HUILE DE FOIE DE MORUE

est le véritable

SPÉCIFIQUE DU LYMPHATISME

chez les Enfants et les Adultes

Le **VIN GIRARD**, de l'aveu des milliers de praticiens qui le prescrivent journellement, est un des modes d'administration de l'iode les plus parfaits. L'iode, en combinaison avec le tanin, est facilement assimilable, très actif, et n'occasionne jamais ni irritation des voies digestives, ni accidents d'iodisme. D'un dosage rigoureux, d'une conservation parfaite, le **VIN GIRARD** est, de plus, d'un goût fort agréable et toujours pris avec plaisir.

Sa haute teneur en lacto-phosphate de chaux lui permet de lutter contre cette déminéralisation de l'organisme, dont le professeur ROBIN a montré le rôle prédisposant à la tuberculose.

LYMPHATISME, MALADIES DE POITRINE

ENGORGEMENTS GANGLIONNAIRES

TUBERCULOSE



UN VERRE A MADÈRE
AVANT LE REPAS



QUARANTE-TROISIÈME ANNÉE — N° 2 — DIMANCHE 9 JANVIER 1921

Fondé en 1879 par Auguste CÉZILLY
Rédigé et dirigé par H. JEANNE (1900-1914),

LE CONCOURS MÉDICAL

ORGANE HEBDOMADAIRE DES PRATICIENS
Groupés dans la Société « **Le CONCOURS MÉDICAL** » *et ses Filiales*

ADMINISTRATION & PUBLICITÉ
C. BOULANGER, ADMINISTRATEUR

ABONNEMENTS :
France.................... 24 fr.
Etranger.................. 28 »
Etudiants (*France*)......... 12 »
Le numéro................. 50 cent.
Chèques Postaux Paris 167-95

DIRECTION
MM. les Drs A. GASSOT, Directeur ;
A. MAURAT ; H. CEZILLY ; J. NOIR,
P. BOUDIN docteur en droit ; M. VIMONT,
G. DUCHESNE.
MM. P. CEZILLY, J. DUMESNIL,
licenciés en droit ; C. BOULANGER.

RÉDACTION
Dr J. NOIR,
RÉDACTEUR EN CHEF
Drs P. LACROIX et G. DUCHESNE
SECRÉTAIRES DE LA RÉDACTION
N.-B. — Les manuscrits, publiés ou non, ne sont pas rendus.

Rédaction et Administration : 132, rue du Faubourg St-Denis, PARIS (10e). Téléphone : Nord 48-17

Quarante-troisième année. N° 1 2 Janvier 1921.

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

Office de Renseignements du « Concours »

Membres du Concours exerçant dans les stations hivernales

Nous rappelons à nos adhérents qu'il y a lieu de nous informer chaque année de leur désir de voir figurer leur nom sur cette liste.

MM. les docteurs :

Alger : Picard.
Antibes : Ribes.
Arcachon : Cazaban.
Arguel (Doubs) : H. et J. Bon.
Bandol : Marçon.
Beaulieu : Ricoux, Bertier.
Beausoleil : Audoly, Pizard,
Biarritz : Berne, Clavel Pierre.
Cambo-les Bains : Colbert, Hamant.
Cannes : Abadie, Argueyrolles, Baradat, Bayle, Caruette, Fournier, Kent-Gazet, Verdalle.
Cannet (Le), près Cannes : Frank-Duprat, Oudaille, Seytre.
Cap-d'Ail : Lyons.
Fréjus : Turcan.
Grasse : Bossuet, Durond, Perrimond.
Hyères : La Bonnardière, Minelle, Pierrhugues, Vidal.
Juan-les-Pins-Antibes : Stef.
La Seyne : Grandjean J. M., Jaubert.
Menton : P. de Langenhagen.
Monaco : Jolivot.
Monte-Carlo : Vivant, Alfonsi.
Nice : Ardoin, Baillon, S. Bauary (*oculiste*), Cauvin, Constant, Delocque-Fourcaud, Dormoy, Gruzu, Henry (*Rayons X*), Larue, Leriche Emile, Liotard, Noble J., Pietri, Seney, Sorel (*gyn. chir.*), Stefani.
Oran : Paire.
Pau : Bajac, Carcy.
St-Raphaël-Valescure : Caldaguès, Vadon.
Toulon : Pignet (*urol. derm.*), Regnault (*chir., gyn., orth.*).

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum, aux* « demandes et offres ».

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne, qui est versé dans la caisse de la Société civile du Concours Médical). *Adresser un mandat ou mieux verser au compte de chèques postaux,* CONCOURS MÉDICAL, *Paris 167-95.*

Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse.**

N° 766. — Infirmière diplômée, médaille d'honneur, demande place d'assistante à Paris, auprès de chirurgien ou spécialiste, massages, pansements et sondages. Mme Ponchet, 280, rue de Vaugirard.

N° 767. — Belle occasion : vérascope Richard 45 × 107 Tessor Zeiss Iéna f /8. Décentrement. Parfait état, 2 bonnettes et écrans jaunes, 750 fr. Dr Roussellier, 21, av. de Chatillon, Paris, 14e.

● N° 768. — Ouest. A céder bonne clientèle, chef-lieu de canton important, 50 kilom. de Nantes. Rapport 30.000 fr. Indemnité 10.000 fr.

N° 769. — A vendre, auto Lion-Peugeot, 10 chevaux, 2 cylindres. sortie usine 1913, pas roulé depuis 1914, bon état. Prix à partir de 7.000 fr. S'adresser Dr A. Arnaud, rue Bladerie, Limoux (Aude).

N° 770. — Docteur, blessé de guerre, désire situation para-médicale. Voyagerait. Parle langue espagnole.

N° 771. — Excellente occasion. Fauteuil dentaire neuf (genre Ash), ayant servi deux mois, à vendre avec attachement tablette et crachoir. Faire offres.

N° 772. — On demande à acheter bascule médicale d'occasion.

N° 773. — A céder d'occasion instruments petite chirurgie, spéculums, daviers, table chirurgicale Guyot. Ecrire Madame Feuvrier-Laforet, à Maisonnais, Haute-Vienne.

N° 774. — A vendre, torpedo 2 places, mot. de Dion, 10 HP. mono, carb. Zénith mag. Bosch, écl. élect. par alternateur. Entièrement revu, capote, pare-boue, roue Stepney, complète, 6.000 fr. Dr Verdenal, Villeneuve-sur-Bellot (S.-et-M.).

N° 775. — Pour cause double emploi. à vendre auto Mathis, 3 places, 1920. Dr Duval, Villeneuve-d'Ingré (Loiret).

N° 776. — Conduite intérieure, Zèbre, livrable de suite usine. S'adresser au Dr de Coquet, 9 cours Balguerie, Bordeaux.

N° 777. — A reprendre après décès très bon poste de campagne faisant pharmacie. Vieille clientèle. Grande maison. Conditions très avantageuses. S'adresser à MM. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris.

N° 778. — Très bon poste à céder dans sous-préfecture. Beau rapport. Très belle maison d'habitation. Région riche. S'adresser à MM. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris.

CORRESPONDANCE

Sanatorium à personnel congréganiste.

Une de mes clientes, âgée de 25 ans, justiciable du climat méditerranéen, ou, à la rigueur, d'une station de faible altitude, met comme condition à son départ de pouvoir trouver un établissement tenu par des sœurs.

Connaîtriez-vous un sanatorium, régi par des sœurs dans les régions appropriées ? Je vous serais très reconnaissant si vous pouviez me donner ce renseignement.

Dr R. R.

Réponse

Nous prions nos correspondants de la Riviera et des régions de demi-altitude de nous fournir les éléments de la réponse au Dr R.

L'inoculation charbonneuse est un accident du travail.

La Compagnie d'assurances La P. refuse le payement d'honoraires pour soins donnés à un accidenté pour pustule maligne (ouvrier mégissier) soutenant que le charbon est une maladie professionnelle, non garantie par la loi sur les accidents du travail.

Je vous serai obligé de me donner votre avis à ce sujet — me faire connaître la jurisprudence adoptée par les tribunaux dans des cas analogues.

Dr X.

Réponse.

Contrairement aux assertions de la compagnie d'assurances, une jurisprudence importante admet que l'inoculation charbonneuse est un accident du travail et non une maladie professionnelle : Trib. civil. Rennes, 8 mars 1901 (Rec. du Ministère du travail. III.11) confirmé par Cour de Rennes, 13 janvier 1902 (même Recueil, *Eodem loco*). Cour de Cassation, Ch. des requêtes, 3 novembre 1903 (même Recueil, IV, 130). Trib. civ. Lavaur, 5 janvier 1909 (même Recueil, XII,58) ; St-Calais, 9 juin 1911 (même Recueil, XV. 76). Cour de Poitiers, 6 novembre 1911 (même Rec. XV. 190).

Nous n'avons trouvé, ni dans le Recueil du Ministère du Travail, ni ailleurs, aucune décision judiciaire en sens contraire.

Imputation des impôts sur les dommages de guerre.

Sinistré du Nord, je ne paye pas mes impôts qui sont à valoir sur la somme due par l'État sur mes dommages de guerre. Or, l'employé de régie me réclame mes impôts sur ma voiture automobile. Puis-je faire valoir la loi du 17 avril 1919 dans ce cas particulier ?

Dr D.

Réponse.

Victime de dommages de guerre, vous pouvez demander l'imputation sur votre indemnité de vos contributions directes, par exemple de l'impôt sur votre voiture automobile.

Lorsque le montant de l'indemnité de dommages de guerre n'a pas été fixé, l'imputation a lieu à titre d'avance.

Lorsque, au contraire, l'indemnité a été fixée définitivement, la demande présentée par le sinistré au comptable détenteur du titre de perception est transmise par ce dernier au préfet du lieu du dommage, qui émet alors une réquisition invitant le Crédit National à délivrer son ordre de paiement au nom du percepteur ou du trésorier payeur général appelé à opérer le recouvrement de la somme due à l'État. (Circulaire du Ministre des régions libérées du 30 novembre 1920. *Journal Officiel* du 4 décembre 1920, page 19744).

Application du Tarif Breton.

Pour un acte opératoire accompli en dehors du cabinet du médecin, peut-on, ce qui me paraît juste, compter, en sus du prix de l'opération, l'indemnité kilométrique ?

Dr F.

Réponse

Nous pensons que c'est de l'application du Tarif Breton qu'il est question dans votre lettre, et non d'un tarif local que nous ne connaissons pas.

S'il en est ainsi, il est évident que la règle qui prohibe le cumul de la visite avec les interventions ne s'applique pas à l'indemnité kilométrique, qui doit être comptée en sus du prix des opérations.

NOTES DE MÉDECINE PRATIQUE

Traitement de la chloro-anémie.

Repos au lit, ou à la chambre, pendant quinze jours.

Aération.

Alimentation facile à digérer :

Œufs,
laitages,
Purées,
Soupes épaisses,
Panades,
Viande crue,
Fruits cuits,
Pain complet.

Laxatifs et lavements fréquents.

Tube froid ou chaud, selon la tolérance, le matin.

Frictions au gant de crin, le soir.

Avant les deux principaux repas, prendre un cachet de :

Magnésie calcinée	0 gr. 30
Bicarbonate de soude	0 gr. 20
Protoxalate de fer	0 gr. 10
Poudre de noix vomique.......	2 centigr.
Méthylarsinate de soude.......	1 centigr.

Cesser huit jours , et reprendre.
Éviter plus tard les fatigues,
Vie au grand air pendant la convalescence.

Dr A. Satre.

HYGIÈNE SOCIALE

La prophylaxie des maladies vénériennes.

J'avais, ces jours derniers, une conférence à faire, dans un milieu masculin, sur la syphilis, ses dangers, sa prophylaxie. Presque en même temps, je recevais un livre de mon ancien camarade d'internat de Lyon, le Dr Carle, sur la prophylaxie des maladies vénériennes (Doin, éditeur).

Combien mon travail de vulgarisation m'a été facilité par la lecture de ce livre. J'y puisai surtout un plan, un mode de présentation, ainsi que beaucoup d'idées originales.

Carle est un vulgarisateur, ses livres antérieurs en font foi. Il pose ce principe que « l'éducation publique ou privée, doit être à la base de toutes les prophylaxies ».

Je crois que les lecteurs du *Concours* nous sauront gré d'analyser, un peu dans le détail, un livre, qui, à mon avis, est d'un secours précieux, pour tout médecin soucieux de se faire l'éducateur, le vulgarisateur, le défenseur de la santé publique, contre les fléaux sociaux, qui nous entourent.

La prophylaxie morale s'adresse surtout à l'enfance : le père de famille ne doit-il pas surveiller les conversations légères, les sujets parfois gaillards et lestes, *qu'imprudemment, on discute de-*

vant de petites oreilles attentives ? C'est également le choix des lectures, celui des fréquentations qui doit appeler l'attention d'un papa. Aussi, donnez aux enfants, et surtout aux adolescents le dérivatif des sports, de la vie au grand air : bicyclette, foot-ball, boy-scoutisme, sont des ennemis de l'alcool, du tabac, de la maladie vénérienne.

Comment faire l'éducation sexuelle, l'éducation de l'hygiène tant dans la famille, qu'au lycée, dans la classe ouvrière, à l'atelier ? Carle donne des aperçus très captivants : oui, si nous voulons effectivement lutter contre la syphilis, la blennorrhagie, le chancre mou, il faut prévenir les jeunes gens de leurs méfaits, pour que sains, ils ne s'exposent que le moins possible à la contagion et que, malades, ils puissent immédiatement se faire soigner.

Au régiment, au moment où les jeunes gens arrivent ou sont à l'âge de la « mue génitale » ils doivent tout savoir. C'est l'heure de lutter contre les entraînements des camarrdes, peu avertis et qui, en bons Français, se croient obligés de se vanter et de faire montre de prouesses génésiques.

Avec un peu moins d'incohérence, de contradiction, d'indifférence, les chefs militaires, tant médecins que combattants, devraient enfin comprendre leur devoir social ; profiter de la discipline militaire pour forcer les soldats à subir l'influence d'une éducation amicale, scientifique et prophylactique, à cet âge militaire qui est justement celui où l'on contracte le maximum des maladies vénériennes.

Carle passe alors en revue les mesures réglementaires militaires, tant dans le passé et le présent, que celles qu'il désirerait voir être prises et appliquées par l'autorité militaire seule, et en collaboration et en union avec l'administration civile et les médecins.

La prophylaxie sociale, la prophylaxie administrative et légale conduisent Carle à des considérations sociologiques sur la condition des femmes, les motifs qui les poussent à la prostitution et les mesures que l'auteur désirerait voir être prises pour relever le niveau social de la femme, mesures d'éducation et d'assistance, comme de défense contre le séducteur et le souteneur.

Suit alors toute une critique de la règlementation policière actuelle, ses motifs, ses défectuosités. En fin de chapitre, Carle nous indique comment il comprendrait les mesures à prendre pour la protection de la morale et de la santé publiques.

La prophylaxie médicale et sanitaire concerne surtout les moyens thérapeutiques propres à guérir le syphilitique, le blennorrhagien, le chancrelleux. Carle donne un aperçu très rapide des résultats thérapeutiques obtenus par les diffé-

(*Voir la suite page XXXI-121*)

PROPOS DU JOUR

Il y a infirmières et infirmières. L'opinion d'un praticien des régions libérées.

Les Propos que nous avons tenus sur l'hygiène sociale, les infirmières et leur rôle, notamment dans les régions libérées, nous ont valu plusieurs lettres fort intéressantes. Nous nous permettrons d'en citer une de notre excellent et distingué confrère, le Dr Jolicœur, président du Syndicat médical de Reims. Cette lettre, tout intime, n'est pas destinée à la publicité, mais le Dr Jolicœur a, dans un passage, si nettement, si énergiquement exprimé ce que nous pensons sur ce sujet, qu'il voudra bien nous excuser si nous prenons la liberté de le citer :

« Je suis prêt, nous écrit le Président du Syndicat médical de Reims, à accueillir comme collaboratrices du Corps médical des infirmières, qui, comme vous le dîtes, ne seront ni des dames du monde, ni des femmes de charge, mais des personnes intelligentes, dévouées, sachant persuader aux mères que la propreté est un des meilleurs moyens d'éviter la maladie, que l'hygiène corporelle est nécessaire, l'épouillage indispensable et que l'emploi du savon n'est pas un luxe.

« Mais je veux qu'elles se cantonnent dans leur rôle d'éducatrices, qu'elles ne deviennent pas, pour les médecins, des concurrents parfois dangereux, qu'elles ne prennent pas leur vernis médical pour de la science, qu'elles n'aient pas leurs petites préférences, qu'elles ne fassent pas de racolage (pour tel médecin, telle œuvre, tel politicien), que sais-je encore ; qu'elles n'aient pas, en un mot, tous ces défauts dont nous avons trop vu parées, pendant la guerre, leurs homonymes qui n'avaient d'infirmières que le costume.

« A ces conditions, nos confrères et moi, serons heureux de leur faciliter la tâche. »

On ne saurait avec plus d'autorité, ni plus de justesse, exposer la question des infirmières.

Le corps de santé, inexistant avant la guerre, a été improvisé. On y a fait flèche de tout bois et le bon était rare. Le système D y a longtemps régné en maître avec tous ses inconvénients et, dans l'immense volière, bien des geais se sont parés des plumes des paons. Ces temps ne sont plus, mais le Passé doit servir de leçon à l'Avenir. *Nous ne voulons plus d'* « *infirmière-amateur* » fût-elle pourvue de tous les diplômes et de toutes les distinctions officielles ou privées. Nous demandons des personnes instruites, discrètes, intelligentes et dévouées. Elles ne sont pas nombreuses, mais elles existent en France et, en tous cas, il ne serait pas très difficile de les découvrir, de les instruire et de les éduquer.

Au cours d'une carrière médicale déjà longue, nous avons eu l'avantage d'en rencontrer de parfaites, formées à l'Ecole parisienne de la rue Amyot.

Depuis plus de 25 ans, nous avons étudié et suivi, nous allions dire presque avec passion, la question des infirmières, tant en France qu'à l'étranger. Tous ceux qui ont réfléchi sur cette question pensent exactement comme le Dr Jolicœur, fussent-ils des médecins comme le Dr Bourneville, le fondateur des Ecoles municipales d'infirmières de la ville de Paris, ou des administrateurs comme M. Hermann Sabran, l'ancien très distingué président du Conseil des hôpitaux et hospices de Lyon, qui organisa l'enseignement et l'éducation du personnel hospitalier lyonnais.

Rappelons que le premier qui organisa un corps de véritables infirmières et se préoccupa de leur instruction et de leur éducation professionnelles, Saint Vincent-de-Paul, disait aux Filles de la Charité :

« Vous devez non seulement obéir aux médecins, mais les respecter et remplir exactement leurs ordonnances. Vous devez obéir aux médecins, non seulement en ce qui regarde vos pauvres malades, mais en ce qui vous concerne ».

Et il précisait encore dans ses instructions : « Elles obéiront à Messieurs les médecins, accomplissant ponctuellement leurs ordonnances, tant à l'égard des pauvres que de leurs sœurs malades, lesquelles obéiront aussi au médecin et à l'infirmière en tout ce qui regarde leurs offices et qui n'est point contraire à leurs règles. »

Saint Vincent-de-Paul insistait encore, déclarant : « La sainteté d'une fille de la Charité consiste à bien observer ses règles, mais je dis bien observer ; — à bien servir les pauvres à point nommé, avec amour, douceur et compassion ; — à bien exécuter les ordonnances des médecins, etc. »

Il faut donc avant tout se préoccuper de former un corps de véritables infirmières, dont l'éducation morale devra être aussi développée que l'éducation professionnelle proprement dite, et quand les médecins auront à leur disposition de véritables infirmières et non des garde-malades d'occasion et des soigneuses de contrebande, le problème sera résolu et la réalisation de l'hygiène sociale aura fait un grand progrès.

J. Noir.

L'AGENDA-MEMENTO DU PRATICIEN

Edition 1921.

Depuis que l'édition 1921 est parvenue entre les mains de tous ses souscripteurs, nous avons reçu quelques lettres dont les auteurs nous expriment le regret d'y avoir constaté la disparition des feuilles spéciales de comptabilité qui figuraient dans l'édition précédente.

Il nous était parfaitement indifférent de laisser à cette nouvelle brochure les mêmes éléments qu'à sa devancière.

Si nous ne l'avons pas fait, c'est que, l'an dernier, après la distribution du volume rouge, nous avons reçu une grande quantité de lettres conçues dans un sens diamétralement opposé à celles d'aujourd'hui. Nos correspondants d'alors, en nombre important, regrettaient l'introduction dans l'Agenda des feuilles de comptabilité et demandaient qu'on les supprimât dans l'avenir.

Nous avons cru déférer à un désir manifesté d'une façon qui paraissait quasi unanime. Nous constatons une fois de plus qu'il est impossible de contenter tout le monde.

Nous tenons à la disposition de ceux de nos correspondants qui nous en feront la demande, des feuilles de comptabilité spéciale du modèle antérieur.

D'autre part, afin de donner satisfaction, dans la plus large mesure possible, aux désirs divergents que nous constatons parmi nos adhérents, nous envisageons, à côté de l'Agenda, l'édition immédiate d'un registre de comptabilité proprement dite. Il était impossible en effet de faire tenir matériellement dans la brochure et un Agenda d'une page par journée, et des feuillets de comptes. La division s'impose donc.

Mais nous n'entreprendrons cette réalisation que si le nombre de ceux qu'elle intéresse en vaut la peine.

Nous prions donc nos souscripteurs de nous faire connaître leurs intentions.

LA LOI DES PENSIONS

Le Parlement sabote l'article 64.

Dans une séance de liquidation tenue le 30 décembre dernier, Sénat et Chambre des députés ont, par un véritable tour de passe-passe dont nous nous souviendrons, voté la suppression de l'*entente obligatoire* entre les Pouvoirs publics et les organisations professionnelles pour l'établissement des Tarifs des honoraires médico-chirurgicaux pour soins donnés aux pensionnés de guerre, entente édictée par l'article 64 de la loi du 31 mars 1919.

Désormais, c'est l'Etat qui, seul, établira ces tarifs et cherchera à les imposer au corps médical.

Celui-ci se laissera-t-il faire ?

Nous publierons dans notre prochain numéro le compte-rendu *in extenso* de la séance du Sénat. Dès à présent, nous tenons à féliciter bien sincèrement le Dr Delpierre, sénateur de l'Oise, de sa courageuse attitude et de la protestation indignée qu'il a opposée aux fantaisies oratoires de M. Maginot, auteur et récidiviste de l'injure adressée aux médecins qualifiés par lui de « mercantis des mutilés. »

Nous avons foi que l'Union des syndicats prendra les mesures qu'exige ce défi lancé par l'autorité gouvernementale au corps médical, qu'elle prouvera que les médecins syndiqués sont loin de représenter un nombre infime, et qu'au contraire, ils constituent une force capable de se défendre.

Nous soutiendrons l'Union des syndicats de toutes nos forces.

PARTIE SCIENTIFIQUE

DIÉTÉTIQUE MÉDICALE

Les formes d'administration de la viande, à titre de médicament,

Par L. PRON.

La viande est le meilleur de tous les analeptiques ; mais, sous sa forme naturelle, c'est-à-dire cuite et en morceaux, elle est souvent contre-indiquée. On est donc conduit à l'administrer, crue, pulpée ou pulvérisée, ou en en extrayant le suc.

Chacun sait que la viande de cheval est celle qu'on doit préférer ; en effet, elle ne renferme à peu près jamais de cysticerque, et rarement de granulations tuberculeuses ; d'autre part, elle serait, selon BERNHEIM, plus riche en azote que celle de bœuf et de mouton. Mais, elle répugne à beaucoup de malades et ne se trouve pas couramment ; aussi, est-ce au bœuf ou au mouton qu'on s'adresse généralement.

Je ne dirai rien de la *viande pulpée*, sinon qu'elle est plus digestible que la viande ordinaire, et qu'elle a, sur la sécrétion, une action beaucoup moins excitante, ce qui fait qu'elle peut être permise, au moins temporairement, chez les hyperchlorhydriques anémiés. Outre ses propriétés reconstituantes, elle réveille la contractilité des estomacs atones et dilatés.

Comme la viande crue, celle de bœuf ou de mouton aussi bien que celle de cheval, déplaît à certains sujets, on a proposé divers moyens pour la masquer.

LABORDE avait imaginé le *potage au tapioca médicinal.* On commence par préparer un potage au tapioca peu épais, qu'on laisse refroidir un peu ; d'autre part, on délaye la viande râpée dans une petite quantité de bouillon froid. On verse alors lentement sur cette purée le potage au tapioca, en tournant constamment. On obtient ainsi un mélange homogène, ressemblant à une sauce tomate, et dans lequel la viande est absolument dissimulée.

On peut incorporer la purée de viande à une purée de pommes de terre ou à des épinards.

AUDHOUI préconisait la *purée de bœuf.* Après avoir enlevé les parties fibreuses, on bat la viande avec le plat d'un hachoir ; puis, on la fait griller devant un feu ardent. On la sale, on la découpe et on en exprime le jus avec un pilon. On reprend la viande, on la réduit en pulpe ; puis on la pile, jusqu'à ce qu'elle soit réduite en pâte fine ; on y ajoute alors le jus, et on passe à l'étamine.

TROUSSEAU, sous le nom de *conserve de Damas,* donnait la viande crue pulpée, mélangée à de la confiture de groseille. On se souviendra que, chez les dyspeptiques et les hépatiques, les confitures sont mal tolérées le plus souvent.

Certains médecins ont proposé, comme intermédiaire entre la viande crue et le bouillon, la *gelée de viande.* RÉVEIL recommande la formule suivante : muscle de bœuf dégraissé et haché : 500 gr. ; eau : 1000 gr. ; sel : 3 gr. ; chlorure de potassium : 1 gr. ; carottes, navets, poireaux : āā 30 gr. Faire bouillir le tout, à petit feu, jusqu'à réduction de moitié ; filtrer, puis couler dans un moule et faire refroidir.

YVON opérait autrement. Il pilait 75 gr. d'amandes douces mondées avec 250 gr. de viande crue et 80 gr. de sucre, de façon à obtenir une pâte homogène, après addition de 50 gr. de gélatine pure. Cette pâte a une couleur rose et une saveur agréable, qui ne rappelle en rien la viande crue.

Pour avoir une émulsion plutôt qu'une pâte, YVON conseillait de piler 50 gr. de viande crue, 16 gr. de sucre, 15 gr. d'amandes douces et 1 gr. d'amandes amères, puis d'ajouter la quantité d'eau nécessaire, et de filtrer sur étamine, en pressant.

Le pharmacien LAILLIER ordonnait la préparation suivante : incorporer dans un mortier 40 gr. de sucre à 100 gr. de viande crue pulpée ; puis, ajouter 20 gr. de vin de Banyuls et 2 gr. de teinture de cannelle. Le mélange a l'aspect d'une marmelade et plaît au goût.

Dans la gastro-entérite infantile, MARFAN conseille, chez les nourrissons anémiques, la *soupe de viande-carottes.* On fait cuire, pendant une heure, 500 gr. de bœuf dans un litre d'eau ; on laisse refroidir et on dégraisse. D'autre part, on fait bouillir pendant 45 minutes 500 gr. de carottes, pelées et coupées, dans un litre d'eau. Alors on exprime, à travers une fine passoire, cette décoction dans le bouillon et l'on ajoute 5 gr. de sel.

La *poudre de viande* a eu autrefois une grande vogue, à la suite des travaux de DEBOVE ; sauf le cas de préparation impeccable, elle se conserve difficilement et renferme un grand nombre de micro-organismes.

Par contre, la poudre de viande *préparée extemporanément* est un excellent aliment, très riche sous un volume réduit. DUJARDIN-BEAUMETZ conseillait de prendre du bœuf bouilli, de le ha-

cher finement, de le dessécher au bain-marie, puis de le pulvériser dans un moulin à café. SEURE conseillait de mettre au four, à une température de 55 à 60°, de minces tranches de viande, recouvertes de farine partiellement cuite à sec, puis de les pulvériser, après avoir enlevé l'excès de farine.

Aux malades anorexiques, ou dont les fonctions gastriques sont très compromises, on ne saurait offrir ni poudre de viande, ni purée de viande, ni viande pulpée ; il leur faut de la viande liquide sous un volume minime, c'est-à-dire du *jus de viande* ; c'est la forme idéale d'administration des principes azotés.

Le jus de viande crue, extrait à la presse, déplaît à certains sujets, même quand on le mélange à un autre liquide, tel que du bouillon de légumes *tiède* ; c'est pourtant une excellente préparation, parce que la plus naturelle. On la salera modérément pour faciliter la sortie du liquide : 250 gr. ne donnent guère que 80 gr. de jus.

On fera donc griller légèrement des morceaux de tranche de bœuf, gros comme des noix, avant de les soumettre à l'action de la presse. Ce développement des osmazomes par la cuisson donne au jus une saveur appréciée des malades.

Chacun sait la nullité du bouillon comme aliment ; c'est, par contre, un peptogène et un digestif, qu'on prescrira, une demi-heure ou une heure avant le repas, chez les hypochlorhydriques, mais qu'on évitera chez les hyperchlorhydriques.

Le *bouillon américain* a eu, et a encore, une grande vogue, car il est apprécié par le palais des malades. On le prépare en plaçant dans une marmite spéciale, ou entre deux assiettes, des couches alternatives de fragments de viande et de légumes, et en faisant cuire le tout, au bain-marie, pendant plusieurs heures. On prend le liquide, qui en résulte, tel quel ; ou bien, on le laisse refroidir en gelée.

Le *thé de bœuf* a une valeur nutritive faible. On le prépare en jetant de l'eau chaude sur des dés de viande, et en laissant décocter. Ce n'est donc que du bouillon ordinaire.

Quant aux *jus de viande pharmaceutiques*, on n'y aura recours qu'en cas de manque de viande fraîche ou de répugnance invincible des patients pour les diverses préparations de viande, qui viennent d'être énumérées. Ils ont le défaut d'être joints à de la glycérine comme excipient conservateur et, à moins d'être fortement dilués, — une cuillerée à soupe pour un verre d'eau *ordinaire*, à prendre, comme boisson, pendant le repas, — ils sont mal supportés par la muqueuse gastrique irritée.

MÉDECINE LÉGALE

Etude médico-légale sur les attentats à la pudeur.

Faculté de médecine de Paris :
M. le Professeur BALTHAZARD.

Le type des attentats à la pudeur est réalisé par les attouchements obscènes sur les petites filles. Les actes de pédérastie sur les petits garçons et les petites filles sont du même ordre. Je ne m'occuperai pas, pour le moment, de ces derniers, que nous étudierons avec l'homosexualité. En tout cas, ce sont des attentats à la pudeur. Le coït anal, je vous l'ai dit déjà, ne tombe pas sous le coup de la loi, lorsqu'il s'agit d'adultes ou d'enfants de plus de 13 ans. Cette limite de 13 ans, est peut-être un peu excessive. Je sais bien que les enfants ayant dépassé cet âge sont encore protégés par la loi sur l'excitation habituelle des mineurs à la débauche. Mais, pour que la loi en question intervienne, il faut qu'il y ait « habitude », c'est-à-dire un acte commis au moins deux fois. L'absence de répression, en dehors de cette éventualité, est regrettable, car nombre de ces homosexuels sont animés d'un esprit de prosélytisme ardent. Ils cherchent à convaincre, en particulier les enfants qui, après avoir été victimes, deviennent des homosexuels actifs.

Les attentats à la pudeur doivent être distingués en attentats à la pudeur sur des sujets de sexe masculin et sur des sujets de sexe féminin. Les premiers sont les plus rares. Il y a, par exemple, 15 poursuites de la première catégorie, pour 500 ou 600 de la seconde. Généralement, alors, il s'agit de femmes qui pratiquent des attouchements sur des garçons au-dessous de 13 ans, assez souvent de femmes de l'entourage de l'enfant, de domestiques par exemple. Quelquefois, les bonnes couchent dans le même lit que l'enfant et, la nuit, peuvent se livrer à des manœuvres manuelles ou à des succions buccales qui provoquent l'érection : elles font, parfois, à ce moment, ce que l'on a nommé le viol à rebours, qui est un attentat à la pudeur et non un viol, comme je vous l'ai dit.

Il est des attentats à la pudeur, sur des garçons, d'un ordre différent. Tourde cite le cas d'un jeune homme de 22 ans qui fut invité à dîner par plusieurs femmes. Elles le ligotèrent et l'une d'elles, se plaçant à califourchon sur lui, pratiqua le coït malgré sa volonté. Dans un cas de Brouardel, était en cause un individu qui se rendait à la ville voisine les jours de marché, et attirait dans une chambre d'hôtel des jeunes gens de 14, 16 ans, et quelquefois aussi des enfants de moins de 13 ans, ce qui amena la poursuite. Il plaçait



PANTOPON
"ROCHE"
Opium total injectable.

le pénis dans un verre de lampe et avec un appareil spécial faisait le vide, ce qui amenait l'érection, jusqu'à éjaculation. Il prenait un franc par sujet pour ce genre de travail, et il avait une moyenne de 8 à 10 clients par séance. On a vu également des instituteurs se livrer à des manœuvres obscènes sur des groupes de 10, 20 élèves. Il faut être prudent, d'ailleurs, dans l'appréciation de ces accusations collectives. Il peut s'agir d'enfants qui, détestant leur maître, n'hésitent pas à mentir pour l'accabler.

La deuxième catégorie d'attentats à la pudeur, ceux perpétués sur les petites filles, est de beaucoup la plus importante. Presque toujours, l'auteur est un homme. Mais, parfois, c'est une femme. Exemple : une balayeuse de 48 ans, fut accusée par sa fille, âgée de 18 ans, d'attouchements obscènes, de succion buccale de ses organes génitaux. Sur la seule accusation de sa fille, une condamnation sévère fut prononcée. Dans la suite, quelques doutes s'élevèrent sur la véracité de la dénonciation et la femme fut graciée. Le cas de Tardieu n'offre pas de doute. Une femme de 30 ans avait défloré sa fille de 11 ans avec ses doigts. A plusieurs reprises, elle introduisit un, deux, trois doigts dans le vagin et aussi dans l'anus de l'enfant, causant des désordres importants.

L'attentat à la pudeur est commis le plus souvent par un homme sur une femme, une petite fille surtout. Il peut s'agir d'attouchements obscènes avec les doigts, d'essais de masturbation, d'autres fois de léchage des organes génitaux. Le tout se termine quelquefois par ce que Lacassagne a appelé le coït périnéal. Il exclut toute idée de viol. L'individu n'a pas, en ce cas, l'intention de violer l'enfant, car il sait qu'il commettrait un crime plus grave, qui laisserait en outre des traces. Il introduit la verge dans l'espace triangulaire limité par les deux cuisses et le périnée. Je vous fais grâce des huit ou dix positions qui peuvent être données à la victime et que signale Lacassagne. Ces manœuvres aboutissent à l'éjaculation dont on pourra trouver des traces sur la peau, la chemise ou les vêtements.

Il y a des attentats aigus et d'autres qui se répètent. Dans l'attentat aigu, on peut suppcser la violence. Dans l'attentat chronique, on peut admettre une certaine complaisance. Dans l'attentat aigu, on pourra constater des lésions traumatiques des organes génitaux de l'enfant. Chez les petites filles — qui se défendent peu, en général — les lésions sont souvent légères : c'est une irritation, une rougeur de la région vulvaire, de la vulvo-vaginite. Je reviendrai sur les difficultés d'appréciation de cette vulvite traumatique. Dans d'autres cas, les lésions sont plus considérables, quand un individu par exemple pratique une défloration avec le doigt, ce qui n'est pas du viol. On rencontrera quelquefois, alors, les signes ordinaires de la défloration. Parfois, des instruments variés plus ou moins compliqués sont employés. Vous savez qu'en certaines régions des Indes, les jeunes filles à la veille de se marier sont déflorées à l'aide d'une racine spéciale, pour éviter au mari cette préoccupation. Il est des cas même où l'attentat aigu laisse des traces considérables. Vous connaissez l'histoire de ce sadique qui introduisit le doigt dans le vagin d'une petite fille — qu'il avait étranglée d'ailleurs —, déchira le cul-de-sac postérieur et ramena au-dehors des anses intestinales. Je vous reparlerai de ceci en étudiant le sadisme.

Dans les attentats chroniques, il peut y avoir des déformations des organes génitaux. Il arrive que l'on trouve, chez ces fillettes, une certaine précocité sexuelle, un clitoris assez volumineux. Le médecin légiste sait même quelles précautions il est nécessaire de prendre, souvent alors, pour ne pas provoquer une érection clitoridienne au cours de son examen. Tandis que chez les petites filles saines, le prépuce clitoridien est une membrane très tendue, chez ces enfants victimes d'attentats chroniques ,le prépuce clitoridien glisse avec facilité. Il y a aussi une certaine flétrissure des petites lèvres, moins de fraîcheur des organes génitaux. L'entonnoir que constitue l'orifice vulvaire est dilaté. Cependant, il faut se méfier, car il est des enfants qui ont normalement un grand infundibulum vulvaire. De même, la mobilité du prépuce n'est qu'un petit caractère. Il est des fillettes qui n'ont pas besoin pour obtenir ce résultat qu'un tiers individu intervienne. Leur action personnelle suffit. Le médecin légiste doit conclure avec prudence en ces circonstances.

Il arrive quelquefois que l'auteur de l'attentat ne touche pas l'enfant, mais qu'il se fait toucher par elle. C'est là encore un attentat à la pudeur. Il s'agit preque toujours, dans ce cas, de vieillards impuissants. J'ai eu l'occasion d'examiner toute une série de petites filles qui habitaient un même quartier de la banlieue de Paris. Là, au milieu d'elles, vivait un vieillard de 70 ans, qui était surnommé le « papa gâteau », ou plus exactement le « papa confiture ». Cet individu attirait les enfants, leur donnait des confitures. En réalité, il badigeonnait son pénis avec des confitures et vous devinez la suite. Il ne touchait jamais les enfants.

Un point intéressant des attentats à la pudeur consiste dans la transmission des maladies vénériennes, la syphilis, la blennorrhagie, le chancre simple. Il faut, pour rattacher ces maladies à l'attentat, qu'elles répondent à certaines conditions. A la suite d'un attentat à la pudeur, on peut voir d'abord une vulvite traumatique, une vulvo-vaginite simple. L'insistance des attouchements détermine une irritation locale qui se traduit par de la rougeur, un peu de gonflement

◆◆

et, quelquefois, des ecchymoses dues aux ongles par exemple. Il faut distinguer la rougeur de l'ecchymose. Celle-ci est à coup sûr traumatique alors que la rougeur peut dépendre d'une vulvite banale. La rougeur disparaît par la simple pression du doigt, alors que l'ecchymose ne s'efface pas. Il peut y avoir aussi écoulement purulent.

La vulvo-vaginite traumatique apparaît rapidement. La rougeur et la douleur se montrent très vite et, dès le deuxième ou troisième jour, l'écoulement commence. Malheureusement cette vulvo-vaginite ressemble beaucoup aux affections spontanées, à la vulvite par malpropreté, si commune, surtout chez les petites filles qui se livrent à l'onanisme. On pensera donc, en premier lieu, à la vulvite par malpropreté. On pensera aussi aux vulvites qui surviennent à la suite de la rougeole, de la coqueluche, de la diphtérie. Une fois, un médecin appelé dans un cas de cette espèce, où une accusation était portée, conclut à un viol, ajoutant que la membrane hymen était disparue. Or, l'hymen peut être rompu, mais non disparaître et on en retrouve toujours les débris. En réalité, il s'agissait d'une fillette de 25 mois qui avait contracté la rougeole et avait eu, à sa suite, de la vulvite avec des petites ulcérations vulvaires. Ceci pour vous montrer qu'il faut être très réservé dans les expertises de ce genre, qu'il faut apprendre ces questions bien en face (les erreurs pouvant être graves), et, si l'on n'a pas pu éclaircir le problème, le déclarer simplement.

Il est intéressant d'examiner la chemise de l'enfant, car on y trouve parfois des indices d'écoulement des jours précédents. Si, sur une chemise portée avant la date de l'attentat présumé, vous constatez les mêmes taches, vous aurez là une donnée importante.

Dans la vulvo-vaginite blennorrhagique, l'écoulement est plus abondant, et l'uréthrite est presque constante. Les douleurs à la miction sont, par contre, exceptionnelles dans la vulvo-vaginite simple. Il est évident que si l'on trouvait une bartholinite ou une ophtalmie, on aurait des arguments à ne pas négliger. Aujourd'hui, d'ailleurs, où nous connaissons le microbe de la blennorrhagie, il suffit de le rechercher dans le pus de l'écoulement et dans les taches. Il est facile de faire macérer une tache dans une solution de chlorure de sodium, de frotter sur lame, sécher et colorer. Le gonocoque se présente sous l'aspect de deux petits haricots face à face, de 1 μ seulement de longueur. Il prend le Gram, mais ne le garde pas, si on le traite par les décolorants. On se fixera aussi sur la répartition du gonocoque qui est à la fois à l'intérieur et également à l'extérieur des globules de pus. Il n'y a guère qu'un microbe qui reproduise cela, c'est le méningocoque, rare dans le vagin. Dans les cas anciens (uréthrite chronique), on peut trouver le gonocoque inclus dans les cellules endothéliales.

Quand on a reconnu le gonocoque, tout n'est pas terminé. Il ne démontre pas qu'il y a eu attentat à la pudeur. Il existe des vulvo-vaginites blennorrhagiques d'une autre origine. Dans les pensions, on en voit parfois des petites épidémies. On a incriminé quelquefois, à raison ou à tort, le thermomètre servant à prendre les températures. Souvent aussi, dans les familles règne une demi-propreté plus néfaste que l'absence de tous soins. Les mères nettoient vaguement les organes génitaux de leurs fillettes avec leurs propres linges, qui peuvent être contaminés. Les mères ne doutent pas en général qu'il s'agisse, dans toute vulvo-vaginite gonococcique suspecte, d'attentat à la pudeur. Le médecin-légiste ne saurait s'en tenir là. Il faut éliminer les autres causes de vulvo-vaginite blennorrhagique. Il est indispensable aussi de visiter l'individu accusé. Il y a là une confrontation à faire.

Dans la vulvo-vaginite simple, l'écoulement apparaît le deuxième ou troisième jour. Dans la blennorrhagie, il est plus tardif, et commence au quatrième, cinquième jour.

Une autre maladie transmissible par attentat à la pudeur est la syphilis. Les anciens médecins-légistes décrivaient minutieusement les caractères du chancre. Aujourd'hui, la difficulté est moins grande. Au début, on recherchera le tréponème. Plus tard, on aura la réaction de Wassermann. Mais, la réserve des médecins-légistes d'autrefois doit persister et il y a intérêt à ne pas être affirmatif trop tôt. On est pris un peu, il est vrai, entre la nécessité d'instituer un traitement actif précoce et l'utilité qu'il y aurait à attendre pour confirmer le diagnostic. Le côté thérapeutique, il va sans dire, doit primer l'autre. Enfin on tiendra compte de l'incubation, de l'adénopathie.

La transmission du chancre simple est assez fréquente. Il est facile à caractériser par la présence du bacille de Ducret.

Il convient, en définitive, de conclure avec prudence. Les maladies vénériennes ne sont pas fatalement la preuve d'un attentat. De même, la présence d'un chancre de l'anus n'est pas une preuve d'attentat pédérastique, des attouchements de l'anus avec des doigts souillés pouvant le provoquer. La confrontation est toujours utile à faire.

J'insiste sur ces faits, car il y a eu des erreurs commises par des médecins de bonne foi. Il faut aller au fond des choses et ne pas reculer, par retenue morale ou pudeur, devant l'étude de pratiques plus ou moins répugnantes ou bizarres.

Leçon recueillie par le Dr P. LACROIX.

LABORATOIRE MUNICIPAL DE CHIMIE
Analyse quantitative N° 572

DUPLICATA

Le Directeur du Laboratoire Municipal certifie que l'échantillon deposé sous le n° 583 par Messieurs LAMBIOTTE & C° comme "UROMETINE en COMPRIMÉS" contient pour 100 grammes d'échantillon

Hexaméthylènetétramine 100.00
Matières minérales toxiques .... néant

La conservation du produit parait assurée

Paris, le ... 1918
Le Directeur du Laboratoire Municipal

Toute personne qui usera de ce certificat ... pour nuire à la réputation d'autrui commettra le délit de diffamation

Antisepsie urinaire

Quadruple action : bactéricide, antitoxique, antiurique, diurétique.

UROMETINE

LAMBIOTTE FRÈRES

(Urotropine Française)

doses moyennes : 2 à 6 comprimés par jour.

Littérature et Échantillons :
PRODUITS LAMBIOTTE FRÈRES
3, Rue d'Édimbourg, Paris-8e





ECZÉMAS
ULCÈRES
PRURITS
ETC.
INNOTYOL
Cold-Cream INNOXA à la lanoline
S. Olio. Ext. HAMMAM. Fr. ZnO. etc.
LITTÉRATURE
& ÉCHANTILLONS
35, Rue des Petits-Champs
PARIS

PATHOLOGIE CHIRURGICALE

L'entorse du genou.

L'entorse du genou comprend la série des lésions qui se produisent au genou quand il y a eu *mouvement forcé qui n'a pas abouti à une luxation.* Or, au genou, ces lésions portent *presque exclusivement à la partie interne de l'articulation.*

L'*anatomie pathologique* est variable suivant les cas ; on peut avoir :

1° Arrachement partiel du ligament latéral interne, sans arrachement osseux ;

2° Arrachement total du ligament latéral interne ;

3° Le ligament latéral interne est intact, mais il y a *un arrachement osseux en avant et au-dessous du tubercule de 3e adducteur.* Les dimensions de la surface détachée varient de la surface d'une pièce de 50 centimes à celle d'une pièce de 2 fr., son épaisseur comprend une lame de tissu compact et une faible couche (2 à 4 mm.) de tissu spongieux.

La synoviale est presque toujours ouverte. Comme il y a souvent aussi arrachement de la partie inférieure du tubercule du 3e adducteur lui-même, une partie des fibres tendineuses sont ainsi dilacérées.

On peut aussi observer des *lésions graves* : *arrachement de l'insertion inférieure* du ligament latéral interne avec ou sans arrachement osseux, et déchirure partielle du *ligament croisé.* La lésion tibiale de Segond appartient à l'entorse externe, beaucoup plus rare.

Etiologie. — La plus grande fréquence de l'entorse du genou est dans le sexe masculin, entre 15 et 50 ans. L'accident se produit le plus souvent en descendant un escalier, par suite d'un faux pas ; le genou se porte en avant et en dedans, la jambe se fléchit sur la cuisse et le patient tombe assis sur son membre inférieur. Ou bien l'accident arrive dans un saut, ou en marchant sur un terrain inégal. Presque toujours le malade dit que son genou lui a été porté en dedans. C'est plus souvent le genou gauche que le droit.

Pathogénie. — Pourquoi la partie interne de l'articulation est-elle plus lésée que la partie externe ? C'est que, normalement, l'axe de la cuisse fait avec la jambe un angle ouvert en dehors et que, quand on tombe, le genou tend ainsi en dedans et non en dehors ; par contre, le pied se met en valgus et détermine la rotation de la jambe en dehors. Il y a donc distension du ligament latéral interne.

Pourquoi les lésions portent-elles presque constamment sur la partie supérieure du ligament ? C'est que la surface d'insertion supérieure est moins large que l'insertion tibiale, et le tissu osseux à ce niveau est plus spongieux et plus friable. Il faut remarquer aussi que, dans l'extension, le ligament latéral interne est peu tendu. Au contraire, il est tendu dans la flexion, mais d'une façon progressive : ce sont d'bord les fibres antérieures qui se tendent, puis les fibres postérieures. Par conséquent, la rotation de la jambe en dehors, cause principale de l'entorse, arrachera successivement les fibres les unes après les autres, les plus tendues les premières. Et il suffira d'un traumatisme peu considérable.

Symptômes. — A la suite d'un faux pas, le patient tombe assis sur sa jambe, et perçoit un craquement au niveau du genou, accompagné d'une douleur vive. Il peut se relever, mais il a grand'peine à marcher. Au bout de 3 ou 4 heures, le genou devient gros. On constate alors, et dans les jours consécutifs, les signes suivants : 1° *le genou* est légèrement fléchi, gros, les culs-de-sac sont distendus, les méplats rotuliens effacés, le choc rotulien est net à moins de gros épanchement ; 2° *la douleur* est diffuse, due à la distension synoviale. A la pression, il y a une *douleur nette et vive au niveau de l'insertion supérieure du ligament latéral interne : c'est le signe capital.* La douleur spontanée s'exagère par la contraction des adducteurs.

3° Il y a de la *mobilité latérale* et on peut obtenir le *choc du plateau tibial* contre le plateau fémoral, signe caractéristique, mais difficile à percevoir. Le *relâchement du ligament latéral* interne se voit par comparaison avec le côté sain.

4°. *Les ecchymoses* apparaissent du 5e au 7e jour ; elle vont rarement du côté de la jambe. Elles ont pu remonter, dans les cas graves, jusqu'au périnée en suivant les adducteurs.

5e *L'hémarthrose* est, soit une hémarthrose simple, rapide, maxima en 24 heures, soit une hydro-hémarthrose, maxima en 2 ou 3 jours. Le sang ne se coagule jamais.

6° L'*impotence fonctionnelle* est considérable ; la flexion est très douloureuse. Il peut y avoir de la fièvre (dite de résorption sanguine).

Evolution. — Vers le 5e ou 6e jour, commence la diminution de l'épanchement ; il peut persister trois semaines à un mois, cela dépend de la gravité des lésions et dans une large mesure, de l'âge des malades. La durée est plus longue chez les gens âgés. *Quand le patient commence à marcher, on peut voir revenir l'hydarthrose,* soit passagèrement, soit parfois d'une façon désespérément tenace. Il faut craindre aussi l'*atrophie du quadriceps,* qui est constante, mais de gravité variable.

Formes cliniques. — Dans les formes légères, il n'y a qu'une désinsertion partielle du ligament ; la mobilité anormale n'existe pas, mais il persiste le signe constant de la douleur localisée

à l'insertion supérieure du ligament latéral interne, et il y a un petit épanchement qui persiste une quinzaine de jours.

Dans les formes graves, il y a des déchirures totales du ligament, avec arrachements osseux vérifiables à la *radiographie*. La douleur localisée est plus vive encore ; à la palpation, elle peut s'accompagner d'une légère crépitation osseuse au tubercule du 3e adducteur ; plus rarement, la lésion siège sur le tibia. L'épanchement est d'emblée abondant et tendu, arrivant par sa tension à supprimer le choc rotulien.

La mobilité anormale est très marquée, et l'*atrophie du quadriceps* apparaît rapide et intense, provoquant une impotence marquée du membre inférieur, d'autant plus qu'elle est ordinairement accompagnée de *diverses complications* intra-articulaires, telles que l'arthrite chronique (craquements, douleurs articulaires, ou hydarthrose tenace). L'entorse est assez souvent récidivante : ici comme ailleurs, une première lésion mal cicatrisée favorise un 2e accident. Il peut y avoir de la prolifération synoviale aboutissant parfois à des pseudo-corps étrangers intra-articulaires. Par suite des lésions du ligament croisé et de la laxité articulaire, on voit des luxations secondaires du ménisque : de la méniscite chronique traumatique où la ménisque est épaissi et où l'on a à son niveau de la douleur à la pression. Enfin on sait que les lésions traumatiques articulaires prédisposent à la tuberculose ou réveillent ses foyers latents.

Diagnostic. — La contusion simple du genou donnera de la douleur seulement au point contus, sans mobilité anormale et ordinairement, il n'y a pas d'hémarthrose.

L'entorse externe est rare. Le ligament latéral externe est douloureux à la pression, surtout en arrière du tubercule du jambier antérieur : c'est là le *point de Segond*.

L'arrachement du tendon rotulien se marque par l'ascension de la rotule, plus éloignée que normalement de la tubérosité antérieure du tibia. *La luxation méniscale* est facile à connaître au palper. *La fracture* isolée d'un condyle ou la fracture parcellaire du tibia sont reconnues par la radiographie.

Quand l'entorse est passée à l'état chronique, on aura à faire le diagnostic avec la *tuberculose du genou*, non pas avec la tumeur blanche si typique, mais avec l'hydarthrose simple. Une hydartrhose qui dure plus de 6 à 8 semaines, malgré la ponction et la compression, doit être tenue pour tuberculeuse (Calot).

Le pronostic de l'entorse du genou est, suivant les cas d'espèce, bénin ou grave, *surtout quand le malade n'est pas soigné assez longtemps.* Il faut craindre l'entorse récidivante et l'atrophie du quadriceps.

Traitement. — Il faut ponctionner l'hémarthrose avec tout le luxe des précautions aseptiques.

On mettra la jambe *en plâtre* pendant 10 à 20 jours ; l'appareil remontera haut sur la cuisse et descendra au-dessous du mollet. Il sera ouvert au niveau de la rotule, sur laquelle on fera une compression énergique (à la faoçn de Calot pour les bosses pottiques), à l'aide d'ouate introduite à force et maintenue par des bandes de sparadrap adhésif. Par l'ouverture du plâtre, on pourra au besoin répéter les ponctions. Après trois semaines *au plus tard*, pour lutter contre l'atrophie du quadriceps, on pratiquera la série ordinaire des *massages* et frictions par séances biquotidiennes ; ce massage indispensable pourra être commencé précocement, le plâtre étant rendu amovible à l'aide d'une fente antérieure. La gouttière en fil de fer n'est pas suffisante, car elle ne permet pas une bonne compression du genou. Le premier lever aura lieu au bout de trois semaines avec une gonouillère, et s'il survient de l'hydarthrose secondaire, on remet le plâtre pendant la nuit et on fait de la compression en même temps.

Dr J.-M. ARCHIMBAUD.

A TRAVERS LA PRESSE

Presse française.

Les greffes de tendon mort.

Un tendon sectionné frappe d'impotence fonctionnelle le segment de membre sur lequel il agit. C'est donc rendre un signalé service à de tels blessés que de pouvoir restaurer cet organe.

Cette restauration est aujourd'hui possible, grâce à l'emploi de greffons empruntés au veau mort-né et conservés dans l'alcool.

M. DURAND a eu recours à ce procédé dans trois cas qu'il a opérés personnellement. Dans deux d'entre eux, le résultat a été parfait, Dans le troisième, il a été incomplet, pour des raisons anatomiques (gaine synoviale) indépendantes de l'intervention elle-même.

Le greffon est suturé soigneusement au catgut très fin, modérément serré, aux bouts avivés des deux fragments du tendon sectionné.

Le membre est immobilisé, après pansement, dans une attitude qui relâche la suture. Vers le dixième jour, on enlève les fils et on commence ensuite une douce mobilisation active et passive, dont on augmente progressivement l'amplitude.

La méthode des greffes mortes de Nageotte, inspirée du Cold Storage de Carrel, présente un intérêt considérable. « Le plus bel avenir lui paraît réservé. » (*Lyon méd.*, 25 oct. 1920.)

Notes sur le mal de mer.

De temps en temps paraissent dans les journaux médicaux des travaux sur le mal de mer et sur les remèdes qui lui conviennent. Récemment encore, le Dr Cazamian s'est fait le protagoniste de l'atropine, administrée à doses suffisantes pour diminuer les sécrétions gastriques et intestinales.

Revenant sur la question, M. Clerc, ancien médecin de paquebot, publie les résultats de sa longue pratique (*Arch. médico-ihcr. de Normandie*, oct. 1920.)

Toutes les théories proposées pour expliquer le mal de mer, et tous les traitements qui en ont été la conséquence, lui paraissent insuffisants. Les unes et les autres doivent céder le pas à la proposition suivante : « la cause du mal de mer est dans les mouvements de la mer, par conséquent, dans les mouvements du navire. Il faut donc chercher à rendre le corps humain indépendant de ces mouvements. »

Les perfectionnements apportés à la construction des bâtiments réaliseront un jour ce desideratum. En attendant, la pratique de l'auteur est la suivante :

1) Se coucher la tête basse dans la cabine aérée le mieux possible ; 2) ne rien manger, ne rien boire que quelques gorgées de thé léger, ou d'eau de Vichy, ou d'eau pure ; 3) rester bien calé dans le lit sans aucune résistance aux mouvements du navire, comme une chose inerte ne faisant qu'un avec le navire ; 4) faire une inspiration profonde pendant le mouvement d'élévation du navire faire une expiration dans son mouvement de chute ; 5) ne prendre aucun médicament ; faire un dernier repas léger, longtemps avant l'embarquement.

Ainsi peut-on espérer réduire le mal de mer à un repos forcé et à une diète de peu de durée.

Le pronostic des néphrites peut-il être établi par la clinique seule ?

A cette question, M. Brault répond : oui, démontrant ainsi que le laboratoire n'est pas absolument nécessaire pour poser un diagnostic et formuler un pronostic, et que la clinique conserve tout sa valeur primordiale, quand on sait en interpréter les données. (*Journ. de méd. et de chir. prat.*, 10 oct. 1920)

En ce qui concerne les néphrites aiguës récentes, le symptôme capital est l'albuminurie. Tant qu'elle ne cède pas, le pronostic doit être réservé. Si, par surcroît, les urines baissent en quantité, sont foncées en couleur, si la céphalée persiste, que les troubles oculaires apparaissent, que les phénomènes gastro-intestinaux s'installent (diarrhée et vomissement) les accidents cérébraux sont proches et le pronostic s'assombrit encore.

Dans les formes chroniques des néphrites, l'importance des lésions est caractérisée par le bruit de galop, corrélatif lui-même de l'hypertrophie du ventricule gauche.

Ainsi que Potain l'avait proclamé jadis, l'hypertrophie cardiaque et le bruit de galop indiquent l'atrophie rénale et la gravité de la situation. Même, quand le rythme à trois temps n'est pas perçu, la constatation de l'hypertrophie cardiaque avec retentissement diastolique du deuxième bruit aortique sans clangor, pouls dur, et serré, suffit « à donner au pronostic une valeur des plus sombres ».

Les troubles oculaires comportent un pronostic d'une extrême gravité. De même, la péricardite, qui marque un degré extrême d'intoxication et est presque toujours fatale en quelques jours.

L'azotémie seule, considérée comme un élément prépondérant du pronostic, n'a pas une valeur absolue aussi grande que certains auteurs le pensent. A côté de la rétention uréique, on tiendra compte d'une foule de déchets azotés qui constituent l'intoxication complexe d'origine rénale, avec la gravité de son pronostic.

« Ces notions doivent être vulgarisées pour « donner aux médecins éloignés des centres de « recherche, la certitude que, par les moyens dont « dispose la clinique seule, ils ont la possibilité « de diagnostiquer une néphrite incurable, et, « dans certains cas, de pronostiquer des acci- « dents sérieux à bref délai. »

L'endocardite gonococcique.

A l'occasion d'une observation qu'il a recueillie personnellement, M. Vigot étudie la pathologie de l'endocardite gonococcique. Plus fréquente chez l'homme que chez la femme, c'est une complication qui se rencontre surtout chez les adultes et qui apparaît le plus souvent à la fin de 3e septénaire de l'urétrite.

Deux formes pathologiques peuvent être observées : une forme exsudative granuleuse, une forme végétante intéressant surtout l'aorte, mais également la mitrale, et une forme ulcéreuse ou ulcéro-végétante, les lésions pouvant s'étendre au myocarde et au péricarde. Les gonocoques pullulent au niveau des lésions et peuvent aussi être décelés par l'hémoculture.

Cliniquement, il existe un type d'endocardite aiguë non infectante qui ressemble à l'endocardite rhumatismale ; un type d'endocardite aiguë infectante, rapidement mortelle ; un type d'endocardite subaiguë infectante, qui ressemble à la fièvre typhoïde, dont le séro-diagnostic négatif permet de la distinguer.

Les troubles cardiaques, douleur précordiale ou rétro-sternale, angoises, palpitations, dyspnée, œdèmes, cyanose, appellent une auscultation sérieuse qui révèle toujours un souffle, localisé le plus souvent à l'aorte, quelquefois deux souf-



fles ; un souffle mitral peut être associé aux précédents.

On cherchera à préciser le diagnostic au moyen de l'hémoculture.

L'auteur ne parle pas du traitement de cette affection. En dehors de la médication dirigée contre la lésion cardiaque et ses conséquences, ne pourrait-on songer, dans ce cas, à la vaccination antigonococcique ?

Le vaccin de Nicolle est doué d'une réelle efficacité, notamment dans le traitement des arthrites blennorragiques. S'il est impuissant à réparer les altérations valvulaires, du moins pourrait-on en attendre une jugulation de l'infection proprement dite. (*Année méd.*, nov. 20.)

Diagnostic des hydropneumothorax à petit épanchement.

Ce sont des manifestations fréquentes depuis l'emploi des injections gazeuses pleurales et du pneumothorax artificiel.

Si l'examen radioscopique ne peut être pratiqué, la clinique permet-elle, à son défaut, de diagnostiquer de tels épanchements ? M. Mantoux répond affirmativement et indique les procédés qu'il recommande pour reconnaître la matité et percevoir le bruit de flot (*Bull. méd.*, 6 nov. 1920.)

Pour obtenir une percussion positive, on fera incliner fortement en arrière le thorax du malade de manière à collecter le liquide dans le cul-de-sac costo-diaphragmatique. Il s'étale sur la paroi postérieure et se révèle par une matité qui occupe plusieurs travers de doigt en hauteur.

Pour déceler le bruit de flot, on fait fléchir fortement le tronc du malade en avant. « On « applique l'oreille à la base du thorax. Puis on « commande au patient de se rejeter en arrière « d'un mouvement assez brusque. L'inclinaison « du tronc en avant verse, pour ainsi dire, le « liquide du cul-de-sac pleural dans la grande « cavité pleurale. Le redressement brusque du « tronc l'envoie battre la paroi thoracique posté- « rieure contre l'oreille aux aguets. »

Fausses tuberculoses de nature psychopathique.

Il s'agit de malades, de l'âge « où sévit le plus « volontiers le mal tuberculeux », qui dépérissent, pâlissent, maigrissent, perdent l'appétit, ainsi que le sommeil, ont des transpirations nocturnes, sont atteints d'une petite toux sèche, d'insuffisance respiratoire, d'hypotension.

Sur la foi de ces symptômes, l'auscultation révélant une vague submatité, un peu d'obscurité du sommet, on conclut à une tuberculose, surtout si les antécédents personnels comportent une atteinte de l'appareil respiratoire, grippe, bronchite, etc.

Et l'on institue le traitement classique, avec cure de recalcification, séjour à la campagne, voire au sanatorium.

Mais l'état du malade n'en est nullement modifié.

C'est, dit M. de Fleury (*Bull. méd.*, 13 nov. 1920), que la tuberculose n'est ici nullement en cause. Ces malades, en effet, ne sont autres que des psychopathes ressortissant principalement à la mélancolie ou à l'hypomanie, dont l'auteur énonce ainsi le diagnostic : « Petite crise de mé- « lancolie survenant soit chez un déprimé cons- « titutionnel, soit chez un cyclothymique, s'ac- « compagnant d'un important syndrome hyper- « émotif (maladie du Dupré), avec état suban- « xieux presque constant, spasmes respiratoires « et digestifs, déséquilibre circulatoire sous for- « me de tachycardie variable et de transpira- « tions nocturnes, tremblement généralisé, ano- « rexie, insomnie, dénutrition, amaigrissement « progressif. Préoccupations hypochondriaques, « obsédantes. Pronostic rassurant, — les crises de « dépression mélancolique guérissent presque « toujours, — mais récidives faciles à prévoir. « Traitement non point tonique et directement re- « constituant, mais plutôt s'attachant à calmer « l'agitation anxieuse, l'anorexie spasmodique « et l'insomnie. »

Psychologie et thérapeutique des obsessions.

Le traitement des obsessions, qui se développent sur un terrain anxieux, répudiera la psychothérapie raisonnante. Le médecin s'efforcera d'inspirer confiance au malade, de manière à être cru, quand il affirme, sans avoir à discuter.

On dépistera les causes toxiques, autotoxiques, post-infectieuses, réflexes, viscérales de l'anxiété, les troubles endocriniens. L'opothérapie thyroïdienne, surrénalienne, hypophysaire, trouvera son indication selon son emploi, de même qu'au début, la médication classique : bromure, opium. Le véronal, à raison de deux cachets quotidiens de 0,20 chacun, l'un le matin, l'autre à déjeuner, à condition d'être longtemps continué, contribue à enlever remarquablement l'anxiété des malades, tout en exerçant une sorte d'action eutrophique sur le système nerveux.

Telles sont les prescriptions de M. Cornelius (*Journ. des Prat.*) qui définissent le traitement applicable aux états qu'il envisage, aussi bien qu'à ceux que signale M. de Fleury, dans l'analyse précédente.

Me sera-t-il permis d'ajouter un mot, à propos d'un sujet que je crois un peu connaître ? Je n'ai pas l'expérience de l'opothérapie endocrinienne, sur le compte de laquelle je ne saurais me prononcer. En ce qui concerne le traitement médicamenteux chimique, j'estime qu'il faut en être sobre. Mon maitre Sollier m'a enseigné jadis qu'il faut éviter de surajouter une intoxica-

tion médicamenteuse à l'état d'intoxication organique qui se trouve souvent à la base de ces phénomènes pathologiques.

Il proclame, et je l'ai vérifié maintes fois après lui, que le traitement de l'anxiété et des obsessions réclame avant tout l'isolement du malade, le repos au lit, dans le silence et le calme, l'hydrothérapie et une action psychothérapique du médecin, qui, sans tomber dans la psychoanalyse de Freud, cherche à agir adroitement sur le psychisme du sujet pour en chasser le corps étranger représenté par l'idée fixe et l'obsession.

G. D.

Presse étrangère.

Médecine infantile.

Ablation des végétations adénoïdes de l'enfance.

M. Hunter Tod, chirurgien du service d'oto-rhino-laryngologie du London-Hospital, consacre à cette intéressante question une succincte étude d'ordre essentiellement pratique.

Notre confrère le fait d'abord remarquer : malgré le flot de publications à ce sujet, on a très rarement mentionné les végétations adénoïdes de la première enfance et par là, Hunter entend les enfants âgés de moins de 9 mois (*The Practitioner*, nov. 1920).

Il est (ou devrait être) de notion courante, dit-il, que le nouveau-né, après avoir vigoureusement crié, s'endort d'un sommeil plein de calme. Inconscienmment, il garde sa bouche close, à moins que quelque obstruction nasale, de quelque cause soit-elle, ne vienne donner lieu à une respiration imparfaite, amener de la cyanose et simuler une obstruction laryngée.

Hunter raconte qu'il fut appelé un jour auprès d'un enfant, âgé de 12 heures seulement, afin, lui téléphonait-on, de pratiquer une trachéotomie d'urgence. Il trouve un enfant gardant la bouche obstinément fermée, mais ayant la plus sérieuse des difficultés à respirer avec le nez.

Cette gêne pouvait venir de trois causes :

1° Un épaississement de la muqueuse nasale avec présence de secrétion muqueuse ;

2° Une obstruction congénitale de la cavité nasale ou de l'arrière-cavité des fosses nasales ;

3° La présence de végétations adénoïdes.

Comme la première de ces causes est la plus fréquente, Hunter répandit dans les narines une solution extrêmement faible d'adrénaline. La respiration se rétablit immédiatement et toute inquiétude, concernant la vie de l'enfant, fut aussitôt dissipée.

D'après son expérience personnelle, d'après aussi les cas publiés, Hunter croit extrêmement rare l'atrésie congénitale de l'arrière-cavité des fosses nasales.

Quant anx végétations aédénoïdes elles ne sont jamais suffisamment volumineuses pour mettre en danger la vie de l'enfant. Par contre, leur présence donne lieu à une grande gêne de la respiration nasale, à une inquiétude particulière de l'enfant « qui n'a pas un moment à lui », à du spasme du diaphragme et enfin, à uue inhabileté à prendre le sein.

Quelques jours après sa naissance, l'enfant commence à respirer avec la bouche ouverte ; on le laisse souffler et ronfler et la mère, ou la nourrice, sont simplement « ennuyées parce que l'enfant quitte le sein chaque deux ou trois gorgées ». Pendant ce temps, l'enfant s'inquiète, aspire de l'air en essayant de téter, ce qui lui cause et des vomissements et des éructations.

Si l'enfant, à cause de ses troubles dyspeptiques, présente un rash, le docteur peut suspecter une syphilis congénitale et porter, à tort, un jugement téméraire sur des parents innocents.

Les végétations adénoïdes, si elles coïncident avee la naissance, peuvent donner lieu à des symptômes immédiats.

Dans la syphilis congénitale, les symptômes commencent à se manifester dès la 3e semaine : ronflement, excoriation des narines, éruption typique de la peau et autres signes fondamentaux de la maladie.

Les graves résultats de l'obstruction nasale sont trop bien connus de tous pour être passés ici en revue, mais on ne saurait trop signaler que plus l'enfant est jeune, plus sérieuses sont les conséquences de ces végétations adénoïdes.

Or, en dépit de cette notion acceptée de tous, il semble étonnant que le corps médical presque en entier et le public, à la suite de son enseignement, partage cette opinion que les adénoïdes ne peuvent être enlevées au-dessous de 3 ans. Même s'il était avéré que la présence de végétations adénoïdes soit la cause actuelle d'une difficulté de la respiration, d'une suppuration de l'oreille moyenne ou d'un catarrhe des bronches, suggérer d'opérer un enfant au-dessous d'un an serait s'exposer, presque toujours, à un refus et à une opposition irréductibles...

Une telle opposition est fréquemment élevée par les parents en raison de ce que leurs enfants seraient trop faibles pour supporter l'opération, bien qu'ils soient prêts à accepter la cireoncision dans le premier mois de leur vie et sous anesthésie. Les médecins, eux, soutiennent qu'on ne peut convenablement enlever les végétations à un tel âge et qu'il y aura nécessité de recourir à une opération ultérieure. L'objection des parents est naturelle quoique due à l'ignorance : on peut habituellement les convaincre... Mais les médecins sont beaucoup plus entêtés...

Il n'est pas douteux qu'au-dessous de 6 mois, la totalité du tissu adénoïde puisse ne pas être enlevé par l'opération et qu'une reviviscence de ce tissu ne vienne prendre la place de celui

qui a été enlevé. Au-dessous de six mois, l'espace rétronasal est si petit que l'examen digital est presque impossible et que l'on ne peut s'assurer, après l'opération, avoir tout enlevé. De plus, le tissu adénoïde, à cet âge, se développe avec une telle facilité que même si l'on acquiert l'assurance d'avoir nettoyé à fond l'espace rétronasal, ce tissu peut renaître encore. Dût-il renaître dans un certain nombre de cas, il n'y a pas matière à condamner l'ablation des adénoïdes dans la première enfance — opération simple et sans aucun danger — *car cette opération peut être le seul moyen de prévenir une surdité consécutive et beaucoup d'autres inconvénients.*

Dans un certain nombre d'occasions, j'ai examiné, dit Hunter, des enfants de 3 ans et au-dessous présentant déjà les signes de surdité de l'oreille moyenne, conséquence d'un catarrhe de celle-ci, avec adhérence de la membrane du tympan, à tel point qu'un dommage définitif avait été porté à l'audition et qu'un pronostic de surdité croissante pour les années à venir pouvait être presque certainement affirmé.

Pour ma part, continue l'auteur, je ne puis m'empêcher de croire que dans une certaine proportion de cas que l'on dénomme oto-sclérose, la surdité est le résultat d'un catarrhe de l'oreille moyenne de la première enfance, dont toute trace apparente a disparu.

Dans les quartiers pauvres des grandes villes, on voit un grand nombre d'enfants atteints d'écoulements d'oreille depuis leur naissance. La majorité d'entre eux sont porteurs de végétations adénoïdes qui, même si elles ont été reconnues, n'ont pas été enlevées par crainte de l'opération.

Lorsque l'ablation des végétations est faite au-dessous de six mois, en particulier si l'enfant est au-dessous de la moyenne, l'anesthésie générale n'est ni recommandée ni recommandable.

L'enfant est soutenn par sa nurse, en position assise, une petite curette est placée dans l'arrière cavité et poussée en bas en une seule fois. Etant donné l'espace très réduit de l'arrière-cavité, il suffit d'une toute petite quantité de tissu adénoïde pour donner lieu aux symptômes qui en découlent, mais on est quelquefois surpris de son énorme volume.

En règle générale, l'hémorragie est insignifiante, le shock nul : tenez l'enfant au chaud et, s'il présente quelque signe de shock, faites-lui prendre une à deux gouttes de « brandy » dans un peu de lait.

S'il est recommandé de ne pas nourrir l'enfant trois heures avant l'opération, il peut, à la vérité, prendre le sein ou le biberbn dans les dix minutes qui la suivent.

Hunter a très fréquemment pratiqué cette opération sur des enfants dont le plus jeune n'avait que vingt jours, et jamais il n'a noté de résultats inquiétants. Tout au contraire, le bénéfice est presque immédiat : l'enfant commence à respirer normalement par le nez, il tette avec aisance ; les symptômes de bronchite et d'otorrhée, s'ils sont déjà constitués, disparaissent rapidement et de faible qu'il était, l'enfant devient robuste.

Pour toutes ces raisons, le chirurgien anglais pose en principe que les végétations doivent être enlevées sans tenir compte du jeune âge de l'enfant, toutes les fois que celui-ci présente quelque symptôme qui peut, soit immédiatement, soit plus tard, affecter sa santé.

R. M.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

L'examen des crachats dans le diagnostic de l'asthme.

(MM. F. Bezançon et de Jong. — *Académie de méd.*)

MM. Bezançon et de Jong font une communication sur la valeur pratique de l'examen cytologique et chimique des crachats pour le diagnostic différentiel de l'asthme et des états asthmatiformes.

On a signalé, dans l'expectoration des asthmatiques divers éléments auxquels les auteurs ont attribué une certaine importance diagnostique ; par exemple, les cristaux de Charcot-Leyden, les spirales de Curshmann, les éosinophiles. MM. Bezançon et de Jong n'attachent aucune valeur aux premiers, mais ils considèrent l'éosinophilie du crachat des asthmatiques comme ayant un grand intérêt. L'éosinophilie associée à l'absence d'albumine et à l'absence de cellules cardiaques (macrophages chargés de pigment sanguin), permettrait selon eux de distinguer la dyspnée de l'asthme essentiel de la dyspnée des cardio-rénaux.

Les principes actifs de quelques plantes médicinales populaires.

(M. Bourquelot. — *Académie de médecine.*)

Lorsque furent découverts les alcaloïdes, de l'opium, du quinquina, de la noix vomique, etc., les chimistes crurent volontiers que tous les principes actifs des plantes médicinales appartenaient à cette classe de composés. Puis, des travaux ultérieurs montrèrent qu'il existait des principes actifs végétaux d'une autre nature, que l'on nomma glucosides. Ce sont ces glucosides que M. Bourquelot a étudiés depuis vingt ans dans son laboratoire. Il a pu en isoler dans un grand nombre de plantes appartenant pour la plupart à la médecine populaire, le sureau (glucoside : sambunigrine), le laurier-cerise (glucoside : prulaurasine), le plantain (glucoside : aucubine), la verveine (glucoside : verbénaline), l'écorce de saule

(glucoside : salicine), etc. Il y a là une question en cours d'étude, qui pourra donner des bases thérapeutiques intéressantes.

Les faux adénoïdiens.

(M. Castex. — *Académie de médecine.*)

Le syndrome adénoïdien, bien connu aujourd'hui, est quelquefois réalisé par des états morbides locaux, que l'on peut cataloguer sous le nom de faux adénoïdisme. Ce sont d'abord toutes les lésions d'obstruction des fosses nasales (rhinite hypertrophique, crêtes et déviations de la cloison, queues de cornets, etc.). Ce sont ensuite diverses conformations anormales (cavum petit, abaissement de la voûte du rhinopharynx, surélévation de la voûte palatine). Ce seraient, enfin, des altérations hérédo-syphilitiques avec atrophie de l'os intermaxillaire. Ces faux adénoïdiens doivent être traités, il va sans dire, différemment selon les cas.

La transmission héréditaire chez les opérés pour luxation congénitale de la hanche.

(M. Dubreuil-Chambardel, de Tours.— *Ac. de méd.*)

L'hérédité de la luxation congénitale de la hanche est un fait connu. Mais, cette hérédité persiste-t-elle malgré une opération correctrice de la luxation ? M. Dubreuil-Chambardel répond affirmativement et il conclut ainsi un travail sur cette question :

1° La luxation de la hanche, qui est déterminée par une variation anatomique des pièces de l'os coxal, peut se transmettre héréditairement dans certaines familles comme toutes les variations anatomiques.

2° La réduction de la luxation chez l'enfant n'a pas d'influence sur la transmission de cette variation aux descendants.

Sur la déclaration obligatoire du trachome.

(M. de Lapersonne. — *Académie de médecine.*)

M. de Lapersonne lit un rapport sur la déclaration obligatoire du trachome, au nom d'une commission composée de MM. Kermorgant, Jeanselme et de Lapersonne.

Avant la guerre, il existait, en France, deux foyers principaux de trachome, la région de Marseille (importation du Levant) et la région de Lille (importation belge). Depuis la guerre, les foyers sont un peu plus nombreux et la fréquence de l'ophtalmie granuleuse a été signalée en d'autres points du territoire, à Bordeaux par exemple. A Paris, c'est surtout dans les quartiers habités par les émigrants (le Marais) que l'affection se rencontre.

M. de Lapersonne, se basant sur la contagiosité, — qui paraît bien démontrée — du trachome, demande que cette affection soit inscrite sur la liste des maladies contagieuses dont la déclaration est obligatoire, mais sous réserve que des mesures pratiques de prophylaxie seront prises, par exemple la visite sanitaire des yeux, pour les émigrants, dans les ports, les inspections oculistiques des écoles dans les centres contaminés, etc.

L'incorporation des jeunes soldats.

(M. Léon Bernard. — *Académie de médecine.*)

M. Léon Bernard lit un rapport, au nom de la section d'hygiène, sur la réponse à faire à M. le ministre de la guerre au sujet de l'incorporation des jeunes soldats.

Le ministre de la guerre, par lettre du 14 novembre 1920, avait demandé à l'Académie de lui faire connaître son avis sur l'âge le meilleur pour l'appel des classes, sur la saison la plus favorable à l'incorporation et enfin sur les précautions à prendre, s'il y avait lieu, concernant les jeunes gens ayant subi l'influence des restrictions alimentaires pendant la guerre.

M. Léon Bernard propose les réponses suivantes :

1° L'âge préférable pour l'appel des classes, envisagé du seul point de vue physiologique, est vingt et un ans. Cependant, il n'y a pas d'objection capitale à l'abaisser à vingt ans.

2° Le moment le plus propice est la fin avril et il vaut mieux ne faire qu'un seul appel.

3° Les restrictions alimentaires ayant pu influencer la robustesse de beaucoup de jeunes gens, il y a lieu d'en tenir compte dans l'examen médical des soldats appelés, surtout ceux qui proviennent de certaines régions, en particulier les régions libérées.

M. Vincent remarque que si, théoriquement, l'âge de 21 ans paraît le plus propice, en pratique il ne faut pas y attacher une trop grande importance. Il est vrai que c'est à partir de 24 ou 25 ans (âge où les épiphyses sont soudées et où la musculature a atteint son développement normal), que l'homme présente l'aptitude la plus favorable au service militaire. Mais, on a vu, pendant la guerre surtout, que l'on pouvait sans inconvénient, recruter des classes à vingt ans et même dix-neuf, avec des soins spéciaux, pour les jeunes gens au-dessous de 20 ans principalement. L'incorporation à 20 ans, instituée en France par la loi de 1913, peut donc, de l'avis de M. Vincent, être maintenue.

Un cas de contagion d'encéphalite léthargique.

(MM. Guillain et Lechelle.— *Acad. de médecine.*)

M. Georges Guillain rapporte un exemple de contagion d'encéphalite léthargique. Il s'agit d'un sujet qui, ayant fait un séjour assez prolongé dans la chambre d'un malade qui avait succombé plusieurs mois auparavant à une encéphalite léthargique, fut pris, quinze jours après son retour chez lui, des premiers phénomènes d'une encéphalite dont il guérit d'ailleurs ultérieurement. Ce cas fournit une notion approximative sur la durée d'incubation de la maladie. Il est moins précis quant à la modalité de la conta-

gion, celle-ci ayant pu se faire par les objets personnels du premier malade (linge, vêtements) ou par des porteurs de germes en particulier, la femme et le frère du premier malade, qui avaient continué à habiter l'appartement. M. Guillain estime qu'il y aurait utilité dans tout cas d'encéphalite léthargique, à procéder à une désinfection des objets appartenant au patient, et à recommander certaines mesures d'antisepsie naso-pharyngienne pour l'entourage.

La survie après amputation du sein pour cancer.

(M. E. Potherat. — *Académie de médecine.*)

Il est difficile d'établir une statistique des résultats éloignés de l'amputation du sein pour tumeurs malignes, le chirurgien n'étant prévenu ni des décès tardifs, ni des guérisons définitives. On peut cependant se guider par certains cas que tout chirurgien ayant une pratique assez longue est susceptible de rencontrer. M. Potherat cite ainsi des exemples de survie après dix, onze, dix-neuf ans, et il conclut qu'on a le devoir de toujours conseiller l'opération dans les tumeurs de la mamelle.

Amputation de cuisse d'emblée dans les gangrènes spontanées.

(M. Lejars. — *Académie de médecine.*)

M. Lejars insiste sur les indications de l'amputation de cuisse d'emblée dans les gangrènes spontanées du membre inférieur, d'origine artérielle ou artério-diabétique.

Contre les empoisonnements par les champignons.

(M. L. Azoulay. — *Académie de médecine.*)

M. Azoulay estime qu'il faudrait, périodiquement, avertir le public du danger de la consommation des champignons non contrôlés. L'avertissement devrait conseiller de ne manger que des champignons cultivés dits de couche, ou des espèces dont le consommateur est absolument sûr. La vente des champignons pourrait être réglementée.

P. L.

Le centenaire de l'Académie de médecine.

Le lundi 20 décembre, s'ouvrait le *triduum* où, en de solennelles assises, allait être commémoré le centenaire de la célèbre Compagnie. Salle très sobre comme décoration, comme toilettes : à peine deux épaules nues venaient-elles rompre la désespérante monotonie de costumes trop sombres. Le président Bellencontre, de l'Association générale des Médecins de France, se trouvait dans la rangée de fauteuils située immédiatement au-dessus. Non loin de là, nous vîmes arriver seul un académicien qui, peu d'années nous séparent de cette époque, était alors des plus entourés... On lui doit cependant bien des élections... La salle se remplit lentement. Un grand nombre de savants étrangers, savants éminents de toutes les sociétés médicales des nations amies, alliées ou neutres, viennent prendre les places qui leur ont été réservées.

MM. Millerand, président de la République, et J.-L. Breton, ministre de l'hygiène assistent, et c'est justice, à cette manifestation.

Au bureau, prend place, M. Millerand, ayant, à sa droite, M. Laveran, président de l'Académie, M. Achard, secrétaire ; à sa gauche, MM. Richelot et Henriot, en uniforme, l'habit chamarré d'or sur parements pourpre...

Derrière, nous distinguions les anciens présidents et les membres du Conseil de l'Académie : Professeurs Hayem, Gariel, Guéniot, Gilbert, bien d'autres encore.

Nous ne dirons pas ici que le Président Laveran fit l'historique de l'Académie : aussi bien, il y faudrait la plume de Cabanès.

Pas davantage, nous ne soulignerons comment le Professeur Achard, en quelques mots fort courts mais admirablement martelés, salua les délégués étrangers. Mais il nous appartient de nous unir aux acclamations spontanées qui jaillirent de tous les bancs au moment où le grand savant belge, le Professeur Bordet, prix Nobel, vint déposer l'adresse de son noble pays. On fut beaucoup plus discret lors de la remise de l'adresse d'un pays qui avoisine le « proche Orient ».

Le défilé de ces délégués (on en a annoncé 110), presque tous revêtus de leur grand costume de cérémonie, robes rouges, violettes ou noires, à parements d'or ou fort simples, a constitué un spectacle bien fait pour chatouiller notre orgueil national : le Monde entier aux pieds de la Science française !

M. le Ministre Honnorat, au nom du Gouvernement français, après avoir remercié le président de la République « d'avoir bien voulu honorer de sa présence cette solennité et les savants étrangers venus pour fraterniser avec nos savants », rendit hommage à l'œuvre de l'Académie.

L'œuvre d'hygiène sociale à laquelle doit se consacrer ce corps savant sera particulièrement goûtée des lecteurs du *Concours médical*. Nous louons sans réserve le discours du Ministre ; une fois n'est pas coutume.

Le lendemain, M. Vaillard étudia le rôle de l'Académie dans l'évolution de l'hygiène publique ; M. Camus, la vaccination anti-variolique à l'Académie, et le soir de ce jour, M. Chauffard : un siècle de médecine.

La réception à l'Hôtel-de-Ville fut ce qu'elles sont toutes : digne de la Ville de Paris et de ses hôtes.

Le mercredi, la parole autorisée de M. Pinard traitait de la puériculture à l'Académie, de 1820 à 1920 ; M. Meillère rapportait un siècle d'hydrologie ; M. Delorme, d'une plume militaire, traçait une esquisse historique de la chirurgie de 1820 à 1920. M. Henriot terminait la série des discours

officiels par une large biographie des bienfaiteurs de l'Académie.

Le soir, une réception, précédée d'un banquet « classique », réunissait au Palais-d'Orsay, étrangers illustres et académiciens français.

R. M.

BIBLIOGRAPHIE CRITIQUE

Revue des Livres.

Chez Doin, Paris.

Dr Albert Garrigues. — **Les plantes en médecine. Le seigle et l'ergot.**

A juste titre, l'auteur constate le renouveau de l'emploi des plantes en médecine. Le galénisme, la matière médicale, la botanique, sont de moins en moins délaissés.

Après une étude très complète de la botanique du seigle, l'auteur passe à son étude chimique et à son étude médicale.

L'emploi médicinal du seigle est faible : le café de seigle torréfié est légèrement laxatif et entre dans la composition du café Kneipp.

Le pain de seigle est plus lourd, moins nourrissant que celui de froment, mais il a des propriétés laxatives, par la cellulose qu'il contient.

Le pain d'épices, non falsifié, doit être fait avec de la farine de seigle.

Qu'est-ce que l'ergot ? Quelles sont ses propriétés physiques, chimiques, physiologiques ? C'est ce que nous apprend le Dr Garrigués. Ses propriétés thérapeutiques, sa comparaison avec l'adrénaline sont très clairement exposées.

Aussi l'ensemble du livre est-il instructif et agréable à lire.

Dr P. B.

Chez Le François, 91, bd. St-Germain, Paris.

Maurice Wisner. — **Prothèse dentaire. L'art de l'empreinte. Technique. Pratique de la prothèse. 3e édition.**

Est-il d'ailleurs une meilleure garantie de valeur pour un volume que le fait d'atteindre sa troisième édition ? c'est le cas de la *Prothèse dentaire.*

Rien de ce qui est nécessaire à la bonne exécution d'une prothèse n'est négligé dans ce volume, dont l'auteur a cependant élagué tout l'inutile et l'encombrant. La concision et la précision, ne sont-ce pas là les deux qualités primordiales de tout travail destiné au praticien ? L'on peut dire qu'à ce titre, le volume de M. Wisner se recommande particulièrement au public.

Dr Deribéré-Desgardes. (Ancien élève de l'Institut Pasteur). — **Formulaire des milieux de culture en microbiologie.**

Grouper en un manuel pratique, de lecture facile, les formules indispensables à tous ceux qui, pour des raisons diverses, font l'étude des microorgrnismes : bactéries, champignons, levures, protozoaires : tel a été le but que s'est proposé le Dr Deribéré-Desgardes et l'on peut dire qu'il a atteint ce but puisque dans un ouvrage court, concis et de prix minime, il a pu réunir tous les renseignements que peut raisonnablement demander le bactériologiste praticien, celui de la grande industrie laitière, celui de la brasserie, comme celui qui applique cette même science à la biologie et plus particulièrement à la médecine.

Chez A. MALOINE et fils,

Dr Noël Fiessinger. — **Les diagnostics biologiques en clientèle. 2e édition. — En seize mois, la 1re édition des Diagnostics biologiques a été épuisée. C'est dire le succès qu'elle a rencontré auprès du grand public médical.**

Soigneusement revue et augmentée, la 2e édition, pensons-nous, jouira des mêmes faveurs auprès des praticiens, car l'auteur a persévéré dans la bonne méthode : faire simple et faire élémentaire, afin d'être à la portée de tous.

Dr Emile Sergent. — **Etudes cliniques sur la tuberculose (1908-1920). 2e édition. — Parmi les publications nouvelles contenues dans la deuxième édition, citons le plan d'ensemble pour l'organisation de la lutte antituberculeuse, une étude sur le diagnostic précoce de la tuberculose et son importance au point de vue social, et un exposé des mesures de préservation sociale contre la tuberculose. Tous les médecins curieux des questions d'hygiène sociale liront ces pages avec fruit.**

Dr Maurice Lesieur. — **Les chéloïdes et la cicatrisation chéloïdienne. — Trois chapitres : les chéloïdes, leur étude clinique et leur traitement avec l'exposition de la méthode préconisée par l'auteur (injections d'huile créosotée), telle est la division de cet ouvrage intéressant à plus d'un titre.**

G. S.

PARTIE PROFESSIONNELLE

CHRONIQUE DE L'ENSEIGNEMENT

La carence des études médico-sociales et juridiques à la Faculté de médecine.

Nous avons maintes fois déploré l'absence d'un cours de *clinique* médico-sociale et juridique à la Faculté, pour que le docteur en médecine puisse se montrer à la hauteur de sa mission sociale, au lendemain de son installation.

Qu'il le veuille ou non, le praticien a l'obligation de connaître de nombreuses lois et autres textes réglementaires, soit pour exercer son art, soit pour protéger la santé publique, ou pour conserver des rapports corrects avec les collectivités publiques ou privées, qui font appel à l'homme de l'art.

A la Faculté de médecine de Paris, on s'est parfaitement rendu compte de l'utilité d'un pareil enseignement. M. le professeur Roger, doyen de la faculté, a cherché, tant parmi le personnel enseignant médical que parmi les professeurs de la Faculté de Droit, quel serait l'agrégé, ou le professeur titulaire, possédant à la fois les qualités juridiques et médicales nécessaires, pour pouvoir faire, à l'usage des médecins, un enseignement pratique et vécu, de cette science quelque peu compliquée du droit.

Un criminaliste, dont la science en droit pénal, fait autorité, a bien voulu se charger de cette lourde mission. Malheureusement, il n'a à sa disposition que quelques conférences : donc, temps très limité, malgré la grande étendue du programme qu'il doit embrasser. De plus, n'ayant jamais exercé la médecine, M. le professeur Garçon envisage notre profession trop en juriste et pas assez en médecin praticien.

Nous avons sous les yeux la leçon qu'il a professée le 27 novembre dernier, sur les syndicats médicaux et publiée dans le *Progrès médical*, 1920, p. 556.

Malgré tous ses louables efforts, M. le professeur Garçon a fait un cours que n'aurait pas osé enseigner n'importe quel secrétaire de syndicat médical. Son sujet n'est pas vécu, il n'est pas documenté.

Qu'il nous soit permis de faire remarquer qu'il existe, à la bibliothèque de la Faculté de Droit, une bibliographie de premier ordre, et que, très rapidement, M. le professeur Garçon aurait pu consulter quelques ouvrages et monographies, traitant uniquement des syndicats de médecins.

C'est ainsi que nous avons la thèse de doctorat en droit de Goret, Paris 1904, celle de Nicolay, Paris 1911, celle de Prunier, Paris 1904, celle de Salomé, Paris 1898 et enfin la nôtre, Paris 1919.

Des ouvrages de jurisprudence médicale traitent également de cette question des syndicats médicaux : citons pour mémoire le livre de Legendre et Lepage, sur *le médecin dans la société contemporaine*, celui de Perreau : *Eléments de jurisprudence médicales* ; celui du professeur Etienne Martin, de Lyon : *Précis de Déontologie*, celui de Legendre et Ribadeau-Dumas : *Déontologie et jurisprudence médicales*, etc.

Nous ne donnons qu'une bibliographie très succincte, mais qui aurait été suffisante pour faire une leçon documentée et précise.

Nous craignons d'autre part, que M. le professeur Garçon n'ait pas relu la leçon, qui a été prise et recueillie par le Dr Laporte. C'est ainsi qu'on fait dire à un professeur de la Faculté de Droit : « La loi du 21 mars 1884 a donné aux syndicats « une capacité réduite. Mais une nou- « velle loi, *en voie d'être votée*, leur donne la « capacité de posséder. »

A la correction des épreuves, nul doute que M. le professeur Garçon ne se soit aperçu de l'erreur, car cette loi, *en voie d'être votée*, a été promulguée à la date du 12 mars 1920.

S'il nous était permis de manifester une opinion personnelle, nous eussions désiré voir un peu plus de vie, dans cette leçon. L'auteur se borne à dire « vous pouvez, par vos syndicats, faire ceci, et non pas cela ». Mais le savant criminaliste ne connaît pas la vie intensive de nos syndicats professionnels, ni ce qu'ils ont fait, obtenu, les campagnes qu'ils ont menées et qu'ils mènent encore.

L'exercice illégal de la médecine, sur lequel s'étend très complaisamment le professeur Garçon, n'est qu'un tout petit côté de l'activité de nos syndicats.

Au contraire, le cours n'indique qu'en quelques mots, qui passent inaperçus, le rôle considérable que jouent nos conseils de famille et la juridiction professionnelle. Si le professeur Garçon était des nôtres, il saurait que les tractations entre collectivités privées ou publiques et syndicats médicaux peuvent aboutir actuellement, uniquement parce que le syndicat donne la certitude, à l'autre partie contractante, que tous les médecins syndiqués respecteront et les termes du contrat et les règles de la déontologie, à peine d'être traduits devant le tribunal de leurs pairs.

M. le professeur Garçon aurait pu indiquer à ses élèves la tendance actuelle aux tractations

syndicales, aux contrats collectifs de travail, qui seront demain dans la loi sur l'assurance maladie obligatoire.

Il aurait pu citer les actes du syndicalisme médical concernant l'application des lois sur l'assistance médicale gratuite, sur celle des réformés de guerre, les rapports avec la mutualité, etc., toutes choses qu'on ne peut expliquer d'une manière vivante, avec documents à l'appui, que si l'on exerce notre profession.

Relevons enfin une grosse erreur : à la fin de sa leçon, M. le professeur Garçon déclare : « dans « les provinces surtout, il y a de nombreux *syndi-* « *cats mixtes*, qui comprennent médecins, chi- « rurgiens, dentistes, sages-femmes, pharmaciens. « On a été plus loin et quelques-uns ont demandé « qu'il y eût un syndicat de toutes les professions, « qui touchent à la médecine : infirmiers, ortho- « pédistes, opticiens médicaux, etc. »

Vraiment, je voudrais bien savoir où M. le professeur Garçon a pu puiser une pareille documentation ? La profession médicale toute entière lui serait reconnaissante de nous dire où, en France, existent de pareils syndicats ? Qu'il y ait des ententes inter-syndicales entre médecins et pharmaciens, entre docteurs et sages-femmes, oui, bien que rares et momentanées. Mais, à notre connaissance, il n'existe aucun syndicat mixte, qui, d'ailleurs serait parfaitement illégal, en vertu de l'arrêt de la Cour de Cassation Ch. crim. 28 février 1902 ; Dalloz, 1902, 1, 203 — *Pand*, 1902, 1, 377, — *Gaz. Pal.*, 1902,1 181 — le *Droit*, 27 juillet 1902), interdisant aux médecins et aux pharmaciens de se former en syndicat unique.

En fin de leçon, le professeur Garçon a dit quelques mots de la tyrannie syndicale et de la mise à l'index, puis de la création d'un Ordre des médecins. Ce sont là des questions d'ordre pratique, surtout en ce qui concerne la mise à l'index et nous aurions été heureux de voir comment un professeur de Droit criminel aurait donné son opinion personnelle.

Quoi qu'il en soit de toutes ces critiques, félicitons M. le professeur Garçon d'avoir bien voulu montrer la volonté d'éduquer nos jeunes confrères de demain.

Aussi, pour lui faciliter la tâche, à lui qui, n'exerçant pas notre profession, ignore beaucoup de difficultés pratiques de l'art de guérir, pourrions-nous lui indiquer les sources où il pourrait se documenter. C'est ainsi que l'Union des Syndicats médicaux de France, 28,rue Serpente,et le *Concours médical*, 132,faubourg St-Denis, pourraient tenir à sa disposition les ouvrages et journaux, où sont consignés tous les actes de la vie intensive professionnelle médicale.

Unissons tous nos efforts pour que le médecin soit, au sortir de la Faculté, placé dans les meilleures conditions d'éducation pour remplir sa mission sociale au mieux des intérêts de la nation tout entière.

Dr Paul Boudin,
Docteur en médecine,
Docteur en Droit,

LA VIE SYNDICALE ET PROFESSIONNELLE

I

Un poste médical de choix !

On lit dans *La Dépêche de Brest* du 27 juillet 1920 :

« Poste médical de l'Ile de Sein.

« Le poste de médecin de l'assistance médicale « gratuite à l'Ile de Sein (Finistère) sera vacant à la « fin du mois de décembre prochain. Les candidats « devront adresser une demande à la Préfecture du « Finistère accompagnée d'une copie de leur diplô- « me et d'un engagement établi sur timbre ;

« 1° De séjourner dans l'île pendant un an au « moins ;

« 2° De prévenir l'administration de leur départ « six mois à l'avance.

« 3° De verser au département un dédit de 2.000 « fr. dans le cas où ils ne tiendraient pas leur engage- « ment.

« Il est alloué au médecin sur les fonds généraux « de l'assistance médicale gratuite un traitement « annuel de 6.000 francs pour soins médicaux à don- « ner *gratuitement* à toute la population de l'île qui « comprend environ mille habitants ainsi qu'aux « marins pêcheurs du continent en relâche dans « l'île. En outre la commune lui assure un logement « non meublé. »

Il faut vraiment que l'Administration ait une idée bien fausse de la détresse des médecins pour offrir un tel poste à de telles conditions.

Etant originaire de Brest, y ayant habité pendant une certaine partie de mon existence, ayant visité l'île, ayant croisé très souvent dans les parages de l'île pendant que j'étais embarqué sur les bâtiments de l'Etat comme médecin de la marine, je suis à même de parler de ce poste offert si généreusement aux médecins civils. D'ailleurs, je suis bien documenté sur ce sujet :

Un de mes cousins, le Dr B., y a séjourné pendant deux ans, aux époques où la Marine y entretenait un médecin ; le poste était recherché parce qu'il permettait de se rendre (quand l'état de la mer le permettait) sur le continent, afin de satisfaire aux nombreux examens que l'on demandait à cette époque aux médecins de la Marine militaire pour franchir les moindres échelons de la hiérarchie.

L'île de Sein (si célébrée dans les légendes

de l'époque des druides) est un îlot désolé de quarante-cinq hectares de superficie situé à l'ouest de l'extrême pointe sud du Finistère ; elle est séparée du continent par un passage dit «Raz de Sein» ; elle se trouve dans une des mers les plus tourmentées et les plus dangereuses du globe ; la durée de la traversée pour aller du continent sur l'île et *vice et versa* varie de deux heures à dix-huit heures suivant le temps.

Il n'y a pas un arbre dans l'île, celle-ci ne produit que de l'orge, on est obligé de faire venir presque tout du continent (d'où une augmentation de dépenses). Elle est balayée par les tempêtes, qui plusieurs fois, ont failli la submerger (car elle est peu élevée au-dessus de la mer). Il y a plusieurs années, on avait voulu élever une digue pour protéger l'île ; mais, comme le travail aurait coûté environ quinze millions, on y a renoncé et on a proposé aux habitants d'abandonner l'île et de les transporter sur le continent faisant vis-à-vis ; on leur aurait construit des maisons et donné un lopin de terre. Ceux-ci étant tous pêcheurs (les environs de l'île sont très poissonneux) n'ont pas voulu renoncer à leurs coutumes et ont refusé. D'ailleurs, les îliens ne payent aucune contribntion, l'entretien d'un agent du fisc coûtant plus cher qu'il ne rapporterait ; aussi les débits de boissons abondent dans l'île. D'ailleurs les insulaires ne parlent que le breton ; les seuls habitants avec lesquels le médecin, si peu étranger qu'il soit, peut converser, sont le maire, le curé, le maître d'école et les gardiens du phare.

Voilà l'île enchanteresse pour laquelle l'administration offre 6.000 francs par an, somme dont ne voudrait pas un docker, un balayeur de rues actuels; et encore ces représentants de la classe ouvrière ne travaillent que huit heures par jour, non compris les dimanches et jours fériés où ils chôment. Le médecin n'aurait pas le repos hebdomadaire, pas même la journée de huit heures, puisque, nuit et jour, c'est-à-dire 24 heures sur 24, il serait à la disposition des habitants, c'est-à-dire *gratuitement*. Je m'étonne même que la pharmacie ne soit pas gratuite.

Revenons sur les clauses du contrat. Il faut que l'administration redoute bien le départ subit du titulaire pour lui imposer un séjour d'un an au moins et la précaution de prévenir six mois à l'avance. (Je crois que le titulaire actuel n'y est pas depuis longtemps, le poste ayant été créé il y a environ deux ans).

La clause, dédit de 2.000 fr. exigé, est bien dure. Ou bien le titulaire sera obligé de la verser d'avance — et pour un médecin sans clientèle (quel autre en effet voudrait venir) comment se procurer cette somme ? — ; ou bien on la retiendra sur les 4 premiers mois de traitement (pour les rendre au départ) et alors comment vivre pendant ce temps ?

La population de l'île est de mille habitants environ, mais pendant l'été elle augmente au moins d'un tiers, si non plus ; elle va de quinze cent à deux mille, par suite de l'affluence des pêcheurs du continent qui se rendent dans l'île laquelle, l'ai-je dit, est très poissonneuse. Le service du médecin sera à ce moment doublé sans que ses émoluments suivent une progression parallèle.

Enfin la commune assure au médecin un logement non meublé : il lui faudra donc transporter du continent un mobilier complet, d'où des frais très onéreux et des risques de perte ou d'avarie des meubles dans les traversées, soit d'aller soit de retour.

Cet article n'est pas fait pour empêcher cette brave population de l'Ile de Sein, si intéressante, si dévouée dans les sinistres maritimes, qui abondent dans les parages de l'île, d'avoir un médecin. Mais, vu le séjour peu enviable qui est offert, les conditions doivent être changées : ce n'est pas six mille francs qu'il faudrait offrir à un médecin, c'est douze mille, c'est vingt mille francs ; ou bien lui donner six mille francs, mais avec le droit de se faire honorer par les habitants qui sont tous aisés (le poisson se vendant aujourd'hui très cher) et de fournir les médicaments à titre onéreux, sauf quelques cas d'indigence notoire ; d'ailleurs sur leurs vieux jours, les insulaires ont presque tous des pensions de retraite de l'inscription maritime. Il faut aussi supprimer ce dédit onéreux de 2.000 fr., qui n'a aucune raison d'être et qui ne se demande dans aucune commune de France à aucun médecin de l'assistance publique. A ce prix, on trouvera peut-être un jeune médecin qui débute ?

Il est vrai que l'année dernière, l'administration a mis au concours une place de professeur suppléant à l'école de pharmacie de Nantes, pour laquelle le diplôme de pharmacien universitaire et des titres scientifiques étaient exigés ; les émoluments étaient de quatre mille francs par an, soit à peu près 11 fr. par jour, pas même actuellement le prix d'un manœuvre.

Dr DE CHAMPEAUX.

II

Groupe médical parlementaire.

(2 décembre 1920.)

Le groupe médical parlementaire s'est réuni au Sénat, le 2 décembre, sous la présidence du Dr CHAUVEAU.

Le Dr GAY ,sénateur, dit l'émotion causée dans tout le corps médical par le récent arrêté du préfet de la Seine ; exigeant pour les malades, les vieillards et les enfants, qui ont besoin de lait, la production d'un certificat délivré obli-

gatoirement par un médecin de l'assistance publique.

Notre confrère estime que c'est plus qu'une suspicion, mais une véritable injure faite à tout le corps médical.

Après une discussion à laquelle prennent part plusieurs confrères, notamment MM. PINARD, GAY, CHAUVEAU, etc., il est décidé :

1° D'approuver la restriction de vente du lait dans les cafés, maisons de thé, restaurants, hôtels etc.

2° De demander à M. le préfet de la Seine de se contenter pour les enfants et les vieillards de la production d'un bulletin de naissance ; les enfants jusqu'à 3 ans accomplis et les vieillards à partir de 65 ans, par exemple devant obtenir du lait par priorité.

3° Pour les malades, de n'exiger que le certificat du médecin traitant habituel ; sauf à sévir s'il y avait abus réel et flagrant constaté.

Le Dr LAFONTAINE, secrétaire général de l'Union des Syndicats médicaux, expose au Groupe l'état actuel des tractations en cours avec le ministre des Pensions pour réaliser entre l'administration et le corps médical un accord au sujet du tarif à adopter pour les soins à donner aux mutilés, réformés, etc.

Le Dr Lafontaine donne lecture d'une longue lettre adressée par l'Union des Syndicats au ministre actuel, lettre résumant les pourparlers qui ont eu lieu depuis le vote de la loi.

De cette lettre, il résulte que la bonne volonté du corps médical d'arriver à une entente ne saurait être mise en doute. Le corps médical continue d'ailleurs à faire crédit à l'Etat et à soigner les mutilés et réformés, bien qu'il ne soit *pas encore payé de ces soins*.

Après une discussion à laquelle prennent part plusieurs membres du Groupe, il est décidé de laisser continuer les pourparlers en cours entre le ministre et les syndicats médicaux. L'Union des Syndicats voudra bien tenir le Groupe au courant de ces négociations, afin qu'il puisse intervenir, s'il y a lieu.

Le Groupe entend ensuite M. le Dr PIERRA, secrétaire de l'Association de la Presse médicale française qui donne lecture d'un vœu du Pr AUSSET, de Lille, voté par l'Association, en demandant que l'impôt sur le chiffre d'affaires pour les journaux médicaux soit, sinon supprimé au moins non fixé d'après le chiffre des abonnements et de la vente au numéro, mais d'après le chiffre de la publicité.

En premier lieu, notre confrère insiste sur la situation précaire qu'ont faite à la presse médicale en général les majorations considérables qu'elle subit aujourd'hui et qui ont élevé son prix de revient d'au moins 500 pour cent.

La situation est telle qu'un très grand nombre de journaux ont disparu depuis la guerre : rien que pour Paris, on peut fixer la proportion de ces journaux à 40 % environ de ceux qui paraissaient en 1914. Ceux qui continuent à paraître ont dû réduire l'abondance de leur matières et souvent même leur format.

Il est vrai que certains journaux médicaux ont une prospérité apparente due à ce qu'ils constituent un moyen de publicité, soit pour un éditeur, soit pour une ou plusieurs spécialités pharmaceutiques, soit même pour un médecin ou un groupe de médecins.

Le Dr PIERRA fait observer que ces journaux sont précisément ceux qui ne recherchent ni l'abonnement ni la vente au numéro, et qui, par conséquent, ne sont pas visés par la taxe sur le chiffre d'affaires, alors que les journaux les plus sérieux, les plus scientifiques, ceux qui cherchent à avoir des abonnés sont justement ceux qui sont frappés.

Sur le deuxième considérant du vœu présenté par lui, le Dr Pierra se borne à rappeler que le journal médical est aussi indispensable au praticien que le livre à l'étudiant en médecine. Mais il insiste plus longuement sur l'importance des journaux médicaux au point de vue de l'expansion de la pensée française à l'étranger, et rappelle à ce propos que notre expansion économique est étroitement liée à notre influence intellectuelle dans le monde ; aussi la concurrence est presque uniquement allemande. Il cite un exemple. Avant la guerre, les journaux médicaux français étaient très répandus dans les pays de langue espagnole, et même certains de nos journaux avaient des éditions espagnoles destinées à l'Amérique du Sud et à l'Espagnes. Ces journaux portaient évidemment dans ces divers pays l'influence et la pensée françaises. Aujourd'hui il se publie en Espagne un certain nombre de journaux allemands camouflés en journaux espagnols ; certains même sont publiés en langue française, mais tous, bien entendu, portent chez nos voisins la pensée et l'influence allemandes. Il y a là un danger tel que certains de nos confrères espagnols commencent à s'en émouvoir eux-mêmes et que le service de la propagande vient de nous communiquer une liste de journaux espagnols qui s'engagent, si nous voulons leur faire l'échange de nos journaux français, à analyser ceux-ci et même à en donner de très larges extraits.

Le Dr Pierra conclut qu'il est d'un véritable intérêt national de dégrever la presse médicale française et de lui permettre de continuer ainsi son rôle de véhicule de la pensée française à travers le monde.

A l'unanimité, le Groupe décide d'appuyer le vœu en question et de faire une démarche en ce sens auprès de M. le Ministre des Finances.

Le Président : Dr CHAUVEAU, *Le Secrétaire général :* Dr Gilbert LAURENT.

III

Syndicat médical de Montpellier.

(16 *novembre* 1920)

Réclamations. — 1° Du Dr JUSTE (St-Drézéry) contre un confrère non syndiqué et contre un cas d'exercice illégal de médecine.

2° Du Dr THÉRON (Grabels) contre des médecins qui vont exercer dans des communes où il se rend habituellement et pratiqueraient des tarifs inférieurs aux siens.

Les Drs STOLTZ, GOINY et BEIS sont désignés pour réunir tous les confrères en cause à propos de ces deux affaires, afin de solutionner leur différend au mieux de leurs intérêts personnels et des intérêts généraux de la profession.

L'Hôpital aux indigents. — M. le professeur FORGUE rend compte de certains résultats déjà acquis dans d'autres villes au sujet de malades aisés, des accidentés du travail et des mutilés admis dans les hôpitaux, abusivement dans certains cas.

La commission nommée à cet effet dans le Syndicat en ce qui concerne Montpellier, est invitée à se réunir et à déposer son rapport au plus tôt.

Affaires M. et B. — Lecture par le secrétaire général des lettres échangées entre le Syndicat médical et les Drs M. et B. qui ont accepté à la clinique mutualiste un tarif forfaitaire.

Le président exprime, dès l'abord de cette question, les sentiments de tristesse profonde qu'il éprouve à soumettre à l'Assemblée syndicale des mesures qui visent un de ses meilleurs collaborateurs, un de ses disciples les plus estimés, et les plus chers. Il ne pouvait point avoir à donner à la discipline corporative une preuve plus pénible de son respect de la règle. Le sort des désignations impose à la présidence la solution de cette question ; et il est juste qu'elle soit traitée dans la même règle et selon la même procédure que celles appliquées à une situation similaire qui vous a naguère été soumise. C'est donc en suivant, pas à pas, les formalités adoptées précédemment que cette question a été étudiée.

Ceci dit, le président rend compte de la réunion du bureau du syndicat de Montpellier avec le Conseil Central, qui eut lieu le 16 octobre 1920 à propos des interventions disciplinaires syndicales encourues par ces deux confrères. Le président indique que l'unanimité s'est faite à ce sujet entre les membres du bureau actuel et tous les anciens présidents (Conseil Central) convoqués. Pour être valables les décisions prises à cette réunion du 16 octobre 1920, doivent, dit-il, être confirmées par le Syndicat réuni en Assemblée générale (art. 9 et 10 des statuts),

A l'unanimité des 80 membres présents voici les réponses faites aux questions posées et motivées par l'attitude des confrères ayant encouru des pénalités syndicales.

Questions	*Réponses*
1° Les explications fournies par les Drs M. et B. sont-elles suffisantes ?	Non à l'unanimité
2° Y a-t-il lieu de procéder à des interventions disciplinaires ?	Oui » »
3° L'exclusion du syndicat, avec cessation des relations contraternelles doivent-elles être appliquées comme précédemment au confrère syndiqué ?	Oui » »
4° Décide-t-on la cessation des relations confraternelles avec le confrère non syndiqué ?	Oui » »

Conclusions. — 1° A l'unanimité des confrères syndiqués présents, M. M. est exclu du Syndicat médical de Montpellier et de son arrondissement. Les relations confraternelles doivent être cessées avec lui.

2° Les rapports confraternels doivent être cessés avec le Dr B., médecin non syndiqué.

3° Il est rappelé, sur une question posée par un des membres présents , que cette dernière sanction continue à s'appliquer au Dr B., médecin spécialiste avec tarif forfaitaire à la clinique mutualiste (décision du 14 mars 1913).

N. B. — Le Dr D. dont il fut question à ce sujet n'a plus de rapport depuis 1917 avec la clinique mutualiste et vient de demander son admission au Syndicat par sa lettre en date du 2 décembre 1920.

Honoraires pour certificats assurance-vie. — Après lecture d'un rapport documenté présenté par le Dr STOLTZ, président d'une commission chargée d'étudier cette question, il est décidé à l'unanimité que le tarif pour examen d'assurance vie, avec analyse d'urines et rapport, ne pourra être tarifé qu'au prix minimum de 50 fr. Une lettre signée par le bureau, a été envoyée, à la date du 2 décembre, à toutes les Compagnies d'assurances ayant des Agences à Montpellier et à leur Direction à Paris.

Par conséquent nos confrères sont dans l'obligation de ne plus accepter d'honoraires au-dessous de ce chiffre, faute de quoi, ils contreviendraient aux règles syndicales. Agir ainsi serait d'ailleurs desservir avec leurs intérêts ceux de leurs confrères.

Médecins du bureau de bienfaisance. — Compte-rendu de l'état de la question. Le bureau espère obtenir sous peu une augmentation du traitement des médecins assurant ce service.

TÉLÉPHONE 111

PRODUITS PHYSIOLOGIQUES

A. DE MONTCOURT

49, Avenue Victor-Hugo, BOULOGNE-PARIS

EXTRAIT Gstrique **MONCOUR** Hypopepsie *En sphérulines dosées à 0 gr. 125* De 4 à 16 sphérulines par jour.	**EXTRAIT** Hépatique **MONCOUR** Maladies du Foie Diabète par anhépathie *En sphérulines dosées à 30 c/gr. en doses de 12 gr.* *En suppositoires dosés à 3 gr.* De 4 à 16 sphérulines par jour. De 1 à 4 suppositoires par jour.	**EXTRAIT** Pancréatique **MONCOUR** Diabète par hyperhépathie *En sphérulines dosées à 20 c/gr.* *En suppositoires dosés à 1 gr.* De 2 à 10 sphérulines par jour. De 1 à 2 suppositoires par jour.	**EXTRAIT** Entéro-Pancréatique **MONCOUR** Affections Intestinales Troubles dyspeptiques *En sphérulines dosées à 25 c/gr.* De 1 à 4 sphérulines par jour.	**EXTRAIT** Intestinal **MONCOUR** Constipation Entérite muco-membraneuse *En sphérulines dosées à 30 c/gr.* De 2 à 6 sphéruline par jour.
EXTRAIT de Bile **MONCOUR** Coliques hépatiques Lithiase Ictère par rétention *En sphérulines dosées à 10 c/gr.* De 2 à 6 sphérulines par jour.	**EXTRAIT** Rénal **MONCOUR** Insuffisance rénale Albuminurie Néphrites, Urémie *En sphérulines dosées à 15 c/gr.* De 2 à 16 sphérulines par jour.	**CORPS** Thyroïde **MONCOUR** Myxœdème, Obésité Arrêt de Croissance Fibrômes *En bonbons dosés à 5 c/gr.* *En sphérulines dosées à 35 c/gr.* De 1 à 4 bonbons p. j. De 1 à 6 sphérulines p. j.	**POUDRE** Ovarienne **MONCOUR** Aménorrhée Dysménorrhée Ménopause Neurasthénie féminine *En sphérulines dosées à 20 c/gr.* De 1 à 3 sphérulines par jour.	**AUTRES** Préparations **MONCOUR** Extrait de Muscle lisse Extrait de Muscle strié Moelle osseuse Myocardine Poudre surrénale Thymus, etc., et

Toutes ces préparations ont été expérimentées dans les Hôpitaux de Paris. Elles ne se délivrent que sur prescription médicale.

DERMATOSES

DISPARAISSENT le plus souvent,
sont AMÉLIORÉES constamment,
CALMÉES toujours

PAR LE

DERMO-PLASTOL

Cette pâte poreuse qui convient au plus grand nombre des cas peut être remplacée par le Zébo-Plastol dont l'activité est un peu plus considérable, ou par le Crémo-Plastol recommandé particulièrement chez les enfants. Les " PLASTOLS DUMESNIL " sont indiqués dans toutes les dermatoses, eczéma, psoriasis, prurits, parakératoses psoriasiformes.

ÉCHANTILLONS & LITTÉRATURE. LABORATOIRES DUMESNIL
E. DUMESNIL, DOCTEUR EN PHARMACIE
Ancien Interne Lauréat des Hôpitaux, de l'École Supér^e de Ph^ie et de la Société de Ph^ie de Paris (Médailles d'Or) Fournisseur des Hôpitaux
10, Rue du Plâtre, PARIS IVe

Loi des pensions (article 64). — Compte-rendu de la question par le secrétaire général, Sous peu des instructions nouvelles vont être données en vue de pousser l'administration à sa solution conformément à la loi.

Assistance médicale gratuite. — A partir du 1er janvier 1921, le tarif de l'A. M. G., sera le suivant :

Visite à domicile	5 fr.
Consultation	4 fr.
Indemnité kilométrique	2 fr. le kil.

Par contre le tarif de petite chirurgie sera supprimé.

Office central d'hygiène sociale. — Exposé de la question par le secrétaire général au point de vue syndical. Exposé de la question au point de vue social, par le Pr agrégé GAUSSEL.

Le bureau de la Fédération des Syndicats médicaux de l'Hérault a reçu l'assurance de l'administration préfectorale :

A. Que deux membres représentant le corps médical (F. S. M. H.) feraient partie du comité de cet Office :

B. Que deux médecins du Syndicat médical seraient membres du jury au concours où seraient nommés les deux médecins attachés au dispensaire d'hygiène sociale de la rue Auguste Broussonnet, étant entendu que ces médecins s'occuperaient exclusivement de ce dispensaire.

Le secrétaire général,
Dr VIGOUROUX.

IV

Syndicat des médecins de la Haute-Ardèche.

La question des services publics est agitée. On souhaite qu'un partage équitable ait lieu entre les syndiqués et l'union complète est déclarée nécessaire, étant données surtout les tendances actuelles (loi imminente sur l'invalidité maladie).

Le Dr CHARRA rappelle qu'il a donné sa démission de la moitié des services mais qu'on lui a fait l'objection qu'il était seul.

On procède au *payement des cotisations pour* 1921.

Le versement de 10 fr. au syndicat de la vallée du Rhône étant jugé inutile par le secrétaire de ce syndicat, le Dr Cadet, on décide de ne plus verser que 20 fr. dont 10 pour l'Union des Syndicats.

Approbation des dépenses pour 1920. — Il reste en caisse 143,25.

Fédération départementale. — On décide de s'aboucher avec le Dr Chanac, président du Syndicat de la Basse-Ardèche pour arriver de concert avec la partie Ardéchoise de la vallée du Rhône à la création de cette fédération départementale seule capable de répondre *immédiatement* aux questions posées par la préfecture.

Tarif. — On apporte au tarif imprimé en 1919 les modifications suivantes : Impression d'une carte d'un format réduit et d'une affiche ainsi formulée ; les médecins membres du Syndicat de la Haute-Ardèche s'engagent à appliquer les tarifs suivants :

Huit et dix francs, consultation ou visite.

Quatre francs le kilomètre aller (trois francs pour les routes longeant la vallée du Rhône), route carossable, 6 francs par sentiers.

Le double pour la nuit de 20 h. à 8 h. dès qu'on doit allumer les phares pour la campagne.

Le double par la neige.

Le double le dimanche après-midi.

La consultation. Même tarif, mais spécifier que les honoraires sont dus pour chaque médecin.

Certificats administratifs : 5 francs.

Certificats coups et blessures : 50 francs.

Accouchements (supprimer retenu) 150 fr. pour 3 heures, plus 15 fr. par heure supplémentaire.

Ajouter fausse couche : 100 fr.

Abcès superficiels, panaris : tout compris 20 fr.

Dents : 10 et 15 francs.

Pointes de feu : 15 francs.

Saignée : 30 francs.

Injection de sérum : de 10 à 25 francs.

Injection intraveineuse : 50 francs.

Rapports avec sociétés de secours mutuels. — On distinguera deux espèces de secours mutuels.

1° *Mutuelles d'usines* pour les membres desquelles le patron et l'État versent une quote-part.

Visite : 5 francs.

Kilomètre : tarif de l'assistance médicale gratuite : 3 fr.

2° *Sociétés de secours mutuels ordinaires* dont font partie toutes sortes de citoyens (commerçants, cultivateurs, rentiers, etc.)

Tarif normal en acceptant le ticket pour une partie de la valeur de ces honoraires.

Rapports avec les autres sociétés ou collectivités : Assurances. — On doit refuser tout forfait.

Assistance médicale. — En admettant que le tarif tel qu'on l'a obtenu en 1920 est suffisant, tout syndiqué doit agir sur les municipalités pour que celles-ci n'inscrivent sur la liste de l'assistance médicale gratuite que les seuls indigents.

Mutilés et réformés. — Le tarif 7,50 et 8 fr. obtenu en 1920 est déclaré suffisant.

On décide de ne pas envoyer les bulletins intéressant les visites à domicile tant que le prix du kilomètre n'a pas été établi.

Le compte rendu et le tarif doit être envoyé à tous les membres absents qui devront le renvoyer signé avec leur cotisation s'ils adhèrent au syndicat. *Le secrétaire,*

Dr CHARRA.

HYGIÈNE SOCIALE

La propagation de l'hygiène en France (1),

Par M. le Dr ROUX.

Directeur de l'Institut Pasteur.

« Plusieurs médecins anglais et américains venus en France pour la grande guerre et qui ont vécu dans nos villes et dans nos campagnes, m'ont posé la question suivante : comment expliquer que la France, où ont été faites les découvertes fondamentales en hygiène, les applique si peu ?

« C'est, en effet, un sujet d'étonnement pour les étrangers séjournant sur notre territoire, de constater que, dans la patrie de Pasteur, l'hygiène est presque partout négligée. Cette contradiction qui les choque, nous la ressentons aussi, et il n'est pas un de nous qui n'ait à maintes reprises critiqué une situation dont nous nous sommes accommodés jusqu'ici par habitude et parce que nous nous tenons trop souvent pour satisfaits lorsque nous avons libéré notre conscience par la parole. Jusqu'à présent, l'hygiène a été en France le sujet de belles recherches, d'efforts méritoires de quelques sociétés privées, de beaux discours et d'une réglementation suivie de peu d'effet. Il semble que le moment soit venu où nous allons quitter cette méthode stérile. J'en vois un indice dans la formation d'une association comme la nôtre, dans les engagements concernant l'hygiène, pris par nombre d'hommes politiques lors des dernières élections et dans la création du ministère de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales.

« Après l'effroyable dépense de vies humaines faite par la France pour obtenir la victoire, chacun a compris que l'avenir de la Patrie dépendait de l'accroissement de sa population.

« L'augmentation de la natalité relève de conditions morales et économiques sur lesquelles il est difficile d'influer, mais la diminution de la mortalité est plus à notre portée, c'est affaire d'hygiène. Pour quelles causes n'avons-nous pas obtenu dans notre pays les résultats dont d'autres nations sont justement fières ?

« Nous voici ramenés à la question que me posaient les Américains :

« Pourquoi l'hygiène appliquée est-elle si négligée dans cette France où est née l'hygiène scientifique ? Répondre à cette question c'est dire les raisons de la situation actuelle et par conséquent en préparer le changement.

« Une des causes principales du peu d'avancement de l'hygiène en France se trouve dans le caractère national. L'individualisme des Français se prête mal aux œuvres d'ensemble, aux efforts concertés et soutenus. Or, l'hygiène exige que l'individu se soumette à une discipline dans l'intérêt général. Persuadons-nous que la maladie n'est pas affaire particulière ne regardant que le patient et ses proches, le mal d'un membre de la Société intéresse la collectivité entière. Tout le monde est d'accord en principe, sur la nécessité d'isoler le malade atteint d'une affection transmissible ; dans la pratique, combien se soumettent à cette obligation hygiénique ? Sous prétexte de ne pas froisser les sentiments, de respecter la liberté individuelle, nous laisserons un varioleux dans une maison surpeuplée. Je connais l'exemple d'un homme tenant un débit de bière à Paris qui, atteint de petite vérole, fut soigné dans l'arrière-boutique par sa femme allant du lit du patient vers le client !

« Dès qu'ils nous gênent, nous devenons pleins d'ingéniosité pour éluder les règlements dont nous ne contestons pas d'ailleurs l'utilité. La menace d'un danger personnel ne nous décidera même pas à suivre les prescriptions sanitaires.

« Combien de fois ai-je vu des personnes instruites, user de ruse pour soustraire à l'abatage leur chien mordu par un congénère enragé. Il est bien inutile de les avertir du danger que leur chien fait courir au voisinage, puisqu'ils ne croient pas au danger pour eux-mêmes, tant la passion égare leur jugement. Personne à Paris ne s'étonne de voir des chiens sans laisse et sans muselière alors que sur les murs est affiché, en multiples exemplaires, l'arrêté du Préfet de police exigeant laisse et muselière. Cette impatience générale de la discipline rend inopérants lois et règlements. Ceux qui sont chargés de les faire respecter s'abstiennent volontiers.

« Pour changer cette mentalité, nous ne disposons que d'un moyen, l'éducation ; seule, elle peut à la longue modifier les mœurs. Le problème hygiénique est donc lié à celui de l'éducation publique si difficile à résoudre parce qu'au lieu de considérer les intérêts de l'enfant et de la nation, on y mêle des considérations politiques et philosophiques.

« Je n'essayerai pas ici d'envisager comment les enfants doivent être élevés, pour que, hommes devenus, la raison prévaille quelquefois sur leurs sentiments et leurs passions. Je veux m'en tenir à ce qui concerne l'hygiène. Je ferai remarquer tout d'abord que les jeux par équipe et l'exercice des sports sont un puissant moyen de développer l'esprit de discipline en même temps que la vigueur du corps.

« L'habitude de l'hygiène doit être donnée à l'enfant dès le jeune âge afin qu'il la conserve toute la vie. On est si bien d'accord sur ce point, qu'il a été institué dans les écoles, des conférences d'hygiène. Elles n'obtiennent aucun résultat, et comment en

(1) Discours à l'Assemblée générale du Comité de propagande d'Hygiène sociale et d'Education prophylactique, et publié dans la *Revue d'Hygiène*.

RECOUVREMENTS

D'HONORAIRES MÉDICAUX

M. Louis AUDEBERT' Avocat, *Directeur du Contentieux de Syndicats Médicaux. Administrateur d'immeubles.*

5, rue des Saints-Pères, PARIS, Tél. Saxe 48-53.

Pour toute demande de renseignements écrire à Mᵉ Audebert, en joignant un timbre pour la réponse

AVIS

Nous tenons à la disposition de nos lecteurs les imprimés suivants :

IMPRIMÉS DIVERS

Accidents du travail

Notes d'honoraires médicaux. Mémoires de fournitures pharmaceutiques prévues par l'arrêté ministériel du 8 juillet 1920.

Certificats. — Certificats pour blessés d'accidents du travail.

Mémoires d'expertises. — Accidents. — Mémoires d'expertises médicales concernant les accidents du travail.

Justice criminelle

Mémoires de frais de justice criminelle (honoraires). **Mémoires de frais de justice criminelle** (fournitures).

Ces imprimés sont établis d'après le format officiel.

Feuilles de Comptabilité, servant à établir le compte de chaque client.

(*Modèles se trouvant dans l'Agenda-Memento du Praticien,* **édition 1920**).
Ces différents imprimés sont envoyés au prix de franco :

Les 50.......	5 fr. »
Les 100.....	8 fr. »
Les 500.....	35 fr. »
Le 1000...	60 fr. »

Adresser les commandes accompagnées du montant à M. C. Boulanger, administrateur du Concours médical, *132, faubourg St-Denis. Paris.*



serait-il autrement, puisqu'elles sont sans action sur les enfants très jeunes et que, comme beaucoup d'autres leçons, elles ennuient ceux qui sont plus âgés.

« D'ailleurs, à quoi sert de donner des notions d'hygiène dans un lieu où l'hygiène n'est pratiquée à aucun moment ? Le plan de nos écoles n'a point été conçu par des hygiénistes, l'eau y est parcimonieusement distribuée, peu ou point de lavabos ou de vestiaires, pas d'eau chaude, pas de crachoirs. Les souliers boueux des écoliers apportent dans la classe des impuretés de toute sorte. Les cabinets d'aisance sont le plus souvent des lieux d'infection. L'inspection médicale des écoles n'existe que dans quelques grandes villes. La surveillance de la croissance, de la dentition, de la vue, des tares mentales de la plupart des écoliers de France n'est pas organisée. C'est affaire aux parents, dira-t-on. Assurément, mais leur ignorance est telle sur ces points, qu'ils n'y sauraient songer s'ils ne sont pas avertis.

« La culture de l'esprit ne va point sans celle du corps, l'une et l'autre sont à la charge de l'école.

« L'instituteur sorti de l'École normale où l'hygiène ne lui a été enseignée qu'en parole, ne peut apprendre aux élèves ce que lui-même ne pratique pas. La propreté qui est l'hygiène élémentaire, est hélas ! le plus souvent absente de l'école, et c'est cependant par l'intermédiaire de l'enfant, dressé à l'école, que l'hygiène devrait passer de celle-ci dans la maison familiale.

« L'éducation hygiénique se donne par l'exemple et par le fait ; autant que possible l'explication accompagnera l'acte. En parlant aux enfants du danger des mains sales, faites-leur laver les mains '; en leur faisant exécuter un balayage humide, parlez-leur de la nocivité des poussières.

« Cet obstacle à la propagation de l'hygiène, provenant du caractère national, ne sera surmonté que si nous apportons de profonds changements dans l'éducation. La formation des maîtres, l'aménagement des écoles, les méthodes d'enseignement doivent être modifiés. Qu'on n'imagine pas que je demande l'impossible et que je veuille démolir toutes les écoles pour en construire de nouvelles, ou remplacer tous les maîtres existants par des instituteurs hygiénistes ; je serais satisfait, si, suivant la méthode expérimentale, on faisait un essai d'abord dans quelques écoles aménagées avec aussi peu de frais que possible et qui, après les erreurs inévitables du début, serviraient à l'instruction du personnel. Quand on serait sûr des méthodes, on les appliquerait à d'autres établissements scolaires suivant les ressources.

« Il semble que les véritables éducateurs d'hygiène de la nation soient les médecins ; ils sont appelés dans les familles, en connaissent les membres ; ils voient la disposition des logements et mieux que personne, ils peuvent donner des conseils pour leur aménagement hygiénique. Leur devoir est non seulement de soigner les malades, mais aussi de préserver l'entourage. Avec eux, l'hygiène paraît pénétrer partout. Pourquoi, malgré cette action médicale si étendue, l'hygiène des Français reste-t-elle si arriérée ? Nous voici donc à considérer une deuxième cause qui s'oppose jusqu'ici à la propagation de l'hygiène en France

« Les conditions actuelles de la Société obligent les médecins à exercer leur profession de façon qu'il leur est malaisé de remplir le rôle d'hygiéniste qui semble naturellement leur revenir. Dans les grandes villes, les maîtres de la science sont des consultants appelés dans les familles seulement dans les circonstances graves. Les médecins de quartier sont obligés de faire chaque jour un grand nombre de visites, de monter beaucoup d'étages ; après avoir examiné le malade et prescrit le traitement, ils ne peuvent donner que sommairement les conseils essentiels de prophylaxie. Ils n'ont pas le temps de montrer comment traiter les linges souillés avant de les livrer à la blanchisseuse, comment désinfecter un crachoir ; leurs indications restent le plus souvent mal comprises. Pour ce qui est du médecin de campagne, moins encore que le médecin de ville, il dispose du temps nécessaire à la prophylaxie des maladies et à l'instruction hygiénique de ses clients.

« Aussi, les médecins ne jouent-ils pas dans la diffusion de l'hygiène, le rôle qu'on en pourrait attendre. A ces raisons, une autre s'ajoute qu'il faut bien énoncer, à savoir :

« Que le médecin tel qu'il sort de nos Facultés n'est pas préparé à ses fonctions d'hygiéniste ? Jusqu'ici, en effet, l'enseignement de l'hygiène dans les Écoles de médecine a été surtout verbal. Des visites rapides à un dispensaire, à un sanatorium, à une station de désinfection, aux captages des sources, aux égouts, aux champs d'épandage, aux stations d'épuration des eaux résiduaires, constituent toute l'éducation pratique et encore celle-ci n'est-elle possible que dans les villes possédant les organes hygiéniques précités.

« Quant à la prévention des maladies, sans doute il en est parlé, mais ce que l'étudiant a sous les yeux à l'hôpital, contredit ce qui lui est enseigné. En effet, l'isolement des contagieux est fort mal réalisé dans nos services hospitaliers, il n'est pas rare d'y voir un malade atteint de fièvre typhoïde placé en salle commune, sans parler des tuberculeux qui n'ont pas encore de quartier à part dans tous les hôpitaux. Assurément, on apprend à l'étudiant à reconnaître et à soigner une diphtérie, à préserver les frères et les sœurs du malade par une injection préventive de sérum, mais il verra fréquemment un convalescent porteur de germes, rendu à sa famille, parce que faute de place, on ne peut le garder jusqu'à ce qu'il ait cessé d'être dangereux. Si l'on attire son attention sur l'intérêt qu'il y aurait pour la défense de la collectivité à savoir où l'enfant malade a pris la diphtérie et à chercher à qui ensuite il a pu la transmettre, jamais il n'a l'occasion d'assister à une de ces enquêtes sanitaires qui sont la base de toute prophylaxie. Ainsi préparé, l'étudiant fera peut-être un bon médecin traitant, mais non un sagace défenseur de la santé publique.

« Nous sommes dépourvus d'hygiénistes à ce point que si l'on voulait appliquer la loi, pourtant si insuffisante de 1902, sur la protection de la santé publique, nous manquerions d'un personnel compétent. Le remède à ce mal doit être appliqué sans retard : organisons dans les Facultés de médecine l'enseignement de l'hygiène, de façon que le médecin qui l'aura reçu soit apte à remplir son rôle social. Cet enseignement doit former non seulement des médecins hygiénistes, mais aussi leurs aides indispensables : agents de salubrité, infirmières pour dispensaires, pour sanatoriums, pour écoles, etc. Rien n'est plus urgent que cette réforme de l'enseignement de l'hygiène dans les facultés de médecine : par elle, doit commencer l'organisation de l'hygiène en France.

« Après la défense de la patrie, le premier devoir d'un gouvernement est la protection de la santé publique. En France, les gouvernements qui se sont succédé ont laisser subsister une organisation des services d'hygiène si incohérente que l'on peut dire qu'elle a puissamment entravé le progrès hygiénique. Au lieu d'être groupés sous une direction unique, les services d'hygiène sont épars dans divers ministères. Il en existe au ministère de l'intérieur, au ministère de l'Instruction publique, au ministère du Travail, au ministère du Commerce, au ministère de l'Agriculture ; je serais bien étonné si le nouveau ministère de l'hygiène persuadait ses collègues de se dessaisir des lambeaux d'hygiène qu'ils détiennent. Dans la même circonscription, nous avons des médecins des épidémies, des médecins des écoles, des médecins pour la protection des enfants du premier âge, des médecins militaires, sans qu'il existe entre eux de communication régulière et obligatoire.

« L'hygiène de chaque collectivité est traitée à part comme si la santé de la caserne, de l'école, de l'usine, ne réagissait pas sur celle de la ville, comme celle de la ville sur l'école et la caserne.

« L'unité de commandement, aussi nécessaire contre la maladie que contre l'ennemi, n'est pas encore réalisée dans nos services d'hygiène et voici pourquoi ils obtiennent de si médiocres résultats.

« D'ailleurs, aucun de ces services ne dispose de moyens d'action suffisants. Le plus important, celui auquel incombe la protection générale de la santé et qui constituait jusqu'à ces derniers jours une des directions du ministère de l'Intérieur, ne possède ni un personnel technique, ni un matériel correspondant à sa grande tâche. Contre une menace d'épidémie, il peut mobiliser deux conseillers techniques éminents, il est vrai, mais dépourvus d'équipes outillées.

« Son principal moyen d'action consiste dans les circulaires.

« Un directeur de l'hygiène a très bien caractérisé la situation en disant : « Je défends la France contre les épidémies avec mon porte-plume ».

« Abattons donc les cloisons, et qu'une même direction inspire enfin nos services hygiéniques. Je trouve très légitime que le ministre de l'instruction publique s'inquiète de la santé des écoliers, mais je voudrais qu'il agisse d'accord avec son collègue de l'hygiène. Le médecin sanitaire, agent du ministère de l'hygiène doit, dans chaque circonscription, coordonner les efforts de tous ceux qui s'occupent de la santé publique.

« La législation sanitaire de la France est encore incomplète ; toute insuffisante qu'elle paraisse, elle n'est pas sensiblement inférieure à celle de la plupart des nations étrangères ; si elle n'a pas donné les résultats espérés par ceux qui l'ont conçue, la faute en est moins à la loi qu'à la façon dont elle a été appliquée. Cette application défectueuse tient principalement à ce que, dans les communes, les pouvoirs sanitaires appartiennent aux maires qui montrent peu d'empressement à en user de peur d'indisposer leurs électeurs. Le préfet, il est vrai, peut intervenir là où l'autorité municipale est défaillante, il ne le fait qu'exceptionnellement, car le maire est un personnage politique à ménager. On conçoit que dans ces conditions, l'action des agents techniques, lorsqu'ils existent, ne se fait guère sentir, leur initiative étant subordonnée à l'agrément du maire ou du préfet. Dans le domaine de l'hygiène, comme dans beaucoup d'autres, la politique n'exerce qu'une influence néfaste : il faut l'en bannir autant que possible.

« Un autre point faible de la loi de 1902, c'est qu'elle ne prévoit d'autre suite à la déclaration d'un cas de maladie transmissible que la désinfection. Aussi dans beaucoup de départements, les conseils généraux, après avoir voté les crédits pour l'installation de postes de désinfection plus ou moins nombreux, plus ou moins bien outillés, ont cru avoir satisfait à loi. Chaque année, on leur soumet le nombre des opérations effectuées et ils estiment que la santé de leurs concitoyens a été d'autant mieux défendue que ce chiffre est plus grand. Or, la désinfection des locaux est facile sans appareillage dans bien des cas, celle des linges peut être opérée presque toujours sur place, sans frais, au moyen d'une lessiveuse. Lorsque la désinfection par des professionnels est vraiment nécessaire, le temps qui s'écoule entre la réquisition du médecin traitant et l'opération rend souvent celle-ci dérisoire, Aussi, la plus forte objection que les médecins praticiens élèvent contre la déclaration obligatoire est qu'elle est inutile parce que les pouvoirs publics ne disposent pas de l'outillage nécessaire à la prévention des maladies. Cet outillage consiste principalement en chambres d'isolement dans les hôpitaux, en dispensaires, en sanatoriums, en laboratoires et en un personnel sanitaire compétent et bien réparti sur le territoire.

La revision de la loi de 1902 est donc nécessaire, elle fera disparaître les défectuosités dont nous venons de parler et qui ont sérieusement contrarié le progrès de l'hygiène.

« Cette révision apportera aussi une modification dans nos services d'hygiène trop bureaucratiques. Le pire ennemi de l'hygiène est l'hygiéniste bureaucrate qui, n'allant jamais sur le terrain a tout prévu, tout réglé dans des instructions et des circulaires.

« L'hygiène ne se fait pas à distance ; elle opère au contact de la population. Le médecin hygiéniste, tel que nous le comprenons, vit près d'elle. Ne faisant pas de clientèle, il se tient en rapports constants et cordiaux avec les médecins traitants, car il est chimérique de concevoir une organisation de l'hygiène sans la participation des praticiens. Notre officier sanitaire reçoit les déclarations de maladies transmissibles et intervient lorsque son concours est utile. Il s'entend avec les commissions administratives pour l'aménagement des hôpitaux, avec les maires pour les mesures de salubrité, l'installation des dispensaires, avec les œuvres charitables pour coordonner leur action, avec les personnes dévouées capables de l'aider à secourir les malades infortunés.

« La circonscription sanitaire où il opèrera ne sera pas trop vaste, afin que sa tâche ne dépasse pas ses forces.

« Après le tableau que je viens de tracer de l'organisation hygiénique en France, on pourrait croire que notre pays se trouve sans protection sérieuse devant les épidémies menaçantes. Il n'en est rien et l'évènement a maintes fois démontré que nous savons étouffer la contagion sur place. Si nous sommes négligents à préparer la défense, nous excellons à l'improviser ; nous trouvons à temps les compétences et les dévouements nécessaires. Ce système d'hygiène à l'improviste suffit contre les maladies pestilentielles et dans les grandes occasions, il se trouve impuissant lorsqu'il s'agit de lutter contre les maladies que j'appellerai de tous les jours : la tuberculose, la syphilis, la fièvre typhoïde, les dysentéries, la diarrhée infantile, etc. qui, sévissant continuellement, fauchent tant de vies précieuses.

« Contre elles, les mesures improvisées sont inefficaces ; l'expérience de tous les peuples a montré qu'on ne diminue leurs ravages que par une organisation bien comprise, munie de l'outillage approprié et dont l'action ne se ralentit jamais. Cette hygiène demande plus de vertu que d'héroïsme, plus de patience que de fougue, nous commençons à peine à la pratiquer ; c'est elle qu'il s'agit de réaliser si nous voulons conserver notre rang parmi les grandes nations.

« Elle exige une direction compétente et permanente, à l'abri des orages politiques.

« Songez à l'effort immense qu'elle nécessite, puisque tout est à faire, depuis l'éducation de l'enfant, jusqu'à la transformation du taudis en habitation salubre.

« En m'écoutant, vous avez, sans doute, pensé que je ne m'étais pas conformé au programme de la séance. Selon lui je devais parler de la propagation de l'hygiène en France et, en réalité, j'ai essayé de montrer les causes qui ont entravé la diffusion de l'hygiène dans notre pays. J'ai pris mon sujet à rebours, mais je l'ai traité quand même, car c'est aussi parler de la propagation de l'hygiène, que dire pourquoi elle ne s'est pas répandue davantage. »

VARIÉTÉS

En glanant...

Les débiteurs.

Je lis, dans un journal de ma région, qui se donne comme « Organe des Travailleurs » un article de tête intitulé : *Valeurs sociales*, d'où je découpe les lignes suivantes, bien suggestives pour nous, praticiens de ville ou de campagne travailleurs au labeur âpre, acharné, incessant de jour et de nuit, loin des 8 heures sacrées des ouvriers conscients et organisés :

« L'ouvrier croit pouvoir se passer de l'homme de science et ce dernier prétend se faire payer beaucoup plus que le travailleur manuel.

« A mon avis, ils ont tort tous deux. Chaque jour la science vient en aide à l'ouvrier : l'hygiène, la médecine, préviennent ou guérissent ses maux ; la chimie, la physique, la mécanique, mettent à sa portée des produits sans nombre.

Mais le savant, comment pourrait-il se livrer à l'étude si de nombreux travailleurs ne s'employaient à satisfaire ses besoins matériels ou autres ? Il y a, suivant l'expression populaire, « un prêté pour un rendu ». Ils sont quittes.

Mais alors, pourquoi l'homme de science a-t-il des prétentions supérieures, disons le mot, exagérées ? le plus grand nombre vous tiendra ce raisonnement : « Comment, je suis resté à l'école jusqu'à 25 ans, ou plus, j'ai dépensé *x* milliers de franc s pour mes études et vous ne voudriez pas que je gagne davantage que celui qui, à 13 ans, s'est fait payer un travail facile ! »

Eh, bonhomme, sais-tu que si tu as employé ton intelligence pour essayer de te rendre utile, l'autre a employé ses bras pour le même but. Avec quoi aurais-tu vécu s'il n'avait produit pour toi ? Tes études proprement dites ont beaucoup plus coûté à la collectivité qu'à ta famille. C'est à peine si celle-ci a pourvu à ton entretien. As-tu jamais songé que les capitaux mis à ta disposition proviennent du travail ? Tes parents ne sont intervenus, là encore, que pour une part et toi pas du tout.

« Ce que tu prétends être un sacrifice de ta part, c'est une dette que tu as contractée envers tous. Elle ne te crée pas des droits mais des devoirs. »

La citation est un peu longue, j'en conviens. Mais la thèse qu'elle soutient ne valait-elle pas la peine d'être connue ?

Résumons : Deux hommes de 25 ans sont en présence : l'un, homme de science, l'autre, ouvrier. Ils ont tous deux travaillé depuis l'âge de 13 ans. L'un « a employé son intelligence pour essayer de se rendre utile, l'autre a employé ses bras pour le même but. » L'homme au bras s'est naturellement fait payer ses journées. L'homme a l'intelligence n'a rien reçu ; au contraire, il a dû payer pour étudier et vivre

durant ces douze années. A 25 ans, quel est le débiteur ?... Celui qui a toujours payé.

Le raisonnement esquissé par l'auteur de l'article me paraît obscur. Je ne vois de lumineux que le bourrage de crâne, pour entraîner la foule des musculaires contre les « prétentions » des scientifiques. Ne vous semble-t-il pas entendre l'exclamation de l'ouvreuse qui s'indigne dans les couloirs du théâtre contre les réclamations de « ces cochons de payants » ? — Qu'est-ce qu'il ont encore à se plaindre ceux-là ? Vous allez voir qu'ils vont bientôt prétendre aux meilleures places ? » Comme elle, notre journaliste se récrie contre l'homme de science qui « prétend se faire payer beaucoup plus que le travailleur manuel » sous prétexte que, depuis douze ans, il a dû payer pour vivre, tandis que l'autre ... palpait chaque jour.

***

Eh quoi, jeune carabin, tu as travaillé d'arrache-pied pour tes concours, tes examens. Afin de boucler ta fin de mois, tu as déjeuné à cinquante sous dans les restaurants spéciaux, comme celui de l'Association des Etudiants (en ces temps de vie chère où le moindre repas d'ouvrier coûte cent sous chez le bistro). Tu as bu de l'eau claire, comme les camarades, ainsi que vous pourrez le constater aussi bien que moi, camarades conscients, en allant dans les restaurants d'étudiants. Tu as passé ta matinée à l'hôpital, ton après-midi à la dissection, le nez sur un cadavre, ta soirée à potasser dans tes livres, en vue des nombreux examens échelonnés...

Des journées, des mois, des années se sont ainsi écoulés. Tandis que le camarade ouvrier touchait de bons salaires, tu as toujours vécu sans jamais passer à la caisse autrement que pour payer les inscriptions, les frais d'examens, sans compter les livres, les instruments, ainsi que tout ce qu'il te fallait bien, pourtant, pour manger, dormir, te vêtir... Tu as mené la dure vie de l'étudiant *d'aujourd'hui*, grave et sévère, si différente de l'existence insouciante et flâneuse des amis de Murger. Jusqu'à 25 ans, au moins, tu n'as pu avoir la satisfaction de gagner, comme les autres, ton pain quotidien...

Enfin le grand jour est arrivé, le jour béni où tu vas avoir le droit de récolter ce que tu as semé si longuement, si ardemment, si patiemment ! A 27, 28 ans, plus encore si tu as été interne, tu vas pouvoir enfin vivre ta vie d'homme, te créer une famille, rêver de faire vivre, à ton tour, de jeunes êtres, chair de ta chair, comme jusqu'ici t'ont fait vivre tes parents, qui se sont privés de bien des jouissances pour pourvoir à tes besoins. Pour cela, tu vas avoir enfin la possibilité, pour la première fois, de *faire payer ton travail*, ce qu'on appelle toucher des « honoraires », mot qui n'est autre chose que le mot « salaire » fardé et enguirlandé... Et ce salaire tardif, tu le prétends devoir être supérieur à celui de l'ouvrier manuel, parce que le travail que tu fournis a une plus grande valeur marchande, t'ayant coûté le sacrifice de tes années de jeunesse...

Eh bien, pas du tout ! Ecoute ce que dit « L'Organe des travailleurs » de l'ouvrier qui a touché le prix de son travail depuis l'âge de 13 ans et du scientifique qui n'a jamais rien reçu : « Ils sont quittes ! » Il va même plus loin encore : c'est toi l'obligé, c'est toi le débiteur, mon « bonhomme » !

« Ce que tu prétends être un sacrifice de ta part, c'est une dette que tu as contractée envers tous. Elle ne te crée pas des droits, mais des devoirs. »

Et allez donc, passez muscade ! En réalité, je ne vois même pas alors comment tu aurais le front de te faire payer. Tu n'en as pas le « droit ». Ton seul et unique « devoir » sera désormais de travailler gratis, pour arriver peut-être à la fin de ta vie, à l'honneur d'avoir acquitté « la dette que tu as contractée envers tous ».

***

Au fond, tout cela est plutôt triste, car c'est avec un tel bourrage de crâne que les balayeurs d'amphithéâtres gagnent plus, à l'heure actuelle, que le savant dans son laboratoire.

Triste ? Oui, sans aucun doute. Mettant à part toute théorie, toute politicaillerie, toute idée préconçue d'antagonisme des classes, peut-on, sincèrement, penser que d'un tel résultat sortira le progrès — et le mieux-être pour l'humanité ?

Dr Fernand Decourt.

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations.

— La Faculté de Médecine de Montpellier, avant d'ériger son monument aux morts de la grande guerre, fait un dernier appel aux familles, aux parents, aux amis, des docteurs et des étudiants de la faculté de médecine de Montpellier, pour qu'ils donnent, avant le 31 janvier 1921, les noms et prénoms de ceux qui ont été tués à l'ennemi ou morts des suites de leurs blessures.

Le Directeur-Gérant : Dr GASSOT.

Clermont (Oise). — Imprimerie DAIX et THIRON.
THIRON et FRANJOU Successeurs.
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

rentes méthodes de traitement. Il donne son opinion personnelle, basée sur une longue pratique d'excellent spécialiste qu'il est, mais il insiste principalement sur les erreurs de diagnostic du début, commises par des médecins « tant-mieux » ou par des ignorants : « Tournez sept fois votre langue dans votre bouche, avant de dire à votre malade : ce n'est rien. »

Quels sont les moyens d'action médicaux :

La consultation à l'hôpital est souvent surchargée, incomplète, trop rapide ; l'hospitalisation est souvent obligatoire pour la femme et lui est présentée comme une autre forme de prison.

Les sociétés de secours mutuels ont un esprit trop conservateur, ou de pudibonderie parcimonieuse et économe : pourquoi refuser soins, médicaments, indemnités journalières aux mutualistes vénériens ?

Les services sanitaires administratifs doivent être modifiés dans leur fond et dans leur forme.

Au lieu de se borner à un travail de triage, le service doit viser un triple but : la consultation, le traitement et l'éducation de la femme. L'auteur entre alors dans le détail du fonctionnement de ce service de contrôle des prostituées et il indique comment il comprendrait les réformes et modifications susceptibles de faire remplir, à ces consultations, un rôle effectif et vraiment utile.

Un autre mode de prophylaxie sociale est la lutte contre les charlatans, contre des diplômés ou des illégaux, qui exploitent la crédulité publique par des annonces tapageuses et commerciales.

Lorsque le Dr Augagneur, ancien chef du service de vénériens, à Lyon, était maire de cette ville, il avait réussi à faire enlever toutes les affiches prometteuses de guérisons merveilleuses. Le procédé expéditif d'Augagneur ne pouvait être applicable partout, parce que les municipalités tirent un bénéfice de cette réclame charlatanesque, en louant cette publicité dans les urinoirs et autres édicules. Il faudrait une loi, interdisant et punissant cette réclame tapageuse, charlatanesque et fallacieuse ; malheureusement, d'éternels palabres, dus à des gens incompétents et inutiles, mais parés d'un mandat électif, ou d'une fonction administrative, paralysent les efforts des personnes, qui, par leur profession, entrevoient la manière de protéger la santé publique.

Le mariage des syphilitiques, des blennorrhagiens, est un gros problème. Le syphilitique, guéri en apparence, ayant suivi correctement un traitement intensif et régulier, peut être autorisé à se marier. Mais comment prendre des précautions contre ceux qui n'écoutent que leur propre intérêt et non celui de leur fiancée, ou de leurs futurs enfants ? Le certificat est une arme bien

faible, comme l'avis distribué aux fiancés au moment du dépôt, en mairie, des pièces nécessaires pour la publication des bans.

L'action morale du médecin, sa fermeté, sa persuasion, peuvent beaucoup en l'espèce, de même lorsqu'il s'agit de divorce, ou de ménage désuni, par la maladie vénérienne. Le médecin, aux yeux du Dr Carle, est un profond moraliste et son action sociale est considérable.

La syphilis infantile provoque la discussion du problème de l'allaitement au sein et des contaminations possibles de nourrisson à nourrice : c'est également la question de la protection efficace et effective de la protection du premier âge, pour que le médecin inspecteur averti puisse déceler les symptômes de syphilis héréditaire, comme plus tard, pourra le faire le médecin inspecteur des écoles.

La prophylaxie individuelle ne peut être utile qu'auprès de gens avertis. Il faut savoir que la syphilis peut se contracter accidentellement, autrement que par les rapports génitaux : une vaccination de bras à bras, un doigt de médecin, de sage-femme, contaminé, un instrument de dentiste malpropre, une coupure de rasoir chez le coiffeur, les instruments de musique à vent, les cannes des verriers, etc.

Mais, le Dr Carle pousse plus à fond les conseils de prudence : il estime à juste titre que toute personne doit être mise en garde contre les infections possibles, au cours de l'acte génital. Aussi donne-t-il ce qui devrait constituer les conseils ... d'usage : avant, la femme et son partenaire doivent connaître certains signes décelant la blennorrhagie, la syphilis ; ils doivent aussi prendre des soins d'hygiène, des lavages, pour enlever tout écoulement plus ou moins suspect.

Pendant : « faites vite et ne vous inquiétez pas de faire bien ». *Non morari in coitu ... non bis in idem.*

Après : lavages, savonnages, pommade au calomel au tiers, ou pommade de Gauducheau (thymol, 1 gr. 75 ; calomel, 25 gr. ; lanoline, 50 gr. ; vaseline, q. pour 100 gr.).

Dans un dernier chapitre, Carle se révèle puissant psychologue : il traite des causes morales : la confiance et l'amour ; la confiance et la femme sûre, l'amour et la femme aimée. Sa longue carrière de spécialiste, les nombreuses confidences qu'il a reçues, les drames moraux et familiaux dont il a été témoin, lui donnent une philosophie apitoyée et quelque peu attristée : l'éternel féminin, l'éternel masculin provoqueront toujours les mêmes drames, les mêmes comédies, les mêmes duperies. Mais, le médecin averti doit les connaître, pour se montrer au niveau de sa tâche sociale, guérisseur du corps et de confident des faiblesses humaines.

Je suis reconnaissant à Carle de m'avoir donné

ainsi un travail dans lequel j'ai beaucoup puisé. Mais je dois également faire mention du style vivant, enjoué, simple mais concis, qui fourmille d'expressions originales, qui gravent dans l'esprit les conseils et les observations que l'auteur tient à faire retenir.

Puisse ce livre être dans beaucoup de mains médicales ; la prophylaxie des maladies vénériennes est à l'ordre du jour : le médecin, éducateur social, doit connaître la question et en diffuser les enseignements : c'est une partie de notre tâche sociale : sachons nous montrer capables de suppléer, par notre enseignement mutuel, à la carence d'une éducation sociologique et juridique qui a été oubliée dans les programmes des facultés.

Dr Paul BOUDIN.

JURISPRUDENCE MÉDICALE

Responsabilité professionnelle.

Demande reconventionnelle en dommages-intérêts, en réponse à une note d'honoraires médicaux.

I

Ayant soigné Mme A. pour lithiase biliaire avec ictère : diagnostic et traitement confirmé par deux autres confrères en consultation, dont l'un ancien interne des hôpitaux de Paris, du 21 juillet 1919 au 22 août 1919, j'ai adressé ma note d'honoraires qui est restée sans réponse.

Ces jours derniers, par conséquent, plus d'un an après, j'ai essayé de la faire recouvrer par citation devant le juge de paix du 9e. Mon client a fait défaut à la conciliation et déclanche aujourd'hui comme réponse une demande de 5.000 de dommages pour avoir aggravé l'état de sa femme par des erreurs de diagnostic, de traitement, et l'usage d'extrait biliaire.

L'état de cette malade était à surveiller, et je ne gravissais pas péniblement cinq étages pour lui dire bonjour en ami, n'ayant jamais connu ces gens-là, avant le 21 juillet.

Dr S.

Conclusions.

Pour M. M., demeurant à Paris,
Défendeur au principal,
Demandeur reconventionnellement.

Contre :

M. le Dr S., demeurant à Paris
Demandeur au principal
Défendeur à la demande reconventionnelle.

Elles tendent à ce qu'il plaise à M. le juge de paix :

Attendu que Mme M., atteinte de coliques hépatiques, en juillet 1919, a fait appeler le docteur S.

Attendu qu'entr'autres prescriptions, le Dr S., a

ordonné un extrait biliaire, ayant pour action l'augmentation de la sécrétion de la bile, ce qui constitue, au dire d'autres médecins, un véritable crime physiologique dans le cas de la malade :

Attendu que sous l'action de ce médicament, l'état de la malade est devenu plus grave et qu'il a fallu appeler un autre médecin, qui déclara avoir pris la malade dans un état alarmant ;

Attendu que le Dr S. venait une et souvent deux fois par jour sans y être invité et alors que le genre de maladie de Mme M. ne comportait au plus que deux à trois visites par semaine ; que le Dr S. expliquait ses visites en disant : « Je viens en ami, en me promenant vous dire bonjour » ;

Attendu que trois fois, le Dr S. était accompagné d'un de ses amis qui était, paraît-il chirurgien, que jamais Mme M. n'a sollicité ni reçu de consultation dudit chirurgien,

Attendu que le Dr S. a présenté le 11 octobre 1919 une note se montant à 630 fr. et dans laquelle il comprenait 240 fr. pour l'ami qui l'avait accompagné pour dire bonjour.

Attendu que ces procédés sont tout au moins abusifs et que M. M. ne saurait payer 10 francs chaque visite que le Dr S. faisait pour dire « bonjour » et encore moins trois visites à 80 francs à son ami qui n'a jamais été appelé et qui n'a donné aucun soin à Mme M. ;

Attendu que du fait des erreurs du Dr S., Mme M. a gardé le lit pendant plusieurs mois, nécessitant les soins assidus d'un bon médecin qui l'a guérie en ne faisant pourtant que deux à trois visites par semaine.

Attendu que du fait du Dr S., Mme M. a beaucoup souffert, a eu sa vie en danger, et vu ses dépenses s'accroître en raison directe des soins que son état exigeait, que le Dr S. doit réparation du dommage qu'il a ainsi causé ;

Attendu que pour pouvoir essayer de rendre M. le Juge de paix compétent, le Dr S. a scindé sa créance, qu'il l'a réduite à 390 francs pour faire ensuite réclamer le surplus par son ami, qu'en effet 390 fr. et 240 fr. font bien 630 fr. réclamés par la note du 11 octobre 1919 ;

Attendu que le préjudice causé par les erreurs de diagnostic du Dr S. est évalué par M. M. à cinq mille francs ;

Attendu qu'une enquête et une expertise s'imposent, que la Faculté de médecine de Paris est tout indiquée pour y procéder ;

Attendu que M. M. reconnait dix visites utiles auxquelles le Dr S. a donné des consultations (erronées il est vrai) et cinq autres qui à la rigueur peuvent être considérées comme visites médicales, que de ce chef il offre 150 fr. pour solde de tout compte ;

Par ces motifs et tous autres à déduire à la barre ;

Donner acte à M. M. de son offre de 150 francs.

Dire que la faculté de médecine désignera deux docteurs en médecine chargés :

1° De dire si le traitement donné à Mme M. était bien celui que son état et sa maladie nécessitaient ;

2° Dire quelles ont été les conséquences de ce traitement.

3° Quel a été le nombre de visites utiles du Dr S.

4° Quel a été le rôle du chirurgien amené de son propre chef par le Dr S ;

Et statuant sur la demande reconventionnelle.

Dire qu'après le dépôt du rapport de la Faculté de médecine les demandes principales et reconventionnelles seront jointes et les parties renvoyées se pourvoir au tribunal civil de première instance.

Sous les plus amples réserves.

II

Mon affaire vient de se clore inopinément. Mon client m'a payé *intégralement* sa note.

Les échos de l'affaire Mazel, sont donc entendus par les officines de contentieux à qui s'adressent les clients récalcitrants, quand il faut payer les honoraires médicaux. Il n'y avait dans mon cas ni erreur de diagnostic, ni erreur de traitement.

Ceci suggère une autre réflexion : plus que jamais, les confrères doivent s'affilier aux organes de défense professionnelle comme le « Sou médical », car bientôt, il ne sera plus possible de prescrire un badigeonnage à la teinture d'iode sans être poursuivi en dommages et intérêts devant les tribunaux.

Dr S.

Réflexions.

Décidément, il faut absolument que le payement au comptant de nos honoraires s'introduisent dans nos mœurs.

Constatons que c'est toujours après le danger, lorsqu'il s'agit de régler la note des frais, que le client peu reconnaissant essaye de se libérer, ou d'obtenir une réduction, en introduisant, contre le médecin une demande reconventionnelle pour prétendue faute lourde.

Il y a toujours, dans la coulisse, un homme d'affaire véreux, qui se charge de toutes les démarches, pour toucher ensuite un tantième sur les dommages-intérêts alloués, ou sur la transaction obtenue par la peur.

La meilleure preuve, dans le cas présent, c'est la rédaction même des conclusions de l'adversaire, comme aussi la demande de confier l'expertise à la Faculté de médecine, qui désignera elle-même deux experts. Le conseil juridique de M. M. connaît peu son Code de procédure civile et est peu versé dans les questions scientifiques, pour oser écrire de pareilles conclusions.

Retenons encore cette allégation : un autre médecin appelé auprès de la malade, aurait déclaré que celle-ci était dans un état alarmant et que le traitement ordonné par le Dr S. constituait un véritable crime physiologique, dans le cas présent.

Nous nous refusons à croire qu'un docteur ait pu tenir un pareil langage, sans réfléchir aux conséquences de ses paroles. Que ce successeur ait voulu se faire passer pour un habile praticien, en guérissant une malade laissée dans un état alarmant par un premier confrère, peut-être. Cependant, à notre avis, l'*invidia medicorum* est toujours mauvaise conseillère, car le médecin ne doit pas oublier l'adage : *hodie tibi, cras mihi*.

Disons enfin que nos clients prennent l'habi-

tude de distinguer les visites médicales, avec consultation, ordonnance écrite, et les visites d'ami, celles où le praticien se borne à conseiller de continuer son traitement. Celles-ci, on ne doit pas les payer.

Aussi, conseillons-nous à nos confrères d'établir la saine pratique des honoraires payés comptant.

Qu'ils fassent voter la décision par le syndicat local : de la sorte, plus de discussion. Si le client estime ne pas devoir payer les visites, dites d'ami, ce *distinguo* s'établira de suite et ne donnera pas lieu à des discussions pénibles, au moment du règlement des honoraires.

Confrères, suivez le conseil que vous donne le Dr S. : adhérez au « Sou médical », pour vous faire soutenir contre vos mauvais payeurs. Bien que certains prétendent que la garantie de dix mille francs, assurée par le « Sou » soit insuffisante, nous estimons au contraire que la manière d'être défendu est primordiale. Par les médecins et les avocats, qui composent le conseil du « Sou » l'adhérent est sûr que le litige sera envisagé sous sa double face médicale et juridique et qu'il sera bien défendu.

Certains procès en responsabilité, perdus par quelques médecins, auraient été gagnés si les confrères avaient fait partie de notre Ligue, car souvent nous avons vu, d'après les jugements, que certains points de droit médical avaient été laissés dans l'oubli par les défenseurs des médecins en cause.

Nécrologie. — Nous apprenons avec regret le mort du Dr Sechevron, chirurgien honoraire de l'Hôtel-Dieu de Toulouse, un de nos plus dévoués adhérents.

QUARANTE-TROISIÈME ANNÉE — N° 3 — DIMANCHE 16 JANVIER 1921

Fondé en 1879 par Auguste CÉZILLY
Rédigé et dirigé par H. JEANNE (1900-1914),

LE CONCOURS MÉDICAL

ORGANE HEBDOMADAIRE DES PRATICIENS
Groupés dans la Société « Le CONCOURS MÉDICAL » et ses Filiales

ADMINISTRATION & PUBLICITÉ

C. BOULANGER, ADMINISTRATEUR

ABONNEMENTS :

France	24 fr.
Etranger	28 »
Etudiants (*France*)	12 »
Le numéro	50 cent.

Chèques Postaux Paris 167-95

DIRECTION

MM. les Drs A. GASSOT, *Directeur*; A. MAURAT ; H. CEZILLY ; J. NOIR, P. BOUDIN docteur en droit ; M. VIMONT, G. DUCHESNE.

MM. P. CEZILLY, J. DUMESNY, licenciés en droit ; C. BOULANGER.

RÉDACTION

Dr J. NOIR, RÉDACTEUR EN CHEF

Drs P. LACROIX et G. DUCHESNE SECRÉTAIRES DE LA RÉDACTION

N.-B. — Les manuscrits, publiés ou non, ne sont pas rendus.

Rédaction et Administration : 132, rue du Faubourg St-Denis, PARIS (10e). Téléphone : Nord 48-17



Lactéol

du Dr BOUCARD

Entérites :

Nourrissons
Enfants
Adultes

DOSE
- Nourrissons : 4 à 6 comprimés par jour.
- Enfants-Adultes : 6 à 9 comprimés par jour.

CHANGEMENT D'ADRESSE : 30, Rue Singer, 30 — PARIS-XVIe

Téléph. : Auteuil 09-93



Lactéol

du Dr BOUCARD

Echantillon : Écrire Dr BOUCARD, 30, rue Singer, PARIS (XVIe)

Quarante-troisième année. **N° 3** 16 Janvier 1921.

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

Office de Renseignements du « Concours »

DON. — Nous avons reçu à titre de don, de M. le docteur Cadilhac, de St-Valérien (Yonne), la somme de 431 fr.50 qui a été versée dans les caisses de la « Mutualité familiale » et du « Sou médical ». Le Conseil de ces deux sociétés adresse tous ses remerciements au généreux donateur.

AVIS

Les confrères qui ont adhéré au « Trait d'union médical » sont priés de faire connaître leurs noms et adresses au Dr Dewevre, président du Syndicat médical de Dunkerque.

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum, aux* « demandes et offres ».

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne, qui est versé dans la caisse de la Société civile du Concours Médical). *Adresser un mandat ou mieux verser au compte de chèques postaux*, Concours Médical, *Paris 167-95.*

Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse.**

N° 779. — A vendre, prix très modéré, carrosserie Ford, ambulance, état neuf. Dr Roy, Bligny-s-Ouche (C.-d'Or).

N° 780. — Dame, disposant de quelques heures par jour, demande leçons de piano. S'occuperait d'un enfant, ferait broderie ou couture contre rémunération modeste. Au besoin se contenterait d'être logée avec son enfant (6 ans).

N° 781. — A vendre auto Zèbre, 4 cyl. 1914, éclairage électrique, en très bon état. Prix : 11.500 fr. S'adresser Docteur, 28, rue Georget, Tours.

N° 782. — Médecin-pharmacien de l'Université de Paris, utiliserait ses diplômes dans sérieuse affaire médicale, pharmaceutique, industrielle ou commerciale. Ne peut fournir de capitaux.

N° 783. — Charronnette sortant usine, équipement électrique, torpedo deux places, tous accessoires. Essais. Quatorze mille. Dr Izac, Pamiers (Ariège).

N° 784. — Docteur disposant de plusieurs heures par jour cherche à s'occuper à Paris. Clinique, maison de santé ou aide à confrère surchargé.

N° 785. — Docteur achèterait occasion, auto 4 cyl., 2 places, genre Zèbre, Mathis, Philos, Sigma. Dr Roure, Les Vans, Ardèche.

N° 786. — A céder, cause changement de situation, contrat voiture de travail, marque auto-fauteuil de Blois, livrable dans 15 jours à l'usine, contre simple remboursement du tiers du prix de la voiture soit 5.000 fr. versés à titre d'arrhes. Ecrire Dr Mercier, à Montmirail (Marne).

N° 787. — A vendre suspension à gaz, tout cuivre à coulisse, avec contrepoids, grand globe vert, 250 fr.

N° 788. — On désire acheter bicyclette état neuf, pour garçonnet de 8 à 10 ans, faire offre Dr Doméry, avenue Monclar, Avignon.

N° 789. — Infirmière diplômée, médaille d'honneur, demande place d'assistante auprès de chirurgien et spécialiste, massages, pansements, sondages.

N° 790. — A céder à Paris bonne clientèle d'un rapport de 2.000 fr. par mois env. On cède toute l'installation, nombreux moyens de communication. S'ad. Messieurs Breitel et Goret, 1 rue Dante, Paris.

N° 791. — Région Centre, poste médecin pro-

CORRESPONDANCE

Majoration des pensions des blessés du travail.

J'ai l'honneur de vous demander de bien vouloir me dire si un pensionné pour accident du travail d'avant-guerre ayant eu une pension de 62 % (environ 508 fr. par an) peut demander au tribunal de mettre sa pension en rapport avec les temps actuels. Autrement dit, le taux de l'invalidité n'a-t-il pas été augmenté et le blessé à qui 508 fr. suffisait avant guerre ne pourrait-il avoir une somme supérieure correspondant à 62 %, mais au taux de la vie actuelle ?

Dr R.

Réponse.

La majoration des rentes accordées aux blessés du travail antérieurement à l'augmentation du prix de la vie a été l'objet d'une proposition de loi déposée par le Général de Castelnau. Les majorations demandées atteindraient une dépense annuelle de 20 millions environ, que le ministre et la Commission des finances de la Chambre des députés ont refusé de mettre à la charge de l'État.

La Commission a admis, en principe, la création, pour faire face à cette dépense, d'un fonds commun alimenté par les patrons assujettis à la loi sur les accidents du travail.

Mais la loi n'a pas encore été votée, même à la Chambre des députés (1) ; et actuellement les pensionnés du travail ne peuvent exiger des débiteurs des rentes, que ceux-ci soient leurs patrons, les Compagnies d'assurances ou la Caisse des dépôts et consignations, une majoration de la rente qui leur a été allouée.

(1) Depuis que cette réponse a été faite, le projet de loi a été voté, le 29 décembre, par la Chambre des Députés. Le Gouvernement a promis d'en hâter le vote par le Sénat.

Salaire de base pour le calcul des pensions des blessés du travail.

Pourriez-vous me faire savoir :

1° S'il existe un nouveau tarif de salaires minima sur lequel doivent être basées les rentes viagères pour accidents du travail. Un décret serait paru en août.

2° Un blessé du mois de juin, mais guéri en décembre, peut-il bénéficier des avantages concédés par ce décret (s'il existe) ? Dr B.

Réponse

1° Il n'y a pas de minimum de salaire pour la fixation des rentes des blessés du travail. Le montant de la rente est déterminé par le salaire annuel de la victime, sauf pour celle dont le salaire annuel dépasse 4.500 fr., qui n'a droit, pour le surplus et jusqu'à 15.000 fr. qu'au quart des rentes et au delà de 15.000 fr. qu'à un huitième à moins de conventions contraires élevant le chiffre de la quotité. Antérieurement à la loi du 5 août 1920 (à laquelle sans doute faisait allusion votre lettre), la limitation au quart des rentes s'appliquait aux salaires dépassant 2.400 francs.

Il existe cependant un minimum relatif pour les ouvriers âgés de moins de 16 ans ou les apprentis. Le salaire qui doit servir de base à la fixation de l'indemnité qui leur est allouée (sous ce terme d'indemnité, il faut comprendre les rentes), ne peut être inférieur au salaire le plus bas des ouvriers valides de la même catégorie, occupés dans l'entreprise.

2° En vertu du principe de la non-rétroactivité des lois, la loi du 5 août ne paraît pas applicable aux ouvriers victimes d'accidents survenus antérieurement à l'époque où cette loi a été promulguée.

L'ouvrier blessé en juin 1920 et guéri seulement en décembre ne pourrait bénéficier des avantages concédés par la loi du 5 août, et il n'aurait droit qu'au quart de la rente sur la portion de son salaire qui dépassait 2.400 fr.

Les propharmaciens et le registre du commerce.

Abonné au *Concours*, je vous serais très obligé de me fixer d'une façon très précise sur le renseignement suivant.

Je suis propharmacien et ai reçu de ce fait une invitation du greffe du tribunal de commerce d'avoir à m'inscrire au dit tribunal avant le 31 décembre; croyant que je n'étais pas touché par l'ordre en question, je m'y suis néanmoins rendu pour déclarer que ne payant pas de patente comme propharmacien, je

croyais n'avoir rien à faire avec le tribunal de commerce.

Personne n'a su me renseigner d'une façon précise et le greffier m'a demandé de m'adresser à un organe syndical pour solutionner la question.

Veuillez donc me dire si, comme je le pense, je ne suis pas tenu à cette déclaration et en vertu de quelle décision officielle.

Dr M.

Réponse.

La loi du 18 mars 1919 tendant à la création d'un registre du commerce ne s'applique, aux termes de son article 3, qu'aux commerçants français ou étrangers et aux sociétés commerciales.

Or, il a été reconnu par la jurisprudence, et récemment encore par le Ministre des Finances, dans la réponse que nous avons publiée et qui confirme l'exemption, dont ils bénéficient, du payement de la taxe sur le chiffre d'affaires, que les propharmaciens, alors qu'ils se bornent à délivrer des médicaments à leurs clients, ne sont pas commerçants et n'accomplissent même pas d'actes de commerce.

Par suite, comme propharmacien, vous n'êtes nullement tenu de vous faire immatriculer au registre du commerce.

Calcul de l'impôt sur les bénéfices de la profession médicale.

Voudriez-vous avoir l'obligeance de me dire s'il n'y a pas une erreur au sujet de mon impôt sur le revenu ? Je reçois aujourd'hui une feuille du percepteur portant comme titre « Impôt général et Impôts cédulaires sur les revenus ». J'ai déclaré mon revenu de 15.500 fr. et j'ai sept enfants : le chiffre de la taxe s'élève à 570 fr. et est ramené pour charges de famille à 313 fr. 50. Or, d'après mes calculs, je devais avoir droit à 14.500 fr. de revenu non imposable, c'est-à-dire que je ne devais presque pas d'impôt.

Dr X.

Réponse.

Le calcul de vos impôts sur les revenus a été bien établi, si la déclaration de 15.500 fr. de revenu s'applique intégralement à vos bénéfices professionnels.

En effet, sur cette somme, il y avait à déduire 4.000 fr. exempts d'impôt cédulaire, plus la moitié de la fraction comprise entre ces 4.000 et 8.000, soit 2.000 fr., soit au total 6.000 fr.

L'impôt restait donc à payer sur...	9.500 fr.
au taux de 6 %, soit	570 fr.

Ayant 7 enfants de moins de 21 ans, vous aviez droit à une réduction, pour un revenu supérieur à 10.000 fr.,

de 5 % pour chacun des 3 premiers enfants, et 10 % pour chacun des 4 autres, soit au total 55 % de 570 fr. ou .... 313 fr. 50

Reste donc à payer .... 256 fr. 50

En ce qui concerne l'impôt général sur le revenu, vous avez droit aux déductions suivantes :

Du fait que vous êtes marié 3.000
Pour chacun de vos 5 premiers enfants 1.500, soit 7.500
Pour chacun des deux suivants, 2.000 francs, soit 4.000
Exonération à la base de............ 6.000
Soit au total de.................... 20.500
supérieur à votre revenu.

Vous n'avez donc aucun impôt général sur le revenu global à payer.

NOTES D'HYGIÈNE PRATIQUE

Les coupures monétaires.

L'histoire et le rôle hygiénique des pièces de cinq francs et autres en argent, comme l'histoire hygiénique du billon, sont connus.

On sait par quelles mains ces objets monétaires sont maniés, quelles poches ils ont fréquentées, en compagnie de quels mouchoirs ils ont cohabité. Avec en plus, la salive, la boue, cela constitue un ensemble de causes terribles pour la propagation des contages.

On pouvait à la rigueur songer à une stérilisation des pièces de temps à autre ; stérilisation qui ne s'est jamais faite, tandis qu'il n'est guère possible de songer à lessiver les coupures actuelles.

Et pourfant quels ignobles petits papiers nous palpons ! Ils ont un aspect indescriptible et repoussant après quelques jours de circulation.

Enduits de la crasse de milliers de doigts, avec tous les germes nocifs propres (au figuré) à chaque individu, on est en droit de les supposer porteurs de microbes les plus dangereux. Tuberculose, fièvre thyphoïde, gonocoques et syphilis, sans compter la diphtérie et le reste, fleurissant sur les vignettes de l'État et de la Chambre de commerce. La salive aide à les déplisser, une déchirure se produit ; vite, un bout de papier à timbres-poste, bien humecté et enduit de salive, maintient les bords de la plaie.

On les enferme dans le porte-monnaie avec dégoût, on les en sort avec crainte, et on s'en débarrasse presque avec plaisir.

On évite de les mettre en contact avec l'honnête billet de banque. Celui-ci est infiniment plus

(*Voir la suite page XXXI-185*)

PROPOS DU JOUR

Le coup de la dernière heure. La modification de l'article 64 de la Loi des pensions pour la tarification des honoraires des soins médicaux aux réformés de guerre.

Ce n'est pas pour nous une surprise et ceci n'est pas personnellement pour nous déplaire. C'était avec une réelle répugnance que nous avions collaboré à un projet de tarification officielle des honoraires médicaux pour les réformés de guerre. Ce tarif, universellement accepté par les Syndicats médicaux, eût été le point de départ de toute une série d'autres, accompagnés, sous diverses prétextes, d'un rabais de tant pour cent, selon la coutume des hommes d'affaires, et le médecin aurait perdu encore un peu plus de son prestige et de son indépendance. Nous ne regrettons donc pas le tarif. Mais il est des procédés que nous ne pouvons subir sans protester, des inexactitudes que nous ne pouvons pas ne pas relever, des manœuvres politiciennes que nous ne saurions accepter sans révolte, tant comme citoyen que comme médecin. Ces manœuvres rappellent trop la tactique des intrigues politiques d'avant-guerre pour qu'elles ne provoquent chez nous un sentiment de répulsion. Comme les ci-devant émigrés de la Restauration, les ministres de la République d'après-guerre n'avaient rien appris, ni rien oublié ?

***

Ceux qui, comme nous, ont eu l'honneur de représenter l'Union des Syndicats médicaux de France à la Commission officielle du tarif de la loi des pensions étaient bien persuadés, dès l'origine, que le ministère s'efforçait systématiquement d'éluder les dispositions de l'article 64 de la loi exigeant l'entente entre l'Administration et les Syndicats médicaux. L'on commença d'abord par les ajournements des pourparlers, par la recherche de contradictions entre les médecins en usant du système de sous-enchères des consultations individuelles. Et comme le Corps médical faisait bloc, renvoyant systématiquement à l'Union des Syndicats médicaux, le ministre fut bien obligé de s'adresser à cette dernière.

Les représentants du ministre essayèrent alors de jouer sur les mots. Avec la subtilité des meilleurs casuistes des *Provinciales*, ils tentèrent de nous persuader que l'expression : *entente avec les Syndicats médicaux* devait se traduire : les *Syndicats médicaux ayant été entendus*. Dans le pays de clarté qu'est la France, où les gens, même peu lettrés, parlent couramment la langue de Pascal et de Voltaire, cette discussion philologique ne pouvait guère se prolonger et ces Messieurs du ministère durent convenir que dans l'article 64 de la loi des pensions *entente* signifiait bien *accord*.

M. le sous-secrétaire d'Etat, Albert Favre, un évadé et bien évadé de la profession médicale, crut alors devoir intervenir en personne. Il contesta, avec des preuves suspectes fournies par les préfets, des affirmations des Syndicats médicaux et comme il n'arrivait à convaincre personne, il conclut que bien téméraires étaient ceux qui se dressaient devant l'Omnipotence de l'Etat qu'il représentait en personne. Comme on lui objectait qu'au-dessus des représentants de l'Etat, il y avait la *Loi*, il conclut, en levant la séance : « Eh bien ! je la ferai modifier ».

Nous étions avertis. M. Albert Favre n'eut pas l'honneur de réaliser sa menace. Il tomba du pouvoir avec le ministère Clemenceau et passa la main à l'actuel ministre des pensions, M. Maginot.

Le silence se fit pendant un temps ; l'on oublia durant quelques mois les victimes de la guerre. Il y eut des réclamations. L'on accusa les médecins de faire obstacle à l'application de la loi ; ces derniers se défendirent et affirmèrent que l'incurie voulue de l'Administration en était seule responsable.

Le ministère des pensions objecta que l'impossibilité d'une entente provenait de ce que les représentants de l'Union des Syndicats médicaux exigeaient un tarif unique pour toute la France. Après un referendum auprès des Syndicats, l'Union des Syndicats médicaux accepta la discussion du tarif, dans chaque département, entre les délégués de l'Administration et les représentants des Syndicats médicaux. M. Valentino, directeur au ministère des pensions, représentant le ministre, accepta, après avoir émis la singulière prétention de faire choisir

par les préfets eux-mêmes les représentants des Syndicats médicaux, sous prétexte que les délégués auraient pu avoir eu antérieurement de mauvaises relations avec la Préfecture. Ceci se passait en mai 1920. Suivit une nouvelle période d'inaction et de silence à laquelle succéda la période des vacances.

Ce fut alors que M. Maginot fit son voyage de Lyon, qu'il y reçut solennellement les mutilés de guerre de l'Isère et proféra, en réponse à des accusations sans preuves et démontrées fausses, des paroles injurieuses contre le Corps médical, paroles que M. Stéphane Lauzanne authentifiait, sous sa propre signature, dans un article en première page du *Matin*,

La France entière apprit que les médecins qui s'étaient sacrifiés pour la Patrie plus qu'aucun autre groupement professionnel, dont les *trois quarts* avaient été mobilisés, dont l'autre quart avait pendant quatre ans assuré la tâche surhumaine de soigner toute la population civile, à qui l'on devait l'état satisfaisant de la santé publique durant la guerre, qui avaient répondu généreusement à tous les appels, — que ces médecins étaient pour M. Maginot les *mercantis des mutilés*. Les secrétaires généraux de l'Union des Syndicats, Lafontaine et Quivy, dans une lettre au *Matin*, relevèrent avec mesure et dignité l'outrage. M. le ministre Maginot ne daigna ni regretter, ni expliquer ces paroles insultantes qui n'auraient jamais dû être prononcées par un ministre républicain, paroles incompréhensibles dans la bouche d'un homme qui avait jadis fait son devoir et avait été lui-même victime d'une guerre pour la défense du Droit et de la Liberté.

Il n'y a pas un médecin en France qui ne se soit senti personnellement souffleté par les paroles néfastes du ministre des pensions. Le conflit ne se borna pas à ce triste incident.

Malgré cela, nous crûmes, un instant, que, dans l'intérêt de tous, l'entente se faisait ou allait se faire et que, dans chaque département, les Syndicats et les préfets allaient admettre les tarifs très raisonnables, déjà adoptés en principe. Quand subrepticement, le 30 décembre 1920, par une de ces manœuvres de la dernière heure, chères aux Machiavels du parlementarisme, M. Maginot obtint, en fin de session, lors de la discussion des douzièmes provisoires, le vote d'un article de la loi des finances qui supprime, presque sans discussion, par le vote de quelques rares sénateurs, le paragraphe de l'article 64 qui exigeait l'entente de l'Administration et de nos Syndicats. M. Maginot tenta d'accuser les médecins syndiqués d'exigences inadmissibles. M. Maginot prétendit que ces médecins syndiqués étaient une minorité dans le corps médical. Il lui était pourtant facile de se rendre compte que cette affirmation, faite à la tribune du Sénat, était inexacte. M. Bouveri renchérit et osa affirmer cette autre contre-vérité que les médecins avaient *quintuplé* leurs honoraires quand c'est tout au plus de 100 ou de 125 pour cent que ces honoraires ont été élevés, alors que le taux du coût de la vie s'est accru de 400 pour cent.

Une protestation indignée de M. le Dr Delpierre, sénateur de l'Oise, membre du Conseil général de l'Association générale des médecins de France, mit les sénateurs présents au défi de signaler un seul cas où un réformé de guerre eût été laissé sans soins. Il rappela à M. Maginot les services rendus sans cesse par les médecins dont on exploitait un peu trop sans vergogne la générosité légendaire, et M. Maginot osa se défendre de toute animosité contre le corps médical.

Le tour était joué. Par une manœuvre parlementaire de la dernière heure, M. Maginot venait de réaliser la menace faite, il y avait un an et demi, par M. Albert Favre.

Avec notre Constitution et un peu d'adresse, un ministre peut se jouer des lois et dire comme au temps du grand roi : « L'Etat, c'est moi ».

L'Union des Syndicats médicaux **a** la parole.

J. Noir.

La raison de cette manœuvre inattendue de la dernière heure du ministre des pensions, s'il faut en croire les personnes qui approchent le Ministère des Pensions, nous a été expliquée de la manière suivante :

La plupart des Syndicats médicaux auraient adopté, de concert avec les préfets, un tarif normal. Un petit nombre d'entre eux, ayant appris que les tarifs des départements voisins étaient supérieurs à ceux auxquels ils avaient consenti, seraient revenus sur leurs décisions et sous divers prétextes auraient réclamé des honoraires plus élevés que ceux tout d'abord adoptés de concert avec les préfets. Nous ne saurions approuver cette manière de faire, mais la grosse majorité du corps médical ne saurait être victime d'erreurs que M. le ministre des pensions aurait pu facilement redresser en sai-

sissant l'Union des Syndicats médicaux qu'il ne pouvait ignorer.

Qui va pâtir de cette situation ?

Le corps médical gratuitement injurié et brimé qui refusera toute collaboration à l'application de la loi des pensions, puis les réformés de guerre qui, certes, ne seront jamais privés de soins médicaux, mais qui ne pourront réclamer aux médecins, non consentants, de remplir les formalités de paperasserie administrative qu'exige la loi des pensions.

J. N.

PARTIE SCIENTIFIQUE.

UROLOGIE PRATIQUE

Le forage de la prostate.

Par le Dr Georges Luys.

Dans un précédent article paru dans le « *Concours médical* », en décembre dernier, nous disions que les malades atteints d'hypertrophie de la prostate étaient, pour la plupart, justiciables d'une intervention chirurgicale lorsqu'ils présentaient de la rétention d'urine complète ou incomplète.

Parmi les opérations proposées, celle qui jusqu'ici ralliait tous les suffrages était la prostatectomie : mais cette opération, même entre les mains des plus habiles, fait courir des risques graves aux malades.

Tout autre est le forage de la prostate qui, ne présentant aucun danger, permet cependant au malade d'obtenir des mictions naturelles et faciles.

C'est cette intervention que nous nous proposons de faire connaître aux lecteurs de ce journal.

Le forage de la prostate consiste essentiellement à creuser sous la vue, par les voies naturelles, dans toute la longueur antéro-postérieure de la prostate hypertrophiée, un tunnel permettant le libre cours de l'urine, aux dépens des obstacles qui empêchent la miction. L'examen attentif de ces obstacles montre qu'ils sont parfois minimes, et qu'il suffit alors d'une action chirurgicale réduite pour annihiler leurs effets inhibitoires.

L'étude approfondie, depuis près de vingt ans, de l'urètre postérieur à l'aide de notre urétroscope et de notre cystoscope à vision directe, nous a permis d'étudier tout à fait complètement les causes mécaniques de la rétention d'urine d'origine prostatique, et de voir qu'elles sont bien différentes suivant les malades.

Certes, dans l'immense majorité des cas, c'est l'adénome prostatique qui est la cause la plus fréquente de la rétention d'urine d'origine prostatique, mais ce n'est pas la seule, et nombre de fois, nous avons pu observer que si tous les signes cliniques plaidaient en faveur du diagnostic d'adénome prostatique, la vraie cause en était tout autre.

Comme exemple, nous citerons celui d'un homme de soixante-huit ans, en rétention complète, chez lequel un chirurgien avait pratiqué une taille hypogastrique comme premier temps préparatoire de la prostatectomie transvésicale et qui n'avait pu subir l'énucléation prostatique, en raison de son mauvais état général. C'était à ce moment qu'il était venu me trouver et l'intervention endoscopique me permit d'ouvrir un abcès enkysté de la prostate contenant du gonocoque, encore virulent après quarante huit ans d'incubation !

De même, cet autre malade, rétentionniste complet, auquel un chirurgien avait proposé la prostatectomie et qui, venu se faire examiner par moi, fut trouvé porteur d'un très volumineux polype de la fossette prostatique. La destruction de ce polype par l'électro-coagulation permit au malade des mictions normales.

Dans d'autres cas, beaucoup plus nombreux qu'on ne pourrait le supposer, des productions papillomateuses abondantes localisées dans l'urètre postérieur peuvent en imposer pour un adénome prostatique susceptible d'être enlevé par la prostatectomie, en raison des symptômes de rétention auxquels elles donnent lieu, alors que leur destruction par l'électro-coagulation est tout à fait suffisante pour assurer la guérison complète.

Pour en revenir à la question de l'adénome prostatique, il convient de mettre en lumière les deux causes principales de la dysurie mécanique au cours de l'hypertrophie prostatique.

La première, due à la surélévation du col vésical, surélévation appelée depuis Mercier « barre prostatique », est une véritable digue placée entre la vessie et l'urètre, empêchant l'évacuation du bas-fond de la vessie. Cette digue a la forme d'un toit à deux versants, l'un, vésical, l'autre, urétral.

La deuxième cause, au moins aussi importante que la précédente, est due à l'accolement des

deux lobes prostatiques hypertrophiés qui se pressent l'un contre l'autre comme deux montagnes adossées.

Ce sont ces deux causes de dysurie au cours de l'hypertrophie de la prostate qui sont complètement supprimées par le « forage de la prostate ».

Technique. — Le forage de la prostate s'effectue avec notre cystoscope à vision directe, sur la description duquel nous ne reviendrons pas ici (1).

Ses caractéristiques et ses avantages sont d'être un tube droit muni de deux appareils d'aspiration, qui permettent de ne jamais être gêné par l'urine qui est évacuée automatiquement à l'aide d'une trompe à eau.

Le tube cystoscopique est introduit, le malade étant placé sur la table d'opération, le siège tout près du bord, les pieds levés maintenus dans des porte-jambes américains, les épaules arrêtées par les épaulières fixes. Au moment de l'introduction de l'instrument, un aide place doucement et lentement le malade en position déclive; sous cette influence, le tube cystoscopique passe avec une très grande facilité dans la vessie.

La destruction des portions de prostate hypertrophiée peut se faire avec le galvano-cautère, qui est un couteau de feu et qui agit avec une grande rapidité. Il coupe la barre prostatique, il évide les lobes prostatiques (de la même manière qu'un couteau creuse une pomme de terre). Son action est rapide, mais elle donne lieu à un suintement sanglant plus ou moins abondant. Lorsque celui-ci s'accentue, le galvano-cautère devient souvent impuissant à arrêter l'hémorragie : c'est alors qu'il faut savoir employer l'électro-coagulation, et on est étonné de voir la rapidité avec laquelle, sous son influence, le sang s'arrête presque immédiatement (2).

L'électro-coagulation agit ici de la même manière qu'une pince à « forci pressure » sur un vaisseau sectionné.

En réalité, nous n'employons plus actuellement que l'électro-coagulation qui a une action destructive infiniment plus puissante que le galvano-cautérisation, pourvu que l'on utilise des intensités de courant suffisantes.

En effet, les masses d'adénomes prostatiques sont parfois tellement dures que le galvano-cautère, même porté au blanc, ne peut entamer les lobes prostatiques. Au contraire, l'électro-coagulation pénètre dans l'intérieur même des masses adénomateuses, et rien ne peut lui résister.

Avec cette instrumentation, tous les obstacles qui, dans la traversée prostatique, empêchent la miction naturelle, sont détruits.

Deux séances sont en général nécessaires; parfois une seule séance suffit : la plupart du temps il en faut trois, quelquefois six sont utiles.

Les escharres, qui sont produites par le puissant moyen d'action qu'est l'électro-coagulation, s'éliminent en général du 6e au 10e jour, et soit au moment d'une miction, soit au moment d'un lavage de vessie, on peut constater que le malade rend des morceaux de prostate et, selon l'expression imagée, « le malade pisse sa prostate ».

Indications opératoires. — Les indications opératoires du forage de la prostate ont été étudiées dans plusieurs sociétés savantes, à la Société des Chirurgiens de Paris, à la Société de Médecine, à l'Association française d'urologie, et les avis de tous ceux qui se sont occupés de la question sont unanimes pour dire que le forage de la prostate est indiqué dans tous les cas de petites ou de moyennes prostates, qui donnent naissance à la dysurie ou à la rétention d'urine.

Une de ces indications les plus formelles qui doit faire préférer le forage de la prostate à la prostatectomie, est très certainement l'âge du malade.

On sait que constamment, la prostatectomie apporte des troubles dans la vie génitale et condamne les malades à l'infécondité.

Le forage de la prostate, au contraire, ne touche ni aux vésicules séminales, ni aux canaux éjaculateurs et respecte donc la puissance génitale et la puissance de fécondation des malades.

Au-dessous de 60 ans, il nous paraît donc tout à fait anormal de penser à pratiquer la prostatectomie chez un malade. C'est vraiment là un cas de conscience professionnelle.

Au contraire, le forage de la prostate ne paraît vraiment contre-indiqué que dans un seul cas: lorsqu'il s'agit de prostates tout à fait volumineuses, car on comprend alors que le travail de sculpture qu'il faudrait effectuer dans toute l'étendue de l'urètre prostatique serait vraiment trop considérable, et que la patience du chirurgien, aussi bien que celle du malade, pour mener à bout un

(1) Voir LUYS : Traité de cystoscopie et d'urétroscopie, Paris, Doin, éditeur, 1914.

(2) On sait que l'Electro-coagulation est produite par des courants électriques de haute fréquence et de basse tension. C'est Doyen qui, le premier, a démontré qu'avec ces étincelles de haute fréquence et de basse tension on peut obtenir l'Electro-coagulation qui pénètre dans la profondeur des tissus, jusqu'à 15 et 20 millimètres.

Le courant électrique nécessaire pour l'électro-coagulation est obtenu par des transformateurs de courant spéciaux. Lorsque ce courant est employé avec 2 électrodes extrêmement larges et de mêmes surfaces, il constitue ce qu'on appelle la Diathermie.

Lorsqu'il est utilisé avec des électrodes inégales, dont l'une est très large et l'autre au contraire est très réduite, celle-ci arrive à coaguler la matière albuminoïde et constitue ce qu'on appelle l'Electro-coagulation.

travail aussi important, serait bientôt lassée, et c'est ici, mais ici seulement que la prostatectomie transvésicale reprend certainement tous ses droits.

Résultats. — Actuellement, nous avons traité par le forage de la prostate 65 malades différents. Nous n'avons jusqu'ici eu à enregistrer aucune mort opératoire.

Sur ces 65 malades, nous avons obtenu 57 résultats excellents et durables, ce qui met la proportion des guérisons à 87.6 p. 100.

Parmi les 8 malades qui n'ont pas bénéficié complètement du forage de la prostate, nous devons indiquer 4 malades qui ont abandonné le traitement avant d'en avoir pu recueillir tous les avantages ; un résultat médiocre et 3 échecs.

Ces échecs étaient dus au volume énorme de prostates gigantesques, et la proportion des insuccès de la méthode du forage de la prostate nous donne donc 4, 6 p. 100.

Résultats éloignés. — Il pourrait venir à l'esprit de certains que la libération des obstacles apportés à la miction ne doit avoir qu'un effet tout à fait temporaire et que la récidive doive se produire à bref délai.

Il n'en est rien. Le plus ancien de nos malades est un homme de 65 ans et qui a subi le forage en 1913, c'est-à-dire il y a plus de 7 ans, avec un résidu de 350 grammes ; il est revenu nous voir l'année dernière, en 1919, avec un résidu vésical n'excédant pas 10 gr.

Nous avons d'autres nombreux malades, qui ont été revus deux ans, un an, et huit mois après leur forage et qui ne présentaient plus à cette époque que des résidus vésicaux minimes.

Trois fois, nous avons observé des récidives et la cause de ces récidives était extrêmement intéressante à connaître. Elle était due à un barrage établi par la portion supérieure de la prostate qui présentait une prolifération volumineuse de la muqueuse urétrale. C'était là des cas de prostatites chroniques toujours en évolution.

Avantages du forage de la prostate.

Les avantages du « forage de la prostate » sont considérables :

1° C'est une opération bénigne n'entraînant pas la mort, puisque sur 65 cas, nous n'avons jamais relevé un seul cas de mort opératoire ;

2° C'est une opération non mutilante, puisqu'elle laisse au malade tous ses organes intacts. Le « forage de la prostate » respecte en effet les canaux éjaculateurs et les malades peuvent après l'intervention avoir des rapports normaux et fécondants ;

3° Elle peut être applicable chez les malades en état de déficience rénale ;

3° Le « forage de la prostate » est la seule opération praticable chez les prostatiques jeunes en état de rétention aiguë ou chronique ;

6° Le « forage de la prostate » donne parfois des résultats supérieurs à la prostatectomie et l'observation suivante en est un exemple :

Un homme de soixante ans, après avoir consulté quatre chirurgiens différents et des plus distingués, avait recueilli toutes les fois le même avis unanime, à savoir : que la dysurie dont il souffrait était d'origine prostatique et qu'il était nécessaire de pratiquer sur lui la prostatectomie transvésicale.

Cette homme fut donc opéré, la prostate enlevée par la voie transvésicale, et au bout de trois mois sa plaie se trouvait complètement cicatrisée.

Mais alors que les quatre chirurgiens consultés antérieurement l'avaient assuré qu'après l'opération ses mictions seraient naturelles et faciles, il fut au contraire très péniblement surpris de voir que non seulement ses mictions étaient plus difficiles qu'avant l'opération, mais que de plus elles, contenaient du sang et du pus. C'est en présence de ce résultat fâcheux que mon ami, le Dr Pauchet, consulté à ce moment, me l'adressa.

L'origine des accidents observés me parut extrêmement nette : en effet, des débris prostatiques provenant de l'énucléation de la prostate obstruaient la lumière du canal de l'urètre et étaient la cause certaine de ces troubles. De plus, quelques-uns de ces débris prostatiques étaient tombés dans la vessie, s'étaient incrustés de sels calcaires et avaient été l'origine de calculs vésicaux qui m'obligèrent à pratiquer une lithotritie. Lorsque je retirai le lithotriteur, je pus remarquer qu'entre les mors de l'instrument se trouvait un fragment de prostate d'environ 3 centimètres de long qui, mis en liberté dans la vessie au moment de la prostatectomie, s'était peu à peu incrusté de sels calcaires et était devenu l'origine des calculs.

Ce sont ces portions de prostate restées dans l'urètre que je dus ensuite détruire au galvanocautère et à l'électro-coagulation, pour obtenir la cessation complète des accidents observés. En effet, le sang disparut et les mictions devinrent claires et naturelles.

En résumé, il semble que le « forage de la prostate » constitue un traitement des rétentions d'urine d'origine prostatique qui mérite l'attention des chirurgiens.

En raison de sa bénignité et des résultats excellents qu'il donne, tant d'une façon immédiate que par ses résultats éloignés, puisqu'il fournit 87.6 p. 100 de guérisons, le « forage de la prostate » peut imposer la confiance et constitue un procédé opératoire qui doit être retenu.

CLINIQUE MÉDICALE

Hôtel-Dieu : M. le prof. agrégé VILLARET.

L'obésité et l'épilepsie d'origine glandulaire. Syndromes polyglandulaires.

La malade dont je vous parlerai aujourd'hui est un cas qui comporte plus d'un enseignement. Cette femme présente une série de phénomènes ressortissant aux syndromes pluriglandulaires. L'obésité et les crises comitiales dont elle est atteinte soulèvent, d'autre part, une question pathogénique à la fois importante et non encore élucidée.

La patiente, âgée de 38 ans, est entrée à l'Hôtel-Dieu, dans le service du professeur Gilbert, à la fin du mois de septembre dernier. Rien de particulier à noter dans ses antécédents. Je m'empresse de dire que nous n'avons trouvé aucun signe de spécificité, le Bordet-Wassermann étant négatif d'ailleurs. Réglée à 12 ans, les règles ont été régulières jusqu'à ces dernières années.

C'est à la puberté — fait intéressant à signaler — que les troubles (qui ont continué jusqu'à présent) ont débuté. A ce moment, apparurent des crises dont la physionomie a été toujours la même. Début par des prodromes : état de mélancolie, d'apathie, la malade cherchant alors à s'isoler, à fuir le monde, en un mot, aura psychique permettant de prévoir la crise. Celle-ci éclate alors brusquement, par une perte de connaissance. La malade tombe et souvent se blesse dans sa chute. Une fois même, elle s'est brûlée sur un poêle. Aussitôt, commence une phase de contractions toniques, auxquelles succèdent des contractions cloniques, puis la période de résolution, d'apathie intellectuelle. D'autres caractères, encore, permettent de porter le diagnostic de crises comitiales : la patiente n'a pas souvenir de sa crise, elle se mord la langue et offre de l'écume sanguinolente aux lèvres ; il y a émission involontaire d'urine, goutte à goutte, par relâchement des sphincters ; enfin, le visage est cyanosé, la face violette, ce qui est très rare dans l'attaque d'hystérie.

Il s'agit donc de crises comitiales qui, depuis la puberté, sont survenues 2 ou 3 fois par mois, surtout pendant et avant les règles. A côté de ces crises, nous avons trouvé des troubles comitiaux équivalents, des attaques frustes de vertige, d'apathie intellectuelle, des troubles psychiques. Ainsi, un jour, dans le service, la patiente s'est levée et est partie en chemise dans les couloirs, où l'on a dû l'aller chercher.

Il y a quelques mois, cette femme vint à la consultation de l'hôpital Laënnec, où je l'examinai. La mère me signala, en y insistant, les troubles menstruels chez sa fille. Me basant sur ce fait et sur l'adiposité de la malade, je crus devoir instituer un traitement opothérapique, par l'extrait ovarien. Deux mois plus tard, la mère vint me dire que, depuis ce traitement, les crises avaient disparu. C'est alors que je conseillai l'admission dans le service du professeur Gilbert.

Un deuxième point à signaler chez cette femme est l'obésité. Cette obésité est apparue quelques années après le début des crises comitiales, en même temps que les règles devenaient irrégulières. De 18 à 30 ans, la patiente a doublé de poids, dépassant alors 100 kilogr.

Je vous signalerai, pour finir, l'apathie intellectuelle, la tendance au sommeil, la frigidité génitale.

Nous avons examiné cette femme. Nous n'avons rien trouvé, ni au poumon, ni au cœur. Urines normales, examen du sang normal, Bordet-Wassermann négatif. La tension artérielle est affaiblie et donne au Pachon 14 maxima et 8 minima au lieu du maxima normal 16 1/2 à 18. Dans le service, le traitement ovarien a été continué, sous forme d'injections, mais, fait bizarre, les bons résultats du début n'ont pas persisté et, depuis une quinzaine, les crises ont reparu. L'obésité cependant a diminué, s'accusant par une perte de poids de 5 kilogr. De même, la tension artérielle s'est améliorée et est passée à 16.

Je n'ai pas manqué de pratiquer les épreuves des tests glandulaires de Claude, qui consistent en injections d'extrait hypophysaire ou surrénal. L'injection d'extrait hypophysaire a fait passer le pouls de 68 à 61 et n'a pas déterminé de glycosurie. En ce qui concerne l'adrénaline, elle a élevé le pouls de 63 à 75 et n'a pas produit non plus de glycosurie. La selle turcique, examinée sur une radiographie, est un peu augmentée de volume. Il n'existe pas toutefois de signes d'une tumeur hypophysaire, pas de phénomènes de compression, du chiasma optique en particulier.

En résumé, nous nous trouvons en présence d'une épileptique avec troubles de la menstruation (aménorrhée), obésité, modifications de la sécrétion interne des ovaires. Il est impossible de ne pas rapprocher tout cela et de ne pas rattacher ces symptômes sous forme d'une insuffisance pluriglandulaire.

Envisageons l'obésité, d'abord. Les obésités d'origine glandulaire commencent à être bien connues, depuis les travaux de Claude, de Carnot, de Mouriquand, et d'auteurs étrangers. On en distingue plusieurs types. Le premier type est l'obésité thyroïdienne. Les études de nombreux auteurs ont montré qu'au cours de l'insuffisance thyroïdienne, il convient de décrire, à côté du myxœdème, l'obésité. Dans certains cas, il y a myxœdème fruste et l'obésité domine. Ce sont les petits signes du dysthyroïdisme qui feront le diagnostic, l'instabilité circulatoire, la facilité des



MODE D'EMPLOI
TRAITEMENT
des Rhumes, Toux
MODE D'EMPLOI:
5 Perles par jour une à une à tout moment de la journée
Pour les Enfants de une à quatre Perles par jour
PERLES TAPHOS
LAMBIOTTE FRÈRES
GUÉRISON
des Rhumes, Toux Bronchites, Coqueluche Maladies des Voies Respiratoires
DANS TOUTES LES PHARMACIES

troubles vaso-moteurs, les modifications thermiques, certains phénomènes cutanés (sécheresse de la peau,poils cassants), l'action du traitement.

Le deuxième type est l'obésité épiphysaire. L'épiphyse est une glande dont on connaît très imparfaitement la nature. En clinique, on peut observer un syndrome se manifestant par une polysarcie marquée, rapide, des signes de compression cérébrale, et aussi un développement génital précoce.

Le troisième type est l'obésité surrénale, obésité également rapide, coexistant avec de l'hypertrophie des organes génitaux, de l'hypertrichose. Chez la femme, ce syndrome surrénal entraîne souvent, d'autre part, la disparition des règles, l'hypertrophie du système pileux, une pousse de la barbe, et des manifestations pseudo-viriles (développement musculaire, ton masculin de la voix). A cette période d'obésité, succède une période de cachexie, lorsqu'il y a augmentation de la tumeur surrénale.

Pour notre malade, nous pouvons éliminer l'obésité thyroïdienne, épiphysaire et surrénale. Restent deux autres variétés : les obésités ovarienne et hypophysaire. On sait que le mauvais fonctionnement des ovaires aboutit à l'obésité. On connaît une obésité ovarienne de la puberté et de la ménopause, ou encore de l'allaitement. Elle s'accompagne d'anémie, de pâleur (anémie graisseuse des anciens auteurs), de troubles d'insuffisance ovarienne (vapeurs, instabilité thermique, céphalées, douleurs lombaires, nervosisme). Chez notre patiente, il est indéniable qu'en partie au moins nous constatons ce syndrome. L'obésité est survenue avec la suppression des règles et nous trouvons des phénomènes nerveux. Mais, ce qui fait penser que l'ovaire n'est pas sans doute seul en cause, c'est que ces accidents se reproduisent malgré le traitement ovarien. Nous supposons que peut-être aussi l'hypophyse intervient, ce qui m'amène à vous parler de l'obésité hypophysaire.

L'hypophyse peut intervenir de deux façons. Tantôt, par hyperfonctionnement, créant l'acromégalie et le gigantisme. D'autres fois, par hypofonctionnement. Les auteurs qui ont étudié cette question ont différencié 3 types cliniques qui ne sont en réalité que des modalités du même type. La première modalité est le syndrome adiposo-génital, appelé à tort syndrome de Frœlich, car il a été décrit en 1900 par Babinski. Il comprend de l'obésité, de l'atrophie génitale (aménorrhée ou dysménorrhée chez la femme) et une tumeur (inconstante) hypophysaire. Dans ce syndrome, on a signalé la fréquence des crises épileptiformes. Une autre modalité comporte des obésités partielles, siégeant aux fesses, au thorax, à l'abdomen, etc., obésités douloureuses ; c'est l'adipose douloureuse ou maladie de Dercum. La maladie de Dercum coexiste souvent aussi avec des crises épileptiques. Entre les deux modalités, se placent tous les intermédiaires et Cushing, dans son ouvrage classique, les a bien décrits.

Je crois que, chez notre malade, nous ne pouvons pas rejeter le syndrome d'insuffisance hypophysaire. L'absence de glycosurie provoquée dans le test adrénalinique serait un argument en faveur de cette insuffisance. Quant à l'épilepsie, nous sommes en présence d'une épilepsie essentielle. Ce n'est pas une épilepsie partielle, jacksonienne, et il n'y a pas de syphilis. Il ne faut pas se dissimuler que le cadre des maladies essentielles en général et de l'épilepsie en particulier est de plus en plus battu en brèche. De jour en jour, il s'effritera. On a constaté que cette épilepsie « essentielle » était souvent symptomatique. L'épilepsie syphilitique en prend une part. Je pense que le cadre de l'épilepsie essentielle se réduira encore quand on se préoccupera des glandes à sécrétion interne. On arrive parfois à diminuer les crises par l'administration de l'extrait ovarien ou testiculaire. On obtient, dans d'autres cas, des résultats avec l'extrait hypophysaire. J'en ai observé un exemple dernièrement chez une jeune fille de 18 ans. Il est bon de penser, en pareils cas, aux insuffisances glandulaires. En général, en raison du fonctionnement harmonique de ces glandes, il s'agit de troubles, de syndromes pluri-glandulaires, ce qui, entre parenthèse, permet de mettre un certain doute sur la valeur des tests glandulaires. C'est pourquoi j'incline à penser que, chez notre malade, nous avons affaire à un syndrome pluri-glandulaire, à la fois ovarien et hypophysaire, et c'est pourquoi je me propose d'ajouter ici à l'opothérapie ovarienne l'opothérapie hypophysaire.

Leçon recueillie par le Dr P. Lacroix.

L'ACTUALITÉ PATHOLOGIQUE

Le hoquet épidémique.

Affection épidémique, contagieuse, bénigne le plus généralement, le hoquet épidémique débute par une période prodromique qui dure deux ou trois jours, et au cours de laquelle on observe un léger état grippal subfébrile, avec malaise général, enchifrènement, catarrhe naso-pharyngé, coryza, quelquefois bronchite légère, modifications du psychisme avec troubles du caractère, agitation, voire état vertigineux, et même, confusion mentale.

Puis, le hoquet, le *singultus*, apparaît, caractérisé par sa ténacité, sa constance, sa répétition souvent rythmée. Certains auteurs l'ont noté de 6 à 15 fois par minute ; d'autres ont remarqué que le spasme phréno-glottique se montrait toutes les

deux respirations. Il gêne la phonation, entrave l'alimentation, mais ne semble pas avoir d'action marquée sur l'état général. Toutefois, les malades, à ce point de vue, réagissent différemment. Les uns ne semblent pas impressionnés par lui et continuent à vaquer à leurs occupations. Les autres, au contraire, sont inquiets, angoissés, même anxieux, et suspendent toute leur activité.

Le hoquet se calme habituellement pendant le sommeil. Parfois pourtant, il persiste. Certains sujets sont dans une sorte de torpeur, d'assoupissement passager.

L'état de crise dure de deux à trois jours, exceptionnellement une semaine. Puis, tout rentre dans l'ordre, après une période de profond sommeil.

En dépit de la bénignité ordinaire du hoquet épidémique, nous devons signaler qu'un cas de mort a été observé, après deux jours d'une forme fébrile.

Au point de vue thérapeutique, les efforts du médecin se bornent uniquement à prescrire une médication symptomatique, qui sera le plus souvent de peu d'efficacité, à savoir : la teinture de belladone et l'opium à hautes doses ; le chloroforme en ingestion (eau chloroformée) ; la compression du nerf phrénique aux points d'élection ; la compression des globes oculaires ; les tractions rythmées de la langue ; la distension de l'œsophage par la déglutition d'un bol alimentaire volumineux (grosse boulette de mie de pain) ; l'application de vessie de glace sur le phrénique cervical, au creux épigastrique, etc.

Tel est l'exposé clinique de la question du hoquet épidémique, tel qu'il résulte d'un cas très fruste que j'ai observé personnellement, et de deux articles parus le même jour, l'un dans la *Gaz. des hôp.* du 18 décembre 1920 sous la signature de MM. Logre et Heuyer ; l'autre, dans la *Presse méd.* portant la même date, et dû à M. Lhermitte.

Si les auteurs sont d'accord à ce point de vue pratique, leurs conceptions sont complètement divergentes touchant la pathogénie du hoquet épidémique.

Pour MM. Logre et Heuyer, il s'agit d'une manifestation grippale, « la grippe à forme phréni« que, toutes réserves étant faites sur la valeur « qu'il convient d'attacher au terme imprécis de « grippe. » Ils n'acceptent pas l'interprétation pathogénique qui considère le hoquet épidémique comme appartenant à l'encéphalite. « Dans l'encéphalite léthargique, disent-ils, tous les au« teurs ont noté la dissociation fine, non seule« ment nucléaire ou tronculaire, mais encore fas« ciculaire et fibrillaire, des localisations sur le « névraxe. Mais il est exceptionnel que, dans l'é« volution de la maladie, il n'y ait pas, sinon « coexistence, du moins succession de ces symp« tômes dissociés. Au contraire, au cours du ho« quet épidémique, d'évolution bénigne et brève, « aucun autre symptôme nerveux n'est noté que « le hoquet lui-même. Il y a là aussi une singu« lière électivité, dissociée et parcellaire du virus « sur un seul nerf de l'économie. Dans l'encépha« lite épidémique, la localisation est multiparcel« laire ; dans la grippe à forme phrénique, elle « est uniparcellaire. Mais il faut reconnaître « quelque similitude dans la manière de se com« porter des deux affections. »

M. Lhermitte admet, par contre, que le hoquet épidémique « n'est qu'une forme larvée de la né« vraxite épidémique. » Il partage ainsi l'opinion de la plupart des auteurs qui ont étudié cette affection : Bénard, Staehelin, Sicard et Paraf, Netter. Il s'attache surtout à établir le diagnostic différentiel du hoquet épidémique et du hoquet hystérique. Celui-ci résulte uniquement de la contraction spasmodique du diaphragme et des constricteurs glottiques, alors que, dans le hoquet épidémique, on a noté en même temps des secousses cloniques s'étendant à des muscles complètement indépendants de la fonction respiratoire et intéressant même partiellement certains de ces muscles. « Non seulement il existe des « faits dans lesquels seule la moitié latérale de « la sangle abdominale entre en contraction spas« modique synchrone avec la phrénoclonie, mais « il en est d'autres qui témoignent de l'existence « de clonie limitée à un segment d'un même mus« cle.... En présence d'un hoquet incoercible qui « ne fait pas sa preuve organique, il faut songer « moins au hoquet hystérique qu'au singultus « fébrile sporadique ou épidémique. »

Il trouve de fortes présomptions en faveur de la nature encéphalique du hoquet épidémique dans certains faits particulièrement suggestifs : les troubles du caractère qui ont été observés, l'apparition de mouvements involontaires cloniques ou choréiques de la tête et des membres supérieurs, une élévation du glucose dans le liquide céphalo-rachidien.

Autre constatation importante : le hoquet épidémique apparaît parallèlement à la recrudescence actuelle de l'encéphalite léthargique, en même temps que le hoquet a été lui-même observé comme un symptôme de certaines formes d'encéphalite confirmée.

Je serais assez enclin, pour ma part, à considérer que les deux conceptions contiennent, l'une et l'autre, une part de vérité. Quand s'évoque le cas dont j'ai été témoin, et qui a évolué en quelques heures, il me paraît excessif de songer à une atteinte, même légère, du mésocéphale, d'autant que le syndrome, dont le hoquet ne fut qu'un élément fugace et passager, avait toute l'apparence d'un état grippal.

Je ne vois dès lors aucune difficulté à admettre dans certains cas une action directe de la toxine grippale sur le phrénique, en dehors de toute participation encéphalique.

Au surplus, si nous sommes bien fixés à cette heure sur l'anatomo-pathologie et sur la séméiologie de l'encéphalite épidémique, nous restons dans l'ignorance du germe pathogène qui la conditionne. N'a-t-on pas envisagé l'éventualité d'une affinité spéciale du virus grippal pour certaines localisations encéphaliques, dont le hoquet ne serait qu'un symptôme éventuel ?

Ainsi pourraient peut-être s'accorder les opinions divergentes que nous avons exposées.

Quoiqu'il en soit, voici donc quel est l'état actuel de nos connaissances relatives au hoquet épidémique.

S'il se confirmait cependant que ce n'est, au demeurant, qu'une forme larvée de l'encéphalite, nous sommes en droit d'espérer que la thérapeutique y trouvera son compte et y « gagnera en précision » (Lhermitte),

G. Duchesne.

A TRAVERS LA PRESSE

Presse française.

Les sels de radium et de mésothorium dans la tuberculose.

M. Rénon étudie, depuis douze ans, expérimentalement et cliniquement l'action de ces sels radifères dans le traitement des différentes tuberculoses.

Il a eu recours soit à l'ingestion, soit à l'injection sous-cutanée ou intra-veineuse, de sulfate et de bromure de radium et de mésothérium.

Il semble que, quant à présent, on n'ait eu à enregistrer qu'une action manifeste sur l'état général des malades et sur la température, sans que l'évolution tuberculeuse proprement dite ait paru modifiée.

A ce titre, la médication radifère mérite d'être conservée dans la thérapeutique anti-tuberculeuse, d'autant plus qu'il est permis d'escompter qu'un arrangement mieux connu des électrons de l'atome, ou une meilleure pratique des oscillations et de la gravitation des électrons à l'état normal et pathologique, permettront d'obtenir de meilleurs résultats encore. (*Paris méd.*, 2 nov. 1920.)

Sérothérapie pulmonaire par voie trachéale.

MM. Rathery et Bordet ont employé cette méthode dans un cas de gangrène pulmonaire et dans un cas de broncho-pneumonie double. Les malades ont parfaitement été guéris.

On peut utiliser, selon ces auteurs, la voie transglottique, ou voie naturelle, ou la voie intercricothyroïdienne, ou voie artificielle, pour faire pénétrer dans les voies respiratoires du sérum antitoxique, ressortissant aux espèces microbiennes en cause : pneumocoque, streptocoque, perfringens, vibrion septique, etc.

Ces injections sont généralement bien supportées. Bien faites, elles n'exposent pas aux accidents anaphylactiques et confèrent une immunité rapide et durable. Elles portent au contact même des lésions le sérum curateur, et sont plus facilement utilisables que les injections intrapulmonaires proprement dites qui ont été parfois préconisées. (*Paris méd.*, 6 nov. 1920.)

Valeur curative du sérum antitétanique.

C'est généralement comme thérapeutique préventive du tétanos que le sérum antitoxique est recommandé et employé, sa valeur curative étant plus discutée.

M. Garot rapporte cependant trois observations qui montrent que, dans ces conditions, il peut donner d'excellents résultats (*Liège médical*, 13 nov. 1920.)

Les injections furent répétées plusieurs jours de suite chez l'un et l'autre malade, à la dose de 20 à 30 cmc., deux fois par jour.

Les résultats furent tels que l'auteur proclame que : « le sérum antitétanique employé à « doses assez élevées, mais surtout répétées « jusqu'à amélioration, paraît avoir un pouvoir « curatif indéniable, même employé en injection « sous-cutanée, à l'exclusion de la *voie intra-* « rachidenne ».

Injections massives de sérum par la voie intra-péritonéale.

Si nous en croyons M. H. Petit (*Méd. Internat. Illust.*, nov. 1920), il y aurait un avantage immense à utiliser la voie intra-péritonéale pour faire absorber sans danger pour l'*organisme des grands blessés*, de grandes quantités de sérum physiologique .

Cette méthode est, selon l'auteur, bien supérieure à l'injection intra-veineuse, plus simple, efficace, rapide et mieux tolérée.

Il emploie le trocart le plus gros de l'appareil de Potain, et ponctionne la paroi abdominale au milieu de la ligne qui réunit l'épine iliaque antéro-supérieure à l'ombilic, dans la fosse iliaque gauche.

Le trocart sera tenu incliné à 45° par rapport à la paroi. On anesthésiera préalablement la région par une injection de cocaïne. On traversera lentement la paroi, par une sorte de taraudage progressif.

Si l'on craignait de léser le grêle avec la pointe du mandrin du trocart, on pourrait utiliser un mandrin à extrémité mousse, une fois sans doute la peau transfixiée.

Le trocart étant dans la cavité péritonéale,



on en met l'embout extérieur en rapport avec un bock contenant la solution maintenue à 42°. L'injection de deux litres de sérum ne demande pas plus de 10 minutes, tout compris.

La résorption du sérum est très rapide, puisqu'au bout de 20 minutes, ses effets se font sentir : recoloration de la peau et des muqueuses, relèvement du pouls, etc.

D'ailleurs, M. Petit rapporte deux observations typiques dans lesquelles la mise en œuvre de ce procédé paraît avoir eu des conséquences en quelque sorte miraculeuses.

L'idée d'employer la voie péritonéale pour introduire de grandes quantités de sérum dans la circulation des shockés lui a été suggérée par le *modus faciendi* du prof. Delbet, lequel, dans les laparotomies shockantes, verse directement dans l'abdomen, avant de le refermer, un ou deux litres de sérum chaud.

Aussi, peut-on s'étonner de l'accueil peu empressé fait à sa communication par la Société de chirurgie. Les objections qu'on lui a opposées sont, dit-il, purement théoriques ; leurs auteurs les abandonneront d'eux-mêmes quand ils auront expérimenté impartialement la voie intrapéritonéale.

Trois contre-indications cependant à cette méthode : les plaies pénétrantes de l'abdomen, avec lésion probable de l'intestin ; les affections suppurées de l'abdomen, salpingite, appendicite, perforation de l'estomac ; la péritonite tuberculeuse.

Orthométrie dans les rétroflexions utérines.

En neuf planches d'une éloquence admirable, M. Dartigues expose l'iconographie de son procédé de ligamentopexie extra-péritonéale ou inguino-prépubienne associée à la laparotomie sus-pubienne transverse.

Cela ne comporte pas d'analyse. La simple inspection de ces belles photographies suffit à éduquer le chirurgien qui désire être mis au courant de cet élégant procédé d'intervention abdominale. (*Presse méd.*, 10 nov. 1920.)

Les injections intra-veineuses de silicate de soude.

La silice existant abondamment dans les tissus végétaux et animaux, il semble établi que l'artério-sclérose n'est autre qu'une anémie siliceuse. De là à utiliser cette substance pour combattre la grande diathèse cardio-artérielle, il n'y a qu'un pas, qu'ont franchi MM. Schaeffler et Sartory, qui se servent de la voie intraveineuse pour introduire dans l'organisme une solution de silicate de soude à raison de 2 cmc. d'une solution contenant 0, 005 par cmc.

Les injections sont répétées dix fois, à raison d'une tous les deux jours.

Conclusions : « Les malades étiquetés prés scléreux retirent du traitement un bénéfice manifeste et rapide.

« D'une façon générale, chez les malades en traitement, la tension artérielle baisse, la viscosité sanguine augmente ou diminue pour tendre vers un chiffre rapproché de la normale.

« La dyspnée d'effort s'atténue ; il y a élévation de la vitalité générale.

« Il nous a paru que les symptômes ressortissant de l'artériosclérose cérébrale, vertiges, céphalée, sont ceux qui sont le plus rapidement amendés, même si la tension artérielle ne diminue pas sensiblement, ce qui prouve que l'efficacité du médicament n'est pas exclusivement due à son action sur la tension artérielle.

« En ce qui concerne les angineux, les crises deviennent moins douloureuses et moins fréquentes.

« Sous l'influence du traitement, la plupart des malades signalent eux-mêmes une augmentation de forces, le diminution de la dyspnée d'effort et une sensation de mieux-être. »

Les vaccins de Delbet.

Nous avons à plusieurs reprises entretenu déjà nos lecteurs de cette médication des affections pyogénétiques. Nous leur signalons de nouveau un travail de M. Dupont (*Prog. méd.*, 13 nov. 1920), qui publie 49 observations de malades chez lesquels il n'a eu qu'à se louer généralement de cette vaccinothérapie.

L'auteur injecte une dose moyenne de 4 cmc. quelquefois seulement 3 cmc. de vaccins de Delbet, chez l'adulte, à raison de 3 injections à 2 ou 3 jours d'intervalle. Les principales indications en sont, selon lui : l'anthrax et le furoncle, l'érysipèle, les lymphangites, les phlegmons et les adéno-phlegmons, les adénites aiguës ou subaiguës, les abcès du sein, les plaies infectées, l'ostéomyélite.

Toutefois, dans les états septicémiques, les résultats seraient absolument nuls.

Les vaccins de Delbet se trouvent en droguerie sous le nom de Propidon.

Les injections intra-rachidiennes de novarsénobenzol dans les syphilis nerveuses.

S'autorisant de huit observations personnelles MM. Ravaut, Arbeit et Rabeau exposent leur technique et les résultats qu'elle leur a donnés. (*Paris méd.*, 13 nov. 1920.)

Une solution aqueuse de novarsénobenzol titrée à un milligramme de sel par goutte est aspirée dans une seringue graduée en gouttes, en quantité suffisante.

On pratique ensuite une ponction lombaire, et on recueille les premiers cmc. de liquide c. r. pour les examens de laboratoire, les suivants

étant recueillis dans le corps de pompe d'une seringue de 20 cmc. A ceux-ci est mélangée la solution médicamenteuse. Le mélange est injecté lentement dans le canal rachidien. On fera ensuite coucher le malade en lui maintenant la tête basse par la surélévation des pieds du lit sur des briques.

Au traitement intra-rachidien, les auteurs associent le traitement extra-rachidien par le mercure et l'arsenic. Ils font remarquer que cette pratique ne permet pas d'objecter que les résultats obtenus pourraient être dus à la médication extra-rachidienne, des améliorations ayant été constatées chez des malades soumis exclusivement à l'injection intra-rachidienne, ou aux deux méthodes combinées et qui n'avaient éprouvé aucun soulagement de la méthode extra-rachidienne utilisée seule préalablement.

Les doses de novarsénobenzol introduites dans le canal médullaire varient de 4 à 5 milligrammes, les injections étant répétées de six à dix fois, tous les huit ou quinze jours.

Ils ont ainsi traité une méningite syphilitique subaiguë, une méningo-myélite aiguë, un tabès avec début probable de paralysie générale, cinq paralysies générales.

Les injections sont très bien supportées. « Aucun malade n'a été aggravé et aucun n'a présenté de suites fâcheuses ».

Il y a eu dans tous les cas amélioration plus ou moins notable, soit de l'état général, soit de certains troubles pris en particulier.

Quand il existe des lésions dégénératives des centres nerveux, il est évident qu'aucun traitement n'est capable de les faire rétrocéder. Ce qu'on peut escompter, c'est l'arrêt d'évolution de ces lésions et leur limitation.

C'est dire qu'il y a une question d'opportunité de ce traitement des syphilis nerveuses dont les cliniciens devront tenir compte.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

Paris.

Un cas d'infantilisme d'origine dysthyroïdienne,

(M. ARMAND-DELILLE — *Soc. Méd. des hôpitaux.*)

M. Armand-Delille présente un cas de nanisme et d'infantilisme d'origine dysthyroïdienne. Il s'agit d'un sujet de 22 ans dont l'apparence extérieure est celle d'un enfant de 10 à 12 ans. Pas d'aspect myxœdémateux. Corps thyroïde atrophié. M. Armand-Delille se propose de soumettre le malade au traitement thyroïdien, associé à l'opothérapie hypophysaire, et il espère obtenir une amélioration de ces troubles.

Le hoquet épidémique.

(MM. SICARD et PARAF. — *Soc. méd. des hôpitaux.*)

L'épidémie de hoquet, dont tous les praticiens ont observé des cas, ces temps derniers, est évoquée à la Société médicale des hôpitaux par M. Sicard.

Au début de 1920, décrivant les caractères généraux de l'encéphalite myoclonique, M. Sicard signalait la fréquence des secousses diaphragmatiques, avec ou sans hoquet, rencontrées dans cette forme de l'encéphalite épidémique. L'épidémie récente de hoquet n'est qu'une exagération des phénomènes observés déjà au commencement de l'année. Le hoquet se montre isolé, ou accompagné d'une légère élévation de température et d'un peu de courbature. Il éclate par crises d'une durée moyenne de 30 à 60 minutes et il se prolonge habituellement quelques jours, pour disparaître alors. Toutefois, étant donné le polymorphisme et l'évolution souvent traîtresse de la maladie encéphalitique, il est bon de faire quelques réserves sur l'avenir de ces troubles qui semblent au premier abord ne pas offrir de caractère de gravité.

M. NETTER a vu des cas plus prolongés, durant 6 jours et au-delà ; une fois, la température s'est élevée à 39°. Pour lui, la relation de ces hoquets avec l'encéphalite épidémique ne paraît pas douteuse.

M. Ch. VINCENT pense également que la majorité des hoquets en question est d'origine infectieuse. Mais, n'y en a-t-il pas aussi un certain nombre d'hystériques ?

M. SICARD donne deux signes diagnostiques différentiels entre le hoquet épidémique et le hoquet hystérique. La fébricule légère qui se voit dans le premier n'existe pas dans le second. En outre, le hoquet hystérique n'est pas muet, mais bruyant.

Parmi les traitements essayés, la compression oculaire, les tractions rythmées de la langue, le sachet de glace sur les régions cervicales latérales, la compression épigastrique ou thoracique au niveau des points d'insertion du diaphragme peuvent parfois exercer une influence inhibitrice sur la crise. Les analgésiques usuels et même la morphine sont souvent inefficaces.

M. RIVET signale les bons effets de la compression oculaire qui a réussi à M. Lipschitz chez plusieurs malades.

Injections de sels de terres cériques dans les tuberculoses locales.

(MM. GRENET, BLOCH et DROUIN. — *Soc. méd. des hôpitaux.*)

M. Grenet rapporte une série de 22 observations de tuberculoses locales, à localisations diverses (ganglions, peau, os, etc.) traitées par les injections de sulfates de terres cériques.

M. HUDELO partage, en grande partie, l'opinion de M. Grenet sur la valeur des injections intra-vei-

neuse des sels de terres rares dans le traitement des tuberculoses cutanées. Il a observé des résultats très nets dans les cas de lupus érythémateux, plus lents et moins frappants dans le lupus de Wilson, nuls dans les gommes scrofulo-tuberculeuses, variables dans les adénites. Il considère cette méthode comme des plus encourageantes.

M. Rénon a obtenu une amélioration des tuberculoses locales avec les sulfates de terres rares. L'amélioration se poursuit pendant plusieurs mois, puis une stabilisation s'établit et l'action du traitement semble s'épuiser.

Traitement de l'arthrite blennorrhagique par l'injection sous-cutanée du liquide articulaire.

(MM. Dufour et Debray. — *Soc. méd. des hôpitaux.*)

Le traitement autosérothérapique de l'arthrite blennorrhagique aiguë a été proposé en 1912 par M. Lop (de Marseille). MM. Dufour et Debray y ont eu recours à nouveau, avec succès, chez trois malades. Le mode opératoire est des plus simples. L'articulation est ponctionnée avec une aiguille et une seringue stériles, l'épanchement est évacué et l'on réinjecte immédiatement sous la peau de la cuisse 10 centim. cubes du liquide. L'injection est parfaitement tolérée et ne détermine aucun phénomène réactionnel local ou général.

Ce traitement constituerait à la fois une sorte de vaccination et une véritable sérothérapie, associant les effets de deux méthodes thérapeutiques : l'autovaccinothérapie et l'autosérothérapie. Son action, chez les trois malades de M. Dufour, a été très rapide et des plus nettes.

Lésions hépato-rénales dans l'ulcère de l'estomac.

(MM. Le Noir, Richet fils et Jacquelin. — *Soc. méd. des hôpitaux.*)

MM. Le Noir, Charles Richet fils et Jacquelin signalent la fréquence relative avec laquelle on constate, chez les malades atteints d'ulcus gastrique de date déjà ancienne, l'existence de lésions hépatiques et rénales. Sur 19 cas d'ulcus gastrique ayant nécessité une intervention chirurgicale, 5 fois la terminaison a été fatale et, à l'autopsie, M. Le Noir a pu constater des altérations du foie et des reins, restées latentes pendant la vie, et auxquelles l'opération avait sans doute donné un coup de fouet.

M. Gandy a étudié il y a quelques années déjà, dans un travail sur l'ulcère simple, le rôle étiologique, dans cet état morbide, des lésions chroniques du foie et des reins. Il lui paraît logique de subordonner l'ulcus aux lésions hépato-rénales, celles-ci conditionnant fréquemment un état toxémique qui intervient dans le processus histologique de la nécrose hémorrhagique.

Etat actuel du traitement anti-tuberculeux par les sels cériques.

(MM. Grenet et Drouin. — *Soc. méd. des hôpitaux.*)

M. Grenet rappelle les bases sur lesquelles il s'est appuyé pour préconiser avec M. Drouin l'emploi des sels de terres cériques dans le traitement de la tuberculose. Ces bases sont l'action sur le bacille de Koch (qui subit des changements morphologiques de déchéance) et la réaction leucocytaire (mononucléose). Les auteurs qui se sont occupés de la question ont tous vérifié ces propriétés. Quant aux observations cliniques favorables à la méthode, elles sont aujourd'hui nombreuses. Sans doute, y a-t-il encore beaucoup à faire pour la perfectionner, mais le principe de son activité semble bien établi, disent les auteurs.

M. Rénon a vu, à côté de stabilisations nettes et prolongées, des cas sur lesquels la médication ne paraissait pas avoir de prise.

Péritonite aiguë à forme entéritique.

(MM. A. Bergé et Roberti. — *Soc. méd. des hôpitaux.*)

La péritonite aiguë s'accompagne habituellement de constipation et exceptionnellement de diarrhée. Lorsqu'il y a diarrhée, celle-ci n'est en général qu'un phénomène de second plan, qui n'augmente pas les difficultés du diagnostic. Il peut, cependant, ne pas en être ainsi et MM. Bergé et Roberti viennent d'observer un cas de péritonite aiguë dans lequel les évacuations diarrhéiques abondantes ont été le symptôme prédominant, faisant penser à une entérite aiguë et faisant remettre l'intervention chirurgicale.

Il s'agit d'une jeune femme de 21 ans qui fut admise dans le service de M. Bergé pour une diarrhée profuse avec douleurs abdominales spontanées et provoquées par la pression profonde, fièvre (39°), quelques vomissements, ensemble qui fit porter le diagnostic d'entérite avec réaction péritonéale d'origine mal déterminée. La situation s'étant aggravée, on intervint 3 jours plus tard, sans diagnostic ferme. Il s'agissait d'une péritonite généralisée d'origine probablement génitale (abortive). La malade succomba quelques heures après l'opération.

Empyème staphylococcique traité par la vaccination

(M. Delbez, de Liège. — *Société de chirurgie.*)

M. R. Grégoire présente un rapport sur une observation de M. Delbez, de Liège, relative à un empyème staphylococcique, chez un enfant, guéri par la vaccinothérapie, sans opération. Le traitement a consisté en injections d'une culture stérilisée de bouillon de 24 heures de staphylocoques d'ostéomyélite. M. Grégoire note qu'il y a là un fait vraiment nouveau en chirurgie, qui fait perdre de sa valeur au vieil adage : *ubi pus, ibi evacua.*

M. TUFFIER remarque qu'il s'agit d'un enfant. Or, chez les enfants, la pleurésie purulente est d'une bénignité connue. Pour ce qui concerne, d'une façon générale, la vaccinothérapie chirurgicale, on sait que le vaccination contre le staphylocoque est efficace, mais qu'il en est tout autrement de la vaccination anti-streptococcique, quelle que soit sa localisation, que l'on emploie l'autovaccin ou le stock-vaccin.

P. L.

Province.

Société des sciences médicales et biologiques de Montpellier et du Languedoc Méditerranéen.

MM. ESTOR, GRYNFELTT et AIMES.— **Fibro-myome de l'ovaire** enlevé chez une femme de 52 ans. Cette tumeur donnait lieu à des métrorragies abondantes et répétées ; son poids est de 850 gr. Irrégulièrement arrondie, elle est recouverte de nombreuses élevures sinueuses qui lui donnent l'aspect du cerveau. Malgré le volume de la tumeur, il n'existait pas d'ascite. Histologiquement, il s'agit d'un fibro-myome à prédominance fibreuse ; l'élément musculaire ne présente qu'une différenciation rudimentaire.

MM. ROUX et VINON. — **Epithéliome canaliculaire du sein** (présentation de pièce). Petite tumeur kystique du volume d'une noix développée au voisinage du mamelon non rétracté, avec ulcération spontanée de l'aréole et issue de végétation au travers d'un orifice à l'emporte-pièce, pas de ganglions axillaires (début de l'affection remontant à deux ans chez une femme de 75 ans).Examen histologique : végétations intra-kystiques avec cellules cylindriques typiques, mais en certains points allure atypique rappelant le carcinome mammaire.

M. MADON. — **Un cas d'agglutination du col.** — L'auteur rapporte l'observation d'une primigeste sans antécédents généraux ni gynécologiques entrée en travail à la clinique obstétricale de Montpellier pour absence de dilatation du col. Après 43 heures de travail, malgré des contractions énergiques, l'examen direct à l'aide de deux valves permit de voir un rudiment de col qui avait échappé au toucher ; l'index appuyant sur ce point permit de pénétrer dans la cavité utérine. La dilatation fut complétée par la méthode de Bonnaire et l'accouchement terminé par une application de forceps sur une O. I. G. A. Les suites furent excellentes pour la mère et pour l'enfant.

M. ROUME. — **Syndrome toxi-infectieux chez une femme enceinte**, à symptomatologie d'encéphalite léthargique à forme fruste. L'auteur rapporte le cas d'une jeune femme primigeste qui entra à la maternité au 4e mois de sa grossesse avec un syndrome de toxi-infection grave, crises narcoleptiques de plus en plus fréquentes, quelques troubles oculaires, mouvements choréo-athéthosiques, hypertension du liquide céphalo-rachidien, état général infectieux. La grossesse ne pouvant plus continuer, l'évacuation de l'utérus s'imposait pour donner à la mère une chance de survie , l'intervention fut décidée mais le décès de la malade survint avant qu'elle fût réalisée, les symptômes s'étant subitement aggravés.

MM. VINON et ROUX. — **Grand kyste de l'utérus à pédicule tordu.** Une malade âgée de 32 ans, sans passé pathologique, présente une volumineuse tumeur abdominale donnant tous les signes d'un kyste de l'ovaire à pédicule tordu (accidents péritonéaux). A l'intervention, volumineux kyste à contenu hématique couleur chocolat (4 litres de liquide), le pédicule gros et court partiellement canaliculé, s'insère au voisinage de la corne utérine — sur le fond de l'organe. Extirpation du kyste avec conservation utéro-annexielle — guérison simple. L'examen histologique de la paroi du pédicule a montré la présence de fibres musculaires et conjonctives avec débris d'épithélium de revêtement. Comme dans les cas similaires, d'ailleurs extrêmement rares, publiés par S. Marcadé et Chifoliau, les auteurs pensent qu'il s'agit de kystes embryonnaires très vraisemblablement d'origine wolffienne.

MM. GUEIT et BOUTET. — **Reprise de l'allaitement** après un mois d'interruption chez un jeune bébé athrepsique. Les auteurs rappellent l'importance de l'allaitement maternel dans le traitement de cette maladie des nouveau-nés et insistent sur cette notion déjà ancienne du retour possible de la sécrétion lactée chez la femme plusieurs semaines après la suppression de l'allaitement. Ce retour de la sécrétion lactée est surtout possible dans les premiers mois qui suivent l'accouchement.

Réunion obstétricale et gynécologique de Montpellier.

M. GUIRAUDEN. — **Viciation pelvienne par pied bot équin.** Quatre jours après le début du travail chez une primipare, une application de forceps au détroit supérieur ramène un enfant macéré. Le toucher avait montré un promontoire accessible et un aplatissement très marqué de la paroi droite de l'excavation. Cette malformation que confirme la pelvimétrie externe, s'explique par un pied bot équin gauche, opéré à l'âge de quatre ans, alors que l'enfant marchait déjà depuis plusieurs mois, trop tard pour empêcher ce bassin d'être vicié par claudication.

Au cas de pied bot chez une fillette, il ne faut donc autoriser la marche qu'après la parfaite correction de cette infirmité.

M. TÉDENAT.— **Myomes utérins** en dégénérescence rouge chez les jeunes. Favorisées par la grossesse, quoique l'auteur en ait opéré plusieurs cas chez de jeunes vierges, ces tumeurs s'accompagnent souvent de troubles généraux, tels que fièvre et haleine d'une fétidité spéciale, dont l'existence pendant quelques

semaines ou quelques mois traduit un état d'intoxication ou d'infection. Pour expliquer la transformation rouge, on invoque les thromboses et les lésions endartéritiques qui coïncident souvent dans la même tumeur avec l'infiltration grasse. Mais l'hémolyse à l'intérieur du néoplasme est le fait essentiel. L'intensité de la couleur varie selon la proportion des lipoïdes contenues dans la cellule musculaire.

Discussion : M. de Rouville a publié en 1912 un cas de cet ordre où les phénomènes généraux étaient au premier plan.

M. Godlewski a opéré trois cas analogues. Dans les trois cas, les malades présentaient aussi un rétrécissement urétral et se refuse à y voir autre chose qu'une coïncidence.

M. Gaujoux : **Un cas d'encéphalite léthargique durant la grossesse**. Histoire d'une malade qui, après avoir présenté les symptômes d'une infection fébrile banale, a réalisé la triade classique, fièvre, somnolence, paralysie oculaire. Malgré son état de gravidité, cette femme a guéri, et la grossesse a évolué heureusement jusqu'au terme.

Discussion : M. Vallois rapporte à ce sujet une observation où les accidents nerveux avaient d'abord été attribués à une toxhémie gravidique avec réaction méningée.

M. Paul Delmas attire l'attention sur les résultats favorables obtenus en faisant bénéficier de semblables sujets d'une transfusion sanguine à partir de sujets convalescents de la même maladie.

M. de Rouville.— **Cancer du col et kyste du ligament large** secondairement épithéliomateux. Chez un sujet porteur d'un épithéliome cervical, au cours de l'hystérectomie, une masse incluse dans le ligament large est énucléée facilement après ligature de l'hypogastrique. L'examen histologique montré dans cette tumeur une métastase du néoplasme cervical.

M. Paul Delmas. — **De la transfusion sanguine dans l'infection puerpérale**. Des quelques observations rapportées par l'auteur, deux sont démonstratives, la troisième est douteuse, la dernière est un insuccès. Cet exposé n'entraîne donc pas la certitude, mais il est de nature à légitimer tous les espoirs et tout au moins à provoquer de nouvelles recherches.

Discussion : M. Godlewski a obtenu de remarquables résultats de la transfusion chez deux blessés de guerre dont l'un avait eu comme donneur un sujet ayant eu antérieurement la même infection mais guérie.

MM. Gaujoux et Flaisser. — Encore un **cas de tétanos abortif**. Cette observation montre que le tétanos utérin est parfois précédé d'une longue incubation. Malgré une évolution lente et l'emploi du sérum antitétanique, ce cas s'est terminé par la mort, si fréquemment observée dans le tétanos compliquant les manœuvres abortives.

Discussion : M. Vallois croit qu'accuellement, le tétanos est une complication très rare de la puerpéralité, même lorsqu'il s'agit d'un avortement, que ce dernier soit accidentel ou provoqué. Pour sa part, M. Vallois n'en a observé qu'un cas à terminaison fatale.

M. Tédenat pense qu'il est souvent difficile d'établir l'origine du tétanos. Après les interventions, il relève parfois au catgut, que celui-ci n'est pas passé par l'étuve humide sous pression.

Paul Delmas.

THÉRAPEUTIQUE APPLIQUÉE

Thérapeutique antisyphilitique moderne.

Par le Dr G. Fassina.

Dans la lutte contre la syphilis, le praticien dispose actuellement de trois agents : l'arsenic, le mercure, l'iode. Le plus puissant, si l'on se place au point de vue rapidité d'action, est sans conteste l'arsenic sous ses formes injectables d'arsénobenzol et novarsénobenzol. Mais si tous les syphiligraphes sont maintenant d'accord pour reconnaître les effets puissamment curateurs de ces médicaments, leurs opinions ne se sont pas encore unifiées sur la conduite qu'il convient de tenir en présence des cas d'intolérance, légers ou graves, que l'on rencontre parfois. C'est ce qui résulte très nettement de la longue discussion qui suivit le rapport si documenté de L. Gastou à la Société de Médecine de Paris. Quelques-uns ont résolu la question par l'abaissement des doses ou par l'injection hypodermique du sel ; d'autres, en présence de ces accidents, et de l'accusation portée aussi sur l'arsenic de *tertiariser précocement la syphilis* (1), ont vu leurs convictions s'affermir sur la prépondérance à donner au mercure et à l'iode.

Grâce à la ponction lombaire et aux examens répétés du liquide céphalo-rachidien, nous pouvons maintenant prévoir et juguler en temps voulu ces atteintes méningo-encéphaliques de la période secondaire. Aussi, chez les malades que nous pouvons suivre, il ne saurait être question de proscrire les arsenicaux au début de leur affection. Nous avons actuellement le devoir de tenter chez eux la stérilisation définitive par abortion de la maladie. Cette abortion est possible : les réinfections typiques, non douteuses, observées de plus en plus fréquemment chez les malades précocement et énergiquement traités nous en ap-

(1) Jeanselme, A. Vernes et Bloch, mettent la plupart des accidents de neuro-récidives sur le compte d'un traitement arsenical insuffisant, incomplet.

portent la preuve clinique ; il nous est toujours permis, en présence d'une infection récente, d'en caresser l'espoir.

Par conséquent, à ce stade, indication formelle de recourir au traitement arsenical intra-veineux, chez tous les malades que nous pouvons suivre, en tenant compte, cela va sans dire, de toutes les contre-indications que peut faire apparaître l'examen minutieux du patient. Cette première période, que l'on pourrait appeler *période du traitement abortif*, est courte ; on peut lui assigner comme limite, assez rigoureusement, un laps de temps de 21 jours qui suit immédiatement l'apparition du chancre, pendant lequel le Wassermann reste silencieux, et le porteur du chancre encore susceptible d'en contracter un autre. Pratiquement, on est amené à reculer un peu cette limite et on essayera de faire bénéficier du traitement abortif tout porteur d'un chancre induré, avant l'apparition de la roséole ou de tout autre accident donnant la preuve d'une infection généralisée.

Cette première période écoulée, une deuxième s'ouvre, où les mêmes résultats ne peuvent être espérés ; le cas de conscience de l'abortion possible ne se pose plus, et le praticien non familiarisé par une longue pratique avec les arsénobenzols, ou redoutant leurs inconvénients, du fait de l'état général de son malade, peut parfaitement alors envisager une thérapeutique intensive dont le mercure et l'iode feront seuls les frais. Car ce serait une erreur de croire que ce sont là des agents trop peu actifs. On peut frapper vite et fort avec le mercure, et ainsi s'explique la faveur dont jouissent les injections intra-veineuses de cyanure d'Hg, qui constituent effectivement un excellent médicament d'urgence de la syphilis acquise.

Notons toutefois que la voie intra-veineuse ne représente plus la méthode de choix lorsqu'il s'agit d'atteindre cet organe que le tréponème lèse si souvent : le foie. La voie intestinale est alors une voie d'accès plus directe ; de là cette pratique de certains syphiligraphes d'associer systématiquement, aux injections intra-veineuses arsenicales, une cure iodo-mercurielle dans la syphilis hépatique.

Dans le traitement complet d'un syphilitique, la voie buccale garde donc une indication rationnelle, et lorsqu'il s'agit d'atteindre en particulier le foie, elle doit être préférée à la voie intra-musculaire, et même à la voie intra-veineuse.

L'ingestion paraît également préférable à la voie rectale en raison des différences d'absorption de la muqueuse ano-rectale d'un individu à un autre. La voie cutanée est passible des mêmes reproches, de telle sorte que frictions et suppositoires mercuriels représentent une modalité thérapeutique incertaine, toujours un peu aléatoire.

Le mercure et l'iode — son meilleur adjuvant — conservent donc encore non seulement des partisans, mais des indications formelles ; on ne saurait les reléguer dans une pharmacopée désuète, et on aurait le plus grand tort de se priver de ces deux agents thérapeutiques à l'action si fidèle et si sûre. Il arrive même quelquefois que, sous leur influence, les injections intra-veineuses arsenicales sont ensuite mieux tolérées (Carle) (1), double bénéfice et nouvel argument en faveur des traitements conjugués.

Pour ma part je me suis toujours bien trouvé de cette association, surtout depuis que, délaissant les pilules mercurielles et le sirop de Gibert (ancienne ou nouvelle formule ; non pas mauvaise préparation, car elle compte à son actif de nombreux succès, mais malheureusement de plus nombreuses intolérances stomacales), j'emploie l'éther diiodobrassidique hydrargyré ou lipogyre. Ce médicament représente un dérivé mercuriel d'un corps déjà bien connu en thérapeutique et qui a fait ses preuves, même comme antisyphilitique (2) ; mais, suivant le précepte de Gougerot, nous estimons que, chez les spécifiques, les iodiques ne doivent être prescrits qu'associés au mercure. Le lipogyre me semble réaliser au mieux cette association ; bien toléré, de prompte efficacité, d'administration facile, il est toujours bien accepté par les malades. Quant aux résultats qu'il est permis d'en attendre, les deux observations ci-après, analogues à plusieurs autres, permettent d'en juger, et même, nous le verrons, d'établir en quelque sorte une équivalence thérapeutique.

Obs. 1.

Syphilis cérébrale chez une femme de 62 ans. Vue par moi pour la première fois en février 1919 ; vertiges, grande faiblesse de la jambe droite et douleurs osseuses dans le bras droit avec exacerbations nocturnes. A eu, il y a un an, à la suite d'une grippe, une hémiplégie droite qui la tint au lit pendant un mois. Essai de traitement spécifique ; refus de continuer celui-ci après la troisième piqûre qui fut suivie d'un abcès.

Pas d'enfants, pas de fausses couches. Mari mort fou à Bicêtre, il y a dix ans. La malade se serait toujours bien portée jusqu'à son hémiplégie, sauf de temps en temps de fortes migraines. Tentative de suicide il y a 3 ans.

A l'examen, on note : abolition des réflexes pupillaires, myosis habituel, déformation ovalaire de la pupille droite ; exagération des réflexes tendineux, particulièrement à droite ; hypersensibilité cutanée. Diminution marquée de la force musculaire des membres supérieur et inférieur du côté droit. Sclérose linguale, atrophie papillaire totale, traînée leucoplasique sur la face dorsale. Lucidité parfaite, légère difficulté d'élocution.

Wassermann du sang = + + . Ponction lombaire refusée par la malade. En raison de son âge, de l'ancienneté des lésions, et des répugnances de la malade pour le traitement hypodermique, je prescris du lipogyre à doses progressivement croissantes, de 0 gr. 80 au début jusqu'à 1 gr. 50 (2 à 5 comprimés). Traitement interrompu au vingtième jour par une bronchite avec albuminurie ; reprise 10 jours après, à la dose de 4 comprimés par jour (1 gr. 20), jusqu'au

(1) Arsénobenzol et mercure. Congrès de Strasbourg, 21 juillet 1920.

(2) Cf. F. Gerbay. — De l'action des éthers gras iodés dans la syphilis. *Gazette des hôpitaux*, 31 janvier 1914.

30 mars. Atténuation très nette des vertiges ; pas d'albuminurie à la fin de la cure.

Après un repos de 15 jours, je tente une série d'injections arséno-mercurielles, que je dois cesser après la cinquième, parce que je constate de l'albuminurie avec oligurie. Nouvelle tentative 8 jours après ; en tout 11 injections. Repos jusqu'au 15 mai, puis reprise du traitement par le lipogyre, 5 comprimés à 0 gr. 30 par jour pendant 10 jours, après lesquels la malade ressent une amélioration très nette. Les vertiges, très atténués, ne l'incommodent plus ; elle peut sortir seule et vient à ma consultation sans être accompagnée.

Repos d'un mois, mais 15 jours après la cessation du traitement, violentes douleurs ostéocopes dans l'humérus droit, non calmées par l'aspirine que la malade a prise de son propre chef. J'ordonne à nouveau le lipogyre, 5 comprimés par jour, avec suppression de l'aspirine : dès le troisième jour, disparition des douleurs ostéocopes. Pas d'albumine à la fin de la cure. Nouveau repos, puis nouvelle tentative d'injections intra-musculaires arsenicales (hectargyre B) qui furent bien supportées. Repos jusqu'au 20 août, et de nouveau lipogyre (4 comprimés à 0 gr. 30 par jour) qui constituera désormais le traitement de fond. Actuellement, état général parfait, aucun trouble digestif. Pas de modification de la sclérose linguale, mais la malade, d'après son entourage, s'exprimerait avec autant d'aisance qu'avant son hémiplégie. Vertiges non complètement disparus, mais ne se manifestant qu'à de rares intervalles et ne gênant pas la locomotion. Les douleurs ostéocopes réapparaissent parfois, mais moins fortes qu'autrefois, et toujours pendant la suspension du traitement ; il suffit de quelques comprimés de lipogyre pour les calmer. Augmentation de la force musculaire du membre supérieur droit.

Obs. II

Commis-voyageur, 32 ans. Stigmates d'hérédo-syphilis. Chancre infectant en 1914; presque pas de traitement. Vient me consulter fin 1917 pour des syphilides de la langue. Malade indocile, se soignant quand il a le temps, a la phobie du 606.

Traitement : injections intra-musculaires quotidiennes de biiodure Hg à 0 gr. 02. Disparition des accidents vers la sixième piqûre.

Récidive deux mois après. Nouvelle série de biiodure, mêmes doses que la première fois ; disparition des accidents de nouveau après la cinquième piqûre. Interruption du traitement à la dixième piqûre en raison de troubles digestifs.

Troisième récidive un mois après, mais cette fois sous forme d'une plaque opaline, unique, à tendance leucoplasique, sur la face inférieure de la langue. Le malade étant à la veille d'un départ, je lui prescris du lipogyre, 6 comprimés à 0 gr. 30 par jour. Disparition de l'accident au neuvième jour du traitement, qui fut mieux supporté, me déclara le malade à son retour, que les injections de biiodure. Je le revis ultérieurement, et il consentit alors à une série d'injections arsenicales intra-veineuses.

Je ne veux donc retenir de son observation que la donnée comparative qui s'en dégage au point de vue de l'équivalence thérapeutique du lipogyre avec des injections quotidiennes de biiodure d'Hg. Nous voyons neuf jours de traitement par le lipogyre donner les mêmes résultats que six jours de traitement par injections intra-musculaires de biiodure Hg ; cette donnée, quoiqu'insuffisante pour une généralisation, mérite cependant d'être retenue.

Je conclurai : à toutes les périodes de la syphilis, la thérapeutique la plus sûre est celle qui fera un choix judicieux des trois agents spécifiques, As, Hg, I, sans en exclure aucun de parti-pris. Les composés arsenicaux s'imposent au début de la syphilis chez tous les sujets indemnes de tares viscérales, alors qu'il est permis d'escompter une action stérilisante définitive par abortion de l'infection ; cette période, qui commence immédiatement après le contact infectant, ne dépasse guère les 21 jours qui suivent l'apparition du chancre. Après elle, et quel que soit l'usage que l'on fera des arsenicaux, les cures mercurielles ne devront pas être mises de côté ; elles trouvent leur place, soit avant l'arsenic, pour prévenir de dangereuses réactions d'Herxheimer, soit après, pour consolider de rapides et brillants résultats. Ces cures mercurielles seront faites, suivant les opportunités, par injections de sels solubles ou par voie buccale. En ce dernier cas, c'est avec avantage que l'on emploiera le lipogyre, qui réunit iode et mercure sous une forme active, commode, pratique, peu encombrante, toujours bien tolérée.

BIBLIOGRAPHIE CRITIQUE

Revue des Thèses.

Thèses de Lyon.

Dr Aimé Marrel. — **Traitement des blessures de la voûte palatine.**

Marrel conclut : Les perforations de la voûte osseuse lorsqu'elles ne s'obturent pas spontanément (comme dans les pertes de substance très minimes) sont très rebelles au traitement.

Malgré cela, l'opération doit être tentée dans les cas moyens par le procédé classique de décollement ou par bascule de lambeaux palatins ou jugaux.

Les perforations les plus antérieures et les plus médianes semblent plus faciles à obturer.

Si l'opération est impossible, on aura recours à la prothèse. Les lésions concomitantes dentaires et du rebord alvéolaire doivent souvent conduire à l'appareillage, qui remplira un double but.

L'appareillage demande beaucoup de soins lorsque les lésions sont près du voile du palais.

PARTIE PROFESSIONNELLE

LÉGISLATION FISCALE

Le secret professionnel médical et le Ministre des Finances.

Nous lisons au *Journal Officiel* du 15 décembre 1920 :

5601. — M. SAGET, député, demande à M. LE MINISTRE DES FINANCES si un contrôleur des bénéfices de guerre peut, sans violer le secret professionnel, exiger d'un médecin qu'il lui produise son livre sur lequel sont inscrits le nom de ses clients, la nature de leur maladie et le chiffre des honoraires. (*Question du* 23 *novembre* 1920.)

Réponse. — Les médecins doivent, comme tous les autres contribuables, communiquer aux commissions de taxation « tous documents nécessaires pour établir les bases d'imposition » (loi du 1er juillet 1916, art. 8). Au cas où ils seraient ainsi conduits à faire connaître le nom de leurs clients, ils n'engageraient aucunement leur responsabilité, attendu qu'ils ne feraient que se conformer à une prescription légale et que, d'ailleurs, les agents du service financier à qui cette indication serait fournie sont eux-mêmes astreints au secret professionnel.

(*J. O.*, 15 déc. 1920).

Corrigeons ce que peut avoir d'inexact et de trop sommaire la réponse du Ministre des Finances :

1° A la question posée par M. Saget : « le médecin peut-il communiquer, sans violer le secret professionnel, ses carnets ou cahiers et registres, qui contiennent, non pas seulement des noms de clients et des chiffres, mais *l'indication de la nature de leurs maladies* ? » le ministre répond en ne parlant que de la révélation aux contrôleurs des *noms* des clients, et en disant qu'elle ne comporte pas de violation du secret professionnel. M. Saget n'est pas bien avancé. Mais, même sur ce point, nous devons faire des réserves. La question a déjà depuis longtemps été examinée en doctrine et en jurisprudence. Il y a des médecins qui se trouvent dans le cas où l'obligation du secret leur défend de dire même simplement qu'ils ont été consultés : par exemple, certains spécialistes et les sages-femmes ou accoucheurs qui, parmi leurs clientes, en ont qui ont des motifs de cacher leur accouchement. (Voir Perreau, prof. à la Faculté de Droit de Montpellier. Eléments de jurisprudence médicale, p. 339). Ceux-là peuvent être empêchés parfois de fournir devant les tribunaux des justifications à l'appui de leurs demandes d'honoraires et en tout cas ne peuvent pas produire leurs carnets et leurs livres. La solution est la même, lorsqu'il s'agit pour eux de discuter, dans leur propre intérêt, une question fiscale avec des agents du fisc, ou devant une commission. De même, lorsque leurs livres de comptabilité médicale, leurs carnets, contiennent non pas seulement des noms et des chiffres, mais encore des renseignements sur la nature des maladies, des indications de traitement ou de certaines opérations, la communication de ces livres ne doit pas être faite ... même à des agents du fisc, ou aux membres des commissions instituées par la loi du 1er juillet 1916, alors même que ceux-ci sont assujettis à l'obligation du secret.

En général quand les carnets ne contiennent que des noms de clients et des chiffres d'honoraires, rien n'empêche la communication aux contrôleurs et aux commissions. (Voir Perreau et la jurisprudence citée dans son ouvrage, p. 336). On ne considère pas, sauf l'exception rappelée ci-dessus, que le secret professionnel soit intéressé dans le cas où la divulgation ne s'applique qu'à ce genre d'indications. Toute la jurisprudence et la doctrine sont unanimes sur ce point, en matière d'actions en paiement d'honoraires et de justifications à fournir à l'appui de semblables demandes.

2° Dans le cas où le médecin communique ses carnets et registres contenant des indications sur la maladie ou dans des circonstances spéciales où il peut y avoir violation du secret, par le seul fait de la divulgation des noms des clients, la circonstance que l'agent de l'administration est lui-même assujetti au secret suffit-elle pour couvrir entièrement e médecin contre toute réclamation ?

L'administration répond affirmativement ; mais en se plaçant seulement en face du cas où le médecin n'aura communiqué que des noms de clients (sans d'ailleurs faire la réserve qui vient d'être faite ci-dessus).

Sur ce point, la réponse de M. le Ministre des Finances est parfaitement erronée. La même erreur juridique a d'ailleurs été commise à la tribune du Parlement, lors de la discussion de la loi du 31 juillet 1917 (art. 33) qui a institué l'impôt sur les bénéfices des professions non commerciales.

Quand une personne a commis une violation

de secret professionnel en le confiant à une autre personne, elle-même assujettie au secret, si la divulgation vient à se produire et à se répandre, le délit de l'art. 378 du Code pénal est commis par le concours de deux délinquants. Voilà tout.

Qu'on lise le jugement du tribunal de Corbeil et l'arrêt de la Cour de Paris, qui ont donné lieu à un arrêt de Cassation rendu par la chambre criminelle, le 13 mars 1897 (Sirey, 1898, I,425). On y verra qu'un secrétaire de mairie de Corbeil communiqua un jour à un conseiller municipal, la veille d'une séance où on devait discuter en conseil la question de savoir si l'on devait prendre des mesures d'hygiène, les déclarations de maladies épidémiques faites au maire par les médecins, en conformité de la loi du 30 novembre 1892. Le secrétaire de mairie, poursuivi par le parquet, en vertu de l'art. 378 du Code pénal, a été acquitté par le tribunal et par la cour de Paris ; mais la Cour de Cassation (ch. crim.) a cassé cet arrêt et déclaré que le secrétaire de mairie avait commis une violation du secret professionnel.

Quelle eût été la situation du médecin, s'il avait été poursuivi par un client par voie de citation directe, pour avoir révélé l'existence dans telle maison d'une maladie épidémique, poursuite qui aurait pu être dirigée contre lui comme complice du secrétaire de mairie, concurremment avec ce dernier ? Le médecin aurait été certainement acquitté, parce qu'il pouvait invoquer l'obligation légale de déclaration de la loi de 1892. Cela suffisait.

Mais supposons que nous nous trouvions en face d'un membre de commission, ou d'un contrôleur qui ait découvert, dans les carnets d'un médecin, que telle jeune fille de la ville a été délivrée par cet homme de l'art à telle date, ou que telle jeune fille à marier suit un traitement pour la tuberculose ou telle autre maladie, qu'il l'ait raconté sous le sceau du secret à sa femme et que par suite, à la fin de la journée du lendemain, toute la localité ait été mise au courant. Les intéressés, remontant à la source de la divulgation, pourront exercer leur action directe contre le membre de la commission ou le contrôleur et en même temps contre le médecin, la divulgation étant le fait commun de ces deux personnes. Suffirait-il au médecin de dire, pour sa défense, conformément à l'avis du Ministre: « J'ai dû communiquer mes carnets, pour me défendre contre le fisc, *en exécution d'une prescription légale*, et cela bien que cette communication ait pu par elle-même aboutir à une violation du secret que je devais garder. Je suis couvert par la loi. » En aucune façon. Car la loi du 1er juillet 1916 n'impose au médecin aucune obligation de remettre à une commission ses livres de comptabilité médicale.

Il suffit en effet de lire le texte de l'art. 8 de la loi du 1er juillet 1916 pour voir qu'aucune obligation n'est imposée au contribuale en général : « La commission examine les déclarations ; elle *peut* entendre les intéressés et se faire communiquer par eux, ainsi que par les administrations ... tous documents nécessaires. » C'est donc une faculté qu'a la commission de demander des documents. Tout contribuable, même commerçant, peut ne point déférer à cette demande. Quant au médecin, qui n'est nullement tenu d'avoir une comptabilité quelconque, il pourra fournir des relevés, des états certifiés par lui et, si on lui demande de produire des carnets ou cahiers à l'appui, il peut répondre qu'il n'en a aucun et qu'il n'a rien à fournir de plus que ses explications orales et ses relevés. On ne peut l'obliger à rien. S'il produit des carnets et cahiers et que le hasard veuille que par la faute d'un agent du fisc il y ait divulgation du secret professionnel vis-à-vis de certains clients ou dans certains cas plus ou moins exceptionnels, c'est à ses risques et périls que le médecin aura communiqué ces documents.

Pour l'application de la loi du 31 juillet 1917 sur la contribution frappant les revenus des professions non commerciales, la situation est la même. Et comme la loi du 1er juillet 1916 n'existe plus pour l'avenir, ces considérations ne sont pas inutiles pour tous autres cas semblables, comme celui résultant de la loi du 31 juillet 1917.

Ainsi, au regard des dispositions des lois fiscales, le fait qu'un contrôleur est assujetti au secret professionnel, pas plus que la *prescription légale*, qui n'a pas la force d'une obligation légale et qu'invoque, par suite, faussement, le ministre des Finances, ne pourrait permettre au médecin, qui, par la communication de ses livres contenant des indications sur les maladies ou dans certains cas spéciaux aurait fait connaître à l'agent du fisc des secrets intéressant ses clients, d'échapper à une poursuite comme co-auteur du délit, dans le cas même où la divulgation au public viendrait de l'agent du fisc.

L'arrêt de la chambre criminelle dans l'affaire de Corbeil nous montre que cette hypothèse peut se présenter et que l'envisager comme possible n'est pas errer dans le domaine de la fantaisie.

G. GATINEAU,
Avocat à la Cour.

SOU MÉDICAL

Les membres du Sou médical sont instamment priés de bien vouloir régulariser leur situation en envoyant la cotisation de l'année 1920 au trésorier Dr Gassot à Chevilly (Loiret).

RENOUVELLEMENT DES ABONNEMENTS

Pour éviter les frais de recouvrement, nous prions nos abonnés de vouloir bien nous adresser le montant de leur abonnement, soit **24 fr.**, par versement à notre compte de chèques postaux PARIS 167-95, versement qui peut être fait dans tous le bureaux de poste.

CHRONIQUE PARLEMENTAIRE

La modification de l'article 64 de la Loi des Pensions.

(Sénat. — Séance du 30 décembre 1920)
(*J. O.*, 30 décembre 1920).

Ainsi que nous l'annoncions dans le dernier numéro du *Concours médical*, nous publions *in extenso* la discussion qui s'est engagée au Sénat, le 30 décembre dernier, à propos du vote des douzièmes provisoires, au sujet de la modification à apporter à l'article 64 de la loi des pensions.

Nous en recommandons tout particulièrement la lecture à nos abonnés. Elle est des plus suggestives. Et ils ne manqueront certainement pas de se joindre à nous pour féliciter chaleureusement M. le Dr Delpierre de sa courageuse intervention.

Lui seul, au sein du Parlement, qui compte cependant un si grand nombre de médecins, a pris l'initiative de s'inscrire énergiquement en faux contre les assertions de M. Maginot. Devons-nous nous en indigner ? N'est-il pas plutôt présumable que cette discussion s'est poursuivie, aussi bien au Luxembourg qu'au Palais-Bourbon, devant des banquettes aux trois quarts vides, les parlementaires présents ayant hâte d'en terminer avec le vote d'une loi de finances qui s'imposait pour que les impôts pussent être recouvrés ?

M. Maginot a cherché un facile succès de tribune en lisant l'argumentation serrée de Lafontaine, démontrant qu'il est inique de prétendre faire supporter au corps médical une double charge fiscale, en lui imposant un tarif minoré de ses honoraires pour les soins qu'il donne aux invalides de la guerre, alors qu'il paye par ailleurs ses impôts, comme tous les autres contribuables, tandis qu'aucune réduction du même genre n'est demandée au boucher, au tailleur, au cordonnier, pour les fournitures que ces honorables commerçants font aux mutilés.

La vérité, c'est que la loi des pensions a été votée en 1919 sous l'empire d'un sentiment parfaitement respectable, inspiré par la dette de reconnaissance que la France a contractée envers ceux qui ont été tués ou rendus infirmes à son service, mais sans tenir compte des possibilités du Trésor à acquitter cette dette.

Quand il a fallu passer à l'application de cette loi, le Gouvernement s'est aperçu qu'elle pèserait très lourdement sur les finances publiques. Pour alléger ce poids, insuffisamment prévu, quoi de plus simple que d'exiger des médecins un sacrifice, qui devient une injustice s'il leur est imposé, à eux seuls, alors qu'il devrait être subi par la masse ?

C'est d'autant plus simple que rien n'était plus facile que de dresser les bénéficiaires de la loi contre le corps médical en leur disant : « Vous voyez bien ! Ce sont les médecins qui font obstacle à la mise en pratique d'une loi qui reconnaît vos droits imprescriptibles. Ce sont eux qui vous empêchent d'être soignés quand vos blessures ou vos infirmités vous rendent justiciables du secours médical... »

Dans tous les temps et dans toutes les sociétés organisées, de pareils procédés ont toujours constitué ce qu'on appelle la *Démagogie*.

En attendant que l'Etat élabore le tarif à son gré exclusif, l'Association générale des Médecins de France, saisie par le sénateur Delpierre qui fait partie de son Conseil, a, à son tour, saisi l'Union des Syndicats médicaux de France de la lettre de son conseiller.

Voilà plus que jamais l'occasion, pour le corps médical organisé, de montrer ce qu'il est capable de faire en une pareille occurrence. En bon français, *collaboration* n'a jamais voulu dire *soumission*, encore moins *asservissement*.

Nous nous étions fait l'illusion de croire que nous entrions enfin dans une ère de coopération mutuelle, à la faveur de laquelle la solution des difficiles problèmes de la médecine sociale serait recherchée dans un commun souci du bien de la chose publique.

Cette illusion s'évanouit. Laissons faire le temps, tout en continuant à prendre la défense des intérêts des médecins.

Cette défense saura tenir le plus grand compte de l'intérêt supérieur des malades. Mais elle saura aussi se montrer suffisamment active pour finira que nous ayons le droit d'espérer qu'elle par triompher.

Qui vivra, verra ! G. Duchesne.

M. le Président met en discussion l'article 54 de la loi de finances ainsi conçu :

« Art. 54 (ancien 51). — Les paragraphes 5 et 7 de l'article 64 de la loi du 31 mars 1919 sont ainsi modifiés :

. . . .

« § 5. — *Les frais des soins médicaux et pharmaceutiques seront supportés par l'Etat. Le tarif en sera établi par un décret rendu en la forme des règlements d'administration publique* ».

. . . .

M. Brager de la Ville-Moysan. — Je demande la parole.

M. le Président. — La parole est à M. Brager de la Ville-Moysan.

M. Brager de la Ville-Moysan. — J'adresse une pressante supplique à M. le Ministre des pen-

sions pour lui demander de hâter le règlement de la question visée par l'article 51.

Il s'agit du tarif à établir pour les soins médicaux à donner aux réformés et aux mutilés. L'article 64 de la loi du 31 mars 1919 stipule : que l'Etat doit aux pensionnés les soins médicaux, chirurgicaux et pharmaceutiques nécessités par la blessure ou par la maladie qui a entraîné leur réforme.

Les bénéficiaires de la loi ont le libre choix du médecin et du pharmacien, les frais des consultations, des notes et des médicaments devant être payés par l'Etat : un tarif devait être établi par un règlement d'administration publique.

Depuis que cette loi a été votée, il y a environ dix-huit mois, les médecins ont commencé à donner leurs soins aux mutilés et aux réformés, et ils reçoivent, en paiement de leurs visites, des bons détachés d'un carnet que le mutilé possède. Jusqu'à présent, ces bons sont restés impayés.

Cet état de choses peut présenter, pour les réformés et les mutilés, de très graves inconvénients. Il arrive, en effet, que certains syndicats médicaux, las de ne pas recevoir de l'Etat le remboursement des bons qui leur sont remis pour honoraires, ont fait savoir aux associations de réformés qu'ils ne consentiraient à leur continuer leurs soins qu'en faisant payer directement aux réformés les frais de visite et de consultation et en leur délivrant un reçu, que ceux-ci remettraient ensuite à l'administration pour se le faire rembourser.

Etant donné que la loi a déclaré que les mutilés et réformés avaient un droit absolu aux soins gratuits donnés par l'Etat, il serait inadmissible de les obliger, d'abord, à payer les honoraires du médecin, et peut-être demain ceux du pharmacien, quitte à se faire rembourser par la suite.

Je demande à M. le ministre des pensions de prendre de suite le règlement d'administration publique qui doit régler la question, de fixer rapidement les honoraires des médecins, et de prendre des mesures pour les leur payer le plus vite possible, afin d'éviter aux mutilés et réformés les difficultés dont ils sont menacés. (*Très bien ! très bien !*)

M. Maginot, *ministre des pensions.* — Je demande la parole.

M. le Président. — La parole est à M. le ministre des pensions.

M. le Ministre des Pensions. — Messieurs, le texte qui vous est proposé a précisément pour but de permettre l'application de l'article 64 de la loi du 31 mars 1919, relative aux pensions de la guerre.

Comme le rappelait à l'instant l'honorable M. Brager de la Ville-Moysan, cet article dispose que l'Etat doit à tous les militaires et marins bénéficiaires de la loi, leur vie durant, les soins médicaux, chirurgicaux et pharmaceutiques nécessités par la blessure ou la maladie contractée ou aggravée en service qui a motivé leur réforme.

Jusqu'à présent, on a eu raison de le dire, l'article 64, en ce qui concerne tout au moins le règlement financier des soins médicaux, n'a pu recevoir son application en raison de son alinéa 5, dont je vous demande la permission de donner lecture :

« Les frais des soins médicaux et pharmaceutiques seront supportés par l'Etat. Le tarif en sera établi par un décret d'administration publique, pris après entente avec les représentants autorisés des organisations et des syndicats professionnels intéressés. »

C'est la nécessité de cette entente avec les syndicats de médecins, disposition introduite dans la loi à la demande des médecins eux-mêmes, qui a rendu impossible l'application de l'article 64.

Nous n'avons pu, en effet, réaliser l'entente prévue par le législateur. Sous le ministère précédent, M. Albert-Favre, sous-secrétaire d'Etat de l'intérieur, qui avait dans ses attributions l'article 64, et qui, médecin lui-même, était tout disposé à s'entendre avec ses confrères, avait, conformément aux dispositions de la loi, engagé des pourparlers avec l'Union des syndicats médicaux de France. Ces pourparlers ne purent aboutir par suite des prétentions excessives des délégués de l'Union des syndicats médicaux.

Quand le ministère des pensions a été constitué, désireux que j'étais d'appliquer l'art. 64, comme je le suis d'appliquer dans son intégralité la loi du 31 mars qui est la charte des pensionnés de la guerre, j'ai repris des conversations avec les délégués de l'Union des syndicats médicaux.

Au mois d'avril, après de laborieuses discussions, nous étions arrivés à un accord aux termes duquel les tarifs des visites et des consultations médicales devaient être fixés par département au lieu de l'être d'une façon uniforme pour toute la France.

Ces tarifs devaient être supérieurs à ceux de l'assistance médicale, mais inférieurs à ceux de la clientèle ordinaire, sans pouvoir dépasser un maximum de 10 fr. pour les villes d'au moins 200,000 habitants et de 8 fr. pour le reste du territoire. Les médecins se voyaient ainsi assurés d'une rémunération suffisante.

A la suite de cet accord, j'ai demandé aux préfets de vouloir bien s'entendre sur les bases que je viens d'indiquer avec les représentants des médecins de leur département.

Dans 65 départements, les préfets sont arrivés à un accord ; dans les 27 autres, l'entente n'a pu être réalisée, soit que les représentants des médecins réclamassent le maximum alors que les conditions de la vie locale ne l'imposaient pas, soit même qu'ils trouvassent ce maximum insuffisant.

Pour vous donner une idée de la mentalité de certains syndicats, permettez-moi de citer un très court passage d'une lettre adressée par le secrétaire général d'un syndicat médical aux membres de ce syndicat :

« Les médecins ne doivent payer les impositions à l'Etat que sous une seule forme, comme tout commerçant ou négociant. Ils n'ont pas à faire des prix spéciaux aux mutilés, étant donné que les boulangers,

restaurateurs, cafetiers, coiffeurs ou tailleurs de mutilés ne font aucune concession à ces derniers. » (*Mouvements divers.*)

C'est pour de semblables raisons que, dans vingt-sept départements, les préfets, malgré leurs efforts, n'ont pu aboutir à l'entente qui leur aurait permis d'organiser l'application de l'article 64. Il en est, en outre, résulté que dans certains des départements où des accords étaient intervenus, les syndicats médicaux, apprenant que l'entente ne s'était pas faite dans les autres départements et supposant que les syndicats réfractaires seraient probablement, par la suite, mieux traités qu'eux, ont dénoncé les accords qui avaient été passés. A l'heure actuelle, je ne suis, pour un grand nombre de départements, guère plus avancé qu'il y a dix mois. Une pareille situation ne peut se prolonger. (*Applaudissemints.*)

C'est pourquoi je vous demande de ne plus subordonner la fixation des tarifs des visites et des consultations médicales à une entente avec les représentants des syndicats médicaux.

Le texte qui vous est proposé dans l'article 51 de la loi des douzièmes permet d'arriver à ce résultat. Cet article, en effet, dispose que les tarifs seront établis par un décret rendu en la forme des règlements d'administration publique.

En votant cette disposition, vous nous permettrez d'appliquer l'article 64 de la loi des pensions comme il doit l'être et, par conséquent, de tenir les engagements pris par le législateur envers les invalides de la guerre, tout en ne livrant pas au pillage les finances publiques.

L'article 64 de la loi des pensions a été fait pour les mutilés et non pour les médecins. Je demande au Sénat, en adoptant la modification que le gouvernement lui propose, de consacrer une fois de plus ce principe. (*Très bien ! très bien ! et applaudissements.*)

M. Brager de la Ville-Moysan. — Je vous remercie, M. le ministre, de vos déclarations qui me donnent satisfaction.

M. Delpierre. — Je demande la parole.

M. le Président. — La parole est à M. Delpierre.

M. Delpierre. — Je suis sénateur, mais je n'oublie pas que je suis également médecin et que je reste médecin. J'ai même le grand honneur de faire partie du conseil général de l'Association générale des médecins de France, et je proteste de toute mon énergie contre les paroles qui viennent d'être prononcées. Pouvez-vous citer un exemple de mutilé qui soit resté sans soins ?

M. Bouveri, qui m'interrompt, je crois, peut-il nous dire s'il en connaît un seul ? et vous, mes autres collègues, connaissez-vous des mutilés que les médecins ont refusé de soigner? Je constate qu'on ne répond pas. Alors pourquoi une si véhémente intervention de M. le ministre des pensions ?

M. François Albert. — Très bien.

M. Delpierre. — Vous assimilez les médecins en ce moment à des mercantis. Or chaque fois que vous avez fait appel à eux pour mettre en action vos œuvres sociales, est-ce qu'ils ont récriminé, est-ce qu'ils ne se sont pas mis toujours à votre disposition ? En ont-ils fait une question d'argent?

Dans soixante-cinq départements, dites-vous, vous avez trouvé tous les médecins prêts à soigner les mutilés. Pourquoi, dans les autres se sont-ils abstenus ? Je n'en sais rien. En tout cas, pourquoi n'avez-vous pas saisi de cet incident l'Association générale des médecins de France ? Elle avait assez de bonne volonté et de prestige pour mettre cette question au point, en accord, j'en suis sûr, avec les syndicats de médecins qui sont légalement constitués.

Evidemment, il peut y avoir des défaillances individuelles : les médecins sont des hommes, mais, dans l'ensemble de la corporation, vous trouverez tout le dévouement possible. Ne tenez pas compte de quelques très rares exceptions pour vitupérer contre toute la corporation.

Et puis s'il y a au Parlement, Chambre et Sénat, un si grand nombre de mes confrères, n'est-ce pas justement parce qu'ils se mettent à la disposition de tous et à toute heure du jour et de la nuit et souvent, vous le savez, au tarif le plus réduit sinon même gratuitement.

Mais en ce cas particulier, les médecins sont ce que font les services publics. Vous ne pouvez pas vous passer d'eux, mais ce n'est pas à eux de toujours faire les frais de vos lois d'assistance ? Dans tous les cas, je constate qu'il n'a pas été répondu à ma question : est-ce que des mutilés sont restés sans soins ? Ce silence est la plus éloquente des réponses. J'ai toute satisfaction.

M. le Ministre des pensions. — Je demande la parole.

M. le Président. — La parole est à M. le ministre des pensions.

M. le Ministre des pensions. — Messieurs, je ne puis laisser passer les paroles qui viennent d'être prononcées.

Je n'ai pas fait la critique du corps médical : j'ai pour lui la plus haute estime ; je sais, comme blessé, les services que les médecins nous ont rendus pendant la guerre. (*Applaudissements.*) Mais je suis bien obligé de dire que mon administration n'a pu, par suite des exigences auxquelles elle s'est heurtée, arriver à une entente avec les syndicats médicaux, qui ne groupent d'ailleurs et ne représentent qu'une faible partie des médecins de France. (*Très bien ! très bien !*) Je n'ai pas dit autre chose et ne veux pas que mes paroles soient autrement interprétées. (*Aux voix ! aux voix !*)

M. Delpierre. — Ma question n'a pas reçu de réponse. Y a-t-il des mutilés qui soient restés sans soins ?

M. LE PRÉSIDENT. — La palole est à M. Bouveri. (*Aux voix* !)

M. BOUVERI. — Ayant été mis en cause par mon ami M. Delpierre, qui m'a demandé si je pouvais citer un docteur qui aurait refusé ses soins à un mutilé de guerre, je lui réponds que je ne suis pas ici pour faire de personnalités (*Très bien* ! *très bien*) je ne sais pas en faire, c'est un pain trop noir pour moi, mais je déclare que le ministre des pensions a raison ; et vous seriez peut-être le seul ici, mon cher collègue, qui n'ayez pas reçu de lettres de mutilés se plaignant de s'être vu refuser des soins qu'ils avaient sollicités...

M. DELPIERRE. — Je n'en ai pas reçu.

M. BOUVERI. — ... à la suite de maladie ou de blessure contractée à la guerre. Je ne veux pas discuter les motifs qui ont poussé les médecins en la circonstance à agir ainsi, la situation des mutilés leur a sans doute paru insuffisamment assurée ; il faut tenir compte aussi de ce fait qu'ils ne pouvaient payer des honoraires que les docteurs ont quintuplé.

M. FRANÇOIS ALBERT. — Comme les ouvriers !

M. BOUVERI. — M. le ministre des pensions avait trouvé le moyen — et je l'en félicite — de règler la situation en arrivant à un accord, par l'intermédiaire de ses préfets, avec le corps médical ; mais l'article 64 de la loi du 31 mars 1919 n'est pas encore appliqué et vous savez combien les organisations de mutilés s'en plaignent.

....

La loi a été votée.

LA VIE SYNDICALE ET PROFESSIONNELLE

I

Syndicat médical de la région de Bourg (Ain).

(21 novembre 1920.)

Compte-rendu semestriel. — Le Président fait connaître en quelques mots que la vie syndicale a été assez calme depuis la dernière assemblée générale.

Toute l'activité de nos groupements a été portée vers des questions de tarif dont il sera rendu compte plus loin. Le président notamment a eu de nombreux entretiens avec le préfet ou nos représentants au sujet du tarif à appliquer pour les soins donnés aux bénéficiaires de la loi des pensions. Il sera demandé au Syndicat de donner son avis sur l'acceptation du tarif officiel.

Tarif des accidents du travail. — Le Président expose rapidement les travaux qui ont amené la publication du nouveau tarif des accidents du travail, dit « tarif Breton ».

Le Dr DUBY donne lecture d'une note où il expose les défauts de ce tarif, et soumet les conclusions suivantes à l'Assemblée, qui les adopte :

Le Syndicat émet le vœu :

Qu'il doit procédé à la revision du tarif Breton sur des bases départementales ou régionales.

Que le prix de la visite et de la consultation avec ou sans pansement soit égal à celui de la visite et de la consultation du tarif syndical minimum.

Que le prix de chaque intervention soit tarifé, s'il y a lieu, avec adjonction d'un prix de pansement (= visite ou consultation) ;

Que le tarif kilométrique soit celui du Syndicat ;

Que les frais de correspondance imposée par le décret soient mis à la charge du patron ou de son assureur ;

Que le tarif médical de pratique courante soit revisé et qu'un honoraire soit attribué à l'anesthésie locale par infiltration.

Adhésion à la Fédération des syndicats médicaux du sud-est. — En conséquence, l'adhésion du Syndicat de la région de Bourg à la Fédération des Syndicats du S.-E., est décidée à l'unanimité, d'autant plus que la cotisation à été abaissée à 1 franc par membre.

Le programme de la Fédération du S.-E. est en même temps le nôtre sur cette question, puisqu'elle se propose de demander la revision du tarif Breton, en demandant non plus un tarif uniforme pour toute la France, mais un tarif régional ou départemental.

Loi des pensions. — De nombreux pourparlers ont été engagés entre, d'une part la préfecture, et d'autre part les représentants des Syndicats médicaux.

Malgré tous les efforts de notre dévoué président, le Dr Touillon, nous n'avons pu obtenir ce que nous aurions désiré. Après bien des entrevues, il avait été à peu près admis que le tarif visite ou consultation serait de 8 francs, mais le ministère est intervenu et a fait connaître sa volonté de marquer une différence entre le prix de la visite et celui de la consultation. On nous a donc proposé 7 et 8 francs. Nouvelle réunion et enfin on s'est arrêté à consultation 7,50, visite 8 fr. C'est ce tarif qui a été proposé aux deux autres Syndicats du département qui l'ont adopté. L'indemnité kilomètrique est fixée à 3 fr. par kilom. à l'aller seulement comme pour l'A. M. G.

Le Dr Saint-Pierre regrette que l'on n'ait pu obtenir mieux, mais afin de liquider la situation qui semble devoir se prolonger, et mettre fin à une campagne de presse dirigée contre les médecins, dans les grands journaux par les politiciens, il conseille d'adopter, mais à titre provisoire, le tarif proposé en demandant sa prochaine revision.

L'assemblée décide donc :

1° D'adopter le tarif de : 7,50 la consultation et 8 fr. la visite qui nous est proposé ;

2° Ce tarif ne sera que provisoire et ne jouera que pour liquider les nombreux mémoires en cours de règlement ;

3° Il devra être révisé dans le plus bref délai possible ;

4° Enfin, le Syndicat est d'avis que pour tous les soins donnés à des non indigents, comme c'est le cas pour les accidents du travail et les pensionnés de guerre, la base de tout tarif doit être le tarif syndical adopté pour la clientèle ordinaire.

Assemblée générale de l'union des syndicats. — Le Dr Bouilloud. membre du conseil d'administration de l'Union des Syndicats, qui a bien voulu nous représenter aux diverses assemblées de l'Union, nous met au courant des questions à l'ordre du jour de l'Union.

Il commente ce que chacun a pu et dû lire dans le *Médecin syndicaliste* en ajoutant ses impressions personnelles sur les diverses questions à l'étude. Mandat lui est donné de défendre notre manière de voir à Paris, soit en assemblée générale, soit au sein du Conseil d'administration de l'Union.

Tarif chirurgical de l'assistance médicale. — Le Dr Servas qui, par l'intermédiaire du Dr Boccard, avait fait présenter au Conseil général un tarif chirurgical pour l'assistance médicale, exprime sa surprise de voir le tarif voté par l'assemblée départementale en désaccord complet avec ses propositions. La plupart des interventions ont été taxées à un prix dérisoire et il faut observer que, dans ces conditions, les praticiens dans tout cas chirurgical auront recours à l'hospitalisation des indigents, ce qui sera beaucoup plus onéreux pour les finances publiques que leur traitement à domicile :

Le Dr Perret, conseiller général, au nom de nos confrères membres du Conseil général, répond que l'idée directrice des ses collègues a été surtout de la crainte des abus de la part de certains médecins non syndiqués, et dont on pouvait craindre de trop nombreuses interventions peu justifiées. Il fait avec raison observer que la plupart des actes chirurgicaux d'A. M. G. sont les réductions de fractures et de luxations qui sont tarifées à un prix à peu près raisonnable, de même pour les accouchements.

Inspection sanitaire des écoles. — Certaines municipalités ont adressé aux médecins des demandes de tarifs en vue de l'organisation de ce service.

Il est rappelé aux confrères qu'ils ne doivent ni faire de propositions, ni accepter d'offres sans en avoir référé au bureau du Syndicat qui a seul qualité pour traiter au nom de ses membres.

II

Syndicat médical de Tourcoing et Cantons.

(29 novembre 1920.)

Le syndicat médical de Tourcoing ;

Considérant le développement que sont appelées à prendre les œuvres publiques ou privées de médecine sociale ;

Persuadé que le succès de ces œuvres, dont le caractère utilitaire ne saurait être contesté, ne peut être obtenu que grâce au concours donné par le corps médical à leur création et fonctionnement ;

Décide :

I. Aucune institution publique ou privée de médecine ou d'hygiène sociale ne recevra l'appui du *corps médical organisé* si celui-ci n'a pas été consulté lors de sa création et *avant tout fonctionnement* et si le corps médical, par l'intermédiaire de son Syndicat, n'est pas représenté au sein de l'organisme directeur local ou régional.

II. Il est formellement interdit à tout médecin syndiqué, sous peine *d'exclusion définitive* et *mise à l'index*, selon les règles statutaires, d'accepter de collaborer, même gratuitement, à une œuvre publique ou privée et de participer à un groupement quelconque assurant un service médical, sans en avoir obtenu l'acceptation de principe du Syndicat, par lettre écrite et recommandée, s'il y a lieu.

III. L'acceptation donnée par le Syndicat ne portera, jusqu'à nouvelle décision, que sur le *principe même de l'œuvre* et sur le *mode de fonctionnement* ainsi que sur la *rétribution accordée éventuellement*. Il reste entendu que la question de principe ayant été solutionnée en Assemblée syndicale statutaire, la liberté des confrères reste entière ainsi que celle des Administrations, en ce qui concerne les nominations.

IV. Tout nouveau confrère, quel que soit son mode d'exercice professionnel, qui ne souscrirait pas à cette décision, ainsi qu'aux décisions syndicales fondamentales prises antérieurement, lors de son établissement dans une localité desservie par le syndicat, se verra exclu du syndicat. Le confrère sera averti, dès son installation, par les soins du bureau, des obligations diverses statutaires qui lui incombent.

Le Président, P. Vienne. *Le Secrétaire,* L. D'Halluin.

III

Syndicat médical de Brienon (Yonne.)

Les délégués de la Fédération des Syndicats médicaux et de l'Association des médecins de l'Yonne, réunis à Laroche, adressent leurs féli-

citations et leurs remerciements au Dr Decourt pour le travail considérable, pour la ténacité et le dévouement dont il a fait preuve au cours de la discussion du tarif Breton.

VARIÉTÉS

Souvenirs de guerre.

« Des souvenirs de guerre ?... J'en ai pas mal... voyez plutôt... » Ce disant, d'une vitrine où il avait méticuleusement rangé une foule d'objets disparates, à chacun desquels il aurait pu rattacher une histoire, le docteur Lebon sortait un dossier et l'offrait à la curiosité de son visiteur, vieil ami de collège qui devait à ses fonctions publiques — il était maire de l'endroit — de n'avoir pas fait la campagne.

« Tenez, voici la collection de toutes les notes de service que j'ai reçues pendant la guerre... J'y tiens énormément, parce que, voyez-vous, ce sont encore elles qui me font retrouver les sensations les plus aiguës qu'il m'a été donné de vivre. »

Là, se trouvaient rassemblés un grand nombre de papiers dont les dimensions variaient de l'encombrant format réglementaire à celui plus modeste d'une feuille de carnet. Les uns, coupés d'équerre, dactylographiés ou couverts d'une écriture moulée de secrétaire, sentaient la période de repos ou le secteur tranquille ; les autres, fripés, dentelés, griffonnés à la hâte, évoquaient les jours d'attaque et de fièvre. Il y avait là de tout : des ordres, des recommandations, des rappels, des observations, des demandes de renseignements, des comptes-rendus, des rapports, des reproches et des compliments. On y retrouvait la pensée précise de chefs calmes et clairvoyants, à côté des élucubrations fantaisistes d'esprits confus atteints d'avancite. Leur lecture ne manquait pas d'intérêt, le comique y voisinant avec le tragique, les détails techniques s'émaillant de naïvetés puériles qui les mettaient en valeur et les rendaient moins arides. S'il en était qui rappelaient prosaïquement la vie de caserne, par d'autres on pouvait deviner tout ce que la guerre a demandé d'héroïsme. Bref, il y avait là de quoi rire et de quoi pleurer ; parfois de quoi rougir, mais aussi, bien souvent, de quoi se sentir plus fier.

Le docteur Lebon, tout en savourant un clair Havane, regardait avec complaisance feuilleter ses reliques. Comme son ami tombait en arrêt devant un bout de papier froissé, souillé, taché de sang, il demanda : « Intéressant ? » — « Diable ! répondit celui-ci, vous n'étiez guère bien avec votre médecin-chef en ce temps-là ? » et tout haut, il lisait avec peine, car l'écriture était d'une main rageuse : « ... Si vous persistez à ne pas vous servir de votre agent de liaison pour me faire parvenir les renseignements qui vous sont demandés, je le garderai à ma disposition au P. S. régimentaire... »

Le docteur Lebon, ayant pris et relu silencieusement cette note, haussa les épaules d'une façon qui pouvait aussi bien traduire son mépris pour celui qui l'avait écrite que sa pitié pour celui qui l'avait tachée de son sang.

Puis, avec une infinie tristesse : « Ce billet me rappelle une bien méchante histoire... J'étais alors médecin de bataillon ; c'est mon chef de service, un officier de l'active, dont le courage le fit, après quelques mois de campagne, opter pour le Maroc, qui m'écrivait ainsi. A la vérité, je ne l'estimais guère, partageant en cela l'opinion générale. D'ailleurs, comment pourrait-on estimer l'homme qui signe de la sorte ?... Etes-vous graphologue ?... Non ?.. C'est dommage !.. Voyez, la première lettre forme un paraphe qui encercle le nom ; c'est tellement caractéristique que le colonel, un brave celui-là, ne se gênait pas pour dire : « Sa signature ! comme elle lui ressemble ! il creuse un abri et se met dedans ». De fait, sa plus grande préoccupation était d'avoir une bonne sape.

Eh bien ! ce soldat, qui tenait tant à sa peau, avait pour celle des autres le plus absolu mépris : il fit faire à son personnel des folies dont le seul résultat fut une casse impressionnante dont il tirait vanité. Ce bout de billet en est une preuve.

Nous avions attaqué la veille, et le boche, qui avait dû nous céder du terrain, arrosait copieusement nos positions avant de contre-attaquer ; au cours de la journée, je fus prié par mon chef de bataillon, en exécution d'un ordre qu'il venait de recevoir, de faire parvenir tout de suite à mon chef de service l'état des hommes de mon groupe qui demandaient du tabac à priser. Je ne jugeai pas utile d'exposer la vie d'un agent de liaison pour une pièce dont l'urgence, dans les circonstances où nous nous trouvions, me semblait égaler l'importance, et j'attendis d'avoir un blessé à évacuer sur le P. S. régimentaire pour transmettre le renseignement demandé. Cet acte d'humanité me valut ce reproche.

« Mais ce qu'il y a de plus triste dans l'affaire, ajoutait le docteur Lebon, en glissant religieusement à sa place le précieux billet, c'est qu'il me fut apporté par l'agent de liaison du médecin-chef, et qu'au cours du trajet, que mes brancardiers auraient parfaitement pu lui éviter, le pauvre garçon eut la malchance de recevoir un éclat d'obus dans l'avant-bras.

« C'est de son sang qu'est tachée cette note de service qu'il avait glissée dans le revers de sa manche. »

Et, remettant son dossier dans la vitrine, le

docteur ajoutait en manière de conclusion : « Qui dira combien de braves ont ainsi trinqué sans gloire et sans profit ! »

Dr C.

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations.

— **Referendum sur l'admission des malades payants dans les hôpitaux.** — A sa session du 26 janvier prochain, le Conseil supérieur de l'assistance publique va discuter les modification à apporter au règlement modèle des hôpitaux de France. Il s'occupera également de l'admission des malades payants et de la rémunération des médecins.

Aussi, pour que nous puissions étayer nos observations sur des documents, demandons-nous à nos confrères de bien vouloir nous répondre dans le plus bref délai et de nous adresser le règlement de leur hôpital.

Dr Paul Boudin,
186, rue de Vaugirard, Paris, XVe.

Questionnaire

Comment sont nommés les médecins et chirurgiens des hôpitaux de votre ville ?

Au concours scientifique devant un jury médical ?

Au concours sur titres ? devant un jury médical, ou non médical ?

Sans concours ? à l'ancienneté ? à la faveur ?

Par roulement entre tous les médecins de la ville ?

Le service médical de l'hôpital est-il confié aux médecins de la ville, qui l'organisent à leur guise ?

Pour combien de temps reste-t-on en fonctions ?

Existe-t-il plusieurs services ? médecine ? chirurgie ? spécialités ? accouchements ? contagieux ?

Existe-t-il, à l'hôpital, des salles, chambres ou pavillons exclusivement payants ?

Les malades payants sont-ils reçus en salle commune, avec les gratuits ?

Existe-t-il des maisons de santé, ou cliniques privées, dans votre localité ?

Existe-t-il des maisons de santé à bon marché, pour personnes modestes, organisées par l'hôpital ? la municipalité ? l'initiative privée ?

Les malades gratuits (assistance médicale gratuite) ont-ils à pâtir de l'admission à l'hôpital des malades payants ?

Manque de place ? surpeuplement des salles ?

Soins et attentions du personnel subalterne donnés de préférence aux payants ? les pourboires ?

Inégalité de régime alimentaire, dans la même salle, entre payants et gratuits ?

Les payants ne profitent-ils pas d'un tour de faveur, pour les opérations, au détriment des gratuits ?

Les blessés du travail sont-ils nombreux à l'hôpital ? Par qui y sont-ils envoyés ? Y entrent-ils de leur plein gré ?

L'admission des malades payants constitue-t-elle une ressource appréciable pour le budget de l'hôpital ?

Serait-il possible d'affecter une ou plusieurs salles, chambres, ou pavillons de l'hôpital, pour l'admission exclusive des payants ? Est-il possible de faire construire ces salles ?

Le prix de journée des payants est-il différent de celui établi pour l'assistance médicale gratuite ? Ce prix est-il suffisant pour rembourser l'hôpital de tous ses frais, y compris les dépenses d'entretien et d'amortissement ?

Quel est le prix pour les blessés du travail ?

Les médecins et chirurgiens de l'établissement sont-ils autorisés, par le règlement, à toucher des honoraires de la part des malades payants ? directement ? ou par l'intermédiaire de l'administration ? Des conflits ont-ils éclaté à ce sujet ? entre qui ? pourquoi ?

Les malades payants peuvent-ils se faire soigner, opérer par le médecin de leur choix ? ou ne peuvent-ils prendre que le médecin de l'hôpital ?

Les blessés du travail hospitalisés ont-ils le libre choix de leur médecin ?

Quels sont les appointements annuels des médecins ? En échange de quel travail ?

Quel est le recrutement du personnel infirmier soignant ? L'instruction professionnelle est-elle suffisante ?

Les médecins de l'hôpital sont-ils consultés par la commission administrative ?

La commission administrative de l'hôpital s'est-elle conformée à la circulaire du Ministre de l'hygiène, du 30 avril 1920, exprimant le désir de voir un médecin parmi les membres de la commission administrative ?

Quelles sont vos revendications ? Comment comprenez-vous le fonctionnement du service médical de votre hôpital ?

1° Pour le choix des titulaires et des suppléants ou pour le roulement ?

2° Pour les soins aux indigents ?

3° Pour les soins aux payants ?

4° Pour l'établissement d'une maison de santé hospitalière à bon marché, pour les personnes de condition modeste ?

5° Pour les consultations gratuites à l'hôpital ?

6° Pour l'organisation, à l'hôpital, d'un laboratoire, servant de base à un dispensaire de diagnostic d'hygiène sociale ?

— **Concours de l'Internat des Hôpitaux de Paris.** — Classement des candidats. — Sont admissibles dans l'ordre suivant : M. Berthoux, 29 points. MM. Bernard (Etienne), Coste, 28 points. MM. Lanos, Mérot, Mme Déjerne, M. Bonnecaze, 27 points. MM. Lelong, Hermet de Brun du Bois Noir (Roger), Basch, Mme Pommay, M. Oury, 26 points. MM. Deroche, Isch-Wall, Valieri-Vialeix, Desnoyelles, T:sné, Ferrier (Louis), Rousseau (Pierre), Niel, Foucault, Lacomme, Dessaint, 25 points. MM. Vesselli, Leroux, Chevallier (Henri), Desnoyer, Grellety-Bosviel, Bazert, Vollet, Périsson, Bayle, Bonnet, 24 points. MM. Marchal, Weissmann, Weil (René), Broca, Delmas, Theodoresca, Dujarier, Cordey, Marcéron, Aumont, Lobée, Florand, Debray, Weil (Prosper), Metzger, Potez, Froment, Fatou, Chabanin de Brun du Bois Noir (Pierre), Chavany, Mme Brian, M. Ollivier (Jean), Mme Ostwalt (Hélène), M. Doiteau, 23 points. MM. Arès, Richon, Jousseaume, Larget, Le Chaux, Lestoquoy, Phelippes de la Marnière, Ducuing, Laurent (Marcel), Renardier Grétin, Dayras, Lefèvre (Paul), Robin (Victor), Tassin, Casteran, Cuvigny, Turpin, Welti, Courtin Fèvre, Mathieu, 22 points. MM. Godard, Walser, Vigneron, Engelhard, Solente, Guérin, Lautmann, Andral, Duchamp, de Lageneste, Favory, Jacquet, Berthon, de Peretti della Rocca, Bourdillon, Piot, Roland, Raiga, Ameline, Maduro, Lévy (Maurice), Meignant, Béclère, Huet (Léon), 21 points. MM. Dauptain, Derville, Laurent (Pierre), Lefèvre (Bernard), Flot, Cornudet, Mme Génin, MM. Longépierre, Couault-Duverger, Roullet, Leflaive, Cayla, Maleysson, Marchand, Lafourcade-Cortina, Remy-Neris Grenaudier, Hillemand, Lepaumier, Machavoine, Durand (Paul), 20 points. MM. Bartet, Terris, Wallon (Emile), Bonnot, Bouthillier, Barreau, Mme Lévy (Gabrielle), MM. Ebrard, David, Largeau, Marassi, Dufestel, Lotte, Desoubry, Surmont, Longchampt, Renard (Gabriel), Gueullette, Leplat (G.), Bernard (Raymond), Lévy (Max), Léclerc, 19 points. MM. Le Basle, Duchon, Bouchard, Couturier, Verger, Duhail, Estraubaud, Blanchet, Kalt, Ravina, Dumas Dossot, 18 points. MM. Génin, Tierny, Cerné, Boisnier, Maguillat, Wickham (Yves), Pareux, Mouton, Louet, Marty, Bidermann, Demerliac, Ortodoxu, Reverdy, Obry, George, Thomas, Faye, Mouls, Cournaud, Chauveau, 17 points. MM .Ménard, Ducrochet, Sabadini, Pollet, Merklen, Mangini, Vernant, Laffaille, Poincloux, Mlle Wolff, MM. Carrega, Gardinier, Ferru, Desprairies, Rachet, Baranger (Jacques), Lonjumeau, Blum, Christophe, Mornet, Marteret, Jany, Teurnier, Blanquis, 16 points. MM. Huas, Dugué, Granet, Pasquier, Dambier, Duchein, Alary, Wickham (Roger), Kesseler, Decoulaié, Delafontaine, Cornet, 15 points.

— **Un sanatorium pour les enfants de condition moyenne.** — La Fondation Madeleine-Jean-Louis Faure. — Si les établissements hospitaliers pour indigents sont nombreux en France, si les luxueuses maisons de santé pour malades riches existent également en certain nombre, les malades de la classe moyenne, qui sont cependant si nombreux, ont la plus grande peine, surtout depuis la guerre, à trouver des sanatoriums à des prix abordables.

C'est pour venir en aide à cette catégorie de malades, qu'une femme de grand cœur, qui porte un très grand nom chirurgical, a fondé sur la côte d'azur un établissement consacré au traitement des malades atteints de « la tuberculose osseuse, articulaire et ganglionnaire, à l'exclusion de ceux qui sont atteints de tuberculose ouverte des poumons. »

Ce sanatorium est installé à Cannes, à l'extrémité de la Croisette ,dans une situation exceptionnelle, tout à fait au bord de la mer, Il a pour objet la lutte contre la tuberculose par tous les moyens et notamment par l'héliothérapie unie à la cure marine.

La maison, ouverte toute l'année, reçoit des garçons de 4 à 12 ans, des fillettes à partir de 4 ans et des jeunes filles jusqu'à l'âge adulte.

Le prix de la journée d'hospitalisation est de 10 francs.

Ce prix, aux conditions de la vie actuelle, ne peut évidemment suffire aux frais d'hospitalisation, de traitement, de soins, de surveillance. La fondatrice a donc recours aux bonnes volontés charitables pour assurer la bonne marche et la durée de la fondation, dont le seul but est de rendre service en couvrant les frais nécessités par son entretien.

Nous ne saurions trop recommander cette bonne œuvre à ceux de nos confrères qui en comprennent, comme nous, la grande utilité.

Pour tous les renseignements, s'adresser à Mme la Directrice de la Fondation, villa des Araucarias, boulevard de Lérins, à Cannes.

— **Institut de puériculture de la clinique Tarnier.** — Tableau général de l'enseignement pendant l'année scolaire 1920-1921, par M. le professeur Paul Bar, suppléé par M. Paul Lequeux, agrégé de la faculté, assisté de MM. Metzger, agrégé de la faculté, accoucheur des hôpitaux, Vitoux et Boullé, Vaudescal, chef de clinique, et Philippe, chef de laboratoire.

Le lundi et le jeudi, à 10 h. : Consultations de nourrissons par MM. Vitoux et Boullé.

Cours par M. Metzger, agrégé de la faculté, accoucheur des hôpitaux, et M. Vaudescal, chef de clinique.

Le prochain de ces cours, comprenant 12 leçons aura lieu tous les jours du 7 au 20 mars 1921, conformément au programme suivant : 1re leçon : Le nouveau-né à terme, Le prématuré. L'enfant de la naissance au sevrage. — 2e leçon : Le lait de la femme. Ses variations. Comparaison avec les différents laits. — 3e leçon : La digestion du lait de femme et des différents laits chez le prématuré et chez l'enfant à terme. — 4e leçon : Les besoins de l'enfant né à terme et du prématuré. La ration aux différents âges. — 5e leçon : Diététique de l'enfant né à terme, pendant le premier mois. Allaitement maternel, mixte, artificiel. — 6e leçon : Diététique de l'enfant, du 2e mois au sevrage. — 7e leçon : Diététique de l'enfant prématuré. — 8e leçon : Diététique de l'enfant syphilitique. — 9e et 10e leçons : Etude clinique des dyspepsies et des gastro-entérites, de la naissance au sevrage. — 11e et 12e leçons : Les régimes dans les dyspepsies et des gastro-entérites, de la naissance au sevrage.

Exercices pratiques par M. Philippe, chef de laboratoire. Les exercices pratiques auront lieu tous les jours pendant la durée des cours. — Les élèves inscrits aux cours seront exercés personnellement aux manipulations.

Inscriptions. — Les personnes qui désirent suivre ces cours doivent s'inscrire immédiatement au bureau de la direction de la clinique Tarnier.

Le Directeur-Gérant : **Dr GASSOT.**

Clermont (Oise). — Imprimerie DAIX et THIRON.
Thiron et Franjou Successeurs.
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

RECOUVREMENTS

D'HONORAIRES MÉDICAUX

M. Louis AUDEBERT, Avocat, *Directeur du Contentieux de Syndicats Médicaux. Administrateur d'immeubles.*

5, rue des Saints-Pères. PARIS, Tél. Saxe 48-53.

Pour toute demande de renseignements écrire à Mᵉ Audebert, en joignant un timbre pour la réponse

AVIS

—

Nous tenons à la disposition de nos lecteurs les imprimés suivants :

IMPRIMÉS DIVERS

Accidents du travail

Notes d'honoraires médicaux. Mémoires de fournitures pharmaceutiques prévues par l'arrêté ministériel du 8 juillet 1920.

Certificats. — Certificats pour blessés d'accidents du travail.

Mémoires d'expertises. — Accidents. — Mémoires d'expertises médicales concernant les accidents du travail.

Justice criminelle

Mémoires de frais de justice criminelle (honoraires). **Mémoires de frais de justice criminelle** (fournitures).

Ces imprimés sont établis d'après le format officiel.

Feuilles de Comptabilité, servant à établir le compte de chaque client.

(*Modèles se trouvant dans l'Agenda-Memento du Praticien,* édition 1920).

Ces différents imprimés sont envoyés au prix de franco :

Les 50....... 5 fr. »»
Les 100...... 8 fr. »»
Les 500...... 35 fr. »»
Le 1000 ... 60 fr. »»

Adresser les commandes accompagnées du montant à M. C. Boulanger, administrateur du Concours médical, 132, faubourg St-Denis. Paris.

propre, étant plus rare, plus rarement sorti, et offrant plus de surface, ce qui simplifie le maniement.

Et on se méfie déjà de la propreté du billet de banque, et avec raison.

Oh ! il est très difficile d'exhiber un cas authentique de maladie causée par le contact des pièces de monnaie, des coupures et des billets de banque.

Mais on sait que l'étiologie des maladies contagieuses est des plus obscures. On trouve assez rarement la piste et l'origine d'une contagion. On cite des cas extrêmement curieux de propagation syphilitique, scarlatineuse et autre Ces cas démontrent la pos ibilité de la contagion par les monnaies de métal ou de papier. La bizarrerie de la contagion n'empêche point son existence et prouve sa vraisemblance, donnant crédit à toute supposition.

Et puis, je mets n'importe qui au défi d'accepter et de palper sans frémir un billet qui vient d'être restauré par un papier gommé qui sort de la bouche d'un individu ayant des plaques muqueuses !

Le remède ? Hélas ! il n'y en a guère, et il n'y en a pas de radical.

Supprimer les coupures d'abord. Il faut espérer que le moment de cette suppression viendra.

Mais les pièces ? Mais ...

Le mieux est de *songer à la contagion* et de prendre soi-même les mesures propres à l'éviter.

Et la meilleure, la plus pratique, c'est la propreté des mains et des gestes.

En ne portant pas les mains à la bouche, au nez, aux oreilles, etc. ; en les lavant fréquemment ; en ayant présent à l'esprit, et sans cesse, les manœuvres nécessaires pour éviter les contacts suspects, on se mettra à l'abri de la contagion dans la mesure du possible. Songez-y toujours !

Dr COURGEY.

DOCUMENTS OFFICIELS

A L'OFFICIEL

Le libre-choix des mutilés.

1° *Il est limité au médecin le plus rapproché.*

5573. — M. RAYNALDY, député, rappelle à M. LE MINISTRE DES PENSIONS que la loi sur les pensions militaires du 31 mars 1919 reconnaît, à ceux qui peuvent l'invoquer, le droit de choisir leur médecin et demande s'ils sont tenus de faire appel au médecin le plus proche de leur domicile, ou s'ils peuvent faire choix d'un médecin plus éloigné. (*Question du* 19 *novembre* 1920).

Réponse. — Les bénéficiaires de l'article 64 de la loi du 31 mars 1919 ont le libre choix du médecin, mais l'indemnité kilométrique attribuable au médecin appelé ne peut, en aucun cas, dépasser celle qui serait allouée au médecin le plus rapproché.

(*J. O.*, 9 janvier 1921.)

2° *Il n'existe pas légalement pour l'appareilleur.*

5957. — M. LE PROVOST DE LAUNAY, député, demande à M. LE MINISTRE DES PENSIONS si le libre choix de l'appareilleur est un droit ou une tolérance pour les mutilés. (*Question au 7 décembre* 1920.)

Réponse. — Les mutilés ont le libre choix de leur appareil, en vertu de la circulaire 32208-B 617, du 28 août 1919, du sous-secrétariat d'État du service de santé ; aucun texte ne leur donne le libre choix de l'appareilleur. Cependant, il est tenu compte de leur désir, dans la mesure compatible avec leurs propres intérêts et ceux de l'État.

(*J. O.*, 9 janvier 1921.)

Le Tarif Breton peut être modifié tous les six mois.

C'est ce qui résulte de la loi suivante, que publie le *Journal officiel* du 9 janvier :

LOI du 6 janvier 1921 réduisant à six mois la durée minima d'application du tarif des frais médicaux et pharmaceutiques en matière d'accidents du travail prévue à l'article 4 de la loi du 9 avril 1898-31 *mars* 1905.

Article unique. — Est rédigée ainsi qu'il suit la disposition finale du paragraphe 2 de l'article 4 de la loi du 9 avril 1898, modifié par la loi du 31 mars 1905 : « et qui ne pourra être modifié qu'à intervalles de six mois ».

Antérieurement, le tarif ne pouvait être modifié que tous les deux ans.

EN GLANANT...

Le prix des choses.

Je connais, dans ma région, un vieux confrère, aimable philosophe, qui sait, comme le sage, se contenter de peu. Il vit, en vieux garçon, dans une maisonnette de campagne, sans auto naturellement, mais aussi sans cheval ni voiture, ni même de domestique quelconque. Il a réduit, en avançant en âge, sa clientèle, qui ne se compose plus maintenant que du petit village où il

habite. Là fleurit surtout sociétés mutuelles et assistance gratuite, avec un fond de clientèle ouvrière et où apparaît à peine — *rari nantes* — une douzaine de bourgeois.

Ce confrère, brave et digne homme, d'une honnêteté foncière, d'un caractère ouvert et franc, est d'une modestie inconnue à beaucoup, bien qu'excellent praticien, d'un diagnostic sûr que lui vaut un demi-siècle d'expérience.

Il fait partie naturellement de notre syndicat et, s'il n'assiste jamais à nos séances, faute de moyens de locomotion, il n'en suit pas moins avec intérêt nos travaux et n'applaudit pas moins aux lents progrès que nous faisons pour améliorer notre vie matérielle de médecins de campagne, si dure maintenant, avec les frais énormes qui nous assaillent, depuis le dispendieux régime des autos.

Peu de recettes sans doute, mais très peu de frais, telle est la devise de mon philosophe de confrère. A voir de près ce qui se passe, peut-être n'a-t-il pas tout à fait tort.

Quoi qu'il en soit, il a voulu cependant faire comme les autres et augmenter ses prix, par discipline syndicale, mais son caractère altruiste, sa bonté d'âme, son manque de besoins, ne lui permirent de suivre que de loin la vague ascendante de nos prix, vague obligatoire pour nous, avec le coût actuel de la vie.

Et c'est ainsi qu'alors qu'un médecin de la ville voisine passe en auto, dans son village, plusieurs fois par semaine, faisant des visites au passage, au prix minimum de dix francs, notre brave confrère n'en est encore arrivé qu'au prix ouvrier de ... 4 francs. Oui, je dis bien 4 francs, en cette région de grande banlieue parisienne, 3 francs même, pour les mutualistes.

***

Ces jours derniers, je me trouvais par hasard, dans ce village, étant venu, en l'absence de mon excellent confrère, voir un malade urgent. Après ordonnance faite, et mot laissé pour l'absent afin qu'il fût mis au courant, à son retour, de ce que j'avais fait, je m'enquis, par curiosité, auprès des gens, des prix du pays — dont je me doutais un peu, d'ailleurs, connaissant mon homme.

On me donna les renseignements cités plus haut. Je ne pus, malgré tout, m'empêcher de laisser voir un certain étonnement :

« Eh quoi ? mécriai-je, le Dr X, ne vous prend que 3 et 4 francs par visite ? — Mais oui, dame répliqua la bonne femme. *Seulement, quand la maladie est grave, nous prenons le médecin à dix francs.* »

Notez que le confrère en question connaît parfaitement son affaire, lit beaucoup et se tient au courant de la science. Sans médire du « médecin à dix francs », je suis persuadé que ce der-

nier ne lui est nullement supérieur. « *Seulement* » comme dit la bonne femme, il prend plus cher. Et naturellement, aux yeux des gens, il doit valoir davantage. C'est donc à lui qu'on doit avoir recours quand la maladie est grave.

C'est là un raisonnement digne d'une mentalité fruste, penserez-vous ? Et cependant nierez-vous que ce soit le raisonnement qui a le plus cours ? C'est trop humain pour cela. Il en est à peu près ainsi en tous lieux. Comment, sur quel criterium voulez-vous que la foule puisse juger un médecin. Quelle que soit leur valeur personnelle, que de grands maîtres ne sont jugés tels, par le client, que parce que leur consultation fut payée 2 ou 3 louis « C'est plus cher, donc c'est meilleur » se dit l'acheteur ... en toutes matières.

Cette petite histoire, *strictement véridique*, m'a semblé valoir la peine d'être racontée. Elle est intéressante et instructive à bien des titres. Que chacun de nous en fasse son profit.

Dr Fernand DECOURT.

La déontologie dans l'Écriture.

Connaît-on ce verset de l'*Ecclésiaste* ?

Non, sans doute. C'est la raison pour laquelle, l'ayant par hasard rencontré en bouquinant, je juge intéressant de le communiquer aux lecteurs du *Concours*. N'est-il pas une preuve de plus de la beauté de notre profession qui reste malgré tout la plus libérale qui soit et qui sera jamais ?

« Honore le médecin, car il t'est nécessaire. Le Très Haut a voulu qu'il fût.

Tout remède salutaire vient de Dieu.

La science du médecin couronnera d'honneur son front, et il sera loué en présence des grands.

Le Très-Haut a fait sortir de terre tout ce qui guérit ; et le sage ne dédaigne pas ce secours.

La vertu des plantes est faite pour être connue de l'homme ; et à celui-ci, Dieu en a donné la science afin d'être adoré dans ses œuvres. Par cette science, le médecin apaisera les douleurs. Celui qui prépare les remèdes composera de douces liqueurs et des baumes salutaires , et leurs œuvres se perpétueront, car la paix du Seigneur est sur la face de la terre.

Offre donc d'abord ton sacrifice à Dieu et appelle ensuite le médecin. Qu'il ne s'éloigne pas de toi, parce que ses soins te sont nécessaires ; car un temps viendra, tôt ou tard, où tu seras entre ses mains. Et lui priera le Seigneur de bénir ses efforts et de te rendre par ses soins la force et la santé. »

(Eccl. XXXVIII).

J'extrais cette citation d'un excellent petit livre de M. le chanoine GIRARD : « L'ami des

malades », qu'il faudrait rencontrer chez tous nos clients, car il renferme des pages qui sont de nature à merveilleusement seconder notre action; par exemple :

« Le fier et dédaigneux scepticisme à l'égard des médecins et de la médecine est assez de mode parmi ceux qui jouissent d'une bonne santé. Il est sage de n'y pas persévérer quand on est malade. Le mieux est de s'en tenir à l'enseignement divin que je viens de rappeler. Se tenir à égale distance du scepticisme railleur et de la confiance tellement absolue qu'elle tourne à la superstition et au fanatisme ... »

et plus loin :

« La leçon est bonne à méditer, surtout pour les imprudents qui n'en veulent faire qu'à leur tête et prétendent que chacun doit être son propre médecin ; et pour ces esprits impressionnables, imaginatifs, qui s'enthousiasment trop facilement et préconisent sans discernement des spécifiques merveilleux, des panacées infaillibles, dont le résultat, trop souvent, est de tuer les malades en faisant la fortune des charlatans. »

Il y a aussi une définition du bon médecin qui est un tableau magnifique.

Mais je m'arrête, car il faudrait citer en entier tout le chapitre II de ce curieux petit livre qu'on ne peut lire qu'en l'approuvant.

Dr J. Coste,
de Saint Paul-sur-Ubaye.

ANTHOLOGIE MÉDICALE

Sonnets hippocratiques.

I. L'accès de goutte.

On note, au gros orteil, gonflement et douleur.
L'index perçoit du pouls, sur lequel il s'applique,
Le pléthorique élan qui distend sa tunique.
L'urine est sablonneuse et très haute en couleur :

La Gravelle, en effet, de la goutte est la sœur...
— Vous devrez établir une thérapeutique
Supprimant, sans farder, l'excès d'acide urique,
Ordonnez donc : Repos. Régime hypotenseur.

Comme médicament, prescrivez le colchique,
Sous forme de teinture à base alcoolique :
Spécifique certain, mais poison fort actif.

Aussi, dans son emploi, soyez très méthodiques :
Débutez prudemment par des doses modiques,
Et surveillez de près l'organe digestif.

Dr E. Junès, de Sfax (Tunisie)

Poèmes de Guerre.

A mon beau-frère A. Fievet,
sous-aide major aux zouaves,
Croix de Guerre.

Sta viator, heroem calcas !

A nos Morts.

O soldats ! ô héros ! tombés pour la Patrie
Sur vos restes sacrés, la Foule pleure et prie,
Le pays, tout entier, dont vous êtes l'orgueil,
S'incline, avec respect, devant votre cercueil.
Vos nobles noms gravés au front de notre Histoire,
Vivront auréolés d'une immortelle gloire ;
Car votre sort est grand, nul autre n'est plus beau
O Vaillants ! qui dormez dans les plis du drapeau
Le sol vous soit léger, ô fils de notre France !
Votre exemple sublime entretient l'espérance
En nos cœurs éprouvés. Votre cher souvenir
A tout instant nous dit : il faut vaincre ou mourir.
Aussi, nul, d'entre nous, n'entrevoit la défaite
Et, pour le « grand combat, toute l'armée s'apprête.
Pour vaincre, on tentera de suprêmes efforts ;
Il faut que les Français soient dignes de leurs morts ;
Ils le seront, Patrie, et, demain, la Victoire
Consolera tes deuils et grandira la gloire.

(6 août 1917)

Dr Galand (de Cambrai.)

AVIS

—

TRANSFERT
DU SERVICE VACCINAL

Nous informons nos lecteurs que depuis le 1er Janvier dernier, le Service Vaccinal que le « Concours Médical » avait organisé depuis plus de 30 ans, est assuré par les soins de

L'INSTITUT DE VACCINE ANIMAL DE PARIS

fondé par Chambon et St-Yves Ménard et dirigé par le Docteur A. FASQUELLE.

8, *rue Ballu, PARIS*
Tél. Gutenberg 32-44

Nos lecteurs sont assurés qu'ils trouveront dans cet Etablissement un vaccin de qualité irréprochable dont la virulence est garantie.

En spécifiant leur qualité d'abonné au « Concours », ils bénéficieront en outre d'un tarif spécial établi en leur faveur.

(*Voir annonce page XV*)

QUARANTE-TROISIÈME ANNÉE — N° 4 — DIMANCHE 23 JANVIER 1921

Fondé en 1879 par Auguste CÉZILLY
Rédigé et dirigé par H. JEANNE (1900-1914),

LE CONCOURS MÉDICAL

ORGANE HEBDOMADAIRE DES PRATICIENS
Groupés dans la Société « **Le CONCOURS MÉDICAL** » et ses *Filiales*

ADMINISTRATION & PUBLICITÉ

C. BOULANGER, ADMINISTRATEUR

ABONNEMENTS :

France	24 fr.
Etranger	28 »
Etudiants (*France*)	12 »
Le numéro	50 cent.

Chèques Postaux Paris 167-95

DIRECTION

MM. les Drs A. GASSOT, *Directeur*; A. MAURAT ; H. CEZILLY ; J. NOIR ; P. BOUDIN docteur en droit ; M. VIMONT ; G. DUCHESNE.
MM. P. CEZILLY, J. DUMESNY, licenciés en droit ; C. BOULANGER.

RÉDACTION

Dr J. NOIR, RÉDACTEUR EN CHEF
Drs P. LACROIX et G. DUCHESNE, SECRÉTAIRES DE LA RÉDACTION

N.-B. — Les manuscrits, publiés ou non, ne sont pas rendus.

Rédaction et Administration : 132, Rue du Faubourg St-Denis, PARIS (10e). Téléphone : Nord 48-17

Quarante-troisième année. N° 4 23 Janvier 1921.

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

Office de Renseignements du « Concours »

Membres du Concours exerçant dans les stations hivernales

Nous rappelons à nos adhérents qu'il y a lieu de nous informer chaque année de leur désir de voir figurer leur nom sur cette liste.

MM. les docteurs :

Alger : Picard.
Antibes : Ribes.
Arcachon : Cazaban.
Arguel (Doubs) : H. et J. Bon.
Bandol : Marçon.
Beaulieu : Ricoux, Bertier.
Beausoleil : Audoly. Pizard,
Biarritz : Berne, Clavel Pierre.
Cambo les Bains : Colbert, Hamant.
Cannes : Abadie, Argueyrolles. Baradat, Bayle, Caruette, Fournier, Kent-Gazet, Verdalle.
Cannet (**Le**), près Cannes : Frank-Duprat, Oudaille, Seytre.
Cap-d'Ail : Lyons.
Chambon-de-Tence (**Le**) : Riou.
Fréjus : Turcan.
Grasse : Bossuet, Durond, Perrimond.
Hyères : La Bonnardière, Muranges, Mineile, Pierrhugues, Vidal.
Juan-les-Pins-Antibes : Stef.
La Seyne : Grandjean J. M., Jaubert.
Menton : P. de Langenhagen.
Monaco : Jolivot.
Monte-Carlo : Vivant, Alfonsi.
Nice : Ardoin, Baillon, S. Baudry (*oculiste*), Cauvin, Constant, Delocque-Fourcaud, Dormoy, Gaudichon (*oto-laryng.*) Gruzu, Henry (*Rayons X*), Larue, Leriche Emile, Liotard, Noble J., Piétri, Seney, Sorel (*gyn. chir.*), Stefani.
Oran : Paire.
Pau : Bajac, Carcy.
St-Raphaël-Valescure : Calduguès, Vadon.
Toulon : Pignet (*urol. derm.*), Regnault (*chir., gyn , orth.*)

DON. — Nous avons reçu à titre de don à la Société civile du *Concours médical*, de M. le D[r] REYNAUD, de Nîmes, la somme de vingt francs, pour bons offices du journal.

AVIS

Thermomètres contrôlés.

Le Comptoir de thermométrie, 132, faubourg Saint-Denis, à Paris, informe les lecteurs du *Concours médical*, qu'ils peuvent se procurer dans ses magasins des thermomètres médicaux à maxima *aseptisables, contrôlés* et *estampillés* par le Laboratoire d'essais du Conservatoire des arts et métiers, au prix exceptionnel de 7.50 la pièce.

Le Comptoir expédie dans toute la France même un seul thermomètre, franco de port et d'emballage, au même prix, contre remboursement.

Les confrères qui ont adhéré au « Trait d'union médical » sont priés de faire connaître leurs noms et adresses au D[r] Dewevre, président du Syndicat médical de Dunkerque.

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum, aux* « demandes et offres ».

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne, qui est versé dans la caisse de la Société civile du Concours Médical). *Adresser un mandat ou mieux verser au compte de chèques postaux*, CONCOURS MÉDICAL, *Paris 167-95.*

Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse.**

N° 1. — Spécialiste demande pour travaux scientifiques et professionnels attentifs : 1° assistante étudiante ayant terminé scolarité ; 2° sténo-dactylo pouvant devenir infirmière.

N° 2. — Pour cause double emploi, à vendre : Citroën torpedo 4 places, éclairage, démarrage élect., parfait état, n'ayant fait aucun service médical,

12.000 fr. Dr Lalisse, rue de Villars, à Denain (Nord)

N° 3. — A vendre, pour cause double emploi, petite voiturette 6 HP., 4 cylindres, moteur Ballot, genre torpedo, 2 places, avec capote très fermée, pare-brise, phare et tube Magoudeau, consommant environ 6 litres aux 100 kil. A fait moins de 1.000 kilomètres.

N° 4. — A vendre : 1° une voiture Berliet 15 HP., sortant usine ; 2° une voiturette Renault 8 HP., 2 places, torpedo, en parfait état.

N° 5. — A vendre cause achat voiture plus forte, Zèbre 1920, 4 cylindres, 8 HP., 2 places, 5 roues amovibles, capote, pare-brise et accessoires, état de neuf, pas plus de 100 kil., 8 litres aux 100 kil. 13.000 fr.

N° 6. — A vendre, side-car Harley Davidson bon état marche. Prix très avantageux. Dr Robillard, à Pellevoisin (Indre).

N° 7. — On demande demoiselle d'un certain âge ou veuve de médecin sachant l'anglais si possible pour servir de nurse dans bonne famille.

N° 8. — Cause achat voiture 4 places, à vendre torpedo Darracq, 2 places, 4 cylindres, 68-120, magnéto Bosch, carbur. Zenith, pare-brise, capote, mécanisme excellent état, faire offres au-dessus de 9.000 fr. Dr Henry, St-Menehould (Marne).

N° 9. — Docteur, 45 ans, très actif, disposant capitaux, cherche dans région littoral Méditerranée, situation médicale, clinique, sanatorium, etc.

N° 10. — Clientèle de spécialités à céder dans grande ville du Maroc, susceptible d'augmentation, pas de frais de locomotion. S'adresser à MM. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris.

N° 11. — Excellent poste à céder région Nord, affaire ancienne, gros rapport, fixes intéressants, petit loyer, grande maison, indem. 15.000 fr. S'adresser à MM. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris.



CORRESPONDANCE

Taxe de circulation sur les autos.

Voudrez-vous être assez aimable pour me donner dans le prochain numéro du *Concours* la réponse à la question suivante, qui intéressera, je crois, un bon nombre de confrères :

J'ai deux autos, une datant de 1914, qui me sert tous les jours, une autre vieille, mon cylindrique, 8 chevaux, que je peux mettre à 2 ou 4 places à volonté.

Je paye les impôts d'après le nombre de chevaux et de places de chacune : Il n'y a rien à dire, c'est la loi. Mais, comme je n'ai pas de chauffeur, que je suis seul conducteur, et qu'en conséquence, je ne puis employer les deux à la fois, que ma vieille mono ne me sert que lorsque l'autre est en réparation, je me demande s'il est juste et *légal* de me fairepayer le droit fixe de circulation de cent francs pour chaque voiture, soit 200 fr. par an.

Je pensais que c'était le propriétaire des autos, qui payait cet impôt pour avoir le droit de circuler et par conséquent ne devait le payer qu'une fois, tandis que je le paie pour chaque auto, soit plus de 500 fr. par an pour les deux, tout compris, une 10 HP 2 places, l'autre 8 HP 4 places, bourgade de 600 habitants.

La question peut se résumer ainsi : La taxe fixe de cent francs est-elle inhérente à l'auto, ou au propriétaire ? Dr R.

Réponse

La taxe de circulation (de 100 fr. pour une voiture automobile de 12 HP et au-dessous) instituée par la loi du 25 juin 1920 (art. 100) est due pour toute voiture mise en circulation, ainsi qu'il résulte de l'art. 99 de la même loi, aux termes duquel tout propriétaire de voiture automobile publique ou privée servant au transport des personnes ou des marchandises devra, pour chaque voiture *mise en circulation*, être muni d'un permis dont la délivrance sera effectuée à la recette buraliste de sa résidence par les soins de l'administration des contributions indirectes.

Si la vieille voiture que vous possédez ne sortait jamais et restait simplement dans votre garage, vous n'auriez à payer que les droits prévus par la loi du 30 décembre 1916, avec les majorations édictées par l'art. 100 de celle du 25 juin 1920.

Mais il suffit que votre voiture ait à sortir une seule fois dans le courant de l'année, pour remplacer l'autre lorsqu'elle est en réparation, pour que la taxe de circulation soit due et que vous vous exposiez, au cas où vous n'auriez pas payé cette taxe, aux amendes prévues par la loi.

On exige d'ailleurs maintenant que le conducteur d'une auto soit muni, non seulement de la carte de circulation délivrée par la préfecture, dite « carte grise », mais encore du reçu des taxes délivré par l'administration fiscale.

L'impôt des prestations.

Vous nous avez bien indiqué l'impôt spécial à la voiture automobile, perçu pas le service des contributions indirectes. Vous avez cependant omis d'y ajouter la taxe des prestations, dont, m'a dit le contrôleur, nous sommes toujours redevables et qui peut varier chaque année, suivant les décisions du conseil général du département.

Dr V.

Réponse.

Vous avez raison : les prestations peuvent s'ajouter aux autres impôts sur les automobiles, comme sur les chevaux et les voitures hippomobiles.

Ce sont des taxes communales, qui n'existent pas dans toutes les localités et qui sont établies par les conseils municipaux pour faire face aux dépenses des chemins vicinaux.

Elles peuvent représenter, pour chaque voiture, trois journées de travail, au maximum, par année.

La prestation peut être acquittée en argent ou en nature, au gré du contribuable. Toutes les fois qu'il n'a pas opté dans le délai de un mois à partir de la publication du rôle, la prestation est de droit exigible en argent, conformément à la valeur qui est fixée annuellement pour la commune par le conseil général, sur la proposition du conseil d'arrondissement.

Sanatorium à personnel congréganiste.

I

Je lis, sous la rubrique « Correspondance », dans le *Concours* du 9 janvier, qu'une jeune dame, justiciable du climat méditerranéen, cherche une pension dans un établissement tenu par des sœurs.

Je puis vous signaler à Hyères deux de ces établissements : l'un tenu par les sœurs de l'Espérance (pension journalière : 18 francs), l'autre tenu par les sœurs Franciscaines (pension journalière : 20 fr.).

Je suis à votre disposition pour tous renseignements supplémentaires dont vous auriez besoin.

Dr Mauranges,
(Hyères.)

II

Comme suite à votre note parue dans le n° du 2 janvier, j'ai le plaisir de vous indiquer un établissement méditerranéen, tenu pas des sœurs, et installé à 7 kilomètres de Marseille, à 200 mètres d'altitude, assez loin de la mer pour n'en pas avoir les inconvénients tout en conservant les avantages du climat, en plein midi.

Dr J. Pellissier,
Marseille, 41, bd Longchamp.

A propos de la médication arsenicale.

Dans le n° du 2 janvier 1921, je vois qu'un confrère s'intéresse à l'injection intramusculaire de novarsénobenzol.

Je conseillerai au confrère de se servir de sulfarsénol.

Je me sers journellement de ce produit nouveau que je considère comme le plus pratique pour le praticien. Aussi actif que le novarséno, il présente les avantages suivants : *toxicité moindre* ; stabilité plus grande, enfin, et ce qui est surtout parfait, faculté d'injection intraveineuse, intramusculaire et sous-cutanée.

Vous préparez vous-même, instantanément, votre solution, au moyen d'une ampoule d'eau distillée

stérilisée. Je pratique chaque fois des injections intraveineuses et ne mets que 2 c. cubes d'eau distillée pour toutes doses. De même pour les injections intramusculaires, qu'on doit faire profondes, il y a intérêt à injecter des solutions concentrées. La douleur est minime et très supportable.

Pour ces injections, il y a lieu de laisser une couche d'air qu'il faut injecter dans le muscle de façon à empêcher le reflux du liquide lorsque l'on retire l'aiguille. J'ai aussi injecté des petites doses de 2 et 6 centigr. dans des cas de faiblesse générale, anémie, etc. J'ai aussi employé ce produit dans un cas d'angine ulcéreuse très grave. La moitié de l'amygdale était rongée. Le résultat fut SURPRENANT et la guérison obtenue en 4 jours (2, 2 et 6 cgr. en 3 jours).

Dr R.

La solde d'un aide-major de l'armée d'Orient.

Je vous serais très reconnaissant de bien vouloir m'indiquer quelle est la solde d'un aide-major de 1re classe à l'armée d'Orient, et quelles sont les diverses indemnités auxquelles il a droit.

A-t-il, en particulier, droit à une indemnite d'équipement ?

Dr B.

Réponse.

La solde d'un aide-major de 1re classe à l'armée d'Orient est, par mois de :

1.440 fr. 90 pour un chef de famille ;
1.335 fr. 90 pour un célibataire.

Se décomposant à peu près de la façon suivante :

Solde	301.50	
Charges militaires ..	278	
Chef de famille....	210	Célibataire 105
Majoration n° 2	273	
Allocation supplém.	60	
Vivres	311 40	
Tabac	15	

Pour savoir si vous avez droit à l'indemnité d'entrée en campagne, voyez le *Bulletin officiel* du 6 août 1920, Circulaire n° 93 4/5 que vous pourrez trouver chez Lavauzelle, éditeur militaire, pour une somme minime.

Calcul de l'impôt sur le revenu.

Copie des éléments de ma DÉCLARATION DE REVENUS.

Une seule personne à ma charge : ma femme.

(*Voir la suite page XXXI-249*)

NÉCROLOGIE

Madame J. NOIR

Au moment de mettre sous presse, nous apprenons la mort de **Madame J. NOIR**, *femme de notre Rédacteur en chef, le Docteur* **J. NOIR**.

Alitée depuis quelques jours, nous espérions que sa jeunesse triompherait de l'affection dont elle était atteinte. Notre espoir est cruellement déçu et nous demeurons atterrés par le deuil cruel qui frappe notre excellent collègue et ami, et dont nous ressentons très vivement le contre-coup.

Appartenant à une vieille famille d'origine polonaise, Madame NOIR *a pratiqué toute sa vie le culte de la Pologne. Son cœur avait été secoué d'une légitime émotion patriotique, quand la victoire des armées de l'Entente entraîna la libération de sa Patrie d'origine, en la replaçant au rang des grandes Nations européennes.*

La Direction du Concours Médical *s'incline respectueusement sur cette tombe prématurément creusée, et adresse à la mémoire de* Madame NOIR, *son salut le plus ému.*

Que notre cher ami et collègue Julien NOIR *veuille bien trouver ici l'hommage attristé de la douloureuse sympathie que lui adressent tous ses amis, et faire agréer à* **Mesdemoiselles NOIR**, *ses filles, que cette mort rend orphelines, l'expression de leurs condoléances.*

G. D.

Les obsèques de **Madame NOIR** seront célébrées lundi 24 courant, à 10 heures du matin. Réunion, 9, rue Linné, Paris, 5e.

PROPOS DU JOUR

La situation que nous ferait la fonctionnarisation de la médecine.

Certains confrères, las des difficultés de la vie actuelle, nous ont écrit à peu près en ces termes :

« A quoi bon nous révolter contre les tentatives de fonctionnarisation de la médecine ? Ne vaudrait-il pas mieux pour nous tous d'être des fonctionnaires, de vrais fonctionnaires ? Nous n'y trouverions que des intérêts. Notre action serait circonscrite dans une région ou un quartier bien limités. Nos heures de travail seraient fixés. Nous pourrions disposer chaque année, sans souci, de quelques semaines de vacances. Nous aussi aurions droit au repos nocturne et hebdomadaire. L'administration nous doterait de services de nuit, du dimanche, et de vacances qui nous assureraient repos et loisirs.

« Nous ne serions peut-être pas très richement payés, mais nos traitements arriveraient régulièrement, toujours les mêmes et à jour fixe. Nous pourrions d'avance faire nos prévisions et établir notre budget. Et puis, il y aurait une retraite qui nous serait assurée, une bonne petite retraite après 25 ans de services, et 50 ans d'âge. Comme il serait agréable à beaucoup de praticiens d'aller, à une époque de la vie où l'on peut encore faire preuve d'activité, planter ses choux, cultiver son jardin ou jouir dans les villes d'un doux *farniente* ! Il est certain que la situation de nos enfants serait peut-être moins brillante, car il est difficile à un fonctionnaire d'arrondir une dot de ses économies ou d'entretenir à l'Université un étudiant pendant cinq ou six années consécutives. Mais l'Etat généreux nous viendrait en aide ; nous demanderions et obtiendrions des bourses dans les lycées, dans les collèges, des subventions pour aider les études, et nos enfants, après tout, apprendraient à se débrouiller eux-mêmes ; ce ne serait sans doute pas une mauvaise chose que de les mettre un peu jeunes aux prises avec les difficultés de la vie. »

C'est bien là le raisonnement du fonctionnaire né, du défenseur de la théorie du moindre effort. La paresse est-elle donc la condition essentielle du bonheur ? Dans une profession toute d'action comme la nôtre, peut-on, en dehors du repos légitime et nécessaire, aspirer au plaisir de ne rien faire ? Nous ne le croyons pas et le grand nombre de confrères qui, sans y être absolument obligés, mènent jusqu'à la fin une vie laborieuse et utile, est pour nous démontrer que le médecin, praticien ou autre, n'a pas l'âme du fonctionnaire. Mais, en admettant que tous les arguments de nos correspondants férus de fonctionnarisation soient acceptables, voyons un peu la situation qui leur serait faite et leur permettrait de jouir de cette *aurea* (!) *mediocritas* qu'ils paraissent découvrir en devenant des fonctionnaires et des retraités.

Nous trouvons un exemple de la situation projetée pour les médecins fonctionnaires dans la *Revue pratique d'hygiène municipale urbaine et rurale*, consacrée aux questions d'hygiène et de salubrité publiques, intéressant les municipalités, etc., etc. *recommandée officiellement par la circulaire ministérielle du* 20 *juin* 1905, publiée par les éditeurs Berger-Levrault, à Nancy, Paris, Strasbourg. Dans le numéro de sept.-oct. 1920 de cette revue quasi-officielle, qu'un de nos lecteurs amis a bien voulu nous adresser, nous avons lu un *projet de réorganisation du service*

de désinfection en liaison avec l'inspection médicale des écoles dans le département du Doubs.

Ce projet est l'œuvre d'un médecin fonctionnaire, le Dr Maréchal, inspecteur départemental du Doubs. Il paraît très soigneusement étudié dans ses moindres détails et, puisqu'il est l'œuvre d'un médecin et, qui plus est, d'un médecin fonctionnaire, tout nous porte à croire que les situations médicales ne doivent pas y être sacrifiées. Les appointements des médecins des services prévus par ce projet doivent avoir été évalués tels que l'administration préfectorale du Doubs et le Conseil général pourraient les proposer et les admettre à la rigueur.

Or, le Dr Maréchal prévoit pour le Doubs des médecins sanitaires de circonscription, à la fois inspecteurs des écoles et directeurs de la désinfection dans leur secteur. Il est vrai que le Dr Maréchal se fait une idée assez sommaire de l'inspection médicale des écoles ;

« Or, nous pensons, écrit-il dans son projet, qu'un *médecin spécialisé, ne faisant pas de clientèle*, peut examiner 100 à 150 enfants par jour suivant l'importance de la commune, et en tenant compte de la perte de temps en déplacement d'une commune à l'autre à la condition toutefois qu'il soit pourvu de moyens de transport et que le premier examen ait été fait ».

Et il estime qu'il ne pourra examiner plus de 12.000 *enfants* par an, en dehors de sa résidence, et au plus 15.000 à 16.000, s'il y a de grosses agglomérations dans son secteur.

Ce médecin, dont la fonction ne sera pas de tout repos, aura en outre sous ses ordres directs le chef de poste de désinfection. Il surveillera encore l'installation du poste, l'entretien des désinfectants et contrôlera la marche du service, règlera les tournées de désinfection, veillera à l'application de la désinfection en cours de maladie. En cas d'épidémie, il étudiera sur place les causes de contamination, provoquera les mesures d'urgence et effectuera les prélèvements destinés à l'examen bactériologique. Chemin faisant, il fera l'inspection d'hygiène des communes, reconnaîtra les causes d'insalubrité, remplissant ainsi les fonctions de médecin sanitaire de circonscription, telles que les prévoit le projet de revision de la loi de 1902. Ceci nécessitera des tournées de 2 ou 3 jours en dehors de sa résidence, tournées en auto ou en motocyclette.

Pour faire cette besogne, voilà les appointements que propose M. le Dr Maréchal, inspecteur départemental d'hygiène du Doubs :

Un traitement fixe et des indemnités seront prévus en rapport avec l'importance de la circonscription.

Pour la ville de Besançon *seule*, où le médecin n'aurait pas de déplacement, le traitement serait de 6.000 *francs*, le médecin pouvant trouver à côté une fonction *para-médicale*. Le Dr Maréchal ne dit pas laquelle, mais se souvient que le nouveau fonctionnaire ne devra pas faire de clientèle.

La circonscription de Besançon, avec ses 11.000 enfants, comportera un traitement de 10.000 *francs* ; celle de Pontarlier (11.766 enfants) 10.000 francs ; celle de Montbéliard qui, de l'avis de l'auteur du projet, est la limite *extrême* de ce que peut faire un médecin, aurait un traitement fixe de 13.000 francs.

On prévoit une indemnité de 7 francs pour les repas, pris au dehors, et 20 francs d'indemnité pour la journée avec découcher, et l'on calcule une indemnité fixe de 0 fr. 40 par enfant et par an pour tout enfant situé à plus de 6 kilomètres de la résidence du médecin. A ce système assez compliqué, on pourrait substituer une indemnité annuelle de 4.000 francs.

Le médecin inspecteur pourra verser à la Caisse des retraites, et, sur la proposition du préfet, son traitement pourra tous les 3 ans être augmenté de 500 francs. Mais il s'*engagera à ne pas faire de clientèle et, dans le cas où il abandonnerait ses fonctions, à ne pas exercer dans le secteur de sa circonscription pendant deux ans.*

Nous ne poursuivrons pas plus loin l'examen du projet du Dr Maréchal ; nous ne le chicanerons pas sur les 6.000 francs de traitement, ce qui n'est pas excessif, qu'il accorde aux chefs de postes aussi généreusement qu'au médecin inspecteur de la ville de Besançon.

Nous pourrions remarquer que le moindre balayeur de rues, à Paris, que les femmes d'ouvrages de nos écoles parisiennes, qui bénéficient de la loi de 8 heures et n'ont aucune paperasserie à remplir, ne se contenteraient pas des appointements du médecin fonctionnaire du chef-lieu du Doubs. On serait tenté de croire que la vie chère ne sévit pas en Franche-Comté au même degré que dans le reste de la France.

En faisant cet emprunt à la *Revue pratique d'hygiène municipale*, nous n'avons pas eu le désir malin de critiquer le projet très étudié d'un médecin fonctionnaire ; nous avons voulu simplement montrer aux praticiens quels seraient pour eux les avantages de la fonctionnarisation médicale. Encore, n'est-il pas douteux que l'administration préfectorale et le Conseil général du Doubs reprocheraient à M. le Dr Maréchal, inspecteur départemental d'hygiène du Doubs, d'être orfèvre en la matière et de se montrer, dans son projet, par trop généreux à l'égard des médecins, ses confrères. J. NOIR.

Placement des malades chez les médecins.

Nous avons naguère conseillé aux médecins praticiens exerçant dans des régions saines, maritimes ou montagneuses, pouvant remplir le rôle de stations sanitaires, de s'organiser pour recevoir chez eux, dans des conditions à débattre, des enfants débiles, des convalescents, ou même des malades dont ils surveilleraient la santé et dirigeraient le traitement. Un de nos confrères de l'Ariège nous fait savoir qu'il est en mesure d'accepter chez lui, dans de bonnes conditions, des malades, même tuberculeux. Pour avoir l'adresse, demander aux bureaux du journal. J. N.

PARTIE SCIENTIFIQUE

CLINIQUE CHIRURGICALE

Hôpital Cochin : M. le Professeur Pierre DELBET

Cancers radio-sensibles et cancers radio-résistants.

Je vais vous présenter un malade dont l'histoire, assez dramatique, doit être pour vous un enseignement. Il s'agit d'un homme de 71 ans, qui, il y a un an, se rendit dans un service radiothérapique, pour suivre un traitement par les rayons. Il était porteur, à ce moment, nous dit-il, d'une petite tumeur de la grosseur d'une noisette environ, siégeant sur la joue. Sa bouche n'avait rien. Examinez-le aujourd'hui. Vous voyez sur sa face un épithélioma à forme rongeante. La joue est envahie dans toute son épaisseur, jusqu'au maxillaire. La bouche est intéressée, la lèvre supérieure détruite, la lèvre inférieure et le maxillaire inférieur envahis par le néoplasme. En un mot, nous sommes en présence d'une tumeur qui a pris, en une année, une extension considérable, d'une tumeur dont l'évolution a été extrêmement rapide. Petite lorsque le patient est venu à Paris elle est actuellement très développée et adhérente au squelette.

Que s'est-il passé ? Le malade a été traité par les rayons X. J'ajoute que les applications de rayons lui ont été faites dans un service très compétent et sous une surveillance très autorisée. De ce côté, rien n'a laissé certes à désirer. Si le résultat a été ce que vous voyez, c'est tout simplement que la radiothérapie n'était pas, en pareil cas, indiquée, ou plus exactement même, dirai-je, qu'elle était contre-indiquée.

L'observation du malade est instructive. Voilà un épithélioma traité très correctement par les rayons X et qui a fait des progrès énormes. N'allez pas conclure qu'il faut renoncer à la radiothérapie dans tous les épithéliomas de la face. Nullement. Il est certain que si le néoplasme dont est atteint ce patient appartenait aux variétés sensibles aux rayons, il eût retiré du traitement les plus grands bénéfices. Il y a eu, à mon avis, erreur non dans les applications elles-mêmes, mais dans le fait d'avoir employé les rayons sur une variété de cancer non justiciable de la radiothérapie.

Je vous ai déjà parlé de cette question, qui est primordiale dans l'étude du traitement du cancer : la recherche des variétés *radio-sensibles* et des variétés *radio-résistantes* des tumeurs malignes. Quelles sont les formes qui peuvent bénéficier de la radiothérapie et quelles sont celles où ce traitement doit être rejeté ?

Pour les épithéliomas pavimenteux nous sommes assez avancés et nous savons distinguer les cas radio-sensibles des cas radio-résistants. Les épithéliomas pavimenteux tubulés ou baso-cellulaires (deux désignations qui s'appliquent à la même variété de néoplasmes) sont radio-sensibles. Quand il s'agit d'une lésion superficielle, cutanée, elle peut guérir par la radiothérapie et elle guérit ainsi dans la majorité des cas. En présence d'un épithélioma baso-cellulaire, de la face principalement, notre devoir est d'adresser le malade d'abord au radiothérapeute.

Mais, il est une autre variété de cancer, qui s'observe également à la face, l'épithélioma lobulé, ou globo-épidermique ou spino-cellulaire (désignations presque synonymes). Cette variété-là, en règle générale, est extrêmement radio-résistante. Les rayons (rayons X ou rayons du radium), lorsqu'ils ne guérissent pas ces tumeurs, les activent. Comment se fait cette activation ? Les cellules sont-elles rendues plus proliférantes ? Y-a-t-il affaiblissement de la force défensive du tissu conjonctif ? A l'heure actuelle, on cherche surtout par les rayons γ du radium à influencer les tumeurs globo-épidermiques, en prolongeant les applications sans augmenter l'intensité des radiations, mais il reste douteux que l'on réussisse. En tout cas, quant à présent, lorsqu'on a affaire à un épithélioma lobulé, spino-cellulaire, globo-épidermique, on doit le faire opérer. Si l'on avait opéré le malade d'aujourd'hui, il y a lieu de croire en toute probabilité, je le pense, qu'il ne serait pas dans l'état où nous le voyons maintenant.

J'ai employé l'expression de radio-résistant. Cela n'est pas suffisant. Ce n'est pas assez de dire que les épithéliomas en question ne sont pas influencés favorablement par les rayons. Ils peuvent l'être défavorablement. Il n'est pas douteux que l'on note quelquefois une activation de la tumeur, une action nocive en un mot du traitement radiothérapique.

Cliniquement, a-t-on des moyens de distinguer les épithéliomas baso-cellulaires, *rodio-sensibles* des épithéliomas spino-cellulaires, *radio-résistants*. Oui, par leur siège d'abord. Les épithéliomas de la langue sont, dans la proportion de 99 pour 100, des néoplasmes spino cellulaires, c'est-à-dire radio-résistants. Les épithéliomas du col utérin, dans la proporiion de 90 pour 100, sont des néoplasies tubulées, baso-cellulaires, radio-sensibles. Pour la langue, la proportion des tumeurs spino-cellulaires est telle qu'il n'est pas

besoin d'examen histologique pour proscrire la radiumthérapie.

C'est principalement à propos des épithéliomas cutanés, de la face en particulier, que la question se pose. Peut-on distinguer, à la face, un épithélioma baso-cellulaire d'un spino-cellulaire ? En général, les cancers épithéliaux cutanés baso-cellulaires, les plus bénins, sont plus superficiels. Ils comportent souvent un bourrelet à la périphérie et ils ont peu de tendance à envahir les os. Quand vous constatez des adhérences au squelette, vous pouvez assurer qu'il ne s'agit pas d'un épithélioma radio-sensible et vous devez le soumettre à l'opération. Autre règle. Lorsqu'on est en présence d'un épithélioma développé sur une muqueuse et non plus seulement sur la peau, à l'angle interne de l'œil, sur la lèvre, par exemple, on peut être presque sûr qu'il s'agit d'une tumeur spino-cellulaire, radio-résistante, non justiciable de la radiothérapie. Si vous avez des doutes, n'hésitez pas avant de prendre parti, avant d'adresser le patient au radiothérapeute, à faire une biopsie et un examen histologique du fragment enlevé.

Leçon recueillie par le Dr P. LACROIX.

L'ACTUALITÉ THÉRAPEUTIQUE

Le hoquet « épidémique »,

Par M. le Dr Paul FAREZ.

Médecin-Inspecteur adjoint des Asiles d'Aliénés (1),

Pour compléter l'article que nous avons publié sur ce sujet dans le numéro précédent, nous ne saurions mieux faire que de reproduire l'intéressante communication suivante, dont la lecture achèvera la documentation de nos obonnés. G. D.

Depuis plusieurs semaines, on a constaté, surtout à Paris, de très nombreux cas d'un hoquet que l'on a considéré comme épidémique. Qui dit épidémique sous-entend contagieux ; aussi l'alarme a-t-elle été répandue dans le public, à propos de ce spasme diaphragmatique dont les allures sont pourtant demeurées tout à fait bénignes.

Pourquoi cette alarme ?

Il y a environ deux ans, en France et dans beaucoup d'autres pays, a été décrite une maladie caractérisée dans sa forme schématique, par le triple symptôme suivant : fièvre, chute de la paupière supérieure (ou ptosis) et sommeil prolongé. A cause de ce dernier, on l'a appelée encéphalite *léthargique*. Elle a provoqué de nombreuses publications ou discussions et elle a exercé sur le monde médical une telle fascination qu'il n'est plus possible d'ouvrir une revue professionnelle quelconque sans y trouver un ou plusieurs articles qui lui soient consacrés.

Les journaux politiques se sont mis à porter à cette maladie, soi-disant nouvelle, un intérêt extrême et, qu'il s'agît d'un individu recueilli sur la voie publique en état de syncope ou de coma, qu'il s'agît, par exemple, de cet enfant alcoolisé par des soldats américains, puis abandonné ivre-mort dans un train, chaque fois on intitulait le fait divers : « Un nouveau cas d'encéphalite léthargique ». On la voyait partout.

Puis, au fur et à mesure que ses modalités furent étudiées par un plus grand nombre d'observateurs, et portèrent sur des cas plus nombreux, on s'aperçut que cette maladie comportait des manifestations multiples et très diverses, parfois même contradictoires. On convint de la dénommer « encéphalite épidémique » et d'en distinguer deux grandes variétés, l'une léthargique, déjà bien connue, l'autre myoclonique, dans laquelle, au lieu de sommeil, on constatait de l'agitation, au lieu de paralysies ou de parésies musculaires, on relevait des mouvements cloniques, des secousses, des soubresauts, des trémulations, des tics, des contractions, des spasmes, parmi lesquels, de temps en temps, du hoquet.

Survient ce récent hoquet, d'apparence épidémique ; on subit le courant à la mode et on en fait une forme « singultueuse » de l'encéphalite myoclonique.

Sans doute, on a vu ces encéphalites débuter par un symptôme unique, isolé : ensuite, apparaissent les unes après les autres, les manifestations classiques.

Que ce hoquet puisse être un des symptômes prémonitoires d'une encéphalite, qui deviendra par la suite léthargique ou myoclonique ou mixte, cela est possible. Il faut y penser toujours. Dès le début, le médecin ne saurait se montrer trop prudent, trop circonspect ; il doit craindre la contagion et s'appliquer à la restreindre ; à part lui, il prévoit le pire ; tant mieux si celui-ci ne se réalise pas ; mieux vaut évidemment avoir prévenu les manifestations graves, même si elles ne surviennent pas, que de n'y avoir pas pensé et de les voir s'installer.

Si le hoquet se complique, petit à petit, des symptômes multiples de l'encéphalite, on affirmera alors qu'il en faisait partie et on l'y rapportera. Le diagnostic ne peut être exact et certain que s'il est fai après coup.

Mais quand le hoquet est réduit à l'état isolé, quand il n'est accompagné d'aucune fièvre, quand il coïncide seulement avec un léger catarrhe naso-pharyngo-trachéal, n'est-ce pas imprudent d'affirmer, de prime abord, qu'il est encéphalitique ? Ce diagnostic, par avance, préjuge de l'évolution future ; il risque d'être un faux diagnostic. L'avenir montrera peut-être que ce hoquet fait partie du complexus symptomatique de l'encéphalite, mais peut-être aussi qu'il n'a aucun rapport avec elle. Au début, ce diagnostic ne saurait être qu'hypothétique ou provisoire, sujet à revision.

Or, dès l'apparition du hoquet, on déclare comme un dogme que c'est une forme, il est vrai, fruste,

(1) Société de Psychothérapie, 21 décembre 1920.

larvée, mais indéniable de l'encéphalite épidémique ; son virus ou son microbe, que d'ailleurs on ne connaît pas, est l'auteur de ce nouveau méfait ; le hoquet ne s'accompagne-t-il d'aucune autre manifestation ? c'est que la maladie se réduit à cet unique symptôme. Forts de cette conviction, où n'entre pas, le moins du monde, le doute méthodique ou scientifique, des savants estimés et honorés se laissent interviewer, et les journaux quotidiens publient en gros caractères : *C'est une forme de l'encéphalite.* Le public s'affole ; les préoccupations nosophobiques se donnent libre cours ; dans les salons, des femmes apeurées sèment la panique ; comme s'ils étaient des pestiférés redoutables, où fuit les « hoqueteux » ; ceux-ci se croient en danger et vivent dans l'angoisse.

En fait, dans l'immense majorité des cas, ce hoquet ne s'est accompagné d'aucune fièvre ; il est demeuré à l'état de symptôme unique et tout à fait bénin ; il s'est éteint de lui-même au bout de quelques jours, ou bien il a été supprimé séance tenante, par un procédé médical approprié. Étrange microbe ou étrange virus dont les effets disparaissent si rapidement ou peuvent être jugulés instantanément. C'est bien à tort, semble-t-il, que le public a été ou s'est alarmé ; il convient donc de rassurer l'opinion, les nosophobes, les hoqueteux et tout leur entourage.

***

Certains disent : ces cas de hoquet sont survenus dans les mêmes milieux ; il faut peut-être faire une certaine part à la suggestion, à l'imitation, à la contagion morale, à la « plasticité psychique ». Et l'on rappelle les fameuses épidémies « singultueuses » de l'hôpital de Harlem et du couvent de Monterey, sans oublier ces trois jeunes filles qui, d'après Raulin et Sauvage, furent prises de hoquet incoercible après avoir visité toutes ensemble une de leurs amies qui en était atteinte.

Or, ces épidémies de hoquet par contagion morale, par imitation, affectaient uniquement des femmes ; le hoquet actuel frappe exclusivement les hommes.

Mais, insiste-t-on, ce hoquet coïncide précisément avec une recrudescence de l'encéphalite.

Il coïncide aussi avec des conditions d'existence très particulières en ce moment, qui ont leur importance, et auxquelles on n'a pas fait leur part. Les affaires sont dans le marasme, la baisse du franc, le krack de la Bourse, l'augmentation de la main-d'œuvre, la vie chère, la raréfaction des matières premières, la restriction du crédit ont bouleversé le commerce et l'industrie qui périclitent, tant et si bien qu'un chômage forcé a privé ou failli priver de leur emploi bon nombre de travailleurs.

Voici un exemple typique entre beaucoup d'autres.

Un jeune ingénieur, récemment marié, doit être bientôt père. Il a besoin de son travail pour subvenir aux charges de son intérieur. Le bruit a couru que, dans son administration, on va renvoyer un ingénieur sur deux. Le gardera-t-on ou le mettra-t-on à pied ? Il ne pense qu'à cela et le jour et la nuit. Que va devenir l'existence de sa famille s'il perd sa situation et son gagne-pain ? Pendant toute une longue quinzaine, il vit dans l'angoisse, « les nerfs tendus ». Or, il est déjà très nerveux, très impressionnable, il a des tics de la face à la moindre émotion ou quand il parle à un inconnu. Quoi d'étonnant que, sur un pareil terrain, après un surmenage émotionnel intense et incessant, s'installe une manifestation spasmodique, comme le hoquet ? Celui-ci est donc, peut-être bien, non pas épidémique, non pas contagieux, mais simplement *endémique* en ce moment ; peut-être dépend-il de l'endémie sociale que réalisent les conditions matérielles du temps présent.

Mais pourquoi la localisation phrénique, pourquoi la phrénoclonie, pourquoi le spasme du diaphragme ?

Le diaphragme ?

Peut-être N'EST-IL *pas ce qu'un vain peuple pense.*

On ne lui a pas accordé, jusqu'ici, toute l'attention, toute l'importance qu'il mérite. Mais il prend sa revanche. Ainsi, un radiologiste très distingué vient de traiter un sujet fort curieux, qu'il appelle la phrénoscopie (φρήν, diaphragme). Le graphologue découvre les habitudes, les caractères par l'analyse de l'écriture ; M. Maingot, lui, prétend le faire plus facilement et avec plus de certitude, en étudiant, à l'écran radioscopique, le fonctionnement du diaphragme.

Le diaphragme est une sorte de voûte mobile, interposée entre le thorax et l'abdomen ; il participe des deux. Il est en rapport, en haut, avec la plèvre, les poumons, le péricarde, le cœur ; par sa face inférieure, il est en contact avec l'estomac, le foie, la rate, le pancréas et le duodénum. Muscle inspirateur, il commande à la distension thoracique et à la compression des organes abdominaux, par exemple, dans le vomissement, la défécation, la miction. C'est de lui, que dépendent le bâillement, le sanglot, le rire, la toux, l'éternuement, le hoquet. Il est, en quelque sorte, le carrefour où viennent se rencontrer, le tremplin où viennent se répercuter toutes les modifications nerveuses ou musculaires de l'étage supérieur et de l'étage inférieur. Qu'il s'agisse d'un vagotonique ou d'un sympathicotonique, les impressions retentissent inévitablement sur le diaphragme. Situé entre les deux camps, il reçoit les coups des deux côtés, tel aussi le doigt coïncé entre l'orbre et l'écorce.

Le hoquet, a-t-on dit, est le réflexe de l'éréthisme stomacal ; il exprime l'exaspération, l'hypersensibilité de ce viscère. La thérapeutique de celui-ci ne connaît plus les tâtonnements et les déboires d'antan, depuis les révélations de la radioscopie. Que l'estomac ressemble à une cornemuse comme on nous l'a appris à tous, c'était bon autrefois. Il n'en est plus de même aujourd'hui. L'abus de la station debout, une alimentation trop rapide, déraisonnable par la quantité comme par la qualité, la vie trépidante, le surmenage, les émotions, les soucis ont bouleversé la dynamique et la statique de

◆◆

cet organe. Chez le plus grand nombre, il est allongé, ptosé, descendu jusqu'au pubis. Le plus souvent atone, il devient, sous l'influence de causes morales ou nerveuses, hypertonique, hyperkinétique ; il présente des spasmes du pylore, des spasmes du cardia, des spasmes médiogastriques, lesquels le subdivisent, tel un sablier, en deux poches, l'une supérieure, l'autre inférieure, communiquant par un étroit pertuis que l'exaspération du spasme peut occlure par intermittence. Le jour où il est allé consulter pour son hoquet, l'ingénieur dont il est question ci-dessus a montré, à l'écran radioscopique, un estomac situé tout contre la face inférieure du diaphragme, pas plus gros qu'une mandarine,ramassé en boule, crispé, convulsé, tétanisé. Les modifications de la tonicité stomacale agissent donc par contact ou retentissent par voie réflexe sur les organes voisins, principalement sur le diaphragme. Or, le hoquet, a-t-on dit, est précisément le « cri de détresse » du nerf phrénique.

***

Que faire contre ce hoquet qui, entre autres inconvénients, risque de compromettre l'alimentation et le sommeil ?

Sur ce point, l'opinion courante est loin d'être encourageante.

Voici quelques « dogmes » extraits textuellement de publications sérieuses qui font autorité : « Le hoquet est rebelle à la thérapeutique ; la thérapeutique du hoquet n'existe pas ; aucun traitement ne parvient à la maîtriser ; la thérapeutique du hoquet n'a fait, quant à présent, aucun progrès ; elle est d'une inefficacité déroutante.. »

C'est là-dessus que vit le monde médical. Or, sur ce point, le monde médical vit dans l'erreur ! Le hoquet peut être guéri, même instantanément et définitivement.

Au point de vue thérapeutique immédiat, la différenciation étiologique ou pathogénique des diverses formes de hoquet est superflue. En effet, que le hoquet soit lié à l'autosuggestion, qu'il soit psychique ou névropathique, qu'il soit traumatique, ou tabagique, ou saturnin, ou azotémique, ou grippal ou même ... encéphalitique, un spasme s'est constitué dans tous ces cas, identique à lui-même, quelle que soit la cause qui l'ait déclenché. C'est à lui qu'il convient de s'attaquer d'abord et directement, pour tâcher de le supprimer d'emblée. Ensuite seulement, pour maintenir la guérison, pour empêcher la récidive, on devra traiter l'état physiologique sous-jacent, névropatique ou toxique, local ou général ; c'est en cela que le point de vue causal ou pathogénique reprend ses droits.

Citons, par exemple, les fameux vomissements incoercibles pour lesquels des médecins se croient encore, non seulement le droit, mais le devoir d'interrompre la grossesse. Ces vomissements, tout le monde en convient, dépendent de l'hépatotoxémie, c'est-à-dire d'une auto-intoxication qui a son origine dans le foie. On peut, tout de même, par tel ou tel procédé, parvenir à supprimer rapidement la myoclonie qui les provoque. Une fois que la femme a complètement cessé de vomir, qu'elle tolère l'alimentation et la boisson, il devient aisé d'instituer un traitement, cette fois, efficace de l'hépatotoxémie.

De même, quand un dyspeptique déglutit de l'air pour le renvoyer sous forme d'éructation, il réalise le tic aérophagique. Ce tic dépend d'un état spécial de la muqueuse stomacale, qu'il faudra modifier par la suite. Mais avant que soit entrepris tout traitement gastrique, il est facile de faire cesser complètement et l'aérophagie et l'éructation qui la suit, par exemple, en installant, entre les deux machoires, un gros bouchon de liège qui empêche momentanément la fermeture de la bouche et, partant, s'oppose à la déglutition. Un traitement approprié viendra ensuite consolider la guérison et prévenir le retour du tic.

Voyez encore ce qui se passe dans la tympanite : le ballonnement est énorme, les fonctions évacuatrices sont suspendues, tout ressemble à la redoutable occlusion intestinale. Une anesthésie détend immédiatement les spasmes et réalise la guérison instantanée qu'un traitement intestinal affermira.

Il doit en être de même du hoquet.

Voici deux procédés typiques très simples, qui ont été couronnés de succès, pendant cette récente « endémie ».

Premier procédé. — Le hoqueteux aspire, lentement, profondément, dans une inspiration forcée, les vapeurs d'une ampoule d'iodure d'éthyle ; et le symptôme myoclonique disparaît. Si celui-ci tend à reparaître au bout de quelques heures, ou le lendemain, une nouvelle ampoule le fait cesser.

Deuxième procédé. — On insinue les doigts de la main immédiatement au-dessous de l'appendice xyphoïde ; à la faveur d'une expiration, on les enfonce le plus possible, et on les y maintient vigoureusement, de façon à immobiliser cette région diaphragmatique. Puis, on commande au hoqueteux :

Inspirez lentement ... encore ..., davantage ..., profondément ..., plus profondément ..., remplissez vos poumons au maximum ;

Retenez votre souffle, garder vos poumons remplis d'air, ne les videz pas, attendez encore ..., encore.

Expirez lentement, plus lentement ... à fond ..., encore ...., expulsez complètement l'air de vos poumons.

Ce triple exercice est répété trois fois : le hoquet a cessé. Le malade est stupétait de cette guérison instantanée ; il se détend, l'esprit affranchi d'un cauchemar angoissant ; et il se remet avec calme à ses occupations.

Comme traitement complémentaire, ce qui a le mieux réussi, ce sont, d'une part, les préparations de picrotoxine et atropine, d'autre part, le benzoate de benzyle qui, là aussi, s'est révélé comme le véritable médicament du spasme.

***

Il est donc possible de supprimer instantanément ce hoquet soi-disant incoercible. Si on le peut, on le doit.

On y arrive par l'application particulière d'un principe général. Devant certains accidents tenaces de la grande névrose, principalement ceux de l'ordre des contractures et des spasmes, Charcot et Pitres ont conseillé de favoriser le développement des attaques *pour changer le cours des choses*. Voilà le mot de l'énigme.

Bien qu'il ne s'agisse pas ici d'hystérie, on est en face d'une manifestation spasmodique. Dans le hoquet, le diaphragme présente une dysharmonie fonctionnelle ; il épouse un rythme nouveau, anormal ; il l'adopte, il le subit, il en est l'esclave et ne peut plus s'en affranchir ; ce rythme nouveau est devenu habituel ; une fois installé, il échappe à la volonté.

Le traitement du hoquet comporte, en principe, trois étapes :

1° Rompre ce rythme nouveau ;
2° En substituer un autre artificiellement ;
3° Grâce à cet artifice, ramener le rythme normal.

C'est en cela que consistent bon nombre de procédés, pour la plupart empiriques, dont l'efficacité est éprouvée. On ne détruit bien que ce qu'on remplace..

Passons en revue les différents moyens mis en œuvre. Ces trois étapes peuvent être séparées et successives, parfois elles sont imbriquées et, en quelque sorte, simultanées.

Le rythme anormal peut être suspendu d'emblée par une peur, une émotion subites ; celles-ci, par leur effet de surprise, provoquent une sorte de spasme inspiratoire, avec maintien de l'inspiration forcée. De même, l'accaparement de l'attention, sa mobilisation exclusive sur un objet déterminé, surtout, s'il s'y ajoute quelque élément affectif, entraînent avec l'état *d'expectante attention* une suspension plus ou moins complète, plus ou moins prolongée de la respiration : par exemple, bien se surveiller, pour ne boire que par toutes petites gorgées très espacées.

La gêne mécanique des mauvements diaphragmatiques par la compression digitale, par la pression du rebord costal dans la position à plat ventre (Leven), l'inhalation d'iodure d'éthyle ou de nitrite d'amyle, la langue maintenue très longtemps hors de la bouche (Lépine), tout cela trouble les mouvements respiratoires habituels et contribue à réaliser la rupture souhaitée.

Pour perturber les mouvements anormaux du diaphragme, les procédés subtitutifs font appel à d'autres modalités fonctionnelles ; par exemple, chez un hoqueteux, on s'applique à provoquer l'éternuement, le baillement, l'éructation, la toux, le rire.

Le mieux est de recourir directement à une discipline respiratoire bien réglée et que le médecin impose lui-même avec autorité, suivant le rythme qu'il détermine, selon les cas. Tantôt, ce sont des inspirations fréquentes, rapides et répétées. Tantôt, c'est une inspiration lente, profonde, prolongée, ou une expiration également lente, profonde et prolongée, ou une suspension respiratoire maintenue le plus longtemps possible, soit en expiration forcée, soit, ce qui est préfé able, en inspiration forcée. Tantôt, après une inspiration au maximum, on demande au hoqueteux de compter très rapidement à haute voix ou de réciter, d'une seule traite, un long texte quelconque, sans inspirer à nouveau (Martinet). Tantôt, ce sont des tractions rythmées de la langue, fortes et prolongées.

Déjà, nous savions que les exercices respiratoires avec les divers spiromètres assuraient une bonne discipline psychique ; rien d'étonnant, alors, que le réglage de la respiration réalise le traitement du hoquet.

***

On a donc affirmé, mais on n'a point prouvé que le hoquet de ces dernières semaines était épidémique et contagieux. Il est, peut-être, simplement endémique ; en tous cas, il coïncide avec une endémie sociale, à savoir les difficultés matérielles du moment, le chômage, l'insécurité du lendemain, qui engendrent l'anxiété, surmènent l'émotivité, provoquent des spasmes viscéraux dans le voisinage du diagphrame. De toute manière, ce hoquet endémique s'est montré tout à fait bénin, sans aucune complication grave ; et il a cédé à une thérapeutique simple, rapide, définitive.

Mais, comme se plaisait à le répéter le professeur Raymond, « tant vaut le médecin, tant vaut le traitement ». Des procédés qui réussissent avec celui-ci peuvent échouer avec celui-là. Pour qu'ils deviennent efficaces, il faut que le malade ait confiance en son médecin, c'est-à-dire qu'il prenne au sérieux les moyens très simples que l'on emploie, qu'il y applique sa pleine attention, qu'il y apporte toute la souplesse, toute la docilité dont il est capable. Il faut aussi que le médecin n'ait pas, à l'égard de la thérapeutique, le scepticisme hautain et dédaigneux de quelques-uns ; il faut qu'il ait le désir ardent de guérir son malade ; il faut qu'il ait foi en son traitement, qu'il le vivifie et qu'il en soit un véritable « animateur. »

Dr Paul Farez.

A TRAVERS LA PRESSE

Le liquide céphalo-rachidien dans l'intoxication oxycarbonée.

MM. Legry et Lermoyez ont soigné des malades chez lesquels il était plus ou moins hémorragique. Dans d'autres cas, au contraire, il était dépourvu d'hématies. C'est, disent-ils, » que la réaction cytologique méningée de l'em« poisonnement oxycarboné résulte moins de « l'intoxication elle-même que du processus « cortico-pie-mérien congestif et hémorragique

« qu'elle détermine », la présence ou l'absence dans le liquide C. R. de tout élément figuré étant en rapport avec l'étendue plus ou moins grande et la situation plus ou moins superficielle ou profonde des foyers cérébro-spinaux, « susceptibles « ou non, suivant ces éventualités, d'entraîner « la participation de la pie-mère ».

En dehors de l'intérêt de ces faits au point de vue pathogénique, ils présentent une conséquence pratique à retenir, en ce qu'ils permettent de retrouver dans le sang du liquide C. R. la présence d'oxyde de carbone, ce qui peut avoir une valeur appréciable au point de vue médico-légal. (*Presse méd.*, 13 nov. 1920.)

Les injections intratrachéales vraies dans le traitement de la tuberculose chronique.

Il s'agit d'une méthode logique de traitement local des lésions de tuberculose broncho-pulmonaire, à laquelle la grande majorité des auteurs est favorable.

MM. HAMANT et SOULEYRE, qui en possèdent une grande expérience, précisent certains points de détails de son application (*Journ. méd. franç.*, mai 1920.)

Leur technique est celle de G. Rosenthal, dont le *Concours* a publié (1920, nº 43) une intéressante étude sur un sujet analogue. Ils insistent sur la nécessité d'obtenir le consentement docile du malade, d'éviter la contraction spasmodique des cordes vocales et le réflexe tussigène, ou toux quinteuse immédiatement consécutive à l'injection, en recommandant au patient de respirer tranquillement et largement avant et pendant l'opération, puis de demeurer en apnée volontaire pendant quelques instants, aussitôt après que le liquide a pénétré dans la trachée. En outre, l'opérateur obtient un émoussement progressif de la sensibilité en commençant par de petites doses (1 à 2 cmc.), et en ajoutant une proportion infime de cocaïne ou d'anesthésine à l'huile.

On préviendra les malades qu'ils peuvent avoir un réflexe de déglutition à la faveur duquel quelques gouttes du liquide injecté pourraient passer dans l'œsophage, leur donnant l'impression qu'il y a eu fausse route.

Les liquides recommandés sont, par ordre d'activité, l'huile camphrée, l'huile eucalyptolée et l'huile goménolée, la dose moyenne de l'injection étant de 10 cmc.

Les contre-indications de chacune des substances employées sont les mêmes que si elles étaient administrées par une autre voie. La fièvre n'est pas une contre-indication, pas plus que les tendances hémoptoïques. Même, pourrait-on utiliser cette méthode des injections intra-trachéales pour porter un sérum hémostatique au contact de la source hémorragipare.

Les résultats de ce traitement sont la modification de l'expectoration, améliorée en qualité et en quantité, la diminution de la toux, la régression de la fièvre, et enfin et parallèlement le relèvement de l'état général.

Ils sont assez marqués pour que la méthode des injections intra-trachéales retienne l'attention des praticiens.

Pour mieux manier le sérum antidiphtéritique.

Notre confrère et ami M. SÉGARD a une manière toute personnelle de traiter les questions d'ordre pratique. En phrases brèves, concises, mais d'une clarté démonstrative, il précise ce qu'il faut faire, ce qu'il ne faut pas faire ; c'est ce que demande le praticien.

Ainsi fait-il à propos du traitement sérothérapique de la diphtérie. (*L'Hôpital*, nov. 1920 A).

Pas d'atermoiement dans la mise en œuvre de cette merveilleuse méthode. Le diagnostic clinique doit suffire, le diagnostic bactériologique n'intervenant que comme une confirmation. Au-dessus de 3 ans, commencer par injecter 30 cmc., et recommencer, si le cas le réclame, sans craindre d'en arriver à de hautes doses : 100 cmc. dans une journée n'ont rien d'effrayant.

L'auteur préfère le sérum mixte de l'Institut de Lyon au sérum monovalent de l'Institut Pasteur. Il recommande de pousser l'injection ordinairement dans le tissu cellulaire du flanc. Si l'on veut agir plus rapidement, on utilisera la voie intra-musculaire (masse sacro-lombaire, fesse, muscles externes de la cuisse). Dans les cas menaçants, chez l'adulte, ne pas redouter l'intra-veineuse, le sérum étant dilué dans 3 ou 4 fois son volume de solution physiologique. Injecter lentement.

Continuer le sérum les jours suivants, jusqu'à ce que tout danger paraisse écarté. Dans les formes communes, la moitié ou les deux tiers de la dose initiale ; dans les formes malignes, répéter la dose initiale.

Ne pas craindre l'anaphylaxie. S'informer toutefois si le malade n'a pas reçu antérieurement un sérum organique. En ce cas, procéder à de lentes injections. Au besoin, recourir à la méthode de Besredka : injecter un ou deux cmc. avant la dose massive.

Comme traitement adjuvant : localement, lavages au bock ou, mieux, au siphon d'eau de Seltz, insufflation dans le nez et la gorge de poudre de sérum desséché ; faire sucer des pastilles de sérum. Généralement, chlorure de calcium ou lactate de calcium, pour prévenir les accidents sériques (?) ; huile camphrée, spartéine, strychnine, adrénaline, comme toniques cardiaques et nerveux.

Ségard donne enfin un excellent conseil de prophylaxie personnelle : n'examiner la gorge du malade qu'à travers un morceau de vitre, afin

d'éviter de recevoir en plein visage des gouttelettes de salive infectée.

Pollakiurie.

Les mictions fréquentes caractérisent la pollakiurie. L'urine est claire ou trouble. Dans la première hypothèse, rechercher l'albumine et le sucre. Examiner le système nerveux (tabès) ; pratiquer le toucher rectal (hypertrophie prostatique).

Les urines sont troubles parce qu'elles contiennent des sels précipités ou du pus. Les sels (phosphates, urates) se dissolvent en présence de quelques gouttes d'acide acétique, sous l'influence de la chaleur. Le pus, au contraire, s'accentue à la vue. Il vient de l'urèthre, de la vessie ou du rein. Le cathétérisme urétral, l'urétroscopie, la cystoscopie, le cathétérisme urétéral, la radiographie, préciseront l'origine de la suppuration.

Tels sont les conseils que donne M. de Butler d'Ormond, en présence du symptôme pollakiurie (*Journ. de méd. de Paris*, 5 nov. 1920).

Quelques conseils pratiques de chirurgie vasculaire.

Une blessure vasculaire ne nécessite plus, comme autrefois, la ligature, procédé radical, qui supprime purement et simplement le vaisseau. Aujourd'hui, la suture de la plaie est de pratique courante.

M. Cadenat rappelle, à ce propos, les détails de la technique de cette intervention (*L'Hôpital*, nov. 1920 B). Découvrir et libérer le vaisseau blessé sur une étendue de 8 à 10 cmc. Isoler le segment atteint entre deux forcipressures temporaires, en évitant de laisser des collatérales en deçà de l'hémostase provisoire. Inonder la plaie de solution de citrate de soude. Isoler le vaisseau sur une compresse noire et le protéger au moyen d'un champ également noir, afin de mieux voir ce que l'on fait. Disséquer la tunique adventice, la rebrousser et la réséquer. Laver l'intérieur du vaisseau au citrate de soude. Pratiquer ensuite la suture en surjet, avec des aiguilles droites ou courbes n° 16, enfilées de fil de lin D. M. C. 700 ou de soie floche 1 1/2, le tout vaseliné. C'est le temps délicat de l'opération. Points pénétrants et solides.

La suture terminée, enlever la pince distale, et s'il y a hémorragie en jet, placer un fil isolé sur le point qui saigne. Enlever alors la pince proximale et compléter au besoin la suture de la même façon.

Toilette et reconstitution des plans superficiels sans drainage, même filiforme.

Comment conduire le syphilitique à la guérison ?

Car on guérit la syphilis, affirment fort légitimement MM. Queyrat et Pinard (*La Médecine*, nov. 1920).

On utilisera la 606, de préférence au 914. Il est plus actif. Préparer la solution de manière que 50 cmc. contiennent 0,10 de sel arsenical, la porter à 37° et l'injecter intra-veineusement sous basse pression.

Le malade étant à jeun depuis 5 heures et couché, injecter la première fois 0,15. Trois jours après 0,35. Puis, de 6 jours en 6 jours, successivement : 0,40, 0,50, 0,50, 0,50, 0,60, 0,60. Ne jamais dépasser 0,60. Procéder ensuite par séries séparées par 3 semaines de repos. Dès que la réaction de Wassermann ou de Hecht, systématiquement recherchée, sera négative, on fera une dernière série arsenicale.

Pendant un an, tenir le malade en observation, en le soumettant alors à des séries successives de 8 piqûres d'huile grise amalgamée d'argent (0,10 cgr.) interrompues par un repos de 6 semaines.

Au bout de l'année, réactivation par la méthode de Milian : injection de 0,30 d'arsénobenzol. Trois semaines après, les examens cliniques et sérologiques doivent être normaux. Le liquide céphalo-rachidien recueilli par ponction lombaire doit s'écouler clair, sous tension normale et avoir une teneur normale en leucocytes.

« Lorsque toutes ces conditions ont été remplies, nous autorisons le malade à se marier, « car il ne présente plus, par aucun des moyens « d'investigation actuellement connus, de signes de syphilis. Il a résisté à l'épreuve du « temps et surtout à celle, si démonstrative, de « la réactivation. La femme qu'il épousera ne « risquera pas d'être contaminée ; les enfants « seront sains et s'il s'exposait à une nouvelle « contamination, il contracterait une deuxième « fois la syphilis. »

L'opothérapie surrénale.

L'opothérapie surrénale est actuellement en grande faveur dans la pratique médicale. Ses propriétés et ses indications ont été surtout parfaitement mises en lumière par E. Sergent, dont on connaît les beaux travaux sur l'insuffisance surrénale, et qui vient de lui consacrer un travail très complet et très instructif. (*Journ. de méd. et de chir. prat.*, 10 nov. 1920.)

Sans suivre l'auteur dans la digression qu'il consacre à la physiologie et à la pathologie des glandes surrénales, nous retiendrons de son exposé que l'opothérapie surrénale, réalisée soit avec l'adrénaline, soit avec l'extrait total de glande, est recommandée comme médication symptomatique, « par utilisation des propriétés « pharmacodynamiques des principes actifs des « glandes surrénales ou comme médication spécifique, en vue de suppléer à la viciation fonc« tionnelle déficiente de ces glandes. »

Comme médication symptomatique, les extraits



surrénaux s'emploient en tant que vaso-dilatateurs et hémostatiques, l'adénaline étant associée aux anesthésiques locaux, en oto-rhino-laryngologie, en ophtalmologie, en odontologie, en urologie, en gynécologie. L'adrénaline exerce encore son action hémostatique locale dans certaines hémorragies accidentelles, dans celles des tumeurs cancéreuses, des flux hémorroïdaires.

Elle est moins indiquée dans les hémoptysies qui reparaissent plus abondantes et plus persistantes, après un arrêt momentané. Elle réussit mieux dans les hématémèses, mais doit être évitée dans les hémorragies intestinales.

Si l'action de l'adrénaline est nulle dans les cardiopathies chroniques et dans l'asystolie, elle doit être retenue comme tonique cardio-vasculaire, dans les défaillances cardiaques des maladies aiguës et des intoxications.

Associée ou non à l'extrait hypophysaire et à la belladone, soit d'abord en instillations nasales, puis en injections hypodermiques, en cas d'insuccès, l'adrénaline est broncho-dilatatrice et a une heureuse influence sur l'asthme.

Les extraits surrénaux, et l'adrénaline en particulier, sont d'excellents modificateurs de certaines formes de dyspepsie gastro-intestinale que leur symptomatologie permet de rattacher dans une certaine mesure à l'insuffisance surrénale.

Ce sont enfin d'excellents toniques généraux dans les dystrophies osseuses, le rachitisme, l'ostéomalacie. Contribuant à fixer la chaux dans l'organisme, ils trouvent leur indication dans les fractures avec retard de consolidation, et aussi dans la tuberculose (traitement surréno-calcique).

Médication spécifique, « chaque fois que le « médecin aura posé le diagnostic d'insuffisance « surrénale, il devra recourir à l'opothérapie « surrénale, en se conformant aux règles que la « physiologie expérimentale et l'observation « clinique ont permis de poser ».

M. Sergent recommande, pour obtenir les résultats qu'on cherche, de recourir à des doses plus fortes que celles qui sont classiquement fixées. L'adrénaline, à faibles doses, est hypotensive. Pour obtenir l'action hypertensive, il faut arriver à 10 milligrammes dans les 24 h.

Le mode d'administration optimum de l'adrénaline est l'injection intra-rectale, aussi active que l'injection sous-cutanée.

Celle-ci n'a pas les inconvénients qu'on lui a reprochés, à la condition d'employer la solution au 2000°, à raison d'un cmc. par injection.

L'ingestion *per os* paraît sans efficacité réelle, ainsi que l'injection intra-veineuse, l'adrénaline étant presque immédiatement altérée au contact de la salive, du suc gastrique, du sang, ou étant retenue par le foie.

En ce qui concerne les extraits surrénaux totaux, l'auteur recommande particulièremen les injections sous-cutanées d'extrait total à raison d'un cmc. chaque fois. Il préconise l'alternance de l'injection de trois en trois jours, avec les cachets de poudre surrénale (0,30 à 0,60) les jours intercalaires.

En résumé : « 1° L'opothérapie surrénale, et « particulièrement l'adrénaline, doivent être « prescrites à des doses beaucoup plus élevées « que celles qui sont communément conseillées. « 2° Les doses doivent toujours être fractionnées. « 3° La posologie et le mode d'administration « sont subordonnés, d'une part, à l'intensité et « au type clinique des accidents à combattre et, « d'autre part, à l'indication thérapeutique à « remplir. »

G. D.

Presse étrangère.

Sur le lavage hygiénique de la vaisselle.

Au cours de la grande épidémie de grippe, l'emploi de masques, pour éviter que le bouche et le nez ne pussent servir de voie d'introduction aux germes infectieux, fut proposé et adopté dans de nombreuses collectivités. Or, un médecin militaire, après une enquête minutieuse poursuivie dans des camps, est arrivé à la conviction que le transport de l'infection, de la main à la bouche, et résultant de l'emploi de vaisselle mal lavée, a partiellement contribué à la dissémination de la maladie (1). A la suite de cette constatation, on a procédé à une enquête sur la façon dont étaient manipulés dans l'armée tous les ustensiles de cuisine ainsi que la vaisselle et ses accessoires, et un numéro récent de la *Medico-Military Review* (2), que publie le Service de Santé militaire, consacre une large place à la question du lavage de la vaisselle. Les médecins savent qu'une assiette peut paraître propre tout en étant contaminée, au point de vue hygiénique. Comme il est impossible de vérifier chaque pièce séparément pour s'assurer qu'elle est indemne de bactéries, il est nécessaire d'adopter un procédé type de lavage tel qu'on obtienne en même temps l'enlèvement des souillures et l'extermination des bactéries. Les deux facteurs pour réaliser la propreté sont le savon et la chaleur. Lorsqu'on a de grandes quantités de vaisselle à nettoyer, on se sert généralement de machines spéciales, qui, si on les manipule dans les règles, répondent bien à leur destination.

(1) CUMMING. J. G. — Role of hands in influenza. *Mil. Surgeon*, XLIII, 597, Déc. 1918 ; Influenza pneumonia as influenced by dish washing in three hundred and seventy public institutions. *American Journal of Public Health*, IX, 414 (juin 1919.)

(2) *Medico Military Review*, Surgeon-General's Office. III, 44, 15 août 1920.

Là où l'emploi de ces machines n'existe pas, comme c'est le cas dans la plupart des habitations particulières et dans nombre d'hôpitaux, on aurait grand avantage, semble-t-il, à recourir au procédé suivant, adopté dans un des camps. Les assiettes sont placées dans de grands plateaux. Immédiatement après le repas, on les débarrasse des déchets, et on les lave d'abord à l'eau savonneuse chaude ; puis, on les rince à l'eau chaude ; on les dépose alors dans un récipient ou une chaudière contenant environ une hauteur de deux pouces d'eau. On recouvre le récipient de son couvercle et l'on fait bouillir l'eau pendant 10 minutes environ. On retire ensuite les plateaux et on laisse les assiettes sécher d'elles-mêmes, ce qui ne demande pas plus de deux ou trois minutes et élimine l'emploi du torchon. Encore que ce procédé, employé dans l'armée ou dans des établissements à population nombreuse, paraisse compliqué pour l'usage domestique, il est en fait relativement simple. Le rapport signale qu'après le lavage et le séchage opérés de cette façon, la vaisselle n'est pas seulement propre, mais encore qu'elle a un beau reluisant. (*The Journal of the American Medical Association*, 4 sept. 1920) (1).

Les phénomènes dus à l'humidité dans les bâtiments neufs ou anciens, en rapport avec le chauffage et la ventilation.

Ce n'est pas d'aujourd'hui qu'on s'occupe de cette question, mais toujours elle se pose à nouveau dans des circonstances diverses. M. Hasak (*Gesundheits-Ingenieur*, 19 juin 1920) rappelle un certain nombre de cas tirés de son expérience personnelle : c'est une caserne dans laquelle le mur extérieur du couloir le long des chambrées est, quoi qu'on fasse et malgré l'excellence de la maçonnerie et des peintures, toujours dégradé vers le bas par l'humidité ; ou bien des églises aux murs épais et recouverts de vernis à l'asphalte, dont les parois restent humides malgré des améliorations plus coûteuses les unes que les autres ; ou bien des musées dont les jours à plomb sont constamment recouverts d'une couche humide et noire ; ou simplement des appartements dont certaines pièces sont glaciales et sentent le moisi. On accuse l'eau du sous-sol ou de l'extérieur passant à travers la construction supposée défectueuse, alors que c'est de l'intérieur (des chambrées, d'une partie de la salle elle-même ou des pièces chauffées de l'appartement) que vient toujours l'air chaud et chargé d'humidité qui se condense sur la paroi froide. On aère sans relâche, croyant chasser l'humidité ; on ne fait qu'en introduire davantage. Par exemple, il est de règle d'aérer par les jours d'en haut dans les musées : c'est ainsi que l'humidité, avec la suie des cheminées voisines, se maintient dans la couche intermédiaire, qui devrait, au contraire, être emprisonnée entre les deux verres. Au reste, il suffit de chauffer convenablement l'espace limité par la paroi sur laquelle vient se condenser l'humidité ou cette paroi elle-même pour que les inconvénients disparaissent.

Le plancher des habitations, surtout sans caves, et celui des salles d'églises, de musées, etc., est souvent aussi froid et humide, laquelle humidité vient non d'en bas, mais d'en haut. Il convient d'employer les briques poreuses sur asphalte surmontant une couche de 10 cm. de béton : par les petits canaux des briques, l'air circule et, si l'on a soin de ménager des ouvertures (par écartement ou autrement au voisinage de la source de chaleur) reste chaud. Dès lors, l'humidité ne se condense plus à la surface des planchers.

Les couches d'air interposées garantissent le mieux la chaleur constante des chambres. On a tendance à les préférer immobiles. L'auteur croit qu'ainsi elles se refroidissent elles-mêmes, et qu'il faut, au contraire, les maintenir en mouvement. Entre les doubles fenêtres même, l'air venant de l'intérieur circule et c'est pour cela qu'elles protègent du froid. L'architecture romaine prévoyait ainsi, non comme on l'a cru parfois, le chauffage du plancher, mais celui de l'air circulant à travers les briques creuses des murs. Il ne sert donc pas à grand'chose de construire des édifices à murailles épaisses et massives ; on épargne des matériaux et de l'argent en ménageant, par exemple, une couche d'air de 8 cm. entre deux parois de briques, en communication avec l'air intérieur par des passages appropriés (1).

(3) Ext. de *l'Office d'Hygiène publique*, n° 11.

(1) Ext. de *l'Office d'Hygiène publique*, n° 11.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

Paris.

Phrénonévrose simulant l'occlusion intestinale.

(M. Prat. — *Société de chirurgie.*)

M. Legene présente un rapport sur une observation de M. Prat, de Montévidéo, relative à un cas de pseudo-occlusion intestinale par phréno-névrose. Il s'agit d'une jeune fille de seize ans qui fut atteinte un jour, assez brusquement, de ballonnement abdominal considérable, accompagné de vomissements et de douleurs vives. Incité à opérer par l'entourage, M. Prat anesthésia la patiente à l'éther : dès l'anes-

thésie obtenue, le gros ventre disparut brusquement. L'auteur pratiqua néanmoins une petite boutonnière exploratrice à la paroi abdominale sans rien trouver d'anormal dans le ventre.

Ce cas est un exemple de fausse occlusion par contracture du diaphragme. Pendant la guerre, cet état morbide a été assez souvent observé chez des soldats, simples névropathes ou simulateurs. Il a été bien étudié par M. Dénécheau et décrit sous les noms de phréno-névrose, gros ventre de guerre, ventre en accordéon. On le connaissait jadis sous l'appellation de tympanite hystérique.

M. Okinczyc a eu l'occasion d'observer un cas analogue de tympanisme hystérique. La malade en question, jeune fille de 18 ans, prétendait rendre, depuis 6 mois, toutes ses matières même solides par vomissements. Effectivement M. Okinczyc fut un jour le témoin de ces vomissements fécaloïdes solides. Il y avait un tympanisme considérable et une température entre 39° et 40°. Au moment de l'intervention, dès l'anesthésie, le tympanisme disparut. On ne touva rien dans l'abdomen. La malade guérit parfaitement, les fonctions intestinales se rétablirent, et la température, surveillée, se montra normale. Pour expliquer les vomissements de matières fécales, force est bien d'admettre que ces matières étaient dégluties pour être vomies.

M. Tuffier a opéré un météorisme de ce genre, mais réflexe, à point de départ dans une salpingite ancienne.

M. Potherat estime que la disparition totale du météorisme sous l'influence de l'anesthésie générale est caractéristique d'une pseudo-occlusion hystérique.

Utérus fibromateux traité par les rayons X.

(M. Pierre Fredet. — *Société de chirurgie.*)

M. Pierre Fredet présente un volumineux fibrome qu'il a enlevé chez une femme de 40 ans. Malgré 32 séances d'irradiations, la tumeur n'avait pas diminué, pas plus d'ailleurs que les hémorrhagies utérines.

Un traitement des fractures permettant la marche immédiate, sans appareil.

(M. Masmonteil. — *Société de chirurgie.*)

M. Masmonteil présente un cas de fracture oblique de l'extrémité inférieure de la jambe qu'il a traité, dans le service de M. Baudet, par un procédé nouveau d'ostéosynthèse. Huit jours après l'application du traitement le malade se levait et circulait, sans appareil, dans la salle de l'hôpital.

Le procédé de M. Masmonteil consiste en des manœuvres de réduction par traction brusquée et en une contention par ostéosynthèse réalisée au moyen d'enchevillement couplé.

M. Dujarier croit qu'il n'est pas très prudent de faire marcher sans appareil des fracturés de jambe opérés depuis quelques jours.

M. Alglave et M. Pierre Fredet s'associent aux réserves de M. Dujarier quant à la marche précoce des fracturés de jambe traités par une ostéosynthèse quelconque.

Sacralisation douloureuse d'une 6e vertèbre lombaire.

(MM. Mauclaire, Delherm et Thoyer-Rozat. — *Société de chirurgie.*)

M. Mauclaire montre les radiographies d'un cas de sacralisation douloureuse d'une sixième vertèbre lombaire. Il conclut que chez tous les malades ayant des douleurs lombaires ou lombo-sacrées, il faut faire la radiographie du rachis lombaire. Quant à l'existence d'une sixième vertèbre lombaire, c'est une anomalie qui se rencontre chez 3 pour 100 des sujets.

M. Mouchet met en garde les cliniciens contre la tendance à faire d'une disposition anatomique moins rare qu'on ne le croit (la sacralisation) l'origine unique de syndromes douloureux qui sont dus souvent à d'autres causes, méningites, myélites, etc.

M. Mauclaire, tout en reconnaissant que les sacralisations ne sont pas nécessairement douloureuses, estime que si le malade souffre de son apophyse transverse hypertrophiée, c'est évidemment à la sacralisation qu'il convient d'attribuer les douleurs.

Ankylose double des hanches traitée par intervention bilatérale.

(M. P. Hallopeau. — *Société de chirurgie.*)

M. Hallopeau montre un petit malade âgé de 7 ans qui était atteint d'ankylose double des hanches. Celle-ci survint à l'âge de trois ans, à la suite d'une scarlatine. L'enfant ne pouvait ni marcher, ni se tenir debout, ni s'asseoir. M. Hallopeau lui fit d'un côté une résection, de l'autre une néarthrose, Actuellement, l'enfant peut s'asseoir et marcher, malgré une certaine raideur persistante.

Tuberculose, grossesse et pneumothorax.

(MM. Rist, Roland et Ravina. — *Société médicale des hôpitaux.*)

On sait que l'apparition d'une grossesse chez une femme atteinte de tuberculose est un élément important d'aggravation de cette maladie. M. Rist se demande si le pneumothorax artificiel ne pourra pas rendre moins sévère le pronostic porté en pareille circonstance. Il vient de traiter par cette méthode une jeune femme tuberculeuse pendant sa grossesse et le résultat lui a paru des plus encourageants.

M. Sergent pense qu'il ne faut pas parler trop vite de guérison dans un cas de ce genre. C'est effectivement, en général, après l'accouchement que la tuberculose subit un coup de fouet et s'aggrave. Il

faut donc attendre pour juger le résultat chez la malade de M. Rist.

M. SIREDEY partage les craintes de M. Sergent sur l'évolution de la tuberculose après l'accouchement. Il a été plusieurs fois appelé auprès de femmes dont l'état grave faisait craindre une infection puerpérale : il s'agissait, en réalité, de tuberculose à évolution activée.

M. ACHARD, dans le service de crèche qu'ildirige depuis vingt ans, a vu beaucoup de femmes frappées, après l'accouchement, de tuberculose à marche rapide. En les interrogeant, il apprenait quelles étaient atteintes depuis fort longtemps, mais que pendant la grossesse, la maladie avait été assez bien supportée.

Diagnostic de la tuberculose chez les vieillards par la réaction de fixation.

(M. ICHOK. — *Société de biologie.*)

On connaît la marche torpide de la tuberculose chez les personnes âgées, ce qui n'empêche pas d'ailleurs cette affection d'être contagieuse pour l'entourage. M. Ichok a appliqué au diagnostic assez délicat de la bacillose des vieillards, la réaction de fixation de Besredka. Il a recueilli, dans les services de MM. Pierre Marie, Brocq et Jeanselme, le sang de cent malades âgés de 50 à 88 ans. Sur 52 tuberculeux, il a enregistré 46 réactions positives, les six négatives comprenant 4 lupiques et 2 tuberculeux avancés. Prenant alors 20 vieillards de 62 à 80 ans, suspects de tuberculose (difficile à caractériser cliniquement), il a noté 17 réactions positives, ce qui l'amène à conclure à la fréquence de la tuberculose chez les sujets âgés.

La réaction du benjoin colloïdal dans le zona.

(MM. GUILLAIN, LAROCHE et LECHELLE. — *Société de biologie.*)

M. Guillain a recherché comment se comportait la réaction du benjoin colloïdal dans le zona. Dans trois cas, il l'a trouvée négative. Il conclut que même s'il existe (et cela est fréquent) de l'hyperalbuminose et de la lymphocytose céphalo-rachidiennes, la réaction du benjoin colloïdal demeure négative au cours du zona.

La réaction du benjoin colloïdal sur les liquides céphalo-rachidiens des syphilitiques.

(MM. GUILLAIN. LAROCHE et LÉCHELLE. — *Société de biologie.*)

Suivant la période d'évolution de la syphilis nerveuse, la réaction du benjoin colloïdal avec le liquide céphalo-rachidien se montre ou subpositive, ou positive. La première semble correspondre au type dit « syphilitique » de la réaction à l'or colloïdal de Lange, et la seconde au type « paralytique ».

Les spermatozoïdes des syphilitiques.

(M. WIDAKOWICH. — *Soc. de biologie de Buenos-Aires*)

D'une étude sur les spermatzoïdes des syphilitiques, M. Widakowich conclut :

1° Tout liquide séminal humain contient un certain nombre de spermatzoïdes anormaux, formés par karyokinèse atypique, et dont le nombre ne dépassé pas 10 pour 1000 chez les sujets sains.

2° Le liquide séminal des syphilitiques contient en moyenne 56 pour 1000 de spermatozoïdes anormaux.

Cette fréquence des spermatozoïdes anormaux pourrait expliquer certaines transmissions de tares hérédosyphilitiques,sans hébergement de tréponèmes.

P. L.

Toulouse.

Société anatomo-clinique de Toulouse.

Ostéomyélite aiguë, guérison par ponctions et vaccinothérapie.

MM. MIGINIAC, RISER et DORE rapportent un cas d'ostéomyélite aiguë du fémur avec très gros abcès, observé chez un enfant de 6 ans. Comme il s'agissait d'un cas favorable, sans manifestations générales graves, on tenta le traitement par vaccinothérapie. On isola du pus des colonies pures de staphylocoque doré et on prépara un auto-vaccin renfermant deux milliards de germes tués par la chaleur, par centimètre cube. Le vaccin fut injecté six fois, sans aucune réaction : l'abcès fut ponctionné à 6 reprises différentes. La guérison fut obtenue en un mois, sans opération, sans ankylose du genou, sans atrophie musculaire, sans fistule.

Paralysie faciale zostérienne et troubles auditifs.

MM. RIGAUD et J. TAPIE communiquent l'observation d'une malade présentant une paralysie faciale du type périphérique, un zona de la région cervicale et une surdité unilatérale s'accompagnant de troubles labyrinthiques. Le virus zostérien a infecté des ganglions rachidiens et les ganglions homologues des nerfs crâniens, ganglions geniculés de Corti et de Scarpa.

Méningite typhique chez un enfant.

MM. AUBAN et TROUETTE ont eu l'occasion d'observer chez un enfant de 15 ans, convalescent d'une fièvre typhoïde, une recrudescence de température, dont la signification ne put être trouvée que sur la table d'autopsie, où une ponction lombaire permit de retirer un liquide purulent contenant du bacille d'Éberth.

C'est là un cas particulièrement rare, dont le diagnostic clinique fut impossible, étant donné la latence absolue des phénomènes méningés.

Symphyse tuberculeuse du péricarde.

M. J. Tapie rapporte l'observation d'une malade décédée pour tuberculose pulmonaire, où à l'autopsie, on trouva l'existence d'une symphyse tuberculeuse du péricarde que l'on n'avait pas pu soupçonner. La soudure isolée des feuillets péricardiques échappe, en effet, le plus souvent aux investigations cliniques, le cœur restant mobile dans un sac soudé ; elle ne peut être reconnue que lorsqu'il y a une médiastinite antérieure ou postérieure associée.

Aortite abdominale.

M. Roques et Mlle Condat présentent des pièces anatomiques provenant de l'autopsie d'un malade très cachectique, décédé brusquement. Ce malade était atteint d'une aortite generalisee à évolution n'ayant donné lieu à aucun signe stéthoscopique.

Endocardite végétante et néphrite subaiguë.

M. Roques et Mlle Condat communiquent l'observation d'un malade , où l'examen clinique permettait de penser à une insuffisance aortique fonctionnelle, s'associant à un léger état de néphrite. L'autopsie montra qu'il s'agissait de lésions d'insuffisance aortique endocarditique à forme ulcéro-végétante.

Société de médecine de Toulouse.

De l'égorgement criminel par le procédé du racollage.

M. Sorel, après avoir rappelé en quelques mots en quoi consiste l'égorgement, procédé criminel accompli au moyen d'un instrument à la fois piquent et tranchant, étudie quelques observations relevées dans la criminalité toulousaine en 1920. L'une d'elles, qui a trait au crime de Blagnac, est particulièrement intéressante, car les constatations médico-légales mirent l'autorité judiciaire sur la piste des coupables. La victime, en dehors de nombreuses plaies au niveau des mains, présentait une blessure pénétrante du poumon et une large solution de continuité au niveau du cou. L'autopsie montra que l'instrument vulnérant, après avoir sectionné les muscles du cou, ainsi que le paquet vasculaire, avait lésé un disque intervertébral. L'existence de cette lésion indiqua que la victime avait été tuée par le procédé dit du racollage, dont les garçons bouchers se servent couramment dans les abattoirs, et qui consiste, par un mouvement rapide imprimé au couteau, à atteindre la moelle épinière après avoir sectionné une partie du cou.

Grâce à cette constatation, on put incriminer deux garçons bouchers sur lesquels les soupçons s'étaient déjà portés.

Un cas de maladie de Raynaud chez un tuberculeux.

MM. Serr et Roques communiquent un cas de maladie de Raynaud observée chez un tuberculeux. Après avoir rapporté l'histoire de leur malade qui présentait des phénomènes cyanosiques aux membres supérieurs et inférieurs, ils passent successivement en revue les différentes théories pathogéniques émises au sujet de cette affection.

De l'emploi de l'atropine en oculistique.

M. Frenkel estime que l'emploi de ce médicament, qui jouit depuis très longtemps d'une grande faveur dans la thérapeutique oculaire, est dans bon nombre de cas d'un usage, non seulement inutile mais encore dangereux, car il peut amener un retard dans la guérison. Il passe ensuite en revue un certain nombre d'affections (kératites) où l'usage de l'atropine ne lui semble pas indiqué et conclut que l'on doit, dans la pratique, tenir compte de l'existence d'iritis et de l'état de la tension oculaire.

Société de chirurgie de Toulouse.

Diagnostic et traitement des cancers du testicule.

M. Dambrin, au sujet d'une observation personnelle où le diagnostic fut particulièrement délicat à poser par suite de la présence d'une hydrocèle réactionnelle, et de l'envahissement précoce de l'épididyme, discute la valeur des principaux symptomes qui permettent de différencier ces néoplasmes des syphilomes et des pachyvaginalites cliniques. Il termine en passant en revue les différents procédés opératoires dont il étudie les indications.

De l'intervention chirurgicale dans les adénites tuberculeuses.

M. Martin présente un malgache opéré porteur d'une énorme adénite tuberculeuse de l'aisselle, infectée et fistulisée. Le malade était près que cachectique au moment de l'intervention, mais comme il ne présentait pas d'autres lésions tuberculeuses et que ses poumons étaient sains, M. Martin se décida à pratiquer l'extirpation des lesions axillaires. L'intervention faite très largement, fut très pénible : la plaie fut d'abord laissée largement ouverte, puis fermée dans un deuxième temps par une autoplastie. Les suites opératoires furent excellentes. L'auteur pense que, chez l'adulte tout au moins, il y a lieu d'être, en matière de tuberculose locale, plus interventionniste que ne le sont à l'heure actuelle beaucoup de chirurgiens et surtout de spécialistes.

Cancer du colon pelvien.

M. Lefebvre rapporte deux observations de cancer du colon pelvien en état d'occlusion pour lesquels il lui a été donné d'intervenir. Dans le premier cas, il a pratiqué dans la même séance opératoire une résection intestinale suivie d'entérorraphie termino-terminale, dans le second, au contraire, la suture intestinale n'a été réalisée que dans un deuxième

temps, après extériorisation de l'anse néoplasique et ablation du coin mésentérique. L'auteur passe ensuite en revue les différentes méthodes de colectomie, en décrit les différents procédés, et donne toutes ses préférences, dans les cas où l'état général est satisfaisant, au procédé d'extériorisation avec ouverture retardée de l'intestin. J. P.-T.

BIBLIOGRAPHIE CRITIQUE

Revue des Livres.

Chez MASSON et Cie. Paris.

LEMANSKI. — **L'art pratique de formuler** (à l'usage des étudiants et des praticiens).

La 5e édition de « L'art pratique de formuler » qui vient de paraître témoigne du succès réservé depuis vingt ans à cet excellent manuel.

Qui ne connaît les difficultés terre à terre rencontrées journellement dans la pratique, lorsqu'il s'agit de rédiger sur l'ordonnance, d'une façon précise, les indications thérapeutiques qui découlent de notre examen ?

Le jeune médecin est bien mal préparé à la fonction capitale de son art, car on fait peu de thérapeutique appliquée dans les hôpitaux. Les premières étapes une fois franchies, le praticien, sauf étude spéciale, a tendance à se cantonner dans un certain nombre de formules toujours les mêmes et comme adoptées une fois pour toutes, sans jamais les varier ni les modifier, d'où embarras dès que surgit le moindre élément nouveau.

Cependant, malades et pharmaciens ont tôt fait de juger le médecin débutant sur la qualité de ses prescriptions.

Attachons donc aux ordonnances une grande valeur morale à tous les points de vue.

On ne saurait constamment recourir aux spécialistes. M. Lemanski nous donne des renseignements fort utiles sur la manière de constituer une formule, d'éviter les incompatibilités, de rédiger une ordonnance où toutes les obligations soient remplies en ce qui concerne la médication interne, externe, la diététique et la physiothérapie.

Il nous met de plus au courant de toutes les nouveautés thérapeutiques auxquelles nul médecins ne saurait être étranger. Son livre continuera à rendre les grands services qui ont assuré jusque-là son succès.

Dr Gaston LYON. — **Consultations pour les maladies des voies digestives.** — **L'auteur, le Dr Gaston Lyon, était particulièrement qualifié pour pressentir les besoins réels du médecin et pour y répondre pleinement.**

Dans le traitement des affections des voies digestives, le médecin se heurte à des difficultés nombreuses, les unes inhérentes à la nature des gastropathies et des entéropathies, les autres inhérentes à la difficulté d'établir un diagnostic et d'instituer un traitement pour des maladies dont les symptômes sont multiples, imprécis, difficiles à contrôler.

La Faculté de Médecine de l'Université de Paris.

Organisation générale. — Enseignement, Cours complémentaires et de perfectionnement. — Examens, Diplômes, Programmes et Horaires pour l'année scolaire 1920-21. — Brochure publiée par la Société des Amis de la Faculté de Médecine ; éditée sous une forme élégante, elle donne toutes les indications utiles à ceux qui veulent poursuivre des études et des recherches médicales ; elle indique les horaires et les sujets des cours ; l'organisation, toute nouvelle, de l'enseignement clinique dans les hôpitaux ; elle fait connaître les travaux pratiques, les cours de perfectionnement et de vacances, les moyens de travail dans les laboratoires de recherches ; en même temps qu'elle indique les sommes à dépenser, les diplômes et les certificats qu'on peut obtenir.

Revue des Thèses.

Thèse de Montpellier.

Dr Charles-Albert BEGUIN. — **La forme léthargique de l'encéphalite.** Montpellier, Imprimerie Firmin et Montane, 1920.

La forme léthargique de l'encéphalite présente une symptomatologie bien définie par sa triade caractéristique : les paralysies oculaires, l'état fébrile et surtout la somnolence plus ou moins profonde, mais dominant tous les autres symptômes. Le diagnostic, facile, sera avantageusement complété par la ponction lombaire et l'examen du liquide céphalo-rachidien.

C'est une maladie grave, épidémique et contagieuse, à évolution et à durée excessivement variables, et dont il est difficile d'établir le pronostic heureux ou défavorable.

PARTIE PROFESSIONNELLE

LA VIE SYNDICALE ET PROFESSIONNELLE

Réflexions au sujet du Tarif étatique de la Loi des Pensions.

Après l'émotion légitime que nous avons éprouvée en apprenant la manœuvre inqualifiable à laquelle s'est livré M. Maginot, ministre des Pensions, à propos de la discussion de la loi de finances le 30 décembre dernier, au Sénat, nous nous sommes ressaisis et nous avons réfléchi, de sang-froid, aux conséquences de cet acte.

Dans son Propos du jour du numéro 2 du *Concours médical*, Noir, appréciant comme il convenait le tour de passe-passe fait par le Parlement, concluait qu'en réalité, nous n avions pas à trop regretter que le tarif des honoraires pour les soins donnés aux pensionnés de guerre, ne soit pas établi après entente entre les organisations professionnelles et le Gouvernement.

« Ce tarif, disait-il, universellement accepté « par les syndicats médicaux, eût été le point « de départ de toute une série d'autres, accom- « pagnés, sous divers prétextes, d'un rabais de « tant pour cent, selon la coutume des hommes « d'affaires, et le médecin aurait perdu encore « un peu plus de son prestige et de son indépen- « dance. Nous ne regrettons donc pas le tarif. »

La Sagesse des Nations aurait donc encore une fois raison,qui proclame qu'*à quelque chose malheur est bon*

Cet évènement remet en cause l'éternel conflit qui s'élève et s'élèvera toujours entre le médecin donneur de soins, et le tiers responsable, en vertu d'une loi ou d'un contrat, des honoraires médicaux.

Quoique nous fassions, en effet, le tiers en question, — individu ou collectivité, — aura toujours tendance à nous soupçonner de réclamer des prix exagérés et disproportionnés avec l objet de nos soins, dès qu il ne nous aura pas choisi ni imposé lui-même à son ressortissant.

Je lisais encore ces jours-ci, à propos du tarif Breton relatif aux accidents du travail, sous une forme courtoise, une diatribe déguisée contre le libre choix accordé par la loi de 1898-1905 aux blessés du travail. L'auteur de cet article, paru dans une publication favorable aux Compagnies d'assurances, voulait bien concéder que le nouveau tarif permettait une quotation plus équitable des honoraires que le précédent. Mais, il ne dissimulait pas que, selon lui, le libre choix était le grand obstacle à l'exacte réparation du dommage pathologique subi.

M. Maginot n'a-t-il pas tenu un langage analogue, menaçant pour le libre choix, quand, à Lyon, dans la réunion mémorable au cours de laquelle il a perdu une belle occasion de tourner sa langue sept fois dans sa bouche avant de parler, il a proféré, à l'encontre du corps médical, l'injure que nous avons encore tous présente à l'esprit, : « Mutilés, mes frères, *je vous ferai soigner par des médecins à moi* ! »

Paroles vaines ! Menaces matamoresques ! le libre choix faisant partie, à cette heure, de la charte qui régit l'exercice de la médecine publique, la médecine de soins, s'entend.

Non, le libre choix n'est pas en danger. 13.000 médecins syndiqués sont tout prêts à se dresser pour le défendre, s'il advenait qu'il fût attaqué.

Il n'en va pas moins résulter, du nouvel état de choses créé par l'article 51 de la loi de fiuances du 30 décembre 1920, que les médecins auront à adopter l'attitude que cet état réclame.

Quelle sera cette attitude ?

Dans une pensée éminemment généreuse, mon collègue P. Boudin, a souvent préconisé le contrat collectif de travail établi entre, d'une part, les groupements médico-professionnels, et d'autre part, les collectivités publiques et privées qui assurent à leurs ressortissants le secours médical, — ville par ville ou région par région.

Il a maintes fois plaidé la cause de tels accords avec des arguments infiniment impressionnants.

Je crains, qu'avec l'évolution des idées que nous constatons actuellement chez ceux en qui nous voulions voir des collaborateurs pour le bien général, et qui semblent prendre de nouveau figure d'adversaires, le contrat collectif de travail, cher à Boudin, reste longtemps encore à l'état de manifestation rare, isolée et limitée.

Ceci m'amène à reprendre une proposition que j'ai, de mon côté, plusieurs fois exprimée et que je réitère ici : « Il n'y a et il ne saurait y avoir de liens de droit qu'entre le malade qui fait appel à un médecin qu'il a librement choisi, et celui-ci. Seuls, l'un et l'autre ont à se demander et à se rendre des comptes, l'intervention des tiers responsables pécuniairement ne devant se faire qu'au regard de leur bénéficiaire, quand il y a lieu. »

Je dois à mon malade ma science, ma conscience et mon dévouement, en récompense de quoi il me doit, en ce qui le concerne, la légitime rémunération de mon travail, calculée selon la catégorie sociale à laquelle il appartient.

Qu'il soit assisté, mutualiste, accidenté du travail, pensionné de guerre, ou tout simplement absolument indépendant et agissant,à tous points

de vue, pour son propre compte, je ne connais et ne veux connaître que lui. Il m'a appelé ; je le soigne ; il me paie : nous sommes quittes. Je ne fais pas entrer en effet en ligne de compte la dette de reconnaissance qui ne s'acquitte pas en argent monnayé, et dont s'affranchissent si facilement ceux qui possèdent ce que Vauvenargues appelle l'indépendance du cœur.

Quand mon malade se sera ainsi libéré envers moi, il se retournera, s'il y a lieu, envers celui qui, contractuellement ou légalement, lui doit l'indemnisation des honoraires des soins médicaux dont il aura eu besoin, et ils se débrouilleront ensemble.

En présence de la simplicité des opérations qu'offre cette conception de l'exercice de la médecine, je ne m'explique pas pourquoi elle ne provoque pas plus d'enthousiasme.

Oui, je le sais, on me rétorquera que la simplicité qui recueille mes suffrages n'est que théorique ; qu'en pratique, les choses ne seront pas aussi faciles ; qu'il pourra m'arriver, et qu'il m'arrivera même très certainement, d'en être pour mes frais et de perdre tout ou partie de mes honoraires, si mon client est, par exemple, de mauvaise foi, ou si seulement, il appartient à la classe nécessiteuse, celle qui n'a pas toujours à sa portée les moyens de payer.

Eh bien ! je répondrai, comme certain monarque qui venait d'échapper à la balle régicide : « Ce sont les risques du métier. Ces risques, je puis les réduire dans une certaine mesure, par exemple, en adoptant la règle du paiement au comptant de mes soins, qui n'a rien d'immoral ni de subversif, puisqu'elle est d'usage courant en d'autres pays. »

Faisant application de ma conception générale au cas particulier des mutilés, je ne verrais aucun inconvénient, pour ma part, — et cela a déjà dit et écrit, même par moi, — à ce que le médecin appelé auprès d'un bénéficiaire de la loi du 31 mars 1919 le considère purement et simplement comme un malade ordinaire, auquel il mesurera ses honoraires selon sa situation sociale.

Un pensionné de guerre n'est pas fatalement un indigent, ni même un nécessiteux. Le fait n'est pas contestable, et il a été mis en lumière au cours de la discussion de cette loi, alors que certains parlementaires, enclins aux mesures simplistes, prétendaient tarifer less soins médicaux des mudilés aux prix de l'assistance médicale gratuite. Excusez du peu.

Tantôt donc, ce pensionné sera un bourgeois aisé, tantôt un industriel ou un commerçant, tantôt un employé, tantôt un petit salarié que le chômage forcé mettra dans la gêne, tantôt enfin, un millionnaire. Pourquoi pas ?

Eh bien ! A chacun de ces types de malades, quand il me fera l'honneur de recourir à mes soins, j'appliquerai le tarif correspondant à sa position, sans me préoccuper des titres particuliers qu'il possède, — et que je considère comme sacrés, — à une indemnisation de l'État, au service duquel il a été blessé ou est devenu malade.

Il se retournera ensuite envers cet État, si prompt à prendre envers lui des engagements dont il espérait faire tenir une grande partie par le corps médical, quand les plaies de la guerre étaient toutes fraîches et encore saignantes, et que, maintenant, avec l'estompage que produit l'éloignement, qui s'accentue chaque jour, il cherche, je ne dirai pas à éluder, mais tout au moins, à alléger d'une partie aussi importante que possible de leur poids.

Il se retournera donc envers l'État, et fort des droits imprescriptibles qu'il a acquis, il saura exiger la réparation qui lui a été promise et qui lui est due.

La question des soins médicaux, et des honoraires qu'ils méritent étant ainsi réglée, il resterait encore à traiter le côté administratif, l'accomplissement des formalités nécessaires à l'établissement des titres du pensionné.

Devons-nous envisager l'éventualité d'une grève administrative, de la grève de la paperasse, qui, en France, ne perd jamais ses droits ? Quelle que soit la mesure adoptée, il faut envisager, comme nous devons toujours le faire, l'intérêt primordial du malade ou du blessé. Il faut donc lui fournir les moyens : reçus motivés, attestations, etc., de faire précisément prévaloir ses titres, faute de quoi il risquerait d'être lésé.

Ici, je suis sur un terrain un peu mouvant. J'esquisse une opinion, mais je suis tout prêt à l'abandonner pour telle autre dont on me démontrerait les avantages et la supériorité.

La discussion est ouverte.

G. DUCHESNE.

LÉGISLATION

De la réparation des dommages indirects causés aux particuliers par les faits de la guerre.

Pourriez-vous me renseigner sur la situation faite aux médecins qui sont restés en pays envahi pendant la guerre et y ont exercé ; peuvent-ils avoir recours contre les Allemands pour leurs « dommages indirects » ? Généralement, la pratique se faisait sans contrainte : on était accompagné ; on touchait peu ou pas d'honoraires ; même les notes de 1914 sont en grande partie perdues par les effets de la guerre. Puis il y a aussi le manque à gagner. De ma

clientèle qui me rapportait dix mille francs par an en moyenne, je n'ai pu avoir que 7.000 pour les quatre années 1915 à 1918 en tout. Le ministère des régions libérées s'occupe-t-il des intérêts des professions libérales ? Je ne dois pas être seul dans ce cas, un éclaircissement dans ce sens serait utile à de nombreux confrères. Dr F.

Réponse de Me Gatineau.

On sait que la loi du 17 avril 1919 n'a pour objet que d'organiser l'exercice et de déterminer l'étendue du droit à la réparation des dommages matériels causés par la guerre. Et comme il s'agissait de déterminer la créance des sinistrés au regard de l'État français, « sans préjudice du droit, pour l'État français, d'en réclamer le paiement à l'ennemi », le législateur français a limité les réparations dont le montant doit être couvert par l'État « aux dommages certains, matériels et *directs* causés aux biens immobiliers ou mobiliers. »

Ainsi au regard de l'État français, le droit à la réparation est limité au dommage direct, par application de la règle de droit civil inscrite dans l'article 1151 au sujet des dommages résultant de l'inexécution d'une convention, règle qui est appliquée à la réparation du dommage causé par une faute, par un crime ou par un délit, bien que l'art. 1382 ne reproduise pas les dispositions relatives au quasi-délit conventionnel.

En droit français donc le dommage direct est seul reconnu comme pouvant donner lieu à une action en réparation.

Mais l'art. 18 de la loi du 17 avril 1919 laisse entrevoir la possibilité d'obtenir des indemnités pour une autre catégorie de dommages que ceux rentrant dans les dommages directs.

La réparation des dommages causés par les faits de guerrre aux personnes a été réglementée par la loi sur les pensions et par la loi du 24 juin 1919 modifiée par celle du 20 octobre 1919, la première relative aux victimes militaires ou leurs ayants droit, la seconde relative aux victimes civiles.

Cet art. 18 de la loi du 17 avril 1919 est ainsi conçu : « Les indemnités attribuées conformément aux dispositions du présent titre ne peuvent se cumuler avec aucune autre indemnité reçue à l'occasion des mêmes faits, *sinon avec les sommes que l'Etat français aura recouvrées sur l'ennemi en vertu des conventions et des traités* pour les *dommages de toute nature* qui n'auront pas été réparés ou qui ne l'auront été que partiellement par la présente loi. »

Il résulte de ce texte, ainsi que des travaux préparatoires, que le législateur a envisagé l'hypothèse éminemment favorable, où, en cas de victoire, l'État français imposerait à l'ennemi l'obligation de réparer non seulement les dommages matériels, directs et certains, mais même les dommages indirects, et il a réservé aux victimes de ce genre de dommages sinon un droit, du moins une possibilité, une espérance d'obtenir une réparation sur toute indemnité de guerre qui resterait aux mains du trésor français lorsque le remboursement des dommages matériels directs causés aux biens ou aux personnes aurait été recouvré par l'État.

Mais il n'existe aucune autre disposition de la loi du 17 août 1919, et il n'est intervenu depuis aucun texte pour déterminer :

1° A quels caractères il faudra distinguer les dommages indirects pouvant donner ouverture à un droit de réparation (car on ne peut guère admettre que tous les dommages indirects, quels qu'ils soient, puissent être considérés comme pouvant donner droit à des indemnités) ; 2° à quelle autorité et sous quelle forme les victimes de cette catégorie de dommages pourront adresser et faire apprécier leurs demandes en réparation.

Si l'on examine les travaux préparatoires de la loi du 17 avril, on voit que cette question des dommages indirects s'est posée à propos d'un amendement du député Demoulin tendant à faire prévoir par la loi l'indemnisation des ouvriers des mines, en raison du chômage qu'ils subiraient en attendant la remise en exploitation de la mine (Ch. des Députés, 22 janvier 1919, *Journal off.*, 23 janvier 1919, page 164). Ce genre de dommages étant indirect, l'amendement a été rejeté par la Chambre. Le rapporteur, M. Eymond, a trouvé le système ingénieux qui a consisté à donner aux braves mineurs une fiche de consolation, dans la vague réserve pour la réparation des dommages indirects qui a pris place dans la rédaction du 1er paragraphe de l'article 15.

Le rapporteur disait, d'autre part, dans son rapport : « La commission s'est bien rendu compte qu'en limitant ainsi l'application de la réparation (aux dommages certains, matériels et directs), elle écartait du bénéfice de la loi tous les dommages indirects. Ces dommages indirects ont été définis souvent — ce sont les pertes de bénéfices, le manque à gagner d'une façon générale. »

Voilà tout ce que nous avons pour nous guider dans cette question des dommages indirects, c'est peu.

En somme, il s'agit tout d'abord de l'exécution du Traité de paix. La conférence de Bruxelles s'est réunie. Jusqu'ici l'État français se trouve en face de l'obligation inscrite dans le traité de fixer avant le premier mai 1921, le mode de fixation et les bases de l'indemnité devant être payée par l'Allemagne. A quel résultat aboutira-t-il, *assisté* si l'on peut s'exprimer ainsi, quand il s'agit des alliés actuels de notre pays, par les Gouvernements co-signataires du Traité de paix

et qui ont déjà donné la mesure et la valeur de leur assistance dans les précédentes conférences ?

Ne serait-ce pas pousser trop loin l'optimisme, que de considérer comme certain que le gouvernement français arrivera à se faire payer et même à obtenir la promesse des indemnités dont le total sera supérieur aux dommages réglés par la loi du 17 avril 1919 et à ceux représentés par les pensions militaires et par les indemnités aux victimes civiles ?

On se demande déjà avec quelque anxiété si le chiffre d'ensemble des dommages directs compris dans les dispositions de la loi du 17 avril aura pu être fixé à temps pour être présenté au gouvernement allemand dans les conférences de Bruxelles et si tout n'aboutira pas à des cotes mal taillées dont le recouvrement total apparaît d'ailleurs comme très incertain.

Et comme il n'existe aucune loi règlementant la fixation des dommages indirects auxquels l'article 18 fait une vague allusion et que, par suite, tous ceux qui ont subi des préjudices de cette catégorie, n'auront pu faire établir le principe de leur droit ni faire fixer le montant de leur créance de réparation en temps utile, comment espérer que l'indemnité à obtenir de l'Allemagne pourra comprendre une somme permettant de réparer même partiellement cette catégorie de dommages ? Et il en est ainsi surtout si le délai fixé au 31 décembre dernier, par des communiqués parus dans les journaux, pour faire connaître aux commissions cantonales, le chiffre des dommages réclamés, sauf justifications ultérieures (il est vrai, seulement en matière de dommages matériels et directs), n'est pas considéré comme entraînant forclusion, étant donné que le chiffre global des réparations à obtenir du gouvernement allemand paraît devoir être fixé par la commission des Réparations sur les bases des échanges de vues devant être effectués à Bruxelles.

Nous avons raisonné comme si les termes du traité de paix étaient suffisamment formels pour que l'Allemagne ne puisse pas discuter le principe de la réparation des dommages indirects. Admettons maintenant qu'ils aient été compris dans les études faites à Bruxelles pour fixer la dette de l'Allemagne (et nous ne voyons pas comment, faute d'avoir provoqué, en temps utile, les demandes des intéressés, un chiffre global pourrait de ce chef s'ajouter aux autres indemnités), comment les victimes pourront-elles faire valoir leurs droits ?

Il faudrait évidemment, dans cette hypothèse, qu'une loi explicite soit promulguée. Des projets ont été déposés, paraît-il, devant le Parlement.

En attendant, et pour sauvegarder leurs droits encore hypothétiques, les victimes de dommages indirects ont-elles quelque précaution à prendre ? Et les précautions qu'elles pourraient prendre, sont-elles susceptibles de leur donner des résultats ?

On ne peut que conseiller aux victimes de dommages indirects d'adresser aux commissions cantonales des demandes motivées et fixant le chiffre réclamé, en spécifiant que de telles demandes tendant à la réparation de dommages indirects, pour lesquels l'art. 18 paragraphe 1er de la loi du 17 avril 1919 a réservé au profit des victimes le droit à la réparation, sont présentées non pour la fixation des indemnités par lesdites commissions, mais à titre de mesure conservatoire en vue de prendre part dans les termes de l'article ci-dessus à toute répartition d'indemnité que l'État français pourrait obtenir de l'État allemand pour les dommages de toute nature non réparés par la loi du 17 avril 1919.

Pourraient-elles en outre adresser un double de leur réclamation à la commission des réparations créée par le traité de paix ? Je ne crois pas que cette commission ait qualité pour statuer sur de semblables demandes, mais la précaution, à titre conservatoire, peut être prise pour ne rien négliger.

A chaque demande motivée, il faudrait joindre des copies de tous relevés, tableaux et documents à l'appui, certifiés conformes par le signataire. Il serait prudent de ne pas se dessaisir des documents originaux, qui risqueraient de s'égarer.

Quant à la distinction à faire entre les divers éléments de préjudice indirect pouvant exister, nous n'avons aucun texte qui oblige à écarter les uns et à retenir les autres. Il y aurait donc lieu de les comprendre tous dans la réclamation d'indemnité, en tâchant de fournir tous les éléments de conviction de nature à les faire admettre et de permettre de chiffrer le dommage.

G. GATINEAU,
Avocat à la Cour.

MÉDECINE LÉGALE

Le nouveau Tarif des expertises civiles.

(Décret du 27 décembre 1920)

Nous avons publié dans le *Concours médical*, 1920, pages 2643 et 2896, le décret concernant le tarif des expertises criminelles. Nous avons aujourd'hui à commenter le tarif des expertises civiles, qui vient de paraître, abrogeant celui du 16 février 1807, juiqu'ici en vigueur.

Pour nous, médecins, ce qu'il faut en retenir, c'est la suppression du tarif par vacations : désormais, les honoraires et débours des experts seront taxés par le président du tribunal, qui

tient compte de l'importance et des difficultés des opérations et du travail fourni.

Autrement dit, c'est l'arbitraire le plus absolu, d'autant que cette appréciation du travail accompli sera faite par quelqu'un étranger à notre profession et qui, quelle que soit sa science juridique et sa parfaite bonne foi, ne saura pas réunir les éléments nécessaires pour éclairer sa religion sur le bien fondé de la demande d'honoraires d'expertise.

Il est à craindre que, dans la pratique, le juge taxateur ne réduise d'une manière habituelle, les notes qui lui seront soumises.

Que pourra faire le médecin expert ?

Il pourra constituer avoué, pour que, par son ministère, une opposition soit faite à l'ordonnance du juge taxateur.

Le tribunal, en chambre du conseil, statuera sur cette opposition.

Le médecin aura-t-il donc intérêt à soutenir un procès coûteux, alors que ses chances de succès seront minimes ?

Ne verra-t-on pas plutôt les docteurs se lasser de faire du travail sérieux pour ne le voir rémunéré qu'en monnaie de singe ? Le recrutement des experts civils ne deviendra-t-il pas difficile, dans certaines régions, où les confrères s'entendent parfaitement sous l'égide du syndicat ? Car, ne l'oublions pas, nul d'entre nous n'est obligé d'accepter une mission d'expertise civile. Nous sommes toujours en droit de nous récuser, car la loi du 30 novembre 1892 ne nous force à obéir qu'aux réquisitions de la justice ; or, en matière civile, il n y a pas de réquisition possible pour l'expertise.

Comment un médecin pourra-t-il apprécier son travail, le temps passé à la lecture du dossier, à l'examen des pièces, à la visite des malades, s'il y a lieu, aux recherches à faire dans les livres et journaux professionnels et scientifiques, etc. ?

Nous croyons qu'il faudra, pendant un certain temps encore, nous référer aux anciennes vacations du tarif de 1807 ; mais, dans son exposé des motifs, le ministre de la Justice reconnaît que ce décret de 1807 « ne se trouve plus « en harmonie avec le coût de l'existence et les « nécessités du jour, son relèvement s'impose-t-il « d une façon impérieuse. »

Dans ces conditions, nous pensons que nos confrères feront bien de tarifer au double, le prix des anciennes vacations.

La *prestation de serment*, comme le *dépôt de rapport*, donnent droit, chacun à un honoraire de 6 francs.

Les *frais de voyage et de déplacement* ne sont comptés qu'au-delà de deux kilomètres de la résidence.

Si le transport a lieu par voie ferrée, ils toucheront 20 centimes par kilomètre, à l'aller comme au retour.

Si le voyage est effectué autrement, 60 centimes à l'aller et au retour.

Il est en outre alloué 20 francs par journée de déplacement.

Au moyen de cette allocation, les experts ne peuvent rien réclamer pour autres frais de voyage et de nourriture.

Nous donnons ci-après le texte officiel du décret. Mais concluons en recommandant une fois de plus la prudence à nos confrères, lorsqu'ils acceptent une mission d'expert. Pour une modique rémunération, ils auront un lourd travail à accomplir, s ils veulent être consciencieux et s'ils ont bien la notion de leur rôle d auxiliaire de la justice.

En tous cas, le « Sou médical » reste toujours à la disposition de ses adhérents pour leur donner tous conseils et avis émanant de ses avocats-conseils.

Dr Paul Boudin.

Décret du 27 décembre 1920.

CHAPITRE I

Frais de voyage des parties.

Art. 1er. — Lorsque les parties font un voyage et qu'elles se sont présentées au greffe assistées de leur avoué, pour y affirmer que le voyage a été fait dans la seule vue du procès, il leur est alloué quels que soient leur état et leur profession, à titre de frais de voyage par kilomètre parcouru, tant à l'aller qu'au retour, si elles sont domiciliées en France, entre leur domicile et le tribunal ou la cour, et si elles sont domiciliées hors du territoire continental, entre la frontière française et le tribunal ou la cour :

1° 20 centimes si le voyage a été effectué par voie ferrée ;

2° 60 centimes si le transport a eu lieu autrement.

Il leur est alloué en outre 10 fr. par chaque journée de séjour.

Il n'est rien dû à l'avoué pour l'assistance au greffe

Art. 2. — Il n'est passé en taxe qu'un seul voyage en première instance et un seul en Cour d'appel. Cependant, si la comparution d'une partie a été ordonnée par jugement ou arrêt et si les dépens lui sont adjugés, il lui est alloué pour cet objet une taxe égale à celle d'un témoin.

CHAPITRE II

Experts.

Art. 3. — § 1er. — Les honoraires et débours des experts sont taxés par le président qui tient compte de l'importance et des difficultés des opérations et du travail fourni.

Le président peut autoriser les experts à toucher, au cours de la procédure, des acomptes provisionnels sur leurs débours, soit lorsqu'ils ont effectué des travaux d'une importance exceptionnelle, soit lorsqu'ils ont été dans la nécessité de faire des transports coûteux ou des avances personnelles.

§ 2. — Si les experts ont reçu mission soit de dresser un devis détaillé, soit à défaut de l'architecte de diriger les travaux ou de procéder à la vérification et au règlement de mémoires d'entrepreneurs, il leur est alloué :

1° Pour rédaction de devis, 1 1/2 p. 100.
2° Pour direction de travaux, 1 1/2 p. 100.
3° Pour vérification et règlement, 2 p. 100.

Cette allocation est répartie également entre les experts ou attribuée à l'un d'eux suivant que le travail a été fait en commun ou par un seul expert.

Les experts ne peuvent rien réclamer pour s'être fait aider par des copistes, dessinateurs, toiseurs et porte-chaîne, ni sous quelqu'autre prétexte que ce soit, ces frais restant à leur charge.

Art. 4. — Il est alloué aux experts 6 francs : 1° pour la prestation de serment ; 2° pour le dépôt de leur rapport.

S'ils sont domiciliés à moins de 2 kilomètres du lieu où siège le tribunal, il n'est pas alloué dans ce cas de frais de voyage soit pour la prestation de serment, soit pour le dépôt du rapport.

Il ne leur est rien alloué en cas de vérification d'écriture ou en cas d'inscription de faux incident civil pour prestation de serment, ni pour dépôt de leur procès-verbal qui doit être rédigé en présence du juge ou du greffier.

Art. 5. — Lorsque les experts se transportent au-delà de 2 kilomètres de leur résidence, il leur est alloué pour frais de voyage et de déplacement les mêmes frais que ceux alloués aux avoués par l'article 69 du décret du 29 décembre 1919 (1).

Art. 6. — Au moyen de cette allocation, les experts ne peuvent rien réclamer pour autres frais de voyage et de nourriture.

CHAPITRE III

Dépositaires de pièces.

Art. 7. — Il est alloué aux dépositaires qui représentent les pièces de comparaison en vérification d'écriture ou arguées de faux et en inscription de faux incident civil, par chaque vacation de trois heures, devant le juge ou le greffier :

Aux greffiers des cours d'appel	12 fr.
Aux greffiers des cours d'assisses	12
Aux greffiers des tribunaux de 1re instance.	10
Aux notaires	8
Aux avoués des cours d'appel	8
Aux avoués des tribunaux de 1re instance.	8
Aux huissiers	6
Aux autres fonctionnaires publics ou aux particuliers s'ils le requièrent	6

Art. 8. — Il est alloué aux dépositaires pour frais de voyage les mêmes droits que ceux alloués aux avoués par l'article 69 du décret du 29 décembre 1919.

CHAPITRE IV.

Témoins.

Art. 9. — Les témoins de l'un et l'autre sexe appelés à déposer en matière civile reçoivent, s'ils le demandent, une indemnité de comparution qui est ainsi fixée :

A Paris	8 fr.
Dans les villes où siège un tribunal de première classe	6 fr.
Dans les autres villes	4 fr.

Si les témoins ne sont pas domiciliés au lieu où se poursuit l'enquête, il leur est alloué pour chaque journée de séjour forcé en sus de la première :

A Paris	10 fr.
Dans les villes où siège un tribunal de première classe	8
Dans les autres villes	6

Art. 10. — Si les témoins sont domiciliés à plus de 2 kilomètres du lieu où se poursuit l'enquête, il leur est alloué en outre, à titre de frais de voyag. par kilomètre parcouru tant à l'aller qu'au retour :

1° 20 centimes, si le transport a été effectué par voie ferrée ;

2° 60 centimes, si le transport a eu lieu autrement.

Art. 11. — Sont abrogés les articles 146 et 159 à 167 du premier décret du 16 février 1807 et généralement toutes dispositions contraires à celles du présent décret.

(1) Art. 69 du décret du 29 déc. 1919. (*J. O.*, 17 janv. 1920). — § 1er. — Les avoués qui sont obligés de se transporter à plus de 2 km. de leur résidence, lorsque leur présence est autorisée par la loi ou demandée par leurs parties, sont indemnisés de leurs frais de voyage et de séjour. Ils reçoivent à ce titre par kilomètre parcouru tant à l'aller qu'au retour :

1° 20 centimes si le transport a été effectué par voie ferrée.

2° 60 centimes si le transport a eu lieu autrement

§ 2. — Il est alloué, en outre, 20 francs par chaque journée de déplacement.

CHRONIQUE HOSPITALIÈRE

La chirurgie dans la petite province.

Le premier congrès professionnel des médecins et chirurgiens des hôpitaux civils de France, dans ses séances des 4, 5 et 6 octobre 1920 a adopté à l'unanimité trois résolutions. Je ne veux parler que de la troisième : « Toutes autres catégories de malades (indigents et petits payants) doivent être exclus des hôpitaux, sauf le cas d'extrême urgence ».

Le congrès était composé de médecins et de chirurgiens de la capitale et de la grande province. La petite province n'était pas représentée et si elle l'avait été, elle aurait protesté contre cette troisième résolution.

Pour l'intelligence de la question, prenons-la d'un point de vue élevé.

Le médecin est fait pour le malade, dit-on avec raison. Dans cet article, ne parlant que chirurgie, je dis : le chirurgien est fait pour le cas chirurgical. N'est-il pas utile, avantageux, indispensable en pays civilisé, que, sur tout le territoire de la République, même dans les coins les plus reculés, les plus abrupts, les plus élevés, où se rencontrent encore des chaumières et où, en plus, les villégiatureurs, les alpinistes, les bicyclistes, les automobilistes passent de plus en plus nombreux et souvent s'y cassent les reins, ou autres choses, n'est-il pas indispensable que le secours chirurgical puisse être assuré dans un temps limité hors duquel souvent la mort est la suite fatale de l'accident ?

Ce point acquis, je pose une autre question. Existe-t-il en France, un nombre de chirurgiens suffisant pour assurer ce service chirurgical étendu ? Je réponds hardiment : oui. L'asepsie a changé bien des choses ; elle a éveillé les initiatives et créé la sécurité. Tout étudiant, ayant le tempérament chirurgical qui fait, dans de grands hôpitaux, sous la direction des excellents maîtres que comptent toutes nos villes de Faculté et d'Écoles de médecine, son internat en services de chirurgie, est, à la fin de ses études, apte à aborder, sous sa responsabilité, la pratique de la grande chirurgie d'urgence. Si celui-là a été, en outre, chargé d'un service chirurgical pendant la guerre, c'est mieux encore.

De ces chirurgiens, il existe une pléiade en France et si la grande ville en regorge au détriment quelquefois de la campagne, c'est parce que un trop grand nombre est hypnotisé par les concours de chirurgien des hôpitaux auxquels quelques-uns seuls arrivent, tandis que les autres, malgré d'incontestables mérites, usent leurs meilleures années en études et luttes stériles et retombent découragés. Il n'en serait pas de même, si ces jeunes élites, avides de grande gloire, savaient, d'une part, modérer leurs désirs et d'autre part, qu'elles peuvent dans la petite province se créer rapidement des situations honorables, rendre des services éminents et avoir une vie agréable.

Pour cela, que faut-il rencontrer ? car, me direz-vous, on ne peut se laisser aller à l'aventure.

Ce qu'il faut ?

1° Un certain rayon de clientèle, une centaine de mille habitants par exemple.

2° S'occuper exclusivement de sa spécialité, la chirurgie.

3° Enfin, et c'est là le point capital, être chargé d'un service de chirurgie d'hôpital. (Notez que je ne parle que de la petite province, de celle qui ne peut rêver avoir clinique particulière.)

Il faut donc que ce chirurgien ait un service d'hôpital suffisamment important, où il puisse opérer à peu près tous les cas de chirurgie sauf quelques-uns réservés d'ailleurs aux compétences exceptionnelles, et ainsi, se tenir au courant de la science. Mais aussi, il faut qu'il puisse vivre de sa profession.

Or, pour vivre, que lui restera-t-il si, — et c'est ici que je reviens à mon point de départ, si, suivant la troisième résolution : « toutes autres catégories de malades (indigents et petits payants) doivent être exclus des hôpitaux, sauf le cas d'extrême urgence, *c'est-à-dire sauf rare exception*, il lui restera comme honoraires ceux des indigents et des petits payants.

Ce serait tout simplement, l'étranglement net des chirurgiens de la petite province, avec cette circonstance troublante que cette résolution canalise les moyens et les gros clients vers les villes assez heureuses pour posséder des cliniques particulières ou ouvertes aux chirurgiens de ces villes.

Assurément le 1er congrès professionnel n'a pas envisagé cette question, cependant importante, car ils sont nombreux actuellement les chirurgiens de la petite province. Je ne parle que pour eux, pour les pays qui ne peuvent avoir de clinique et qui constituent une classe à part, méritent une règlementation spéciale.

L'hôpital a été créé pour l'indigent, il y a des siècles. L'idée de charité a fait des merveilles, accumulé sous cette forme de bienfaisance des capitaux énormes. Longtemps l'hôpital et ses installations sommaires (quelquefois plusieurs malades par lit) ont été laissés aux malheureux. C'était l'époque où, suivant les données de la science, on pouvait se soigner à domicile. Mais peu à peu les médecins et les malades ont compris que certaines maladies ne pouvaient être soignées utilement en dehors d'établissements spéciaux. De là, l'existence des cliniques et la première fissure qui fit craquer le cadre rigide des règlements hospitaliers. Cette fissure s'est élargie peu à peu, et avec les progrès de la science, la série ininterrompue des interventions nouvelles a amené un apport toujours croissant de malades payants dans les hôpitaux. Il n'est pas un hôpital en France qui refuse les malades payants. Mais, tandis que les ressources des hôpitaux s'accroissaient de ce flot d'arrivants payants, les charges des chirurgiens des hôpitaux croissaient sans compensation, bien mieux une partie de leur clientèle venait fondre dans ces services hospitaliers. Actuellement, pour la sécurité du malade et la commodité des chirurgiens, on peut dire que le bistouri n'est plus l'outil du cabinet de consultation ou de la chambre du malade, mais seulement de la salle d'opération de la clinique ou de l'hôpital.

Sans clinique ou sans service d'hôpital, le chirurgien est inexistant.

L'hôpital n'en reste pas moins fait pour les indigents. C'est entendu. Ils ne doivent jamais être lésés par les payants. A eux la première place, le chirurgien leur doit tous ses soins, mais à côté, soit dans la même salle, soit dans des salles ou des chambres particulières, il y a des places disponibles. Tous les hôpitaux en ont créé ou peuvent en créer. Il est même des hôpitaux, comme ceux de Grenoble, qui, à l'instar des hôpitaux allemands ou américains, ont installé une clinique attenant aux services hospitaliers, ce qui procure une économie de temps aux chirurgiens et une moins grande dépense de personnel.

Dans les villes qui n'ont pas de clinique, ces lits, ces salles, ces chambres, doivent être mis à la disposition des malades payants petits, moyens ou grands qui, eux aussi, ont cependant le droit naturel d'être soignés à l'hôpital de leur pays,

AVIS

TRANSFERT DU SERVICE VACCINAL

Nous informons nos lecteurs que depuis le 1er Janvier dernier, le Service Vaccinal que le « Concours Médical » avait organisé depuis plus de 30 ans, est assuré par les soins de

L'INSTITUT DE VACCINE ANIMAL DE PARIS

fondé par Chambon et St-Yves Ménard et dirigé par le Docteur A. FASQUELLE.

8, rue Ballu, PARIS
Tél. Gutenberg 32-44

Nos lecteurs sont assurés qu'ils trouveront dans cet Etablissement un vaccin de qualité irréprochable dont la virulence est garantie.

En spécifiant leur qualité d'abonné au « Concours », ils bénéficieront en outre d'un tarif spécial établi en leur faveur.



près de leurs parents, quand leur maladie ne peut être soignée à domicile. Le chirurgien qui a leur confiance doit pouvoir leur donner ses soins et doit avoir le droit de leur demander ses honoraires, petits, moyens ou gros, suivant leur fortune respective. J'estime que cette faculté qui serait accordée aux chirurgiens d'exercer leur profession dans des conditions convenables et avantageuses devrait, par un juste retour, les engager à abandonner leur traitement, en faveur des œuvres de l'hôpital. Ainsi seraient liés par de justes et réciproques concessions sur l'état antérieur, les chirurgiens et les commissions administratives des hôpitaux. De cet accord naîtrait une harmonie dont ne pourraient que bénéficier les malades, ceux pour le bien-être desquels, en somme, nous devons tous travailler.

C'est dans ces conditions que je vois l'avenir de la chirurgie dans la petite province pour la satisfaction des malades et des médecins et, voilà pourquoi je proteste contre la troisième résolution du congrès professionnel.

Dr J. Armand.

LA MÉDECINE HISTORIQUE

Au moment précis où l'*Association pour le développement des relations médicales internationales*, (*A. D. R. M.*), prenait naissance à la Faculté de médecine de Paris, groupant dans un admirable ensemble (auquel un « doyen des temps nouveaux » veut nous habituer) professeurs et praticiens, un de nos confrères dégagé de toute attache officielle, le Dr Cabanès, appelé en Belgique, commençait à l'Institut des Hautes-Etudes une série de leçons magistrales : *La Dynastie des Habsbourg au point de vue psychopathique*.

A leur tour, Liège, Arlon, Anvers devaient avoir la bonne fortune d'écouter et d'applaudir ce médecin qui, disciple de Lélut, de Fustel de Coulanges, de Littré, ne craint pas de garder son originalité, sa personnalité, son indépendance, au point de réfuter lui-même une théorie qu'il aura soutenue, si des documents nouveaux viennent lui démontrer son erreur. Aussi le Dr Cabanès— on lui en a fait un très vif grief — de ne jamais conclure que « en l'état actuel de la documentation ». Ses lecteurs ont fait, depuis longtemps, justice de ce reproche.

La preuve de cette loyauté de l'auteur ne nous est-elle pas donnée dans cette belle leçon sur Jeanne la Folle, dont il nous a été permis de lire les bonnes feuilles ?

Sur les documents fournis par l'historien anglais Bergenroth, le Dr Cabanès, dans une première manière, s'élève contre une tradition quatre fois séculaire : Jeanne ne fut dite folle qu'en raison d'ambitions de cour et fut une triste séquestrée, victime de son odieux entourage. Or, quelques années plus tard, le Dr Masoin, de Bruxelles, revient à la version traditionnelle et, de pièces d'archives qui semblent irréfutables, conclut à une neurasthénie grave, qui devait aboutir au naufrage complet de la raison. Le Dr Cabanès eût pu conserver sa façon de voir, la justifier envers et contre tout : nullement ! Il reprend posément l'étude de ce cas-type de pathologie historique ; il confronte, un à un, les éléments du procès, cités par Bergenroth et par Masoin ; ses recherches critiques l'amènent à découvrir de nouveaux documents ; il analyse les controverses des divers médecins-historiens qui se sont occupés du cas de la malheureuse Jeanne ; et, dans *Les Fous couronnés*, le Dr Cabanès parvient à démontrer que l'épouse de Philippe le Beau, atteinte de jalousie morbide, sombra dans une « manie », dont il fixe scientifiquement les caractères. N'a-t-il pas agi de même au sujet de l'évasion de Louis XVII ? La vérité historique est perpétuellement en marche !

A diverses reprises, le *Concours médical*, sous la signature de son rédacteur en chef, le Dr Noir — à qui l'histoire de la médecine et la médecine historique sont familières — a, d'une plume critique, présenté aux médecins français les travaux, déjà imposants, de l'auteur des « Indiscrétions de l'Histoire » et « Des Mœurs intimes du Passé »; de « Marat inconnu », d' « Une Allemande à la Cour du Roi Soleil » etc. Sans préjudice de la *Chronique médicale*, d'un des plus lus de nos journaux professionnels.

L'an dernier, le Dr Cabanès fut appelé à inaugurer à Bruxelles un cours de pathologie historique. A Bruxelles ? demanderez-vous. Pourquoi pas à Paris, Bordeaux, Toulouse ?... La libre Belgique prend son bien partout où elle le trouve ; cependant l'idée française conserve pour elle toute son attirance. Mais pour elle aussi, le *magister dixit* a des bornes qu'elle sait reconnaître. Le peuple qui a donné les magnifiques et glorieux exemples que l'on sait, répudiant les limites d'un particularisme étroit « regarde sur le dehors » ; tout en conservant son propre caractère, il fait appel, hors ses frontières, hors son Université, à ceux qu'il croit les plus aptes à remplir, dans une section déterminée, le rôle d'enseigneur.

Les temps viennent à grands pas où la France connaîtra les bienfaits de cette méthode... Déjà, tous les jours dans nos Feultés, dans nos hôpitaux les maîtres officiels s'entourent d'une pléiade de praticiens spécialisés en l'étude de tel ou tel sujet. N'est-ce pas le cas des professeurs Carnot et Jeanselme, entre autres ?

Pourquoi la chaire d'histoire de la médecine ne suivrait-elle pas cet exemple ? Pourquoi cette chaire d'attente, cette chaire dite de « passage », ne serait-elle pas attribuée à un homme de carrière, à un maître, dans le sens, si rigoureux et si juste, que les corporations avaient créé ? Pourquoi un homme (ou des hommes, car le temps n'est plus des Pic de la Mirandole) ayant fait « sa chose », non

seulement de l'histoire de l'art de guérir, mais encore de la médecine historique, c'est-à-dire de l'*Histoire éclairée par la Clinique*, en un mot, de la pathologie des rois et des peuples ; pourquoi cet homme, disons-nous, ne serait-il pas pourvu de cet enseignement ?

L'histoire de la médecine et la médecine historique, qui se rencontrent souvent, qui se prêtent un mutuel appui, mais qu'il faut bien se garder de confondre, ont une portée philosophique et pratique beaucoup plus étendue que ne seraient portés à le croire certains esprits qui ne voient en elles qu'anecdoctes para-médicales, ou passe-temps supérieur agréable ! N'est-ce pas le droit du médecin, en effet, de donner son avis pour éclairer la psychologie collective et la psychologie individuelle en matière historique ?

Dans leurs cours, certains maîtres, soit à la Faculté, soit à l'hôpital, ne manquent pas d'en faire ressortir l'importance. Le Pr Gilbert, à l'Hôtel-Dieu, la semaine dernière, ne développait-il pas, à propos des incompatibilités thérapeutiques dans une prescription déterminée, les raisons qui avaient amené nos pères à justifier l'emploi de l'émétique dans des cas particuliers, et quelle influence ces raisons avaient eu, un siècle durant, sur l'esprit des praticiens, dans l'exercice de notre art, ne devons-nous pas constamment nous rappeler que nos anciens, suivant le concept de Grasset, ont élevé lentement la pyramide qui nous permet de voir plus loin qu'eux ; mais, oh ! ironie ! si nous voyons plus loin qu'eux, nous reculons aussi davantage les bornes de notre horizon...

Hier encore, à la Pitié, le Pr Vaquez ne consacrait-il pas sa leçon inaugurale aux conquêtes de la thérapeutique à travers les âges et, dans une conclusion d'une superbe envolée philosophique, en présence des théories accumulées et des faits curateurs, qui marquent chaque deux ou trois siècles, ne suppliait-il pas ses auditeurs de ne pas fermer les portes du temple d'Epidaure, où les malades que nous sommes impuissants à guérir vont chercher, avec un refuge, espoir et consolation?..

A la médecine historique se rattache l'étude des rapports du génie et de la névrose (1): Socrate, Jules César, Pascal, Molière, Napoléon, Victor-Hugo ; ou, encore Donizetti, Dostoievski, Balzac ou Flaubert ne seraient-ils « génies » que parce que névrosés à titres divers ? Ces hommes de génie ont été, sans aucun doute, soumis aux mille misères de l'humaine condition ; pour cela faut-il conclure : leur génie est fonction de ces misères, le génie est proportionnel à leur état de maladie ? Que Max Nordau, que Lombroso aient vu dans le génie une manifestation de l'épilepsie, nous leur laissons volontiers la paternité de pareille conception : dans ce cas, poussant à l'extrême leur déduction, allons visiter nos asiles spéciaux et dans tout épileptique essayons de trouver la graine d'un « génie » futur. — Le bon sens, cette qualité que Monsieur Tout le Monde possède plus que Monsieur de Voltaire, et pour lequel cependant, au dire de Bordeu, il faudrait instituer un cours, le bon sens ne nous souffle-t-il pas que si certains génies ont été épileptiques, leur génie fut plus grand encore de se pouvoir manifester *malgré cette maladie* ? Avec Brunetière, Voivenel et Rémond, de Metz, et aussi Magnan, le Dr Cabanès fait justice de ce paradoxe : ce qui est sain est et sera toujours équilibré ; le génie résulte du fonctionnement parfait d'un cerveau perfectionné ; l'état morbide n'est nullement indispensable à l'inspiration.

Que cet état morbide puisse imprimer un certain caractère à la manifestation du génie, nul n'y contredira. Mais cela sera une exception. L'état morbide ne sera jamais facteur de génie.

La médecine historique pourra, dans certains cas, éclairer les raisons cachées de tel ou tel fait de l'histoire. De la Roncière, le grand historien de notre marine, raconte comment Louis XI fréta toute une flottille à destination des Iles Canaries. Pourquoi cette expédition ? Il faut savoir que les naturels de cette île passaient pour posséder un remède infaillible contre la lèpre. Louis XI n'aurait-il pas été atteint de cette maladie ; ceci n'expliquerait-il pas son extrême méfiance, sa claustration volontaire, sa phobie de tout étranger, le soin extrême qu'il mettait à cacher ses mains ? D'autre part, que signifie la lettre du même roi à un certain prieur d'un pèlerinage fameux, lettre lui demandant d'obtenir du ciel une bonne fièvre quarte, si l'on ne sait que la fièvre quarte était considérée comme curatrice de l'épilepsie ?

La médecine historique et l'histoire de la médecine se rencontrent à chaque page du *Journal de la Santé du Roi*. Toute la thérapeutique du temps de Louis XIV défile sous nos yeux, en même temps que les controverses scientifiques auxquelles donnaient lieu les nombreuses médications prescrites au grand Roi. Du même coup, la pathologie de ce monarque est mise à nu et le caractère de cet homme qui, au demeurant, incarna une époque, en est grandi au lieu d'en être diminué, tant sa force d'âme fut souvent mise à l'épreuve.

On pourrait ainsi multiplier les exemples.

Sans doute, certaines assertions du Dr Cabanès peuvent être discutées ; il est loisible à d'autres de critiquer « sa formule ». Dédaigneux des controverses stériles, ce médecin « historien en psychopathologie », appelle et recherche la discussion, mais la discussion courtoise. Que de fois n'avons-nous pas été le témoin d'une manière de tournoi avec l'un de ses pairs ?

....

Ce qu'il nous plait de souligner, c'est que nos amis belges ont fêté le Dr Cabanès, artisan de l'expansion et de la pensée françaises. Un témoin nous écrit comment, dans le grand amphithéâtre de l'Uni-

(1) Lire à ce sujet la récente communication du Dr Cabanès à la Société de Médecine de Paris.

versité de Liège, en présence d'une foule de plus d'un millier de personnes, dont le cœur battait à l'unisson du nôtre, fut acclamé et applaudi notre très érudit compatriote. Et cette autre manifestation de sympathie et d'estime mérite aussi d'être retenue : Le Dr Cabanès, entrant à l'Académie de médecine de Bruxelles, vit sa présence signalée à tous les membres par le Président, et un fauteuil lui fut offert, afin de lui permettre de suivre les travaux de la séance.

Et ce jour-là encore, la France, en la personne de notre confrère, fut à l'honneur !

Dr R. Molinéry.

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations.

— **Université de Clermont.** École de médecine et de pharmacie. — Des concours seront ouverts, le 4 juillet 1921, devant la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Toulouse :

1° Pour l'emploi de suppléant des chaires de physique et de chimie à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Clermont ;

2° Pour l'emploi de suppléant de la chaire de pharmacie et matière médicale à ladite école ;

3° Pour l'emploi de suppléant de la chaire d'histoire naturelle à ladite école.

Les registres d'inscription seront clos un mois avant la date d'ouverture desdits concours.

— **Médecin adjoint des asiles publics d'aliénés.** — Un concours s'ouvrira à Paris, au ministère de l'hygiène, de l'assistance et de la Prévoyance sociales, le lundi 7 mars 1921, tant pour l'admission aux emplois de médecin adjoint des asiles d'aliénés que pour l'aptitude aux fonctions de médecin d'asiles privés.

Le nombre de postes de médecin adjoint des asiles publics est fixé à huit.

Les candidats qui désirent participer au concours doivent adresser au ministre de l'hygiène de l'assistance et de la prévoyance sociales une demande accompagnée de leur acte de naissance, de leurs états de services, d'un exposé de leurs titres, d'un résumé succinct de leurs travaux, du dépôt de leurs publications, des pièces établissant leur stage et l'accomplissement de leurs obligations militaires, ainsi qu'un état de leurs titres militaires avec pièces justificatives.

Les candidatures seront inscrites au ministère de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales (1er bureau de la direction de l'assistance et de l'hygiène publiques, 7, rue Cambacérès), jusqu'au mercredi 16 février 1921 inclus.

Chaque postulant sera informé par lettre individuelle de la suite donnée à sa demande.

— **Groupe médical parlementaire.** — MM. les Drs Pinard, député, président d'honneur ; Chauveau, sénateur, président ; François, député d'Alsace-Lorraine ; Maunoury, député ; Pédebidou, sénateur : vice-Présidents ; Gilbert Laurent, député, secrétaire général ; Merlin, sénateur ; Dezarnauld, député : secrétaires-adjoints ; Amodru, député, questeur.

Députés. — MM. Albert Favre, Augé, Batlle, Baudet, Boussenot, Burnet (Jules), Causeret, Clament, Claussat, Constans A., Decloux (Allier), Delom-Sorbé, Durand, Even, Gadaud, Grinda, Hermabessière, Legros, Lévy, Maurel, Molinié J., Monprofit, Morel V., Mourier, Oberkirch, Peyroux, Pfleger, Queille, Régnier H. (Nièvre), Simyan, Sireyjol, Theveny, Thibout.

Sénateurs. — MM. Blanc, Bollet, Butterlin, Cannac, Dellestable, Delpierre, Eymery, Daraignez, Debierre, Félix Martin, Flaissière, Foucher, Gallet, Gauthier, Gay, Guillois, Jouis, Masclanis, Peschaud, Pottevin, Roche, Rouby, Trouvé, Sabaterie

— Un certain nombre de collègues, d'élèves et d'amis du professeur Jeannel, doyen de la faculté de médecine et de pharmacie de Toulouse, se sont proposé de perpétuer la mémoire de ce maître éminent et regretté.

A cet effet, ils ont décidé l'érection de son buste en marbre dans la salle des actes de la faculté de médecine.

L'exécution de ce momument a été confiée à M. Viyent, le statuaire bien connu.

— **Enquêtes médico-sociales sur la syphilis.** — Aux médecins praticiens. La Commission de prophylaxie des maladies vénériennes instituée au ministère de l'hygiène a émis le vœu que, pour aider à la propagation de l'hygiène en France et à la lutte contre les maladies sociales, soit créé un *Office français de Documentation et de Propagande* qui aurait pour mission de réunir et de répandre toutes les informations relatives aux questions d'hygiène sociale et de prophylaxie, d'instituer des enquêtes et de mettre à la disposition des médecins hygiénistes et praticiens toute la documentation qui leur est nécessaire.

M. J.-L. Breton, ministre de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales, a confié au Comité de propagande d'hygiène sociale et d'éducation prophylactique le soin d'organiser cet Office.

Pour répondre aux vues du ministre de l'hygiène, le Comité a décidé de procéder d'abord auprès des médecins praticiens à des enquêtes sur les questions encore insuffisamment connues relatives à la syphilis.

Les médecins, en effet, sont loin d'être d'accord sur la fréquence de la syphilis, sur l'étendue de son domaine, sur la part qui lui revient dans la mortalité générale.

La syphilis est certainement beaucoup plus fréquente qu'on ne le croit communément ; on estime qu'elle atteint au moins le cinquième de la population dans des villes telles que Paris, Londres ou Berlin ; on ne sait pas quelle est l'importance de la syphilis rurale.

Avant la guerre, au cours de laquelle elle s'est

multipliée, la syphilis tuait, au minimum, dans notre pays, 40.000 individus par an. D'ailleurs, son influence sur la dépopulation est plus grande que ce chiffre même ne permet de le supposer, puisqu'elle est la cause principale de mortinatalité après l'avortement volontaire ; et si l'on pouvait évaluer d'une manière précise le nombre de fausses couches, d'avortements causés par la syphilis, on reconnaîtrait sans doute qu'elle détermine une mortalité égale à celle de la tuberculose.

Dans les hôpitaux, parmi les malades de médecine générale, d'après les rares statistiques que nous possédons, on trouverait 25 % de syphilitiques.

La syphilis ignorée est d'une telle fréquence, que sur 100 hommes syphilitiques 20 sont atteints sans le savoir ; chez la femme, la proportion devient énorme et s'élève à 40 % ; et la syphilis héréditaire reste ignorée dans 90 % des cas au moins.

L'étendue réelle des désastres causés par la syphilis est encore inconnue. Dans des cas nombreux le médecin n'attribue pas à cette infection les maladies chroniques dont elle est la cause.

La syphilis restant ainsi trop souvent méconnue, nous ne savons pas la part qui lui est due dans un grand nombre d'états pathologiques et particulièrement le rôle qu'elle joue dans le développement de la tuberculose, du cancer, et la part de la syphilis héréditaire dans les affections de l'enfance, dans les infirmités (cécité, surdimutité, etc.), et dans les maladies mentales, etc...

La lutte contre la syphilis ne deviendra vraiment efficace que lorsque les médecins praticiens nous auront éclairés sur sa fréquence, sur son domaine et ses dangers réels.

Par leur expérience acquise au cours de longues années dans tous les milieux, seuls les médecins praticiens peuvent faire la lumière sur ces questions si importantes. Aussi, le Comité de propagande d'hygiène sociale fait-il appel au corps médical français tout entier pour faire sur la syphilis les enquêtes nécessaires.

Il ne s'agit pas d'établir des statistiques impossibles, mais de recueillir l'avis expérimenté des praticiens, en les invitant à nous communiquer *les faits observés* par eux, et de les inciter à porter plus particulièrement leurs recherches sur certains problèmes, tels que les rapports de la syphilis et de la tuberculose ou de la syphilis et du cancer, qui sont l'objet des deux questionnaires ci-joints.

Nul mieux que le médecin praticien ne peut mesurer le domaine de la syphilis, observer ses conséquences individuelles et sociales et les suivre dans la famille d'une génération à l'autre ; aussi, est-il particulièrement désirable que soient établies des *observations familiales* comme celles dont Fournier nous a laissé le modèle.

Ces enquêtes médico-sociales sur la syphilis constitueront une documentation d'une inestimable valeur et nous sommes certains que le corps médical français répondra avec empressement à notre appel pour le bon renom de la science française.

Le Président : A. PINARD.

Nos confrères sont priés :

1° D'adresser leurs réponses à M. le Dr SICARD DE PLAUZOLES, directeur général du Comité, 6, rue de Logelbach, Paris XVIIe ;

2° De suivre, dans l'établissement de leurs observations, le plan indiqué, afin de les rendre comparables et de permettre d'en tirer des conclusions précises ;

3° D'indiquer très exactement leur nom, leurs qualités et leur adresse afin de pouvoir, lors de la publication des résultats des enquêtes, attribuer chaque document à son auteur.

Rapports de la syphilis et la tuberculose.

1° Fréquence de la séroréaction chez les malades atteints de tuberculose pulmonaire (prouvée par la présence de bacilles dans les crachats). On indiquera le procédé sérologique utilisé.

2° Fréquence de la syphilis acquise chez les malades atteints de tuberculose pulmonaire, démontrée bactériologiquement.

3° Fréquence de la syphilis héréditaire chez les tuberculeux pulmonaires.

4° Fréquence de la syphilis héréditaire chez les enfants atteints de méningite aiguë ou subaiguë.

5° Fréquence de la séroréaction chez les enfants atteints de méningite aiguë ou subaiguë. Discussion des causes d'erreur : séroréaction chez les cachectiques.

Rapports de la syphilis et du cancer.

1° Fréquence de la séroréaction chez les cancéreux (Indiquer si la séroréaction a été pratiquée suivant la méthode de Wassermann, de Hecht ou toute autre).

2° Fréquence de la syphilis acquise chez les cancéreux (1).

3° Fréquence de la syphilis héréditaire chez le cancéreux (2).

---

(1) Date du début de la syphilis. — Date d'apparition du cancer.

a) Antécédents personnels.

b) Etat de santé de la femme (ou du mari), des enfants, fausses couches, morts-nés, morts en bas âge.

c) Stigmates de syphilis acquise : cicatrices polycycliques de la peau, leucoplasie linguale, commissure, vitiligo.

Stigmates oculaires (inégalité pupillaire), mydriase, myosis, déformations, signe d'Argyll.

Réflexes achilléens, rotuliens (exagération, suppression).

(2) *a*) STIGMATES DE SYPHILIS HÉRÉDITAIRE : ceux de la syphilis acquise et en outre :

Stigmates dentaires : dents d'Hutchinson, microdontisme, dents crénelées, en tournevis, dents supplémentaires.

Stigmates auriculaires : surdité, surdimutité.

Stigmates osseux : grand rachitisme, déformations crâniennes, palais ogival, sternum en entonnoir, tibia en lame de sabre, etc....

Malformations de tout ordre (bec-de-lièvre, pied bot, etc...)

b) ENQUÊTE FAMILIALE : Etat de santé des *ascendants* de 1re et 2e génération.

Maladies du père, de la mère, etc.. Causes de la mort du père, de la mère, etc...

La mère a-t-elle eu des fausses couches, des mort-nés, des enfants morts en bas âge, des jumeaux ?

Collatéraux : Etat de santé des frères et sœurs ; causes de mort, maladies, etc...

Descendants : fausses couches, morts-nés, enfants morts en bas âge, jumeaux.

Etat de santé des enfants vivants, des petits enfants, s'il y en a.

***Le Directeur-Gérant* : Dr GASSOT.**

Clermont (Oise). — Imprimerie DAIX et THIRON, THIRON et FRANJOU Successeurs.

Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

RECOUVREMENTS

D'HONORAIRES MÉDICAUX

M. Louis AUDEBERT, Avocat, *Directeur du Contentieux de Syndicats Médicaux. Administrateur d'immeubles.*

5, rue des Saints-Pères PARIS, Tél. Saxe 48-53.

Pour toute demande de renseignements écrire à Me Audebert, en joignant un timbre pour la réponse

AVIS

Nous tenons à la disposition de nos lecteurs les imprimés suivants :

IMPRIMÉS DIVERS

Accidents du travail

Notes d'honoraires médicaux. Mémoires de fournitures pharmaceutiques prévues par l'arrêté ministériel du 8 juillet 1920.

Certificats. — Certificats pour blessés d'accidents du travail.

Mémoires d'expertises. — Accidents. — Mémoires d'expertises médicales concernant les accidents du travail.

Justice criminelle

Mémoires de frais de justice criminelle (honoraires). **Mémoires de frais de justice criminelle** (fournitures).

Ces imprimés sont établis d'après le format officiel.

Feuilles de Comptabilité, servant à établir le compte de chaque client.

(*Modèles se trouvant dans l'Agenda-Memento du Praticien,* édition 1920).

Ces différents imprimés sont envoyés au prix de franco :

Les 50	5 fr. »
Les 100	8 fr. »
Les 500	35 fr. »
Le 1000 ...	60 fr. »

Adresser les commandes accompagnées du montant à M. C. Boulanger, administrateur du **Concours médical, 132,** *faubourg St-Denis. Paris.*

Revenu de propriétés bâties	750 fr.
— — — non bâties	50 fr.
— des capitaux mobiliers	400 fr.
Traitement privé et rentes viagères	3.800 fr.
Bénéfices de profession non commerciale (médecin)	8.800 fr.
Total	13.800 fr.

A déduire :

Intérêts de dettes hypothécaires / Impôts (payés en 1919)	1.500 fr
Reste	12.300 fr.

Applications :

1° Revenu global :

12.300 — 3.000 = 9.300 (déduction commune).
9.300 — 6.000 = 3.300 (les 6.000 payent 0).
Le 1/25 de 3.300 est 132, dont 50 % sont 66 fr.

D'accord !

2° Mais pour le cédulaire, je ne comprends pas !

Il est calculé sur 8.800, qui est bien le chiffre *donné par moi* comme *bénéfices* de ma profession non commerciale (Voir plus haut.).

8.800 — 4.000 = 4.800 (déduction commune).
1/2 de 4.800 = 2.400, dont 6 % = 134 francs.
Or je suis imposé de 168 francs, c'est-à-dire de sept pour cent (7 %).

Pouvez-vous m'expliquer ce mystère ?

Bien entendu, j'ai pris soin de vérifier, de comparer plutôt, et les chiffres ne sont pas contestés.

Réponse.

Voici l'explication du calcul de votre impôt sur le revenu :

Vos bénéfices professionnels se sont élevés à	8.800
Echappent à l'impôt les premiers	4.000
Reste	4.800
La fraction comprise entre 4.000 et 8.000 est comptée pour moitié, soit	2.000
Mais les 800 de surplus sont comptés pour la totalité	800
L'impôt porté donc sur	2.800
Ce qui, à 6 %, donne bien	168

C'est à tort que vous aviez compté pour moitié seulement les 4.800 qui restaient après déduction des premiers 4.000.

D'ailleurs, votre calcul d'impôt était quand même erroné, car 2.400 à 6 % donnent 144 fr., et non 134.

Sanatoriums pour non tuberculeux.

Pourriez-vous me dire dans quelles parties de la France on peut trouver des installations (sanatoria,

maisons de famille, maisons de santé, etc.) où on peut envoyer des enfants anémiés, ou scrofuleux, non tuberculeux, non contagieux (mer, montagne, ou plaine).

Dr F. H.

A propos d'une lettre non signée.

Le confrère L. C. D. 416 est prié de se faire connaître, pour que nous puissions lui répondre directement.

Application du Tarif Breton.

I

Je viens vous demander votre avis sur une question d'interprétation du tarif Breton.

J'ai eu à donner mes soins à un ouvrier qui présentait une plaie par écrasement de l'index, une plaie à la jambe droite et une contusion du thorax.

Puis-je compter :

Voyage à 5 kilomètres, art. 2	10 fr.
Amputation partielle de l'index, art. 20	37.50
Sérum antitétanique, art. 16	15
Pansement de la jambe, prix d'une visite ..	8
Total	70.50

En somme, le cumul de la visite avec un autre acte opératoire est supprimé. Mais peut-on cumuler les divers actes opératoires, par exemple, injections de sérum avec un pansement, ou avec une amputation ; ou deux amputations ?

Je crois que c'est là la bonne interprétation ; mais l'avis d'un de mes confrères que je consultais étant opposé au mien, le vôtre me serait plus utile.

Dr L.

Réponse.

Vous pouvez compter comme vous le faites. Mais, pour éviter les chicanes, si possible, indiquez les articles auxquels vous vous référez. Vous libelleriez ainsi :

Le ....

Amputation partielle de l'index (art. 21)	37.50
Pansement de la jambe (art. 14, blessures multiples)	8
Injection de sérum antitétanique (art. 16)	15
Déplacement à 5 kil. soit aller et retour 10 kil. à 1 fr. (art. 2)	10
Total	70.50

Nota. — Ce cumul de l'acte opératoire et de l'injection de sérum ou du déplacement a déjà été indiqué dans une réponse faite par moi dans le *Concours* du 2 janvier 1921.

Dr F. Decourt.

II

Le nouveau tarif vous a valu des critiques à son apparition. Mais, plus on l'applique, plus on s'aperçoit qu'il est préférable à l'ancien tarif majoré de 100 %. Si cela peut vous intéresser, je puis vous dire que la P. vient de me régler pour 40 jours une note de 1800 fr. qui m'aurait rapporté autrefois 149 × 2 = 298. Vaste brûlure des deux bras et poitrine.

Aujourd'hui, je suis embarrassé ; j'ai extirpé une bourse séreuse du coude (incision, extirpation, 5 points de suture) ; je ne sais pas ce que je puis compter. Tous les tarifs sont et seront incomplets, par conséquent ils ne doivent pas être limitatifs.

Voulez-vous avoir l'obligeance de me renseigner.

Dr P.

Réponse.

Le tarif des accidents du travail est *énonciatif et non limitatif* (Arrêt de la cour de cassation du 16 mai 1911). Donc, vous pouvez demander des honoraires non énoncés sur le tarif, en vous basant sur des *analogies*.

Pour une extirpation d'une bourse séreuse du coude qui a nécessité ensuite 5 points de suture, il me semble que vous pourriez demander 100 fr., en vous basant, par analogie, sur l'alinéa suivant de l'art. 17 : « Régularisation, épluchage et suture d'une plaie contuse étendue et profonde, 100 fr. » Il me paraît qu'une telle demande devrait être regardée comme légitime.

Dr F. DECOURT.

III

Je lis, art. 17 du tarif Breton § 5 : Pansements multiples sur *un même segment de membre* ou sur une partie du corps très voisine : 15 francs. Mais je n'ai lu nulle part la rétribution de pansements multiples sur des parties ou des membres différents. Par exemple, comment dois-je établir ma note pour un blessé auquel j'ai dû faire des pansements en même temps sur la tête et sur le poignet ?

J'attends votre réponse pour établir ma note et l'envoyer.

Dr M.

Réponse.

L'article 17 donne 15 fr. pour pansements multiples sur un *même segment* de membre. Mais l'art. 14 dit « Dans le cas de *blessures multiples*, hors les cas prévus, etc..., les soins donnés sont tarifés pour *chacun des pansements* ou chacune des interventions. Ex. ..etc... » Ainsi, hors le cas de pansements sur un même segment de membre, chaque pansement est tarifé *à part*, soit autant de fois le prix de visite ou de consultation.

Donc, pour votre note, comptez un pansement pour la tête *et* un pour le poignet, soit, si c'est en deuxième catégorie :

En consultation.. 7 × 2 = 14 francs
En visite .... 8 × 2 = 16 francs

Si c'était sur le même segment de membre, vous auriez à compter, en deuxième catégorie : 11,25, ce qui n'est pas le cas, en l'espèce, naturellement.

Dr F. Decourt.

Le droit à la demi-taxe sur les autos.

Pour nous, médecins, comment doit jouer la taxe sur les automobiles ? Avons-nous *droit* à la demi-taxe pour nos deux autos, ou pour une seule ?

Logiquement, à moins que la loi ne soit bien nette, nous devons avoir droit à la demi-taxe pour les deux : car il est à peu près impossible d'exercer à la campagne sans avoir deux autos, à cause des réparations. Mais il ne suffit malheureusement pas d'avoir la logique pour soi.

Ci-joint un timbre de 25 centimes pour la réponse que vous voudrez bien me donner ; mais vous pourriez signaler le fait dans le *Concours*, car la question doit intéresser de nombreux médecins.

Dr C.

Réponse.

L'art. 100 de la loi du 25 juin 1920 qui régit actuellement l'application de la demi-taxe, s'exprime somme suit :

« Les voitures automobiles employées pour l'exercice d'une profession agricole ou patentée... paieront seulement la moitié des droits visés au § *a*. La taxe supplémentaire leur sera appliquée intégralement. »

L'art. 6 de la loi du 23 juillet 1872, modifié par l'art. 3 de la loi du 22 décembre 1879, qui réglementait antérieurement l'application de la demi-taxe exigeait que l'emploi de la voiture eût lieu *habituellement* pour l'exercice professionnel.

Pourrait-on soutenir que la loi du 25 juin 1920, en omettant de reproduire cette dernière expression, a entendu se montrer moins rigoureuse dans les conditions d'admission à la demi-taxe ? Peut-être, car on peut remarquer dans la loi nouvelle la suppression d'une exclusion qui figurait dans l'ancienne, celle des professions libérales, qui (sauf les médecins, qui ont eux-mêmes été l'objet d'une disposition exceptionnelle en sens contraire, en vertu de l'art. 4 de la loi du 4 juillet 1899), ne bénéficiaient pas jusqu'alors de la demi-taxe.

Dans tous les cas, s'il pourrait être difficilement soutenu qu'une voiture qui est habituellement employée par le contribuable patenté pour ses promenades d'agrément ou celles de sa famille et ne sert qu'exceptionnellement à l'exercice de sa profession, lorsque, par exemple, son autre auto est immobilisée, ne doit payer

que la demi-taxe, on doit au contraire admettre que, si ladite voiture qui ne sort que rarement est le plus souvent utilisée, lors de ces relativement rares sorties, à l'usage professionnel de son propriétaire, elle doit bénéficier de la remise de la moitié des droits.

Il en eût dû d'ailleurs être de même sous l'empire de la loi de 1872-1879, car on peut soutenir que l'habitude, en pareille matière, est relative et qu'elle devait être reconnue acquise par une voiture qui faisait 20 sorties annuelles, dont 18 professionnelles, comme à celle qui en faisait 350, dont 300 professionnelles.

C'est d'ailleurs une question d'appréciation et les tribunaux seraient appelés à trancher le différend qui s'élèverait entre le contribuable et l'administration fiscale.

Les taux d'invalidité des victimes de la guerre.

Pourriez-vous, malgré vos occupations, me renseigner sur les choses suivantes :

1° Un officier à 2 galons (médecin) qui a 45 % d'invalidité a droit à une pension de combien ?

2° Un simple soldat aurait droit à combien avec la même invalidité ?

3° Existe-t-il un opuscule-tableau, dans le genre de celui du *Concours médical*, agenda-memento de 1912 (pour les accidents du travail), pour ces invalidités militaires ? Quel en est le prix ?

Je voudrais un tableau établissant les invalidités de la façon suivante, par exemple :

Invalidité.	Soldat.	Caporal.	Sergent.	etc.
10 %	»	»	»	
20 %	»	»	»	
25 %	»	»	»	
Perte d'un œil			x %	
Perte bras droit			x %	
Perte jambe droite			x %	etc.

Je vous demande pardon de venir vous distraire de vos occupations et vous remercie d'avance.

Dr B.

Réponse.

1° Un officier à deux galons a droit pour 45 % d'invalidité aux pensions suivantes :

1er échelon .... 1643 2e échelon 1733,
3e — .... 1800 4e — .... 1890.

L'échelon correspond à l'ancienneté dans le grade.

2° Un simple soldat pour le même invalidité, aurait droit à une pension de 1080.

2° Les tableaux des pensions sont annexés à

la loi du 31 mars 1919 qui a paru au *Journal Officiel* du 2 avril suivant.

Cette loi a été publiée en de nombreux fascicules et vous pourrez facilement vous la procurer en vous adressant à un libraire.

Quant à l'établissement des invalidités, il fait l'objet du Guide-Barême du 29 mai 1919, que nous avons publié dans l'Agenda-Memento de 1920, pages 272 et suivantes.

Ce Guide-Barême qui a été publié au *Journal Officiel* du 13 juin 1919, doit se trouver également avec facilité en librairie.

Le médecin n'est pas obligé de tenir une comptabilité.

Abonné au *Concours médical*, je vous demanderai, par la voie de ce journal, de bien vouloir me dire quels sont les livres de comptabilité qu'un médecin doit tenir pour être en règle avec la loi.

Ces livres doivent-ils être visés et paraphés ? Si oui, par quelle autorité ?

Réponse.

Le médecin n'est obligé par aucune loi de tenir une comptabilité.

Par suite, s'il juge préférable, dans son propre intérêt, d'en tenir une, il la tient dans la forme qui lui est le plus commode et ses livres n'ont pas à être visés par une autorité quelconque.

ANTHOLOGIE MÉDICALE

Poèmes de Guerre.

Le calvaire des « Gazés ».

A mon neveu Jean Delaby,
Croix de Guerre, Médaille des blessés.

C'était près de Verdun, non loin de Douaumont,
Un Calvaire était là, qui dominait le mont,
Les deux bras étendus et la tête penchée,
Le Christ, d'un œil noyé, regardait la tranchée
Où, depuis le matin, avec un bruit d'enfer,
S'abattait l'ouragan et de flamme et de fer.
La nuit était venue, et, comme dans un rêve,
Les poilus crurent voir arriver « la relève ».
Mais, hélas ! le secours attendu ne vint pas
Et les braves enfants trouvèrent le trépas
Sous le linceul tissé par l'engin satanique
Que, seul, put concevoir un cerveau germanique
Les gaz !

Dr GALAND (de Cambrai.)

QUARANTE-TROISIÈME ANNÉE — N° 5 — DIMANCHE 30 JANVIER 1921

Fondé en 1879 par Auguste CÉZILLY
Rédigé et dirigé par H. JEANNE (1900-1914),

LE CONCOURS MÉDICAL

ORGANE HEBDOMADAIRE DES PRATICIENS
Groupés dans la Société « **Le CONCOURS MÉDICAL** » et ses *Filiales*

ADMINISTRATION & PUBLICITÉ
C. BOULANGER, ADMINISTRATEUR

ABONNEMENTS :

France	**24** fr.
Étranger	**28** »
Étudiants (*France*)	**12** »
Le numéro	**50** cent.

Chèques Postaux Paris 167-95

DIRECTION

MM. les Drs A. GASSOT, *Directeur* ; A. MAURAT ; H. CEZILLY ; J. NOIR ; P. BOUDIN docteur en droit ; M. VIMONT ; G. DUCHESNE.
MM. P. CEZILLY, J. DUMESNY, licenciés en droit ; C. BOULANGER.

RÉDACTION

Dr J. NOIR, RÉDACTEUR EN CHEF
Drs P. LACROIX et G. DUCHESNE SECRÉTAIRES DE LA RÉDACTION

N.-B. — Les manuscrits, publiés ou non, ne sont pas rendus.

Rédaction et Administration : **132, rue du Faubourg St-Denis, PARIS** (10e). Téléphone : Nord 48-17

Quarante-troisième année. N° 5 30 Janvier 1921.

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

Office de Renseignements du « Concours »

DON. — Nous avons reçu à titre de don à la Société civile du *Concours médical*, de M. le Dr GODECHOUX, d'Amiens, la somme de cinq francs, pour bons offices du journal.

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum, aux* « demandes et offres ».

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne, qui est versé dans la caisse de la Société civile du Concours Médical). *Adresser un mandat ou mieux verser au compte de chèques postaux,* CONCOURS MÉDICAL, *Paris 167-95.*

Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse.**

Nº 12. — A vendre : 1º voit. Peugeot, 10 HP., torp. 4 places ; 2º mot. à gaz pauvre avec gazogène 10-12 HP., état de neuf.

Nº 13. — Centre, exc. poste médical ch.-l. cant., 4 heures Paris, rapport 30.000, pays riche ind. 10.000.

Nº 14. — A vendre, mono de Dion 1912, 2 et 4 places, torpedo robuste, parfait état de marche. 5.500 fr. S'adresser Dr Ferran, Aiguesvives (Gard).

Nº 15. — A vendre neuve, table élégante d'électrothérapie avec piles, courant faradique, galvanique et galvano faradique, air chaud, cautère, vibrateur, prix 1.200 fr.

Nº 16. — A reprend. après décès tr. b. poste dans ville indust. imp. Tous les instr. prof., biblioth. méd. compl., un cabinet de radiogr. av. app. de haute fréq., tout à l'ét. de neuf. Rap. s. frais de loc. 30.000 fr. : on louer. au bes. l'appart. meublé. Cond., repr. du mat. et légère indemnité

Nº 17. — A vendre, Citroën 4 places, 6 roues, parfait état de marche, cause double emploi. Dr Bergeret, Salon-de-Provence. Faire offre.

Nº 18. — Jeune docteur, s'occupant ophtalmologie depuis 6 mois, libre trois après-midi par semaine, cherche place assistant dans clinique ophtalmologie. Dr Rouvière, 7, rue de Hérédia, Paris 7e.

Nº 19. — Cause double emploi, à vendre torpedo Berliet, 12 HP. 1915, 4 places, peu roulé, 11.000 fr. essais à volonté. Dr Bordenave, 18 sq. de Clignancourt, Paris, 18e.

Nº 20. — Ayant 16 ans serv., méd. colon. départ. Constantine (Algérie), poste sain, 30 km. litt. bougiote, serv. peu chargé, log. conf., trait. 9.000 fr. pl. quart colon. et nomb. autres avant., retraite des 2/3 à 55 ans, rech., permut. av. docteur en méd. fonct. Etat franç. Paris ou départ. Asile d'al. s'abst. Réus. à peu pr. cert. en combin. démarches.

Nº 21. — A céder dans la banlieue immédiate, clinique médecine générale et accidents du travail, bonne installation, S'ad. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris.

Nº 22. — Bonne clientèle de spécialités : yeux, nez, gorge, oreilles, à céder en province, rapport 3.000 fr. environ par mois, grand appartement. S'ad. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris.

CORRESPONDANCE

A propos de lettres non signées.

Nous avons reçu depuis quelque temps plusieurs lettres non signées. Nos correspondants peuvent se fier entièrement à nous pour leur



garder l'anonymat, que leurs correspondances soient insérées, avec la réponse, dans le *Concours*, ou qu'il y soit répondu par lettre particulière, comme nous le faisons dans la grande majorité des cas.

Nous les prions donc d'avoir l'obligeance de se faire connaître. Cette demande s'adresse notamment au Dr E. F., auteur de la dernière lettre non signée que nous avons reçue.

Diplôme d'Etat et diplôme d'Université.

Je serais heureux d'avoir un avis sur le cas suivant :

Un jeune confrère, de nationalité étrangère, s'est installé récemment dans une localité voisine. Je pense qu'il a le droit d'exercer la médecine en France, bien que non Français — s'il est pourvu du diplôme d'État — mais non s'il n'a que le diplôme d'Université. Par quel moyen légal peut-on s'assurer de la chose. Et y a-t-il entre ces deux diplômes une différence de texte suffisante pour attirer l'attention du greffier du tribunal ou des scribes de la sous-préfecture où le confrère peut aller demander une estampille officielle, à la suite de laquelle, même s'il ne s'agit que du diplôme universitaire, il sera pratiquement à l'abri de toute discussion, et pourra exercer sa profession en attendant le jour où, libéré par son âge de toute obligation militaire, il se fera naturaliser Français.

Dr X.

Réponse

Dès réception de votre lettre, nous nous sommes adressé à la Faculté de médecine de Paris, pour savoir quelle était la différence de rédaction ou de forme existant entre le diplôme d'État et le diplôme d'Université.

M. le Doyen a eu l'amabilité de nous faire envoyer les modèles des deux diplômes, et nous l'en remercions.

Nous ne pouvons en reproduire ici le fac-simile, mais nous en donnons le texte, ou tout au moins les parties qui les différencient l'un de l'autre.

Il est à noter que le diplôme d'Université est de format double de celui du diplôme d'État.

Voici donc le libellé :

1° Diplôme d'État :

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Diplôme de docteur en médecine.

Le Ministre de l'Instruction publique,

Vu le certificat d'aptitude au grade de docteur en médecine accordé le ... etc...

Vu l'approbation donnée à ce certificat par le Recteur de ladite Académie ;

Ratifiant le susdit certificat,

Donne par les Présentes à M. le diplôme de docteur en médecine, pour en jouir avec les droits et prérogatives qui y sont attachés par les lois, décrets et règlements.

Fait à Paris, sous le sceau du ministère de l'Instruction publique.

le ....

Le ministre de l'Instruction publique,

Signé :

Pour expédition conforme :

Le directeur de l'Enseignement supérieur,

Délivré par le Recteur de l'Académie de... le

2° Diplôme d'Université :

Université de Paris.

Nous, Doyen et Professeurs de la Faculté de médecine

Vu l'article 15 du décret du 21 juillet 1897 ;

Vu la délibération, en date du 28 mars 1898, du Conseil de l'Université de Paris et l'arrêté ministériel du 1er avril 1898 approuvant cette délibération ;

Après avoir constaté que M. , né à le , a rempli toutes les conditions exigées par les règlements, l'avons admis à présenter et soutenir une thèse sur .....

Et attendu qu'il a subi cette épreuve avec succès, l'avons déclaré digne du titre de docteur de l'Université de Paris.

Paris, le

le Doyen, les membres du Jury,

Nous président du Conseil de l'Université de Paris, vu la déclaration ci-dessus, conférons à M. le titre de docteur de l'Université de Paris et lui délivrons le présent diplôme.

Paris, en Sorbonne, le

Signature de l'impétrant :

Il doit donc être facile aux employés qui sont chargés de l'enregistrement des diplômes de se rendre compte de leur valeur au point de vue de l'exercice de la médecine.

Station pyrénéenne pour hystérique.

Je soigne actuellement une malade de 32 ans, non mariée, hystérique, présentant quelques troubles anciens de nature tuberculeuse du sommet gauche.

Je suis d'avis de l'isoler et de l'envoyer dans une station dans les environs des Pyrénées, en tout cas éloignée de la mer, à une altitude peu élevée et à l'abri du vent. Pourriez-vous me donner quelques noms de confrères s'occupant de ce genre de malades et des indications dans ce sens sur les stations maisons de famille, hôtels, chiffre de la pension, etc. ?

Dr C.

Attention aux procédés dilatoires des assureurs.

Je viens solliciter de votre bienveillance votre avis sur le sujet suivant :

J'ai, avec une Compagnie d'assurances, des notes en retard qui datent d'avant la guerre. A chacun de mes relevés semestriels, j'adresse le compte au patron assuré, lequel transmet ensuite la note à l'assurance. Ne pouvant obtenir de cette manière le règlement de mes honoraires, j'ai, le 1er janvier dernier, adressé au patron, l'avis suivant avec le relevé habituel : « Le 5 février prochain, je ferai recouvrer le montant de votre note, augmenté des frais de recouvrement ».

J'ai remis moi-même le présent avis au patron, avec lequel je suis dans les meilleurs termes, et en lui disant tous les regrets que me causait une semblable décision. Il a très bien compris la nécessité où j'étais d'agir ainsi, et il m'a dit qu'il allait transmettre ma note à l'assurance, comme il le fait chaque fois d'ailleurs (Entre parenthèses, le 1er juillet 1920, quand il a remis la note à l'assurance, on lui a dit : « ne craignez rien, cela va être réglé incessamment », mais j'attends toujours en vain).

Le patron m'a prévenu qu'il refuserait la traite. J'ai répondu que je serais alors dans l'obligation de l'appeler au juge de paix malgré que je le regretterais beaucoup, mais il est nécessaire d'obtenir un résultat.

Je désire avoir votre avis sur ma façon d'agir et avoir aussi votre assentiment. Maintenant, à l'avenir, j'ai l'intention de ne donner mes soins aux ouvriers blessés qu'autant que le patron m'en aura donné l'ordre par écrit, au lieu de me contenter du vulgaire bulletin d'avis détaché du registre de la compagnie.

Approuvez-vous cela ? et avez-vous au *Concours* des imprimés spéciaux que je ferais remplir par le patron avant de donner des soins au blessé ou tout au moins avant de lui remettre le certificat constatant son incapacité de travail ?

Dr G.

Réponse

La Cour de Cassation a admis que, en matière d'honoraires médicaux pour soins donnés aux blessés du travail, le délai de prescription applicable était, non celui de deux ans du droit commun, mais celui d'un an de l'article 18 de la loi du 9 avril 1898.

Or, pour les notes d'honoraires d'avant-guerre, s'il est vrai que le cours de la prescription a été suspendu pendant la durée des hostilités, il a repris à dater du 24 octobre 1919, de sorte que toutes ces notes sont prescrites depuis le 24 octobre 1920.

Cette prescription spéciale ne peut être interrompue que par une citation en justice de paix ou par une reconnaissance de la dette de la part du patron ou de l'assureur.

Nous avons publié un avis formel sur cette question dans le *Concours médical* du 26 septembre 1920, page 2349, en tête de la correspondance.

Il est donc très probable, pour ne pas dire certain, que, dans les affaires auxquelles vous faites allusion, ce n'est pas sans une volonté ferme d'atteindre la prescription que la Compagnie d'assurance a laissé sans réponse vos réclamations ou celles du patron. Elle a ainsi atteint la prescription, et si maintenant vous citez le patron en justice, elle le fera représenter et répondra en son nom que la prescription est acquise, et le juge auquel le différend sera soumis ne pourra que lui donner raison, car il n'apparaît pas qu'il y ait eu citation en justice ou reconnaissance de la dette.

Il en serait autrement si le patron s'était engagé à vous payer, par écrit, ainsi que vous avez l'intention, que nous approuvons, de l'exiger pour l'avenir. Ce serait la prescription du droit commun qui serait applicable, et outre que le délai en est double, elle est moins facilement acquise que celle de la loi de 1898.

Nous n'avons pas d'imprimés spéciaux à faire remplir par le patron avant de donner les soins. On peut employer la formule suivante :

« Je soussigné (noms, profession, adresse) prie M. le Dr de donner ses soins à l'ouvrier X, blessé à mon service, m'engageant formellement à lui en payer le montant conformément au tarif ouvrier local. »

Impôt sur les bénéfices médicaux.

Je croyais la question de l'impôt sur les bénéfices industriels et commerciaux définitivement réglée en ce qui concerne les médecins, se livrant uniquement à l'exercice de leur profession (sans vente d'appareils ou de médicaments) ; je reçois du contrôleur des contributions directes une invitation à déclarer le montant de mon chiffre d'affaires pour l'année 1920 (conformément aux dispositions de l'article 9 de la loi du 31 juillet 1917 modifié par l'article 3 de la loi du 25 juin 1920).

Je vous serais bien reconnaissant de vouloir me dire si je dois ou si je ne dois pas faire cette déclaration. Un délai de 20 jours étant accordé avant que soit établie la taxation dite « d'office ».

Dr V.

Réponse.

Il ne faut pas confondre la taxe sur le chiffre d'affaires, qui ne s'applique qu'aux commerçants, à ceux qui achètent pour revendre, avec l'impôt cédulaire sur les bénéfices des professions non commerciales, qui fait l'objet de la loi du 31 juillet 1917 (titre IV). Il n'est pas douteux que les médecins sont soumis à ce dernier impôt.

Mais, en ce qui vous concerne, le contrôleur a dû faire une confusion d'imprimés, car il vous demande votre chiffre d'affaires pour servir à

(*Voir la suite page XXIX-313*)

REMERCIEMENTS

Aux très nombreux amis qui ont bien voulu, au cours de la douloureuse période que nous venons de traverser, nous apporter la collaboration de leur vive sympathie, nous adressons l'expression cordiale de notre reconnaissance.

L'affection touchante qui, de tous côtés, nous a été témoignée, nous a profondément émus. Elle nous rappelle que l'amitié, aussi généreusement manifestée, crée des devoirs réciproques, que le malheur resserre les liens du dévouement et de la solidarité.

Au nom de notre famille et au nôtre, à tous : Merci.

J. Noir.

PROPOS DU JOUR

Nouvelles réflexions à propos du Tarif étatique de la Loi des Pensions.

Nous écrivions la semaine dernière, d'accord avec Noir, que le corps médical n'avait peut-être pas à trop regretter le geste parlementaire qui, par un sabotage de l'art. 64 de la loi des pensions, a donné à l'Etat pleins pouvoirs pour établir seul le tarif des soins médico-chirurgicaux aux pensionnés.

Les pensionnés ne jugent pas la question au même point de vue que nous-mêmes : ils se sentent surtout menacés dans le droit qu'ils prétendent posséder et conserver de choisir librement leur médecin. Ils craignent de se voir imposer un médecin qui pourrait plus ou moins leur plaire. Ils commencent à s'émouvoir, et la preuve de cette émotion, nous la trouvons dans le compte-rendu de l'assemblée générale des anciens combattants de Cherbourg, qu'un aimable correspondant veut bien nous communiquer.

Association des anciens combattants de Cherbourg.

Assemblée générale du dimanche 16 *janvier* 1921

....

Soins médicaux. — M. Dorey propose d'adresser à M. Maginot un ordre du jour protestant contre l'introduction dans la loi des finances d'une disposition prescrivant qu'à l'avenir, les tarifs concernant les honoraires pour soins médicaux et pharmaceutiques aux mutilés réformés seront fixés par un décret d'administration publique, alors qu'ils ont été précédemment fixés en accord avec les syndicats médicaux. Il considère que cette modification, que ceux-ci n'accepteront certainement pas, tend à amener la substitution aux médecins librement choisis, de médecins locaux ou régionaux, nommés par le gouvernement. M. le docteur Léart estime que la situation est plus sérieuse encore qu'elle peut le paraître de prime-abord. Il y a une véritable carence du ministre des pensions. Il y a un tarif accepté, mais jusqu'à présent, aucun honoraire n'a encore été touché.

Il importe que les associations de mutilés-réformés s'entendent avec les syndicats médicaux en vue d'une action commune. Il est nécessaire de provoquer une intervention parlementaire. On décide qu'une lettre sera adressée à cet effet à M. de la Groudière, en sa double qualité de député et de représentant du groupe des parlementaires anciens combattants.

L'assemblée confie au bureau le soin de rédiger un ordre au jour au ministre, avec la collaboration de MM. les docteurs Léart, vice-président, et Cannet.

Il n'est pas douteux que les anciens combattants représentent le nombre et la force : ils l'ont bien prouvé, puisqu'ils ont réussi à faire toucher le Boche des épaules. S'ils comprennent leur véritable intérêt ; s'ils se rendent compte que cet intérêt est absolument connexe de celui des médecins ; si l'exemple donné à Cherbourg se généralise, il pourrait bien arriver que le Parlement se voie dans l'obligation de revenir sur son vote précipité du 30 décembre dernier.

L'avenir nous réserve sans doute, à cet égard, des surprises où nous trouverons à l'occasion matière à rire.

***

Le principe de la loi des pensions est parfait. L'Etat, la Nation, doivent à ceux qui ont perdu, à leur service, tout ou partie de leur capacité de travail, la compensation légitime du préjudice subi, cette compensation devant comprendre nécessairement le secours médico-pharmaceutique au cas où l'invalidité se compliquerait d'un réveil quelconque d'une activité pathologique de guerre.

Personne ne songe à discuter ce principe qui recueille une adhésion unanime.

Mais, d'où viennent les mécontentements, les difficultés, les luttes mêmes que suscite cette loi ?

De la façon dont elle a été appliquée, et aussi, des lourdes charges qu'elle fait supporter au Trésor.

Ces charges se chiffrent par milliards. Et, en attendant que l'Allemagne verse à la France les indemnités réparatrices que le traité de Versailles lui impose, le Trésor doit trouver les ressources qui lui permettront de faire face aux engagements pris.

La loi est mal appliquée. Et cette mauvaise application n'est que la conséquence fatale des déplorables mesures qui ont été prises, tout au long de la guerre, pour répondre à la hantise du nombre dont l'esprit des grands chefs, et aussi des gouvernants, était préoccupé.

Il fallait la quantité, pensait-on. On y a pourvu autant qu'on a pu, sans se soucier de la qualité.

On a mobilisé des sujets nettement et même apparemment tarés ; on en a même versé dans le service armé, les plaçant ainsi dans les pires conditions de vie pour que leur état s'aggrave.

Je ne m'en étonnerai pas, moi, à qui un médecin principal de carrière disait un jour qu'il ne comprenait pas que, tout au moins, dans les secteurs tranquilles, on ne plaçât pas en première ligne des tuberculeux, aptes tout aussi bien que des sujets sains, à tenir un fusil en main et à faire le guet.

Des régiments entiers ont été formés de récupérés pris au petit bonheur, non pas à la suite d'une sélection scientifiquement effectuée, mais avec la seule préoccupation d'atteindre un pourcentage suggéré...

C'est ainsi qu'on a pu voir dans le rang une sclérose en plaque, une monoplégie brachiale droite, une paralysie générale, etc. ; je ne parle pas des hernieux littéralement éventrés, des variqueux totaux, des aortiques, etc... Tous les confrères qui me lisent en savent à ce sujet aussi long que moi.

Quoi qu'il en soit, il a suffi qu'un de ces tarés ait passé 24 heures dans son dépôt pour que, son infirmité ayant été ensuite considérée comme aggravée par le service, des droits à une pension lui aient été ouverts aux termes de la loi de mars 1919.

Et alors, on arrive à se trouver parfois en présence de situations paradoxales et inacceptables comme la suivante :

Un mobilisé atteint d'une diminution de l'acuité visuelle, a, en septembre 1914, séjourné pendant quelques jours au dépôt de son corps. Réformé, il a fait valoir que son infirmité s'est aggravée par suite des fatigues du service. Il a eu beau jeu pour le faire : « Si vous m'avez pris, c'est que vous m'avez trouvé bon pour le service, c'est-à-dire, sain. Or, vous me réformez pour une cause d'inaptitude que vous n'avez pas reconnue ou que vous avez négligée avant de me prendre. C'est donc qu'elle s'est manifestée depuis. Vous m'en devez réparation. »

Que voulez-vous répondre à ce raisonnement ?

Donc, ce mobilisé très temporaire de 1914, touchera, *à partir de cette époque, une pension qui pourra correspondre à une invalidité de* 85 %, *tandis que le poilu qui aura été amputé d'un bras, à la suite d'une blessure reçue sur le champ de bataille le* 10 *novembre* 1918, *n'aura que la pension correspondante à* 80 % *d'invalidité, et seulement à dater du* 10 *novembre.*

Voulez-vous un autre exemple des conséquences de cette loi ? Un mobilisé est réformé pour tuberculose pulmonaire avec 100 % d'invalidité, et la pension correspondante. Cependant, jamais on n'a découvert de bacilles dans ses crachats.

De retour dans ses foyers, il se fait soigner par un médecin pour sa prétendue phtisie. Celui-ci a des raisons de soupçonner la syphilis. Il fait les recherches usitées en pareil cas. Les réactions biologiques (B.-W.) sont positives. Le traitement spécifique est immédiatement institué. Et voici notre pensionné maximum guéri de sa soit-disant tuberculose.

Tout cela sera révisé un jour, me répondra-t-on. Oui, la loi prévoit en effet cette révision. Mais d'ici là ?

D'ici là, on commence à s'inquiéter de ces faits qui sont de plus en plus connus. Et je n'en veux d'autre preuve que cette délibération d'un conseil municipal, dont j'ai quelques raisons de croire que l'exemple sera suivi :

Le Conseil municipal de Brassac-les-mines, réuni hors séance, le 9 *janvier, a émis le vœu suivant :*

Considérant qu'un très grand nombre de mobilisés atteints de tares physiques vraies ou supposées, qui leur ont valu d'être maintenus dans les dépôts ou ailleurs, loin du front, à l'abri de tout danger, s'empressent, la paix signée, de solliciter une pension d'invalidité pour des maladies ou infirmités nullement contractées à la guerre, voulant ainsi être les premiers à l'honneur sans avoir jamais été à la peine ;

Considérant que les demandes de cette nature se multiplient de plus en plus en raison directe de la facilité avec laquelle elles sont accueillies ;

Considérant, vu l'effort financier demandé au pays, que s'il convient d'employer utilement l'argent des contribuables, on ne doit pas le gaspiller et faire du Trésor public un véritable tonneau des Danaïdes ;

Confirmant la délibération en date du 28 novembre 1920, du Conseil municipal de Cusset (Allier), sur le même sujet ;

Emet le vœu :

1° Qu'il soit mis fin immédiatement à un abus devenu scandaleux et écœurant ;

2° Que les vraies victimes de la guerre : mutilés, veuves, orphelins, ascendants de mobilisés tués à l'ennemi ou morts des suites de blessures ou de maladies contractées au front, continuent à être l'objet de la plus grande sollicitude de la part de la nation ;

3° Que des pensions d'invalidité ne soient accordées qu'après un examen approfondi des preuves invoquées par les pétitionnaires ;

4° Qu'une sanction sévère soit prise cnotre les auteurs de complaisances coupables ayant pour but de favoriser des demandes injustifiées.

***

Le mécontentement ne se limite donc pas aux seuls médecins. Il gagne de proche en proche, et le moment n'est peut-être pas éloigné où la réprobation de ces conséquences de la loi des pensions, conséquences stupéfiantes, je le répète, sera pour ainsi dire universelle, exception faite des bénéficiaires des situations dénoncées.

En ce qui nous concerne, si nous allons au fond des choses, si nous serrons la question de près, nous trouvons parmi les pensionnés de guerre bénéficiaires de l'art. 64, réserve faite du tarif, un grand nombre d'individus préalablement tarés, qui auraient continué à faire partie de nos clientèles privées, si les défectuosités d'un recrutement intensif n'en avaient pas déterminé l'incorporation, et que nous traiterions tout naturellement en conséquence, comme des malades ordinaires.

Eh bien c'est un argument nouveau que je reprends en faveur de la thèse que je soutenais il y a huit jours, et qui me paraît plus que jamais défendable : Le corps médical considèrera désormais les pensionnés de guerre, malades ou blessés, comme des clients que j'appellerai « de droit commun ». Il leur appliquera le tarif correspondant à leur niveau social, mais il obtiendra d'eux le paiement de ses honoraires, autant que possible au comptant, pour éviter toute discussion, ceux-ci ayant ensuite le droit de se retourner envers l'Etat pour qu'il les indemnise ainsi qu'il le doit.

G. Dufresne.

PARTIE SCIENTIFIQUE

CLINIQUE MÉDICALE

Hôpital Saint-Louis (Annexe Grancher)

M. le Dr Jules Renault

La diphtérie.

Il est un certain nombre de notions touchant la diphtérie que praticiens et étudiants fréquentant un service d'enfants doivent absolument connaître.

Avant 1894, il était une affection qui semait l'effroi dans les familles presque à l'égal de la méningite tuberculeuse : j'ai nommé la diphtérie. La mortalité totale atteignait en effet 70 à 75 % des malades atteints ; cette proportion arrivait à 85 %, à ne considérer que la diphtérie laryngée ou « croup ».

Alors que la fièvre typhoïde chez l'adulte est suivie de mort dans 15 % des cas, chez l'enfant la proportion s'abaisse à 3 ou 5 % ; alors que la pneumonie de l'adulte est mortelle dans 30 % des sujets frappés, la pneumonie franche de l'enfant voit sa mortalité s'abaisser à 1 %. Ces quelques chiffres vous montrent éloquemment quelle terrible maladie était la diphtérie il y a 25 ans de cela !

On était bien mal armé contre elle !

A la fin du XVIIIe siècle et tout au commencement du XIXe, la diphtérie était considérée comme une maladie générale dont les fausses membranes n'étaient qu'un effet secondaire. On se contentait d'agir sur l'état général : on ne faisait rien contre les fausses membranes elles-mêmes.

Bretonneau, Trousseau professent, au contraire que la diphtérie est une maladie locale, et que les membranes engendrent un poison qui se répand ensuite dans tout l'organisme.

Il fallait donc s'ingénier, par tous les moyens, à détruire ces fausses membranes : cautère igné ou caustique. La cause restait toujours inconnue, quand, en 1885, Klebs et Loeffler décrivirent le bacille.

Quelques mois plus tard, Roux et Yersin isolèrent la toxine, cause de la maladie générale. Le bacille sécréteur de toxine siège dans la fausse membrane : il faut donc détruire celle-ci. Mais voici qu'en 1890, Behring démontre que des animaux rendus réfractaires à la diphtérie produisaient un sérum qui, injecté à son tour à d'autres animaux, rendait ces derniers réfractaires.

Roux, et ce sera son grand titre à l'immortalité, en 1894, passant à la clinique, injecte lui-même deux enfants et à la fin de cette année mémorable, apporte la première statistique des 300 premiers cas injectés : la mortalité était descendue à 24 %, alors que dans le même hôpital

Trousseau où les malades étaient soignés par une autre méthode, 60 % succombaient encore ! Le faisceau de preuves présenté par Roux entraîna la conviction générale.

Cependant, avant 1894, depuis 1888, à l'instigation de Gaucher qui devint plus tard le syphiligraphe éminent que vous avez connu, on était arrivé à guérir la diphtérie pharyngée en détruisant les fausses membranes de la façon suivante : Au moyen d'une ouate revêtue de molleton et imbibée d'une solution phéniquée au 10e, on badigeonnait toutes les parties que l'on pouvait atteindre en appuyant légèrement. On procédait ensuite à un grand lavage. La caractéristique de ce traitement, c'est *qu'il devait être fait rigoureusement toutes les* **3** *heures*, et cela nuit et jour. Vous comprendrez vite que si ce traitement avait une efficacité non négligeable en ville, il était matériellement impossible de l'appliquer à l'hôpital.

1894 commence l'ère nouvelle ! Aux doses près, c'est le traitement actuel : injecter un sérum capable de neutraliser les toxines déversées par le bacille dans l'organisme.

Il n'est pas inutile de vous dire un mot de la préparation de ce sérum : on injecte à des chevaux, par ailleurs absolument sains, des doses progressivement croissantes de toxine diphtéritique. Dans l'espace de 3 à 4 mois, on élève cette dose de 1 à 250 cc. Le cheval présente d'abord une réaction locale, de la fièvre, de l'œdème.. ; on le laisse au repos une huitaine de jours et l'on recommence ainsi jusqu'au jour où l'on pense qu'il a « fait » assez d'antitoxine. Le cheval se repose alors un grand mois de façon à éliminer les toxines qu'il pourrait avoir en excès. Saignée copieuse de 3 litres. Ce sang est déposé en glacière et donne 1.500 gr. de sérum. Il est examiné pour plus de certitude. L'institut Pasteur fournit ainsi 1.000.000 de doses par an.

Quelle quantité devez-vous injecter ?

Roux injectait 10 cc. Etait-on bien sûr que ce sérum n'était pas dangereux ? Une observation fit, en ce temps-là, beaucoup de bruit et impressionna bien des médecins : un professeur allemand affirma que le sérum avait tué son fils, atteint de diphtérie. Roux reprend l'observation et montre que l'enfant était mort, *malgré le sérum* et non *à cause du sérum*.

Dès lors, il ne se trouva plus qu'un opposant, ce fut Gaucher... Plus tard, ce Maître reconnut son erreur.

Comment se présentait à nous un enfant atteint de diphtérie ?

D'aspect endormi, le teint pâle, de volumineux ganglions déformant son cou ; son pouls est rapide ; il y a de la fièvre ; sa gorge est recouverte d'un gros voile grisâtre.

Dans les pavillons réservés à la diphtérie, pavillons véritables antichambres autrefois de la mort, le spectacle était positivement effrayant. Ce n'est qu'à titre tout à fait exceptionnel que vous constaterez isolément aujourd'hui, un cas de cette gravité.

Vous injectez le sérum : au bout de quelques heures, les fausses membranes semblent s'être étendues ; elles gonflent, elles deviennent blanches présentant en leur centre une teinte nacrée. Puis, les bords se frangent, se rétractent, et enfin les membranes tombent. Vous pratiquez une deuxième injection au bout de 48 heures habituellement ; au bout de trois jours, la disparition est totale.

Il est un point sur lequel je désire attirer votre attention, c'est l'ordre de disparition de ces membranes.

Ce sont d'abord les amygdales qui se libèrent, puis les piliers, la luette et enfin la partie postérieure du pharynx.

Si donc vers le 4e jour il ne reste plus de membranes que sur ce point délimité, vous pouvez rassurer la famille, la dose de sérum a été suffisante. Du reste, les ganglions diminuent de volume et de couleur ; ils s'affaissent pour disparaître bientôt.

Quelle a été l'évolution de la fièvre pendant ce laps de temps ?

Dès l'injection de sérum, la fièvre tombe, puis s'élève vers la cinquième heure jusqu'à 40 à 41 degrés. Durant 4 à 5 heures, cette fièvre peut être réellement troublante. Il faut en avertir la famille. Dès cette période passée, le pouls tombe de 150 à 130 ; il est, le soir, à 120 et bientôt à 90. Cette disparition de la fièvre est la signature de la désintoxication ; l'enfant est moins pâle ; il a retrouvé une partie de sa gaieté.

Quelle quantité devons-nous donc injecter ?

Vous avez vu avec quelle prudence Roux maniait son sérum : 10 cc. par jour pendant 3 ou 4 jours.

Mais puisqu'il est avéré que le sérum est curateur et inoffensif, pourquoi, d'emblée, ne pas en injecter une grande quantité pour neutraliser, d'emblée, une grande quantité de toxine ? 20 cc. 30 cc. ou même 100 cc., comme l'a fait Lesage ?

La raison en est simple : on n'obtient pas de guérison plus rapide, parce que les microbes inclus dans les fausses membranes sécrètent *sans cesse* leurs toxines. Mieux vaut donc des doses répétées *quotidiennement*, doses de 20 cc., par exemple, dans la diphtérie pharyngée : la toxine nouvelle se trouve donc neutralisée par la dose nouvelle.

Si au contraire vous avez affaire au « croup » dont l'évolution peut remonter à 36 ou 48 heures, injectez 60 cc. d'emblée. Sans aucun doute, les doses ne sont pas encore rigoureusement réglées. Si la diphtérie est prise dès le premier jour, une dose de 20 cc. par jour est suffisante. Mais la

RECOUVREMENTS D'HONORAIRES MÉDICAUX

M. Louis AUDEBERT, Avocat, *Directeur du Contentieux de Syndicats Médicaux. Administrateur d'immeubles.*

5, rue des Saints-Pères, PARIS, Tél. Saxe 48-53.

Pour toute demande de renseignements écrire à Me Audebert, en joignant un timbre pour la réponse

AVIS

—

TRANSFERT DU SERVICE VACCINAL

Nous informons nos lecteurs que depuis le 1er Janvier dernier, le Service Vaccinal que le « Concours Médical » avait organisé depuis plus de 30 ans, est assuré par les soins de

l'INSTITUT DE VACCINE ANIMAL DE PARIS fondé par Chambon et St-Yves Ménard et dirigé par le Docteur A. FASQUELLE.

8, *rue Ballu, PARIS*

Tél. Gutenberg 32-44

Nos lecteurs sont assurés qu'ils trouveront dans cet Établissement un vaccin de qualité irréprochable dont la virulence est garantie.

En spécifiant leur qualité d'abonné au « Concours », ils bénéficieront en outre d'un tarif spécial établi en leur faveur (voir page XVIII).

dose doit être d'autant plus forte que l'attaque est plus ancienne. Dans ce cas, il ne faut pas cesser trop tôt les injections.

Quelle sera notre conduite dans les diphtéries associées ?

Le sérum de Roux n'agissant que sur le bacille de la diphtérie, et les sérums antistaphylococciques ou anti-streptococciques étant d'un effet incertain, cliniquement, nous n'aurons à agir que sur la toxine diphtéritique.

Que penser maintenant des accidents anaphylactiques ?

Vous savez tous que le professeur Charles Richet, après avoir injecté une dose x de poison à des animaux, provoquait, chez ces derniers, des accidents graves, et, quelquefois mortels avec des doses infiniment moindres.

Voici donc un enfant injecté ; une deuxième dose ne va-t-elle pas déclancher les accidents auxquels nous venons de faire allusion ? Il faut remarquer que 12 ou 15 jours sont nécessaires pour créer l'état anaphylactique. Une seconde remarque s'impose : depuis 26 ans, des millions et des millions d'injections de sérum de toute nature ont été faites ; les accidents anaphylactiques ont été extrêmement rares.

Il faut bien que vous notiez que ce n'est pas la *spécificité du sérum* qui est en cause, mais le *sérum lui-même* ! Il faut donc répondre hardiment et aux médecins qui pourraient avoir quelques doutes et aux familles anxieuses : il n'y a aucun danger, et devant un danger hypothétique, vous n'avez pas le droit de vous priver d'une médication certainement efficace !

Nous irons plus loin encore : votre petit malade est guéri.

Vers le 15e jour, c'est-à-dire au moment où l'état anaphylactique est créé, il fait une récidive : n'hésitez pas, réinjectez.

Cependant, il y a des accidents, mais il faut le reconnaître, il y a eu erreur de dénomination. Bien des accidents, peu graves, sériques, ont été baptisés anaphylactiques.

Les accidents sériques que vous constaterez seront immédiats, précoces, ou tardifs.

Dans le premier cas, la peau est rouge, gonflée, tuméfiée. La fièvre est ardente.

Dans le second cas, vers le 5e jour, vous noterez une urticaire diffuse, une éruption scarlatiniforme ou purpurique, ou bien un mélange de tout ces rashs.

Dans le troisième cas, enfin, vers le 15e jour (quelquefois vers le 12e), l'enfant présentera tous les signes d'une crise de rhumatisme articulaire aigu.

La fréquence de ces accidents peu graves est de 25 à 30 % des cas injectés : avertissez les familles... mais dans tout ceci, l'anaphylaxie n'a rien à voir !

Beaucoup plus graves sont les cas présentant le *phénomènes d'Artus*.

Depuis plus de 26 ans que je pratique et fais pratiquer des injections de sérum, je ne l'ai jamais observé. La proportion en est, dit-on, de 1/100.000. Aussitôt après l'injection, la peau s'épaissit, se « cartonne », se gangrène. Quelle est la pathogénie de cet accident ?

Nous ne la connaissons pas.

Un autre accident rappelle les crises *nitritoïdes* : l'enfant pâlit, tremble, présente de l'incontinence des sphincters. Pas plus que le phénomène d'Artus, il ne m'a jamais été donné de le constater.

Au cas improbable où vous en seriez les témoins, donnez de l'adrénaline.

Il faut, Messieurs, nous arrêter davantage sur les manifestations toxiques de la diphtérie sur l'enfant guéri.

La paralysie diphtérique frappe le voile du palais, quelquefois l'œil, souvent le membre inférieur, paralysie bilatérale flasque frappant surtout les extenseurs et les péroniers.

La paralysie diphtérique frappe aussi le cœur, soit directement, soit par l'intermédiaire du bulbe.

Ces accidents sont beaucoup plus fréquents aujourd'hui qu'autrefois.

Autrefois, en effet, on n'avait pas le temps d'examiner les enfants au stade où la paralysie se révèle : ils étaient fauchés avant cette heure. Nos diphtériques guérissent presque tous : la proportion devient de ce fait beaucoup plus grande...

Le sérum empêche-t-il l'éclosion de cette paralysie ? Faut-il injecter dès que cette paralysie est constituée ? On a dit, à tort, que les enfants ne présentaient plus à ce moment-là de toxines virulentes. Vous savez bien maintenant que l'enfant est porteur de germes contagieux jusqu'au 50e jour. Et cependant, je ne conseille l'injection que dans les cas très graves de paralysie. D'autre part, je ne vous conseillerai pas d'injecter dans des cas moins sérieux.

Quelle est la mortalité actuelle de la diphtérie ?

Nous avons vu qu'avant l'ère du sérum, la mortalité était de 75 %. Nous la voyons descendre à 10 % et même à 0, si nous considérons les cas où le traitement précoce a pu être appliqué. Pour être exact, il faut établir cette mortalité par catégories de dates concernant le début du traitement.

Conclusions : Appelé auprès d'un enfant atteint de diphtérie, injectez et proportionnez votre dose suivant la date probable d'incubation.

Devez-vous injecter toute angine blanche ?

Le sérum de Roux est seulement spécifique contre le bacille Klebs-Loeffler.

Ou vous avez un laboratoire à votre portée, et dans les 18 heures, vous pouvez avoir une réponse : attendez celle-ci.

Ou l'examen clinique vous donne une mem-



brane à aspect blanc franchement pultacé: n'injectez pas. Ou ce même examen vous révèle une fausse membrane à aspect diphtéroïde : n'hésitez pas, injectez.

Mais en clinique rurale, vous pouvez ne pas avoir de laboratoire sous la main ; vous hésitez cependant franchement sur la nature de l'angine qui vous est présentée : n'attendez pas davantage ; injectez et ce faisant, vous arriverez à une mortalité à peu près nulle.

Dans le cas de croup, vous pouvez être amené à discuter l'opportunité du tubage ou de la trachéotomie : ceci fera l'objet, si vous le voulez bien, d'une autre conférence.

Leçon recueillie par le Dr R. Molinéry.

CLINIQUE CHIRURGICALE

Hôtel-Dieu de Toulouse. — **M. J. P. Tourneux.** **Chirurgien des Hôpitaux.**

L'éléphantiasis de la vulve.

Un certain nombre d'entre vous ont eu l'occasion de voir une malade qui était, il y a quelques jours encore, couchée au n° 15 de la salle St-Vincent, et que j'ai opérée, il y a un mois environ, pour éléphantiasis de la vulve. C'est là une lésion assez fréquente dans certains pays chauds, que l'on ne rencontre que très rarement dans nos climats, et sur laquelle je tiens à vous donner quelques détails.

Commençons par l'histoire de la malade. La nommée Louise T., âgée de 29 ans, domestique, est entrée dans notre service pour hypertrophie des grandes lèvres et adénopathie inguino-crurale double : cette malade vient de la clinique de dermatologie, où elle était traitée pour des accidents syphilitiques.

Vers le milieu de l'année 1910, alors qu'elle avait toujours joui jusqu'à ce moment d'une très bonne santé, elle constata, au niveau de la région crurale droite, la présence d'une petite tumeur du volume d'une amande, dont le développement complètement indolore s'est effectué silencieusement, petit à petit, sans poussées fébriles, et sans aucun retentissement sur l'état général. Au début de 1911, les mêmes phénomènes se produisirent du côté gauche, puis en 1912, apparut un léger œdème bilatéral des grandes lèvres, œdème mou et non douloureux.

Comme ces tumeurs crurales avaient insensiblement augmenté de volume, et en étaient arrivées à présenter des dimensions s'approchant de celles d'un œuf de poule, notre malade, un peu inquiète, fut consulter un médecin qui lui conseilla une intervention chirurgicale. Elle entra donc à l'hôpital de Montauban où, vers la fin de 1913, on lui fit l'ablation de ces deux tumeurs. Les suites opératoires furent excellentes, et dans les mois qui suivirent, Louise T. constata la rétrocession de tous les symptômes vulvaires : les grandes lèvres reprirent leur aspect normal et redevinrent complètement souples.

La guérison persista jusqu'en 1916, époque où les deux tumeurs crurales firent de nouveau leur apparition, la gauche précédant cette fois la droite. Elles augmentèrent de nouveau insidieusement, mais progressivement, de volume, et au bout de quelques mois, vers le début de 1917, les mêmes symptômes que précédemment se manifestèrent du côté de la vulve. Les deux grandes lèvres ainsi que le mont de Vénus présentèrent une augmentation de volume insensiblement progressive, à consistance d'abord molle, puis plus ferme, pendant que la peau de la région se recouvrait d'un certain nombre de petites saillies : ultérieurement, toute cette zone devint le siège d'un écoulement incessant de sérosité, accompagné de très vives démangeaisons.

Louise T. contracta la syphilis au mois de mars 1920, et entra à l'Hôtel-Dieu, où on lui fit 6 injections de néosalvarsan ainsi que des badigeonnages de la vulve au bleu de méthylène. Comme le traitement n'amenait pas de modifications et que les tumeurs crurales continuaient à augmenter de volume, on l'évacue en chirurgie.

A son entrée salle St-Vincent, notre malade se présente avec un assez mauvais état de santé générale : elle est pâle, amaigrie, les traits tirés, l'appétit est très diminué, elle dort peu et mal. En l'examinant, on constate qu'une grande partie de la vulve est le siège d'une augmentation de volume assez notable, occupant les deux formations labiales externes ainsi que le mont de Vénus, et circonscrivent ainsi la région vulvaire d'une sorte de fer à cheval, dont l'extrémité s'arrête au niveau de la commissure inférieure. Cette hypertrophie, de consistance ferme, est bilatérale, irrégulière et présente de la tendance à la pédiculisation. Les téguments de la région ont une coloration foncée, et sont tapissés par un semis de petites vésicules et de petites masses sessiles, végétantes et verruqueuses, particulièrement abondantes sur la face inféro-interne des grandes lèvres, siège d'un écoulement incessant d'un liquide blanchâtre légèrement visqueux, entraînant de la macération au niveau des différents plis naturels et exhalant une odeur fade et nauséeuse. La peau est intacte dans sa continuité, il n'y a pas d'ulcérations, de pertes de substance, les poils sont courts et rares.

La région inguino-crurale droite est occupée par une tumeur offrant les dimensions d'un gros œuf de poule et dont la plus grande partie est

située au-dessous de l'arcade crurale, tumeur assez régulière, bosselée superficiellement, de consistance ferme, plutôt dure, indolore, mate, non réductible, ne se laissant pas repousser en partie, peu mobile sur les plans profonds, et n'ayant pas de connexions avec le revêtement tégumentaire qui paraît normal. La région inguino-crurale gauche est le siège d'une autre tumeur offrant à peu près les mêmes caractères, mais dont le volume est beaucoup plus considérable ; elle est aussi située un peu plus haut, à peu près à cheval sur l'arcade crurale, et sa mobilisation est impossible.

Rien à signaler du côté des autres appareils de l'économie, qui fonctionnent normalement : l'examen des urines est négatif, pas de modifications de la formule sanguine, pas d'adénopathie axillaire ni cervicale.

Quant aux antécédents de notre malade, ils n'offrent pas grand intérêt : c'est une orpheline qui n'a pu nous donner aucun renseignement sur ses parents ; elle a été élevée dans une maison religieuse où elle est restée jusqu'en 1914. Sa santé avait toujours été bonne, elle a été réglée pour la première fois à l'âge de 14 ans et très régulièrement depuis ; elle n'a jamais quitté la France.

En résumé, il s'agit là d'une jeune femme qui, à la suite de la production de deux tumeurs au niveau des régions inguino-crurales, tumeurs qui ne sont autre chose que deux masses ganglionnaires, a vu se produire une hypertrophie partielle de la vulve.

En présence d'une semblable évolution clinique, quel diagnostic pouvait-on porter ? Il était d'abord hors de doute que l'on devait de prime abord écarter toute pensée de molluscum pendulum et d'esthiomène de la vulve : il ne fallait pas non plus s'attarder à l'idée d'une hypertrophie relevant d'une infection locale causée par le streptocoque ou encore d'un syphilome, l'infection tréponémateuse étant postérieure au début des accidents. Un instant, j'ai pensé qu'il pouvait s'agir là d'un cas de tuberculose hypertrophique non ulcéreuse de la vulve, lésion décrite pour la première fois par Bender en 1906 ; mais je n'ai pas tardé à abandonner cette hypothèse et cela, pour deux raisons : d'abord, parce que dans la tuberculose hypertrophique, les lésions n'affectent pas la régularité complète qui existait dans mon cas ; elles n'atteignent qu'une seule des formations labiales, ou proéminent nettement d'un côté en cas d'hypertrophie totale, et en second lieu, parce que la tuberculose vulvaire ne s'accompagne que d'une adénopathie extrêmement discrète.

Chez ma malade, au contraire, les modifications vulvaires ne se sont montrées que tardivement, et ne se sont manifestées que lorsque les productions ganglionnaires eurent déjà acquis un certain développement : une première fois même, l'hypertrophie avait rétrocédé à la suite de leur ablation. Il m'a donc paru légitime de rattacher l'apparition des lésions génitales à l'existence de l'adénopathie et de penser qu'il devait s'agir là d'une lésion secondaire, d'un œdème mécanique, causé peut-être par la stase due à l'obstruction des vaisseaux lymphatiques de la région, d'un état analogue à l'éléphantiasis des pays chauds, tout en ne relevant pas des mêmes causes.

Quant à la raison même de l'adénopathie, elle m'échappait : il ne pouvait s'agir d'accidents filariens, la malade n'ayant jamais quitté le sol français ; la syphilis ne pouvait être incriminée ; peut-être s'agissait-il de tuberculose ?

Comme traitement, une seule conduite était rationnelle, c'était l'ablation des deux masses ganglionnaires, et l'exérèse de tous les tissus hypertrophiés, car étant donnés les caractères d'œdème dur, d'infiltration, on ne pouvait songer à voir rétrocéder une deuxième fois les lésions vulvaires.

L'intervention chirurgicale eut lieu sous anesthésie générale à l'éther : elle fut très longue, et cela, non en raison de l'ablation des grandes lèvres, qui fut très facile, mais par suite de la difficulté qu'il y eut à enlever les masses ganglionnaires des différents plans auxquels elles attenaient.

Dans le premier temps, j'attaquai d'abord la tumeur droite dont la dissection fut assez délicate par suite de ses nombreuses relations vasculaires. Puis en second lieu, je pratiquai l'ablation de la masse gauche dont l'isolement fut des plus difficiles : il y avait en effet de nombreuses adhérences aux vaisseaux, la tumeur envoyait un prolongement dans l'orifice crural ; bref, il me fallut lier la saphène externe et la veine fémorale ; un moment même je crus que je serais obligé de lier l'artère fémorale. Enfin, en dernier lieu, je fis l'exérèse des deux grandes lèvres et d'une partie du mont de Vénus, et il fut très facile de combler la brèche créée en décollant légèrement les tissus sains, qui furent réunis à ce qui restait de la vulve, par des crins de Florence.

Cette intervention fut très sanglante, particulièrement lors de l'ablation des masses ganglionnaires, et la section des différents tissus s'accompagna d'un écoulement assez abondant d'un liquide blanchâtre, légèrement lactescent. Afin d'assurer l'écoulement de la sérosité, je plaçai en différents points de petits drains et de petites mèches de gaze.

La malade étant un peu fatiguée après cette longue séance opératoire, on lui fit du sérum, de la caféine, de la strychnine, de l'huile camphrée, et grâce à cette thérapeutique, les phénomènes

de dépression ne tardèrent pas à se dissiper complètement.

La plaie vulvaire se cicatrisa par première intention : il n'en fut pas tout à fait de même au niveau des régions crurales, où après un écoulement assez abondant de sérosité lymphatique, se montrèrent des accidents inflammatoires nets qui heureusement n'eurent, pas de gravité. Actuellement, notre opérée est complètement guérie, elle va pouvoir bientôt quitter l'hôpital et reprendre sa profession ; seule, sa jambe gauche présente un peu d'œdème.

L'examen des pièces enlevées a été des plus instructifs, car il nous a en quelque sorte révélé la pathogénie de ces lésions, que l'évolution clinique nous faisait déjà soupçonner. Au niveau des grandes lèvres, les lésions étaient surtout accusées dans le derme et dans le tissu cellulaire sous-cutané, consistant en infiltration conjonctive diffuse et en volumineuses ectasies lymphatiques. Les papilles dermiques, en particulier, étaient occupées par un vaisseau lymphatique considérablement dilaté ; elles étaient également remarquablement développées dans tous les sens, surtout dans celui de la longueur, et répondaient aux petites excroissances existant à la surface de la peau. Quant aux ganglions, ils étaient le siège de nombreux follicules tuberculeux élémentaires, dont certains présentaient un début de caséification. En outre, toute la la surface était parcourue par de nombreuses traînées de fibres conjonctives, dissociant en quelque sorte tout le tissu ganglionnaire, qui était ainsi le siège d'une transformation fibreuse.

Il résulte donc de l'étude anatomo-pathologique, que si les tumeurs ganglionnaires sont atteintes de tuberculose en voie de modification scléreuse, les formations vulvaires sont uniquement le siège d'hypertrophie conjonctive ainsi que d'ectasies lymphatiques sans aucune espèce de lésion de nature tuberculeuse ; et cette prolifération conjonctive purement réactionnelle doit, en l'absence de toute autre cause, être rattachée à l'irritation produite par la stase lymphatique.

Il me paraît maintenant assez facile de comprendre la pathogénie de ces altérations que je viens de vous esquisser sommairement. Déjà, l'évolution clinique avait montré que l'adénopathie inguino-crurale paraissait avoir été la cause de l'apparition des déformations vulvaires ; l'étude anatomo-pathologique, en nous révélant d'une part, des ganglions tuberculeux en proie à un processus de sclérose des plus accentués et de l'autre, des grandes lèvres présentant de seules lésions d'ectasie lymphatique et de prolifération conjonctive, paraît devoir indiquer nettement que ce sont bien les transformations des masses ganglionnaires qui ont déterminé des troubles de la circulation lymphatique, c'est-à-dire de la stase au niveau des formations labiales, entraînant ainsi ces lésions hypertrophiques qui se sont révélées cliniquement par l'état d'éléphantiasis.

Il s'est en somme passé là une succession de phénomènes que je crois en tous points comparables à ceux que l'on observe au cours de l'éléphantiasis des pays chauds, où l'hypertrophie des tissus est sous la dépendance de l'irritation causée par la stase lymphatique provenant de l'obstruction plus ou moins complète des canaux et des ganglions dont ils sont tributaires.

A quoi dans notre cas, cette obstruction peut-elle être attribuée ? Certes, elle n'a pas été le fait d'embryons ou d'œufs de filaire, notre malade n'ayant jamais quitté la région toulousaine ; peut-être est-elle due aux lésions tuberculeuses des ganglions ; j'inclinerais plutôt à la rattacher aux phénomènes de sclérose dont l'adénopathie inguino-crurale est le siège.

STOMATOLOGIE

Angiome de la langue.

Cette observation qui a été présentée à la Société de stomatologie par les Drs Schœfer et Rouveix, est intéressante d'abord en raison de la rareté du fait, ensuite par le rapport de cause à effet qui existe entre une lésion dentaire et une tumeur de la langue.



FIG. 1. — Langue. Profil droit.

Cette observation est celle de Mme X, 32 ans, venue consulter au service des stomalologie de Lariboisière pour une tumeur apparue depuis 6 ans sur le bord droit de la langue ; le développement aurait été progressif et la malade elle-même l'attribue à la présence des dents cariées contre lesquelles la langue vient se blesser.

La malade est d'une bonne santé habituelle ; elle a eu 3 grossesses avec accidents d'intoxication, vomissements incoercibles ayant nécessité 3 fois des avortements dans le service d'accouchement.

Pas d'antécédents pathologiques, ni varices, ni nœvi sur le reste du corps.

Sur le bord droit de la langue, à un point correspondant, la langue étant au repos, aux 2e et 3e grosses molaires inférieures droites, on voit une



UROMETINE
TRAITEMENT
DU RHUMATISME, DE LA GOUTTE
DES MALADIES DES REINS
ET DE LA VESSIE.
ANTISEPSIE DES VOIES URINAIRES
UROMETINE
LAMBIOTTE FRÈRES
HEXAMÉTHYLÈNETÉTRAMINE
Comprimé à 0.50
Le Flacon de 50 Comp
LAMBIOTTE FRÈRES PARIS
UROMETINE

tumeur nettement limitée, débordant sur le côté droit, du volume d'une grosse olive; la surface légèrement irrégulière n'empiète pas sur les faces supérieures et inférieures. La coloration n'est pas uniforme, elle est plus marquée, parfois violacée en certains points correspondant à une vascularisation plus intense.



Fig. 2. — Langue. Face supérieure.

La tumeur n'est douloureuse ni spontanément ni à la pression. Au palper, pas d'induration ; elle est molle et ne présente pas de battement. En outre, elle est réductible complètement à la pression.

Le diagnostic n'est pas discutable : il s'agit d'une tumeur vasculaire, veineuse, réductible, à évolution lente, d'un angiome.

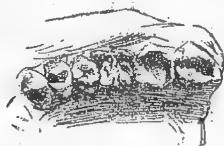


Fig. 3. — Machoire inférieure droite. Face triturante.

Le point intéressant est la présence dans la bouche de dents cariées devant être la cause occasionnelle de cet angiome. Voici en effet l'état de la bouche au point de vue dentaire, du côté de la tumeur.

Au maxillaire inférieur se voient à l'état de racines la 1re grosse molaire dont la couronne n'existe plus ; la 2e grosse molaire dont la couronne est brisée et dont il subsiste un bord lingual, légèrement tranchant, affleurant la gencive ; la dent de sagesse très légèrement inclinée en avant est saine.

Au maxillaire supérieur ; la 1re grosse molaire est réduite à l'état de racines ; les couronnes des 2e et 3e presque complètement détruites par la carie présentent cependant des bords tranchants ; les autres dents sont normales.

De l'autre côté, en haut et à gauche, la canine a été extraite, la 1re grosse molaire est réduite à l'état de chicot insignifiant. De la 3e grosse molaire il ne reste que les racines.

En bas, la 1re molaire est extraite, la 2e est atteinte de carie non pénétrante, la couronne de la 3e est complètement détruite.

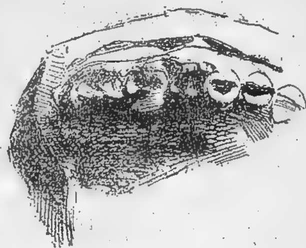


Fig. 4. — Machoire supérieure droite. Face triturante.

Nous avons trouvé dans la littérature médicale nombre d'observations d'angiome de la langue, mais toutes ces tumeurs sont considérées comme étant d'origine congénitale ; c'est pourquoi il nous a paru intéressant de faire remarquer cet angiome débutant chez une femme de 26 ans, dans une bouche où nettement nous constatons une cause de traumatisme dentaire. C'est évidemment un point à signaler.



Fig. 5. — Occlusion. Côté droit.

Quant au traitement, étant donné que nous sommes en présence d'une tumeur circonscrite, nous croyons devoir laisser de côté l'électrolyse, l'ignipuncture et même la radiumthérapie pour avoir recours à l'extirpation chirurgicale qui nous semble le traitement de choix, en la faisant précéder, bien entendu, de la mise en état complète de la bouche par l'avulsion des racines et le traitement approprié à chaque dent.

Dr Mathey.

A TRAVERS LA PRESSE

Presse française.

Traitement des tumeurs malignes primitives de la peau.

D'après M. Plagniol (*Languedoc méd.*, 10 nov. 1920), le traitement local doit varier suivant la nature de la tumeur.

L'exérèse chirurgicale est à conserver dans l'épithélioma lobulé spino-cellulaire et le cancroïde. La thermocautérisation et le curetage, procédé timide, dangereux et insuffisant, convient à certains épithéliomas très superficiels. Les rayons X sont remarquablement actifs dans les épithéliomas baso-cellulaires et les sarcomes à cellules embryonnaires. Sans effet, dans les épithéliomas lobulés, les carcinomes et les sarcomes à cellules polymorphe. La radiumthérapie a les mêmes indications qui la radiothérapie et se montre plus active. Elle réclame les lymphosarcomes et les angiomes. D'une façon générale, elle fait régresser les tumeurs inopérables et ouvre la voie au bistouri. La fulguration s'adresse aux épithéliomas très limités, insensibles à la radio-activité. Enfin, l'électrolyse simple, en berceau, a été préconisée dans les nævi-carcinomes à leur début.

Traitement abortif de la blennorragie.

Il donne 60 % de guérisons rapides et définitives dans les 12 premières heures ; 40 % dans les 24 premières heures ; 20 % dans les 36 premières heures ; 10 % seulement dans les 48 premières heures, proclame M. Steibel (*Journ. de méd. de Paris*, 20 nov. 1920). Ces résultats sont assez encourageants pour que la méthode soit systématiquement employée aussi précocement que possible, dès que le sujet, après un coït suspect, sent un peu de chaleur en urinant et qu'un léger suintement colle les lèvres du méat.

Il recommande l'argyrol, soit en lavages, soit en injections. Les lavages se font avec la solution de 2 à 4 p. 1000, à peine tiède, sous faible pression. Tout à fait au début, on se bornera à laver l'urètre antérieur. Après le 4e jour, on fera des lavages intra-vésicaux.

Pour les injections, le taux de la solution est de 10 à 20 p. 1000. Les mictions seront aussi peu fréquentes que possible et les injections faites aussitôt après chacune d'elles. On injectera de 6 à 10 cmc. sans distendre l'urètre et le liquide sera conservé 10 minutes.

Durée du traitement : 10 jours. Mieux, 15 jours.

Comme traitement interne, les balsamiques et les alcalins seront associés au traitement externe s'il existe un peu de cystite du col. Les vaccins, malgré leurs effets inconstants, sont à essayer.

Influence de l'état intestinal sur l'artério-sclérose.

Au dire du professeur Lemoine (*Gaz. des Prat.*, 15 nov. 1920), l'artério-sclérose serait fonction de l'auto-intoxication intestinale, qui amène une surproduction de cholestérine destinée à défendre l'organisme, mais qui vient se déposer sur les parois artérielles.

D'autre part, le fonctionnement de l'intestin a une influence sur l'état des artério-scléreux, chez lesquels il a remarqué d'ailleurs le volume exagéré des selles. Cette influence est d'autant plus marquée que les fonctions digestives se font mal et qu'il existe des fermentations et des putréfactions anormales, les résorptions de toxines au niveau de l'intestin pénétrant dans la circulation et venant agir sur le système nerveux.

Aussi, recommande-t-il de toujours rechercher chez ces malades l'indican et l'urobiline dans les urines. Ces deux substances sont en effet témoins du fonctionnement digestif défectueux. C'est alors que le régime alimentaire jouera un rôle important dans le traitement de la diathèse.

A ce propos, l'auteur s'élève contre l'usage du lait et des viandes blanches. Le lait provoque des fermentations intestinales avec modification des selles, et il est mal supporté par la moitié des adultes. Quant aux viandes blanches, elles sont trop riches en nucléines, qui donnent de l'acide urique ou peuvent être l'origine de fermentations. Il en est de même des cervelles et des ris de veau.

Quand le mauvais état intestinal est permanent, la thérapeutique associée au régime alimentaire aura recours aux antiseptiques intestinaux, qui débarrassent les sujets de la dyspnée qu'ils présentent après les repas, en même temps qu'ils diminuent le météorisme abdominal et les flatulences en désinfectant les selles.

La prothèse caoutchoutée dans l'épilepsie jaksonienne.

L'épilepsie jacksonienne est presque toujours d'origine traumatique. Elle relève d'adhérences cicatricielles entre la substance encéphalique et les plans superficiels du crâne. Pour éviter la formation de ces adhérences, M. Hamant propose d'interposer entre le cerveau et les téguments une lame de caoutchouc épaisse et souple. (*Rev. méd. de l'Est.* 15 nov. 1920).

L'auteur rapporte deux observations dans lesquelles ce procédé a déterminé la guérison fonctionnelle, en même temps qu'une notable

atténuation, voire la disparition des déformations superficielles.

Il décrit ainsi sa technique :

1) Tracé d'un large lambeau circonscrivant à deux centim. environ de distance la brèche crânienne. Dissection du lambeau.

2) Excision des cicatrices cutanées ou cérébrales, décollement de la dure-mère jusqu'en zone saine. Il est parfois nécessaire de réséquer légèrement le rebord osseux de la trépanation primitive.

3) Hémostase soignée des petits vaisseaux déchirés. Une compression de quelques minutes est parfois utile.

4) Taille de la plaque de caoutchouc qui doit être de un centim. plus grande que le lambeau.

5) La lame caoutchoutée est insinuée sous la peau, entre le péricrâne et les téguments, et fixée au péricrâne par 4 points de suture (un à chaque angle).

6) Hémostase du lambeau et suture soignée des téguments.

M. Hamant se sert, comme lame de caoutchouc, de la manchette des gants de Chaput, bouillie et stérilisée à l'autoclave.

La thérapeutique intra-utérine de l'infection utérine post-partum.

Serait-ce un dogme qui disparaît ? Nous vivions sur la doctrine de l'infection puerpérale à point de départ local, avant de se généraliser, et nécessitant par conséquent, une intervention locale précoce, dès que la menace se manifestait. La règle classique était qu'il fallait vider immédiatement l'utérus de son contenu septique.

Or, voici que M. Vignes s'élève cntre cette conception (*Progrès méd.*, 20 nov. 1920).

Le curettage instrumental est ou inutile ou dangereux. En effet, on connaît des cas où la guérison s'est effectuée sans curettage. L'exérèse du foyer infecté n'est pas toujours possible.

Le curage digital est au moins aussi offensant pour la muqueuse utérine que le curettage instrumental,

L'application antiseptique intra-utérine n'est pas plus indiquée que le pansement antiseptique des plaies externes. L'expérience a démontré que les antiseptiques qui agissent sur les germes pathogènes tuent en même temps les cellules.

Enfin, l'injection intra-utérine est moins dangereuse que les méthodes précédentes, tout en n'étant pas exempte de certains inconvénients.

En résumé, dit l'auteur, « il n'y a pas de thé« rapeutique intra-utérine qui permette de soi« gner l'infection utérine sans en favoriser en mê« me temps l'extension aux tissus voisins et au « paramètre, pas de moyen de tuer les bactéries « sans endommager les cellules de l'organisme, « pas de moyen de stériliser une plaie infectée, « sans entraîner une destruction de tissus, pas « de procédé d'extirper les débris qui ne consti« tue un traumatisme souvent dangereux.

« L'intervention est toujours dangereuse après « la première semaine. Le curage manuel, les « applications directes de substances antisep« tiques est absolument à rejeter. L'injection « intra-utérine de liquides antiseptiques peut se « justifier dans les cas de rétention de débris « membraneux ou de caillots, à la condition « qu'elle ne soit ni tardive, ni répétée.

« Le curettage, que certains accoucheurs pra« tiquent sur les mêmes indications, doit être « considéré comme inutile et souvent dangereux, « en raison de l'impossibilité pratique d'enlever « totalement à la curette le foyer infecté. Dans « les cas d'infection streptococcique, de beaucoup « les plus fréquents, il est particulièrement né« faste. »

Bref, M. Vignes se déclare partisan de l'abstention, comme préférable à l'intervention dans les infections à point de départ utérin.

Pour impressionnants que paraissent les arguments qu'il apporte à l'appui de sa thèse, ils ont, à cette heure, une apparence quelque peu subversive. Et nous nous demandons comment serait jugée la conduite d'un praticien qui, en présence d'un cas de fièvre puerpérale ressortissant à des accidents locaux, se contenterait de la thérapeutique des bras croisés.

Les petites tumeurs à surprises.

Ce sont, rappelle M. Gueniot, le plus souvent des tumeurs prises pour des kystes sébacés et qui ont été reconnues ensuite comme étant des lipomes. (*Bull. méd.*, 20 nov. 1920).

« Véritables énigmes, ces petites tumeurs se « dissimulent sous les apparences de tumeurs « vulgairement connues. Elles égarent ainsi le « diagnostic, en ne présentant dans leurs carac« tères rien de spécial, et surtout en siégeant « dans un milieu qui, non seulement ne leur est « pas habituel, mais qui semble impropre à leur « développement. C'est cet habitat paradoxal « qui, n'étant pas soupçonné, entraîne pour ainsi « dire fatalement l'erreur. »

Presse anglaise.

Anesthésie par tube naso-trachéal.

M. Stanley Rwbotham (*British med. Journ.*, 16 oct. 1920) décrit une méthode nouvelle d'anesthésie intra-trachéale par voie nasale qu'il recommande pour les opérations sur la bouche et sur les lèvres. Elle consiste essentiellement en trois manœuvres :

1° Passage d'un cathéter dans le nez et le naso-pharynx ;

2° Prise de l'extrémité de cette sonde dans le pharynx buccal à l'aide d'un mandrin spécial ;

3° Introduction de la sonde dans la trachée, à l'aide du laryngoscope. Ces manœuvres s'effectuent le sujet étant déjà anesthésié. Leur but est de permettre de continuer l'administration de l'anesthésique en laissant libre le champ opératoire.

Les causes des hématuries.

Sur 100 cas d'hématuries, CHUTE (*Boston med. and surg. Journ.*, 17 juin 1920) a rencontré les causes suivantes : 64 tumeurs malignes (50 néoplasies malignes de la vessie, 8 hypernéphromes et 6 cancers de la prostate), 7 néphrites hémorragiques, 5 tuberculoses rénales, 4 calculs du rein, 3 calculs de l'urètre, 1 calcul prostatique, 3 hydronéphroses, 3 maladies de Banti, 1 rein polykystique, 1 papillome vésical, 1 diverticulum de la vessie et 7 hypertrophies simples de la prostate. L'hématurie, pour les lésions prostatiques, semble donc aussi fréquente dans les adénomes simples que dans les tumeurs malignes.

Du rôle protecteur des fosses nasales.

BLOMFIELD (*American Review of tuberculosis*, juin 1920) a pratiqué des inoculations de cultures microbiennes sur la muqueuse des fosses nasales. Il s'est adressé, en particulier, au staphylocoque blanc, au bacterium coli et au bacille de Pfeiffer. La muqueuse saine s'est défendue efficacement et les microbes ont été chassés, principalement par des moyens mécaniques. Une altération de la muqueuse des voies aériennes supérieures semble nécessaire pour que l'inoculation soit suivie d'effets pathologiques.

Traitement de la lèpre.

MAC DONALD et DEAN font une étude du traitement de la lèpre, d'après 186 cas observés dans les hôpitaux hawaïens (in *Public health reports*, 20 août 1920). La guérison a été obtenue dans la proportion de 25 pour 100 des cas par les injections intra-musculaires d'éthers éthyliques des acides gras de l'huile de chaulmoogra. L'administration buccale de ce médicament est moins active.

L'ablation des amygdales et la prophylaxie des crises de rhumatisme.

LAWRENCE (*Medical Record*, 8 mai 1920) estime que l'ablation des amygdales et des végétations adénoïdes peut jouer un rôle dans la prophylaxie des crises de rhumatisme. Cet auteur a suivi 75 enfants sujets à des attaques récidivantes de rhumatisme articulaire aigu. Ayant pratiqué chez ces enfants l'amygdalotomie et l'adénoïdectomie, il a vu chez la plupart (exactement 84 pour 100) les atteintes de rhumatisme cesser après l'opération.

Sur l'absorption rectale des solutions glycosées.

Le sérum glycosé est souvent employé actuellement par voie rectale, soit en lavements à garder, soit en goutte à goutte. TALLERMANN (*Quart. Journ. of medicine*, juillet 1920) s'est demandé comment s'effectuait l'absorption rectale des solutions glycosées, comparativement à l'absorption stomacale. Il a dosé, à cet effet, toutes les demi-heures, le glucose dans le sang de sujets soumis respectivement à l'ingestion et à des lavements de solutions glycosées. Il a vu qu'administré par voie rectale, le glucose s'absorbait plus lentement, mais que son élimination était aussi plus prolongée.

Le nystagmus des mineurs.

On se préoccupe beaucoup, en Angleterre, du nystagmus des mineurs, maladie qui semble s'être notablement développée depuis quelques années. M. LECHMERE ANDERSON (*British med. Journal*, 27 nov. 1920) attribue dans la genèse de cette affection un rôle important aux troubles de réfraction (astigmatisme, amétropies). Il conviendrait, selon lui, avant d'autoriser un ouvrier à descendre dans la mine, d'examiner sa vision, d'écarter les sujets ayant des troubles de réfraction trop accentués et de faire porter à ceux offrant une amétropie légère des verres correcteurs. L'auteur distingue deux types principaux de nystagmus des mineurs : le premier type, léger, transitoire, et le second grave. Ce dernier ne surviendrait qu'au cas de troubles de réfraction intenses. En dehors du facteur individuel, il faut tenir compte du rôle de la mine, du bon éclairage, etc.

M. WARREN CROWES considère la fatigue et les mauvaises digestions comme des conditions prédisposantes au nystagmus des mineurs. Depuis l'application de la loi de huit heures, il a vu les cas de nystagmus devenir plus nombreux. Cela tient, dit-il, à ce que, depuis cette loi, les mineurs au lieu d'avoir quarante minutes pour déjeuner n'ont plus que quinze minutes, d'où des troubles digestifs et un état de fatigue générale favorables à l'éclosion du nystagmus. La durée du déjeuner, ajoute-t-il, devrait être d'une heure pour ces ouvriers.

Traitement du cancer du rectum.

Cette question, étudiée récemment à la Société de chirurgie, a été longuement discutée à la réunion annuelle de 1920 de la *British med. Association*. M. GREY TURNER insiste sur l'importance du diagnostic précoce. Les sensations pénibles du côté du rectum et les pertes de sang par l'anus sont, dit-il, des symptômes sérieux à prendre en considération. Il faut, en pareil cas, procéder au toucher rectal, d'une façon systématique, et s'il y a lieu, à la sigmoïdoscopie. On peut enlever

avec une pince spéciale, au travers du spéculum rectal, un fragment de la tumeur ou de l'ulcération pour en faire l'examen microscopique. Le chirurgien doit se préoccuper plutôt d'opérer des cas au début que d'améliorer les procédés opératoires pour les cas trop avancés.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

Encéphalite myoclonique d'origine paludéenne.

(M. MARINESCO. — *Académie de médecine.*)

M. Marinesco (de Bucarest) relate une observation d'encéphalomyélite à forme myoclonique, d'origine paludéenne. Elle concerne une jeune femme atteinte d'une forme grave d'encéphalite myoclonique, qui fut admise dans le service de l'auteur et y succomba au bout de peu de jours. L'examen du sang décela la présence d'hématozoaires du paludisme.

Traitement chirurgical du cancer du col de l'utérus.

(M. J.-L. FAURE. — *Académie de médecine.*)

M. J.-L. Faure présente les résultats de 25 années de chirurgie du cancer du col de l'utérus.

Le traitement mis en œuvre par l'auteur a toujours été l'hystérectomie abdominale. Elle a donné, sur un chiffre de 83 opérées, une mortalité opératoire de 10,8 pour 100. Pour les survivantes, au nombre de 71, les guérisons se sont élevées à 37, soit 52 %, et les récidives à 34, soit 48 %. Plus de la moitié des femmes sont donc restées guéries, la période d'observation post-opératoire dépassant parfois 12 années. Les résultats se montrent, il va sans dire, d'autant meilleurs que l'intervention se rapproche davantage du début de la maladie.

M. Faure envisage ensuite la question de la radiumthérapie dans le cancer du col utérin. Chez un certain nombre de ses opérées, il a utilisé le radium comme cure complémentaire. Considérant 66 cas sur lesquels il a pu avoir des renseignements, il a vu 50 % de récidives chez les malades ayant reçu du radium (44 malades) et 39 % seulement chez celles n'ayant pas reçu de radium (23 malades). On note ainsi cette conséquence paradoxale d'une proportion de récidives plus forte chez les femmes traitées par le radium après l'opération. La question étant à l'étude, il ne convient de tirer de là, quant à présent, aucune conclusion.

L'auteur termine en constatant les excellents résultats de l'hystérectomie abdominale large et insiste sur l'importance de l'opération précoce. C'est elle qu'il conseille de la façon la plus ferme, tant que l'épreuve du temps n'aura pas démontré que le radium peut faire mieux.

Sur la pathogénie de la migraine.

(MM. RÉMOND, de Metz et ROUZAUD. — *Académie de médecine.*)

On connaît les nombreuses hypothèses émises sur l'étiologie de la migraine : l'arthritisme, avec Trousseau et Bouchard, les affections gastro-hépatiques avec Clifford-Allbut, la tachyphagie avec Jacquet, les affections chroniques des fosses nasales avec Hack, l'astigmatisme avec Sinclar, les insuffisances ovarienne et thyroïdienne avec H. de Rotschild, plus récemment l'anaphylaxie médicale.

MM. Rémond et Rouzaud soutiennent une nouvelle notion étiologique, celle de la double insuffisance hépato-rénale, qu'ils basent sur une série d'analyses du sang de migraineux.

Le cancer rectal.

(M. Victor PAUCHET. — *Société des chirurgiens de Paris.*)

M. Victor Pauchet étudie le traitement du cancer du rectum.

Trois méthodes opératoires sont indiquées selon les cas :

1° L'amputation abdomino-périnéale. Elle convient aux malades résistants, aux cancers peu ou pas adhérents, aux sujets non tarés, et donne, dans ces conditions, 10 pour 100 de mortalité.

2° L'extirpation périnéo-sacrée avec anus contre nature. Elle vit des contre-indications de la précédente, et s'adresse aux sujets obsèses, glycosuriques, déprimés et aux tumeurs adhérentes. Quoique plus bénigne, elle offre une mortalité égale, de 10 pour 100 environ, car elle s'adresse à des cas plus graves.

3° L'anus contre nature et les applications de radium. Ce traitement est à réserver aux cas inopérables, aux sujets trop âgés, trop faibles ou trop tarés.

Faut-il employer le radium ? M. Pauchet répond oui, dans les cas inopérables et oui aussi, dans les cas opérables, car il désinfecte l'ulcération et prépare la défense post-opératoire.

Les résultats de l'exérèse sont généralement bons, parce que le cancer rectal a une évolution lente et qu'on peut l'enlever très largement. Si l'opération a parfois une mauvaise réputation, c'est que les malades viennent souvent trop tard. Le médecin, en effet, ne pratique pas toujours le toucher rectal systématique et s'en tient aux diagnostics d'entérite ou d'hémorrhoïdes. D'autres fois, pour ne pas effrayer le patient, il ne prononce pas le mot de néoplasme, et l'opération, si elle est envisagée, n'est pas acceptée. Le médecin doit la vérité au malade, en pareil cas, car la thérapeutique en dépend.

M. THEVENARD ajoute qu'il faut insister auprès des médecins sur la nécessité d'un toucher rectal

au premier symptôme d'une affection du rectum. Parallèlement, l'éducation des malades devrait être faite sur l'importance de ces symptômes. On n'aurait plus alors à déplorer d'être si souvent consulté pour des cas inopérables. M. Thévenard voudrait, en outre, que les statistiques opératoires soient établies par catégories. Le cancer du rectum, moins fréquent chez la femme, y est aussi moins grave que chez l'homme. Chez l'homme, le cancer postérieur est moins redoutable que le cancer antérieur, en raison, pour ce dernier, du voisinage des vésicules séminales et de la prostate.

Forage de la prostate.

(M. G. Luys. — *Société des chirurgiens de Paris.*)

M. Luys présente trois malades traités par le forage de la prostate.

L'un d'eux, âgé de 43 ans, ayant de grandes difficultés à uriner depuis 7 ans et un résidu vésical de 75 grammes, a été opéré depuis plus d'un an. Il urine bien et son résidu vésical est nul.

Un second malade, âgé de 65 ans, avait un résidu vésical de 175 gr. et n'a plus aujourd'hui que 10 grammes. L'obstacle détruit chez lui par l'électro-coagulation était constitué par un adénome du lobe gauche de la prostate qui débordait la ligne médiane et obturait la lumière de l'urèthre prostatique.

Le troisième patient, homme de 76 ans, était, avant son forage, dans un état cachectique avec résidu vésical de 175 gr. Depuis l'opération, son état général est excellent et il n'a plus que 25 gr. de résidu vésical.

De l'incontinence pylorique.

(M. Aubourg. — *Société des chirurgiens de Paris.*)

M. Aubourg communique une nouvelle observation d'incontinence pylorique, ce qui porte à quatre le nombre des cas dûment vérifiés de cette affection. Cet état morbide est caractérisé par l'absence de contractions de l'estomac et de fermeture du sphincter pylorique. Les aliments passent directement de l'estomac dans le duodénum. Les causes signalées ont été : une tumeur du pylore ayant altéré le fonctionnement du sphincter, un néoplasme de la petite courbure comprimant les terminaisons du pneumo-gastrique, une section de ces terminaisons à la suite d'une résection étendue de la petite courbure.

La maladie ne s'accompagne d'aucun signe clinique pathognomonique. Elle ne peut être décelée que par la radioscopie, qui montre l'absence des contractions normales de la poche gastrique et la béance du pylore.

Au point de vue de la pathologie gastrique, on note là une notion nouvelle de premier ordre, à savoir, le rôle capital du pneumogastrique. Peut-être, serait-on autorisé à concevoir deux grands processus de gastropathies : l'hypercontractilité, l'hypertonicité et l'hyperacidité dont le type est l'ulcère, et l'hypocontractilité, l'hypotonicité et l'hypoacidité, dont le type est le cancer. En tout cas, pour le chirurgien, le rôle du pneumogastrique doit être mis en relief afin que ce nerf soit ménagé au cours des résections de l'estomac.

Occlusion chronique sous-vatérienne du duodénum.

(M. Péraire. — *Société des chirurgiens de Paris.*)

M. Péraire présente un cas d'occlusion chronique sous-vatérienne du duodénum, suite d'ulcère. Il insiste sur les signes assez imprécis de cette occlusion : crises de vomissements très abondants, troubles digestifs, sensation nauséeuse continuelle après les repas, phénomènes d'intoxication se traduisant par de la céphalée, de l'amaigrissement, du nervosisme. La radioscopie montre la difficulté du passage de la bouillie opaque dans le duodénum et de la distension gastrique.

Scaphoïdite tarsienne des jeunes enfants.

(M. Albert Mouchet. — *Société de chirurgie.*)

M. Mouchet apporte un nouvel exemple de scaphoïdite tarsienne des jeunes enfants, qui lui a été adressé par M. Grégoire. Il s'agit d'un garçon de 6 ans, qui se plaignait de souffrir du pied droit depuis quatre mois. Les douleurs avaient augmenté dans les quinze derniers jours. Symptomatologie fruste, comme d'habitude (légère boiterie, marche un peu en varus, légère atrophie musculaire de la jambe, douleur à la pression sur le scaphoïde). La radiographie a montré l'aspect de l'os (condensé et ratatiné) spécial à cette affection.

P. L.

CLIMATOTHÉRAPIE

Laënnec à Kerlouarnec

Le *Concours médical* voulut bien, le 1er juin 1919, publier un article sur le climat de Douarnenez. Après avoir établi le caractère bien marin de ce climat, avec ses propriétés toniques essentielles, je cherchais à y montrer combien la configuration du pays ajoutait à ces caractères ordinaires des propriétés nouvelles et uniques sur notre littoral.

J'avais insisté sur le réchauffement général de la région et sur l'atténuation de l'air marin au fond d'une profonde échancrure telle que sa vaste baie, et je concluais : « Cela explique que ce cli-

« mat soit si favorable à nombre de sujets qui, « ailleurs, ne pouvaient supporter la mer : ner« veux, congestifs; voire même hypertendus. « Mais ce sont surtout les déprimés, débilités ou « surmenés, anémiés ou convalescents, qui en bé« néficient au point que souvent, un séjour d'une « quinzaine suffit déjà pour produire une amé« lioration manifeste ».

Or, lisant, ces jours derniers, le livre si documenté et si attachant que M. le professeur Rouxeau, de Nantes, vient de publier sur Laënnec (1), j'eus la surprise d'y remarquer les pages suivantes qui intéresseront, je le crois, bien des confrères autant que moi :

« Page 261, M. le Pr. Rouxeau écrit : « A l'in« tention de Récamier, il avait rédigé un petit « *aperçu sur la pratique de la médecine en Breta« gne*, qu'il serait bien intéressant de retrouver. « Il s'occupait aussi d'étudier l'influence du cli« mat marin sur la phtisie pulmonaire. Ses ob« servations, appuyées de celles de tous les « médecins du pays, des chirurgiens de la ma« rine, vinrent confirmer celles des anciens sur la « rareté de cette maladie chez les populations « maritimes, celles de la côte méridionale de la « Bretagne en particulier. Pendant les deux an« nées qu'il passa à Douarnenez, localité un peu « moins peuplée, il est vrai, qu'il ne le pensait, « il ne vit que six cas de phtisie et il évalua à « 3 par an environ, sur 140, le chiffre des décès « qu'elle causait annuellement en cette localité. « Sur les six phtisiques qu'il vit, trois guérirent. « Se laissa-t-il suggestionner par l'envie de trou« ver des preuves que le climat marin, *ou plutôt « celui de la côte sud de la Bretagne* (sic), ne nui« sait pas à la cure de la phtisie ? C'est possible. « En tout cas, sur ce point, il se trouvait en « désaccord avec ses confrères de Brest, le Gris « du Val en particulier (2).

Aussi, ne devons-nous pas nous étonner si Laënnec, se trouvant épuisé par un travail écrasant et des épreuves comme il en dut supporter toute sa vie, vint s'y retremper en 1819.

Mais, écoutons M. Rouxeau : « ... L'amélioration « avait d'abord été si rapide que Mériadec (son « neveu et aussi son élève) en avait conclu à la « nature purement nerveuse de la maladie et « Forbes, plus tard, se fit l'écho de cette opinion. « ... Huit jours après son arrivée, il espérait pou« voir retourner à Paris au bout d'un an et s'y « maintenir assez longtemps en menant une vie « moins sédentaire... Six semaines après, l'amé« lioration continuant, il en était convaincu... et « le printemps venu, il ne se souvenait pas d'avoir « été depuis longtemps aussi vigoureux qu'au « cours de l'hiver qu'il venait de passer et qu'il « avait employé à chasser continuellement « (P. 266).

« Si j'étais sûr, écrivait-il le 8 mars 1820, seu« lement de conserver à Paris la santé que j'ai « aujourd'hui, j'y recourrais demain. Pourvu « que je coure beaucoup et que je lise, médite « et écrive peu, je me trouve bien ; je ressens à « peine, quand j'ai le fusil sur l'épaule, quelques « nuances d'hypochondrie, de goutte ou d'as« thme. Je grimpe les montagnes et les fossés « comme personne et par tous les temps. Je suis « arrivé ici (au Pont -l'Abbé), l'autre jour à tra« vers chemins et après une marche de huit heu« res sous la neige, sans « éprouver de lassitude !... » Le 24 avril, il écrivait à Mériadec : « Je me « porte incomparablement mieux ici. Je n'ai « cessé de courir tout l'hiver, autant que me « l'ont permis mes ouvriers. Je sens à peine « quelque gêne dans la respiration de temps en « temps, et fort souvent, je grimpe des côtes plus « escarpées que le mont Valérien sans être plus « essoufflé qu'un autre ».

A cette période, nous voyons surtout un Laënnec intellectuellement surmené : « Il se promène, « il chasse, il fatigue ses jambes pour reposer sa « tête et savoure, par tous les pores de sa peau, « les aromes de ce délicieux air marin, auquel il « attache de si merveilleuses propriétés. (P. 362) ».

Et plus tard, se sentant de nouveau harassé, et ne pouvant cette fois s'arracher à Paris, il soupirera après « son hermitage » et confiera sa peine à son cousin Christophe (12 août 1823) : « ... J'ai été cependant obligé de prendre huit « jours de vacances avant la clôture du Collège « de France et, jusqu'aux vacances de la Faculté, « je n'y fais plus que des examens. Je ne puis « songer à aller vous voir cette année : Je me « bornerai cet été à passer deux jours de chaque « semaine à la campagne, mais l'an prochain, je « reverrai, s'il plait à Dieu, le Petit-Port et Ker« louarnec... ».

Il avait même été à ce point frappé de l'action tonique de ce climat, dont il avait si bien éprouvé, personnellement, les bienfaits, que son tempérament le porta à en rechercher la cause. « Il « n'avait dans le traitement de la tuberculose « obtenu aucun résultat des frictions d'hydrio« date de potasse, non plus que des émanations « de chlore ; il espéra un moment être plus heu« reux avec un autre moyen. Pour lui, le climat « marin, quand il est doux et humide, comme à « Douarnenez, lui semblait particulièrement utile « dans cette maladie, préférable même à la cam« pagne et à la montagne. L'aérothérapie était « en somme, à ses yeux, le grand remède de la « phtisie et il avait une telle confiance dans l'in« fluence bienfaisante de l'air pur qu'au cours de

(1) Laënnec après 1806, par Alfred Rouxeau, professeur à l'Ecole de médecine de Nantes. J.-B. Baillière, Paris, 1920.

(2) N'est-ce pas là précisément une preuve manifeste d'une différence de climat entre ces deux localités pourtant si peu distantes. Mais le « crachin » de Brest n'est-il pas aujourd'hui bien connu ?

« sa dernière maladie, il exigeait que ses fenêtres « restassent ouvertes jour et nuit. Mais existait-« il dans l'air marin quelque principe spécifique ? « C'est ce dont il voulut s'assurer au cours de « l'hiver de 1824. » Et M. le Pr. Rouxeau nous raconte l'essai qu'il entreprit dans deux salles de son service de traitement de phtisiques avérés « en répandant du goémon frais autour de chaque lit, et en leur faisant user d'infusions de varech frais (P. 313-4). Ce traitement fut continué quatre mois, jusqu'au moment où la chaleur rendit impossible l'expédition du goémon. »

L'expérience fut trop courte pour permettre de conclure. Elle sembla donner quelques résultats favorables, mais en somme, la mortalité fut de bien peu inférieure à celle des phtisiques traités dans les salles communes.

Le bénéfice que Laënnec retirait de ses séjours à Kerlouarnec était tel qu'en 1826, quand il se trouva de nouveau très mal, nous le verrons écrire le 17 mai à son cousin Christophe : « ... « L'état de ma santé s'améliore très lentement ; cependant il s'améliore plutôt qu'il ne s'aggrave, « depuis une huitaine surtout ; j'espère donc que « l'air marin de Kerlouarnec me remettra encore « une fois sur pied. Si je n'étais pressé d'arriver, « nous aurions passé par Nantes ; mais nous y « passerons au retour et j'espère y faire plus de « figure que je ne pourrais aujourd'hui avec mes « joues creuses... ».

(P. 391). Aussi comme les épreuves de sa préface étaient corrigées et que son livre allait paraître dans la quinzaine, Laënnec se décida à gagner la Bretagne ; Christophe avait mis à sa disposition le Petit-Port (à Nantes). C'eût été cinquante lieues d'épargnées, mais il n'accepta pas. *Il avait une telle confiance, une telle foi dans l'air de Kerlouarnec*, depuis qu'en 1819 il y avait trouvé la guérison, qu'il préféra augmenter son voyage de ces cinquante lieues. D'ailleurs, bien que ses idées funèbres se fussent un peu dissipées, il voulait, si sa maladie tournait mal, dormir son dernier sommeil au pied du clocher tant aimé. Ce voyage de cent cinquante lieues fut atroce, il le fit par un temps exécrable, torturé par une diarrhée incoercible avec épreintes et ténesme, en pleine évolution d'un abcès dentaire qui envahit le sinus maxillaire. Il fallut, pour comble, un accident : « Voi-« ture, voyageurs, chevaux, postillon, venaient « d'être précipités dans une douve de onze pieds « de profondeur ! La voiture, dans sa chute, s'é-« tait retournée complètement ».

Tout cela lui valait le lendemain une série de syncopes, et, parti le 30 mai, il n'arriva que le 9 juin.

« La calèche s'engage sur la route de Ploaré. « *Dans le cadre de la portière*, le malade voit se « profiler successivement tous les lieux char-« mants et familiers dont, à son départ de Pa-« ris, il a espéré tant de bien... Bientôt, au-des-« sus des masses de verdure qui, à l'horizon, cou-« ronnent les hauteurs, il voit poindre la flèche « élegante et puissante qui domine tout le pays. « Jusqu'alors, elle a été pour lui le phare qui an-« nonce le port au marin battu par la tempête, « et le signal du salut ».

Il est évident qu'après un tel voyage, le mourant qu'il était déjà au départ, ne pouvait plus guérir. Et cependant, cette fois encore, son état s'améliora assez pour que le 19 juin, il écrivit à Mériadec pour lui donner de ses nouvelles :

« ... *Personne ne peut me trouver rien de local* « (*sic*), mais je me tiens pour assuré que je trou-« verais bien si je pouvais chercher ... Ecris à « l'arquebusier Audelet, rue Michel-le-Comte, « de ma part, qu'il ne se presse pas pour mon fu-« sil, que je l'attendrai bien à la mi-aoust, *si* « *Deus det annos...* » L'amélioration continua et (P. 412)... le lendemain 23 il écrivit à Mériadec « qu'il ne croyait pas du tout la partie perdue ; « la nouvelle de l'arrivée prochaine de Christo-« phe et d'Ambroise aidant, l'amélioration se con-« tinua au point que, le 26, Mme de Kervélégan, « vieille amie de Laënnec père, écrivait à ce der-« nier : « Vos prières sont parvenues au trône de « l'Eternel, mon cher E. Laënnec, votre fils est « mieux, beaucoup mieux ! ».

Mais le malade était si affaibli qu'il ne pût résister à de nouvelles épreuves morales qui le frappèrent encore et, le 13 août, l'immortel inventeur de l'auscultation expirait au milieu des siens.

Dr Eug. DAMEY.

BIBLIOGRAPHIE CRITIQUE

Revue des Thèses.

Dr Maurice ROUVIÈRE. — Contribution à l'étude de l'infarctus hémorragique de l'intestin grêle par thrombo-phlébite au cours des cirrhoses du foie.

Parmi les conclusions intéressantes posées par M. Rouvière, nous extrayons celles qui ont trait au pronostic et au traitement :

Le pronostic est toujours fatal dans un délai de trois à huit jours.

Le traitement sera symptomatique. L'intervention chirurgicale, théoriquement rationnelle, paraît devoir être inefficace devant une lésion si grave et si étendue. La cirrhose préexistante exagère d'ailleurs cette gravité.

PARTIE PROFESSIONNELLE

LA VIE SYNDICALE ET PROFESSIONNELLE

I

La misère des médecins de prisons. Sus au forfait !

J'ai l'honneur de vous communiquer ci-incluse une lettre que j'adresse au directeur de la Maison centrale de M. Vous pourrez la publier si vous le jugez bon et l'accompagner des commentaires que vous jugerez utiles.

Le directeur, de bonne foi, d'ailleurs, m'avait laissé espérer une plus forte augmentation ... et je m'étais laissé attendrir.

Evidemment cette administration peut arguer de l'insuffisance de son budget ; voici comment elle l'emploie, par exemple : à M., trois aumôniers : un catholique, qui a pas mal à faire : 1.000 fr. ; un protestant, à service restreint : 1.000 fr. ; un israëlite, qui habite Paris, n'a pas mis les pieds à la prison depuis 18 mois et qui n'a en ce moment aucun coréligionnaire incarcéré : 1.000 fr.

Quant à moi, voici ma tâche habituelle : 60 détenus en moyenne à la visite, 25 à 30 à l'infirmerie, et quelles personnes ! simulateurs de premier ordre ; un candidat gardien à examiner ; quelques détenus arrivants à voir ; 3 ou 4 abcès, provoqués le plus souvent, à inciser ; de temps en temps, une petite intervention : thoracentèse, cathétérisme, dilatation, injection intraveineuse, etc., 2 ou 3 certificats et rapports. En plus, les gardiens malades à voir en ville : 2.500 fr.

J'ai annoncé au directeur que je ne refuserais pas mes soins, mais qu'à dater d'une réponse de l'administration ne me satisfaisant pas, j'appliquerais le tarif à la visite.

Votre publication pourra servir à grouper les médecins de l'administration pénitentiaire. Ce qui fait ma force, c'est que tous les confrères de M. sont syndiqués et qu'aucun ne prendra ma place et ne marchera sur mes brisées.

Dr B.

M., le 29 septembre 1920.

Monsieur le Directeur
de la Maison Centrale de M...

J'ai l'honneur de vous prier de vouloir bien transmettre à l'administration pénitentiaire les réclamations que voici : Mon prédécesseur avait, il y a environ 18 mois, demandé une augmentation des honoraires qui lui étaient alloués ; moi-même j'ai renouvelé cette demande au début de cette année, je n'ai pas obtenu satisfaction et j'estime que je ne puis continuer à fournir mes services dans les conditions actuelles.

L'administration pénitentiaire réussit à faire soigner ses employés et ses détenus environ à la moitié du tarif d'avant-guerre, attendu que les honoraires sont les mêmes et que le nombre des personnes à soigner a doublé. Je ne connais aucune administration publique ou privée qui ait réussi à résoudre de cette façon le problème de la vie chère.

J'ai mis au courant de cette situation le syndicat des médecins de M., qui considère à l'unanimité que c'est vraiment ravaler la dignité professionnelle que de travailler dans ces condtions, avec une rémunération qu'on n'oserait certes pas offrir actuellement à un manœuvre. Le syndicat des médecins de M. estime que le médecin, comme tout autre travailleur, doit être rémunéré en raison du travail qu'il fournit et il évalue à 5 francs par individu et par an le montant des honoraires à forfait pour soins donnés à un groupement comme celui dont il s'agit, car il s'agit, en l'espèce, non pas seulement de soigner des malades, mais d'examiner les candidats surveillants, les détenus à l'arrivée et à la sortie, d'examiner ces derniers à propos de recours en grâce, de commutation de peine, de régimes divers à faire subir, de fournir à propos de chacun de ces actes, des rapports ou des certificats, de dépister les simulateurs, etc..

La population de la Maison centrale de M. représente celle d'un gros village qui ferait vivre un médecin — et il m'est alloué en ce moment 1.500 francs pour un pareil travail.

Je vous prie donc, Monsieur le directeur, de vouloir bien prévenir l'administration pénitentiaire qu'il m'est impossible de continuer à travailler dans de telles conditions et que, si ladite administration ne consent pas à me donner satisfaction, je me verrai dans l'obligation de cesser mes fonctions le 1er novembre 1920.

Il m'est très pénible, Monsieur le directeur, d'agir de la sorte ; mais je crois avoir fait preuve de dévouement et de patience et mes moyens ne me permettent pas de perdre mon temps plus longtemps. Il faut que je vive, que j'élève ma famille et que je paye mes impôts.

Je prends la liberté, Monsieur le directeur, de rendre hommage à votre bienveillance qui a facilité ma tâche et rendu nos rapports quotidiens faciles et courtois, et je vous prie d'agréer l'expression de mes sentiments respectueux.

Dr B.

M., le 29 novembre 1920.

Monsieur le Directeur
de la Maison Centrale de M.

A la suite de la lettre que je vous ai écrite fin septembre, vous m'avez demandé, comme un service personnel, de continuer mes fonctions à la Maison centrale jusqu'à la fin de ce mois.

Je n'ai pas cru devoir vous refuser ce service, ce-

pendant que l'administration pénitentiaire n'avait et n'a pas encore répondu à mes réclamations.

La guerre est finie depuis plus de deux ans ; mes charges augmentent tous les jours et mes moyens ne me permettent pas d'attendre plus longtemps la juste rémunération de mes services.

J'ai donc l'honneur de vous informer que je cesse mes fonctions le 1er décembre 1920 et que je serai prêt à les reprendre sur les bases que je vous ai indiquées d'accord avec le syndicat des médecins de M.

Veuillez agréer, Monsieur le directeur, l'expression de mon dévouement.

Dr B.

M. le 29 décembre 1920.

Monsieur le Directeur
de la Maison Centrale de M...

J'ai l'honneur de vous accuser réception de votre lettre du 28 décembre 1920 m'annonçant que l'indemnité annuelle du médecin chargé du service de santé à la Maison centrale est fixé à 2.500 fr. à dater du 1er juillet 1920.

Avant la guerre, le salaire des surveillants et l'indemnité accordée aux médecins étaient sensiblement les mêmes. Actuellement, vous offrez au médecin moins de la moitié du salaire accordé aux surveillants. Le travail de ces derniers a diminué. Celui du médecin a doublé avec le nombre des détenus et l'accroissement du personnel. Enfin l'augmentation de l'indemnité médicale a son point de départ plus de 18 mois après la démobilisation.

Je me permets d'ajouter que les surveillants de mon âge sont restés à l'abri pendant la guerre alors que j'ai fait campagne et reçu de multiples blessures.

Je vous prie donc, Monsieur le directeur, de vouloir bien informer l'administration pénitentiaire que je ne saurais accepter un pareil traitement, tant en principe qu'en pratique.

Je saisis, d'ailleurs, par ce même courrier, le président du groupe parlementaire médical, du sort qui est réservé à ses confrères par l'administration pénitentiaire.

Veuillez agréer, etc... Dr B.

Commentaires.

Notre confrère emploie la seule manière possible, pour obtenir satisfaction.

Il est lié par un contrat de louage de services : il trouve que les appointements qui lui sont alloués sont insuffisants et il rompt son contrat de travail.

Il faut retenir deux choses ; la première c'est que les médecins de M. étant tous syndiqués, aucun d'eux ne prendra la place du démissionnaire.

La seconde, c'est qu'il est peut être intéressant, pour les médecins des prisons de France, de former un syndicat à l'appel du Dr B. Les intérêts communs ne sont-ils pas le meilleur lien entre les confrères ?

Au surplus, un syndicat local ne saurait s'intéresser au cas particulier d'un seul de ses membres ; tandis qu'un syndicat général des médecins de prisons et de maisons centrales groupera des situations identiques et des aspirations communes.

Disons cependant que l'intérêt général de la profession, ainsi que la doctrine syndicaliste seraient pour la disparition de ces situations fixes, souvent attribuées à la faveur, ou par relations politiques.

S'agit-il de donner des soins aux prisonniers ? Un roulement devrait être établi, entre tous les médecins de la ville et les honoraires payés à la visite.

Faut-il un contrôle administratif et médical, concernant tel prévenu, ou détenu, suspect de tricherie ? L'administration peut désigner un médecin contrôleur, chargé de faire un contrôle et de rédiger un rapport.

Au surplus, nous verrions parfaitement ce service médical être organisé, tant pour les soins à donner, que pour le contrôle, par le syndicat médical local, qui règlerait le fonctionnement du service par contrat collectif de travail.

L'avenir est au contrat collectif de travail, passé entre le syndicat et la collectivité qui emploie. L'individu isolé ne peut plus lutter ; il est écrasé. Aussi le groupe devient-il une nécessité sociale, pour représenter et défendre des intérêts communs.

Il est regrettable que, dans notre démocratie, nous soyons obligés d'enlever de haute lutte toutes les améliorations professionnelles.

Ici, c'est la grève qu'emploieront les syndicats ouvriers, là ce sera la grève administrative, en ce sens que les malades étant soignés, le médecin se refusera à griffonner les papiers de l'administration. Le docteur perdra ses honoraires, peut-être, mais il jettera le trouble dans la quiétude égoïste de l'administration, qui ne pourra plus rédiger ses états, ses rapports, ni ses statistiques.

Aussi, confrères de M., proposez à l'administration pénitentiaire l'organisation du service médical de la maison centrale, par un contrat collectif, entre votre groupe et l'autorité de justice. Nous nous mettons à votre disposition, si l'idée ne vous paraît pas trop révolutionnaire. Mais, ce qui est la vérité de demain, va troubler profondément l'administration, qui criera au scandale, lorsqu'elle saura qu'elle ne peut plus nommer, ni révoquer elle-même, et elle toute seule, ses médecins et qu'elle doit substituer à l'ancien forfait, le tarif à la visite.

Mais, qu'importe le chambardement de quelques habitudes conservatrices, établies aux dépens des médecins et de leurs malades. L'ère du syndicalisme est arrivée, avec ses tractations

collectives. A nous, médecins, de nous mettre franchement dans le mouvement.

Dr Paul BOUDIN.

II

Union des Syndicats médicaux de France.

Monsieur le Directeur du *Concours médical*,

Nous vous communiquons l'*Ordre du jour* que le Conseil d'administration de l'*Union* des Syndicats médicaux de France vient d'adopter.

Étant donné l'importance de la décision prise et du grave conflit qu'elle entraîne, nous vous serions obligés de publier cet ordre du jour dans votre plus prochain numéro.

Nous vous tiendrons au courant des décisions et des évènements au fur et à mesure qu'ils se présenteront.

Veuillez agréer, etc. *Le secrétaire général,* Dr QUIVY.

Ordre du jour.

Le Conseil d'administration de l'*Union* des Syndicats médicaux de France, réuni le 16 janvier 1921, mis en présence de la modification apportée par le Parlement à l'article 64 de la loi des Pensions, après étude des faits, croit nécessaire, afin de fixer les responsabilités encourues et d'expliquer les résolutions graves qu'il prend, de faire les remarques suivantes :

A. *Circonstances dans lesquelles la loi a été modifiée.* — C'est par surprise que la modification à l'article 64 de la loi des Pensions a été obtenue, sans discussion sérieuse au Sénat, sans *aucune* discussion à la Chambre. Adroitement glissée dans une loi de finances, elle a été votée dans la hâte et le désarroi d'une fin de session, à la veille des élections sénatoriales.

Il s'agit là d'un véritable escamotage vis-à-vis du Parlement, d'un manquement grave à l'égard des malades, blessés, mutilés de guerre et des médecins (avec lesquels le ministre était en pourparlers et qu'il s'est bien gardé de prévenir).

Ce geste du ministre des Pensions confirme la volonté exprimée par l'administration, dès avril 1919, de ne pas appliquer l'article 64 de la loi des Pensions.

Il est ainsi démontré que le Parlement doit s'incliner devant la volonté administrative ; qu'une loi votée par le Parlement n'est exécutée que s'il plaît à l'administration.

B. *But visé par l'administration et conséquence de la modification.* — Le but visé par l'administration et qu'elle ne dit pas, c'est la suppression du libre-choix du médecin donné par la loi au malade.

La conséquence de la modification obtenue, c'est la suppression du libre-choix.

Il n'est pas possible, en effet, de maintenir ce libre-choix sans une *entente* avec les Syndicats professionnels, sans l'élaboration *d'un véritable service de soins* et la détermination des conditions de fonctionnement de ce service. Établir un tarif, c'est créer une organisation de soins, un contrôle, etc.

Refuser de créer cette organisation, c'est rendre le *libre-choix* inapplicable, c'est condamner d'avance la pratique du libre-choix.

L'administration n'ose pas attaquer directement le libre-choix. Elle n'ose pas dire qu'elle refuse au blessé de guerre la liberté de confier le soin de sa santé chancelante au médecin qu'il choisira. Mais elle se refuse à discuter la création d'une organisation de soins.

Si cette organisation n'a pas été faite, c'est que l'administration n'en veut pas. Mise en face d'un projet, pressée de l'étudier depuis un an et demi, elle a tergiversé et éludé la question ; elle a fait traîner en longueur des pourparlers qui devaient rapidement aboutir. Cela résulte, de façon évidente, des documents qui fixent son attitude.

Depuis avril 1919, l'attitude de l'administration ne vise qu'à jeter le trouble dans l'esprit des bénéficiaires de la loi, qu'à tromper l'opinion.

Encore une fois, l'administration est défaillante. Le syndicalisme médical, au contraire, en abordant le problème par son côté technique, défend les intérêts des malades, qu'il associe aux intérêts médicaux et aux intérêts publics.

Décision.

Ces éléments orientent la décision du Conseil.

Le Conseil de l'*Union* des Syndicats médicaux de France prend acte de l'attitude du ministre des Pensions, repousse toute taxation sur les honoraires médicaux et, conformément au mandat fixé par l'assemblée générale de décembre 1920,

Décide :

A partir du 1er février, aucun médecin ne devra reconnaître à aucun malade ou blessé venu le consulter la qualité de bénéficiaire de la loi des Pensions. Les blessés, malades ou mutilés de guerre, seront soignés comme des malades ordinaires. Ils payeront directement le médecin.

Le médecin traitant délivrera un reçu et aura soin d'établir son ordonnance sur son papier personnel.

Les médecins ne rempliront aucun bordereau, aucune feuille administrative.

Conscient de la gravité de la situation créée par le geste d'un ministre ignorant ou mal informé, le Conseil de l'*Union*, persuadé qu'en organisant la résistance, il défend les intérêts des bénéficiaires de la loi autant que les intérêts médicaux, fait un appel aux médecins pour qu'ils exécutent *sans faiblesse* la décision prise par leurs délégués directs à l'assemblée générale de décembre.

Il compte sur toute leur ténacité et sur toute leur énergie.

Pour le *Conseil de l'Union des Syndicats médicaux de France* :

Le secrétaire général,
Dr LAFONTAINE.

III

Syndicat médical et Association Amicale des Médecins de la Dordogne.

Séance du 3 octobre 1920.

Rapport du Secrétaire.

Messieurs,

« Depuis notre réunion de mai, il s'est produit pas mal de faits nouveaux intéressants pour nous.

« Le nouveau tarif des accidents du travail a enfin vu le jour. Vous avez tous lu dans le *Médecin Syndicaliste* la suite des débats, des luttes très dures qui ont précédé la naissance de ce tarif. Jusqu'au dernier jour, les assureurs sont revenus à la charge pour tâcher de faire modifier en séance plénière ce que la sous-commission mixte avait élaboré avec beaucoup de peine. Comme tous les tarifs généraux, ce tarif établit une moyenne, qui lèsera les uns et favorisera les autres. Il est revisable, et chacun de vous peut et doit donner son avis et ses suggestions.

« Le tarif des réformés n° 1 est également un tarif moyen. Il n'en est encore qu'à son début, au chiffre de la visite ou consultation. Je crois cependant que le principal est fait. Nous avons eu de la peine à obtenir le chiffre fixé. La Préfecture trouvait que des confrères font des visites à meilleur prix. Elle voulait ignorer que nos tarifs indiqués sont des tarifs minima, et qu'il y avait des prix de visite supérieurs à ceux que nous demandions.

« Je répète encore une fois que les médecins qui pratiquent la médecine au rabais sont très coupables vis-à-vis de la masse de leurs confrères.

« Enfin, le Conseil général s'est décidé à voter les fonds pour la surveillance des enfants du 1er âge et pour la vaccination. Pour cette dernière, le rapporteur, comme je vous l'ai indiqué dans le Bulletin, a proposé une transaction que je soumets à votre approbation.

« A la dernière réunion, je n'avais pas en mains le texte de la nouvelle loi sur les Syndicats. Cette loi nous donne la possibilité de posséder, d'acquérir des immeubles, de subventionner des œuvres professionnelles, des caisses de secours ou de prévoyance. Nous voyons donc la possibilité de faire, non pas une fusion, mais une association encore plus intime entre le Syndicat et l'Association locale. Cette union, qui n'existe pas partout, est très intime dans notre département, comme elle l'est entre l'Association générale et l'Union des Syndicats. Lorsque nous serons plus riches, nous pourrons ajouter aux secours donnés par l'Association des sommes supplémentaires pour les confrères les plus infortunés. Et je me permets de rappeler aux jeunes confrères l'étude sommaire que j'ai fait paraître dans le bulletin sur les diverses sociétés de défense et de prévoyance.

« Ces jours-ci, va se tirer une tombola en faveur de la Maison du Médecin, œuvre admirable qui a attiré des dévouements merveilleux et intéresse même les étrangers à notre profession. Je suis à la disposition des confrères qui veulent s'inscrire pour des billets de cette tombola à 2 francs.

« La loi sur les Syndicats les autorise à créer des agences de placement. Je prie les confrères de me signaler, pour que j'en informe l'Union des Syndicats, les postes devenus vacants, et aussi les nouveaux confrères installés qu'on devra aiguiller vers le Syndicat et les autres œuvres.

« Je vous demande donc d'être des membres fidèles de notre Association, de recruter des adhérents, mais surtout de vous intéresser aux questions générales professionnelles. Etre nombreux est utile pour faire parade devant les administrations ou collectivités. Mais plus que le nombre, importe l'activité des membres. Trop rares sont les confrères qui s'occupent réellement des questions syndicales, qui sont aptes à donner un avis motivé et à soutenir cet avis devant des adversaires compétents. Or, ce n'est pas dans de longues années, c'est dans quelques mois, peut-être que peuvent être mises en discussion au Parlement des lois aussi considérables, aussi graves de conséquences pour le corps médical, aussi importantes pour l'ensemble de la nation que les projets sur l'assurance maladie obligatoire, sur la lutte antituberculeuse et anti-vénérienne. Il faut que le jour où ces projets seront prêts à être discutés, les compétences et les intéressés, c'est-à-dire les médecins, soient prêts à discuter par l'organe de l'Union des Syndicats médicaux. Mais l'Union ne peut proposer une solution que si elle est forte de l'opinion de ses adhérents, exprimée d'une façon nette et en connaissance de cause. Nous allons avoir à prendre position tout à l'heure sur ces différentes questions. Elles sont, en effet, à l'ordre du jour de l'assemblée générale de l'Union des Syndicats et vos délégués devront y présenter les vœux émis par vous.

Tarifs.

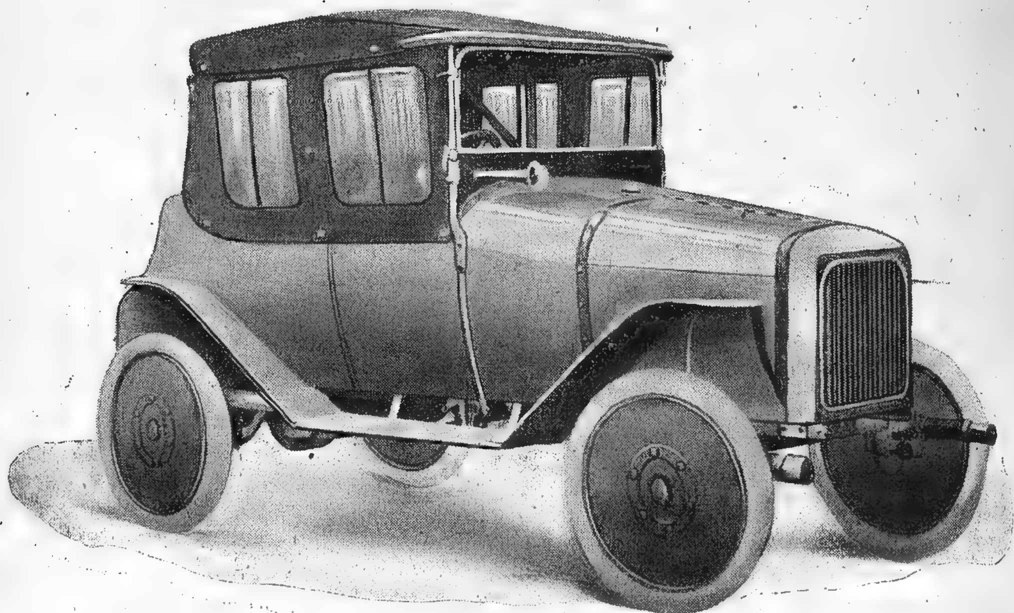
Le secrétaire demande que l'assemblée vote sur les différents tarifs élaborés depuis la dernière réunion.

Le tarif des accidents du travail soulève quelques questions de détail, mais pas de protestation de principe.

Le tarif à appliquer aux réformés n° 1 dans le département, soit 7 fr. 50 la consultation et 8 fr. la visite, est accepté par le Syndicat. Mais le tarif s'arrête là et le secrétaire est obligé de répondre aux nombreuses questions que l'indemnité kilométrique n'est pas encore fixée et que les interventions, petites ou grandes, paraissent, dans l'esprit de l'administration, devoir être étudiées aux calendes grecques. Un seul moyen d'action s'offre à nous, c'est de saisir les Unions de réformés de la question, de leur mettre sous les yeux les faits et les dates, et d'opposer aux insinuations du ministre et de ses subordonnés la vérité. Cela a été fait à Périgueux par le secrétaire. Il faut que chacun en fasse autant

La VOITURETTE du MÉDECIN

des Etablissements de l'Auto-Fauteuil

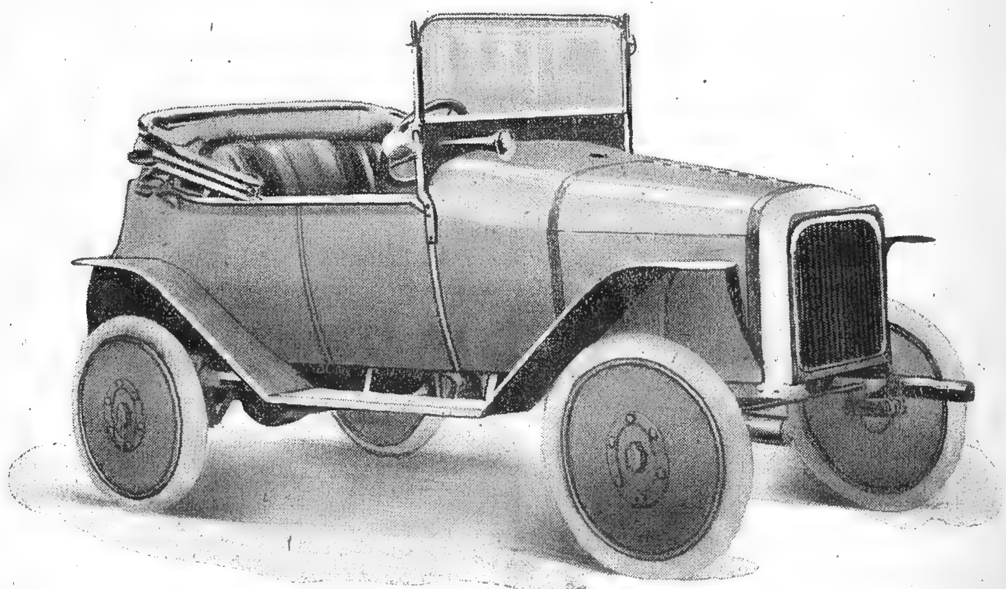


Dans les numéros des 16 et 23 Janvier 1921 nous avons publié des clichés représentant les épreuves de souplesse et de résistance de la suspension de notre voiture, dans des sauts de 6 mètres (Epreuves photographiques indiscutables à la disposition des amateurs (contre deux fr. en timbres-poste).

DESCRIPTION DE LA CARROSSERIE MÉDICALE

Carrosserie de luxe deux places spacieuses, la seconde en retrait pour faciliter la manœuvre du conducteur et permettre une 3e place sur un strapontin. Capote hermétique formant conduite intérieure avec rideau de portière fixé à cette dernière. Le capot avant n'est qu'un vaste coffre de 60 × 60 × 50, Roues amovibles Michelin de 650 × 65.

Dans le prochain numéro nous publierons avec figures la conception et position du groupe moteur, ainsi que les nombreux avantages découlant de ces nouveaux principes *qui ne pouvaient être appliqués sans la découverte de la suspension Brevetée G. Gauthier à roues* **indépendantes**. Un second cliché montrera les effets de cette suspension de laquelle on fait tant d'éloges en ce moment sur les journaux sportifs et revues illustrées.



Renseignements et références aux Etablissements de l'AUTO-FAUTEUIL à BLOIS (Loir-et-Cher)

auprès des Unions de réformés qu'il connaît près de lui.

Le tarif de vaccination — 0 fr. 75 la vaccination, 0 fr. 25 la vérification, avec un minimum de 5 fr. par séance, et 2 fr. le kilomètre à l'aller — est accepté, quoiqu'inférieur au tarif demandé par nous.

Le tarif de surveillance des enfants du 1er âge a été modifié en ce sens que le conseil général demande que les visites aux enfants d'une même commune soient faites le même jour, en comptant la distance du clocher du médecin au clocher des enfants.

Les membres présents font observer que, dans ces conditions, le médecin inspecteur parcourt des kilomètres qui ne lui sont pas payés, et que si le décompte de clocher à clocher permet une compensation des distances, c'est à condition que les visites n'aient pas lieu le même jour. L'assemblée demande que si les visites doivent être faites le même jour, ce qui est acceptable, la distance effectivement parcourue soit payée.

Assurance-maladie.

La discussion s'engage ensuite au sujet des projets d'assurance contre l'invalidité et la maladie. Le secrétaire reproduit le rapport qui a été imprimé dans le bulletin. Depuis, les confrères ont pu lire le *Médecin Syndicaliste* et les pages qui ont paru sur ce sujet, traitées par un praticien alsacien. Au début de l'application de cette loi, les médecins alsaciens avaient dû accepter un forfait et un tarif très faible. Mais bientôt, réunis en Syndicats qui englobaient la presque totalité des praticiens, ils ont réussi, sans pouvoir se débarrasser du forfait, à faire relever le chiffre de ce forfait. La même loi est appliquée en Angleterre. Mais là, les médecins ne sont pas unis. Ils ont dû subir le joug et accepter des tarifs infimes. Aussi, dès qu'un praticien a un peu de clientèle, il donne sa démission de médecin de cette assurance, et la pénurie de médecins adhérents rend en ce moment fort difficile l'application de la loi.

Dans cette proposition de loi, dont le premier auteur est le Dr Grinda, bien des choses sont à modifier et il ne s'agit du reste que d'un projet. Mais il y a beaucoup de raisons pour que ce projet devienne, avant la fin de cette législature, une loi effective. Chacun cherchera à diminuer la part des frais lui afférant, et l'État, chargé de collecter les cotisations, d'y ajouter les siennes et solder les dépenses, s'efforcera de payer le moins possible ; peu lui importera la qualité des soins donnés, du service effectué, pourvu que ce soit au rabais.

Devant un simple projet, l'assemblée ne peut donner un avis pour ou contre ; mais elle tient à faire connaître les lignes générales suivant lesquelles, à son avis, la discussion doit s'amorcer, et les principes qui ne doivent pas être abandonnés.

La décision suivante est prise, que nos députés devront présenter à l'assemblée de l'Union :

« Le S. M. D., après avoir délibéré sur la question de l'assurance obligatoire contre les maladies et l'invalidité, ne peut émettre d'opinion ferme sur un projet encore peu étudié, mais tient à établir les principes suivants, qu'il prie l'Union des Syndicats médicaux de faire prévaloir :

« 1° Le libre choix du médecin sera respecté. Une limite est cependant imposée à ce libre choix par la question des indemnités de déplacement.

« 2° Le tarif à appliquer pour les soins médicaux sera un tarif à la visite, dans lequel seront tarifés à part la visite, les petites opérations courantes faites par les médecins, les opérations chirurgicales, les consultations entre confrères, les déplacements.

« Le malade devra participer aux frais médicaux pour une part, si minime soit-elle.

« 3° En aucun cas, le forfait ne sera accepté.

« 4° En cas d'opération chirurgicale, les malades pourront être soignés soit à domicile, soit dans une maison de santé, soit à l'hôpital, la Caisse d'assurance versant une somme journalière à l'établissement dans les deux cas.

« 5° Les Commissions de contrôle, de détermination du degré d'invalidité, etc., comprendront en nombre suffisant des délégués élus par les Syndicats médicaux.

« 6° L'organisation centrale comprendra des délégués de l'Union des Syndicats médicaux, chargés de présenter les améliorations du service médical que l'usage montrera utiles.

« 7° Le médecin doit pouvoir suivre son malade à l'hôpital et être honoré pour ces visites comme dans une maison de santé. »

Organisation hospitalière.

Dans le projet de loi Grinda, l'assurance-maladie est une amorce à la refonte des services hospitaliers. La Caisse d'assurance aurait l'argent necessaire et ce serait un placement utile pour elle que d'organiser les hôpitaux en vue des meilleurs soins à donner aux malades. Mais ce n'est pas seulement l'aspect extérieur, l'hygiène des salles qui sont à modifier, les laboratoires à créer, les découvertes modernes à appliquer, etc. C'est aussi l'organisation medicale qui doit être soustraite aux incompétences et aux passions politiques. La situation du médecin, par rapport à l'hôpital, doit différer complètement de ce qu'elle est à l'heure actuelle.

Le Syndicat de la Dordogne n'a à s'occuper ni des grandes villes, ni des villes sièges d'Écoles ou de Facultés. Aussi, les résolutions ci-dessous indiquees ne sont-elles applicables qu'aux villes petites ou de moyenne importance :

« Le S. M. D., considérant qu'une règle uniforme ne peut être appliquée pour les hôpitaux dans toutes les communes, que l'organisation du service hospitalier doit différer suivant le nombre des médecins appelés à y participer, l'importance de l'hôpital, les capacités professionnelles des médecins, est d'avis que :

« 1° Dans les villes où le nombre des médecins n'est pas trop considérable, chacun d'eux assure

également le service de l'hôpital, soit par roulement, soit par entente directe entre les médecins. Il pourra être établi avant l'admission comme médecin de l'hôpital l'obligation d'un certain temps d'exercice ou de séjour dans la localité.

« 2° Dans les villes où le nombre des médecins est trop considérable pour l'importance de l'hôpital, une sélection doit être faite entre les médecins. Cette sélection ne peut être établie que par des compétences. En conséquence :

« *A*) Un concours sera établi, à dates fixes ou lors de la vacance d'un poste, concours jugé uniquement par des confrères compétents, par exemple des professeurs ou suppléants de la Faculté ou de l'École de médecine la plus voisine.

« *B*) Si un concours n'est pas organisé, la désignation pour le poste vacant sera faite par le Syndicat ou la section locale du Syndicat.

« Dans les deux cas, la désignation des postes vacants sera faite assez à l'avance pour que les concurrents soient prévenus.

« 3° Que dans chaque hôpital ou ensemble d'hôpitaux de la ville, les médecins soient classés dans l'ordre de leur nomi nation pour le choix des services.

« 4° En cas de conflit entre l'administration de l'hôpital et les médecins, que le Syndicat médical sera obligatoirement consulté.

« 5° Que pour les accidents du travail, l'hôpital soit considéré comme maison de santé, que le médecin traitant puisse être honoré et suivre son malade. »

Lutte contre la tuberculose et le péril vénérien.

Bien que la plupart des projets présentés par l'Union des Syndicats parlent de lutte anti-syphilitique, le secrétaire demande, et l'assemblée approuve que l'on parle non pas de péril syphilitique, mais de péril vénérien. A côté du spirochète, le gonocoque exerce des ravages aussi graves que lui et peut être combattu au moins aussi facilement.

Parlons d'abord tuberculose. Deux courants sont en présence et se retrouvent dans l'assemblée : faut-il faire un traitement essentiellement familial ? Faut-il, au contraire, aiguiller le malade le plus possible vers le sanatorium ?

Les uns veulent que le malade soit éduqué, que son entourage le soit également, qu'on lui procure toutes les facilités pour se soigner, logement, nourriture, repos, médicaments, cures d'air, etc. Mais que tous les soins soient donnés à domicile, sauf impossibilité.

D'autres, au contraire, estiment que la prophylaxie familiale est bien difficile à exécuter, que l'on donnera bien difficilement au malade ce qui lui manque, qu'il contagionnera les siens, et que seul l'isolement du contagieux dans un local approprié (sanatorium ou hôpital) peut réaliser ce desideratum.

A peu de choses près, ce qui s'applique à la tuberculose peut être appliqué aux maladies vénériennes.

L'assemblée après discussion, émet l'avis suivant :

« Le S. M. D. émet l'avis que :

« La lutte contre ces affections ne peut être entreprise qu'avec la collaboration de tous les médecins, et essentiellement du médecin familial.

« Il faut donc faciliter au médecin le traitement de ses malades et l'établissement de la prophylaxie ; la base de toute action énergique doit être la médication dans la famille.

« L'organisation des soins médicaux doit être confiée, non pas à des administrateurs, mais à des médecins, en particulier ceux désignés par leurs confrères dans les Syndicats, à défaut de concours.

« L'administrateur doit être l'aide et non pas le supérieur du médecin directeur.

« Un directeur de l'hygiène, médecin n'exerçant pas, et suffisamment appointé, aidé en cas de besoin de médecins adjoints, non exerçants, tous désignés par un jury compétent, devra mettre à la disposition des médecins traitants toutes les facilités de laboratoire et de fournitures de médicaments ou de désinfectants ; mais il ne devra pas s'occuper du traitement des malades qui sera effectué soit à domicile, soit à des dispensaires confiés aux médecins choisis par les Syndicats professionnels. »

L'assemblée demande en outre que l'éducation du public soit faite à l'école, par des conférences, le cinéma et par tous les moyens de propagande.

Enfin, à la majorité, elle déclare que :

« Le tuberculeux doit recevoir l'éducation hygiénique dans des dispensaires et n'être évacué sur un sanatorium ou hôpital qu'en cas de nécessité familiale ou sur sa demande. »

Et refuse d'adopter le vœu contraire :

« Que tout tuberculeux doit être envoyé dans un sanatorium pour y recevoir l'éducation hygiénique et être ensuite rendu, si possible, à sa famille.

Médecins assermentés.

L'assemblée est au courant de la question et vote à l'unanimité les propositions parues au *Bulletin* :

« 1° Le rôle du médecin assermenté doit, en principe, être limité à l'examen des postulants à un poste administratif. Il serait juste que le médecin soit appointé par l'administration et non par le candidat ;

« 2° Tout certificat signé du médecin traitant doit être considéré, en cas de maladie, comme valable, sans qu'il soit nécessaire d'y faire apposer la signature de complaisance d'un médecin assermenté ;

« 3° Si l'administration désire être éclairée sur la maladie d'un agent, elle pourra le faire visiter par son médecin à elle, en présence du médecin traitant, mais non aux frais de l'agent ;

« 4° Le médecin assermenté s'interdira de donner aucun soin aux agents de l'administration qui l'a assermenté. »

HYGIÈNE ET PROPHYLAXIE.

La lutte antivénérienne dans la population civile.

Rapport présenté par le Dr PUYO, de Bayonne, à l'Association professionnelle des médecins de Bayonne.

(Et demandé par le Conseil de la Fédération des Syndicats médicaux des Basses-Pyrénées.)

(18 SEPTEMBRE 1920.)

Historique de la question. — La lutte antivénérienne, dans un but collectif, est née de la guerre. C'est en 1916 que la Direction de l'Assistance et de l'hygiène publiques au Ministère de l'Intérieur et le sous-secrétariat d'Etat du service de santé de la guerre se sont mis d'accord pour créer, avec le concours de médecins mobilisés, des consultations destinées aux malades civils. Le 6 mars 1916, M. Justin Godard prescrivit aux directeurs du service de santé des Régions d'organiser ces consultations et, le 31 mai, le ministère de l'intérieur invita les Préfets à demander la coopération des Commissions administratives, auxquelles il faisait envisager le concours financier de l'Etat. Par une circulaire, M. le sous secrétaire d'Etat complétait ses instructions au service de santé. Environ 70 consultations furent créées.

La ville de Pau a organisé un service.

Bayonne ne l'a pas encore fait.

C'est pour combler cette lacune que notre dévoué président M. le docteur Breucq, m'a demandé de présenter un rapport au syndicat.

En effet, la guerre finie, quand il a fallu étendre, généraliser à toute la France ces consultations nées un peu partout sous l'impulsion d'initiatives individuelles, la question s'est immédiatement posée de savoir à qui on confierait cette organisation. Vous pensez, peut-être, que l'on a songé immédiatement aux médecins ? Non, l'administration veillait ! Et il a fallu l'intervention souvent véhémente de nos maîtres, — je cite au hasard les noms de Gougerot, Leredde, — des rapports nombreux, des articles de journaux médicaux souvent passionnés, pour que nos syndicats professionnels fussent appelés à étudier la question et à la résoudre pratiquement. Tous les jours, j'étais tenu au courant de cette lutte — car lutte il y avait — par notre infatigable président, et tous les jours je voyais, souvent d'un œil un peu effrayé, la pile des dossiers monter, monter toujours...

Messieurs, arrêtons-nous ici un moment et saluons : c'est la première fois, à ma connaissance, que l'Etat demande à tous les praticiens et non à quelques-uns d'étudier le vaste programme d'hygiène et de dire leur avis sur les mesures qu'ils seront plus tard chargés d'appliquer. Le mode impératif était certes plus commode !

Prophylaxie par le traitement des malades. — La protection de la collectivité contre les agents de contamination étant le but à atteindre, l'Administration de l'intérieur cherche à mettre à la disposition du plus grand nombre possible de malades des facilités de traitement au moyen de « consultations gratuites, spécialisées, aisément accessibles, assurées par des médecins « compétents et disposant des moyens d'action « voulus ».

Permettez-moi d'abord, Messieurs, de traiter la question de personne.

De plus en plus on parle de « spécialisation ». La médecine va bientôt être coupée en tellement de tronçons que le pauvre médecin général ne deviendrait guère plus qu'un intermédiaire, un pourvoyeur de malades. En réalité, nous estimons que tout médecin général est aujourd'hui apte à traiter la syphilis très congrûment. Habitués à la prudence, à l'observation directe du malade, nous, médecins généraux non spécialistes, nous ferons comme les spécialistes : ce que nous ne saurons pas, nous l'apprendrons...... Il est certes plus difficile de manier la digitaline cristallisée que de faire suivre une cure correcte, serait-elle arsenico-mercurielle, à un syphilitique secondaire. Vous me comprenez tous, je n'insiste pas.

Installation des consultations. — La *consultation* constitue le procédé le plus efficace pour la lutte anti-vénérienne et à cette consultation, spécialisée, elle, le malade doit être traité sur place.

C'est aux établissements hospitaliers que l'on doit d'abord penser pour organiser les consultations. Mais nous estimons que, pour Bayonne du moins, l'hôpital est dans une situation trop excentrique pour remplir le but que nous nous proposons : sa véritable spécialisation serait, je crois, le traitement des syphilitiques qui ont vraiment besoin d'être hospitalisés et le traitement des femmes enceintes syphilitiques et, plus tard, de leur nourrisson. Je serais d'ailleurs très heureux d'avoir, sur ce point, l'avis des médecins-chefs de service de l'hôpital de Bayonne.

Pour faire une consultation deux fois par semaine dans un endroit où il y aurait un courant important de malades, de préférence le soir, à la sortie des ateliers et des magasins et le dimanche matin, avec un personnel déjà dressé, si possible, je ne vois pas autre chose, à Bayonne, que *La Miséricorde*, et des conversations officieuses m'ont convaincu qu'il n'y a aucune impossibilité à ce qu'il en soit ainsi. La demande *officielle devra en être faite en temps opportun,*

Si cet espoir ne pouvait se réaliser, il ne resterait plus au médecin chargé du service qu'à se dévouer et à offrir son propre cabinet, ce qui aurait des inconvénients sérieux, pour lui surtout. Car il ne faut pas penser un seul instant à créer de toutes pièces un cabinet de consultations dans ce but spécial, à la mairie ou ailleurs.

Comme on le conseille, emploierait-on les ruses d'apaches les plus raffinées, habillerait-on le syphilitique d'un costume couleur de muraille, graverait-on au frontispice de l'établissement les appellations les plus vertueuses, dans l'ombre rasant les murs, la malignité publique saurait bien découvrir le malheureux vénérien objet de la risée générale. Des exemples récents nous l'ont assez prouvé. Plus tard... bien plus tard.... quand existera le Palais de l'Hygiène, la question sera résolue.

Fonctionnement des consultations. — Les médicaments : novo-arsénobenzol, galyl, mercuriaux, qui constituent l'arme puissante de lutte antivénérienne, sont fournis par l'Etat. Il sera établi des fiches d'observations et des livrets individuels et, vous le devinez, une statistique rigoureuse.

Examens bactériologiques et sérologiques. — Je ne dirai qu'un mot : la lutte anti-vénérienne doit être scientifique. Le laboratoire joue un rôle extrêmement important ; c'est le fil d'Ariane qui doit mener au but. Le professeur Verdun a promis son concours.

Concours financier de l'Etat. — Des subventions seront allouées pour l'aménagement des locaux, pour les hospitalisations, pour la fourniture des médicaments. On ne fait pas aux médecins un pont d'or : les traitements les plus élevés sont encore aujourd'hui de 2.000 francs. Dans quelques services ont été engagées des infirmières spéciales à la rémunération desquelles participe le ministère de l'Intérieur.

Responsabilité des médecins. — Un mot : Nous demandons à ce que le médecin soit entièrement couvert par l'Administration.

Syphilis et blennorragie. — Dans notre rapport, nous avons eu surtout en vue la lutte contre la syphilis. En effet, pour lutter contre la blennorragie, il nous manque l'arme. Les Américains, les Anglais, nous promettent des vaccins et des médicaments merveilleux. Attendons.

Messieurs, dans un remarquable rapport, adressé à M le Ministre de l'Intérieur, que j'ai suivi pas à pas, M. le docteur Paul Faivre, inspecteur général des services administratifs, dit : « le médecin est la cheville ouvrière de la consul« tation. Celle-ci est ce que le médecin la fait ». Cela est vrai. Mais permettez-moi d'ajouter qu'elle sera aussi ce que vous voudrez qu'elle soit. Une des primordiales conditions que doit réaliser une consultation est d'être fréquentée par les malades. C'est là une vérité de La Palisse souvent perdue de vue. Je n'ai qu'une confiance fort limitée dans l'efficacité des moyens préconisés jusqu'à ce jour, tels que conférences, tracts, affiches, etc... Il y a surtout à compter sur vous, messieurs, et sur toute personne s'occupant à un titre quelconque de la santé publique : pharmaciens, sages-femmes, etc... Vous saurez dire au syphilitique qu'il doit se soigner et qu'il peut se soigner, de telle sorte que le vénérien, qu'il s'adresse n'importe où sera enveloppé d'une sorte de filet d'où il ne pourra sortir sans entendre le conseil commandé par son intérêt et celui de la collectivité. Il est impossible de faire, sur ce terrain, œuvre saine sans la volonté active du corps médical. Si ce rôle n'est pas compris, le but que l'on poursuit sera compromis à jamais, et d'autres méthodes coercitives, elles, vis-à-vis des malades, devront être employées : ce qui serait fort regrettable, Je vais même plus loin : votre collaboration active, je la demande sur le terrain scientifique. Il me semble que dans nos réunions syndicales cinq minutes pourraient être consacrées à l'exposé des moyens employés et des résultats acquis à la consultation, mise ainsi sous votre protection.

MUTUALITÉ FAMILIALE

Réunion du Conseil d'Administration.

28 *décembre* 1920

Présents : MM. Maurat, *président* ; Nollet, Mignon, Gassot, Noir, Vimont, Duchesne, Pamart, Mazeroux et Boudin, *secrétaire*.

Le Trésorier donne communication de la liste des membes des combinaisons B et MA qui ne se sont pas mis en règle : ces membres doivent être rayés à la date du 31 décembre. . . . .

Le Conseil, considérant que les comptes du Trésorier pour l'exercice 1920 ne peuvent matériellement pas être arrêtés avant le 1er février, accorde aux retardataires un dernier délai d'un mois pour se libérer. Le 1er février, ceux qui ne se seront pas mis en règle seront *ipso facto* rayés de la liste des membres de la Mutualité familiale.

Indemnités-maladie.

Sur le rapport du secrétaire général, le Conseil alloue les indemnités suivantes à MM. :

31 Calmels	Aveyron	3 mois	300 fr.
32 Laurent	Seine-Inférieure	3 mois	300 »
34 Parmentier	Var	3 mois	300 »
80 Pardoux	Paris	3 mois	300 »
81 Treille	Creuse	60 jours + 1 mois et 47 jours chr.	756 65
100 Coqueret	Aube	3 mois	300 »
106 Roger	Ille-et-Vilaine	3 mois	300 »
130 Méjasson	Charente-Inférieure	5 jours + 2 mois et 25 jours chr.	333 25
142 Duclaux	Alpes-Maritimes	3 mois	300 »
162 Bilhaut	Paris	60 jours + 4 jours chr.	613 25
164 de Grissac	Seine-et-Oise	20 jours + 3 mois	500 »
171 Laguens	Gironde	3 mois	300 »
173 Gaucherand	Alpes-Maritimes	3 mois	300 »
186 Collinet	Charente-Inférieure	3 mois	300 »
206 Puitg	Pyrénées-Orientales	3 mois	300 »
207 Duret	Nièvre	34 jours	340 »
255 Demmler	Oise	3 mois	300 »
260 Jacquot	Oise	un mois et 15 jours chr	150 »
288 Mlle Hamilton	Gironde	23 jours	230 »
297 Fabre	Aveyron	22 jours	220 »
311 Rouvier	Isère	3 mois	300 »
356 Lop	Bouches-du-Rhône	14 jours	140 »
357 Mathieu	Paris	3 mois	300 »
359 Scheydt	Hérault	3 mois et 7 jours chr	323 30
379 Marty	Bouches-du-Rhône	un mois et 2 jours chr	106 65
417 Bentkowski	Gard	60 jours + 10 jours chr	633 30
429 Siguan	Bouches-du-Rhône	3 mois	300 »
442 Froment (1/2)	Bouches-du-Rhône	40 jours	200 »
458 Santelli	Alpes-Maritimes	48 jours	480 »
463 Faraggi	Paris	11 jours	110 »
483 Levassort	Paris	15 jours	150 »
490 Vincent	Alpes-Maritimes	9 mois	900 »
495 Salducci	Bouches-du-Rhône	5 jours + 1 jour chr	53 35
504 Delucq	Gers	3 mois	300 »
535 Cunnac	Tarn	2 mois	200 »
549 Terrien	Loire-Inférieure	2 mois et 13 jours chr	243 30
552 Bobier	Paris	39 jours	390 »
590 Laisné	Indre	3 mois	300 »
596 Grando	Pyrénées-Orientales	34 jours	340 »
611 Morel	Savoie	3 mois	300 »
616 Daubois	Drôme	19 jours	190 »
700 Rey	Haute-Garonne	3 mois	300 »
744 Simonnot	Somme	9 jours	90 »
770 Caudron	Paris	3 mois	300 »
800 Laurans	Loire-Inférieure	38 jours	380 »
837 Bécour	Nord	3 mois	300 »
839 Girodolle	Corrèze	12 mois	1.200 »
861 Laugier	Alpes-Maritimes	3 mois	300 »
878 Sallé	Somme	3 mois	300 »
893 Souleyre	Oran	3 mois	300 »
900 Duclos	Vendée	3 mois	300 »
914 Bene	Hautes-Pyrénées	un mois et 16 jours chr	153 25
950 Maillet	Maine-et-Loire	30 jours	300 »
954 Paumès	Haute-Garonne	3 mois	300 »
965 Mitifiot	Bouches-du-Rhône	8 jours chr	26 65
982 Ambrois (1/2)	Isère	19 jours	95 »
1228 Leroy	Pas-de-Calais	15 jours	150 »
1232 Lert	Paris	15 jours + 1 mois et 2 jours chr.	256 65

A reporter 17.874 65

	Report		17.874 65
1245 Devars	Drôme	20 jours	200 »
1272 Molinéry	Hautes-Pyrénées	3 mois	300 »
1308 Launay	Maine-et-Loire	3 mois	300 »
1332 Ayasse	Oran	10 jours	100 »
1357 Bacque	Haute-Vienne	28 jours + 7 jours chr.	303 30
1363 Bernard	Maine-et-Loire	3 mois	300 »
1387 Van Hegenborgh	Ain	21 jours	210 »
1405 Hémery	Pas-de-Calais	60 jours	600 »
1408 Grandon	Eure	6 mois	600 »
1410 Montigny	Nord	60 jours + 3 jours chr.	610 »
1411 Vigen	Charente-Inférieure	60 jours + 3 mois et 26 jours chr.	986 60
1412 Millot	Seine-et-Marne	24 jours	240 »
1444 Balatre	Aisne	17 jours	170 »
1454 Valot	Haute-Saône	60 jours + 25 jours chr.	683 25
1501 Ben Brihmet	Alger	60 jours + 1 mois et 17 jours chr.	756 60
1573 Lecouillard	Manche	un mois et 15 jours chr.	150 »
1612 Suttel	Haute-Loire	60 jours + 9 jours chr.	629 95
1651 Duquesnay	Manche	29 jours	290 »
1661 Luciani	Corse	32 jours	320 »
1747 Mothe	Gers	22 jours	220 »
1756 Mme Mosnier	Gard	3 mois	300 »
1797 Damey	Finistère	25 jours	250 »
1816 de Montille	Yonne	12 jours	120 »
1817 Gombert	Eure	38 jours	380 »
1847 Papeguey	Paris	21 jours	210 »
1853 Cattin	Morbihan	12 jours	120 »
1905 Cannac	Tunisie	39 jours	390 »
1941 Poujol	Alpes Maritimes	6 jours	60 »
		Total	27.534 35

Pensions aux Veuves.

Le Conseil alloue la somme de 150 francs, pour leur pension du 4e trimestre 1920, à Mesdames Veuves Beauxis-Lagrave et Lepage. Cette somme leur sera versée sur la production d'un certificat de vie au 31 décembre 1920.

Pensions de Retraite.

Le Conseil alloue la somme de 1.200 francs à M. le Dr Bazot (Yonne) pour sa pension de l'année 1921. Cette somme lui sera versée sur la production d'un certificat de vie au 1er janvier 1921.

Admissions.

Sur le rapport du Secrétaire général, le Conseil prononce les admissions suivantes :

Combinaison M A.

MM. les docteurs :
Mallet, de Vergt (Dordogne).
Margerin, de Marcq-en-Barœul (Nord).
Lerouge, de Norrent-Fontès (Pas-de-Calais).
Massina, de Oms (Pyrénées-Orientales).
Kerbourch, de Plogonnec (Finistère.)
Dieuzaide, de Lectoure (Gers.)
Robert, de Saint-Mesmin (Aube).
Hufnagel, de Paris.
Lagardère, de la Ferté-sous-Jouarre (S.-et-M.).

Combinaison 1/2 M A D.

MM. les docteurs :
Riss, de Belfort (Haut-Rhin).
Belzons, de Cagnac (Tarn.)
Seibel, de Livarot (Calvados).
Armand (R.), d'Albertville (Savoie).
Cayla, de Laguiole (Aveyron).
Gourmand, de Montmorency (Seine-et-Oise).
Coste, d'Anneyron (Drôme).
Rousset, de Chamonix (Savoie).
Barlatier, de Romans (Drôme).
Basset, de L'hôpital-Isdes (Cantal).
Guittard, de La Châtaigneraie (Vendée).
Gélain, de Saint-Pol-sur-Mer (Pas-de-Calais).
Brot, d'Ancy-le-Franc (Yonne).
Roux, de La Coquille (Dordogne).
Gauthier, de Nogent-le-Roi (Eure-et-Loir).
De Fleurian, de Soubise (Charente-Inférieure).
Dumont, des Rousses (Jura).
Boudey, de Miélan (Gers).
Reynier, de Saint-Joire (Haute-Savoie).

Combinaison M A D.

MM. les docteurs :
Duvernay, de Charmes (Vosges).
Gisclard, de Laroque-Timbaut (Lot-et-Garonne).
Rayan, de Cournonterral (Hérault).
Bobrie, de La Rochelle.
Aubouin, de Montendre (Charente-Inférieure).
Bonnet, de Tarare (Rhône).
Duron, de Grasse (Alpes-Maritimes).
Beaurepaire, du Quesnoy (Nord).
Marchand, de Paris.
Lecat, de Lormes (Nièvre).
Cortade, de Céret (Pyrénées-Orientales).
Moisan, de Merdrignac (Côtes-du-Nord).
Vire, de Saint-Marcellin (Isère).
Brachet, de Saint-Sigismond (Savoie).
Daure, de Béziers (Hérault).
Fau, de Courpière (Puy-de-Dôme).

Combinaison P.

MM. les docteurs :
Gisclard, de Charmes (Vosges).
Aubouin, de Montendre (Charente-Inférieure).
Massina, de Oms (Pyrénées-Orientales).
Bonnet, de Tarare (Rhône).
Beaurepaire, du Quesnoy (Nord).
Jallian, de Toulouse.
Mme Pierrhugues, d'Hyères (Var).
Robert, de Saint-Mesmin (Aube).
Fau, de Courpière (Puy-de-Dôme).
Mme Binet, de Besançon.

Combinaison R.

MM. les docteurs :
Gisclard, de Laroque-Timbaut (Lot-et-Garonne).
Aubouin, de Montendre (Charente-Inférieure).
Armand (R.), d'Albertville (Savoie).
Dieuzaide, de Lectoure (Gers).
Pierrhugues, de Hyères (Var).
Vire, de Saint-Marcellin (Isère).
Dumont, des Rousses (Jura).

Combinaison V.

M. le docteur Malécot, de Fresne-sur-Loire (L.-I.)

Les admissions aux Combinaisons M A D et 1/2 M A D ne sont faites qu'à titre provisoire : Conformément aux statuts, il sera statué définitivement à la séance ordinaire de fin mars.

Le Secrétaire général expose qu'il a encore entre les mains un certain nombre de dossiers qui n'ont pu être complétés en temps voulu : il propose au Conseil de tenir une séance supplémentaire d'admissions à la fin de janvier. (*Adopté.*)

Le Conseil vote des allocations sur la Caissse de secours à plusieurs sociétaires en retard pour le paiement de leurs cotisations.

Il prend enfin connaissance de la correspondance et expédie les affaires courantes.

Le Secrétaire, P. BOUDIN. *Le Président,* A. MAURAT.

VARIÉTÉS

Au Pilori.

Si un certain nombre de médecins allemands mobilisés, ont rempli leur tâche médicale avec conscience et humanité, beaucoup d'autres se sont conduits en barbares, et nos prisonniers ont eu souvent à se plaindre de leur négligence, de leur cruauté, de leur inconscience professionnelle coupable et volontaire. Nous ne connaissons pas tous les noms de ces forbans, mais nous considérons comme un devoir de clouer au pilori de l'histoire ceux dont nous connaissons les noms.

Dans la liste des personnes désignées par les puissances alliées pour être livrées par l'Allemagne en exécution des articles 228 à 230 du traité de Versailles et du protocole du 28 juin 1919, liste répandue dans le public par diverses ligues et notamment par la ligue « Souvenez-vous » nous c opions ce qui suit :

MEYER et REINHARDSTAFTNER, médecins à l'hôpital de Grafenwöhr. « Responsables par leur négligence voulue et leur brutalité de la mort de plusieurs prisonniers. » Fautes professionnelles volontaires « pour faire mourir les Français malades ». Torture des blessés avec des instruments malpropres et rouillés. Transmission volontaire du tétanos par instruments non nettoyés.

EIKEL, médecin « frappant les malades, donnant pour prétexte à sa sauvagerie les prétendus mauvais traitements infligés à ses compatriotes en France. »

TLECK. Accusé d'avoir coupé sans nécessité les membres des blessés, violences.

HOENE (Karl) médecin. A organisé un véritable régime de famine. Témoignait une haine féroce à nos indigènes, qu'il torturait (en les opérant sans nécessité) pour leur faire répudier leur nationalité française.

KELLER, médecin-chef. Frappant les malades à coups de pieds, laissant les prisonniers de guerre plusieurs jours en prison, s'est acharné sur un moribond (coups de bottes dans l'abdomen).

MEYER, médecin. Frappant et martyrisant les blessés.

WIDDELSCHIELFE, médecin. A frappé les blessés et les malades.

NAGEL, lieutenant médecin. Abandonnait au cours des opérations chirurgicales les malades et les blessés. Opérait sans appliquer les princi-

pes professionnels sous prétexte de représailles.

SCHOLZ, médecin-chef. Refus de soins et abandon de malades.

STERN, médecin. Violences sur les malades. Décès du sous-lieutenant Fourcastra du 160e R. I., consécutif à des négligences graves. A brisé le bras d'un malade en traitement.

STERN, médecin-chirurgien. A volontairement rendu nécessaire l'amputation des deux jambes du soldat Caillet, a provoqué par incurie de nombreux cas d'érysipèle, et de broncho-pneumonie.

WEIDEMULLER, médecin-chef. Affamait les malades, même malgré les avis contraires de ses confrères allemands.

WEINLAND ou VENDLANDT, médecin. Refus des soins médicaux aux prisonniers de guerre. A laissé mourir le soldat Allex Joseph, du 31e R. I., le 7 mai 1917 volontairement. Gifflait les malades.

Les commandants et les médecins du camp de Holzminden.

Responsables des mauvais traitements qui ont occasionné la mort de nombreux internés civils.

Le directeur et les médecins de la prison de Siegburg (Prusse rhénane). A astreint les prisonnières civiles françaises et belges à un travail de munitions, leur a fait infliger des traitements inhumains dont l'une, Louise de Bellignies, en mourut.

Le médecin-major de la kommandantur de Sedan. Réquisition, à Sedan et la région, de jeunes filles pour les enrôler de force dans des maisons de prostitution. Je tiens les détails du docteur L., médecin de la ville de Sedan et des plus honorables. Il m'a certifié qu'étant chargé à l'hôpital de Sedan du service des femmes, il avait vu amener à la visite que passait un médecin-major allemand, spécialement attaché aux femmes publiques, des jeunes filles physiologiquement vierges et qu'on voulait enrôler de force pour les maisons de prostitution. Il m'a même signalé le cas d'une jeune fille ainsi conduite à la maison de tolérance de Sedan et qui obtint la liberté en donnant au dit major et au tenancier une somme de six cents francs que ceux-ci se partagèrent.

Cette liste est officielle. Si nos confrères peuvent nous signaler les noms de médecins allemands ayant failli à leur mission professionnelle d'humanité, nous les publierons dans un prochain numéro.

Dr M. VIMONT.

Le médecin a l'impérieux devoir d'être prévoyant.

Il doit s'assurer contre l'incapacité de travail que peuvent lui causer la maladie ou les accidents.

Il doit s'assurer une retraite pour ses vieux jours.

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations.

— **Nécrologie.** — Les obsèques de Mme J. Noir ont été célébrées, lundi dernier, au milieu d'une assistance émue et recueillie tellement nombreuse, que l'église Saint-Étienne-du-Mont était trop petite pour la contenir.

Si les mots sont une impuissante et vaine consolation pour les cœurs que l'implacable destinée meurtrit douloureusement, les gestes, par contre, ont, dans une certaine mesure, une vertu d'engourdissement qui puise sa source dans les sentiments qui les inspirent.

La sympathie et l'affection dont Noir et sa famille ont été entourés à l'occasion du deuil cruel qui vient de s'abattre sur eux si inopinément, témoignent de la qualité de l'émotion générale que ce deuil a suscitée parmi leurs nombreux amis et connaissances et de l'estime profonde en laquelle ils sont tenus, en même temps que des regrets unanimes causés par la mort prématurée de la sympathique disparue.

Puissent notre ami et ses enfants y trouver réconfort et apaisement ! Puissent-ils y puiser dans les manifestations dont sa famille et lui ont été l'objet, le courage de supporter leur trop légitime douleur.

G. D.

— **Liste des candidats reconnus admissibles à la suite des épreuves du concours de l'Inspection médicale des écoles des communes suburbaines de la Seine ouvert le 21 mai 1920.**

MM. Boyé, Lemarignier, Guerrier, Fay, Heuyer, Guilhaume, Bertrandon, Le Mière, Pruvost, Gaymard, Lasnier, Périnean, Barbarin, Renault, Leconte, Petit (Paul), Janin, Mauger, Meurisse, Lévy-Franckel, Nicaud, Poirot-Delpech, Journée, Permilleux, Hilaire, Lavie, Lubetzki, Salmont, Birthoumeau, Ronthier, Privé, Keller, Bourgeois, Grilhaut des Fontaines, Depardieu, Petit (Charles), Mme Houdré, MM. Wallimann, Boulle, Bilhaut, Walter, Boureille, Doucet, Charroppin, Ferry, Balizeaux, Roussel, Mora, Cabessa, Girault, Barneweld, Gontier Audet, Pillot, Noailles, Fenard, Lamy, Finot, Langle, Ricapet, Perrin, Funk, Grisset, Gadreau, Cohen, Rol, Linard.

Le Directeur-Gérant : Dr GASSOT.

Clermont (Oise). — Imprimerie DAIX et THIRON
THIRON et FRANJOU Successeurs,
Maison spéciale pour publications périodiques médicales

l'établissement de l'impôt sur les bénéfices industriels et commerciaux. C'est le chiffre de vos bénéfices non commerciaux qu'il aurait pu vous demander.

Autre chose nous surprend. C'est que ce qui vous est demandé s'applique au chiffre d'affaires pendant l'année 1920. Or, qu'il s'agisse de professions commerciales ou non commerciales, le contribuable a jusqu'au 31 mars de chaque année pour faire sa déclaration concernant l'année précédente.

Nous sommes donc conduits à conclure qu'il y a là une seconde erreur, et que c'est la déclaration des bénéfices de 1919 qui vous est demandée, parce que, sans doute, vous aurez négligé de faire votre déclaration en 1920.

Nous vous conseillons de répondre au contrôleur en lui faisant les remarques ci-dessus et en lui donnant, pour éviter une taxation d'office, le chiffre de vos bénéfices de 1919, c'est-à-dire, aux termes de la loi, l'excédent de vos recettes totales sur les dépenses nécessitées par l'exercice de votre profession, au cours de ladite année.

Droit des héritiers d'un pensionné du travail.

Un ouvrier mineur, blessé aux mines de B., en 1916, a obtenu une pension de 789 fr. Il est resté peu de temps sans occupation puis s'est rendu à Paris, où il mourut de grippe en 1918. Sa femme demeurée en région envahie avec son fils n'ont-ils pas droit à une partie de la pension accident ? Si oui, quelle portion ? Comment et où réclamer puisqu'ils ne possèdent aucun titre ?

Dr H.

Réponse.

La femme et les enfants de la victime d'un accident du travail n'ont droit à une rente que lorsque le décès a été causé par l'accident.

Dans le cas contraire, comme par exemple dans celui que vous nous citez, où le rentier du travail est décédé de la grippe, sa rente s'éteint avec lui, et ses ayants droit ne peuvent réclamer que les arrérages qui étaient dus à la date du décès.

Droits des médecins d'assurances sur les blessés de la voie publique.

Quel est le droit qu'un médecin de Compagnie d'assurance a sur un blessé sur la voie publique ? A mon avis, *aucun* ; encore moindre que celui qu'il pourrait prétendre sur un blessé du travail.

Or, voici une histoire d'une impertinence comique. Le médecin de la Compagnie A. s'est présenté au domicile d'un de mes clients, blessé sur la voie publique. Dès le début, il eut une conduite impolie et gros-

sière. Il brusqua la femme du blessé ; il prétendit, *sans même avoir pénétré dans la chambre du blessé*, que celui-ci pouvait parfaitement être debout et qu'il n'avait rien. Il demanda avec finesse : « Il n'est pas mort ? ».

Il brusqua le malade. Avant de l'avoir examiné (il s'agit de blessure des deux genoux), il lui dit fort courroucé : « vous n'avez rien ». Il enleva les deux pansements et quitta le blessé, *sans refaire ces pansements*.

Que pensez-vous de cette conduite ? Et n'avons-nous aucun moyen de rendre responsables les médecins-employés de ces brutalités susceptibles d'avoir des suites fâcheuses ?

Mon blessé a été *convoqué* à la compagnie ! Et de quel droit lui demanderait-on de se déplacer ?

Réponse.

Le fait qu'un accident a eu pour théâtre la voie publique ne modifie en rien les droits des compagnies d'assurances ou de leurs médecins.

S'il s'agit d'un accident du travail garanti par la législation spéciale, la Compagnie (au lieu et place du patron) n'a que le droit de contre-visite qu'accorde à ce dernier l'art. 4, paragraphe 5, de la loi du 9 avril 1898 modifié par celle du 31 mars 1905. Ce droit ne peut être exercé, vous le savez, que par un médecin désigné au juge de paix, dont la désignation a été visée par ce dernier et après que le médecin traitant aura été prévenu deux jours à l'avance par lettre recommandée.

S'il s'agit au contraire de ce que l'on appelle un accident de droit commun, c'est-à-dire qui ne tombe pas sous l'application de la législation spéciale sur les accidents du travail, aucun responsable, aucune compagnie, aucun médecin n'a le droit d'agir comme l'a fait celui dont vous nous relatez l'odieuse conduite. Il appartenait à la victime de l'accident ou à son entourage, soit de refuser de recevoir, soit de mettre purement et simplement à la porte le malotru dont il s'agit.

Il est vraisemblable que le blessé n'était pas personnellement ni directement assuré à la Compagnie l'A., car son médecin n'aurait sans doute pas traité avec une pareille désinvolture l'assuré de ses patrons. Si l'A. assurait seulement un responsable de l'accident, il lui appartenait, pour sauvegarder ses droits en même temps que ceux de son assuré, soit de se faire représenter par un médecin à tout le moins correct, soit, si elle n'a pas dans son personnel médical un confrère digne de ce nom, de faire désigner un expert, pour examiner la victime.

La Compagnie n'a pas non plus le droit d'exiger qu'un blessé, quel qu'il soit, se rende à ses bureaux pour se soumettre à un examen médical.

NOTES DE PRATIQUE QUOTIDIENNE

A propos du traitement de certaines ulcérations spontanées des moignons.

Le *Concours médical* du 2 janvier 1921 appelle très justement l'attention du praticien sur les ulcérations décevantes et rebelles qui frappent *spontanément* le moignon de certains amputés. Ces troubles de *trophonévrose* sont en effet justiciables de l'opération chirurgicale préconisée par Leriche : la section du sympathique périartériel fémoral.

Un certain nombre d'amputés, las, on ne saurait les en blâmer, d'interventions souvent multiples qu'ils ont dû subir, accepteront difficilement une opération nouvelle.

Dans les cas, peu fréquents, soumis à notre examen, voici la thérapeutique que nous avons conseillée :

1) Traitement hydro-minéral sulfuré fort (1), type Barèges, Luchon, Ax, etc., appliqué de la façon suivante :

De deux jours l'un, 1 bain entier à 35° élevé, dans l'espace de 20 minutes, à 44° et 45°, maintenu à cette température pendant 10 minutes et ramené à 35°, assez rapidement, ne jamais provoquer le frisson. Le malade ayant quitté son bain, l'envelopper de couvertures pour l'amener à une légère sudation.

Le jour intercalaire : une douche de 35 à 45°, à jet brisé (ou mieux avec la petite pomme d'arrosoir), dirigée sur la racine du membre et sur toute la région sacro-lombaire (3 à 5 minutes au maximum).

2) *Thermo-aérothérapie* : parallèlement au traitement hydro-minéral, chaque jour, nous avons appliqué à nos blessés une séance d'*air chaud*, de 10 à 15 minutes (appareils à électricité, appareils à alcool). Nous dirigions la douche d'air chaud, non seulement sur le trajet vasculo-nerveux, mais encore pendant 2 à 3 minutes, sur la plaie elle-même.

3) Application, 3 fois la semaine, de *courant galvanique* de 12, 15, 20 milliampères, les deux électrodes étant imbibées d'eau sulfurée salée. La douche, le bain, l'air chaud, l'application du courant électrique (suivant le cas, on peut ne faire que l'un ou l'autre de ces traitements) ont ainsi permis d'obtenir une guérison qui paraissait problématique par d'autres moyens.

Signalons que dans le service d'hydrothérapie de l'Hôtel-Dieu, le Dr Dausset a obtenu des guérisons complètes de troubles tropho-névrotiques (œdèmes notamment) par la combinaison de ces divers modes d'action. Ils ont l'immense

(1) Un traitement aux stations salines types Salies-du-Salat, Salies-de-Béarn, Salins-de-Moullères, pourrait être également préconisé.

avantage, avec quelques variantes, de pouvoir être réalisés par tout médecin qui veut « suivre » son malade.

Comment expliquer ces résultats thérapeutiques ? Le relevé de la tension artérielle locale et générale nous a appris que nous obtenions, suivant la température donnée, une vaso-constriction puis une vaso-dilatation telle que l'*indice oscillométrique* passait, par exemple, de 3 à 6 et que la différentielle était augmentée par *élévation de la température maxima* et *diminution de la température minima* ; les pulsations passant de 70 ou 80 à 120 ou 130.

Le Dr Dausset, qui déjà a publié certaines de ses observations, nous donnera bientôt un complément à ses intéressantes études.

R. MOLINÉRY.

JURISPRUDENCE

Le patron est tenu de payer les frais de suralimentation et de séjour à la campagne, pour une tuberculose consécutive à un accident.

Justice de Paix de St-Etienne, canton sud-est.

(29 juillet 1920.)

Attendu que M. Z. n'a pas contesté les frais médicaux et pharmaceutiques, mais seulement ceux de séjour à la campagne et de suralimentation ;

Attendu que, par ses conclusions, M. Z tend à faire déclarer la demande de la demoiselle X non recevable et voir dire que le remboursement des frais qu'elle réclame ne saurait être mis à la charge du patron puisqu'ils ne sont pas compris dans ceux prévus par la loi du 9 avril 1898 ;

Que le demi-salaire qui lui a été ou lui sera payé jusqu'au jour de la consolidation a justement pour but de permettre à cette ouvrière de vivre et de guérir ;

Attendu que bien que le tarif des frais médicaux et pharmaceutiques établi par arrêté ministériel du 30 septembre 1905, pris en exécution de l'art. 4 de la loi du 9 avril 1898, ne s'applique qu'aux honoraires du médecin et aux prix des médicaments fournis par le pharmacien, la jurisprudence et les auteurs sont aujourd'hui d'accord pour enseigner que toutes les dépenses nécessitées par le traitement du blessé doivent demeurer à la charge du chef d'entreprise et qu'il appartient au juge du fond d'en fixer souverainement le montant lorsqu'elles ne sont pas prévues au tarif établi par l'arrêté ministériel sus-visé (Cass. ch. civile, 13 mai 1911) ; attendu que le séjour à la campagne et la suralimentation constituent actuellement le remède par excellence contre la tuberculose :

Attendu que Dlle X. a justifié que ce séjour à la campagne et le régime de suralimentation lui ont

été prescrits dès 1914 par le docteur Beutter et ensuite par les autres médecins traitants ;

Attendu que nous apprécions que les frais de séjour à la campagne, soit cinquante-cinq jours, à trois francs cinquante l'un, en 1914, et quarante-six jours à quatre francs l'un, en 1915, n'ont rien d'exagéré ; que, d'autre part, la somme de six cents francs pour suralimentation de 1914 au 30 mai 1916, jour de la consolidation, ne paraît pas non plus excessive;

Attendu que les autres chefs de la demande, frais médicaux et pharmaceutiques, n'ont pas été sérieusement contestés et sont justifiés par les notes des médecins et pharmaciens présentées et rendues ;

Attendu que ces frais sont bien inférieurs à ceux qu'aurait nécessité un séjour de la blessée dans un sanatorium ;

Attendu que nous estimons que la demande de la Dlle X est bien fondée jusqu'à concurrence de la somme de onze cent soixante-dix-neuf francs cinquante-cinq centimes, se décomposant comme suit :

Frais médicaux des docteurs Roussel, Bérard, de Lyon, et Bonnet	65 fr. 05
Frais pharmaceutiques, du 15 avril 1915 au 30 mai 1916	108 fr. 05
Frais de voyage à Lyon	30 fr. 00
Frais de séjour à la campagne, en 1914-15	376 fr. 50
Frais de suralimentation pour 30 mois	600 fr. 00
Ensemble	1179 fr. 55

Attendu qu'il y a lieu de réserver les cinquante-cinq francs d'honoraires réclamés par les docteurs Beutter et Bérard, qui n'ont pas été acquittés par la Dlle X. et dont elle ne peut par suite réclamer le remboursement ;

Attendu toutefois qu'il paraît juste et équitable de déduire du montant de la demande de 1179 fr. 55 les demi-salaires payés ou offerts pendant les deux périodes de séjour à la campagne, soit pendant cent un jours ;

Attendu que la partie qui succombe doit supporter les dépens ;

Par ces motifs : vu la loi du 9 avril 1898 art. 4 et 5.

Faisant droit aux parties et statuant publiquement contradictoirement et en premier ressort ;

Condamnons M. Z. à payer à Dlle X, en remboursement des frais médicaux et pharmaceutiques, frais de séjour à la campagne et de suralimentation avancés par elle, la somme de 1.179 fr. 55 centimes moins cent un jours de 1/2 salaire qu'il y aura lieu de déduire puisqu'ils feraient double emploi.

Faisons toutes réserves utiles au sujet des cinquante-cinq francs réclamés par les docteurs Beutter et Bérard qui ont été offerts par M. Z, et pour le paiement desquels ces médecins conservent tous leurs droits pour en demander paiement en cas de refus de M. Z.

Commentaires.

Ce jugement est intéressant :

1° Parce qu'il fait une juste application de

l'arrêt de la chambre civile de la Cour de cassation, du 16 mai 1911, spécifiant que « toutes les « dépenses nécessitées par le traitement du blessé « doivent demeurer à la charge du chef d'entre- « prise, même si elles ne sont pas comprises dans « le tarif de 1905 ».

2° Parce qu'il assimile au traitement médical et pharmaceutique le régime de suralimentation et le séjour à la campagne, pour un tuberculeux, devenu malade des suites de son accident.

3° Mais le jugement défalque le demi-salaire du quantum attribué pour suralimentation et frais de séjour à la campagne. Ici, peut se placer une question d'espèce, car le demi-salaire est alloué à l'ouvrier, non seulement pour lui, mais encore pour faire vivre les siens, qu'il a à sa charge. Si donc l'ouvrier peut prouver que son accident réduirait les siens à la misère, au cas où le demi-salaire serait affecté à un séjour à la campagne, ou dans une clinique privée en vue d'une opération, etc., il pourrait demander au juge de paix qu'en plus du demi-salaire, il lui soit alloué la somme supplémentaire nécessitée par le traitement spécial.

Rappelons d'ailleurs des jugements de paix (Amplepuis, 3 mars 1909 et Massac 14 avril 1911, Rec. acc. trav. minist. trav., XI, 21 et XV, 12) : « Le patron est tenu des frais de garde indispen- « sables, même quand cette garde est la femme « de l'ouvrier, surtout quand l'ouvrier n'a pas « refusé d'entrer dans un hôpital ».

Disons encore combien il est regrettable de voir la justice être saisie continuellement de questions d'interprétation de la loi ou du tarif : combien plus profitable et plus rapide serait la constitution de tribunaux d'arbitrage régionaux composés mi-partie de patrons ou d'assureurs, mi-partie de médecins, et connaissant de tous les conflits journaliers.

Bien des heurts, bien des froissements, seraient évités.

Dr Paul Boudin.

QUARANTE-TROISIÈME ANNÉE — N° 6 — DIMANCHE 6 FÉVRIER 1921

Fondé en 1879 par Auguste CÉZILLY
Rédigé et dirigé par H. JEANNE (1900-1914),

LE CONCOURS MÉDICAL

ORGANE HEBDOMADAIRE DES PRATICIENS
Groupés dans la Société « Le CONCOURS MÉDICAL » et ses *Filiales*

ADMINISTRATION & PUBLICITÉ
C. BOULANGER, ADMINISTRATEUR

ABONNEMENTS :

France	24 fr.
Etranger	28 »
Etudiants (*France*)	12 »
Le numéro	50 cent.

Chèques Postaux Paris 167-95

DIRECTION
MM. les Drs A. GASSOT, *Directeur* ; A. MAURAT ; H. CEZILLY ; J. NOIR ; P. BOUDIN docteur en droit ; M. VIMONT ; G. DUCHESNE.
MM. P. CEZILLY, J. DUMESNIY, licenciés en droit ; C. BOULANGER.

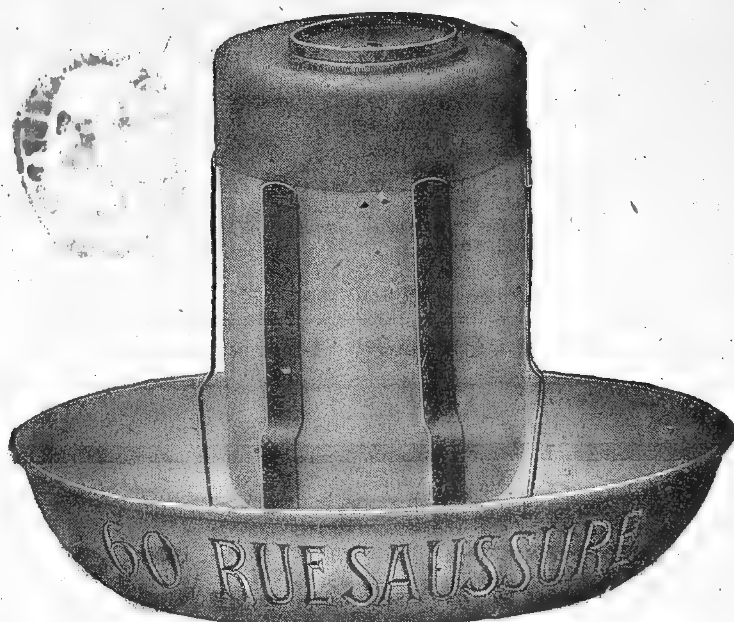
RÉDACTION
Dr J. NOIR, RÉDACTEUR EN CHEF
Drs F. LACROIX et G. DUCHESNE SECRÉTAIRES DE LA RÉDACTION

N.-B. — Les manuscrits, publiés ou non, ne sont pas rendus.

Rédaction et Administration : 132, rue du Faubourg St-Denis, PARIS (10e). Téléphone : Nord 48-17

(1)

Après les Maladies Contagieuses



Le Fumigator Gonin

DÉSINFECTE sans rien abîmer
ÉCONOMIQUEMENT
DISCRÈTEMENT

il est autorisé par le Ministère de l'Intérieur pour

Toutes Désinfections de Locaux

Rappelons que chacun a le droit d'exécuter par ses soins ou de faire exécuter par un service privé **LA DÉSINFECTION DE SES LOCAUX** pourvu que ce soit à l'aide d'un procédé autorisé

comme

le Fumigator Gonin

(Article 17 du décret du 10 juillet 1906)

ETABLISSEMENTS GONIN, 60, rue Saussure, PARIS

Téléphone : Wagram 17-23  *Télégraphe : FUMIGATOR-PARIS*

Quarante-troisième année. N° 6 6 Février 1921.

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

Office de Renseignements du « Concours »

Membres du Concours exerçant dans les stations hivernales

Nous rappelons à nos adhérents qu'il y a lieu de nous informer chaque année de leur désir de voir figurer leur nom sur cette liste.

MM. les docteurs :

Alger : Picard.
Antibes : Ribes.
Arcachon : Cazaban.
Arguel (Doubs) : H. et J. Bon.
Bandol : Marçon.
Beaulieu : Ricoux, Bertier.
Beausoleil : Audoly, Pizard,
Biarritz : Berne, Clavel Pierre.
Cambo-les-Bains : Colbert, Hamant.
Cannes : Abadie, Argueyrolles, Baradat, Bayle, Caruette, Fournier, Kent-Gazet, Verdalle.
Cannet (Le), près Cannes : Frank-Duprat, Oudaille, Seytre.
Cap-d'Ail : Lyons.
Chambon-de-Tence (Le) : Riou.
Fréjus : Turcan.
Grasse : Bossuet, Durond, Perrimond.
Hyères : La Bonnardière, Mouranges, Minelle, Pierrhugues, Vidal.
Juan-les-Pins-Antibes : Stef.
La Seyne : Grandjean J. M., Jaubert.
Menton : P. de Langenhagen.
Monaco : Jolivot.
Monte-Carlo : Vivant, Alfonsi.
Nice : Ardoin, Baillon, S. Baudry (*oculiste*), Cauvin, Constant, Delocque-Fourcaud, Dormoy, Gaudichon (*oto-laryng.*) Gruzu, Henry (*Rayons X*), Laruc, Leriche Emile. Liotard, Noble J., Pietri, Seney, Sorel (*gyn. chir.*), Stefani.
Oran : Paire.
Pau : Bajac, Carcy.
St-Raphaël-Valescure : Caldaguès, Vadon.
Toulon : Pignet (*urol. derm.*), Regnault (*chir., gyn. orth.*).

DON. — Nous avons reçu à titre de don à la Société civile du *Concours médical*, de M. le Dr Collignon, de Fresnay-sur-Sarthe (Sarthe), la somme de vingt francs, pour bons offices du journal.

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum, aux* « demandes et offres ».

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne, qui est versé dans la caisse de la Société civile du Concours Médical). *Adresser un mandat ou mieux verser au compte de chèques postaux,* Concours Médical, *Paris 167-95.*

Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse.**

N° 23. — Reprend. client. méd. gén. Paris, préférence entre les Halles-Bastille ou quartier industriel ou ouvrier. Pourr. céder bail avec petite clientèle banlieue.

N° 24. — A vendre. landaulet Peugeot 12 HP., 4 cyl., moteur neuf, prix 10.000 fr. Téléph. central 78-81.

N° 25. — Paris. A vendre, Bébé Peugeot 1919, bon état. Pelisse pour auto, belle fourrure, grande taille,

N° 26. — Docteur, bien installé campagne forestière, reçoit, en famille, enfants non contagieux, depuis dix francs par jour.

N° 27. — Désire acheter d'occasion lit spéculum. Faire offres au Dr Dussac, 137, faub. Poissonnière, Paris, 9e.

N° 28. — Infirmière diplômée, connaissant bien accidents du travail (pansements, écritures, soins médicaux) demande emploi dans clinique similaire. Ecrire Dr Rousseau, 47, avenue de la République.

N° 29. — Médecin dans situation difficile, 20 ans de pratique, actif, serait reconnaissant à confrère qui lui indiquerait poste à prendre sans frais dans n'importe quelle région, ou situation médicale ou para médicale.

N° 30. — A céder à Paris, sur grands boulevards, polyclinique médicale et dentaire. Rapp. 60.000 fr. env. Loyer intéressant. S'adresser à MM. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris.

N° 31. — Excellent poste à céder dans chef-lieu de canton de l'ouest. Rapp. 30.000 fr. env. Grande maison, on traite avec 5 000 fr. compt. Affaire urgente. S'adresser à MM. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris.

CORRESPONDANCE

L'exemption de timbre des certificats.

Une lettre, de l'Inspecteur d'enregistrement de M. me fait connaître qu'il vient de m'infliger une amende du coût de 62 fr. et quelques centimes pour le motif ci-après :

Avoir oublié de rédiger sur *papier timbré* un certificat médical portant la date du 19 août 1914.

Ce certificat sur papier libre m'avait été demandé par un de mes clients, victime d'un *accident de voiture*, pour être produit devant l'autorité militaire, et le faire bénéficier, si possible, d'une convalescence ou d'une entrée à l'hôpital.

Depuis lors, c'est-à-dire depuis 1914, le dit certificat était entre les mains de l'autorité militaire.

Or, la victime de l'accident susdit, s'est rendu coupable, l'été dernier d'un homicide et la défense a trouvé le moyen (de quelle façon, je l'ignore) de produire ce certificat aux assises de novembre dernier (entre parenthèses l'accusé a été acquitté). Vous vous rendez compte ainsi que ce certificat n'était pas destiné à être produit aux assises et par suite qu'en le délivrant sur papier libre, j'étais dans mon droit, puisqu'il était destiné à l'autorité militaire.

Par suite, cet inspecteur d'enregistrement ne commet-il pas un abus de pouvoir en me faisant supporter une amende injuste ? Dois-je donc la payer ?

N'y a-t-il pas prescription depuis 1914, au cas où je serais dans mon tort ? ou encore n'est-ce pas mon client qui doit payer l'amende puisqu'il a fait servir ce certificat à un autre usage ?

Dr M.

Réponse.

Pour bénéficier de l'exemption de timbre, les actes que la loi en dispense doivent porter en eux-mêmes l'indication de la cause de dispense qu'ils sont fondés à invoquer.

Il est probable que votre certificat n'indiquait pas qu'il avait été remis à l'intéressé pour lui servir à obtenir, comme militaire, un congé ou son entrée à l'hôpital.

Tout alla bien tant que l'autorité militaire seule, qui d'ailleurs n'est pas chargée de recouvrer les droits fiscaux, en eut connaissance.

Mais lorsque, par un moyen que vous dites ignorer, votre certificat a été produit devant les assises, comme rien n'indiquait pourquoi il avait été dressé sur papier libre, l'enregistrement était en droit de vous infliger l'amende pour défaut de timbre.

La prescription, en matière de droits de timbre et amendes de contraventions aux lois sur le timbre, est celle de trente ans. Toutefois, les amendes sont soumises à la prescription biennale

lorsque l'administration a été mise à même de constater les contraventions. Or, en l'espèce, c'est seulement par sa production aux assises que l'administration a eu connaissance de votre certificat.

La responsabilité du défaut de timbre vous incombe, puisque c'est vous qui avez commis la contraventiou. Mais, théoriquement, vous auriez recours contre votre client, qui a détourné le certificat de l'usage pour lequel vous lui aviez délivré.

Vous pouvez d'ailleurs, en expliquant les faits et prouvant ainsi votre bonne foi, demander que remise vous soit faite de l'amende. Cette demande en remise, faite sur papier timbré et adressée au Directeur de l'Enregistrement du département, sera très probablement accueillie favorablement, tout au moins en partie.

Pansements multiples.

Je soigne depuis quelque temps un ouvrier atteint de coupures profondes, par scie circulaire, de l'index et du pouce droits. Quel tarif appliquer pour ma note d'honoraires ?

A chaque consultation faut-il compter un ou deux pansements ou une ou deux consultations.

Dr B.

Réponse.

Le Tarif Breton, dans son art. 17, prévoit le cas que nous expose votre lettre. Il alloue pour pansements multiples sur un même segment de membre un honoraire de 15 fr. en 1re catégorie, 11,25 en 2e.

La parenthèse (autres que doigts et orteils, en cas de plaies très superficielles) paraît vouloir s'appliquer au cas de blessures très peu importantes, de simples égratigures. Mais comme votre client a été atteint de coupures profondes, vous avez certainement le droit de compter l'honoraire alloué aux pansements multiples.

Le droit de prescription des chirurgiens-dentistes.

Pourriez-vous me dire si un dentiste est légalement autorisé à faire des ordonnances, et, dans ce cas, où s'arrête son droit. Peut-il prescrire certains produits seulement ?

Dr F.

Réponse.

Avant la loi de 1892, sur l'exercice de la médecine, les dentistes n'avaient pas, suivant certains auteurs, le droit de faire des ordonnances. Bien que cette loi, qui a créé les chirurgiens-dentistes, soit muette sur leur droit de faire des ordonnances, les auteurs ont pensé qu'ils le possédaient, la loi ayant implicitement modifié les textes antérieurs. Ils l'auraient même possédé intégralement, aucune restriction n'ayant été faite pour eux sur ce point, contrairement à ce qui a été fait pour les sages-femmes (art. 4 de la loi de 1892).

S'il avait pu y avoir doute, il serait dissipé par l'arrêté du 22 mai 1917 (Agenda-Memento de 1920, p. 55) sur la vente des substances vénéneuses, dont l'article 1er autorise les pharmaciens à délivrer au public, sur présentation d'une ordonnance signée d'un chirurgien-dentiste ou d'un dentiste patenté et rédigée dans les conditions fixées par l'art. 20 du décret du 14 septembre 1916, les substances vénéneuses suivantes :

Substances de tubleau A.

Collutoires à base de chloroforme et de teinture d'aconit additionnée de teinture d'iode.

Préparation pour l'usage externe, à base de laudanum et ne renfermant pas plus de 10 p. 100 de ce médicament.

Gargarismes à base de pavot.

Substances du tableou B.

Collutoires à moins de 3 p. 100 de chlarydrate de cocaïne additionné, soit de chloroforme, soit de phénol. Ces collutoires seront colorés par de la teinture de safran et ne seront pas prescrits par quantités supérieures à 25 grammes.

L'art. 3 autorise la délivrance par les pharmaciens aux chirurgiens-dentistes, pour l'exercice de leur profession et contre remise d'une commande écrite, d'un assez grand nombre de substances vénéneuses des tableaux A et B.

L'art. 4 édicte que lesdites substances pourront également être délivrées aux dentistes patentés, à l'exception du chloroforme en nature, dont l'usage leur est interdit par la loi de 1892.

L'article 6 dit que les dispositions du titre III du décret du 14 septembre 1916 ne s'opposent pas à ce que les chirurgiens-dentistes, les dentistes diplômés et les sages-femmes puissent se faire délivrer les substances vénéneuses du tableau C nécessaires à l'exercice de leur profession, ni à ce que les pharmaciens délivrent au public des préparations contenant des substances du tableau C sur présentation d'une ordonnance rédigée par un chirurgien-dentiste ou un dentiste patenté.

Donc, implicitement, et *a fortiori*, les chirurgiens dentistes et dentistes patentés ont le droit de prescrire tous médicaments qui ne figurent pas au nombre des substances vénéneuses.

A l'exception toutefois des sérums thérapeutiques, pour la prescription desquels la loi du 25 avril 1895 (Agenda-Memento de 1920, p. 45) a exigé une ordonnance de médecin (art. 2).

Il faut instruire le peuple sur les dangers de la syphilis.

Je viens de lire votre article sur la prophylaxie des maladies vénériennes. Ces dernières prennent une telle extension dans nos campagnes qu'on voudrait

à tout prix voir enrayer une tel fléau national. Que compte faire le ministre de l'hygiène ?

On mène une campagne très vive contre les avorteurs et les avorteuses. Quels sont les crimes de ces derniers à côté de tous les méfaits de la vérole et de la blennorrhagie ? Depuis mon retour de guerre, j'ai fait une petite statistique dans nos petits villages. Sur une cinquantaine de fausses couches en deux ans, 2 à 3 à peine ont été dues à des avortements provoqués par des tiers ; une dizaine ont été provoqués par les patientes elles-mêmes et toutes les autres fausses couches, c'est-à-dire environ 30 à 40 sur 50 ont eu pour cause la syphilis et la blennorrhagie. Comme vous le dites si bien, le public doit être éduqué sexuellement. Il faut à tout prix préserver la jeunesse dont près des 2/3 sont déjà contaminés par suite de la guerre. Dès l'âge de 13, 14 ans, il faudrait prévenir les enfants des dangers actuels. Quelle ignorance chez le jeune public sur les maladies sexuelles. Pourquoi ne pas conseiller aux instituteurs, aux prêtres, aux médecins, sages-femmes, etc., de mener une campagne sans répit auprès de la jeunesse. Il n'y a pas de temps à perdre, sans cela les nouvelles générations, même dans nos campagnes, vont être amoindries dans des proportions effrayantes. Déjà, il n'y a presque plus d'enfants puisque 3 communes de ma clientèle ont un seul élève allant à l'école. Quelle tristesse ! Que l'après-guerre est sombre !

Par le même courrier, je fais la commande du volume sur la « Prophylaxie des maladies vénériennes ».

Dr D. à M.

Réponse

Ce sont les praticiens comme vous, qui réfléchissent aux leçons de la clinique, qui devraient être appelés à formuler leur opinion dans la lutte que le gouvernement veut entreprendre contre la syphilis.

Comme je l'écrivais, dans le *Concours*, en 1919, ce n'est pas l'avorteur qu'il faut poursuivre, avant tout, mais plutôt les causes sociales et médicales des avortements.

Or, de ces dernières, la syphilis est la plus fréquente, comme vous le dites fort bien.

Mais le ministre de l'hygiène n'est pas médecin : il ignore les choses de notre art. De plus, il est entouré d'appétits féroces, autant qu'égoïstes ; il est conseillé par des commissions qu'il nomme lui-même, au petit bonheur, au lieu de s'adresser aux milieux compétents médicaux, qui enverraient ceux d'entre nous les mieux qualifiés, tant au point de vue scintifique qu'au point de vue professionnel ou social.

En second lieu, il faudrait aborder également la question de la responsabilité pénale des porteurs de germes. Etudiée par Lucien Le Foyer, ancien député, au Congrès de 1902, ce problème devrait recevoir une solution au grand jour. La prostitution est, pour certaines malheureuses, un métier, que nos mœurs tolèrent, mais notre hypocrisie sociale tend à faire croire qu'elle

(*Voir la suite page XXXV-385*)

PROPOS DU JOUR

Ce que fait le Comité américain pour les régions dévastées de France. Les résultats obtenus dans l'Aisne. L'entente cordiale et la coopération avec le Corps médical. Un règlement modèle de gardes-malades.

Dans un de nos « Propos du Jour » du 28 novembre 1920, nous avons exposé les tentatives d'organisation de l'hygiène sociale dans les régions libérées, nous avons fait allusion aux œuvres d'initiative privée et notamment aux fondations américaines. Ceci nous a valu une très intéressante lettre de Miss Evelyn T. Waker, co-directrice du service des gardes-malades visiteuses de Soissons et présidente des nurses visiteuses de Bordeaux. Miss E. T. Walker, qui tenait à nous édifier sur l'œuvre qu'elle avait réalisée, joignait à sa lettre, en son nom et au nom de Madame Brekinridge, sa co directrice, une gracieuse invitation nous conviant à venir visiter Soissons et les centres de leur bienfaisante activité, pour nous rendre compte *de visu* de la manière dont elles procédaient et des résultats obtenus. Nous eussions, certes, accepté volontiers cette invitation, c'eût été pour nous un plaisir et un devoir d'apprécier les efforts du Comité américain et de lui témoigner notre reconnaissance. De douloureux évènements nous ont empêché de réaliser notre projet, mais nous croyons intéressant pour tous nos lecteurs d'exposer, dans une brève analyse du rapport trimestriel de Mesdames Mary Breckinridge et Evelyn T. Walker, l'action du service d'hygiène sociale du Comité américain dans le département de l'Aisne.

***

Le service d'hygiène sociale du Comité américain du département de l'Aisne commença à fonctionner au début de juillet 1919.

Vic-sur-Aisne fut d'abord le seul centre qu'organisa Madame Brekinridge. Jugeant ce premier effort insuffisant, elle s'assura le concours de l'école des gardes-malades Florence Nightingale de l'hôpital que dirige, à Bordeaux, notre distingué confrère, Mlle le docteur Hamilton, dont notre regretté maître et ami, le professeur Lande, ancien président de l'Union des Syndicats médicaux et de l'Association générale des médecins de France, ne cessait jadis de nous faire l'éloge mérité.

Avec es nurses bordelaises dirigées par leur présidente et organisatrice, Miss Walker, Madame Brekinridge étendit son action. Elles organisèrent l'hôpital américain de Blérancourt avec Mlle Harrioo, puis le centre d'Anisy avec Mlle Mertillo. Coucy, la ville de Soissons et en dernier lieu Chavignon devinrent de nouveaux centres d'hygiène sociale ; elles s'adjoignirent enfin un groupe de nurses britanniques, attachées à la ville de Reims. De sorte qu'un personnel de 18 nurses américaines, britanniques et françaises, bien instruites et surtout bien éduquées, diplômées d'hygiène sociale, travaillèrent aux frais et sous la direction du Comité américain dans la région de Soissons.

Le 30 septembre 1920, cette fondation américaine avait assisté 6.296 personnes, dont 371 femmes enceintes et 4.895 enfants en bas âge.

***

Les infirmières visiteuses du Comité ont assuré les soins et la prophylaxie des *maladies contagieuses* chaque fois qu'elles ont été signalées par les médecins ou le Service de Santé et ont pratiqué les désinfections sous le contrôle du Service de Santé. Une excellente nurse, Miss Gilchrist, s'occupa plus spécialement, à Soissons, de la prophylaxie anti-tuberculeuse et resta en liaison avec les cliniques de la fondation Rockefeller, pour compléter les diagnostics par des examens spéciaux.

***

Le service d'hygiène scolaire a consisté dans la visite minutieuse deux fois par an des écoles de Soissons et celles de 100 villages avoisinants. Chaque enfant a été pesé, mesuré, soumis à l'examen d'un médecin. Les enfants dont la

vue paraissait défectueuse ont été conduits à Compiègne où un oculiste réputé leur a donné des soins et où un opticien de la ville leur a fourni des lunettes. Les affections de la gorge et du nez ont été soignées aux hôpitaux de Blérancourt et de Soissons. Les enfants dont l'état réclamait une alimentation spéciale ont été l'objet de plus de sollicitude.

Le rapport constate l'intérêt croissant et fort encourageant que prennent les populations au fonctionnement du service d'hygiène scolaire.

***

L'hygiène des nourrissons fut une des grandes préoccupations de l'œuvre. 749 nourrissons ont été visités au moins une fois par quinzaine. Les enfants élevés au biberon et les malades ont reçu de plus fréquentes visites et les prescriptions du médecin ont été scrupuleusement exécutées. Chaque bébé malade a été soigné par un docteur et une consultation médicale hebdomadaire a été donnée dans un grand centre.

On a attiré dans des consultations de nourrissons leurs mères pour leur inculquer les principes de l'hygiène. Elles ont amené au dispensaire les enfants d'âge préscolaire, et des jouets, pouvant être lavés et désinfectés, ont été mis à la disposition de ces derniers.

Après l'hygiène des nourrissons vient l'*assistance aux femmes enceintes* qui, pour la plupart débilitées et vieillies avant l'âge par les privations de la guerre, ont besoin d'être réconfortées.

***

Le Comité a le projet d'envoyer en Amérique, avec les fonds de bourses américaines, deux infirmières bordelaises qui savent couramment parler anglais. Elles suivront pendant quatre mois les cours de soignage et d'hygiène sociale dans une Université et, en faisant un voyage d'études, elles se rendront compte du fonctionnement des établissements américains.

***

Miss Walker a obtenu la transformation du château du Boullay-Thierry qui avait donné asile à une colonie d'enfants, en *maison de convalescence pour enfants malades*. 74 enfants y furent envoyés. Soignés par Miss Edith Beuse, ils y firent chacun un séjour de six semaines et augmentèrent de poids en moyenne de 1 kilogr. 840 gr.

***

Le rapport se félicite de la *coopération* des fonctionnaires français et surtout de celle des *docteurs*. Il adresse tout spécialement ses remerciements au *président du Syndicat médical* et au directeur du service départemental d'hygiène, ainsi qu'aux inspecteurs des écoles. Les deux premiers ont visité en détail les centres, donné des conseils et des encouragements, et n'ont jamais refusé leur aide et leur avis dans les questions graves pour lesquels on allait les consulter à Laon.

Nous sommes tout particulièrement heureux de relater ce passage du rapport.

***

Nous ne pouvons analyser en détail l'œuvre accomplie au centre de Coucy, dont le médecin local fut dès le début un actif collaborateur et qui va être doté d'un joli dispensaire de trois pièces bien agencé.

Signalons qu'à la demande des médecins et des municipalités, une clinique a été admirablement installée à Coucy, où exerce le Dr Bonnenfant et une autre à Belleu avec le Dr Voimant comme chef.

Et l'auteur du rapport, Madame Mary Brekinridge termine par cette phrase que nous tenons à citer textuellement :

« Après de pareilles heures vécues ensemble (avec les malheureux habitants des régions dévastées que le Comité a généreusement assistés) nous sommes reçues comme des amies, et nos conseils ne semblent plus une intrusion. Aujourd'hui, en France comme en Amérique, de même qu'en Galilée, il y a 1900 ans, nous répondons à cet appel immortel, jeté à travers le monde : « J'étais souffrant, et vous m'avez secouru ».

J. Noir.

***

Nous ne saurions mieux faire pour rendre hommage à l'action du Comité américain que de publier *in extenso* le règlement de ses gardes-malades. Nos lecteurs verront quel souci Miss Evelyn T. Walker a eu de maintenir les infirmières dans leur rôle, et d'éviter leur intrusion dans le domaine du médecin. La seule

lecture de ce règlement suffira à faire apprécier, comme elles le méritent, les infirmières de l'école Florence Nightingale de Bordeaux :

Règlement des gardes-malades.

Il doit y avoir dans les villages, toutes les deux semaines, une réunion où la garde-malades doit peser les bébés et jeunes enfants, conseiller les mères quant à la propreté, la nourriture et l'habillement. Si les enfants ont des symptômes de maladie, la garde doit s'arranger de manière à ce qu'ils reçoivent l'attention d'un docteur, après s'être informée auprès des parents de leur docteur habituel, ou de celui qu'ils préfèrent. Si les familles ne peuvent payer les consultations, le Comité se charge de le faire. Mais la garde ne doit jamais diagnostiquer ou traiter sans les ordres d'un médecin, pas plus qu'elle ne doit désigner ou conseiller un docteur plus qu'un autre. Elle doit en laisser le choix à la famille.

On peut toujours demander au Comité américain d'assurer le transport d'un malade chez le docteur et retour, ou le transport du docteur chez un malade et retour.

Toutes les fois qu'il est possible de le faire, la garde-malades doit se procurer du docteur les instructions écrites relatives au traitement.

En visite dans les villages, la garde-malades doit s'informer s'il y a des malades, s'ils reçoivent des soins médicaux, et si elle peut les aider de quelque façon. Quand elle suit un traitement prescrit par le docteur, elle doit le tenir au courant et ne doit rien y changer sans sa permission.

Le Comité payera pour la suralimentation, les médicaments, les appareils, les vêtements pour les familles qui sont dans l'impossibilité de payer, faits que nous pouvons toujours vérifier d'après les fiches conservées à notre bureau.

Ecoliers. — Il a été décidé avec Monsieur l'Inspecteur primaire que les enfants doivent être examinés une fois tous les six mois. La garde-malades doit veiller à ce que tous les enfants aient été pesés et mesurés, et que la carte soit prête la veille de l'examen du docteur. Quand le docteur rencontre un cas qui nécessite des soins, la garde doit passer chez la mère et l'engager à conduire l'enfant à son docteur habituel ; si pour quelque raison la mère ne peut le faire, la garde la remplacera à sa demande. Il est très important que les gardes se rendent compte que les soins prescrits par les docteurs soient suivis régulièrement et exactement, et par ce moyen nous espérons obtenir autre chose que des statistiques. La garde-malades doit avoir la plus grande considération pour ce travail dans les écoles et doit fixer le jour et l'heure des consultations qui conviennent le mieux au docteur et aux instituteurs.

Hôpital américain de Blérancourt. — Tous les malades peuvent y être admis, pourvus qu'ils soient en possession d'un certificat de leur docteur, demandant leur admission. Quand il y a à proximité un hôpital français où ils peuvent être soignés, ils ne doivent pas être envoyés à Blérancourt. Les opérations d'amygdales et de végétations y sont faites deux fois par semaine sur présentation d'un certificat de docteur. L'hôpital de Soissons le fait également pour la ville même et les villages environnants dont s'occupe le Comité.

Dents. — Les soins dentaires gratuits sont difficiles à obtenir à présent. Le docteur Ward, installé à Anizy, soigne les dents des enfants des environs et visitera les autres centres plus tard.

Yeux. — Les enfants des environs de Laon ayant besoin de soins pour les yeux peuvent être conduits à l'Hôtel-Dieu de Laon. Des voyages à Compiègne ont lieu toutes les semaines pour y consulter un spécialiste.

Consultations de docteurs. — Le but du Comité est de faire, dans chaque village ayant plus de vingt bébés, des consultations de nourrissons avec l'aide d'un docteur. La garde-malades doit toujours aider le docteur et suivre ses instructions à la lettre.

Femmes enceintes. — La garde-malades doit faire le nécessaire pour connaître, dans ses villages, toutes les femmes enceintes ; elle doit voir à ce qu'elles fassent tous les préparatifs nécessaires pour leur accouchement ; qu'elles suivent les règles de l'hygiène et de la santé, et les y aider en cas de besoin. Des layettes doivent leur être fournies ou le tissu pour les confectionner, en cas de nécessité.

Adultes. — Le but principal dans notre travail pour la France est de l'aider à sauvegarder ses enfants. Mais en cas de maladie, et si elle est appelée par le docteur, la garde-malades peut rendre service si possible, aux adultes.

Soins aux convalescents. — Un nombre limité d'enfants délicats peuvent être envoyés au château du Boullay-Thierry où ils suivent le traitement leur permettant de recouvrer la santé. Si l'enfant a été gravement malade, il ne doit être envoyé qu'avec permission du docteur et des parents.

Honoraires. — Les honoraires seront fixés par le Syndicat médical.

Evelyn T. Walker.

PARTIE SCIENTIFIQUE

CLINIQUE MÉDICALE

HOPITAL TENON

Leçons cliniques sur la pression artérielle (1).

Introduction à la pratique sphygmomanométrique (2)

Par le Dr Camille LIAN,
Médecin des hôpitaux.

Expansion croissante de la pratique sphygmomanométrique.

La mesure de la pression artérielle, appliquée à la clinique en France par les remarquables travaux de Potain, tend à prendre, dans la pratique médicale, une importance chaque jour croissante. Déjà, on ne conçoit plus un service hospitalier, même chirurgical, sans un appareil permettant la recherche de la pression artérielle maxima et minima. Beaucoup de médecins emploient couramment un sphygmomanomètre à manchette. *Le jour poindra bientôt où aucun médecin ne voudra se passer de cet instrument.*

A la veille de cette expansion considérable de la sphygmomanométrie, il m'a paru indiqué de faire un exposé critique de la pratique de ce moyen d'exploration.

La multiplicité des méthodes, et surtout des appareils, jette le trouble dans l'esprit des médecins peu familiarisés avec cette question. Il me paraît donc utile d'exposer les données simples et nettes, qui se dégagent des longues recherches théoriques et pratiques que j'ai consacrées à ce sujet.

D'autre part, l'interprétation des résultats fournis par un sphygmomanomètre est un sujet rénové par l'apparition de la pression minima. Il comporte encore beaucoup d'inconnues. Mais déjà, des données précises sont acquises. Dans beaucoup de cas, le sphygmomanomètre est indispensable au diagnostic. Souvent aussi, il fournit une base précise d'appréciation du pronostic. Enfin, il commande des indications thérapeutiques que je passerai en revue.

***

Un sphygmomanomètre est indispensable à tout médecin, quel que soit le milieu ou le pays dans lequel il exerce sa profession.

Faire de la médecine sans sphygmomanomètre, c'est pratiquement faire une gageure, c'est se créer les pires difficultés de diagnostic et de pronostic, qu'il serait facile de supprimer avec une mensuration sphygmomanométrique faite en deux minutes.

Aussi, est-ce ma conviction sincère que l'emploi d'un sphygmomanomètre est pratiquement indispensable à l'exercice de la profession médicale. Ne pas mettre en œuvre ce précieux moyen d'investigation, c'est renoncer à des données précises que rien ne peut remplacer. *Il n'y a pas plus lieu de se passer de la sphygmomanométrie qu'on ne songerait actuellement à se priver des renseignements fournis par l'auscultation, la thermométrie, etc.*

Je poursuivrai avec vous l'étude de la pression artérielle dans un esprit pratique. Je m'efforcerai de vous aider à résoudre les difficultés que vous pourrez rencontrer dans l'application de cette méthode d'exploration. J'espère vous montrer que la technique en est simple, que les résultats sont précis au double point de vue du diagnostic et du pronostic, et qu'enfin le traitement de l'hyper et de l'hypotension est susceptible de vous fournir de grandes satisfactions.

J'arriverai, j'en suis persuadé, à vous faire partager ma conviction qu'un sphygmomanomètre est indispensable à tout médecin, quel que soit le pays ou le milieu dans lequel il exerce sa profession.

***

Deux mots de physiologie.

Deux mots de physiologie constitueront le prélude indispensable à cette étude clinique.

La pression artérielle est la pression sous laquelle le sang circule dans les artères, et elle est équilibrée par la tension des parois artérielles. Les termes de pression artérielle et de tension artérielle représentent des valeurs égales ; aussi, emploie-t-on indifféremment l'un ou l'autre dans le langage courant.

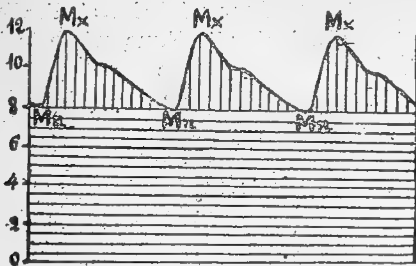
La pression artérielle n'a pas une valeur constante, mais elle varie dans le cours de chaque révolution cardiaque entre deux valeurs extrêmes : l'une, *pression maxima*, qui est atteinte lors de l'ébranlement ondulatoire initial du pouls ; l'autre, *pression minima* (1), à laquelle

(1) Ces leçons sont faites par le Dr Lian à l'amphithéâtre des cours de l'Hôpital Tenon à 11 heures, les 2e et 4e lundis de chaque mois.

(2) Première leçon recueillie le lundi 13 décembre 1920, par M. Pierre Cahen, externe des hôpitaux, et revue par M. Lian.

(1) Certains auteurs emploient les expressions de *pression systolique, pression diastolique*. Ces déno-

elle aboutit en s'abaissant progressivement depuis le battement du pouls jusqu'à la fin de la révolution cardiaque. La pression minima représente une valeur de pression que les parois artérielles ont constamment à équilibrer, et il leur faut soutenir non seulement cette pression minima, mais aussi l'élévation de pression qu'entraîne chaque systole ventriculaire et qui se greffe sur la pression minima (voir fig.). Cette pression



minima représente une valeur que doit dépasser la pression intra-ventriculaire lors du début de la systole, pour pouvoir soulever les sigmoïdes.

***

Il est indispensable de mesurer la pression maxima Mx et la pression minima Mn.

J'arrête ces quelques mots de physiologie en vous soulignant la notion qui s'en dégage, à savoir qu'il est indispensable de mesurer la pression maxima *Mx* et la pression minima *Mn*. Puisqu'il n'y a pas une pression artérielle, mais que celle-ci varie du commencement à la fin de chaque révolution cardiaque, le moins qu'on puisse faire est de connaître ses valeurs extrêmes.

D'ailleurs, les faits démontrent surabondamment cette nécessité de mesurer ces deux chiffres de la pression artérielle. *De la pression maxima, on ne peut pas inférer quelle est la pression minima, et inversement.*

Il est facile, en feuilletant des observations, de prendre par exemple trois sujets qui présentent une même valeur de la pression maxima, — soit trois sujets qui ont une pression maxima de 18 centim. de Hg. Parmi ces sujets, nous en trouvons un qui a une pression minima de 14, un autre dont la pression minima est 11, et nous voyons que le troisième ne présente qu'une pression minima de 6 cm. Vous constatez du même coup par ces trois faits qu'il est impossible, lorsqu'on connaît le chiffre de la pression maxima, d'en inférer celui de la pression minima, et inversement. Chez les trois sujets considérés, on conçoit facilement que l'état de l'appareil circulatoire est profondément différent. En effet, les chiffres de Mx 18, Mn 14 ont été receuillis chez un hypertendu qui présentait des troubles fonctionnels sérieux d'insuffisance cardiaque. Au contraire, les chiffres Mx 18, Mn 11 ont été constatés chez un hypertendu sans aucun trouble fonctionnel, et témoignent d'un bon équilibre de l'appareil circulatoire. Quant au troisième malade, il présentait une insuffisance aortique du type Hodgson : la faible valeur de Mn cadre bien avec l'existence de cette perturbation orificielle. Vous voyez ainsi l'intérêt qu'il y a à mesurer Mn, lorsqu'on connaît Mx. Il serait facile de démontrer également par des faits la nécessité de mesurer Mx, quand on connaît Mn.

Je m'excuse presque d'insister devant vous sur la nécessité de mesurer la pression maxima et la pression minima, car cela paraît actuellement tout à fait évident. Mais il y a quelques années, cette notion ne s'imposait pas. Lorsqu'en 1913, dans la 1re édition de la Technique clinique médicale Sergent, j'ai insisté sur la nécessité de mesurer Mx et Mn, il y avait encore deux tendances différentes en présence :

L'une d'elles était restée fidèle à la tradition et s'exprimait ainsi : la mesure de la pression maxima fournit des renseignements très importants, mais la pression minima est une donnée qui n'a pas d'intérêt pratique. Ce n'est pas la peine de mesurer la minima, puisqu'on n'en connaît pas la valeur séméiologique, et que sa détermination n'ajoute rien à ce que la connaissance de la maxima a déjà fait conclure chez le malade.

L'autre tendance était celle des novateurs ; elle disait : La pression minima est la seule chose intéressante et importante. Quant à la pression maxima, elle correspond simplement à un moment tout à fait bref de la révolution cardiaque, et elle est changeante d'un instant à l'autre. Les diagnostics d'hypertension et d'hypotension doivent être basés exclusivement sur la valeur de la minima, sans tenir compte de la pression maxima.

Ces tendances, qui sont opposées, ont toutes deux les défauts des opinions extrêmes et exagérées. La réalité est qu'il faut mesurer chez tous les malades à la fois Mx et Mn. Les brèves notions physiologiques et les constatations de faits déjà exposées vous ont fait saisir la nécessité de cette double détermination : cette notion vous paraîtra de plus en plus nette dans le cours de ces leçons.

***



minations ne sont ni aussi heureuses, ni aussi exactes, ni aussi expressives. En effet, elles prennent les mots systole et diastole dans le sens ventriculaire, tandis qu'on dit couramment que, pendant la systole ventriculaire, les artères sont en diastole, puisqu'elles subissent une distension passive. Inversement, pendant la diastole ventriculaire, il y a systole artérielle puisque les artères diminuent de calibre et chassent le sang vers la périphérie. D'autre part, l'expression « pression artérielle diastolique » devrait se dire de la pression artérielle pendant toute la durée de la diastole ventriculaire, tandis qu'elle désigne seulement la pression atteinte tout à la fin de la diastole. Enfin, ces dénominations expriment moins bien que celles de pression maxima et pression minima l'idée de valeurs extrêmes d'une pression changeant à tout instant de la *révolution cardiaque*.

Le sphygmomanomètre Potain, instrument très intéressant au point de vue historique, insuffisant au point de vue pratique.

Comme corollaire des notions précédemment exposées, je ne vais avoir à vous parler que très brièvement du sphygmomanomètre de Potain, car cet instrument ne permet de mesurer que la pression maxima. Toutefois, il a un intérêt historique de premier ordre, et je ne voudrais pas que vous ignoriez son existence. En effet, c'est avec ce petit appareil que le grand clinicien français Potain a ouvert la voie féconde des recherches concernant l'étude de la pression artérielle. Ceci dit, il n'est pas douteux que ce sphygmomanomètre est insuffisant, puisqu'il ne permet pas la mesure de la pression minima, qui est indispensable.

D'autre part, en ce qui concerne la mesure de la pression maxima, il nécessite toute une éducation assez difficile à acquérir. Son emploi fait donc intervenir un facteur personnel ; aussi les chiffres qu'il fournit n'ont-ils qu'une exactitude toute relative. Il n'est pas douteux qu'il existe d'autres sphygmomanomètres qui, non seulement permettent de déterminer Mn, mais encore rendent la mesure de Mx bien plus facile, et partant, plus sûrement exacte qu'avec le sphygmomanomètre Potain. Ce dernier appareil n'a qu'un avantage, ce sont ses petites dimensions, mais cette supériorité est grandement diminuée du fait qu'on tend à construire des sphygmomanomètres à manchette de moins en moins volumineux. Personnellement, je viens de faire réaliser par M. Spengler un appareil de poche, le *phono-sphygmomètre* (1), que je vous présenterai ultérieurement.

Je n'ai donc pas, en raison de son insuffisance, à vous parler davantage du sphygmomanomètre de Potain.

***

Il est impossible de se passer d'un sphygmomanomètre pour apprécier l'état de la pression artérielle.

Encore moins ai-je à envisager la possibilité de se passer d'un sphygmomanomètre. On pourrait, à la rigueur, après un entraînement approprié, arriver à mesurer la pression maxima par la simple palpation des artères. Encore, serait-il bon de vous prévenir qu'il ne faudrait pas tabler sur l'amplitude du pouls, lequel peut être ample et hypotendu, et inversement petit et hypertendu.

Si l'on voulait s'exercer à mesurer la pression maxima par la simple palpation, il faudrait estimer la force nécessaire pour empêcher une artère de transmettre ses pulsations en aval du point comprimé. Mais je suis persuadé que cette pratique exposerait à des erreurs tout à fait grossières. Je vous en citerai un cas dont j'ai été témoin : Un de mes collègues, qui avait à examiner un sujet porteur d'une néphrite chronique avec œdèmes, chercha à apprécier la pression artérielle par la palpation radiale. Il considéra que le pouls était petit et qu'il y avait hypotension artérielle. Enchaînant ces constatations avec l'existence d'une néphrite et d'œdèmes, il conclut qu'il s'agissait d'une néphrite hydropigène (ancienne néphrite parenchymateuse), et écarta le diagnostic de néphrite urémigène (ancienne néphrite interstitielle) en raison de l'absence d'hypertension. Or, j'avais mesuré la pression au sphygmomanomètre, et ce malade avait en réalité une des plus formidables hypertensions que j'aie jamais observées jusqu'à présent.

Il n'est donc pas douteux qu'on courrait des dangers à vouloir apprécier la pression maxima par la simple palpation. De plus, on risquerait fort de n'arriver qu'à une approximation grossière. Cependant, il ne suffit pas de savoir qu'un sujet est hypo ou hypertendu, il faut pouvoir exprimer la pression par un chiffre, pour donner une base précise au pronostic, et pour être à même de noter les variations ultérieures de la pression.

D'ailleurs, quand bien même vous arriveriez à vous passer d'un sphygmomanomètre pour déterminer la valeur de la pression maxima, vous seriez dans l'impossibilité d'apprécier la pression minima. Vous auriez donc eu beaucoup de peine à acquérir cette habileté, et vous devriez tout de même vous servir d'un appareil pour mesurer la minima.

Ainsi donc, la question est jugée : *il est impossible de ne pas se servir d'un sphygmomanomètre pour mesurer la pression artérielle ; et il est indispensable d'avoir un appareil qui permette de déterminer la maxima et la minima.*

***

Les deux grandes catégories de sphygmomanomètres à manchette.

Les appareils qui permettent cette double détermination de Mx et de Mn sont des sphygmomanomètres à manchette. Ils se divisent en deux grandes catégories :

Dans le premier groupe d'appareils, on explore les pulsations artérielles au niveau du segment de membre comprimé : c'est la *méthode oscillatoire*, qui découle des travaux de Marey.

Dans le deuxième groupe d'appareils, on explore les pulsations artérielles en aval du segment comprimé : cette méthode, employée

(1) C. Lian. — Recherches sphygmomanométriques et présentation du phono-sphygmomètre. Soc. méd. hôp., séance du 24 déc. 1920, nº du 6 janvier 1921, p. 1643-57.

d'abord par RIVA ROCCI, se divise en quelque sorte en deux grandes variétés. On explore les pulsations en aval de la manchette, soit par la simple palpation : *Méthode palpatoire de Riva Rocci-Ehret*, soit par l'auscultation : *Méthode auscultatoire de Korotkow*.

Il y a donc pratiquement, si l'on se place au point de vue clinique, 3 grandes méthodes de mensuration de la pression artérielle :

D'une part, la *méthode oscillatoire* ;

Et d'autre part, deux autres méthodes qui ne sont que des variantes l'une de l'autre : la *méthode palpatoire* et la *méthode auscultatoire.*

Avant d'entrer dans le détail des divers appareils qui permettent d'appliquer ces différentes méthodes, je vais d'abord envisager celles-ci dans une étude critique, en traitant successivement la mesure de la pression mínima, puis celle de la pression maxima. Cet exposé didactique d'ensemble vous permettra de mieux vous rendre compte, dans ses grandes lignes, de la technique sphygmomanométrique. En même temps, il m'amènera à comparer entre elles ces méthodes, et à voir quelle est celle qu'il y a lieu de choisir dans la pratique quotidienne pour mesurer la pression artérielle (1).

CLINIQUE CHIRURGICALE

Examen clinique d'un genou (2),

Par M. le Dr Albert MOUCHET,
Chirurgien de l'Hôpital Saint-Louis.
(Service de chirurgie infantile.)

Je voudrais passer en revue devant vous les différents éléments de l'exploration du genou. Vous devrez bien les connaître, afin de pouvoir rédiger vos observations, et plus tard vos rapports d'expertise.

L'*inspection* vous montrera d'abord l'aspect de la peau, qui peut être pigmentée, rouge, présenter un lacis capillaire ou des dilatations veineuses. Elle vous précisera la forme de la région. Je n'ai pas besoin de vous rappeler la morphologie normale du genou. Il est à noter que, chez l'enfant, le ligament rotulien est en général très proéminent. L'inspection vous permettra encore d'apprécier le volume de la jointure. L'augmentation peut en être totale, ou limitée à la partie supérieure ou inférieure. Enfin, elle vous renseignera sur l'attitude en flexion ou en extension. Certains enfants présentent au genou, comme au coude, où elle est toujours bien plus marquée, une extension un peu exagérée. Liée à la laxité ligamentaire, cette hyperextension ne doit pas être confondue avec le genu recurvatum.

(1) La deuxième leçon de M. C. Lian paraîtra dans le prochain numéro du *Concours médical*.

(2) Leçon recueillie par M. G. MOUTIER, interne du service et revue par M. Mouchet.

Par la *palpation*, vous rechercherez la température locale, avec le dos de la main, après vous être assurés que le genou ne vient pas d'être retiré d'un pansement ouaté. Vous savez que l'hyperthermie locale est un bon signe de lésion inflammatoire sous-jacente, et que les anciens cliniciens lui attribuaient une grande valeur, au début de l'ostéoarthrite tuberculeuse.

Un épanchement articulaire vous donnera la sensation de *choc rotulien*, à condition qu'il soit de volume moyen. Je passe sur la façon de le rechercher. Vous la connaissez tous, mais j'insiste sur le fait que votre index doit frapper le milieu et non un point quelconque de la face antérieure de la rotule. S'il percute la pointe, il fait basculer l'os, et l'on méconnaît la présence du liquide.

Le choc n'existe ni dans les épanchements trop minimes, ni dans les épanchements trop considérables. Il est facile à distinguer de la dépressibilité, molle, non rénitente, des fongosités, au milieu desquelles la rotule est très peu mobile. Le choc n'existe que dans les épanchements de la grande cavité articulaire. Le liquide peut se collecter dans certaines parties de la séreuse, isolées de l'articulation, soit anatomiquement, soit fonctionnellement. C'est ainsi qu'on a des hygromas sous-quadricipitaux, des épanchements sous le tendon rotulien. Chez les enfants, en particulier, on rencontre des affections inflammatoires de la tubérosité antérieure du tibia, apophysites de croissance, qui sont des ostéomyélites atténuées. Tout comme les ostéomyélites diaphysaires, elles peuvent donner lieu à des collections séreuses ou purulentes, qui débordent plus ou moins latéralement le ligament rotulien.

La palpation recherchera, en outre, l'état de la synoviale, dans ses portions accessibles : celle-ci est très épaissie dans les synovites chroniques ; on peut, à la périphérie du cul-de-sac sous-quadricipital, pincer entre deux doigts son bord épaissi en bourrelet. On ne le confondra pas avec la corde d'un faisceau musculaire du vaste interne ou du vaste externe. Le bourrelet musculaire disparaît, le bourrelet synovial reste nettement perceptible, par le relâchement des muscles de la cuisse. La syphilis tertiaire, et chez l'enfant l'hérédo-syphilis, peuvent réaliser des synovites sclérogommeuses se traduisant, comme l'a montré Méricamp, par des plaques de blindage, qui fondent sous l'influence du traitement mixte.

De chaque côté du ligament rotulien, les méplats, surtout chez la femme et la fillette, sont masqués par de la graisse. Parfois, c'est la synoviale elle-même qui est soulevée par des franges graisseuses. Cette synovite graisseuse a été isolée en 1904 comme entité clinique par Hoffa, et les Allemands le décrivent sous le nom de maladie de Hoffa. Tavernier, en 1919, a montré que ces hyperplasies grasisseuses sont de deux sortes. Les unes sont d'origine traumatique, séquelles d'entorses du genou, arrachement des franges du ligament adipeux ou de la synoviale tapissant le ligament rotulien, dont la guérison se fait par

sclérose et surtout par prolifération graisseuse. Les autres sont de nature inflammatoire, analogues aux lipomes arborescents des synoviales. Des recherches cliniques et de laboratoire ont montré qu'il s'agirait dans ces cas de synovite graisseuse tuberculeuse atténuée. Vous savez que l'hyperplasie graisseuse représente un mode de défense de l'organisme contre le bacille tuberculeux ; ainsi le rein tuberculeux qui s'entoure de périnéphrite graisseuse et c'est sur cette notion de pathologie générale que Launois et Bensaude ont édifié leur théorie de l'adénolipomatose expliquant la production des lipomes multiples. La prétendue maladie de Hoffa ne serait le plus souvent qu'une lésion tuberculeuse atténuée, analogue au lipome arborescent des synoviales.

Vous explorerez ensuite, au niveau de l'interligne articulaire, la synoviale et surtout les ménisques. Pour trouver cet interligne, vous pouvez tracer une ligne horizontale passant par la pointe de la rotule. Cette ligne correspond à l'interligne. Vous pouvez aussi, par de légers mouvements alternatifs de flexion et d'extension du genou, insinuer l'ongle dans la rainure articulaire. Cet interligne est plus facile à explorer dans sa partie interne. Or, les lésions méniscales portent presque exclusivement sur le ménisque interne.

Il vous faudra aussi examiner avec soin les condyles et les tubérosités tibiales, surtout en dedans, car l'entorse du genou en règle générale frappe le ligament latéral interne.

Cette entorse, en effet, se produit surtout dans un mouvement d'abduction forcée et de rotation externe. Elle exagère le genu valgum normal et rompt soit le ligament latéral interne, soit aussi dans le cas de violence plus considérable, le ménisque interne et même le ligament croisé antérieur. Du côté externe, dans les lésions traumatiques, songez à palper le tubercule de Gerdy, vous rappelant que Segond expliquait par l'arrachement de ce tubercule les hémarthroses considérables de certaines entorses du genou.

Vous examinerez enfin le creux poplité. Le sujet sera couché sur le ventre ou sur le côté. La jambe sera légèrement fléchie pour relâcher les muscles. Des bourses séreuses sont annexées aux tendons de ces muscles. La plus constante, la plus vaste, chez l'enfant comme chez l'adulte, est la bourse intermédiaire au jumeau interne et au demi-membraneux. Des kystes synoviaux, des hygromas suppurés de ces bourses peuvent déformer la région.

Enfin vous étudierez l'*amplitude des mouvements* de l'articulation. Les seuls mouvements normaux du genou sont la flexion et l'extension ; tous les autres sont anormaux.

Vous préciserez d'abord l'étendue des mouvements normaux. La flexion est normalement limitée par la rencontre du mollet et de la face postérieure de la cuisse. L'extension, chez l'adulte, ne doit pas dépasser l'axe prolongé de la cuisse. Chez l'enfant par contre l'hyperextension est assez fréquente, surtout chez les jeunes rachitiques, dont les ligaments articulaires sont relâchés non seulement au genou, mais à beaucoup d'autres articulations, à l'épaule, à la sterno-claviculaire, au cou-de-pied, au coude, enfin, où l'on a décrit le « cubitus laxus ».

L'hyperextension du genou se constitue parfois à la suite de vieilles arthrites tuberculeuses de cet article avec destruction ligamentaire, ou lorsque l'enfant, coxalgique, a dû subir une extension continue prolongée. Malgré l'application des lacs de l'appareil au-dessus du genou, l'articulation, pour des raisons multiples, dont certaines sont encore mal élucidées, se relâche et prend dans la station debout l'attitude du « recurvatum ».

Il faut distinguer ce genu recurvatum du tibia recurvatum, inflexion diaépiphysaire supérieure du tibia, décrit par Humphry, Sonnenburg, Jalaguier. Cette courbure à concavité antérieure est due à un vice d'accroissement du cartilage jugal supérieur du tibia, irrité par une lésion de voisinage du genou, tuberculose ou surtout ostéomyélite atténuée.

Les *mouvements anormaux du genou* peuvent être des mouvements de *latéralité* ou des mouvements de glissement dans le *sens antéro-postérieur*.

Les mouvements de *latérabilité* seront recherchés, la jambe étant en extension complète ; des mouvements de latéralité observés en demi-flexion n'ont aucune valeur clinique puisqu'ils sont normaux. Une main fixe donc solidement contre le plan du lit la partie inférieure de la cuisse, l'autre essaye de déplacer latéralement la jambe, en la saisissant au niveau du cou-de-pied. Cette recherche peut provoquer de la douleur en un point constant et précis. La constatation de mouvements de latéralité implique, soit une altération des ligaments latéraux seuls, soit une altération concomitante des ligaments croisés.

On peut observer enfin au niveau du genou des *mouvements anormaux antéro-postérieurs* qu'on désigne actuellement sous le nom de mouvements de *tiroir* et qui sont dus à des lésions des ligaments croisés. Ces lésions ont été décrites surtout en Angleterre et en Amérique, où la pratique des sports violents accroît la fréquence des traumatismes du genou (Robert Jones, Groves, Alwyn Smith). Mais, depuis quelques années, en France, Rocher (de Bordeaux) Tavernier (de Lyon) Roux-Berger, nous-même, avons insisté sur ces lésions traumatiques des ligaments croisés et sur leur séméiologie.

Si *le nom de « signe du tiroir » est nouveau, la chose ne l'est pas* et il y a longtemps que Tillaux avait noté dans son Traité de chirurgie clinique, que si dans un genou traumatisé, on observe des mouvements antéro-postérieurs, c'est qu'il existe une déchirure des ligaments croisés.

Il semble bien que ce soient Gourdon et Rœderer qui aient, les premiers, dès le début de 1918, créé le mot de « genou à tiroir ». Un an après, Rocher (de Bordeaux) insistait sur la valeur de ce signe.

Le sujet étant sur une table, bien à plat, en relâchement musculaire complet, faites-lui fléchir la

cuisse sur le bassin et mettez son genou en flexion de 90° à 110°, de telle sorte que la plante du pied repose à plat sur la table.

Empaumez des deux mains la face postérieure de la jambe au tiers supérieur du mollet et propulsez les plateaux tibiaux au-dessous des condyles fémoraux, comme si vous manœuvriez un tiroir de commode.

Normalement, dans le plan antéro-postérieur, l'état de tension ligamentaire permet un petit glissement que vous noterez sur le genou sain. Mais si le sujet a eu autrefois une lésion importante du système ligamentaire croisé (rupture ou arrachement), vous obtiendrez très nettement, très facilement et plus ou moins accentué, suivant les cas, un mouvement de translation d'arrière en avant qui permet une véritable subluxation antérieure du tibia.

Ce glissement tibial antérieur, provoqué par le chirurgien, peut être produit également par la contraction musculaire du patient, soit en position couchée, soit debout, mais toujours avec une flexion légère du genou.

Tel est le signe du tiroir, accompagné ou non d'un petit ressaut articulaire (pincement du ménisque interne entre le fémur et le tibia).

Mais il n'y a pas que le « tiroir tibia » qu'on ouvre, il y a le « tiroir tibia » qu'on ferme, et si le premier caractérise l'entorse des ligaments croisés (distension, désinsertion, rupture), le second, très rare, ne s'observe qu'au cas où il s'ajoute à une lésion des ligaments croisés, une lésion de la capsule ligamenteuse du genou et principalement des ligaments latéraux, externe ou interne. C'est du moins ce qui ressort des observations de Gourdon et Rœderer, de Proust et Soupault et de mes expériences sur le cadavre.

Je dois ajouter qu'il existe des ruptures du ligament croisé antérieur, vérifiées par l'opération, qui ne se sont pas accompagnées de mouvements de tiroir (5 faits de Tavernier).

Vous terminerez cet examen du genou par la recherche de l'état de la musculature voisine. L'atrophie réflexe des muscles du mollet et surtout de la cuisse (quadriceps crural en particulier) est précoce à la suite des lésions articulaires traumatiques ou inflammatoires. Portez toute votre attention de ce côté en n'oubliant pas que chez beaucoup d'adultes, le membre inférieur droit peut se trouver plus musclé que le gauche.

Enfin dans toute affection du genou, si vous avez lieu surtout de soupçonner sa nature tuberculeuse, vous n'oublierez pas d'interroger les ganglions du triangle de Scarpa.

SOU MÉDICAL

Les membres du Sou médical sont instamment priés de bien vouloir régulariser leur situation en envoyant la cotisation de l'année 1920 *au trésorier* Dr *Gassot, à Chevilly (Loiret).*

HÉMATOLOGIE APPLIQUÉE

La fièvre comme moyen exact de pronostic dans les infections,

Par le Dr Léon Audain (d'Haïti),

Ancien directeur du Laboratoire d'Hématologie clinique de Port-au-Prince.
Ancien interne des hôpitaux de Paris.

J'ai montré, dans un précédent article (1), le grand profit que l'on pouvait tirer de l'hématologie, au triple point de vue : diagnostique, pronostique et thérapeutique.

Peut-on se baser sur la *fièvre* pour établir *pratiquement*, d'une façon suffisamment *exacte*, le pronostic des maladies infectieuses ?

Je n'hésite pas à répondre *oui*, car la fièvre, si on sait bien la prendre et la comprendre, est un miroir fidèle des actes hématologiques, qui indique clairement les phases de la lutte microbio-leucocytaire, et peut dispenser des examens quotidiens de sang.

La fièvre peut être considérée tantôt comme une réaction de l'organisme contre les microbes, et tantôt, comme l'action des toxines pyrétogènes déversés dans l'organisme.

1° Exemple de la fièvre comme réaction bienfaisante de l'organisme contre le microbe :

Dans les organismes à réaction hématologique extrêmement puissante où les deux facteurs de la défense (2) sont très bons, où la résultante de la défense est élevée, le thermomètre monte rapidement à une très grande hauteur, et comme conséquence, la maladie avorte.

2° Exemple de la fièvre comme action pyrétogène malveillante des toxines microbiennes :

Dans le second septénaire de la fièvre typhoïde, les deux facteurs de la défense organique sont mauvais (résultante négative plus ou moins forte) l'organisme ne se défend pour ainsi dire pas, et pourtant les températures sont élevées, la courbe en plateau.

La réaction organique n'est pas toujours suffisante pour juguler la maladie comme dans l'exemple cité plus haut. Une lutte manifeste s'organise entre le microbe et le terrain. Après la poussée fébrile maxima, le thermomètre redescend, comme s'il se produisait une sorte de trêve qui va permettre aux combattants de se compter ; il resdescend jusqu'à un point qu'il ne dépassera pas (c'est le point minimum, la température *minima*, qui durera plus ou moins longtemps) et il recommence à monter.

Que représente cette température *minima* obtenue après la lutte épuisante de l'organisme contre le microbe ? Elle représente le *résultat* de la bataille. Si elle tombe à la normale ou au-desous, la bataille

(1) La *Presse Médicale*, n° 81, 6 novembre 1920.
(2) Loc. cit..

est généralement gagnée. Si la température n'est que rémittente, la bataille recommencera plus ou moins vive.

Interprétée de cette façon, la minima offre une importance considérable. C'est elle qu'il faut suivre bien plus que la maxima, comme on à l'habitude de le faire. Que celle-ci s'élève plus ou moins, suivant les besoins de la cause, que nous importe, si nous sommes à même, en interrogeant les minima, de nous rendre compte que la maladie a perdu ou gagné du terrain, ou encore, est demeurée stationnaire ?

Sauf dans les organismes à réaction puissante, la chute brusque de la température dans la période initiale de la maladie est rare. On a donc souvent l'occasion d'observer les minima. Or, il importe d'être bien fixé sur ce fait, que je contrôle depuis de longues années, c'est que la variation de la minima a une grande portée pronostique. La minima ne serait-elle inférieure que d'un dixième de degré au jour précédent, *la situation s'est améliorée*. Est-elle plus élevée, *même d'un dixième*, celle-ci a *empiré*. Cette minima est-elle *la même* que le jour précédent, la situation est *stationnaire* au point de vue pronostique.

L'examen hématologique, dans les trois cas que je viens de signaler, donne les résultats suivants d'une façon pour ainsi dire invariable :

1° Lorsque la minima a varié dans le sens de la descente, si le facteur leucocytose est resté le même, la formule hémoleucocytaire (2e facteur) s'est améliorée ou inversement, ou bien les deux facteurs ont augmenté simultanément, d'où *élévation de la résultante* de la défense.

2° Lorsque la minima est plus élevée que la veille, une dépréciation de l'un des deux facteurs peut être constatée, ou des deux facteurs de la défense, d'où résultante moins bonne.

3° Lorsque la minima n'a pas varié, il n'y a pas eu de variation des facteurs de la défense.

En suivant la courbe des minima, on peut donc lire *à livre ouvert* les modifications hématologiques de l'organisme.

La connaissance de la minima *exacte* est donc d'une importance capitale.

Où faut-il prendre la température ?

Le rectum me paraît préférable à l'aisselle, les causes d'erreur étant pour ainsi dire supprimées.

Combien de temps faut-il laisser le thermomètre ? J'estime qu'un temps plus long est préférable à un temps trop court : cinq minutes de préférence à deux ou trois.

De toute façon, pour obtenir la minima *exacte* de la *journée*, il est de toute nécessité de rompre avec l'ancienne routine de prendre les températures le matin et le soir à des heures déterminées. Si la température prise dans ces conditions peut donner une vague idée de ce qui s'est passé dans l'organisme, elle ne saurait être considérée comme un moyen de pronostic sérieux.

Pour arriver à un résultat pratiquement utile, il importe que la température soit prise toutes les trois heures pendant la période de montée thermique, et autant que possible, toutes les heures, ou même moins, pendant la période de descente, surtout lorsqu'on approche de la fin probable ou possible de la descente.

C'est le seul moyen de saisir la température minima.

Tous ceux qui ont tant soit peu étudié les infections, ont remarqué que la température, dans la période d'état, ne fait que *toucher* le point minimum, et a une tendance remarquable à remonter, sitôt arrivée au point le plus déclive.

Invitez donc les parents ou la garde-malade à agir comme il vient d'être dit, et d'inscrire toutes ces températures en face des heures sur un carnet qu'on peut appeler : *le journal de la température*.

A votre visite du matin, pour établir la courbe thermique *définitive*, inscrivez sur une feuille de température qui porte au haut de ses colonnettes verticales, non point « matin » et « soir », comme on a l'habitude de le faire, mais « maximum » et « minimum », le maximum et le minimum observés dans le cours de la journée, quelle que soit l'heure à laquelle ils se sont produits.

Établie dans ces conditions, la courbe thermique donne d'une manière exacte le type fébrile de l'infection, et évite les fréquentes erreurs qu'on commet avec l'ancien système, qui expose à prendre pour une rémittente, une intermittente franche, la fièvre pouvant continuer à baisser après la prise de la température matinale, ou pour une continue une fièvre vraiment rémittente, la fièvre n'ayant pas atteint son minimum au moment de la prise thermique du matin.

Et ces erreurs influent d'une façon très grave sur le pronostic et partant, sur la thérapeutique des infections.

En effet, au point de vue du pronostic (l'hématologie nous en a donné l'explication), les fièvres intermittentes et rémittentes microbiennes n'offrent, en général, aucune gravité, même si la température maxima est très élevée.

Cependant, la courbe thermique doit toujours être surveillée de très près.

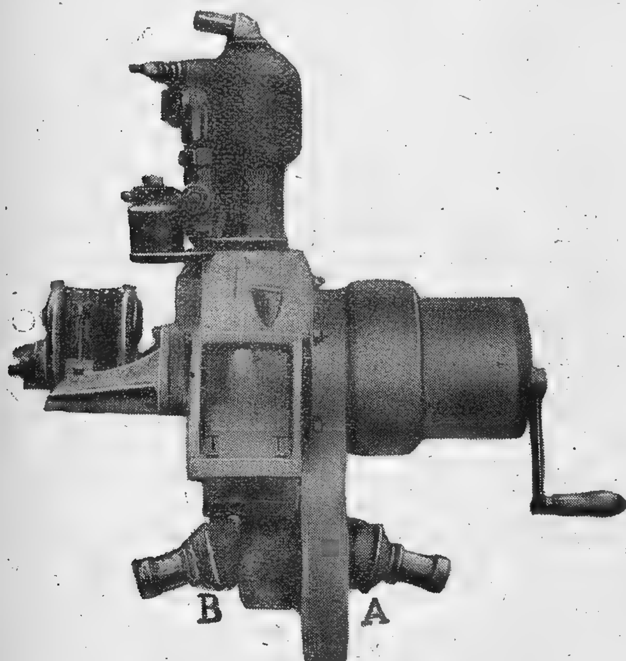
Il arrive, en effet, que l'organisme, après une formidable réaction *initiale*, perd subitement sa force défensive, et si le microbe n'a pas été absolument annihilé par cette première charge, on constate les jours suivants, *une ascension progressive des minima*. C'est à ce moment qu'il faut intervenir pour relever les forces organiques et interrompre cette tendance à l'ascension des minima qui ne tarderait pas à créer la continue. Toutes les fois que celle-ci s'installe, le pronostic s'assombrit, et cela, d'autant plus que les minima sont plus élevées.

Les continues hautes, surtout lorsque les minima se rapprochent des maxima, lorsqu'il y a tendance au plateau, sont graves.

Dans ces cas, en effet, l'hématologie nous montre une défense organique *leucocytaire* nulle, puisque les résultantes sont fortement négatives. Y a-t-il lieu d'espérer néanmoins la guérison ? Oui, si les

La VOITURE du MÉDECIN

des Établissements de l'AUTO-FAUTEUIL à Blois



LA VOITURE DU MÉDECIN pour le travail

De 1912 à 1914 nous avons commencé notre étude par la *moto-voiture* que tous les abonnés du *Concours* connaissent. Cette machine avec carrosserie simplifiée se construirait actuellement pour 8 à 9.000 francs et ferait un parfait cycle-car, qui suffirait à l'ambition d'un grand nombre (références de ces voiturettes assurant depuis 7 ans le service de docteurs).

Nous avons abandonné cette construction pour résoudre définitivement le problème de la voiture médicale parfaite à tous les points de vue, et après la suspension, nous avons réalisé un modèle aussi parfait que possible, et qui est le fruit de longues et coûteuses études.

LE GROUPE AUTOMOBILE 6 × 8 H. P.

Repose par son poids sur deux traverses dans l'axe des roues arrière, et après bloquage des 2 écrous T, T, et les deux opposés il ne reste plus qu'à coulisser dans les glissières carrées des joints de cardan A et B, la partie mâle, qui n'est autre que les axes mêmes des roues rendus souples leur départ par un second joint américain, et la voiture est en ordre de marche.

Cette conception ne pouvait exister avant la découverte de la *suspension sur roues indépendantes*.

Le monocylindrique étant reconnu comme le moteur le plus économique en tous points, nous augmentons encore le résultat *en attaquant directement les roues arrière à la sortie du différentiel*, au lieu d'employer une transmission et un renvoi d'angle reconnu comme absorbant une notable partie de la force à transmettre. De plus, cette suppression entraîne la disparition des bruits de ferraille des transmissions et des ponts à pignons bruyants.

Toute la puissance utile fournie par le moteur est ainsi employée à la propulsion de la voiture, et le maximum de rendement avec un minimum de consommation ne peut être approché de plus près.

6 litres un quart aux 100 km. est la consommation exacte de ce moteur pour deux et trois personnes en voiture capotée (sans économiseur).

La souplesse est tellement parfaite que certains clients, pourtant habitués aux 4 cylindres, mettent ce moteur en parallèle avec un moteur à vapeur. Son graissage a été conçu de la façon la plus parfaite et un litre d'huile mis dans le carter assure un graissage pour 400 km.

Le changement de vitesse automatique est un planétaire 2 vitesses marche arrière, amovible avec son axe par les 6 écrous qui le fixent au carter du moteur. Il ne travaille pas en prise directe, tournant d'un bloc avec l'axe du moteur et formant ainsi un volant supplémentaire augmentant la souplesse obtenue déjà par ailleurs.

Utiliser le poids du changement de vitesse comme volant, au lieu d'avoir un volant de plus, est encore une solution intéressante.

Le démultiplicateur est absolument silencieux et la grande couronne est montée *sur différentiel*.

La magnéto est directement commandée par l'axe central du moteur et est de première marque.

Le carburateur est un Zénith et la mise en marche au moteur est garantie au quart de tour.

A part le groupe automobile, le châssis ne comporte que les deux essieux *sur roues indépendantes*, la direction et 4 pédales.

La deuxième figure représente un châssis en ordre de marche avec le travail des cardans transversaux et des roues indépendantes au contact d'un très fort obstacle de 16 centimètres.

Avec la voiturette « Auto Fauteuil », au passage d'un obstacle, la roue qui le franchit *s'élève seule* par suite de son indépendance absolue. La roue qui a subi le choc a conservé la verticale. Le tassement du ressort s'effectuant longitudinalement dans le sens de l'avancement, le châssis n'a subi aucune répercussion et reste de ce fait *absolument horizontal*. La roue opposée étant indépendante elle aussi, reste verticale. La force emmagasinée au passage de l'obstacle par le ressort horizontal est récupérée en poussée propulsive au lieu de faire rebondir la voiture en l'air comme cela se passe pour la voiture ordinaire. Le polygone d'appui reste le même : **la stabilité n'a pas changé.**

(A suivre.)

Pour renseignements complémentaires, s'adresser aux Etablissem^ts de l'AUTO-FAUTEUIL, à Blois (L.-et-Cher)

glandes émonctoires (foie et reins) fonctionnent bien, si à l'intoxication microbienne ne s'ajoute pas l'auto-intoxication organique.

Le microbe, en effet, pour déterminer la mort, doit, même en l'absence de toute défense décelable, produire une dose de toxines variable suivant les sujets. Que ces toxines soient convenablement transformées ou éliminées pendant un temps suffisamment long, et l'organisme se saturant des produits microbiens deviendra peu à peu impropre au developpement et à la pullulation microbienne. L'on verra la courbe thermique se modifier progressivement, les minima descendant chaque jour d'un ou de quelques dixièmes, déterminant cette descente en lysis qu'on observe à la periode terminale des grandes pyrexies.

Au point de vue pronostique, il faut se méfier des chutes brusques de température *en pleine période d'état*. Elles témoignent souvent d'une intoxication surajoutée profonde, ou d'un renoncement complet de l'organisme vaincu. Ces chutes brusques à la normale et au-dessous, en présence d'un état général grave (petitesse et rapidité du pouls, dyspnée, subdélire ou délire, ictère, adynamie ou ataxo-adynamie, etc.) indiquent toujours l'approche du dénouement fatal.

Peut-on espérer, en présence d'un foie et de reins fonctionnant normalement, empêcher la production de ces redoutables complications ?

Heureusement oui, *en agissant avec méthode*, comme je le ferai voir dans un prochain article sur la *Thérapeutique des infections*.

A TRAVERS LA PRESSE

Traitement de la gale par la méthode de Milian.

M. Petges a eu l'occasion d'employer fréquemment cette méthode, tant chez l'adulte que chez l'enfant. Son expérience lui en a confirmé les remarquables avantages, aussi bien au point de vue de son efficacité que de sa facilité d'application. Nous-mêmes, l'avons employée couramment, dans l'hôpital militaire à la tête duquel nous nous sommes trouvé à la fin de la guerre, et nous n'en avons eu que des satisfactions. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 25 nov. 1920.)

L'auteur rappelle la dernière formule préconisée par Milian :

Lanoline anhydre......... }	ââ 75 gr.
Vaseline .... }	
Polysulfure de potassium ...	24 gr.
Eau distillée	72 gr.
Oxyde de zinc.............	2 gr.
Huile d'arachide ou de vaseline	50 gr.

Préparation : faire dissoudre le polysulfure dans de l'eau distillée tiède, dans un récipient non métallique ; filtrer sur coton ; laisser refroidir.

B. Délayer l'oxyde de zinc dans l'huile.

C. Faire fondre à chaud et mélanger la vaseline et la lanoline anhydre.

D. Incorporer en plusieurs fois les mélanges B et C, en remuant.

E. Ajouter au mélange précédent, par petites portions, le soluté de polysulfure, remuer jusqu'à refroidissement pour obtenir une pommade onctueuse et homogène. A conserver dans un récipient non métallique.

Application. — Premier jour : bain, tub ou douche avec savonnage ; essuyage ; friction avec la pommade en insistant sur le creux axillaire et son bord antérieur, les mamelons, l'ombilic, les organes génitaux (gland compris), la face antérieure des poignets, espaces interdigitaux des mains et des pieds, paumes et plantes. Changement des linges de corps et des draps de lit, qui seront envoyés à la lessive.

Deuxième jour : onction de pommade sur tout le corps en se couchant.

Troisième jour : facultatif, comme le deuxième.

Dernier jour : au lever, bain, douche ou tub ou simple savonnage avec une cuvette.

Quand il s'agit d'un enfant, M. Petges réduit la formule dans les proportions suivantes :

Lanoline .... }	àà 50 gr.
Vaseline .... }	
Polysulfure de potassium...	8 gr.
Eau	25 gr.
Oxyde de zinc............	1 gr.
Huile de vaseline ou d'arachide	16 gr.

L'hémorragie méningée dans l'urémie.

M. Chabe a recueilli une nouvelle observation d'hémorragie méningée chez un urémique (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 25 nov. 1920.)

Elle lui suggère des réflexions que les praticiens ont intérêt à connaître.

En premier lieu, les accidents cérébraux sont fréquents dans l'urémie. Pour les rapporter à leur véritable cause immédiate, on ne négligera jamais de pratiquer une ponction lombaire. Le diagnostic de l'hémorragie méningée se fait en effet le trocart à la main. Son pronostic n'est pas fatalement mortel. La ponction lombaire en dehors de son intérêt diagnostique, est un excellent procédé thérapeutique.

En second lieu, ils sont une des complications de la néphrite urémigène, avec hypertension. Or, il est possible de prévoir les complications de cette affection, lorsqu'elles ressortissent à un excès de tension artérielle. Il suffit de mesurer cette tension avec l'oscillomètre de Pachon.

« L'oscillomètre de Pachon est un précieux « auxiliaire dans le traitement des urémies azo- « tées pour ceux, et c'est le cas de la majorité « des praticiens, qui ne peuvent être éclairés « par les ressources du laboratoire. »

Traitement de l'hydarthrose par la ponction et le brassage à l'éther.

Quelle que soit l'origine de l'hydarthrose traumatique, rhumatismale, voire même tuberculeuse, M. Rocher se trouve excellemment de « la ponction de l'articulation suivie de l'injection « d'éther sulfurique dans la synoviale, avec brassage du liquide de manière à faire le lavage complet de l'article et à permettre son action pendant au moins cinq minutes sur la synoviale « irritée chroniquement ». (*Gaz. des Sc. méd. de Bordeaux,* 28 nov. 1920.)

La technique en est des plus simples. Avec toutes les précautions d'asepsie d'usage, on ponctionne la synoviale au niveau de l'un des culs-de-sac péri-rotuliens avec une aiguille de 2 millimètres à biseau court, par laquelle on évacue tout le contenu de l'article. On injecte ensuite, avec une seringue de Luer, de 5 à 20 cmc. d'éther sulfurique jusqu'à distension légère. L'orifice de l'aiguille étant obturé, on brasse le liquide pour qu'il pénètre profondément dans toute l'articulation. Évacuation au bout de deux minutes, suivie d'une nouvelle injection d'éther brassé pendant cinq minutes. On vide la jointure de son contenu et on applique un pansement compressif.

L'opération est un peu douloureuse dans les premiers moments du contact de l'éther avec les tissus, mais la douleur ne dure pas et est même remplacée par un état d'anesthésie locale.

Immédiatement après cette intervention, le liquide se reproduit réactionnellement, mais il se résorbe rapidement et définitivement, en huit ou quinze jours.

Le malade gardera une demi-immobilité pendant deux ou trois jours, après quoi il pourra reprendre peu à peu ses occupations, la jointure recouvrant parallèlement sa souplesse et sa mobilité.

Telle est la marche à suivre pour les hydarthroses rhumatismales et traumatiques. Quand la bacillose articulaire est en cause, l'immobilisation de l'article s'impose à la suite de la ponction-injection éthérée, en même temps que les soins concernant l'état général.

En cas de persistance du liquide ou de récidive, une nouvelle intervention est parfaitement indiquée.

Les hydarthroses ont habituellement une telle durée qu'il est intéressant de posséder une méthode qui, d'après l'auteur, donnerait les meilleurs résultats.

Traitement médical du goitre exophtalmique.

Ce traitement est à cette heure représenté par une médication non opothérapique, une médication opothérapique et enfin, une médication par les sérums d'animaux éthyroïdes et thyrotoxiques. Ce sont ces trois médications que décrit M. Coulaud. (*Bull. méd.* 27 nov. 1920.)

Dans le premier cas, on prescrira le salicylate de soude (2 à 4 gr.) si le rhumatisme est à l'origine du goitre, le mercure ou l'arsenic, si la syphilis. L'iode, qui réussit dans le goitre simple, est à rejeter dans le basedowisme. Les vaso-constricteurs : quinine, ergot, chlorure de calcium ; les nervins : bromure de potassium ; les stations sédatives : Néris, Bourbon-Lancy ; les toni-cardiaques : digitale, strophantus, — sont tour à tour recommandables comme médicaments symptomatiques.

L'opothérapie donne des résultats différents et variables selon l'organe employé. L'opothérapie thyroïdienne et thymique est à écarter, à moins d'échec de tous les autres procédés. L'opothérapie ovarienne est au contraire recommandable indéfiniment, avec de courtes périodes intercalaires de repos. L'opothérapie hypophysaire et surrénale donne des améliorations intéressantes ; elle sera prescrite transitoirement.

Les sérums d'animaux éthyroïdés ont une réelle valeur comme palliatifs : ils neutralisent en effet l'action de la sécrétion thyroïdienne.

Enfin, les sérums thyrotoxiques n'ont pas encore dit leur dernier mot. Certains auteurs leur doivent des succès encourageants. Mais ceux-ci sont loin d'être constants. Cependant, l'auteur estime que ces sérums méritent d'être étudiés et que leur emploi ouvre une voie nouvelle et féconde dans le traitement du goitre exophtalmique

Traitement des empoisonnements.

Traitement moderne, reposant sur une nouvelle propriété physique de certains corps, il consiste, selon M. Cheinisse, qui utilise dans son exposé la substance des travaux les plus récents sur la question (*Presse méd.,* 27 nov. 1920), à évacuer aussi complètement que possible l'estomac de l'intoxiqué, par des lavages répétés, de manière à faire passer une vingtaine de litres de liquide dans l'organe. L'eau de lavage sera additionnée du sel connu comme antidote du poison en cause : sulfate de cuivre contre le phosphore, sulfate de soude, sucrate de chaux contre l'acide phénique, alcalins contre les acides (magnésie), acides contre les alcalins (acide acétique ou acide citrique).

On administre ensuite deux cuillerées à bouche de charbon animal finement pulvérisé, associé à un purgatif, sulfate de soude pour les uns, huile de ricin pour les autres.

Il se produit alors un phénomène dit d'adsorption, qui fixe en quelque sorte le poison sur le charbon et le rend inoffensif, les guérisons obtenues dans les cas les plus graves en étant l'éclatante confirmation.

Il est entendu qu'on ne pratiquera le lavage de l'estomac que si l'organe n'est pas menacé de perforation.

Cette propriété adsorbante du charbon animale peut être avantageusement utilisée contre les intoxications internes pour fixer les toxines des entérites, de la fièvre typhoïde, le choléra, etc. Le charbon avait été déjà préconisé comme antitoxique vers le milieu du siècle dernier.... *Multa renascentur* ....

Rétrécissement congénital de l'urètre chez l'homme.

M. Bazy en a observé plusieurs cas qu'il relate en détail (*Journ. des Prat.*, 27 nov. 1920), ce qui lui permet d'aboutir aux conclusions suivantes : « Le rétrécissement congénital peut exister sans « donner lieu pendant longtemps à des symptômes ; « mais ces symptômes peuvent apparaître au « porteur s'il fait des lectures qui attirent son « attention du côté de l'urètre ; ils peuvent se « montrer aussi, si le sujet a une blennorragie « qui attire son attention de ce côté, et alors on « peut diagnostiquer rétrécissement blennorra- « gique précoce, un rétrécissement qui n'est « qu'un rétrécissement congénital mis en évi- « dence à l'occasion d'une blennorragie... D'où « l'importance du diagnostic précoce et la néces- « sité de traiter et de surveiller les rétrécisse- « ments congénitaux même peu serrés et parais- « sant mous. »

Traitement des névralgies sciatiques par les injections épidurales.

M. H Feuillade expose les résultats de la longue expérience qu'il a acquise de ce traitement de choix de la sciatique, au cours de la guerre. Son exposé peut se résumer ainsi :

« Les injections épidurales ne présentent au- « cun inconvénient ; les malades les supportent « très bien.

« Dans la plupart des cas, la douleur de la « sciatique diminue de suite après l'injection et « disparaît même dans certains cas. D'ordinaire, « elle reparaît au bout d'un temps variable, « mais atténuée. Une série d'injections épidura- « les amène la guérison des sciatiques simples, « surtout si elles sont récentes. La plupart des « sciatiques rebelles sont améliorées par ce trai- « tement, certaines même guérissent si l'on pra- « tique régulièrement une série d'injections.

« La sciatique simple étant une névralgie « fréquente et désagréable, puisque non seule- « ment elle provoque de la douleur, mais elle « immobilise les sujets qui en sont atteints, il « serait intéressant de voir appliquer dans son « traitement, dès son début, la méthode des in- « jections épidurales, qui est inoffensive et qui, « surtout dans les cas récents, produit un soula- « gement immédiat suivi de guérison après quel- « ques injections, si la première n'a pas donné « un résultat suffisant ». (*Lyon médical.*, 25 nov. 1920.)

L'auteur emploie selon les cas la solution de cocaïne à 1/100, ou de stovaïne à doses plus élevées, à raison de 1 à 3 cmc., ou bien la solution physiologique de chlorure de sodium pure ou additionnée de cocaïne et d'adrénaline, à raison de 10 à 20 cmc.

Il décrit la technique détaillée de cette petite intervention dont on parle souvent, mais qui n'est pas aussi familière au praticien que la ponction lombaire, à laquelle elle s'apparente.

L'injection doit être poussée par l'hiatus qui termine le canal sacré, et qui est limité en bas par les tubérosités inférieures du sacrum et en haut par la crête sacrée. Le malade est placé en position latérale ou genu-pectorale, mais en donnant à son dos l'incurvation maxima, de manière à faire saillir la région sacro-coccygienne.

L'aiguille, de 4 à 5 cm. de longueur, pénètre dans l'hiatus sacro-coccygien perpendiculairement à la peau : elle perfore le ligament obturateur. L'opérateur la redresse alors, de manière à ce qu'elle se dirige en haut, dans l'axe du canal sacré, et l'enfonce de 3 à 4 cm. au plus. L'injection est alors poussée lentement. Il ne doit pas, s'écouler de liquide céphalo-rachidien. Si cette éventualité survenait, il faudrait arrêter l'injection et recommencer ultérieurement, en n'enfonçant l'aiguille que de 2 à 3 cm. au plus.

La méthode des injections épidurales ne constitue cependant pas une panacée universelle. Elle demeure sans action sur les sciatiques radiculaires, sur les sciatiques névrites., sur les sciatiques par compression, qui réclament une autre thérapeutique.

En outre, quand on aura pu préciser l'étiologie de la forme à laquelle on a affaire, on ne manquera pas de diriger contre elle le traitement causal qui convient : salicylate de soude dans le rhumatisme, quinine, dans le paludisme, mercure et arsenicaux dans la syphilis., etc.

Diagnostic des ictères infectieux.

Encore un chapitre de la pathologie qui a été complètement bouleversé par les découvertes modernes.

M. Garnier en esquisse les principales manifestations cliniques avec leur diagnostic différenciel. (*La Médecine*, décembre 1920.)

Il envisage trois types principaux : l'ictère fébrile, l'ictère apyrétique et l'ictère grave.

L'ictère fébrile ressortit le plus souvent à la spirochétose. Il se caractérise par la courbe thermique qui, après un début brusque accompagné de nausées, de vomissements, d'épistaxis, de myalgies, s'abaisse au fur et à mesure que l'ic-



tère se développe, pour subir une recrudescence fébrile. En dehors de la spirochétose ictéro-hémorragique, on connaît une forme d'ictère due aux microbes du groupe typhique. Ce type affecte les allures de la fièvre typhoïde, dont il possède la température, le ballonnement du ventre, l'hypertrophie de la rate, les taches rosées, etc.

Quand le streptocoque et le b. perfringens sont en cause, il s'agit le plus souvent d'ictères secondaires survenant au cours d'une fièvre puerpérale, de blessures infectées, etc. L'hémoculture paraphe la signature clinique de l'affection.

La forme pneumonique de la spirochètose se distingue de l'ictère survenant au cours de la pneumonie franche par les crachats, qui sont hémoptoïques.

Les signes méningés, habituels dans l'ictère à spirochètes, trouvent la caractéristique de leur origine dans l'examen du liquide céphalo-rachidien, qui permet d'éliminer la m. cérébro-spinale et la m. tuberculeuse.

Enfin, l'auteur signale un ictère infectieux d'origine indéterminée, dans lequel on ne retrouve aucun des microbes ictérigènes connus, un ictère aigu saisonnier, épidémique, observé surtout en Orient, un ictère au cours de l'accès palustre pernicieux et de la fièvre récurrente.

L'ictère aigu apyrétique n'est autre que l'ictère bénin ordinaire, qu'on distinguera des formes atténuées de la spirochétose par l'évolution et les recherches de laboratoire : recherche du spirochète, des agglutinines, des immunisines.

L'ictère syphilitique secondaire s'accompagne des signes habituels à la syphilis. Enfin, les arsénobenzènes sont susceptibles de provoquer l'apparition d'une jaunisse d'ordre toxique. Il en est de même du chloroforme.

L'ictère grave primitif est dû à l'atrophie jaune aiguë du foie. Il doit être différencié de la spirochétose à forme grave, qui marche comme une hépato-néphrite aiguë. Dans ce cas, ce sont les symptômes urémiques qui dominent. Dans l'autre, la jaunisse est peu intense, le coma prédominant, la diurèse est conservée, l'azotémie faible, les hématémèses et le mélæna fréquents.

G. D.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

Paris.

Les vers intestinaux dans la pathologie du tube digestif.

(M. Marcel LABBÉ. — *Académie de médecine.*)

Les accidents que peuvent provoquer les vers intestinaux sont en général mal précisés, hormis certains troubles locaux dus aux oxyures et les phénomènes graves causés par les ankylostomes. M. Marcel Labbé montre qu'il doit exister une pathologie vermineuse beaucoup plus vaste qu'on ne le suppose et intéressante à connaître pour permettre une thérapeutique efficace.

Dans cette pathologie, on peut ranger les irritations intestinales retentissant sur les plexus nerveux abdominaux, d'où des syndromes douloureux simulant parfois les coliques hépatiques, l'appendicite, l'hyperchlorhydrie et l'ulcère de l'estomac. Les troubles digestifs vermineux sont souvent d'une grande banalité et seul l'examen systématique des fèces peut en permettre le diagnostic. Le tænia provoque quelquefois un syndrome d'hyperchlorhydrie avec douleurs tardives, appétit conservé, amaigrissement. L'oxyurose persistante a pu engendrer des troubles faisant croire à l'appendicite. La tricocéphalose détermine parfois également des phénomènes à allure assez grave, avec troubles digestifs, amaigrissement.

Le diagnostic repose sur l'examen des selles, la recherche des vers et des œufs. Le traitement doit être prolongé. Les vers les plus petits, ankylostomes, oxyures, trichocéphales, sont souvent les plus tenaces. Les médicaments qui ont le plus d'action sur eux sont le thymol et le calomel.

Insufflations pulvérulentes dans la trachée.

(M. G. ROSENTHAL. — *Société de biologie.*)

M. Rosenthal a appliqué sa méthode de trachéo-fistulisation aux insufflations pulvérulentes dans la trachée. La technique n'offre rien de spécial, sauf qu'il importe de bien assécher la canule trachéale.

La tolérance de la trachée pour les substances pulvérulentes pourrait être utilisée, dit l'auteur, pour l'absorption trachéale des sérums thérapeutiques préparés en poudre par dessiccation.

Sur le phénomène de d'Hérelle.

(M. WOLLMANN. — *Société de biologie*).

D'Hérelle attribue les phénomènes de bactériolyse qu'il a découverts à l'action d'un microbe filtrant qui attaquerait et digérerait les bactéries (microbe bactériophage). Pour Kabeshima, on aurait affaire à un catalyseur produit par les cellules de l'organisme

Salimbeni pense qu'il s'agit d'un organisme vivant dont il croit avoir établi la nature. Les expériences de M. Wellmann concluent également à l'existence d'un agent vivant. Comme on le voit, le phénomène de d'Hérelle (la destruction par lyse des bactéries) suscite toujours des recherches et n'est pas encore élucidé.

L'azote non uréique dans l'urémie.

(M. LAUDAT. — *Société de biologie.*)

Divers auteurs ont étudié, ces temps derniers, l'azote non uréique du sang chez les brightiques et ils ont attribué à cet azote un rôle important dans la genèse de l'urémie. M. Laudat a repris ces recherches au laboratoire de la clinique du professeur Widal. Il a vu, dans des cas d'azotémie avec phénomènes d'intoxication grave, une augmentation minime seulement de l'azote non uréique, disproportionnée avec la forte élévation de l'urée. Pour lui, on ne saurait se guider, comme on l'a proposé, pour établir le pronostic de l'urémie, sur cet azote résiduel et il pense, conformément à l'opinion de Widal, que l'urée constitue le guide le plus fidèle pour renseigner sûr le proche avenir des brightiques chroniques.

Le diabète des femmes à barbe.

(MM. WEIL et PLICHET. — *Société de biologie.*)

M. P.-Émile Weil a eu l'occasion d'observer une femme à barbe de 38 ans qui succomba dans son service de diabète sucré compliqué de tuberculose. L'autopsie révéla une sclérose totale des ovaires sans lésions macroscopiques des surrénales, ni des autres glandes vasculaires sanguines. En somme, cas d'hirsutisme d'Apert avec aménorrhée, virilisme, obésité et diabète, d'origine ovarienne. M. Paul Émile Weil ne croit pas à une simple coïncidence du diabète avec cet état morbide.

Vaselinome ganglionnaire.

(MM. FAVRE et CIVATTE. — *Société de biologie.*)

MM. Favre et Civatte ont observé un vaselinome d'aspect particulier consécutif à une injection de vaseline dans le 1/3 moyen du bras. La lésion rappelait le nodule lupique et on trouvait dans l'aisselle un gros ganglion. L'inoculation montra que le ganglion était une adénite simple et que le nodule n'était pas tuberculeux. Il s'agissait d'un vaselinome lupiforme avec retentissement ganglionnaire.

Anaphylaxie alimentaire reproduite par cuti-réaction.

(MM. JACQUELIN et RICHET fils. — *Soc. de biologie.*)

MM. Jacquelin et Richet fils ont pu reproduire par cuti-réaction des manifestations à distance d'anaphylaxie chez des individus sujets à l'urticaire, à la maladie de Quincke, etc. Ainsi une malade atteinte d'urticaire fit une poussée ortiée après une cuti-réaction avec du poisson (application d'un fragment de merlan sur la peau scarifiée). Un homme ayant de l'œdème de Quincke, fit de l'œdème après une cuti-réaction aux viandes et aux œufs (application de fragments de viande et d'œuf sur une scarification cutanée). L'intérêt pratique de ces recherches est de permettre le diagnostic précis de l'aliment nocif. Elles sont sans danger si on les utilise avec prudence.

La piézométrie oscillographique.

(MM. A. MOUGEOT, de Royat, et Paul PETIT. *Société de biologie.*)

Les auteurs appellent piézométric oscillographique la méthode qui consiste à lire les chiffres des pressions artérielles systolique et diastolique d'après les tracés des oscillations sphygmiques d'une artère, tracés prélevés à l'aide d'une contre-pression pneumatique mesurée et variée. Le travail de MM. A. Mougeot et Paul Petit est des plus inté ressants pour les médecins qui s'occupent de physiologie et de pathologie cardiographiques.

MM. Mougeot et Paul Petit présentent également une étude du signe du pouls de chien, critère oscillographique de la pression diastolique.

Action du radium en gynécologie.

(M. R. DUPONT. — *Société des chirurgiens de Paris.*)

M. Dupont montre, d'abord, les dangers du radium chez les jeunes femmes, en raison de la ménopause précoce qu'il entraîne. Le radium dans les fibromes est efficace, mais il ne faut l'appliquer que dans les tumeurs petites, bien limitées.

L'auteur a traité cinq cancers de l'utérus par le radium. Dans deux cas inopérables, le traitement a fait cesser les pertes et les douleurs. La survie a été de courte durée, mais le soulagement obtenu fait que cette méthode est encore le procédé de choix dans les lésions inopérables.

Dans deux cas à la limite de l'opérabilité, le radium a donné d'excellents effets immédiats, mais la récidive est survenue au bout de 5 et de 7 mois.

Dans un cas opérable, la tumeur a été irradiée et l'opération pratiquée 4 semaines après, on n'a trouvé aucune cellule cancéreuse à l'examen histologique de la pièce. Malgré cela, l'auteur pense qu'à l'heure actuelle, la curiethérapie n'est pas assez sûre pour qu'on puisse se passer de la chirurgie. Il faut opérer après irradiations. Le radium stérilise le col, rend l'opération moins grave et diminue les risques d'ensemencement.

Ectasie de l'appendice.

(M. R. BONAMY. — *Soc. des chirurgiens de Paris.*)

M. René Bonamy présente un énorme appendice de la grosseur du poing, qu'il a réséqué chez une fem-

me de 69 ans, en pleine occlusion intestinale aiguë. L'opération a été suivie de guérison.

Extraction d'un dentier par œsophagoscopie.

(M. GUISEZ. — *Soc. des chirurgiens de Paris.*)

M. Guisez montre un malade chez lequel il a extrait, par l'œsophagoscopie, un dentier arrêté au tiers supérieur de l'œsophage. L'usage du tube ovalaire à grand diamètre transversal et la cocaïnisation locale ont permis d'enlever rapidement ce corps étranger qui était fortement enclavé au-dessous du chaton cricoïdien.

Résections larges de l'intestin.

(M. THÉVENARD. — *Société des chirurgiens de Paris.*)

M. Thévenard présente deux pièces de résections larges de l'intestin. La première comprend la terminaison de l'iléon, le cæcum, le côlon ascendant, l'angle droit et une partie du transverse. Il s'agissait d'adhérences inflammatoires qui avaient coudé et plissé l'intestin, d'où douleurs et gêne dans la digestion.

La seconde pièce représente un segment de 1 mètre 20 du jéjuno-iléon à parois scléreuses, à lumière rétractée, avec épaississement du mésentère correspondant. Elle provient d'une intervention pratiquée chez un homme de 68 ans, pour phénomènes d'obstruction.

Ces deux pièces montrent que dans certains cas d'adhérences intestinales, il est plus simple de réséquer d'emblée et en bloc toutes les anses intéressées que de tenter la libération des adhérences.

Les deux malades ont guéri simplement.

P. L.

Lyon.

(*Société des Sciences médicales.*)

Contusion de l'abdomen ; plaie de l'intestin grêle et rupture du muscle grand droit.

M. J. MURARD présente un homme qui, en tombant d'une hauteur de 5 mètres sur l'abdomen, s'est fait une rupture d'un des muscles grands droits et une perforation de l'intestin grêle. Après laparotomie et nettoyage du péritoine, M. Murard n'a fait aucun essai de suture du muscle « mais seulement prit soin de charger les deux extrémités obliquement dans la suture en un plan de la paroi, de manière que la torsion des fils amenât les deux bouts au contact ». Le muscle s'est parfaitement reconstitué.

Société médicale des hôpitaux.

Pylorospasme avec syndrome de rétention dans l'ulcère de la petite courbure.

M. BOUCHUT. — On admet généralement (Mathieu, Soupault, Duval et dans les classiques) qu'un ulcus gastrique situé loin du pylore est incapable d'entretenir un pylorospasme assez intense pour donner lieu à un syndrome de sténose (ondulations péristaltiques, tension intermittente de l'épigastre, rétention). Cependant Doyen et plus récemment, Enriquez et Ramond, ont cité des exemples d'ulcère de la petite courbure réalisant le syndrome de sténose du pylore. C'est un fait de ce genre qu'apporte à son tour M. Bouchut : son malade était porteur d'un grand ulcère calleux haut situé sur la petite courbure, se révélant à la radioscopie et vérifié opératoirement ; il présentait de la tension intermittente de l'épigastre, des ondulations péristaltiques et de la stase. Le pylore et le duodénum étaient indemnes.

Utilité de l'examen chimique du liquide céphalo-rachidien dans le diagnostic de la méningite tuberculeuse.

MM. MOURIQUAND et MORENAS. — Le taux normal de l'albumine rachidienne est de 0,20 p. 1000, celui du sucre de 0,50 p. 1000 environ. On sait que l'infection des méninges donne lieu à un excès d'albumine et à une diminution du sucre ; une irritation simple, aseptique, donne au contraire une augmentation du taux du sucre, avec diminution de l'albumine. La méningite tuberculeuse se comporte, au moins au début et à la période d'état, comme les méningites infectieuses (hyperalbumine, hypoglycorrhachie). Les auteurs rapportent trois observations montrant l'intérêt de l'examen clinique du liquide céphalorachidien :

1° Enfant de 6 ans présentant, à la suite de la coqueluche, des symptômes méningés ; ponction lombaire ; liquide limpide, lympho 28, mono 38, poly 34 % : *hypoalbuminose, gros excès de sucre* (2 gr. p. 1000). L'enfant guérit en 4 jours ;

2° Enfant de 4 ans, entrée avec un syndrome méningé après coqueluche également : lymphocytose, *excès d'albumine, déficit de sucre* ; mort, méningite tuberculeuse vérifiée à l'autopsie ;

3° Enfant de 8 ans, entrée avec des symptômes méningés peu marqués : signe de Kernig assez net, réflexes normaux, pas de signes oculaires. Ponction lombaire : liquide limpide, sans tension, pas de lymphocytose ; mais *excès d'albumine, traces de sucre.* Quelques jours après, la méningite se précise et l'enfant succombe. Autopsie : méningite tuberculeuse.

Adénopathie cervico-médiastinale tuberculeuse à marche rapide chez l'adulte.

M. DUMAS. — Bien connue chez l'enfant (Weill et Dufourt), observée pendant la guerre chez les Sénégalais, cette affection a été observée par l'auteur chez une jeune femme de 22 ans qui présenta les symptômes suivants : tuméfaction ganglionnaire cervico-médiastinale à marche progressive, rapide ; fièvre continue oscillant autour de 39° ; expectoration peu marquée sans bacilles de Koch ; pas de lésions ulcéro-caséeuses ; évolution en trois mois ; péricardite ter-



THAOLAXINE

LAXATIF-RÉGIME
agar-agar et extraits de rhamnées

PAILLETTES, CACHETS, GRANULÉ, COMPRIMÉS.

ECHANTILLONS ET LITTÉRATURE

Laboratoires DURET RABY, 5, Avenue des Tilleuls, PARIS (18e).

minale ; formule leucocytaire voisine de la normale (légère mononucléose) ; à l'autopsie : énormes masses ganglionnaires médiastinales avec quelques points caséeux : péricardite hémorrhagique ; poussée discrète de granulations apicales ; grosse rate avec quelques granulations miliaires. Ces cas représentent une forme de transition entre la *tuberculose ganglionnaire* et la *lymphadénie tuberculeuse* décrite par Roque, formes extrêmes, dont la seconde est à la première ce que la néphrite tuberculeuse est à la tuberculose rénale.

Méningite cérébro-spinale avec purpura.

M. Bonnamour présente l'observation d'un malade entré à l'hôpital avec une température de 40°, coma, agitation, pouls à 110 ; petites taches hémorrhagiques disséminées sur tout le corps, ecchymose sur la cuisse droite, pas de troubles méningés, réflexes exagérés. Mort 4 heures après l'entrée. Autopsie : infarctus du poumon gauche ; surrénales hémorrhagiques ; traînées purulentes le long des scissures de la convexité du cerveau ; liquide céphalo-rachidien louche ; nombreux méningocoques dans les frottis de pus. Fréquent autrefois à l'étranger (États-Unis, Irlande, Allemagne), le purpura au cours de la méningite cérébro-spinale semble avoir été signalé pour la première fois en France en 1902. Depuis, il a augmenté de fréquence. Il est apparu à Lyon pendant la guerre surtout dans le milieu militaire. Il se montre le plus souvent du deuxième au troisième jour de la méningite, mais peut la précéder ou en être, comme dans le cas présenté, le seul symptôme, la localisation méningée étant une trouvaille d'autopsie ou pouvant même faire défaut (méningococcémies primitives sans méningite de Netter). D'où l'indication, en présence d'un purpura à allure grave, de pratiquer la ponction lombaire et une culture de la sérosité des taches cutanées, dans lesquelle on décèle le méningocoque.

Trépanation décompressive dans les tumeurs cérébrales.

MM. Bériel et A. Devic relatent l'observation d'un malade atteint de gliome cérébelleux, qu'ils ont fait opérer presque *in extremis* par M. Desgouttes. L'intervention a consisté en l'établissement d'un large volet osseux sur la fosse cérébelleuse médiane. Actuellement (six mois après l'intervention), le malade a repris sa vie normale et la recherche des signes cérébelleux est négative. C'est là, dit M. Bériel, un type d'intervention heureuse. D'après l'auteur, l'ablation des gliomes, préconisée par les classiques, est fort dangereuse et le plus souvent vouée à un échec ; d'autre part, le gliome abandonné à son évolution naturelle tue rapidement par suite des phénomènes de compression intra-crânienne qu'il détermine. Son évolution fatale serait retardée s'il n'était bridé dans la boîte crânienne. L'indication opératoire, à défaut d'intervention curative, est donc de faciliter son extériorisation en créant un volet osseux que la tumeur, en continuant à évoluer, soulèvera peu à peu. On obtient ainsi des survies très notables avec suppression des douleurs et grande amélioration de l'état général. Cette trépanation doit être pratiquée au siège présumé de la tumeur et en l'absence d'indications sur ce dernier, dans les régions antérieures du crâne, à cause de la plus grande fréquence des gliomes frontaux.

A. Chabanon.

THÉRAPEUTIQUE APPLIQUÉE

Arséno-benzols et iodo-mercuriques.

> Ce qu'on acquiert par l'arsenic ne l'est d'abord que provisoirement et peut être plus ou moins complètement reperdu ; ce qu'on acquiert par le mercure est bien définitivement acquis.
>
> Sabouraud.

Dans un précédent article nous avions tenté un parallèle entre les arsenicaux et la vieille médication iodo-mercurielle, et nous étions arrivés à la conclusion que cette dernière ne devait point toujours et dans tous les cas céder sa place aux arsénos. Il serait illusoire, en effet, de compter sur ceux-ci pour une stérilisation totale de l'organisme infecté, et il est prudent de se défier de la trompeuse sécurité qu'ils confèrent d'emblée par la suppression rapide de symptômes objectifs. Aussi les syphiligraphes vraiment autorisés poussent-ils plus loin la prudence et font-ils suivre toute cure arséno-benzolique ayant cliniquement abouti à la guérison, d'une série de cures mercurielles et iodurées (Gougerot, Renault). Goubeau a même prétendu qu'on ne pouvait être pleinement rassuré qu'après avoir recouru à la triade : As, Hg et KI.

Il convient, en effet, de ne point oublier que le mercure doit une large part de son succès à un allié pharmacologiquement très puissant : l'iode. L'action combinée des deux spécifiques est d'autant plus marquée lorsqu'ils peuvent, de par la forme où ils sont administrés, agir en synergie, comme dans le *lipogyre*, éther gras iodo-mercurique, doué d'une organotropie très nette, se disséminant et se fixant temporairement dans tous les tissus, alors que les préparations salines, dissoutes dans le sérum sanguin, ne font que les traverser dans un cycle rapide, pour être éliminées quelques heures après par les émonctoires. Ce médicament a un autre avantage : sa très bonne tolérance par les organes digestifs, alors que l'on sait combien sont fréquents, pour ne pas dire inévitables, les troubles causés par les pré-

parations classiques où Hg et KI sont associés pour le traitement mixte. Le lipogyre constitue donc le médicament d'entretien par excellence de la syphilis, car l'expérience des siècles a démontré que si le mercure ne réussit guère à juguler l'apparition des accidents secondaires (ne dénions pas aux arsenicaux la première place pour atteindre ce but rapproché), continué et répété avec persévérance, il est malgré tout le plus efficace prophylactique des manifestations ultérieures, et l'enseignement de ces dernières années n'a pu que vérifier la justesse de ce mot d'un maître célèbre au lendemain de la découverte du 606 : « Le mercure est encore debout ! «

OBSERVATION :

Hémiplégie. — Σ Probable.

M. L. 35 ans, sans antécédents héréditaires, d'une bonne santé habituelle, ayant fait toute la campagne, rentrait en novembre 1918 d'une course à cheval, lorsque brusquement il s'affaissa et tomba sur la chaussée pour ne plus se relever qu'avec l'aide de passants accourus à son secours.

Transporté à son domicile, le médecin de la famille constata une hémiplégie totale, avec aphasie complète et impossibilité absolue de remuer bras et jambe du côté droit. Saignée, purgation, révulsion, procurèrent une amélioration légère, grâce à quoi le malade, au bout de huit jours, put parler assez intelligiblement pour se faire comprendre, puis état stationnaire. Au bout d'un mois, consulté sur l'opportunité d'un traitement électrique, je proposai l'ajournement de celui-ci, en raison de l'impotence du malade, et conseillai plutôt un traitement anti-syphilitique. Comme il y avait lieu de ne pas éveiller de soupçons parmi l'entourage, je prescrivis le lipogyre à la dose de 1 gr. 80 par jour, soit six comprimés.

Au bout de 20 jours du traitement, qui fut admirablement supporté, les mouvements volontaires réapparurent, à tel point que le malade put se lever, marcher, et même vaquer à une partie de ses occupations.

Depuis lors, M. L. a fait plusieurs cures de lipogyre et à l'heure actuelle, il parle presque normalement, marche en traînant très peu la jambe et se sert de sa main. A défaut d'un Wassermann qui ne put être fait, ce traitement d'essai suffit à confirmer le diagnostic et je ne crois pas que l'on voie beaucoup d'hémiplégies qui fassent d'aussi rapides progrès vers la guérison.

(*Extrait de « Un antisyphilitique : le diiodobrassidate d'éthyle hydrargyré, composé iodo-mercuriel organique », par* J. LABORDERIE. Progrès Médical, 11 *décembre* 1920.)

(*A suivre.*)

BIBLIOGRAPHIE CRITIQUE

Revue des Thèses.

Thèse de Toulouse

Dr J. CRAUFFON. — **Sur la structure de la muqueuse anale chez l'homme et chez quelques mammifères et sur le développement structural de la muqueuse anale chez l'homme.** (1920.)

Après un historique des diverses descriptions données par les auteurs, et après avoir indiqué la correspondance des termes dont se servent les différents anatomistes pour désigner les zones du canal anal, C. expose le résultat de ses recherches chez l'homme et chez quelques mammifères. Il divise la région anale de l'homme en deux zones, conformément aux recherches de Robin et Cadiot (1874) et de G. Hermann (1880) :

1) *La zone cutanée lisse* (disposition des phanères).

2) *La muqueuse anale* (colonnes de Morgagni, dépressions, glandes erratiques et acineuses). Ces deux zones sont délimitées par les trois lignes suivantes :

1) *La ligne ano-périnéale* séparant la peau de la zone cutanée lisse.

2) *La ligne ano-cutanée*, limitant la zone cutanée lisse de la muqueuse anale et correspondant au bord libre des valvules semi-lunaires.

3) *La ligne ano-rectale* caractérisée par le passage brusque de l'épithélium pavimenteux stratifié de la muqueuse anale à l'épithélium cylindrique simple du rectum.

Les glandes sébacées de la zone cutanée lisse décrites par les auteurs doivent être d'une grande rareté, car il ne les a jamais retrouvées sur ses préparations. Contrairement à l'opinion actuelle, il confirme la présence de renforcements de la *muscularis mucosæ* dans les colonnes de Morgagni dont elle forment la charpente.

Chez les mammifères étudiés (ongulés, carnivores, rongeurs), l'auteur a retrouvé les 2 zones signalées chez l'homme, ainsi que leurs limites. Ce qui caractérise la muqueuse anale des mammifères, c'est le grand développement de l'appareil glandulaire (chien, chat, porc). Les colonnes de Morgagni dessinent des reliefs plus ou moins accusés suivant les espèces animales. Comme chez l'homme, la zone cutanée lisse des animaux envisagés ne possède pas de glandes sébacées libres.

Dans son dernier chapitre, C. résume le développement morphologique de l'anus chez l'homme et termine par l'exposé de ses recherches personnelles sur son développement structural.

PARTIE PROFESSIONNELLE

LA VIE SYNDICALE ET PROFESSIONNELLE

I

Pour la suppression des médecins assermentés.

A la suite de l'étude médico-juridique que nous avions faite, sur cette question des médecins assermentés, dans le n° 40 du *Concours* de 1920, p. 2436, nous avons reçu nombre de lettres de confrères. Les unes soutiennent que le préfet et les administrations ont parfaitement le droit et même le devoir de faire contrôler l'état de santé de leurs agents par des médecins, en lesquels ils ont placé leur confiance ; par suite, cette confiance ne peut pas se manifester par les résultats d'un concours ; elle résulte de relations personnelles, de recommandations, de communauté d'idées politiques, etc. C'est dire que le préfet et les diverses administrations ne peuvent que désigner à la faveur les quelques médecins privilégiés qui, seuls, sont appelés à délivrer des certificats, réputés véridiques, d'où toute complaisance est exclue.

Erreur, disent le plus grand nombre de nos correspondants : pour conserver leur monopole, les médecins assermentés plaident le droit de l'administration ; mais, nous, les médecins traitants non assermentés, nous protestons contre le favoritisme et surtout contre la suspicion qui est jetée en bloc sur tout le corps médical. Nous sommes mis en tutelle, en état d'infériorité, par rapport à certains confrères, qui, parce qu'ils font de la politique ou produit des appuis sérieux, se sont vu octroyer un monopole, au détriment des autres praticiens.

Dans certains syndicats, des conflits se sont élevés, témoin la coupure suivante que nous faisons dans le compte-rendu du syndicat de Cherbourg, assemblée générale du 17 juin 1920.

Le docteur Le Duigou s'étant vu refuser un certificat par la Directrice de l'École pratique, sous prétexte qu'ils doivent être faits par un médecin assermenté, a adressé la lettre ci-jointe au Préfet de la Manche.

Monsieur le Préfet,

Voyant refuser un de mes certificats par la Directrice de l'École pratique de jeunes filles sous prétexte qu'ils doivent être faits par un médecin assermenté, j'ai l'honneur de vous prier de bien vouloir me faire prêter serment pour que je puisse faire des certificats aux divers fonctionnaires. Je me suis vu refuser en effet déja des certificats par l'administration des Ponts et Chaussées, des P. T. T. etc. Il en résulte une restriction notable dans l'usage que je puis faire de mon diplôme de docteur qui me donne le droit d'exercer la médecine et de délivrer des certificats. J'ai déjà prêté serment pour les certificats de la Caisse des dépôts et consignations. Ce serment doit-il être prêté à propos de chaque administration différente ?

Dans beaucoup de départements, tous les médecins qui le désirent prêtent serment, ce qui leur permet à tous d'exercer leur profession, ne crée pas de privilèges au profit de certains et évite qu'une suspicion regrettable plane sur les certificats des autres.

Recevez, etc.

Signé : Dr Le Duigou.

Le docteur Le Duigou dépose l'ordre du jour suivant :

« Le Syndicat des médecins de Cherbourg, considérant que certains de ses membres se sont vu refuser par des administrations des certificats délivrés à leurs malades, sous prétexte qu'une loi archaïque exige l'intervention d'un médecin assermenté ;

Considérant que cette obligation implique une suspicion blessante pour les autres médecins et une limitation injustifiée de l'usage de leur diplôme d'Etat selon les « droits et prérogatives qui y sont attachés » ;

Considérant que tant que ce texte aura force de loi, il y a lieu de considérer que la loi n'a pas spécifié le nombre des médecins assermentés, mais seulement que ceux qui délivreraient les certificats devraient avoir prêté serment ; que par conséquent, ainsi qu'il en a été décidé par plusieurs préfets, à la demande de quelques associations départementales, tous les médecins qui en font la demande devraient être admis à prêter serment ;

Considérant qu'une interprétation contraire de la loi ne peut avoir pour but que de favoriser certaines personnalités, au détriment de tous les médecins dont on limite ainsi les « droits et prérogatives qui leurs sont conférés » par le diplôme d'État qui leur a été donné, et dont on restreint l'activité dans l'exercice d'une profession qu'ils payent pour exercer ;

Considérant que du fait de leur mobilisation sur le front ou hors de leur domicile pendant plusieurs années, la plupart des médecins ont subi un préjudice considérable, qu'il y a plutôt lieu d'atténuer que d'aggraver.

Émet le vœu :

Que conformément aux décisions de plusieurs de ses collègues et aux desiderata plusieurs fois exprimés des associations médicales, Monsieur le Préfet de la Manche admette à la prestation de serment tous les médecins qui lui en feront la demande. »

Après un échange de vues auquel prennent part les docteurs Fatosme et Léard, l'ordre du jour Le Duigou est adopté et renvoyé, à toutes fins utiles, à la Fédération.

Nous avons appris depuis que le préfet de la Manche avait répondu qu'il agissait dans la plénitude de son droit en attachant à son administration les médecins en lesquels il place sa confiance et auxquels il fait prêter serment.

Ce droit est plus ou moins discutable, car l'administration est souvent fort embarrassée à montrer les textes réglementaires en vertu desquels elle nomme ses médecins assermentés. Le « Sou médical » est tout disposé à porter la question devant le Conseil d'Etat, dès qu'un de ses adhérents lui donnera une espèce se présentant bien.

L'administration ne sait pas non plus comment se reconnaître dans les textes législatifs et règlementaires, qui souvent se contredisent. Témoin les lettres suivantes, résultant d'une question posée par MM. Noël, député de la Meuse, et Grandjean, député de Meurthe-et-Moselle, à M. le Ministre du Commerce et des P. T. T.

Loi du 29 mars 1897. — Application de l'article 4.— Certificats médicaux. — Timbres à 0,60 aux agents des Postes et des Contributions indirectes.

23 *février* 1914.

Il arrive fréquemment que des employés des postes ou des contributions indirectes demandent à leur médecin habituel un certificat mentionnant la nature d'une maladie et la durée de l'incapacité qu'elle entraîne.

Or, leurs supérieurs hiérarchiques exigent que ce certificat soit fait *sur papier timbré à 0 fr.* 60, le médecin assermenté, disent-ils, ayant seul le droit de l'établir sur papier libre.

Il y a là une fausse interprétation de la loi du 29 mars 1897. L'article 4 de cette loi est ainsi conçu :

« Sont exempts du droit et de la formalité du tim-
« bre les certificats de maladie délivrés par les méde-
« cins non assermentés, quand ces documents con-
« cernent des agents accomplissant un service actif
« de l'État. »

Et le rapporteur général, M. Krantz, expliquait ainsi cette exemption :

« L'article 4 a pour but d'exonérer les agents des
« services de l'État d'une formalité onéreuse pour
« eux, et sans grand profit pour le Trésor. A l'avenir,
« les certificats médicaux dont les règlements ad-
« ministratifs exigent la production *pourront être*
« *établis sur papier libre, même lorsqu'ils* émaneront
« de médecins non assermentés. »

Or, il est arrivé, à Verdun, à Nancy, et ailleurs que les directeurs ont refusé des certificats non timbrés quoique portant la mention : « Délivré en vertu de l'article 4 de la loi du 29 mars 1897 », donnant comme raison que la loi ne devait s'appliquer qu'aux agents accomplissant un service actif, et non aux agents du personnel sédentaire.

Ils s'appuient sur la réponse faite par M. le sous-secrétaire d'État des Postes lors de la discussion du budget de 1913 et une interpellation de MM. les députés Damour et Dr Peyroux, lequel précisa dans sa réponse que seuls sont astreints à la formalité du timbre les agents du personnel sédentaire.

Or, cette distinction entre deux catégories d'agents ne signifie rien, favorise les agents des services actifs et applique une mesure onéreuse et vexatoire à ceux des services sédentaires qui ne sont pas les moins intéressants, petits employés pour la plupart au modeste traitement.

D'autre part, les six médecins assermentés du département de la Meuse habitent Bar-le-Duc, Verdun, Commercy, Montmédy, Stenay et Saint-Mihiel. Les agents qui habitent ailleurs qu'en ces localités, quand même ils le voudraient ou le pourraient, ne peuvent se déplacer ou faire déplacer le médecin assermenté et sont astreints, malgré la loi, malgré leur droit, à la dépense de 0,60 centimes par certificat.

En résumé, il ne s'agit pas ici de demander la suppression des médecins assermentés , mais d'étendre les dispositions de l'article 4 de la loi du 29 mars 1897 aux agents du personnel sédentaire, en un mot, de faire cesser cette chinoiserie administrative qui distingue les agents des services de l'Etat en deux classes, et d'obtenir que les agents à modestes traitements, souvent chargés de famille, soient exemptés de payer cet impôt pour des certificats obligatoires, lorsqu'ils tombent malades.

Réponse du Ministre du Commerce, de l'Industrie et des P. T. T.

« J'ai l'honneur de vous faire connaître que les
« catégories du personnel de l'administration des
« Postes et des Télégraphes considérées comme char-
« gées de l'exécution d'un service actif ont été fixées
« par la loi du 9 juin 1853, tableau annexe n° 2 com-
« plétée par les lois des 13 avril 1898, article 45,
« 30 mars 1902, article 42, et 22 avril 1905, article 41,
« et par la loi de finances du 30 janvier 1907, article
« 59. Dans ces conditions, lié d'une part par les dis-
« positions formelles de la loi du 29 mars 1897 qui
« exonère du droit et de la formalité du timbre les
« certificats médicaux produits par les seuls agents
« accomplissant un service actif et, d'autre part, par
« les textes législatifs, non moins formels, qui fixent
« les catégories d'agents des Postes et des Télégra-
« phes chargés d'un service de l'espèce, je me trouve
« empêché de donner une suite favorable à votre
« demande. Je vous en exprime mes plus vifs regrets.

Que convient-il de faire ?

Le syndicat doit se pénétrer de plus en plus de cette idée qu'il représente les éléments les plus sains du corps médical, puisque chaque syndiqué se soumet de bonne grâce à la juridiction du conseil de famille et de l'assemblée générale disciplinaire, en cas de manquement

aux engagements pris en commun, ou de faute déontologique.

Par suite, le groupe est qualifié pour démontrer au préfet que tout médecin syndiqué est susceptible d'être honoré de la confiance de l'administration, puisqu'en cas de manquement professionnel, en cas de complaisance, d'erreur volontaire ou involontaire, le préfet pourra toujours s'adresser au syndicat, pour instruire l'accusation portée contre un docteur inculpé de faux certificat.

C'est en somme un contrat collectif de travail qui interviendra entre l'administration et la collectivité morale professionnelle, représentée par le syndicat.

Je me déclare tout prêt à rédiger un projet de contrat de ce genre, pour ceux de nos confrères qui en manifesteraient le désir.

Si le préfet refuse tout pourparler, les médecins assermentés peuvent donner leur démission, au cas où ils trouveront, dans leur syndicat local l'appui suffisant pour qu'aucun autre confrère ne vienne à accepter les fonctions.

J'estime que le syndicat médical a un rôle considérable à jouer, s'il entre dans la voie, non de la bataille, plus ou moins bruyante et frondeuse, pour la défense des seuls intérêts égoïstes de la corporation, mais dans celle d'une collaboration sociale entre les collectivités qui ont besoin du corps médical, et ces mêmes médecins locaux. Le syndicat se porte garant de la correction professionnelle de ses adhérents et, en leur nom, il contracte valablement. Le contrat collectif de travail est l'avenir de demain. A nos confrères de prendre les devants.

Dr Paul BOUDIN.

II

Syndicat médical de l'arrondissement de Béthune.

14 *novembre* 1920.

Rapport du Dr Quénée.

Pour la troisième fois depuis le début de l'année, le Syndicat est appelé à discuter un nouveau tarif d'honoraires.

Plusieurs confrères se sont émus que le bureau du syndicat n'ait pas fait publier les tarifs adoptés comme il avait été convenu. Je tiens au nom du bureau à vous donner les motifs qui ont retardé la publication des tarifs.

A Hénin-Liétard, on avait adopté 7-10-15.

Mais, à Hénin, il ne s'agissait pas d'une réunion statutaire et le bureau a voulu faire rectifier les décisions prises par l'assemblée générale de juin. Chaque confrère avait cependant été averti par lettre de la décision prise à Hénin.

En juin, l'assemblée générale adopta 7-10-15, malgré les protestations de quelques confrères qu estimaient que le moment était mal choisi pour une augmentation de nos honoraires, alors que l'on parlait tant de la vague de baisse. Nous savons tous ce qu'a valu cette vague de baisse, qui s'est traduite par une nouvelle augmentation du prix de la vie.

Votre bureau qui avait été chargé de faire publier le nouveau tarif dans les journaux de la région a pensé, dans une réunion qui a suivi l'assemblée générale de juin, qu'il y avait lieu de surseoir à cette publication pour les raisons suivantes :

1° On discutait en ce moment le tarif des accidents du travail et le tarif proposé par l'Union était de 8 francs pour la consultation et de 10 francs pour la visite. N'était-il pas imprudent de publier un tarif inférieur à celui qui était proposé par l'Union ? N'était-ce pas donner une arme aux assureurs qui procédaient à des enquêtes sur les tarifs d'honoraires, dans les différents centres.

2° Votre bureau avait reçu également une circulaire concernant les tarifs d'honoraires pour pensionnés et réformés et la circulaire du Ministre spécifiait que la nécessité d'un tarif départemental s'imposait, que dans chaque département le préfet s'entendrait avec les représentants autorisés des organisations et syndicats médicaux pour élaborer un tarif qui serait soumis au Ministre. Ce tarif devait être inférieur au tarif de clientèle ordinaire. Ne devait-il pas excéder 8 fr. pour les villes d'une population inférieure à 200.000 habitants ni 10 fr. pour les villes d'une population égale ou supérieure à 200.000 habitants.

Pouvons-nous publier un tarif encore inférieur à celui qu'il nous était possible d'obtenir, d'autant plus que précédemment vous aviez fixé à 10 fr. le prix de la visite à réclamer pour les pensionnés et mutilés. Le préfet ne vous avait-il pas objecté que nous manquions de logique en réclamant 10 fr. pour les pensionnés et seulement 7 fr. pour les visites de clientèle ordinaire.

3° D'autre part, nous avons eu connaissance également de quelques tarifs adoptés par les différents syndicats de la région. Les uns étaient supérieurs, les autres inférieurs aux nôtres. Nous avons pensé qu'il serait peut-être bon d'essayer d'unifier ces tarifs, ou tout au moins d'essayer d'établir une moyenne assez raisonnable pour n'être pas encore forcés ultérieurement de modifier nos tarifs.

4° La question financière n'a pas été non plus étrangère à notre décision. Vous savez combien sont élevés les prix des insertions dans les journaux. Nous avons pensé qu'en publiant ces tarifs de 7-10 et 15, nous serions peut-être forcés peu de temps après d'en publier un nouveau. Le public comprendrait d'ailleurs assez mal ces modifications successives de nos tarifs.

Telles sont les raisons qui nous ont incités à surseoir à la publication des tarifs votés en juin.

La question se pose donc à nouveau aujourd'hui, et au nom du bureau, je viens vous demander quels

sont aujourd'hui les prix auxquels vous vous arrêtez. Dans quelques jours, toutes les publications utiles seront faites dans les journaux de la région : *Echo du Nord, Télégramme, Petit Béthunois, Avenir de l'Artois.*

A titre d'indication, je puis vous donner connaissance des tarifs adoptés par certains syndicats de la région.

Nous sommes tous d'accord, je crois, pour trouver insuffisants nos tarifs actuels. Alors que les ouvriers veulent toucher actuellement des salaires qui sont presque cinq fois ceux d'avant-guerre, tout en travaillant moins, je pense que nous aurions tort de ne pas suivre ces indications prolétariennes. Les statistiques indiquent d'autre part que le coût de la vie a augmenté dans la proportion de 4,4.

Il faut donc que nous augmentions nos honoraires dans une proportion juste et raisonnable.

N'oubliez pas, d'autre part, le danger qu'il y aurait à adopter un tarif trop bas : Méfiez-vous que pour le tarif Breton les assureurs ne nous refassent le tour de 1905 et dénoncent le tarif actuel en arguant que les honoraires de la clientèle ordinaire sont inférieurs à ceux de ce tarif. En 1905, on a abaissé le tarif Dubief de 2 fr. à 1 fr. 50 pour le Pas-de-Calais, pour une raison identique.

J'insiste aussi pour que le tarif kilométrique soit bien appliqué. Vous savez tous, comme moi, que des confrères encore maintenant se déplacent à plusieurs kilomètres de chez eux et ne veulent que le prix minimum de la visite, soit 5 fr. Le médecin est décidément un être incompréhensible.

Il se plaint que la profession ne nourrit pas son homme, que les frais de locomotion grèvent considérablement son budget, et il hésite à faire rétribuer ses services comme ils le méritent.

Dans la plupart des familles, le médecin n'est plus ce qu'il était autrefois, il faut bien le reconnaître, et il faudrait être bien présomptueux pour pouvoir compter sur la reconnaissance du client. Et puis, en tout cas, jusqu'à présent, la reconnaissance n'a jamais nourri personne.

Je vous demande donc, au nom du bureau, de vouloir bien indiquer les prix de base que vous croyez convenables.

Ne nous inquiétons pas s'il existe encore quelques réfractaires qui préfèrent travailler au rabais. Engageons-nous à appliquer strictement les tarifs que nous aurons adoptés. Nous ferons peut-être moins de visites, mais nous gagnerons autant, avec une fatigue bien moindre. Les réfractaires auront peut-être un avantage, mais cet avantage restera momentané. Ils finiront par comprendre qu'il est absurde de se surmener à prix réduits pour une clientèle qui, à l'occasion, ne manquera pas de les accabler et ils reviendront à des idées plus saines. En attendant que les illusions de ces confrères soient disparues, adoptons vis-à-vis d'eux la conduite que nos règlements ont établie et refusons dorénavant tout rapport confraternel avec eux s'ils ne font pas partie du syndicat. S'ils en font partie, appliquons le règlement. Il faut absolument que nous arrivions à cette tactique, si nous voulons, dans la suite, que nos revendications aboutissent.

Il faut que nous soyons groupés et forts pour pouvoir lutter contre les attaques auxquelles aura à répondre dans un avenir peu éloigné tout le corps médical français.

Le fonctionnarisme nous guette et je ne sais si la résistance de nos syndicats saura nous en dégager. On a créé les bureaux d'hygiène. On vient de créer l'équipe sanitaire mobile. L'avenir nous réserve l'assurance maladie obligatoire. Vous savez en quoi elle consiste. Tout employé dont le salaire mensuel ne dépasse pas 250 francs sera obligatoirement assuré par son employeur contre la maladie et recevra de ce fait les soins médicaux pour maladie, blessure, quelle qu'en soit la cause. Les employés salariés mensuellement entre 250 et 1.000 francs seront assurés facultativement. Or, en Alsace-Lorraine, où ce régime existe, l'abonnement médical n'a jamais dépassé 14 francs par tête et par an.

En présence de ce danger, il faut que tout le corps médical français s'unisse et c'est pourquoi j'espère que les quelques dissidents que nous avons encore au syndicat de Béthune viendront à nous et que les hésitants, ou plutôt les tièdes, accepteront les statuts « draconiens » (le mot a été prononcé) de notre syndicat et se soumettront volontiers aux décisions prises par les assemblées générales, particulièrement en ce qui concerne les honoraires médicaux. C'était le but de mon rapport. Je m'en suis un peu éloigné et vous prie de m'excuser.

Tarif minimum. — Après discussion, il est décidé d'adopter, à partir du 1er décembre prochain, le tarif minimum suivant :

Consultations : 6 - 8 - 10 francs (interventions en sus et pansements, ventouses, injections, pointes de feu.)

Visite simple : 8 - 10 - 15 francs.

Visite de malade, le dimanche : le double.

Visite de nuit : le triple.

Tarif kilométrique : 1 fr. par km. parcouru de jour, comme de nuit.

Examen assurance vie : 50 francs.

Accouchements : 100 francs.

Ce tarif sera publié dans tous les journaux régionaux et communiqué aux syndicats voisins du Pas-de-Calais et du Nord.

De nouvelles affiches seront imprimées et envoyées à tous les médecins de l'arrondissement.

4° Tarif des mutualités : Le Dr Lecat, secrétaire de la commission des Mines, rend compte des démarches faites par ladite commission auprès des directeurs de compagnies et des présidents de caisses de secours : de l'impression rapportée de ces démarches, il ressort nettement que les médecins peuvent espérer l'amélioration de leur sort s'ils veulent s'entendre et se tenir les coudes, que tous les retardataires

fassent un effort et donnent mandat par écrit à la commission, en vue de toutes démarches utiles.

Il est décidé, après un échange de vues entre tous les médecins de mines, de réclamer l'application du tarif de 20 fr. pour les caisses de secours et 10 fr. pour les blessés. Les médecins de la Cie de Béthune touchent déjà au moins 20 fr., il ne sera donc pas fait de démarche pour eux, mais seulement pour les confrères qui réclament le bénéfice du même tarif.

Un extrait de la décision sera envoyé aux Mines de Nœux, Dourges, Liévin, Vendin, Ostricourt. A Courrières, les confrères Lequint et Delvallée feront eux-mêmes la démarche nécessaire.

5° Pensionnés et réformés de la guerre :

En attendant le décret d'administration publique devant fixer le tarif après accord avec l'Union des syndicats médicaux, les confrères sont priés d'adresser leurs bons de visite non tarifés 15 jours avant la fin du trimestre.

6° Inspection médicale des écoles :

Certains confrères ont reçu communication d'une lettre de l'inspecteur d'académie demandant aux maires d'organiser l'inspection médicale des écoles.

Une étude sera faite afin de déterminer avec le plus de précision possible les obligations qui incomberaient aux médecins chargés de ces fonctions. La question est donc réservée et le bureau verra si le minimum de 1 fr. 80 par tête d'enfant est suffisant. Des renseignements parvenus depuis la séance permettent de préciser aujourd'hui quelles seront ces obligations. Voici les services essentiels que le médecin inspecteur peut rendre à l'école et les conditions que doit remplir son inspection pour être efficace :

1° Il inspecte les locaux au point de vue hygiène (installation des W. C., eau potable, éclairage, aération, voisinages insalubres). A ce sujet, il éclaire les municipalités et l'inspecteur d'académie.

2° Il inspecte la tenue des locaux scolaires, le balayage, l'essuyage, se font-ils dans des conditions hygiéniques. Le blanchiment des murs est-il effectué une fois l'an. Les prescriptions d'hygiène concernant l'aération et le chauffage sont-elles observées par le maître ? A ce sujet, il renseigne l'inspecteur et les municipalités. Il use de son autorité auprès des municipalités pour que les locaux soient tenus dans un parfait état de salubrité.

3° Il inspecte les classes au point de vue de l'hygiène des élèves. Il examine si le maître tire le meilleur parti du mobilier mis à sa disposition, notamment si les élèves sont répartis aux tables d'après leur taille. Si le maître tient compte des faiblesses, des infirmités (surdité, myopie, etc.) dans la répartition des enfants dans la classe.

4° Il suit le développement physique de chaque enfant. Premier examen de chaque élève au point de vue du poumon, cœur, organes essentiels. Examen à part et plus détaillé des sujets douteux. Passage à la toise et à la bascule. Aide d'une infirmière assistante ou du maître ou du directeur, inscription de ces renseignements sur une fiche.

Après ce premier examen, le médecin inspecteur suit attentivement l'évolution des douteux ; ses examens permettent de donner conseils aux parents et aux maîtres et de former une sélection sérieuse pour colonies de vacances, suralimentation, soins spéciaux.

5° Le médecin inspecteur visite les classes en activité sur la demande du directeur pour examiner si tel élève qui continue à venir en classe présente ou non un mal contagieux et doit ou non être écartés.

6° En cas d'épidémie, le médecin inspecteur est le conseiller naturel des maîtres et des municipalités. Les conseils qu'il donne en classe ont plus d'efficacité que ceux du maître auprès des familles.

Observations. — Ainsi comprise, l'inspection médicale n'est pas une sinécure et la rémunération proposée par le syndicat est loin d'être suffisante.

9° *Conseil de famille.* — Rapport du docteur Lejeune (adopté). Ses attributions ; règlement intérieur du Syndicat.

Vous avez pu voir, Messieurs, dans la lecture des statuts qu'ils prévoient un conseil de famille. Ce Conseil de famille se compose des membres du bureau et des anciens présidents (ne serait-il pas bon d'y adjoindre les présidents de sections régionales ?).

Ses attributions consistent à examiner, instruire, arbitrer ou juger, en premier ressort, tous les conflits qui surgissent entre syndiqués.

Les plaintes sont portées avec toutes preuves et documents précis devant le président du Syndicat. Il ne serait donné aucune suite à des allégations non appuyées de preuves et basées sur de simples racontars d'intermédiaires qui ne seraient pas prêts à en témoigner sous serment et par écrit.

Le président, si l'affaire mérite suite, ordonne aussitôt une enquête et le confrère chargé d'entendre les deux parties adressera un rapport écrit dès qu'il aura pu se faire une opinion.

Au reçu de cette pièce et des documents utiles, le président convoque le Conseil de famille et, pour être entendus devant lui, les confrères en litige. Les confrères comparaissent en même temps ou séparément, suivant qu'il en a été décidé au préalable par le Conseil. Seront également entendus tous témoins indispensables à la demande des deux parties adressée au Confrère enquêteur.

Le Conseil de famille devra toujours tendre à faire accepter son rôle comme celui d'un tribunal d'arbitrage, quand il jugera qu'il n'y a pas lieu de faire un exemple pour sauvegarder la discipline syndicale. L'affaire, dans ce cas, ne sera pas portée devant l'Assemblée générale, si c'est le désir formellement exprimé par les parties intéressées.

Dans le cas contraire, la question sera soumise à l'Assemblée réunie dans les conditions prévues à l'article 7 des statuts.

Rapport écrit sera lu par un délégué du Conseil

de famille, les parties y seront entendues à nouveau et les votes seront accueillis et appliqués aussitôt conformément aux statuts.

Le Conseil de famille, les confrères en litige, les témoins, s'il y en a, s'engagent sur l'honneur à garder la discrétion la plus absolue sur les débats de la réunion et sur les solutions apportées au règlement du conflit en vue d'éviter des incidents regrettables.

III

Syndicat des médecins de l'arrondissement de Beaune.

Vœu.

Les médecins syndiqués de l'arrondissement de Beaune (Côte-d'Or), réunis en assemblée générale le 16 janvier 1921, considérant :

Que dans toutes les nouvelles lois sociales on voit inscrire comme axiome que le médecin doit être honoré, non suivant ses capacités, ni le travail fourni mais d'après le nombre des habitants de la commune où il exerce ;

Que le grand argument de ceux qui soutiennent ce principe souverainement injuste, c'est que la vie est plus chère dans les grandes villes que dans les campagnes ;

Que, depuis la guerre, c'est généralement le contraire qui se produit, car, dans beaucoup de campagnes la vie est plus difficile et plus chère que dans les grandes villes, qui ont à leur disposition de nombreuses ressources (frigo, arrivage de poisson, syndicats d'alimentation, etc.) ;

Que les études et les dépenses ont été les mêmes pour obtenir le même diplôme ;

Que les frais d'installation sont les mêmes à la campagne et dans les villes ;

Que l'auto est indispensable au médecin de campagne, avec tous les frais qu'elle entraîne, que les kilomètres parcourus sont mal rétribués et que le temps perdu sur les routes n'est nullement payé ;

Que le médecin de campagnes est souvent seul en face des responsabilités les plus lourdes et qu'il doit intervenir souvent dans des conditions difficiles ou déplorables ;

Que les depenses d'éducation sont plus élevées pour le medecin de campagne, qui doit mettre ses enfants dans les internats, tandis que le médecin de grande ville a toutes les ressources universitaires à sa disposition ;

Que les tribunaux n'ont qu'un tarif d'amendes et de dommages-intérêts et que ce tarif n'est pas réduit d'un quart pour les médecin de campagne ;

Que l'aphorisme : A travail égal, salaire égal, ne saurait être contesté ;

Ont émis à l'unanimité le vœu suivant et demandé qu'il soit transmis au bureau de l'*Union* des Syndicats médicaux de France :

« Les catégories entre médecins de ville et médecins de campagne sont abolies ; les honoraires médicaux seront les mêmes dans toute la France, pour les villes et les campagnes, dans toutes les lois sociales votées ou en préparation. »

HYGIÈNE ET PROPHYLAXIE

L'éducation hygiénique, La désinfection prophylactique.

L'hygiène est à l'ordre du jour. Il n'est bruit que de la création, de l'organisation et du fonctionnement de dispensaires, à l'instigation et sous la direction de l'Office national d'hygiène sociale. On parle hautement, par ailleurs, de la réforme de la loi de 1902 sur la santé publique. Un ministère de l'hygiène, dans les conseils du gouvernement, se flatte de centraliser tout ce qui intéresse cette science, considérée du point de vue de son influence sur la collectivité, puis de donner des directives, d'exercer un contrôle, de perfectionner une technique irréprochable, entre les mains d'un personnel trié sur le volet.

Une vaste agitation, que l'État entretient, se fait autour du mot. Agitation factice et stérile, car quand on va au fond des choses, on demeure stupéfié de la vanité des résultats.

Que si l'on prend la peine de rechercher les causes de ce *much ado about nothing*, comme disent nos amis les Anglais, point n'est besoin d'être sorcier pour les découvrir.

Nous poserons d'abord en principe que l'hygiène publique, l'hygiène collective, bénéficie totalement d'abord des acquisitions et des effets de l'hygiène individuelle. Celle-ci est primitivement à la base ; l'autre est, dans une certaine mesure, une conséquence. Le jour où les prescriptions de l'hygiène individuelle seront scrupuleusement observées, l'hygiène publique, collective, ne sera pour ainsi dire plus qu'un jeu, tout au moins en ce qui concerne l'homme pris en lui-meme.

Or, que fait-on pour inculquer à l'individu ces notions primordiales qui exerceront une action si salutaire sur ce que j'appellerai son perfectionnement sanitaire ? Rien ou presque rien.

Le rudiment de l'hygiène individuelle est, à n'en pas douter, la propreté corporelle. Non pas une propreté de surface, plus apparente que réelle, mais un soin constant et méthodique du tégument et des cavités accessibles. Or, que nous révèle l'observation impartiale des faits ? Que cette propreté, que je considère, pour ma part, comme une forme de la politesse, est pour ainsi dire inexistante. La guerre a été pour nous tous un enseignement, et il n'est pas un seul médecin qui ait eu la direction d'un service ou d'une formation sanitaire de l'arrière pour me démentir. Prenons cent individus, au hasard. Combien, parmi ceux-ci, se lavent les pieds une fois par jour ? Combien se lavent la surface du corps une fois par se-

maine ? Il y a quelques années, la première page d'un numéro du *Rire* représentait deux miséreux, deux zoniers, dans le cadre plus que primitif et sommaire où s'écoule la vie de ces malheureux, dont l'un disait à l'autre : « D'abord, moi, que j'en aye besoin ou non, je prends un bain une fois par an ». Je doute que l'auteur du dessin et de la légende ait eu la prétention de donner une leçon à ses lecteurs. Et pourtant, derrière cette drôlerie, qui prête tout d'abord à rire, quelle critique profonde de nos mœurs ! Ce n'est pas seulement chez les zoniers que se rencontre un pareil dédain des soins de la plus élémentaire propreté.. Et je sais bon nombre de gens, parfaitement civilisés et policés, pour qui la baignoire, voire le tub, apparaissent comme un luxe négligeable.

Comment en serait-il d'ailleurs autrement ? On ne le leur a jamais appris.

Dans un article récent, paru dans *Le Journal*, le professeur Calmettes déplorait les conceptions désuètes qui président encore à l'édification des écoles. « Il faut développer dans le peuple la connaissance et la pratique de l'hygiène » proclament dans leurs discours et dans leurs écrits les législateurs. Mais, dans bon nombre d'écoles de France, vous chercheriez vainement un vestiaire, des lavabos, des prises d'eau nombreuses abondamment pourvues. Et l'on cite comme évènement extraordinaire et phénoménal, cette petite commune du centre de la France où, par des moyens de fortune, un instituteur animé d'une foi d'apôtre, et secondé par un inspecteur d'Académie ami du progrès et des initiatives, a pu installer, dans les locaux scolaires, tout un sysème de lavabos-toilettes où les enfants trouvent des chaussons pour remplacer, pendant les heures de classe, leur souliers plus ou moins crottés, un peigne, un savon, une brosse à dents, une brosse à habits, objets dont l'usage est imposé, faute de quoi l'écolier n'est pas reçu.

En comparaison avec cette tentative que couronne le succès, et qui devrait être imitée et generalisée, comptez le nombre de minutes qui sont parcimonieusement accordées le matin aux internes, dans les collèges, les lycées et les pensions, pour faire leur toilette.

Dans les casernes modernes, il existe une salle de bains-douches. Les avez-vous jamais fréquentées pour votre compte, confrères qui me lisez ? Je l'ai fait, et j'en garde un souvenir écœuré. Une façade, qui n'a rien de brillant, et derrière laquelle il n'y a rien. Je me trompe : les rares fois où, par esprit de discipline, je me suis hasardé dans cet antre, j'ai constaté que j'en sortais plus sale que je n'y étais entré.

Si l'on veut donc apprendre l'hygiène pratique aux hommes, c'est quand ils sont enfants qu'il faut commencer. Ce n'est qu'une question d'éducation. A cela se résume le substantiel discours de l'éminent directeur de l'Institut Pasteur, M. E. Roux, que nous avons reproduit dans le numéro 2 du *Concours médical*, sous ce titre : *La propagation de l'hygiène en France.*

L'hygiène sera donc éducative, ou elle ne sera pas. C'est dès sa naissance, c'est dès le berceau qu'il faut baigner l'enfant, le laver, le savonner, régulièrement et souvent. Une habitude prise ainsi à l'époque où la vie est purement végétative deviendra une seconde nature, et quand il grandira, l'enfant la gardera sans effort, souffrant au contraire le jour où il sera empêché de la suivre. Les mains, les pieds, les dents et la bouche, les organes génitaux, la région périnéo-anale seront l'objet de lavages journaliers, pratiqués passivement tout d'abord dans la première enfance, puis activement, dès que l'enfant commencera à le pouvoir faire lui-même.

S'il passe du milieu familial au milieu scolaire, il y devra trouver la facilité de se livrer, facilement et avec le temps nécessaire, à toutes ces ablutions. Et quand plus tard, il habitera la caserne, le jeune homme qu'il sera devenu ne devra rencontrer aucun obstacle à continuer des pratiques qu'il conservera ensuite pendant toute sa vie, et qu'il transmettra fidèlement à son tour à ses enfants.

En agissant ainsi, l'homme se fortifiera, augmentera sa résistance, se procurera des sensations de bien-être indicible, et verra diminuer pour lui les risques de contagion et d'infection.

Et s'il advient que, malgre tout, il n'échappe pas à ceux-ci, combien mieux armé ne sera-t-il pas pour se défendre contre la maladie et en sortir triomphant ! S'il a pris l'habitude du bain au moins hebdomadaire, il ne sera pas surpris le jour où ce bain, répété plusieurs fois par jour, deviendra l'élément le plus important du traitement qui lui sera prescrit contre la fièvre typhoïde ou la pyrexie quelconque dont il sera atteint, et loin d'y contredire, il sera le premier à s'y prêter de bonne grâce.

L'éducation hygiénique sera donnée, dans la famille, tout d'abord par le médecin. C'est lui qui, appelé à présider à la naissance d'un enfant, commencera par le baigner lui-même et, pendant les jours qui suivront l'accouchement, qui continuera à veiller à la continuation régulière des lavages. Son action sera ensuite prolongée par l'instituteur à l'école, par le professeur dans les lycées, collèges et pensions, et plus tard, par l'officier, à la caserne.

C'est ainsi qu'il apparaît, une fois de plus, que le médecin est le grand hygiéniste dans la famille, comme il le doit être dans la société.

C'est ainsi que s'affirme une fois de plus cette vérité, que ce ne sont ni les discours, ni les affiches, ni les circulaires qui atteindront le but visé, si la coopération du corps médical n'est pas mise intelligemment à contribution.

***

Mais si l'hygiène, partant de la propreté corporelle, et étendue à l'alimentation, à l'habitation, au vêtement, à l'exercice, à la vie en commun, diminue la maladie, il serait vain de se flatter que celle-ci disparaîtra complètement de la surface du globe.

Contagieuse et épidémique, elle réclamera encore l'intervention de l'hygiène dans la thérapeutique, pour le malade lui-même ; mais elle réclamera en outre l'intervention de la prophylaxie pour la défense et la protection de son entourage d'abord, puis de la collectivité tout entière.

Ici, le rôle du médecin deviendra plus prépondérant que jamais. A lui, en effet, la tâche de dépister la maladie en cause, par un diagnostic aussi précis et aussi précoce que possible ; à lui le soin de prescrire le traitement qu'elle exige ; à lui encore le souci de la prophylaxie familiale.

Mais la prophylaxie ne peut pas être que familiale ; elle doit dépasser le cadre de la famille, pour s'exercer au bénéfice de la collectivité : quartier, hameau, commune, etc.

Cette prophylaxie sociale repose sur une mesure qui fut longtemps discutée, mais qui semble, à cette heure, admise, au moins théoriquement, et non sans réserves d'ailleurs, puisqu'elle est appelée à rester inopérante si elle n'est pas suivie d'autres mesures ocmplémentaires : je parle de la *déclaration* ; là où les opinions diffèrent, c'est sur la désignation de celui qui doit la faire. La loi l'impose au médecin obligatoirement, à peine de sanction. En fait, les déclarations sont assez régulièrement faites par les médecins. Mais, il est permis d'affirmer que c'est à leur corps défendant. La déclaration est ou paraît nécessaire, soit. Mais ce n'est pas au médecin d'en endosser la responsabilité, Le malade est seul l'auteur du risque qu'il fait courir à la société ; c'est à lui, ou à son défaut, à son représentant, que doit incomber le devoir, sous sa responsabilité, de provoquer les mesures qui limiteront ce risque. Le droit, d'accord avec le bon sens, précise que l'auteur d'un préjudice causé à autrui en doit réparation. Si la comparaison ne peut se poursuivre étroitement entre le malade contagieux, danger menaçant, mais pas toujours réalisé, et l'acte préjudiciable accompli, la notion de responsabilité n'en reste pas moins la même dans les deux cas.

C'est pourquoi je suis opposé à la déclaration obligatoire par le médecin, prétendant que c'est le malade ou son représentant qui devrait y être astreint ; le médecin aurait le devoir strict d'intervenir pour ordonner à son client d'accomplir cette formalité. Tout au plus, pourrait-on envisager l'éventualité de mettre le médecin en cause d'une façon analogue à celle qui lui impose légalement l'obligation de déclarer les naissances auxquelles il assiste, dans une mesure vague, qui respecte le secret professionnel proprement dit.

Je n'insiste pas plus longuement sur ce sujet qui dépasse les limites de mon article.

Ce que je veux surtout mettre en évidence, c'est que la déclaration a pour but essentiel la mise en œuvre de la *désinfection, qui est l'opération prophylactique par excellence.*

Mais, à ce propos même, le médecin familial n'est pas désarmé, et il peut facilement donner des indications précises et efficaces qui permettent de se passer de la désinfection administrative.

Quoi de plus simple que de procéder au lavage des parquets, des lambris et des murs non tapissés, avec de l'eau de Javel coupée d'eau commune ? Quoi de plus simple que de faire recueillir les linges de corps et de literie dans de grands sacs stérilisés par un repassage au fer chaud, et de porter le tout immédiatement dans le récipient où bout à gros bouillons la lessive la plus ordinaire ? Quoi de plus simple encore que de pratiquer la désinfection des crachoirs, des vases, des cuvettes, et quel est le médecin qui a jamais négligé de veiller à l'exécution de toutes ces petites opérations, qui assurent la désinfection en cours de maladie ?

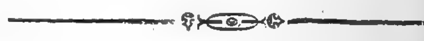
Mais, la maladie est terminée. Il faut alors désinfecter les locaux où elle a évolué, et ce qu'ils contiennent. Désinfection en surface et en profondeur, disent les techniciens. Est-ce donc si inaccessible à la famille elle-même du malade, dirigée par son médecin ?

Un produit chimique, actif entre tous, y peut largement suffire : c'est le formol, connu encore sous le nom de trioxyméthylène. Mélangez 2/3 de formol avec un tiers d'acide phénique, à raison de 20 grammes de mélange par mètre cube. Ouvrez largement placards, armoires et commodes, écartez lingerie et vêtements, matelas et sommiers. Fermez hermétiquement portes et fenêtres. Étendez entre deux chaises une serviette dépliée et versez dessus le mélange indiqué plus haut. Il s'évaporera lentement et les vapeurs se répandront partout pour faire leur œuvre assainissante. Mais, me direz-vous, le procédé est bien rudimentaire, et peut-être discutable dans son efficacité. Recourez alors à la méthode infiniment plus élégante des cartouches de formol, dont le prototype est le fumigator Gonin. Simplicité et sécurité, telles sont les deux qualités principales du fumigator, qui a conquis depuis longtemps droit de cité dans l'administration elle-même, puisque son emploi est considéré par celle-ci comme donnant de suffisantes garanties.

Concluons : le médecin praticien est le grand éducateur en hygiène. Il est également le grand metteur en œuvre en prophylaxie dans le milieu familial. L'hygiène et la prophylaxie privées, individuelles, trouvent en lui leur principal et plus avisé champion. Donnons-lui les moyens de remplir sa tâche, et l'hygiène et la prophylaxie publiques, qui sont et veulent en même temps être administratives, trouveront leur besogne à moitié faite.

Personne ne s'en plaindra.

G. Duchesne.



RECOUVREMENTS

D'HONORAIRES MÉDICAUX

M. Louis AUDEBERT, Avocat, *Directeur du Contentieux de Syndicats Médicaux. Administrateur d'immeubles.*

5, rue des Saints-Pères, PARIS, Tél. Saxe 48-53.

Pour toute demande de renseignements écrire à Me Audebert, en joignant un timbre pour la réponse

AVIS

Nous tenons à la disposition de nos lecteurs les imprimés suivants :

IMPRIMÉS DIVERS

Accidents du travail

Notes d'honoraires médicaux. Mémoires de fournitures pharmaceutiques prévues par l'arrêté ministériel du 8 juillet 1920.

Certificats. — Certificats pour blessés d'accidents du travail.

Mémoires d'expertises. — Accidents. — Mémoires d'expertises médicales concernant les accidents du travail.

Justice criminelle

Mémoires de frais de justice criminelle (honoraires). **Mémoires de frais de justice criminelle** (fournitures).

Ces imprimés sont établis d'après le format officiel.

Feuilles de Comptabilité, servant à établir le compte de chaque client.

(*Modèles se trouvant dans l'Agenda-Memento du Praticien*, édition 1920).

Ces différents imprimés sont envoyés au prix de franco :

Les 50	5 fr. »
Les 100	8 fr. »
Les 500	35 fr. »
Le 1000 ...	60 fr. »

Adresser les commandes accompagnées du montant à M. C. Boulanger, administrateur du Concours médical, 132, *faubourg St-Denis Paris.*



MÉDECINE PROFESSIONNELLE

Pour discuter impartialement les questions professionnelles qui agitent le corps médical en France, il est instructif de savoir comment ces mêmes questions se posent dans les autres pays européens, et comment elles y sont envisagées par nos confrères.

Nous estimons, en conséquence, qu'il y a, pour nos lecteurs, quelque intérêt à prendre connaissance de l'article suivant, paru dans Liège médical *du 20 décembre* 1920.

C'est une critique de la doctrine du libre choix, surtout quand il est revendiqué au bénéfice d'une clientèle à laquelle un tiers (patron ou association) assure le secours médical, en cas de maladie.

Devons-nous ajouter que cette critique ne nous a nullement convaincu et qu'elle repose sur une argumentation spécieuse et facile à démolir ?

Lisons d'abord. Nous commenterons ensuite.

Le libre-choix du médecin et les associations professionnelles.

Le libre choix du médecin par le malade ou par le blessé ne devrait être entravé par rien ni par personne, voilà le dogme, la théorie, l'idéal que les associations médicales ont placé au premier plan de leurs revendications.

Dans notre province, elles ont tâché de le réaliser sur le terrain de la mutualité, et immédiatement, sans doute pour les récompenser de ce louable effort, beaucoup leur ont reproché de ne pas exiger son application dans tous les domaines.

Peut-être ces esprits critiques, très bien intentionnés d'ailleurs, trouveront-ils dans l'exposé que je vais faire, au moins des circonstances atténuantes à une attitude qui leur paraît à première vue manquer de logique.

Et, d'abord, il faut reconnaître que le droit pour tout blessé ou malade pris individuellement d'être soigné par le médecin de son choix semble *a priori* indiscutable ; la beauté, la justice, la charité du principe charment le cœur, font taire les objections de la raison, dominent les appréhensions des intérêts même les plus respectables.

Mais la mise en pratique de ce droit individuel soulève immédiatement des difficultés. Et, d'abord, le droit de l'individu à choisir son médecin est limité par le droit du médecin au libre choix de ses malades. Il ne viendra à l'idée de personne d'obliger un médecin (hormis le cas d'urgence, où les droits de l'humanité priment tout), à soigner tous les malades à qui il prendrait la fantaisie de réclamer ses soins. Tel médecin habitant la ville peut se récuser si un malade de la campagne l'appelle pour soigner journellement une pneumonie ; tel oculiste ne manquera pas à son devoir s'il refuse de soigner un cas de grande chirurgie ; on ne pourra faire un grief à tel professeur de médecine s'il ne répond pas au désir, cependant bien naturel, des nombreux malades qui voudraient le voir tous les jours à leur chevet.

Ce droit du médecin peut constituer une première impossibilité à l'application du libre choix absolu du médecin par le malade.

De plus, l'individu fait partie d'une famille, il est membre d'une mutualité, il est affilié à un parti, à une secte philosophique, il est employé aux chemins de fer, soldat d'une armée, il habite une commune, une province, un pays, et immédiatement l'application de la théorie va se buter à des difficultés, si pas à des impossibilités, résultant des droits opposés au droit de l'individu.

Dans une famille, le mari s'arroge le droit de choisir le médecin pour sa femme. Je n'ai pas la prétention de discuter ce droit, je constate qu'il peut s'opposer au droit de l'épouse à choisir son médecin.

Un homme s'inscrit librement dans une mutualité qui s'engage à lui fournir un service médical ; *il abandonne donc son droit à la mutualité* qui va agir en son lieu et place pour donner un accroc franc ou déguisé au principe sacro-saint du libre choix ; car la mutualité prétend avoir le droit de choisir ses médecins. Si même elle accorde un prétendu libre choix, elle le restreint en réalité en ne payant qu'un tarif déterminé que n'admettent pas tous les médecins ; si elle oblige au choix du médecin pour un an, le membre, pendant ce laps de temps, est enchaîné à son médecin.

L'individu est membre d'un parti, d'une secte religieuse ou areligieuse. Au nom de la discipline politique, il doit lire le journal de son parti, prendre le pain à la coopérative de son parti. Est-ce aussi un devoir pour lui de prendre le médecin de son parti ?

Un catholique se fera scrupule de prendre comme médecin un franc-maçon, un franc-maçon rougira d'être soigné par un médecin catholique.

Concluons que les influences politiques et philosophiques prétendent placer au-dessus du droit de l'individu le droit supérieur du parti, de la religion ou de l'areligion.

Ne discutons pas le bien-fondé de ces droits, constatons leur opposition.

L'individu est ouvrier d'une grande usine. Le patron lui offre en cas de maladie un service médical gratuit, mais se réserve le droit de choisir les médecins qu'il honore lui-même. La gratuité du service médical est ici l'obstacle au libre choix : *L'ouvrier vend son droit au patron, ou plutôt le patron lui achète ce droit en payant la note du médecin.*

Si l'ouvrier est blessé au cours de son travail, le patron est responsable de l'accident. Celui-ci veut savoir si réellement il y a eu accident de travail, et pour cela il s'adresse à un médecin qui a sa confiance ; il prétend que le libre choix du médecin par le blessé peut inciter un médecin, influencé parfois par son intérêt, à soutenir les revendications, même mal fondées, de son ouvrier. Il prétend que si l'ouvrier subit un préjudice du fait de son accident, lui aussi en supporte les conséquences, et que cette responsa-

bilité lui donne le droit d'intervenir dans le choix de l'homme qui va s'efforcer de diminuer ou de faire disparaître les conséquences de l'accident. Il prétend que le libre choix absolu du médecin par le blessé a donné lieu en France à des abus déplorables, qu'il a nui à l'industrie, en la grevant d'impositions exagérées, au médecin honnête et souvent même au blessé, pour ne servir qu'à un petit nombre de médecins peu scrupuleux, se pliant à toutes les bassesses, à tous les marchandages, usant de tous les moyens pour s'attirer les faveurs des ouvriers. Il fait remarquer parfois qu'il a créé des installations hospitalières modèles, munies de toutes les ressources scientifiques qui permettent de donner aux ouvriers des soins indiscutablement plus parfaits que ceux prodigués, même avec le dévouement le plus complet, par le praticien isolé.

Concluons qu'en face du droit de l'ouvrier au libre choix, se dresse, discuté nous le voulons bien, mais affirmé hautement et défendu âprement, le droit du patron à choisir le médecin de l'ouvrier à qui il offre gratuitement le service médical en cas de maladie et d'accident.

Toute commune est tenue d'assurer le service médical à ses indigents. Elle choisit ses médecins parmi ses concitoyens et élimine généralement les médecins des communes limitrophes. L'indigence donnerait-elle comme barrière au libre choix l'étroite limite du territoire communal ?

Nous nous refusons à l'admettre, mais la pratique administrative a sanctionné cette habitude de la force terrible de l'inertie.

L'État, les villes, ont créé des hôpitaux réservés théoriquement aux indigents, mais encombrés par les non-indigents ; la province offre à ses administrés des laboratoires de bactériologie, des dispensaires antivénériens et, au nom des exigences de la science, des nécessités d'organisation devant lesquelles nous nous inclinons volontiers, ces diverses collectivités choisissent, très judicieusement souvent, les dirigeants de ces organismes en raison de leurs aptitudes spéciales. Il n'en est pas moins vrai que parfois les malades préfèreraient trouver en lieu et place de ces médecins privilégiés le spécialiste qui a seul leur confiance.

Le soldat à l'armée se voit imposer un médecin militaire. J'ai trop de respect pour l'armée pour discuter son organisation, mais je dois bien constater que le port de la tenue est un obstacle insurmontable à la jouissance pleine et entière du libre choix. C'est une raison d'État ; inclinons-nous donc, provisoirement au moins, mais constatons avec épouvante qu'on enrégimente dans le service médical de l'armée les gendarmes, les orphelins de la guerre, les ouvriers des chemins de fer qui doivent être hospitalisés. Pourquoi s'arrêter là ? Les infâmes civils ont-ils bien le droit de soigner un ouvrier ou un employé de l'État quel qu'il soit ? Au cachot le libre choix et silence dans les rangs !

Les ouvriers, les employés des chemins de fer de l'État jouissent eux aussi des bienfaits d'un service médical organisé au choix du ministre, seul compétent sans doute.

Il n'est pas jusqu'au malheureux prisonnier à perpétuité pour un petit assassinat de rien du tout qu'on ne punisse en lui imposant un médecin qui ne lui prescrira certainement pas des promenades journalières, si hygiéniques cependant, à la campagne.

Que pensent les médecins du libre choix ? Les jeunes, qui entrent dans la carrière au nom du droit à l'existence, le réclament à grands cris partout et toujours, et protestent contre les privilèges quels qu'ils soient. Les vieux praticiens, qui ont cherché dans certains monopoles la stabilité de leur budget, qui se sont installés dans certains milieux en raison des places fixes qu'ils y rencontraient, qui ont même quelquefois consacré leur activité tout entière au service de grandes collectivités en délaissant d'autres domaines, prétendent que les jeunes doivent respecter le principe des droits acquis. Tel médecin proteste contre un monopole laissé à son voisin, mais considère comme un cas spécial le privilège qu'il a pu obtenir dans un autre domaine.

Ces discussions sont regrettables et on comprend que nos associations professionnelles, pour sauvegarder les intérêts de tous et conserver la cohésion dans le corps médical, ont pour devoir de rechercher les formules progressives capables de satisfaire les aspirations légitimes des uns, sans nuire aux droits respectables des autres et en tenant compte des nécessités sociales. Je dis formules progressives, parce que je pense après l'exposé que je viens de faire, que tous les confrères comprendront que la question du libre choix ne peut se résoudre par une formule générale et simpliste, que plus personne ne fera un grief aux associations médicales de ne pas exiger l'application intégrale et immédiate du libre choix du médecin partout et toujours. Il faut craindre de tout perdre en voulant trop gagner et ne se laisser emballer à fond qu'après s'être assuré qu'il existe des possibilités réelles de réalisation.

C'est une question grosse de difficultés et de conséquences. Chaque cas particulier doit être étudié avec le plus grand soin. Je pense bien y revenir lors de la discussion des assurances sociales.

Dr F. Gérard.

Le libre choix n'est contesté qu'aux malades appartenant à ce que le Dr Gérard appelle les associations professionnelles. Raisonnons.

Pris dans son sens absolu, le libre choix n'a pas plus de valeur que la liberté elle-même.

L'homme est l'esclave des lois physiques et naturelles qui régissent le Cosmos. La pesanteur, par exemple, le tient obstinément attaché au sol, et s'il s'en affranchit, ce n'est que très temporairement, au moyen d'artifices que son génie a découverts et créés, mais qui laissent intactes la pesanteur et ses conséquences.

On peut concevoir théoriquement qu'un ma-

lade habitant Paris soit libre de choisir pour le soigner un médecin de Marseille, et *vice-versa*. Pratiquement, en dehors de la consultation entre médecin traitant et maître de la Faculté ou des hôpitaux, qui est exceptionnelle, c'est irréalisable.

Il est bien entendu que, lorsque nous défendons le libre choix, dans son principe aussi bien que dans son application, nous n'avons en vue que la liberté que l'homme a de choisir son médecin, dans la mesure où elle peut s'exercer. S'il réside dans une commune où n'exerce qu'un seul médecin, son choix sera forcément limité. Mais on peut dire qu'il a choisi librement sa résidence, et qu'à l'avance, il savait qu'il en serait ainsi.

De même, s'il s'embarque sur un paquebot, le voyageur sait qu'il ne trouvera à bord qu'un seul médecin, et qu'il ne pourra en conséquence librement choisir.

Mais, quand il s'agit de malades appartenant à une association, à un groupement, à une catégorie où un tiers responsable contractuellement ou légalement intervient pour le paiement des honoraires médicaux, le libre choix doit être entendu en ce sens que le tiers en question n'imposera pas au malade le médecin de son choix, à lui.

Parler des soldats, des marins, qui n'ont pas la liberté de choisir, c'est de l'enfantillage. On pourrait en dire autant des aliénés. Pourquoi pas aussi des prisonniers ?

Dire qu'une femme mariée n'est pas libre de son choix, c'est aussi tendancieux. Que de ménages dont chacun des conjoints à un médecin différent de l'autre ?

Nous voici donc maintenant devant le libre choix dans les Mutualités, ou à propos de la législation des accidents du travail. Il y a, ici et là, une sorte d'assurance contre le risque pathologique. Or, quand je m'assure contre l'incendie, si ma maison brûle, l'assurance m'imposera-t-elle le charpentier, le maçon, le menuisier qui la reconstruiront ? Quand j'assure ma voiture automobile, si elle est l'objet d'un accident, l'assurance m'imposera-t-elle de la faire réparer dans une maison plutôt que dans une autre ?

Par comparaison, si je m'assure contre la maladie, l'assurance ne peut avoir la prétention de m'obliger à prendre tel médecin plutôt que tel autre.

Le libre choix n'est nullement entamé par l'argumentation du Dr Gérard. Quant aux situations acquises qui sont, dit-il, un obstacle contre lui, elles tendent à diminuer, et le jour où l'esprit syndical sera à la fois plus répandu et plus agissant, elles disparaîtront, à la faveur d'une nouvelle nuit du 10 août, où tous les privilèges inacceptables seront abolis.

G. DUCHESNE.

CHRONIQUE DE LA MUTUALITÉ

Balivernes.

Un de nos excellents confrères nous communique une lettre de M. Lerolle, membre du Conseil supérieur de la Mutualité, adressée à MM. les présidents des sociétés de secours mutuels des Alpes-Maritimes, sur l'utilité de l'organisation des dispensaires d'hygiène sociale.

Cette lettre est un programme mirifique, c'est un superbe boniment que nous sommes habitués à entendre. Cela me fait penser au théâtre de la foire : Des pîtres s'agitant sur des tréteaux pour nous énumérer toutes les beautés que l'on doit voir à l'intérieur. De même, dans certaines villes de province, une cavalcade aux instruments bruyants et tonitruants fait connaître le programme du théâtre ambulant ; mais une fois entré, le spectateur a la plus grande désillusion. Ce théâtre forain a encore ceci de commun avec les boniments de la Mutualité, c'est que le programme commence toujours par ces mots : Avec la permission de M. le Maire. Pour la Mutualité, c'est avec la permission des autorités et même avec leur concours. En un mot, il n'y a guère de différence entre ces deux attrape-gogos. M. Lerolle, mutualiste et politicien, prône les caisses de réassurance, la mutualité maternelle, les consultations gratuites de femmes enceintes et de nourrissons et nous savons la faillite de ces différentes institutions ; nous connaissons la valeur de ces consultations gratuites depuis celles des dispensaires jusqu'à celles des hôpitaux.

Cette lettre parle également des dispensaires anti-tuberculeux, en employant une image bien réelle : « Ces œuvres qui sont autant de bouées de sauvetage jetées sur l'océan infini de la misère humaine. » Cette phrase peint bien l'action de la mutualité : une bouée de sauvetage en cas de naufrage d'un transatlantique, c'est-à-dire zéro.

Mais, pour réaliser tous ces projets épatants, la fédération des sociétés de secours mutuels des Alpes-Maritimes n'a qu'à utiliser la loi du 15 avril 1916 sur les dispensaires d'hygiène sociale et de préservation anti-tuberculeuse et alors refrain ordinaire de la mutualité : subventions de l'Etat, du département et des communes pour les dépenses ordinaires. Pour les dépenses extraordinaires : subventions sur le produit du pari mutuel et du pourcentage. Pour les dépenses de premier établissement, emprunts à la caisse des dépôts et consignations, au taux privilégié des habitations à bon marché.

Les sociétés mutuelles n'ont pas évolué pendant la guerre. Elles restent dans leurs bons principes : ne rien demander aux sociétaires, mais

avoir recours à l'argent des autres. Elles sont toujours les sociétés mendiantes que nous avons connues et qui resteront ce qu'elles sont.

Le président engage donc vivement toutes les sociétés à entrer dans cette voie, à fonder des dispensaires d'hygiène et de préservation antituberculeuse, en profitant de tous avantages qui lui sont attribués par la loi.

Le journal, à la suite de cette lettre, a cru de son devoir d'ajouter quelques lignes : « Nous sommes convaincus que la Mutualité est toute désignée pour appliquer *avec précision* les lois d'hygiène sociale que nécessite l'angoissant problème de la dépopulation et de la préservation antituberculeuse. »

On a le sourire quand on lit cette belle phrase, quand on pense que beaucoup de membres honoraires des sociétés mutuelles et les piliers de cette grande œuvre sociale sont des gens riches, avides d'honneurs et de rubans, propriétaires de taudis dans lesquels s'empile la classe ouvrière, quand beaucoup sont chefs de maisons de commerce ou d'industrie dans lesquelles les lois les plus élémentaires de l'hygiène sont méconnues, où les crèches d'usine et les salles d'allaitement ne fonctionnent pas. Ils sont hygiénistes en théorie, mais pas en pratique.

N'oublions pas également que le bistro de haute volée ou de bas étage est un soutien de la mutualité, que beaucoup de ces intéressants industriels sont membres honoraires des sociétés mutuelles, que beaucoup de réunions se font dans des cafés, que le siège social et le lieu d'encaissement d'un certain nombre de sociétés se trouvent dans ces utiles établissements, empoisonneurs publics sous la protection de l'Etat. Après cela, parlez d'hygiène sociale.

Mais le bouquet, comme après tout beau feu d'artifice, se trouve dans la dernière phrase : « Elle (la mutualité) y est préparée par sa puissante organisation, par son recrutement fait de l'élite morale de la nation laborieuse, par l'incomparable force éducatrice qui est en elle. »

Boniment de journal à l'usage de ses lecteurs, mais qui ne nous convainc pas. Peut-on appeler élite morale le troupeau de ces gens qui se font entretenir par l'Etat, les départements, les communes, les membres honoraires, les médecins, les pharmaciens et est incapable d'aucun effort personnel ?..

Dr M. VIMONT.

Le médecin a l'impérieux devoir d'être prévoyant.

Il doit s'assurer contre l'incapacité de travail que peuvent lui causer la maladie ou les accidents.

Il doit s'assurer une retraite pour ses vieux jours.

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations.

— **Internat des hôpitaux de Paris.** — Dans la liste des admissibles aux épreuves orales que nous avons publiée dans le n° 3, nous avons oublié de mentionner le nom de M. Lucien GIROT, fils de notre excellent confrère, le Dr E. Girot, de Tillières.

— **Distinction honorifique.** — La médaille d'argent de la Reconnaissance française vient d'être décernée à notre distingué collaborateur, le Dr A. GALAND, de Cambrai, pour services rendus, pendant l'occupation, à Cambrai, Valenciennes, et en Belgique.

Nos cordiales félicitations

— **Congrès d'hygiène scolaire.** — Le IIIe Congrès d'hygiène scolaire de langue française se tiendra du 1er au 3 avril 1921, à la Faculté de médecine de Paris, sous la présidence d'honneur de M. le ministre de l'Instruction publique et des Beaux-Arts, et de M. le ministre de l'hygiène sociale.

Programme : Vendredi, 1er avril, à 9 h. 1/2, dans le grand amphithéâtre de la Faculté, séance solennelle d'ouverture, sous la présidence de M. le ministre de l'Instruction publique et des Beaux-Arts. A 10 h. : Organisation de l'inspection médicale des écoles en France. Rapporteur : M. Dufestel. A 15 h. : Discussion du rapport. Lecture des travaux relatifs au même sujet.

Samedi 2 avril, à 10 h. : *a*) Organisation hygiénique et pédagogique des écoles de plein air. Rapporteurs : Mlle Chauveau et M. Génévrier; *b*) Cantines scolaires. Rapporteurs : MM. Grandjux et R. Gaultier. A 15 h. : Discussion des rapports et des communications inscrites à l'ordre du jour.

Dimanche, 3 avril, à 9 h. : Education hygiénique de l'enfant à l'école. Mlle Munié et M. Chauvois. Discussion des rapports et communications inscrites à l'ordre du jour. A 20 h. : Banquet par souscription.

Des visites seront organisées : Au Préventorium de Plessis-Robinson. A l'Aérium du boulevard Jourdan. Au Préventorium de l'hôpital Saint-Joseph. Au Parc sportif et au Préventorium de Bry-sur-Marne. A l'école d'anormaux de Montesson.

Envoyer les bulletins d'adhésion avec le montant de la cotisation (20 fr.), à M. Leclerc, 69, rue de Rivoli, Paris (1er).

Le Directeur Gérant : Dr GASSOT.

Clermont (Oise). — Imprimerie DAIX et THIRON.
THIRON et FRANJOU Successeurs.
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

l'ignore. Or, puisque métier, et métier dangereux et insalubre, il convient moins de règlementer la prostitution, que de faciliter, par tous moyens, le traitement des contaminées professionnelles et des clients accidentels contaminés.

Nous reprendrons un jour cette question. Instruire la prostituée de métier, puis instruire le peuple, sur le danger des maladies vénériennes et sur la manière de les éviter : c'est la première chose à faire.

Enfin rendre responsables les personnes qui, refusant tout traitement par le médecin de leur choix, sèment la contagion autour d'elles.

Oh ! je sais bien que mes conceptions pourront paraître, à certains, quelque peu révolutionnaires ; mais j'estime que la période de l'individualisme outrancier n'est plus : l'intérêt de la collectivité se juxtapose à notre ègoïsme personnel : le téléphone, le sans fil, les moyens modernes de locomotion, les journaux ont transformé notre vie sociale : nous sommes obligés de vivre en société, et, par suite, de renoncer à nos habitudes anciennes : l'individu ne devient que fonction de la collectivité et tend à perdre son individualisme et son égoïsme.

Aussi dois-je vous remercier bien sincèrement de votre lettre, espérant qu'elle nous attirera une correspondance de la part de tous ceux qui s'intéressent à la question.

Dr Paul BOUDIN.

NOTES DE PRATIQUE QUOTIDIENNE

La bourse à pasteur (Thlaspi),

Médicament contre l'hémorrhagie et régulateur de la circulation.

Par le Dr Robert SOREL (de Nice),
Ancien interne des Hôpitaux de Paris.

Dans une communication à l'Académie de médecine, M. le Professeur BOURQUELOT (1) a attiré l'attention sur quelques plantes employées en médecine populaire et sur leur recherche par la médecine biochimique.

Il est bien certain qu'il y a un assez grand nombre de plantes qui ont été employées et sont tombées dans l'oubli, et que la médecine aurait intérêt à utiliser à nouveau.

Beaucoup de plantes inutilisées sont remplacées par des alcaloïdes. Il semble plus scientifique d'employer ces alcaloïdes dans des préparations plus ou moins spécialisées et, pour les rendre plus efficaces, en injections sous-cutanées ou intraveneuses.

C'est ainsi que, pour les *hémorrhagies utérines* ou *hémorrhoïdaires*, et pour les *varices*, si on emploie le marron d'Inde, l'hamamelis virginica ou

(1) Académie de Médecine, séance du 30 novembre 1920, *Bulletin*, n° 38.

l'hydrastis canadensis, on donne la préférence de beaucoup à l'ergotine en potion ou en injections.

J'ai eu l'occasion, dans plusieurs cas, rangés sous trois types d'observations, de remplacer ces produits, après insuccès complets ou simplement relatifs, par du suc de plante de *Thlaspi* ou *bourse à pasteur*, et d'en tirer des effets beaucoup plus marqués et plus rapides.

Voici les trois séries de cas dans lesquels nous avons obtenu des résultats très dignes d'intérêt.

1re SÉRIE DE CAS. — Hémorrhagie de la *ménopause*.

OBSERVATION. — Mme H. B., 54 ans, réglée à 14 ans 1/2, a été anémique vers cette époque ; elle avait des règles abondantes et plutôt retardées.

Elle a eu quatre grossesses normales, les accouchements se sont passés régulièrement en 1892, 96, 98 et 1900. Les suites de couches ont été physiologiques.

En 1911, elle a fait une fausse couche (?) avec une hémorragie abondante ; un curettage à tout fait rentrer dans l'ordre.

Depuis 1918, c'est-à-dire 18 mois environ, les règles sont très abondantes, nécessitant séjour au lit, injections chaudes, ergotine en potion et en injection sous-cutanée. Même dans les intervalles, pour éviter le retour des ménorrhagies, elle a pris une potion d'hamamélis et d'hydrastis sans résultat. Après ces crises, il y a de l'anémie, de la faiblesse, voire même un état lipothymique. Pendant ses époques, la malade a des migraines violentes pendant 2 ou 3 jours.

A plusieurs reprises, l'examen de l'utérus a été fait. Il est mobile, régulier comme forme, volume et consistance. Au spéculum, le col est absolument sain.

Dans l'intervalle des ménorragies, aucune perte blanche, jamais aucune odeur.

La santé générale est autrement très bonne Appétit, digestion, embonpoint absolument normaux.

L'analyse des urines n'a jamais rien révélé d'anormal.

La réaction de Wassermann est négative.

Le traitement dans l'intervalle des époques a supprimé les ménorrhagies et les malaises consécutifs.

Le suc de thlaspi a été donné à la dose de trois cuillerées à café dans un demi-verre d'eau par jour, une au moment de chaque repas.

2e SÉRIE DE CAS. — *Hypertension, hémorrhagies utérines, hémorrhoïdes, varices, troubles circulatoires de la ménopause.*

OBSERVATION. — Mme M. B., 50 ans, a été réglée à 16 ans. Jeune fille, a été un peu ané-

mique. Ni fausse couche ni grossesse à terme. Elle a toujours beaucoup travaillé, avec grands soucis d'affaires. Régime plutôt copieux.

Elle a une excellente apparence de vigueur physique, elle paraît très jeune.

Cependant, elle a des varices et souvent des bouffées de chaleur, des maux de tête, des gonflements de ses varices et des douleurs rhumatoïdes du cou et des épaules.

Bien réglée d'habitude, elle a été prise subitement d'hémorragies utérines assez graves de deux à trois jours de durée.

A ce moment, l'examen n'a révélé ni fibrome, ni tumeur, ni ulcération du col.

Les règles, depuis, sont devenues moins régulières, elles ont cessé du 3 juillet 1919 à juillet 1920. Alors, une ou deux fois, un peu de sang.

Dans cette période sans règles, la malade a eu du glaucome aigu, avec douleurs violentes, congestion de la face, troubles de la vue et hypertension artérielle. Traitée énergiquement, une amélioration s'est produite et la guérison a été obtenue par iridectomie.

Dans ce trouble circulatoire avec hypertension, la malade a suivi un régime sévère ; elle a fait des cures de lithine, d'eau de Vittel. Puis elle a fait une saison à Evian. La tension est redevenue normale, 9-14.

Cependant, comme elle a quelquefois de la tension dans ses varices, quelques tendances à la congestion, elle prend deux cuillerées à café de thlaspi pendant une dizaine de jours et elle y trouve un soulagement rapide.

3e SÉRIE DE CAS. — *Tumeurs utérines avec hémorrhagies.*

OBSERVATION. — Mme S., 68 ans, a été réglée à 11 ans, elle a toujours beaucoup perdu, 5 à 6 jours. Ménopause à 45 ans.

Elle a eu six enfants. Le premier accouchement a eu lieu au forceps, les quatre suivants se sont normalement passés, le sixième et dernier a eu lieu au forceps.

A 60 ans, les hémorrhagies se sont reproduites par quelques gouttes de sang ; on a alors proposé une opération qui n'a pas eu lieu.

De 1914 à 1917, les hémorragies ont complètement cessé. Dans l'intervalle, il y a quelques pertes blanches.

En 1920, en l'examinant, nous trouvons un utérus petit, ratatiné, au col effacé, avec une ulcération au fond du vagin.

En février 1920, elle a eu une gande hémorrhagie. On lui a prescrit le repos au lit, les injections très chaudes, et une potion avec 4 gr. d'ergotine par vingt-quatre heures et, pour essayer d'éviter le retour de ces pertes, dans l'intervalle, elle prenait de l'hamamélis et de l'hydrastis.

De plus, on a fait deux applications de radium

le 12 avril et le 12 mai. Les pertes ont été diminuées momentanément. Puis, les pertes ont recommencé vers la fin de septembre.

C'est alors qu'elle a pris du suc de bourse à pasteur, à raison de deux cuillerées à café par 24 heures. Les pertes s'atténuèrent. Puis, si elles reprenaient comme d'habitude, elle recommençait une série semblable ; si les hémorrhagies reprenaient fortement, on doublait la dose. L'action a été rapide et les hémorrhagies ont été, ou arrêtées quelques jours, ou considérablement diminuées.

En résumé, dans la première série, en très peu de temps, une dizaine jours, à la dose de deux cuillerées à café, dans un demi-verre d'eau au moment des repas, pris dans l'intervalle des règles, j'ai obtenu la sédation non seulement des hémorragies, mais des phénomènes concomitants : migraines, bouffées de chaleur, etc.

Dans la deuxième série, on obtient une diminution très notable des phénomènes congestifs et ce traitement uni à la diète générale facilite les effets du régime et en hâte les résultats.

Dans la troisième série, sans prétendre guérir les tumeurs utérines par ce procédé, je puis affirmer que la bourse à pasteur rend de grands services, en diminuant ou supprimant même les hémorrhagies, en atténuant dans une grande mesure l'anémie, et en permettant de ménager l'état général et surtout, de remonter l'état moral.

JURISPRUDENCE

Bail. La clause d'habitation bourgeoise n'exclut pas l'exercice d'une profession libérale.

I

Cour de cassation. Chambre civile

1er *mars* 1920

Attendu que le demandeur en cassation reproche à la sentence attaquée d'avoir violé l'article 56 de la loi du 9 mars 1918 :

1° En accordant au locataire, contrairement aux stipulations d'un bail qui spécifiait une destination à usage d'habitation, le bénéfice du délai de prorogation que la loi attache aux baux de locaux à usage professionnel ; 2° en faisant résulter le caractère professionnel de l'usage des lieux loués de la profession exercée par une personne autre que le locataire ;

Mais attendu que, s'il est vrai que la dame V., séparée judiciairement de biens de son mari, est, aux termes d'un bail antérieur au 1er août 1914, locataire d'une maison désignée dans le bail comme devant servir à l'habitation, la sentence attaquée constate que cette maison « a été, dès le début de

son occupation par les époux V., transformée en une clinique des accidents du travail où le mari de la défenderesse, le docteur V., recevait les victimes d'accidents, leur faisait des pansements et leur donnait des consultations ; que cette transformation s'est faite au vu et au su du propriétaire qui a certainement consenti ; que, plus loin, la sentence ajoute qu'il est certain que le propriétaire « a connu l'usage auquel la maison qu'il louait allait être affecté, que le docteur V. y exercerait sa profession et créerait une clinique d'accidents du travail ; que la maison doit donc être considérée comme un local professionnel » ;

Attendu que de ces constatations souveraines, il résulte que le propriétaire a, dès le début de la location, consenti à ce que la maison par lui louée à la dame V. reçut une affectation professionnelle et que cette affectation lui fut donnée par le mari de la défenderesse ; d'où il suit qu'en statuant comme elle l'a fait la Commission arbitrale n'a pas violé les textes visés aux deux moyens ;

Par ces motifs,

Rejette le pourvoi.

II

Cass. Ch. civ. 20 *juillet* **1920.**

Attendu qu'aux termes de l'article 56 de la *loi du* 9 mars 1918 ; « les baux et locations verbales en cours au 1er août 1914 seront prorogés, à la demande du locataire, aux conditions fixées au bail et à compter du décret fixant la cessation des hostilités, savoir : 1° ceux afférents à des locaux à usage commercial, industriel ou professionnel d'une durée égale au temps écoulé entre le décret de mobilisation et le décret fixant la cessation des hostilités » ;

Attendu qu'il résulte des énonciations de la sentence attaquée que le sieur L. demandait pour cette durée la prorogation d'un bail en cours au 1er août 1914 et relatif à des locaux dans lesquels il exerçait le profession d'artiste-graveur ;

Attendu que la sentence fixe au 11 janvier 1919 le point de départ de la prorogation et qu'elle en réduit la durée à deux ans par le motif que d'après le bail les lieux loués devaient être habités bourgeoisement ;

Mais attendu, que, d'une part, cette clause n'exclut pas l'exercice d'une profession libérale dans les lieux loués et que, d'autre part, la cessation des hostilités n'a été fixée que par la loi du 23 octobre 1919;

D'où il suit que la sentence attaquée n'a pas légalement justifié sa décision et qu'elle a violé le texte susvisé ;

Par ces motifs, casse et annule, mais seulement sur les chefs relatifs à la durée et au point de départ de la prorogation du bail, la sentence rendue le 12 février 1920 par la commission arbitrale des loyers du 5e arrondissement de Paris ;

Renvoie devant la Commission du 6e arrondissement.

III

Cass. ch. civile. 25 *octobre* 1920.

La durée des baux est subordonnée, non aux titres très universitairee des locataires, mais à l'usage qu'ils font des lieux loués. Par suite, un docteur en médecine ne peut réclamer la prorogation spéciale aux baux à usage professionnel, pour le local qu'il habite, dans une commune où il n'a ni installation spéciale, ni clientèle.

Commentaires.

Quelques membres du « Sou médical » nous ont demandé aide et assistance contre leur propriétaire qui osait prétendre avoir loué à un médecin pour occuper bourgeoisement les lieux et non pour y exercer la profession médicale.

Dans un cas notamment, il nous a fallu conseiller à notre adhérent de faire la preuve qu'il exerçait bien la profession, au vu et au su du propriétaire, en faisant photographier la plaque posée à la porte d'entrée, en demandant l'attestation de malades, etc.

Tout cela, parce que certains propriétaires ne voulaient pas la prorogation de cinq années, qui peut être réclamée par un docteur.

Les trois arrêts de Cassation, que nous venons de donner, fixent bien la question, en ce sens que le propriétaire, qui, de suite après la location, ne s'est pas opposé à l'exercice de la médecine par le locataire, est mal fondé en venant prétendre qu'il ignorait l'exercice de la dite profession.

L'arrêt du 20 juillet 1920 décide même que la clause d'habitation bourgeoise n'exclut pas l'exercice d'une profession libérale.

Le « Sou médical » a donc de nouvelles armes pour soutenir ses adhérents contre les prétentions exagérées de certains propriétaires.

Dr Paul BOUDIN.

QUARANTE-TROISIÈME ANNÉE **Nº 6 bis** (Nº supplémentaire) MERCREDI 9 FÉVRIER 1921

Fondé en 1879 par Auguste CÉZILLY
Rédigé et dirigé par H. JEANNE (1900-1914),

LE CONCOURS MÉDICAL

ORGANE HEBDOMADAIRE DES PRATICIENS
Groupés dans la Société « **Le CONCOURS MÉDICAL** » *et ses Filiales*

ADMINISTRATION & PUBLICITÉ

C. BOULANGER, ADMINISTRATEUR

ABONNEMENTS :

France	**24** fr.
Etranger	**28** »
Etudiants (*France*)	**12** »
Le numéro	**50** cent.

Chèques Postaux Paris 167-95

DIRECTION

MM. les Drs A. GASSOT, *Directeur*; A. MAURAT; H. CEZILLY; J. NOIR; P. BOUDIN docteur en droit; M. VIMONT; G. DUCHESNE.

MM. P. CEZILLY, J. DUMESNY, licenciés en droit; C. BOULANGER.

RÉDACTION

Dr J. NOIR,
RÉDACTEUR EN CHEF

Drs P. LACROIX et G. DUCHESNE
SECRÉTAIRES DE LA RÉDACTION

N.-B. — Les manuscrits, publiés ou non, ne sont pas rendus.

Rédaction et Administration : 132, rue du Faubourg St-Denis, PARIS (10e) Téléphone : Nord 48-17

Numéro consacré au récent Procès de Nîmes (Responsabilité Civile) et envoyé à tous les Médecins de France et des Colonies (21.000 exemplaires)

Quarante-troisième année. **N° 6** *bis* (supplémentaire) 9 Février 1921.

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN



SOMMAIRE

AVIS

I.- AGENDA-MEMENTO du PRATICIEN

Le *Concours Médical* édite chaque année une publication intitulée l'**AGENDA MEMENTO DU PRATICIEN.**

Ce volume relié en pleine toile sur format in-8° raisin comporte 850 pages environ.

Il est divisé en deux parties :

La première, l'« **AGENDA** » comporte une page journalière sur papier à registre réglé en deux couleurs permettant au praticien d'y inscrire ses actes quotidiens.

La seconde, le « **MEMENTO** », sans cesse renouvelée et mise à jour, forme un recueil documentaire absolument unique, où le praticien trouve la solution de toutes les questions d'ordre professionnel qu'il lui est indispensable de posséder.

Les médecins qui ne connaissent pas encore notre publication peuvent se faire inscrire dès maintenant pour recevoir *en temps utile* tous les renseignements nécessaires sur l'édition 1922, qui paraîtra en décembre prochain.

II. - SERVICE de PROPAGANDE

du « CONCOURS »

Les docteurs en médecine qui en feront la demande recevront gracieusement quatre numéros consécutifs du *Concours Médical*, afin de leur permettre d'apprécier la lecture de cet organe. Le présent numéro, qui est rédigé spécialement pour le procès de Nîmes, ne représentant pas le *Concours Médical* dans sa physionomie habituelle.

CORRESPONDANCE

Echos d'Alsace et de Lorraine désannexées. Les dangers de la propagande pangermaniste.

Dans notre numéro du 21 novembre 1920, nous avons relaté avec tristesse les plaintes d'un de nos confrères, lorrain, qui a fait toute la guerre dans l'armée française et qui nous signalait avec regret les faveurs qu'auraient obtenues prématurément, des autorités françaises, certains médecins qui paraissaient avoir trop bien servi, avant ou pendant la guerre, le gouvernement allemand.

Notre article, écrit sans passion mais non sans amertume, consistait surtout en l'énumération des faits que nous avait signalés notre confrère lorrain.

Cette note a, paraît-il, fait beaucoup de bruit en Alsace et en Lorraine, beaucoup plus de bruit que nous l'eussions désiré, car nous n'aimons guère à provoquer le scandale, et surtout à mettre en cause des personnalités.

Mais nous sommes de la génération qui fut dans son enfance témoin de la défaite de 1870. Pendant toute notre jeunesse, bien qu'habitant le centre de la France, nous avons été élevé dans le culte de l'Alsace et de la Lorraine, martyres et protestataires. Pas une fête, pas une distribution de prix, où debout, les larmes aux yeux, nous n'ayons écouté religieusement les

discours et les chants exaltant notre amour et nos regrets pour les provinces perdues.

Puis, les années se succédèrent, et nous, que nos parents appelaient, dans leur ardeur patriotique, les *enfants de la revanche*, vîmes le temps passer et les cheveux blanchir, sans la réalisation des rêves de notre enfance. La raison l'emportant sur le sentiment et pénétrés de l'horreur de ce que serait une guerre, nous avions fait pour la plupart le sacrifice de notre idéal au bonheur de l'Humanité. Aussi, quand éclata l'orage de 1914, nos cœurs furent partagés entre la terrible angoisse des innombrables victimes que ferait la guerre et l'inexprimable espérance de voir l'Alsace et la Lorraine redevenir françaises.

Ces sentiments profonds, inculqués chez nous dès l'enfance comme une religion, font que rien de ce qui se passe en Alsace et en Lorraine ne peut nous être indifférent, et nous ne pouvons apprendre sans souffrir la moindre manifestation qui aurait pour objet de désaffecter si peu que ce fût les Alsaciens et les Lorrains de l'amour de la France.

Nous nous permettons ces considérations d'ordre tout personnel pour bien montrer le but que nous poursuivons et les sentiments qui nous animent.

***

Or, l'article que nous avons écrit nous a valu une volumineuse correspondance de confrères lorrains.

Les uns nous montrent avec inquiétude le pangermanisme toujours en éveil, travaillant sournoisement à l'infiltration allemande en Alsace et en Lorraine. Ils nous indiquent le danger que les intellectuels allemands, surtout les médecins, font courir à la France sur la rive gauche du Rhin. A la faveur d'un article du traité de Versailles, nombre de médecins allemands, et bien allemands, peuvent venir en Alsace et en Lorraine et s'y faire naturaliser français. Or, la loi Delbruck n'est pas abolie en Allemagne. Ces intellectuels, aux allures et à la nationalité équivoques, recevraient des subsides et des moyens d'action des centres de propagande pangermaniste : Berlin, Munich, Baden-Baden. Ils se serviraient de tous les moyens, revêtiraient toutes les formes.

Les uns font de la propagande bolcheviste auprès des ouvriers qui, pour la plupart, n'ont actuellement qu'un désir, celui de vivre tranquilles et de travailler en paix. Les autres font de la propagande « neutrophile ». Ils montrent qu'à l'heure actuelle, la vie est plus difficile que sous le régime allemand, comme si les nations ne subissaient pas toutes, plus ou moins, la crise économique qui résulte de la guerre, et ils font entrevoir aux esprits simples le bonheur qui régnerait sur la rive gauche du Rhin, si l'Alsace-Lorraine, transformée en royaume, vivait indépendante sous le sceptre d'un prince anglais. Toutes les roueries sont employées pour nuire à la France, et la plus efficace est celle qui consiste à empêcher par tous les moyens l'ensei-

gnement du français et les progrès de notre langue. Les agents de propagande seraient si habiles qu'ils parviendraient parfois à faire de notre administration une complice inconsciente. Certes, l'immense majorité des médecins qui exercent en Alsace et en Lorraine sont bien Français de cœur, mais il en est d'étrangers et quelques autres qui sont « activés » par une ambiance allemande.

Comme les boches et les proboches pullulent dans certains arrondissements de Lorraine, comme on peut sans difficulté franchir la frontière et aller, non en express, mais bien en train omnibus, sans passeport et sans contrôle, de Metz à Berlin et de Berlin à Metz, il est facile aux propagandistes de venir faire leur besogne. Certains ont laissé sans pudeur éclater leur joie et s'étaler leurs espérances lors de l'avance des bolchevistes sur Varsovie. Il est à craindre qu'à la faveur du traité de Versailles, le nombre des médecins allemands, ou étrangers hybrides et suspects, se multiplie dans nos départements lorrains et reçoivent secrètement de Sarrebruck le stimulant pangermaniste.

Cette ville serait en effet la citadelle de l'action antifrançaise. La vie y étant plus large et plus facile que sur la rive droite du Rhin, la sécurité y étant assurée par l'occupation française, les riches Allemands viennent y habiter, et de là, se livrent à la propagande pangermaniste.

La vigilance la plus grande serait le devoir de tous les Français.

Voici ce que nous écrivent en substance certains de nos correspondants avec, à l'appui, une foule de faits, d'extraits de journaux locaux, que nous ne saurions reproduire.

***

Mais d'autres lettres nous sont parvenues, lettres écrites par des gens de cœur et évidemment par de très bons Français.

« Avez-vous réfléchi, nous disent ces lettres, à la situation faite avant et pendant la guerre aux médecins alsaciens et lorrains par le gouvernement qu'ils étaient obligés de subir ?

« Savez-vous, si beaucoup d'entre ceux qui ont reçu des distinctions impériales pour des services réels rendus à la santé publique et à leurs compatriotes, distinctions destinées à les attirer et, si possible, les séduire, ne les ont pas acceptées les larmes aux yeux et la rage au cœur, parce qu'il eût été témérairement inutile de les refuser ? Vous a-t-on dit que le diplôme et l'écrin de l'Aigle rouge, envoyés à l'un d'eux, ont été incontinent jetés au feu ?

« Croyez-vous qu'il est généreux et habile de suspecter de germanophilie nombre de confrères alsaciens et lorrains qui, au cours de la guerre, ont été par force au service de l'Allemagne et se sont bornés à faire leur devoir de médecins et à soigner au mieux les blessés et les malades ? Pensez-vous qu'il faille leur reprocher les croix de fer qui leur furent alors attribuées et qu'ils ne pouvaient refuser ?

« Nous savons toute l'importance du travail souterrain auquel se livrent les Allemands chez nous. En jetant la suspicion et le discrédit sur les médecins alsaciens et lorrains qui ont servi l'Allemagne et qui sont aujourd'hui de bons Français, vous aidez inconsciemment la propagande boche. Vous faites la joie des pangermanistes et l'effet produit est désastreux. »

***

En toute loyauté et en toute franchise, nous avons résumé les lettres de nos correspondants. Nous sommes persuadé de n'avoir affaire qu'à d'excellents Français et de très braves gens. Les faits qui nous sont signalés ne sont pas pour la plupart contestés, mais certains méritent d'être expliqués.

Nous souhaitons que tous les vrais Alsaciens et les vrais Lorrains, c'est-à-dire tous les bons Français arrivent à se bien connaître, et à chasser la suspicion de leur cœur. Ils ont besoin d'être unis pour déjouer les manœuvres sournoises de l'ennemi qui ne peut s'avouer vaincu et ne veut pas désarmer.

Nos confrères alsaciens et lorrains syndiqués ont d'ailleurs une parfaite conscience du danger que leur font courir les médecins étrangers, c'est-à-dire allemands, qui reviennent chez eux en invoquant une clause néfaste du traité de Versailles.

Le Syndicat des médecins de Metz, sur la proposition de son Président, a formulé le vœu suivant qui a été transmis au Sénat par l'entremise des sénateurs alsaciens et lorrains :

« Plaise au Sénat de bien vouloir prendre en considération les vœux suivants adoptés à l'unanimité par la Confédération des Syndicats de la Lorraine et de l'Alsace.

1° L'exercice de la médecine en France ne devra être accordé qu'aux seuls médecins d'Alsace et de Lorraine, réintégrés de plein droit par suite du traité de Versailles ;

2° Seront exclus de ce privilège tous les médecins d'origine allemande ayant épousé des Lorraines et des Alsaciennes ;

3° Les médecins d'origine allemande ayant épousé des Lorraines ou des Alsaciennes devront, pour exercer la médecine en France, être pourvus du diplôme de docteur en médecine français, lequel titre ne leur sera délivré que sur justification des inscriptions réglementaires non cumulatives exigées par la loi.

Les Syndicats des médecins d'Alsace se sont ralliés à ce vœu qui a été transmis aux sénateurs des départements alsaciens et lorrains.

Nous espérons que le Gouvernement français saura prendre en sérieuse considération la demande de nos confrères et exercer une minutieuse et active surveillance sur la propagande antifrançaise en pays désannexés, surtout lorsque des médecins étrangers ou allemands se font les agents de cette propagande,

J. Noir.

Quelques « affaires » du « Sou médical »

A côté des affaires sensationnelles, comme l'affaire Mazel et antérieurement l'affaire Vauriot (de Nimes, également), la vie normale du « Sou » présente sans interruption nombre d'affaires intéressantes.

Nous allons en rapporter ici quelques-unes, sinon des plus nouvelles, car elles sont nées depuis assez longtemps, mais de celles qui viennent de se terminer et qui même, comme on le verra, nous réservent peut-être encore des surprises dans l'avenir.

***

En 1902, le Dr L... donna des soins à un M. P. atteint de phlébite de la jambe droite.

En 1914, M. P., prétendant que le Dr L. n'ayant pas voulu, malgré ses demandes réitérées, mettre le membre malade dans une gouttière, et une plaie s'étant déclarée dans la région des reins, il se trouvait estropié pour le restant de son existence, obtint l'assistance judiciaire pour demander 50.000 fr. de dommages-intérêts.

M. P. n'ayant pu apporter la preuve de ses affirmations fut purement et simplement débouté de sa demande, en janvier 1915, après plaidoirie de Me Gatineau. Il fit appel du jugement. Mais n'ayant pu obtenir l'assistance judiciaire en appel, il abandonna l'affaire.

Le Dr L. pouvait se croire hors des atteintes de son ex-client et se dire que, le « Sou » l'ayant couvert de tous les frais, cette affaire, si elle lui avait causé quelques tracas, était enfin terminée, 13 ans après le traitement, à son honneur et à son avantage, lorsque, il y a quelques mois, il vint nous trouver et nous exprimer son étonnement, bien légitime, d'avoir reçu une nouvelle invitation de la part de P., de se présenter devant le Bureau d'assistance judiciaire. P. en effet, manifestait l'intention de demander au Dr L. le remboursement des honoraires qu'il lui avait payés, en 1902, pour les soins dont il avait, à tort, d'après le Tribunal, contesté la valeur. C'était une façon détournée de remettre en cause la chose jugée. Mais cette voie tortueuse ne trouva pas devant le Bureau d'assistance judiciaire l'accueil favorable que P. en attendait. Sur nos conseils, le Dr L. s'y présenta et exposa les faits, suffisamment clairs par eux-mêmes pour entraîner la conviction des membres du Bureau.

Ainsi donc, après 18 ans, le Dr L. peut sans doute s'estimer dégagé de la responsabilité qu'il a encourue pour avoir soigné une simple phlébite... à moins que son irréconciliable adversaire, poussé peut-être par quelque agent d'affaires véreux, ou possédant lui-même le don inné de la chicane, ne découvre un autre subterfuge

(*Voir la suite page XXXI-453*).

PROPOS DU JOUR

La Responsabilité et la Loi.

Dans les sociétés civilisées, l'homme sain d'esprit est tenu pour responsable de ses actes. Telle est la conséquence naturelle du libre arbitre dont nous nous enorgueillissons, et qui représente le suprême privilège sur lequel repose la grande distinction que la philosophie établit entre le « roseau pensant » de Pascal, et les animaux les plus élevés dans l'échelle des êtres.

Le droit écrit, qui a introduit dans les coutumes d'abord, puis dans les lois, en les codifiant, les principes essentiels du droit naturel, a fait sienne cette notion élémentaire de la responsabilité, et il précise les conditions dans lesquelles elle peut et doit être invoquée dans les rapports des hommes les uns avec les autres.

Puisque l'homme est responsable de ses actes, quand ceux-ci sont préjudiciables à autrui, il en doit réparation. Tel est le sens même des articles 1382, 1383 et 1384 du code civil, qui étendent, fort justement d'ailleurs, la responsabilité de l'individu, en outre de ses actes personnels, aux actes de ses préposés.

Le préjudice donnant lieu à réparation ne présume pas l'intention de nuire, comme condition primordiale d'existence. Il suffit qu'il y ait imprudence, négligence, ignorance, pour qu'il soit constitué et que le droit à une réparation soit ouvert à la victime de ces fautes délictuelles ou quasi délictuelles.

C'est à la faveur de ces principes de droit que le médecin peut être appelé devant les Tribunaux pour répondre de ses actes professionnels, quand ils ont causé un tort quelconque à ses malades.

Mais, comme la médecine est une science avant tout d'observation et d'expérimentation ; comme elle est loin d'avoir rien de l'exactitude des mathématiques, de la physique et de la chimie ; comme la maladie, à laquelle elle s'adresse principalement, n'est soumise que très partiellement à l'action de l'homme de l'art, et qu'elle comporte, par elle-même, un tel imprévu, une telle indépendance d'évolution qu'il est impossible d'affirmer à coup sûr comment elle se terminera, et quelles seront ses conséquences, la jurisprudence, faisant une interprétation équitable des articles du code, a spécifié que les infirmités et la mort même, que tout état pathologique peut entraîner, quels que soient les efforts de la science, ne seraient reprochables au médecin que s'il était démontré qu'il aurait commis une « faute lourde ».

Il appartient donc aux tribunaux, dans une espèce donnée, d'apprécier, suivant les circonstances de la cause, si le délit de « faute lourde » est bien établi, et, dans l'affirmative, quelle est l'étendue des dommages que celle-ci a déterminés et le quantum de la réparation qu'ils méritent.

Mais, comme les magistrats ne possèdent pas la compétence nécessaire pour se prononcer *proprio motu* équitablement et impartialement, ils confient à des auxiliaires, les experts, la mission de les éclairer.

L'expertise, en cette matière, est la base même de la prévention. C'est en s'en rapportant à ses conclusions que le juge instructeur d'abord, les juges du siège ensuite, apprécient et *jugent* souverainement s'il y a lieu à poursuites, puis, à condamnation.

Toutefois, nous devons faire remarquer que, devant la juridiction correctionnelle, l'expertise est toujours confiée à un *seul expert*, tandis que, devant la juridiction civile, les parties ont le droit de ne pas se contenter d'un seul, mais d'en réclamer trois.

Si le rapport d'expertise est destiné à éclairer les magistrats, il n'entraîne pas fatalement l'adhésion de ceux-ci à ses conclusions. Ils jugent souverainement, avons-nous dit, et peuvent passer outre à ces conclusions, soit pour en aggraver, soit pour en atténuer le sens et la portée.

Il appartient à la défense de faire valoir des moyens assez puissants pour mettre en défaut l'argumentation de l'expertise, faire tout au moins naître le doute dans l'esprit des juges, et mettre en parfaite évidence toutes les circonstances scientifiques, morales ou de fait, qui justifient les actes incriminés.

Il n'est donc pas indifférent que cette défense soit assurée par des avocats rompus à la connaissance des questions médico-juridiques, possédant une expérience consommée de toutes les conditions dans lesquelles s'exerce l'art médical, et des rapports qui régissent le droit et la médecine.

***

Ces considérations d'ordre général ont joué leur rôle dans l'affaire du Dr Mazel.

La cause de notre confrère était excellente. Elle n'eût peut-être pas triomphé aussi complètement si elle n'avait pas été aussi bien défendue.



Nous n'entrerons pas ici dans les détails de cette affaire, que nos lecteurs trouveront très complètement exposée quelques pages plus loin.

Il n'est cependant pas superflu de rappeler certains faits qui précisent justement en quoi cette défense a été bonne.

Le Dr Mazel était cité devant le tribunal correctionnel de Nîmes pour y répondre du délit d'homicide par imprudence, comme ayant, par sa négligence, été la cause indirecte de la mort de deux jeunes filles qu'il soignait.

Subsidiairement, les parents de ces jeunes filles se portaient partie civile et réclamaient au prévenu de gros dommages-intérêts.

Le Dr Maazel, membre du « Sou médical », saisit le Conseil de cette ligue de son procès. Après avoir pris connaissance du dossier, celui-ci décidait d'accorder son appui moral et pécuniaire à son adhérent.

Sur ces entrefaites, survint une loi d'amnistie dont bénéficia le Dr Mazel.

Cette loi faisait tomber la prévention, qui était dès lors inexistante.

Mais la partie civile ne se tint pas pour battue. Forcée de renoncer à l'espoir d'obtenir une condamnation pénale, elle maintint ses prétentions à une réparation pécuniaire.

Il ne s'agissait plus que d'un procès civil, et il eût été intéressant de pouvoir, dans ces conditions, se présenter devant la juridiction civile, afin de réclamer le bénéfice de la triple expertise, donnant plus de garanties que l'expertise unique dont les juges correctionnels se contentent généralement, sans que le prévenu puisse s'élever contre leur décision.

Soutenu par le « Sou médical », le Dr Mazel plaida l'incompétence de la juridiction correctionnelle devant le Tribunal de 1re instance, devant la Cour d'appel et devant la Cour de cassation, demandant le désaisissement de la Chambre correctionnelle, au profit de la Chambre civile de ce Tribunal.

Il n'obtint pas gain de cause, une règle de procédure édictant que « le criminel tient le civil en état ». Ce qui signifie que le Tribunal correctionnel ayant été, dans le principe, compétent pour connaître de la prévention correctionnelle, dont l'action civile n'est qu'une conséquence subsidiaire, demeure compétent alors même que le chef d'accusation tombe.

C'est dans ces conditions que l'affaire a été évoquée devant la Chambre correctionnelle du Tribunal de Nîmes le 22 novembre dernier.

Entre temps, le Conseil du « Sou médical » avait donné mandat à son secrétaire général d'étudier à fond le dossier, d'établir un contre-rapport d'expertise, en s'entourant de tous les documents, de tous les avis, de toutes les déclarations les plus autorisées, de nature à démontrer la parfaite rectitude de la conduite du Dr Mazel auprès des deux jeunes filles qu'il avait soignées.

Fort de cette instructive et magistrale documentation, le Dr Boudin, mandataire du Conseil du « Sou médical », eut plusieurs entrevues avec l'avocat chargé de la défense du Dr Mazel, M. de Montaut, l'un des maîtres les plus estimés du barreau nîmois, afin de préparer celle-ci et de rédiger des conclusions susceptibles d'être acceptées par le Tribunal.

Et, le jour du procès arrivé, il se rendit à Nîmes et figura aux débats, comme témoin, contribuant, pour sa part, à détruire l'argumentation tendancieuse de l'expert, et à faire ressortir, à la décharge de l'inculpé, la preuve de l'absence des fautes lourdes qui lui étaient reprochées.

Nos lecteurs savent ce qu'il advint ensuite et comment le jugement rendu, et dont le texte intégral se trouve plus loin, débouta la partie civile de ses prétentions.

* * *

Qu'est-ce donc que ce « Sou médical » qui intervient si activement et d'une façon souvent aussi heureuse dans la protection des intérêts des médecins ?

C'est une Ligue syndicale dont le but, dit l'article 2 de ses statuts, est « de fournir son influence, « ses conseils, son appui moral et, s'il y a lieu, « pécuniaire, à ceux de ses membres dont les « droits ou les intérêts se trouveraient lésés ou « menacés dans l'exercice de leur profession, et « de les aider dans les diverses circonstances où « leur isolement risquerait de les laisser succom- « ber, ainsi que dans toutes les difficultés dont la « solution intéresse le corps médical tout en- « tier ».

A cette œuvre de défense et de protection, le « Sou médical » joint une garantie contre les actions civiles en responsabilité qui pourraient être intentées à ses adhérents pour des actes cliniques et thérapeutiques accomplis par eux, jusqu'à concurrence de la somme de dix mille (10.000) francs au maximum.

Pourquoi cette dénomination, cette « raison sociale » ? Parce que, au moment de sa création, la cotisation en avait été fixée à *un sou* par jour, — 18 francs par an. Cette cotisation n'est encore actuellement que de 25 francs.

Le « Sou médical » est une filiale du *Concours médical*, qui l'a fondé en 1897.

Il est administré par un Conseil composé de médecins praticiens, assisté d'un noyau d'avocats et de jurisconsultes ayant acquis une expérience toute particulière des questions médico-juridiques, c'est-à-dire des différents actes professionnels qui peuvent motiver l'intervention de la justice.

Ce noyau de juristes se compose de MM. Gatineau, avocat à la Cour d'appel, Auger père et fils, avocats à la Cour de Cassation et au Conseil d'Etat, Dumesny, licencié en droit, secrétaire du contentieux et P. Boudin, docteur en médecine et docteur en droit.

Le « *Sou médical* » *ne cherche pas à faire de bénéfices*. Il assure avec ses ressources le fonctionnement régulier de tous ses services, et consacre toutes ses disponibilités à la réalisation des buts qu'il se propose.

On a parfois regretté que le « Sou médical » limite sa garantie en responsabilité civile à 10.000 francs.

Il importe de préciser que cette garantie n'est qu'une partie minime de son domaine.

Les procès en responsabilité ne sont qu'une proportion relativement faible des affaires qui sollicitent son activité. D'ailleurs, on s'effrayerait à tort des prétentions que les parties civiles ont souvent formulées, en réclamant des centaines de mille francs de dommages-intérêts.

Les condamnations à ce titre sont extrêmement rares, et on compte celles qui ont dépassé le maximum de dix mille francs dont le « Sou médical » couvre ses adhérents (1).

On lui oppose parfois les compagnies d'assurances qui, pour des primes relativement légères, acceptent de couvrir les risques, sans limite de leur étendue pécuniaire.

La rareté des condamnations, que je viens de signaler, prouve qu'en agissant ainsi, ces Compagnies d'assurances « jouent sur le velours ». Elles savent pertinement qu'elles sont exposées à payer dans un pourcentage de cas tellement insignifiant que c'est comme si le risque était inexistant.

D'autre part, l'intervention des assurances se borne exclusivement à la seule couverture du risque pécuniaire, qu'elles cherchent encore, en se substituant à leurs assurés poursuivis, à diminuer par des transactions qui ménagent leur caisse, mais laissent planer sur la responsabilité des compromis un doute qui n'est pas précisément flatteur pour leur dignité et leur respectabilité.

Le « Sou médical » *ne transige jamais*. A partir du moment où il a pris en main les intérêts de son adhérent, il les défend avec ténactité et persévérance devant toutes les juridictions, sans se préoccuper des frais qui en résulteront pour lui. Ses archives sont remplies d'affaires qui ont duré plusieurs années, passant successivement dans les prétoires de tous les tribunaux, depuis la Justice de paix jusqu'à la Cour de Cassation, depuis le Conseil de préfecture jusqu'au Conseil d'Etat.

Ce que les assurances font comme lui, dans des proportions variables, c'est de garantir leurs assurés contre le risque pécuniaire de la responsabilité professionnelle.

Ce qu'il est seul à faire, — et ce que la mauvaise foi se garde bien de reconnaître, — c'est de soutenir moralement et pécuniairement, de protéger, de diriger, de conseiller ses adhérents dans toutes les difficultés d'ordre professionnel auxquelles ils sont en butte, dans tous les conflits qui s'élèvent entre eux et des tiers, aussi bien quand ils sont poursuivis que quand ils poursuivent, aussi bien quand ils sont « défendeurs que quand ils sont demandeurs ».

Voilà ce qu'est le « Sou médical » et ce qu'il fait. Voilà comment il le fait. Quant aux détails même des affaires qui lui sont soumises, la lecture des procès-verbaux publiés trimestriellement éclaire nos lecteurs mieux que toute dissertation plus ou moins longue.

Le « Sou médical » groupe aujourd'hui environ 3.000 médecins français. Il représente une force et une puissance qui s'accroissent de jour en jour.

C'est un foyer où la médecine et le droit sont assis côte à côte, et où viennent chercher appui et réconfort, quand ils rencontrent les obstacles que l'exercice de leur profession fait naître devant leurs pas, tous ceux qui, ayant en lui la confiance qu'il mérite, savent qu'il leur suffira de lui faire appel pour que, le plus souvent, leur cause soit plus qu'à moitié gagnée.

G. Duchesne,
Secrétaire général adjoint
du « Sou Médical ».

(1) Il est permis d'affirmer que les très rares condamnations comportant de lourdes indemnités sanctionnèrent le plus souvent des actes que le Sou médical n'aurait peut-être pas accepté de défendre.
Le Sou médical soutient les causes malheureuses, non les malhonnêtes.

G. D.

PARTIE SCIENTIFIQUE

PATHOLOGIE MÉDICALE

Manifestations ostéo-articulaires, cutanées et méningées dans les fièvres typho-paratyphoïdes,

Par M. Pierre-Paul Lévy,

Ancien interne des hôpitaux de Paris.

Les anciens considéraient la fièvre typhoïde comme une maladie intestinale. On sait aujourd'hui qu'il n'en est rien. La fièvre typhoïde constitue le type des maladies à *septicémie*, c'est-à-dire dans lesquelles on peut déceler le microbe dans le torrent circulatoire. De là, il peut émigrer et coloniser dans tous les territoires de l'organisme. Sanarelli a pu dire d'une manière imagée : « La fièvre typhoïde n'est pas plus une maladie de l'intestin que la variole n'est une maladie de la peau. » La pullulation des bacilles véhiculés par le sang peut donc s'effectuer dans tous les appareils de l'économie, donnant lieu aux complications et aux formes cliniques les plus variées. Nous nous bornerons, dans cette causerie, à évoquer les complications portant sur le système osseux, la peau et le tissu cellulaire sous-cutané; nous terminerons par les complications méningées.

Manifestations cutanées et sous-cutanées.

Durant la maladie, la peau des typhiques est chaude, sèche. La défervescence peut s'accompagner de *sueurs profuses*.

Quand la convalescence s'établit, on peut constater, surtout chez les enfants, une *desquamation*. Celle-ci, parfois limitée à la paume des mains et à la plante des pieds, peut s'étendre à toute la surface du corps. Elle s'effectue tantôt par petites squames furfuracées, tantôt par grandes lamelles (Parrot, Rilliet et Barthez, Weill, Marfan).

Les *sudamina* sont fréquemment observés dans les états typhoïdes. Ces petites vésicules, d'ordinaire en nombre discret, peuvent être abondantes et même confluentes. Quant aux taches bleues, on sait aujourd'hui qu'elles sont dues à la phtiriase.

Nous n'insisterons pas sur l'éruption de *taches rosées lenticulaires* qui sont en quelque sorte la signature de la maladie. L'éruption, surtout chez l'enfant, est parfois si intense qu'elle a pu prêter à confusion avec la rougeole et même avec la variole (Taupin). On a discuté sur la valeur pronostique des taches rosées lenticulaires, dont l'étude d'ensemble a été reprise récemment par Cheurlot. Il ne semble pas possible, malgré les discussions des auteurs, d'attacher une valeur pronostique à leur grand nombre ou à leur rareté.

Indépendamment de l'éruption de taches rosées dont l'apparition est contemporaine du début de la 2e semaine, il faut signaler dans les fièvres typhoïdes l'existence possible d'érythèmes et d'éruptions anormales.

Poisot divise les *érythêmes* en bénins et malins. On observera surtout ces complications chez les enfants ; elles sont beaucoup plus rares chez les adultes.

1° Les *érythèmes bénins* sont sans intérêt. A l'occasion d'une infection banale ou d'origine digestive, l'enfant présente sur la peau des éléments morbilliformes, scarlatiniformes, urticariens ou strophuliques. En même temps, s'effectue une légère élévation de température et l'on note un état gastro-intestinal surajouté. Tout rentre dans l'ordre en deux ou trois jours.

2° Beaucoup plus graves sont les *érythèmes toxi-infectieux malins*. On les observe presque uniquement à l'hôpital (Hutinel et Martin de Gimard), où ils ont causé de véritables épidémies. Ils surviennent chez les enfants dont la bouche est infectée ou présente, à la suite de la sécheresse propre à l'état typhique, des fissures et des ulcérations, portes d'entrée banales des infections secondaires. Les complications éclatent vers le 3e septénaire. L'enfant est pris de vomissements verdâtres, incoercibles. En même temps, il a des évacuations extrêmement fréquentes, aqueuses et fétides. Le facies et l'état général s'altèrent profondément. C'est alors que le corps se couvre d'éléments polymorphes, de type scarlatineux, morbilleux ou purpurique, L'adynamie est considérable, la prostration absolue. Peu à peu, la température baisse, et le petit malade meurt en 3 ou 4 jours. La gravité de ces érythèmes, ou plutôt, de ces infections secondaires accompagnées d'érythèmes est très grande à l'hôpital à cause de leur caractère épidémique. On admet aujourd'hui que cette redoutable complication, heureusement assez peu fréquente, est due au streptocoque. On connaît l'exaltation de la virulence du bacille d'Éberth par la présence du streptocoque et, en retour, l'exaltation de la virulence du streptocoque par le bacille typhique (Chantemesse et Widal, Vincent).

A l'autopsie des enfants morts au cours de ces accidents, on trouve les lésions ordinaires de la septicémie avec gros foie infectieux en état de dégénérescence graisseuse. Roger a décrit une forme hépatique de la fièvre typhoïde tout à fait semblable au syndrome précédent sur lequel insiste Hutinel.

De même que dans toutes les infections gra-

ves, au cours des états typhoïdes, la peau mal nourrie peut se sphacéler. C'est surtout au niveau des points soumis à une pression permanente que la *gangrène* se développe. Les escarres de decubitus s'observent au sacrum, aux ischions, aux talons et aux coudes : si le malade se couche sur le côté, les parties latérales des genoux et des trochanters peuvent être atteintes. Ces escarres apparaissent vers la 3e et la 4e semaine. Plus précoces, elles sont l'indice d'un affaiblissement grave de l'organisme et comportent un pronostic fâcheux. De toutes manières, elles se produisent toujours chez des sujets très amoindris. Il faut bien savoir dépister l'escarre à sa première manifestation. Au cours de l'examen journalier d'un typhique, on doit toujours inspecter minutieusement tout le territoire cutané. On apercevra aux points de pression énumérés de petites taches rouges, d'abord très limitées. Négligées, elles s'enflamment. Sur le fond rouge se développe une bulle ou une ecchymose : la gangrène est imminente. Elle peut rester superficielle ou s'étendre en profondeur. Dans ce cas, elle gagne l'aponévrose superficielle et la détruit ; elle pénètre ainsi jusqu'à l'os qui, à son tour, peut subir la mortification. L'escarre sacrée peut ainsi atteindre progressivement le canal rachidien et provoquer une méningo-myélite mortelle.

Indépendamment de ces désordres considérables, la production d'escarres crée le danger des complications par infection secondaire : érisypèle, septicémies à streptocoques ou à germes anaérobies. Ces complications gangréneuses sont beaucoup plus rares aujourd'hui qu'autrefois. Les notions d'asépsie et d'antisepsie, l'usage des matelas d'eau, en supprimant les causes d'infection et les pressions localisées, ont beaucoup diminué cette source de complications.

Le tégument des sujets atteints de maladies typhoïdes est donc particulièrement vulnérable et toujours prêt à ouvrir des portes d'entrée multiples aux germes d'infections secondaires les plus répandus. Au moment le plus critique de la fièvre, quand le malade n'offre plus qu'une résistance précaire, on comprend avec quelle facilité peuvent se développer les *pyodermites* banales. C'est d'abord l'*ecthyma*, superficiel ou profond, qui peut couvrir les membres inférieurs de ses éléments croûtelleux. Ce sont les furoncles et les abcès, d'observation si fréquente chez les enfants dont la peau s'infecte avec tant de facilité. Les *furoncles* sont tantôt isolés, tantôt agminés en nombre considérable. Les portions soumises au frottement des draps, soit par pression du corps sur le drap inférieur (mollets, face postérieure des cuisses, fesses, lombes), soit par frottement du drap supérieur (face antérieure des cuisses, abdomen) peuvent être le siège de furoncles. On a pu compter ceux-ci par centaines.

Les *abcès* sous-cutanés peuvent être précoces ou tardifs. A la première catégorie appartiennent surtout les abcès isolés. Ils font leur apparition de la 1re à la 3e semaine. Quant aux abcès sous-cutanés multiples, ils se collectent plus tardivement, au cours de la 3e semaine ou même plus tard. Tantôt limités au tissu cellulaire sous-cutané, innombrables et intarissables, ils affaiblissent le malade, mais ne comportent pas nécessairement un pronostic très sombre ; tantôt au contraire, les suppurations cellulaires observées pendant la 3e semaine ne sont que des localisations de la grande pyohémie par infection secondaire. Ce sont alors des collections géantes du tissu cellulaire sous-cutané. Elles coexistent avec des abcès métastatiques de tous les viscères (foie, rate, reins, poumons), des plèvres et des articulations. Ces formes sont toujours mortelles.

Telles sont les complications cutanées que l'on est amené à observer, La balnéation a réduit dans de fortes proportions la mortalité par fièvre typhoïde. En particulier, en favorisant la diurèse, en maintenant les sujets en état de résistance plus efficace, elle a réduit beaucoup le nombre et la gravité de certaines complications. Par contre, en augmentant les causes de macération de la peau, en multipliant les contacts avec des linges qui, dans les familles, sont rarement impeccables, en mobilisant des malades dont les téguments sont excoriés, elle les expose à des causes d'infection extérieure dont il faut être bien averti.

Nous devons maintenant dire un mot des *abcès consécutifs à des manœuvres thérapeutiques*. Les injections hypodermiques les plus rigoureusement aseptiques peuvent en provoquer. Ce sont surtout les injections d'huile camphrée que l'on a incriminées. Elles sont le point de départ de collections huileuses sous-cutanées (Widal et Le Sourd). On sait d'ailleurs que l'huile camphrée est souvent longue à se résorber et même, qu'elle ne se résorbe pas, quand le véhicule est constitué par une huile minérale.

Les microbes que l'on peut retrouver au niveau des abcès par injection médicamenteuse peuvent être des germes circulant dans l'économie. Dans les états typhoïdes purs, ce seront le bacille d'Éberth ou les paratyphiques. Si la fièvre typhoïde est compliquée d'infections secondaires, on pourra retrouver dans ces abcès les germes les plus fréquents, staphylocoque, streptocoque, bacille pyocyanique, etc. Enfin, les collections huileuses peuvent rester aseptiques ; il en est ainsi des collections purulentes obtenues à la suite des *abcès de fixation* que la thérapeutique remet actuellement en honneur et qui, durant la guerre, ont été appliqués au traitement même de la fièvre typhoïde (Villaret, Rathery).

Indépendamment des complications suppuratives sous-cutanées que nous avons envisagées, il faut réserver une place aux *abcès de voisinage*,

fusées purulentes consécutives aux foyers d'ostéite et d'arthrite que nous allons maintenant passer en revue.

COMPLICATIONS OSSEUSES ET ARTICULAIRES.

Ces complications sont assez fréquentes et aujourd'hui bien connues.

1° **Complications osseuses.** — Les *ostéomyélites* et *ostéopériostites* sont surtout l'apanage des enfants et des adolescents, dont le système osseux est en voie d'accroissement.

Chantemesse et Widal ont montré que le bacille d'Éberth séjourne pendant très longtemps dans la moelle osseuse. Même quand il n'y a pas eu d'accidents ostéopériostés cliniquement appréciables, les petits convalescents ont toujours grandi après leur maladie : des vergetures transversales, au-dessus des grandes articulations, témoignent de l'allongement accéléré des os longs et de l'irritation médullaire.

Si la réaction est plus vive, la phagocytose peut être insuffisante à maîtriser la pullulation microbienne : l'*ostéomyélite* est réalisée. Cette complication apparaît en pleine convalescence, 2 mois après le commencement de la maladie ; cette date peut être contemporaine de la période d'état, mais plus souvent encore, elle est très tardive et le malade vient consulter pour elle quand la fièvre typhoïde est guérie depuis des mois. En présence d'un foyer de suppuration osseuse n'ayant pas fait sa preuve (staphylococcie, tuberculose, etc.), il faut penser à l'ostéite éberthienne.

Les os frappés sont les os longs, le tibia surtout ; le fémur est moins souvent en cause. Les côtes, le sternum, la clavicule, les métacarpiens peuvent être atteints. Tantôt il n'y a qu'un foyer d'ostéite, tantôt on en observe plusieurs ; ce sont alors les deux tibias qui sont pris le plus souvent.

La profondeur des lésions est variable. Hutinel distingue trois formes : 1° la *périostite circonscrite*, la plus fréquente, la plus bénigne aussi : elle s'accompagne de quelques douleurs osseuses avec fluxions articulaires, la fièvre est légère, la guérison est spontanée et se fait en quelques semaines ; 2° *l'ostéopériostite*. Ici il se forme un gonflement osseux, un abcès sous périosté se collecte et bombe sous la peau. Dans cette forme,on peut avoir le tableau clinique de l'ostéomyélite : fièvre très élevée, signes généraux graves, douleurs intenses. Parfois l'évolution est apyrétique, surtout pour les os plats, on pense alors à une lésion syphilitique ou tuberculeuse. Il faut intervenir chirurgicalement dans ces formes graves ou traînantes ; on limite ainsi les désordres anatomiques, on libère les séquestres, on détruit les trajets fistuleux.

Le pronostic de ces complications n'est pas toujours bénin ; dans les formes aiguës et fébriles, si l'intervention n'est pas pratiquée dès le début, la mort peut survenir.

A la suite des lésions osseuses, il persiste souvent une déformation par *périostose*. Celle-ci peut s'effectuer lentement, d'emblée ; elle constitue alors la 3e forme décrite par Hutinel.

La cause microbienne des complications osseuses peut être un germe d'infection secondaire (staphylocoque) ; le plus souvent, c'est le bacille typhique ou paratyphique qu'on isolera du pus. Cette notion a été le point de départ d'un traitement très utile, l'auto-vaccinothérapie (P.-E. Weil, Bohmansson) agissant bien surtout sur les formes traînantes.

Nous ne pouvons clore cet exposé sans parler d'une complication osseuse rare et intéressante, la *spondylite* de Gibney. Weissenbach en a donné une bonne revue d'ensemble.

Due à la localisation du bacille d'Éberth sur le rachis, elle frappe presque toujours la colonne lombaire. C'est une complication de la convalescence. Les malades accusent une douleur rachidienne insidieuse, puis continue et très gênante. Seule l'immobilisation peut la calmer. Des déviations antéropostérieures et latérales l'accompagnent, puis ce sont des signes radiculo-médullaires, avec exagération des réflexes des membres inférieurs. Le complexus symptomatique peut simuler le mal de Pott ; l'examen radioscopique est indispensable pour faire le diagnostic : il montre la lésion localisée au disque intervertébral, avec intégrité des corps vertébraux.

Longtemps après le début,il peut persister des raideurs et des attitudes spéciales. Durant la guerre, on a observé des cas de spondylite typhique assez nombreux, et la maladie a favorisé l'apparition de camptocormies ou plicatures vertébrales chez des sujets prédisposés. (Sicard, Chiray et Roger.)

2° **Complications articulaires.** — De même que dans l'ostéomyélite commune, il existe des symptômes d'arthrite, de même les articulations peuvent réagir dans les maladies typhoïdes par voisinage avec une lésion osseuse. Elles peuvent aussi s'enflammer primitivement.

Connues depuis Keen, classées par Volkmann, les complications articulaires de la fièvre typhoïde et des infections paratyphiques ont été bien étudiées depuis la guerre.

Tantôt il s'agit de complications pyohémiques par infection secondaire. Ces arthrites purulentes appartiennent à la période critique de la maladie, du 3e au 4e septénaire ; leur pronostic est fatal. Tantôt il s'agit de localisation du germe spécifique (surtout le bacille d'Éberth ou le paratyphique B) sur les articulations. Vincent et Muratet, Netter et Mozer, Lortat-Jacob, Grenet et Fortineau, etc., ont bien mis en lu-

mière ces complications qu'Achard et Bensaude avaient autrefois signalées dans le paratyphus. Le liquide articulaire peut être séreux et amicrobien dans les arthrites par inflammation de voisinage ; mais il peut aussi être purulent et contient alors le bacille typhique ou paratyphique.

On observera des monoarthrites et des polyarthrites : la *monoarthrite* siège quelquefois au genou ; le plus souvent c'est la hanche qui est intéressée. Après un stade aigu de douleur avec gonflement, œdème, fièvre, l'arthrite peut devenir chronique ou aboutir à l'ankylose et à la luxation spontanée de la tête fémorale. Son pronostic est donc à réserver.

La *forme polyarticulaire* est la plus fréquente. Vers le 15e ou le 20e jour, quelques grandes articulations sont prises à la fois et le malade présente les signes d'impotence fonctionnelle et de douleurs des rhumatismes articulaires. Toutes les jointures peuvent être touchées, même les articulations vertébrales (Nobécourt et Peyre). Plus rarement, c'est au début de la fièvre qu'éclatent les signes articulaires (Robin et Leredde). On conçoit les grandes difficultés de diagnostic de ces formes d'*arthrotyphus*. Si l'on s'en tient à l'examen clinique pur, la difficulté devient une impossibilité dans les cas, rares et très intéressants, où les douleurs articulaires constituent le signe unique de l'infection éberthienne. Guillain, Laroche et Libert ont rapporté récemment une observation de ce genre : tout le tableau du rhumatisme articulaire aigu, fièvre élevée, hydarthrose du genou droit, gonflement des jointures tibio-tarsiennes, arthrite de la hanche gauche, s'y trouvait réalisé. Seule l'hémoculture et le séro-diagnostic permirent de rattacher les signes trompeurs à leur véritable cause. Henry Bourges vient de citer dans ces derniers jours deux cas analogues. Nous sommes persuadés que l'extension des méthodes de laboratoire dans la pratique courante démontrera la fréquence relative des faits de ce genre, et c'est à dessein que nous nous sommes étendus sur ces complications estimées exceptionnelles bien à tort.

Complications méningées.

« Le médecin ne peut pas encore se prononcer. Il pense à une méningite ou peut-être à une fièvre muqueuse ». Combien de fois, dans les familles, cette phrase a-t-elle été répétée d'une voix angoissée. Elle traduit bien la fréquence des localisations méningées dans la septicémie éberthienne et la difficulté de les différencier des autres méningites.

On trouvera dans les classiques et dans une bonne revue de Weissenbach des renseignements étendus sur les complications méningées au cours de la fièvre typhoïde ; nous prions le lecteur de se reporter à ces ouvrages pour y lire les noms des auteurs très nombreux dont les travaux ont éclairé la question. Les recherches faites pendant et depuis la guerre ont apporté à son étude une contribution importante ; elles ont surtout montré que les infections paratyphoïdes se comportent vis-à-vis des méninges comme l'infection éberthienne. Nous envisagerons 4 groupes de faits :

1° Les manifestations méningées d'une fièvre typhoïde déjà reconnue ;

2° Celles du début de la fièvre typhoïde ou méningotyphus ;

3° Les méningites éberthiennes primitives ;

4° Les méningites par infection secondaire au cours de la fièvre typhoïde.

1° Au premier groupe appartiennent les cas les plus nombreux. Pendant la période d'état, du 6e au 20e jour, apparaissent des signes méningés, céphalées et raideurs. Le signe de Kernig ou de Brudzinski est toujours net ou ébauché ; les autres symptômes, vomissements, contractures et decubitus en chien de fusil, sont moins constants. Il peut y avoir, surtout chez l'enfant, des crises convulsives : c'est la forme éclamptique.

Les signes méningés peuvent éclater brusquement, mais cela est l'exception.

L'évolution est variable : tantôt, et ces formes sont l'apanage des états méningés simples, les accidents disparaissent en quelques jours avec retour *ad integrum* ; tantôt au contraire, et ces formes répondent à l'existence d'une méningite vraie, les accidents s'aggravent, des paralysies s'installent et le malade meurt en 8 à 10 jours comme un méningitique. S'il survit, des séquelles nerveuses indélébiles peuvent être observées ; ces faits sont de connaissance populaire.

2° A la deuxième catégorie appartient le *méningotyphus*. Chez un sujet ayant présenté depuis quelques jours quelques troubles gastro-intestinaux vagues et une fièvre légère, mal déterminée, éclatent brutalement des symptômes méningés : céphalée atroce, vomissements répétés, photophobie. On constate de la raideur du rachis et de la nuque. Dans les jours suivants, la fièvre jette le masque : les signes de stupeur, les taches rosées et les autres symptômes éclairent le diagnostic. L'évolution du méningotyphus ne se distingue pas de celle de la dothiénentérie commune ; pour certaines auteurs, cependant, une fièvre typhoïde qui s'annonce de cette manière anormale doit être considérée comme plus graves que les autres.

3° Les *méningites typhique ou paratyphique primitives*, qui appartiennent au 3e groupe, sont de connaissance extrêmement utile, car il est impossible de les distinguer cliniquement de la méningite cérébro-spinale aiguë.

Rien ne manque au tableau : signe de Kernig au maximum, raideurs et contractures invincibles, céphalée avec congestion de la face. Il n'est pas jusqu'à l'herpès labial lui-même que

◆◆◆

l'on n'ait observé dans quelques cas. Par contre, les signes de fièvre typhoïde sont absents dans ces formes trompeuses. Leur évolution, d'une gravité exceptionnelle, aboutit presque toujours à la mort.

Nous ne saurions trop insister sur la ressemblance frappante entre la méningite cérébro-spinale classique et les méningites éberthienne ou paratyphiques. Dans leurs observations récentes, d'Œlsnitz, Boucart et Ronchèse, Merklen et Gauthier, Sartory et Spillmann (pour la méningite éberthienne), Tolmer et Weissenbach (méningo-paratyphus A), Rathery et Vanstenberghe Lesné (méningites à para B), sont tous d'accord pour répéter que la clinique seule est impuissante à trancher le diagnostic (1). Dans des cas plus rares (Cottin et Gastinel, Boidin), c'est le tableau de la méningite tuberculeuse qui est réalisé.

4° Il reste à examiner le groupe des *méningites par infection secondaire*. Elles sont rares. On les observe à la fin de la maladie ou au début de la convalescence. Ce sont des méningites à staphylocoques, à streptocoques, à pneumocoques, à méningocoques, à bacilles de Koch, etc. Parfois l'association du bacille typhique avec d'autres germes a été constatée (Vincent, Sartory et Spillmann).

Le *diagnostic clinique* de ces complications méningées est donc particulièrement ardu ; il n'est pas exagéré de le dire impossible dans les cas de méningo-typhus ou de méningite typhique primitive.

On pourra penser à la méningite cérébro-spinale épidémique et aux méningites purulentes aiguës, à la méningite tuberculeuse ou syphilitique. Chez l'enfant, on n'oubliera pas la réaction méningée violente qui annonce souvent une pneumonie du sommet. Enfin, le polymorphisme de l'encéphalite léthargique dans ses formes méningées nous autorise à joindre cette affection à celles que l'on peut être amené à discuter.

Mais si la clinique pure, malgré ses finesses et ses nuances, ne permet pas de trancher le débat, le problème sera résolu avec l'aide efficace du laboratoire.

Diagnostic de laboratoire. — Dans les cas où la maladie dure depuis plus de 8 jours, le *séro-diagnostic* permettra presque toujours d'avoir une réponse positive. Deux réserves doivent être faites : l'une pour les sujets récemment vaccinés contre les maladies typhoïdes, l'autre pour les cas, surtout fréquents dans la fièvre paratyphoïde A, où la séro-réaction est retardée.

Si la maladie n'a pas atteint le 8e jour de son évolution et si elle s'accompagne d'une température élevée (39° à 40°), une *hémoculture* a de grandes chances d'isoler le germe du sang. Ces deux recherches capitales, appliquées d'une manière réflexe, ont rendu des services incalculables.

Pour les complications méningées, la *ponction lombaire* constitue le coup de sonde essentiel ; l'aspect du liquide dictera le diagnostic et le pronostic.

Tantôt on obtient un liquide hypertendu, clair et limpide, sans hyperalbuminose ou avec augmentation modérée de l'albumine normale. Ce liquide est aseptique. Il s'agit alors de *méningisme* (Dupré) ou d'*état méningé* (Widal), c'est-à-dire d'une irritation simple des méninges. La quantité d'urée peut être augmentée (Rathery et Vansteenberghe). Le rapide examen de ce liquide permet d'éliminer les méningites cérébro-spinale et purulentes, les méningites tuberculeuse et syphilitique.

Tantôt au contraire, on obtient un liquide de *méningite purulente*, à formule polynucléaire, où les frottis et les cultures permettront de reconnaître le microbe, bacille typho-paratyphique ou germe d'infection secondaire. Ici encore, d'emblée le diagnostic est complet.

Nous n'entreprendrons pas d'esquisser ici le traitement des complications des fièvres typhoïdes. Il nous suffira de rappeler que dans ces maladies, ce sont les « petits soins » de propreté qui, en réalisant la prophylaxie des complications secondaires, évitent au malade les principaux dangers. Par eux, on réduit considérablement l'infection des cavités naturelles, par eux on évite très souvent la production d'escarres, tarissant ainsi les deux grandes causes de la pyohémie.

Malheureusement, dans certains milieux, par suite de l'incommodité du logis, du manque de linge, des difficultés de la balnéation, des préjugés ou de l'affolement de l'entourage, on ne peut pas toujours obtenir une application rigoureuse de ces soins ; c'est alors qu'il faut prévoir la possibilité des complications secondaires et réserver prudemment le pronostic.

L'étude des complications ostéo-articulaires et des localisations méningées nous a montré la puissance des moyens de diagnostic dont nous disposons aujourd'hui.

Un typhique est guéri depuis des mois ; comment déceler la véritable nature d'une ostéite traînante chez un malade qui souvent ne mentionne pas ou même a pu ignorer une typhoïdette antérieure ?

On examine un sujet perclus de douleurs rhumatismales aiguës, les jointures bardées d'ouate salicylée. Qui pourrait songer à la fièvre typhoïde ?

Le médecin est appelé de toute urgence pour examiner un enfant brusquement frappé de méningite. Comment reconnaître sous ce mas-

(1) Tous ces exemples pourraient être multipliés ; nous n'avons cité que quelques faits puisés dans la littérature récente.

que redoutable l'infection typho-paratyphoïde ?

Pour percer le mystère, il faut s'armer de l'aiguille. L'hémoculture, le séro-diagnostic, la rachicentèse donneront la réponse impatiemment attendue.

Une seule hémoculture peut être négative, une séro-réaction peut être d'apparition retardée, un liquide de ponction lombaire aujourd'hui clair comme de l'eau de roche peut être purulent demain. Il faut savoir reprendre du sang dans la veine, faire un deuxième séro-diagnostic, reponctionner le canal vertébral ; il faut, avec autorité, savoir imposer à l'entourage ces compléments d'investigation. Cette conduite donne la satisfaction et la tranquillité de l'esprit au médecin ; pour le malade, c'est une garantie, une sauvegarde, un bienfait.

SÉMÉIOLOGIE CLINIQUE

LES DYSPNÉIQUES

Comment les soulager ?

Dans la recherche d'un diagnostic, aller d'abord au vraisemblable.

Par M. Ségard (de Saint-Honoré),
ancien interne des hôpitaux de Paris.

Quelle est la cause de la dyspnée ?

Dans la pratique de tous les jours, le problème — c'est bien le mot — se pose dans deux conditions bien différentes :

a) Tantôt, il s'agit d'un malade connu et que l'on a suivi ; ou encore d'un sujet que l'on voit pour la première fois, mais chez qui la gêne respiratoire survient au milieu de commémoratifs précis. La cause est *évidente.*

b) Tantôt, nous sommes appelés auprès d'un dyspnéique qui souffre brusquement, au milieu de circonstances imprécises, obscures, et alors la cause est *à discuter.*

1er *cas* : diagnostic évident : un cavitaire, un cachectique à l'ultime période ; une balle de revolver dans la poitrine, une fracture de côtes, un grand fébricitant, un malade saigné à blanc, un tétanique, un gros goitre qui comprime la trachée ou le médiastin, une longue quinte de coqueluche....., nous ne nous y arrêtons pas.

2e *cas*, il en est tout autrement lorsqu'on aborde sans renseignements sûrs un malade qui s'est mis à asphyxier en très peu de temps.

Comment trouver la cause de cette dyspnée ?

***

Que convient-il de faire tout d'abord ?

1° Interrogeons le patient sans le fatiguer (s'il peut répondre), questionnons aussi l'entourage : cette dyspnée est-elle paroxystique ? continue ? Est-ce une dyspnée d'effort, premier signe d'une insuffisance fonctionnelle cardio-pulmonaire ? Se manifeste-t-elle au repos : alors affirmons une toxémie ; d'ailleurs, c'est alors une dyspnée surtout nocturne parce que l'intoxication est maxima la nuit et aussi parce que le malade est couché (la position horizontale augmentant toutes les dyspnées).

2° Y a-t-il de la fièvre ? A combien bat le pouls ?

3° Découvrons le thorax : comment respire-t-il ? Un côté, un hémidiaphragme n'est-il pas immobilisé, voussuré ? Regardons respirer les fosses sus-sternale et épigastrique.

Et surtout, montre en main, comptons le nombre de respirations par minute. De deux choses l'une : le nombre des mouvements respiratoires est augmenté : 30 à 70 à la minute (au lieu de 16 à 20). Ou, au contraire, la respiration est ralentie.

A) *La respiration est accélérée.*

a) Il est logique de penser d'abord au **poumon.** Cherchons une pneumonie (jusque dans l'aisselle), une grippe pulmonaire, une grosse congestion pleuro-pulmonaire, une splénopneumonie qui simule si facilement la pleurésie. Ou bien n'y a-t-il pas un épanchement séro-fibrineux, voire même une de ces pleurésies purulentes qui s'installent rapidement avec point de côté atroce et signes généraux graves d'infection ; dans le doute en face d'une plaque de matité avec silence respiratoire : ponction exploratrice que nous pratiquerons même dans un interlobe, si la bande de matité est suspendue à la hauteur de la scissure (ces pleurésies enkystées se voient surtout chez un convalescent de pneumonie ou de broncho-pneumonie).

Voilà les causes auxquelles nous penserons tout d'abord. Qui de nous n'a découvert un pleurétique qui promenait son liquide depuis plusieurs jours ?

N'éliminons pas sans contrôle : la suffocation d'un pneumothorax, car, n'avons-nous pas affaire à un jeune tuberculeux plus ou moins latent ou ignoré et qui vient de faire éclater une vésicule pulmonaire ? Songeons aussi à une tuberculose aiguë, à une granulie, surtout si notre sujet dépérissait depuis quelque temps avec une fièvre irrégulière.

Chez la femme, n'oublions pas qu'une embolie pulmonaire droite a pu compliquer un rétrécissement mitral ou une phlébite parfois passés inaperçus : le crachat ocre-bistré nous mettra sur la voie du diagnostic.

Chez l'enfant, mêmes affections à rechercher, avant tout la broncho-pneumonie, caractéristique avec ses foyers de râles disséminés, sa polypnée rapide qui monte à 50-70 à la minute.

Pour le *vieux* bronchitique, le catarrhe suffocant est souvent une manière de finir.

Quels qu'ils soient, ces encombrements des bronches, des alvéoles, ces compressions par un épanchement, produisent à la longue une insuffisance cardio-rénale, et celle-ci de retentir à son tour sur le poumon en encombrant les bases de congestion ou d'œdème aigu, subaigu.

b) Après le poumon : **le cœur.** Le cardiaque-dyspnéique souffle, souffre depuis quelque temps déjà. Son anhélation à l'effort (course, escalier), un peu d'œdème aux chevilles, l'avaient amené au médecin qui avait constaté un souffle d'insuffisance valvulaire, parfois un roulement mitral, toujours un foie un peu débordant et douloureux, de l'œdème des bases pulmonaires ; d'autre part, dans le bocal — thermomètre du cardiaque —, les urines déjà albumineuses avaient baissé de niveau. Ici, c'est *le ventricule droit* qui est devenu peu à peu insuffisant, pendant que purement cinétique au début, la dyspnée s'aggravait progressivement par le décubitus et s'accompagnait de douleurs angoissantes (Ribierre). Après quoi, la dyspnée étant devenue continue, l'hyposystolie s'est constituée : hyposystolie du mitral ; hyposystolie aussi du bronchitique chronique — emphysémateux — scléreux pulmonaire.

Chez d'autres, chez les aortiques, chez les hypertendus, c'est le *ventricule gauche* qui marque son insuffisance brutalement par un de ses trois accidents : œdème aigu du poumon, angine de poitrine, crise d'asthme cardiaque (Martinet). Mais, bien avant que n'éclate un de ces accidents dramatiques, avant que nous n'ayons pu entendre un bruit de galop, le Pachon ou le Lian — sans lequel il n'est pas d'exploration médicale complète — ont dépisté chez ces artério-scléreux l'*hypertension artérielle* et, chez les insuffisants aortiques, l'énorme pression différentielle (T. Mn = **5** avec T. Mx = **18** par exemple) vraiment pathognomonique. N'attendons pas l'albuminurie qui manque si souvent et sachons dès notre premier examen recueillir à la veine du pli du coude quelques centicubes de sang pour faire doser l'urée sanguine ; au-dessus de **0,40** d'urée au litre nous pourrons dire « hyperazotémie ».

c) Rien au cœur, rien au poumon, tension artérielle normale, rien dans les urines : ne serait-ce pas **une polypnée hystérique** ?

Pour voir cesser cette dyspnée et l'anxiété qui l'accompagne, il suffit de distraire le malade qui est, avant tout, un émotif constitutionnel.

B) *La respiration est ralentie.*

Cette constatation est de la plus haute importance ; elle pose la question du diagnostic de façon toute différente.

Tout d'abord est-ce l'inspiration qui est gênée? Est-ce, au contraire, l'expiration ? C'est là un point capital à établir immédiatement.

a) Nous pouvons entendre **à l'inspiration** un bruit grave : **cornage**, ou un bruit aigu, sorte de sifflement. D'autres fois, les deux temps de la respiration sont couverts par un bruit de scie, bruit serratique.

Découvrons la fossette sus-sternale et la poitrine : si nous voyons l'inspiration creuser **un tirage** susternal, affirmons alors un obstacle du larynx ou de la trachée. Le tirage du creux épigastrique, lui, se voit au cours de toutes les dyspnées, dans celle du croup comme dans celle de la bronche ; il n'a pas la même valeur diagnostique que le tirage supérieur. En effet quand on constate un tirage sussternal seul, isolé = larynx.

Chez **l'enfant**, ce diagnostic de l'origine d'une dyspnée est bien l'un des plus épineux, l'un des plus angoissants qui se posent. Comment le praticien, méthodique et temporisateur, procède-t-il ? Par réflexe, il a déjà exploré la gorge.

De deux choses, l'une : il y a vu une angine blanche : c'est du croup : vite du sérum (1). Ou bien, il n'y a pas d'angine.

Suivons le clinicien dans les étapes de la discussion.

Tout d'abord, est-ce bien une dyspnée laryngée ? N'est-ce pas une broncho ? Voilà ce qu'il se demande. L'auscultation lui fournit des éléments suffisants (2).

Au surplus, faisons causer l'enfant (pinçons-le, s'il est tout jeune), pour savoir si la voix, la toux sont altérées. Si la voix est altérée, c'est au larynx : l'enfant n'a-t-il pas avalé une bille, une dragée, un noyau de fruit ? Tout et simple jusqu'ici.

Voici les premières épines du diagnostic : chez *le nourrisson*, un abcès rétro-pharyngé, dans sa forme haute, est assez facile à reconnaître : ne suffit-il pas d'y penser quand un enfant rend le lait par le nez, quand sa voix devient barbotante comme un cri de canard. Et ne suffit-il pas de bien éclairer la paroi postérieure du pharynx pour découvrir la voussure qui s'avance jusqu'au voile, ou encore de toucher avec l'index la tumeur fluctuante du fond de la gorge ? Ç'en est assez pour que l'on aille à la sonde ouvrir sans retard la voussure. Mais, dans l'abcès rétro-pharyngé bas situé, placé derrière le larynx, il en va tout autrement : c'est, en tous points, le tableau du croup-c'est le tubage presque fatal. Avec l'abaisse-langue, tâchons cependant de découvrir l'épiglotte : est-elle coiffée d'une bordure de fausses membranes. Guettons un accès de toux et un rejet pos-

(1) Quand l'Institut Pasteur livrera t-il couramment aux pharmacies des doubles flacons qui ré, duiront de moitié les transvasements dans la seringue, partant les chances d'infection et le temps perdu ? Les praticiens réclament des flacons de 20 c. c.

(2) Rappelons-nous toutefois qu'une broncho peut s'accompagner de spasme laryngé et de cornage ; et alors...... les meilleurs cliniciens s'y perdent.

sible de membranes. En tous cas, en clientèle : du sérum, quand même. Chez le nourrisson, il est exceptionnel, que l'on ait à discuter le gloussement de poule d'un stridor congénital (qui disparaît après 6 mois) ; le gros thymus qui donne du spasme de la glotte ; les ganglions bronchiques qui provoquent un cornage expiratoire très spécial : dans ces deux cas, c'est un diagnostic à faire par les rayons X.

Arrêtons-nous un moment au croup primitif qui a pu frapper le larynx sans se manifester par des fausses membranes sur les amygdales ou l'épiglotte. Avant de conclure à ce diagnostic qui affolera la famille, le praticien va se demander si ce n'est pas une simple laryngite striduleuse provoquée par des mucosités adénoïdiennes tombant sur la glotte pendant le sommeil de l'enfant. Spasme relativement bénin chez le grand enfant, plus sérieux chez le tout jeune, puisque l'instillation nasale d'une goutte d'huile mentholée forte peut être mortelle ; dans tous les cas, affection de courte durée et qui débute comme le croup finit. Dans le doute, faisons parler et tousser l'enfant : voix et toux sont claires.

Les jeunes Anglais en avalant du thé chaud au bec de la théière se brûlent parfois la glotte : diagnostic facile. En revanche, tous les pédiâtres connaissent une laryngite à forme œdémateuse et suffocante qui survient après une phase d'angine et de laryngite légères ; cliniquement, elle est impossible à distinguer du croup.

Autres cas complexes : voici un rougeoleux, un coquelucheux qui commence une laryngite. Croup ? ou laryngite infectieuse, morbilleuse...? Règle générale, le croup est tardif, tandis que la laryngite non croupale est un accident contemporain du catarrhe et de l'éruption. Dans le doute, ne nous abstenons pas : injectons pour n'avoir pas à nous reprocher d'être intervenus trop tard.

Mais, voici un autre enfant, en traitement celui-là, pour un croup déclaré : les mouvements respiratoires s'accélèrent, les ailes du nez battent, le tirage s'installe au creux épigastrique ; au thermomètre : 40°. Ce n'est plus du croup simple ; c'est un croup compliqué de broncho-pneumonie dont les râles crépitent et ronflent en plusieurs foyers disséminés. Ici, le cas est évident.

Chez **l'adulte**, c'est l'œdème de la glotte qui est d'abord à discuter ; il se voit chez un brightique, à la suite d'une potion de KI. Plus rarement, une bulle géante d'œdème de Quincke peut obstruer le larynx. Ou encore un tabétique est frappé de cet ictus laryngé si caractéristique avec sa reprise coqueluchoïde au milieu d'une série de respirations courtes et superficielles. Si, aucun de ces diagnostics ne peut s'adapter à notre malade, cherchons du côté du médiastin : demandons à l'écran, s'il n'y a pas une tumeur cachée : anévrysme de l'aorte, néo latent de l'œsophage, goitre ; demandons au laryn-goscope s'il n'y a pas paralysie d'une corde vocale due à une compression du récurrent. L'écran nous dira aussi si l'estomac n'est pas distendu par une grosse bulle d'air due à l'aérophagie.

b) **Ni cornage, ni tirage.** C'est l'expiration qui est gênée, prolongée, bruyante parfois.

Il n'y a que deux affections à discuter : l'accès d'*asthme* caractérisé par le spasme de la bronche et l'encombrement de celle-ci ; sous l'oreille, c'est le concert bien connu de râles sibilants et ronflants. L'asthme se voit aussi bien chez l'adulte ou le vieillard (il est alors souvent de cause rénale ou artérielle) que chez l'enfant ; dans le jeune âge, il est souvent méconnu, étiqueté « bronchite à répétition », « congestion pulmonaire », bronchopneumonie même. Et, cependant la bradypnée de l'asthme s'oppose à la polypnée de la broncho ; de plus, le pneumospasme cède assez bien à l'adrénaline et aux inhalations de poudre antiasthmatique. Aurait-il été méconnu à la première crise, l'asthme ne le sera plus à la seconde.

L'*emphysémateux* qui souffre de la diminution de son élasticité pulmonaire est presque toujours en même temps un bronchitique, sujet à des poussées congestives que viennent encore aggraver la stase passive des bases et la dilatation cardiaque. Par surcroît, l'emphysémateux fait assez volontiers des accès de dyspnée asthmatique.

C) ***La respiration est irrégulière.***

L'examen des urines nous révèlera alors l'une de ces deux intoxications : urémie ou diabète.

a) Le Cheyne-Stokes *urémique* dû à l'altération des noyaux bulbaires annonce le coma. Il comprend : un cycle de respirations se succédant de plus en plus précipitées, une pause de 20 secondes et, après cette apnée, des respirations reprenant faibles, puis de mieux en mieux marquées. C'est une manière classique de finir pour le vieil *urémique, mais un brightique qui s'ignore peut brusquement* être emporté par une dyspnée suffocante, à la suite d'une poussée de néphrite aiguë.

b) Le *diabétique* qui entre dans le coma présente une dyspnée spéciale dite de Kussmaul : inspirations profondes et brusques suivies d'expirations brèves, plaintives. L'haleine chloroformique, la coloration vin de Porto avec deux gouttes de Fe^2 Cl^6 ajoutées à l'urine caractérisent l'acide diacétique.

c) De ces grands toxi-infectés rapprochons ces petits intoxiqués que sont *les anoxémiques* et *les hyposphyxiques* du type Martinet. Ce sont des femmes en général, à thorax étroit, à faible expansion diaphragmatique, à cœur petit et à pouls peu tendre. Ces insuffisantes cardio-respiratoires, ces débiles cardiaques, font, au moindre effort, une tachycardie qui ne se calme qu'après un long repos. Le plus souvent, ce sont des variqueuses,

à extrémités froides, des migraineuses mal réglées quelquefois asthmatiques, toujours insuffisantes pluriglandulaires.

***

Les grandes indications thérapeutiques des dyspnées.

Vouloir les envisager dans le détail serait passer la revue de la pathologie et de la thérapeutique. Contentons-nous de schématiser ces indications.

I. **Le pharynx et le larynx.** — Il faut ouvrir d'urgence les collections telles que : angine de Ludwig, phlegmon de l'amygdale, abcès rétro-pharyngé. En cas de *spasme de la glotte* : une éponge chaude au devant du cou ; une potion avec K Br + antipyrine. Si la glotte est obstruée par un *œdème* brightique : la trachéotomie ; si elle est obstruée par des fausses membranes : du sérum à hautes doses ; le tubage (en ville), la trachéotomie (à l'hôpital), si les accès de dyspnée croupale vont se rapprochant malgré le sérum. Dans le cas de laryngite tuberculeuse : la trachéo-fistulisation à la Rosenthal.

II. **Les compressions du médiastin.** — Le traitement symptomatique consiste en aconit, belladone, jusquiame, opiacés. Le *gros thymus* peut être réduit par la radiothérapie ; *les ganglions trachéo-bronchiques*, par un traitement général arsénical et phosphaté. Contre le *néo de l'œsophage* : extirpation, gastrostomie ou radiumthérapie capable de rendre de grands services.

III. **L'appareil pleuro pulmonaire.** — La *bronchite généralisée* de l'emphysémateux, *la broncho, la pneumonie* appellent les moyens classiques : la révulsion cutanée (à plusieurs degrés : cataplasmes de farine de lin, ventouses sèches ou scarifiées, enveloppements simples du thorax, enveloppements sinapisés, et, si le cœur tient, grands bains à 38°, voire même courts bains sinapisés en cas de bronchite capillaire) ; la classique potion de Todd avec acétate d'ammoniaque ; les injections sous-cutanées d'oxygène avec l'appareil de Bayeux ; la stimulation du cœur par les injections d'huile éthérée camphrée, strychnine, spartéine et caféine aux emphysémateux. *Quelques cas spéciaux* : dans une grosse congestion pulmonaire chez l'enfant, on peut donner l'ipéca à dose nauséeuse, si le cœur tient bon. Les mucosités sont-elles trop abondantes : la terpine les sèche ; quand elles sont trop épaisses, l'acétate ou le carbonate d'ammoniaque les fluidifient.

Aux emphysémateux, donnez, en plus, les antispasmodiques (datura, drosera), et faites de la révulsion sur les extrémités).

La crise d'*asthme* se traite avant tout par l'injection sous-cutanée d'adrénaline, par les pilules de belladone, par l'inhalation de poudre anti-asthmatique, par les ventouses sèches. Certains asthmatiques ne sont calmés que par une piqûre de morphine, d'autres, par la vieille potion KBr Na I.

Il va de soi que *les épanchements* de la grande cavité pleurale seront ponctionnés avant qu'ils ne deviennent un danger pour le cœur ou le foie déplacés ; après la ponction évacuatrice peut se poser la question de l'injection d'air ou d'oxygène dans la plèvre (1). Les pleurésies purulentes enkystées seront évacuées par thoracotomie, si la vomique et si la ponction sont insuffisantes pour les vider.

Aux *anoxémiques*, qui sont, nous l'avons dit, des insuffisants respiratoires et des débiles cardiaques, nous conseillerons, dans l'intervalle des accès dyspnéiques, une prudente gymnastique, si le cœur tient, ainsi qu'un entraînement respiratoire au pnéoscope de d'Heucqueville ou au spiroscope. L'hydrothérapie tiède leur sera une pratique d'hygiène très utile.

IV. **Le cœur et les reins.**

Rappelons les petits moyens d'urgence : les gouttes de liqueur d'Hoffmann ou de liqueur ammoniacale anisée.

Le *ventricule droit* est insuffisant ; on prescrira d'abord : le lit, le lait, les ventouses, la digitaline (à doses d'entretien et plus tard à doses massives); la morphine à très petites doses. On réservera la caféine aux derniers jours de l'asystolique. S'agit-il de péricardite rhumatismale : salicylate de soude, en potion ou par le goutte à goutte rectal en cas d'intolérance ; ventouses scarifiées précordiales ; s'il y a un épanchement péricardique on le ponctionne selon la technique de Blechmann.

Le ventricule gauche est insuffisant ; quelle que soit l'affection en cause, désintoxiquons notre malade par le régime déchloruré, hypoazoté, quelquefois la diète lactée ; par des purgatifs périodiques ; par des diurétiques (théobromine, scille). Comme traitement d'urgence : la saignée dans l'œdème pulmonaire aigu des aortiques et des brightiques ; l'inhalation d'une petite ampoule de nitrite d'amyle dans l'angine de poitrine. Après la crise angineuse, on prescrira la trinitrine à l'intérieur, si T. Mx. est augmentée ; si T. Mx. est diminuée, on donne, au contraire un peu de digitaline.

Chez l'*urémique-dyspnéique*, la théobromine alternera avec de petites doses de digitaline ou avec les précieuses pilules de Lancereaux qui combinent scille, digitale, scammonée. L'oxygène en injections sous-cutanées aidera à soulager la dyspnée pendant la crise ; il pourra être continué après celle-ci pour tonifier le malade.

(1) Pierre PRUVOST. — Acquisitions sur le traitement des séquelles pleurales. *L'Hôpital*, décembre A, 1920.



Épilepsie !!!

dans l'état actuel
de la Science, les

Dragées Gelineau

(Bromure de potassium arsenical et Picrotoxine)
demeurent toujours
le remède le plus actif,
le plus puissant
à combattre l'Épilepsie

J. Mousnier, à Sceaux

Pour procurer aux malades
un Sommeil bienfaisant
et réparateur

Le Sirop Gelineau

(Bromure de potassium et chloral)
est resté
LA PRÉPARATION CLASSIQUE
sûre en ses résultats, supérieure aux hypnotiques récents ;
toujours bien toléré, son administration ne laissant à redouter aucun accident consécutif.

J. Mousnier à Sceaux.

SERVICE VACCINAL DU « CONCOURS MÉDICAL »
assuré par

L'Institut de Vaccine Animale

CHAMBON* — St-YVES MENARD*

Directeur : Dr André FASQUELLE*, 8, rue Ballu, PARIS
Tél. GUTENBERG 32-44

— PRIX —

Tube compressible en étain, avec vis, pour 40 vaccinations.............. 5 fr. » »
Tube de pulpe pour 5 vaccinations.... 1 fr. 50
Grand tube pour plus de 15 vaccinations......................... 3 fr. » »

Lancette Chambon. — Prix : 6 fr.
Vaccinostyles plats ou cannelés, la boîte (carton) de 100............. 12 fr. » »
Vaccinostyles cannelés ou plats, la boîte (carton) de 20............. 3 fr. » »

(Ajouter en plus **0** *fr.* **25** *pour le port à chaque envoi)*

Envoi contre mandats-poste à l'adresse de M. le docteur **André FASQUELLE**, 8, rue Ballu, **PARIS** (IXe)

ATOPHAN-CRUET

Produit Français — *Fabrication Française*



Rhumatismes articulaires

♣

CACHETS de 0,50
3 à 8
par 24 heures.

GOUTTE

♣

CACHETS de 0,50
3 à 8
par 24 heures

Littérature et échantillons . 13, rue des Minimes, PARIS

Aux *petits cardiaques* : cratœgus, muguet.

Le bromure, la valériane, le valérianate d'amyle sont les meilleurs calmants pour les *faux cardiaques*. Aux aérophages : poudre de Lausanne isotonisante, CO^3Bi, NaBr, gymnastique diaphragmatique.

V. **Le Cheyne-Stokes** : diète aqueuse, goutte à goutte rectal glucosé, saignée, lavement de chloral, inhalations et injections hypodermiques d'oxygène.

La dyspnée du coma diabétique. — C'est le traitement de l'intoxication acide, par le bicarbonate de soude à hautes doses (30 gr. par la bouche), ou en injection intraveineuse d'un demi-litre d'une solution à 3 %. On joindra l'oxygène en inhalation et en injections sous-cutanées.

Quelle que soit la dyspnée, il importe toujours de surveiller le cœur et de le soutenir par des injections d'huile éthérée-camphrée, d'oxygène, qui peuvent être faites dans tous les cas ; elles pourront être renforcées assez souvent, mais pas toujours, par la spartéine, et, dans des cas plus rares, par la strychnine ou la caféine.

THÉRAPEUTIQUE

Posologie et Indications de la Strychnine à hautes doses,

Par P. HARTENBERG.

Un récent procès, où un de nos confrères fut accusé d'avoir empoisonné deux petites malades pour leur avoir administré quelques milligrammes de strychnine, m'engage à revenir encore sur ce médicament dont la posologie et les indications semblent trop ignorées du corps médical et même des médecins-experts.

I. — Et d'abord, une première affirmation : *La strychnine est infiniment moins toxique qu'on ne le croit généralement* —. C'est là une vérité qu'une longue expérience clinique a déjà établie. Les anciens auteurs, Trousseau (1), Gubler (2), n'hésitaient pas à employer de hautes doses. Plus récemment. Troisfontaines (3) (de Liége) proclame à nouveau l'innocuité des fortes doses de strychnine. Il a pu, sans inconvénient, en absorber personnellement trois centigrammes par jour pendant des mois et en prescrire quatre et cinq centigr. chez des tuberculeux et des alcooliques. Milroy (de Nebraska) (4) a soumis des tuberculeux, à une dose quotidienne de cinq centigr. pendant des années. Martinet (1), Joanin (2) soutiennent la même opinion ; ce dernier auteur fait remarquer que la strychnine est beaucoup moins toxique que quantité d'autres poisons, aconitine, atropine, digitaline, et il conclut : « La strychnine est une substance inoffensive et sans aucune espèce d'inconvénients, si l'on ne dépasse pas la dose toxique ». Personnellement, j'ai combattu à maintes reprises en faveur des hautes doses de strychnine (3). De plus en plus confiant dans la fidélité de ce médicament, je suis parvenu à en faire absorber jusqu'à dix centigrammes par 24 heures, sans aucune menace de danger.

Chez les enfants, même tolérance pour les hautes doses. Je rappelle que Trousseau prescrivait deux centigrammes et même davantage par jour à des choréiques de 10 à 12 ans. Vogel (4) a pu faire absorber sept milligrammes et demi chez des enfants de 3 ans. Troisfontaines, à un enfant d'un mois, atteint de bronchite et qui a guéri, administra deux milligrammes par jour.

D'ailleurs, il apparaît que la dose mortelle est encore bien mal déterminée. En se plaçant à un point de vue purement théorique, les auteurs donnent des chiffres extrêmement variables. Ce sont pour Pouchet, un centigr. ; pour Manquat, deux centigr. ; pour Stokvis, Nothnagel et Rossbach, Joanin, trois cent. ; pour Delioux de Savignac, Vibert, cinq centigr. Quant à moi, j'ai assisté à deux cas d'empoisonnement par des doses beaucoup plus élevées et terminés par la guérison.

Dans le premier, un homme de 30 ans, pesant 70 kg., avale d'un coup six centigr. d'alcaloïde. Dix minutes après, raideur généralisée, contracture musculaire, tétanisme. Cet état dure quatre heures et s'amende peu à peu, suivi d'une violente courbature.

Dans le second cas, un homme de 55 ans, pesant 80 kil. avale, à une heure du matin, quinze centigrammes. Raideur généralisée, contracture, tétanisme. Quand j'arrive auprès de lui, à 3 heures et demie, ces phénomènes sont déjà en décroissance. La conscience est complète, le cœur dur, mais régulier, la respiration aisée. Exagération considérable des réflexes, convulsions cloniques au moindre contact, au moindre bruit. Je prescris 3 gr. de chloral. Le malade s'endort à 6 heures du matin, se réveille à midi, sans contracture, prend un peu de nourriture, se rendort pour se réveiller guéri le lendemain matin avec seulement une courbature intense.

(1) TROUSSEAU et PIDOUX. — Thérapeutique et matière médicale, 1885.

(2) Commentaires thérapeutiques du « Codex ». Article *Strychnine*, 1896.

(3) TROISFONTAINES. — De l'innocuité des fortes doses de strychnine. *Revue de médecine*, 10 juin 1907 ; La strychnine, doses, mode d'emploi. *Presse médicale*, 29 mars 1913.

(4) MILROY. — Traitement de la tuberculose pulmonaire par la strychnine à hautes doses. An. *Semaine médicale*, 12 septembre 1906.

(1) MARTINET. — Les médicaments usuels. Librairie Masson, Paris.

(2) JOANIN. — Strychnine et strychnées, Paris, 1915.

(3) HARTENBERG. — Traitement des neurasthéniques. Librairie Alcan, 1912. — La strychnine à dose intensive. *Presse médicale*, 25 janvier 1913. — Les hautes doses de strychnine en thérapeutique. *Bulletin des Sciences pharmacologiques*, juin 1920. — Une conception nouvelle de l'épilepsie. *Presse médicale*, 8 novembre 1919.

(4) In : COMBY. — Formulaire pour les maladies des enfants. Vigot, édit. Paris 1913.

Abel (1) rapporte un cas où un empoisonnement par dix-huit centigr. se termina aussi par la guérison.

De toutes ces opinions et de tous ces faits, on peut conclure que la réputation de toxicité de la strychnine est extrêmement exagérée. Il serait désirable, comme je l'ai déjà souhaité, que sa posologie fût remaniée d'après ces données récentes et exactement mises au point.

II. — *Non seulement les fortes doses de strychnine sont utilisables et inoffensives en pratique, mais il y a des cas où elles doivent être ordonnées.* — En effet, si les quantités faibles de médicament, au-dessous de un centigr., sont suffisantes lorsqu'il s'agit d'obtenir une tonification modérée de l'organisme, comme dans les asthénies légères, dans les convalescences avec tendance à la guérison, par exemple, d'autres fois, une stimulation plus puissante est nécessaire et il faut alors s'élever aux hautes doses, atteindre la limite de tolérance au médicament.

C'est ainsi que dans les états d'asthénie profonde et tenace du système nerveux, avec troubles de la nutrition générale, on ne parvient à vaincre l'inertie fonctionnelle qu'en faisant appel à une médication intensive.

Dans la dépression mélancolique, j'ai constaté que la strychnine ne commence à agir qu'à partir de cinq centigr., mais qu'au-dessus de cette dose, elle possède contre cette affection une action véritablement curative, dont je publierai prochainement des exemples démonstratifs.

Dans les amyotrophies graves, dans les paralysies sphinctériennes, dans le tabès (en dehors des douleurs fulgurantes), les hautes doses sont également justifiées.

Mais ce n'est pas seulement dans le domaine du système nerveux que la strychnothérapie intensive trouve ses indications.

Dans les grandes adynamies, dans les collapsus des infections diverses, typhoïde, pneumonie, broncho-pneumonie, pleurésie, etc., la strychnine à hautes doses rend des services inappréciables. Un spécialiste d'enfants me disait dernièrement que, depuis qu'il l'employait systématiquement contre la broncho-pneumonie infantile, dont le pronostic est si grave, il n'avait pas perdu un seul malade.

Contre le shock des blessés, je l'ai utilisée avec succès pendant la guerre. J'ai remarqué que, par sa puissante stimulation, elle permet au blessé de supporter à la fois les risques de l'évacuation à l'arrière et de l'intervention opératoire, et j'ai acquis la certitude que, grâce à elle, j'ai fait survivre des blessés qui certainement auraient succombé. De plus, elle excite l'appétit, régularise le sommeil, accélère la cicatrisation des plaies en excitant la phagocytose, abrège la convalescence (2). M. L. Bertier (1), même avec des doses inférieures aux miennes, a signalé des résultats analogues.

Contre la tuberculose chronique, elle serait, d'après Troisfontaines, Ferrand, Eysseric (2), Milroy, d'une efficacité remarquable, et on lui devrait à la fois une amélioration des symptômes et une survie de plusieurs années. Chez quelques malades que j'ai suivis personnellement, j'ai contrôlé l'exactitude de cette opinion.

Dans l'alcoolisme chronique et le delirium tremens, la strychnine à hautes doses serait pour Luton, Morey, Jaroshewsky, Combemale, Burneff, Narcy, Journet et Bonnard, Schulianski, un médicament spécifique, se comportant comme un véritable antidote de l'alcool.

Enfin, dans le diabète insipide ou sucré, Feilchenfeld (de Berlin), de Kéthry (de Budapesth), Leick, Stein, H. Vigouroux, en auraient acquis d'excellents résultats.

Dans tous ces cas, je le répète, on obtiendra le maximum d'effet en utilisant le maximum de doses. C'est donc la strychnine intensive qui *doit* être employée.

III. — *Ces fortes quantités nécessaires de médicament peuvent être absorbées sans inconvénient en appliquant la méthode des doses progressives et répétées.* — En effet, l'accoutumance à la strychnine étant rapide, il est possible d'augmenter progressivement les doses. J'ai précisé que cette accoutumance équivalait à un demi-milligramme par prise et par jour ; c'est donc sur cette quantité qu'on devra régler la progression.

D'autre part, l'élimination de la strychnine est également rapide ; j'ai précisé encore qu'au bout de 5 heures, elle était terminée. On pourra donc sans risque répéter une prise toutes les 5 à 6 heures.

Conformément à ces deux principes, voici comment je dirige pratiquement la cure. Je me sers invariablement chez l'adulte d'une solution stérilisée de sulfate de strychnine au centième, représentant un centigr. par centimètre cube et pour vingt gouttes.

Je commence par donner le premier jour, par la bouche ou en injections, sept gouttes, soit trois milligrammes et demi, répétées trois fois à 5 heures au moins d'intervalle, ce qui fait un centigramme environ pour 21 gouttes dans les 24 heures. Puis, chacun des jours suivants, j'augmente chacune des trois doses d'une goutte, c'est-à-dire de un demi-milligramme. Si, au bout de quelques jours surviennent les phénomènes de strychnisme, vertige, étourdissement, raideur des jambes et des mâchoires, constituant ce que j'ai nommé la réaction physiologique, je me tiens à la dose atteinte jusqu'à ce que ces phénomènes aient disparu. Puis j'augmente de nouveau d'une goutte. Et ainsi

(1) Abel. — *Munch. med. Wochensch.*, 4 janvier 1898.

(2) Hartenberg. — La strychnine à doses intensives et progressives, chez les grands blessés. Communication à l'Académie de Médecine, 9 octobre 1917.

(1) L. Bertier. — La strychnine à hautes doses chez les grands blessés. *Réunion médicale de la 4e Armée.* 24 mars 1916. In : *Presse médicale*, 27 avril 1916.

(2) Eysseric. — Thèse de Lyon, 1902.

de suite. Il vient un moment cependant où l'accoutumance ne se produit plus, où une dose invariable détermine toujours une réaction. C'est qu'on est arrivé à la saturation de l'organisme. Il faut alors continuer cette même dose constante, qu'on diminuera progressivement quand le malade sera guéri.

Pour transposer cette posologie de l'adulte à l'enfant, rien de plus simple ; il suffit de proportionner le taux de la solution à l'age du petit malade. Pour cent grammes d'eau, on formulera autant de vingtièmes de gramme, c'est-à-dire autant de fois cinq centigrammes que l'enfant a d'années. Par exemple, pour un patient de huit ans, on prescrira $0{,}05 \times 8 = 0{,}40$ centigr. pour cent d'eau. Ainsi la quantité de gouttes à ingérer ou à injecter reste la même que pour l'adulte et la marche de la progression est identique. Avec cette technique, aucune erreur possible.

Tels sont les grands principes qui règlent la posologie et les indications de la strychnothérapie intensive. Elles se résument en deux conclusions brèves : la strychnine à hautes doses, correctement maniée, n'est jamais dangereuse ; les hautes doses, non seulement peuvent, mais doivent être employées.

On voit donc combien l'inculpation du récent procès fut injuste et erronée. Et je dirais presque en terminant que si notre confrère eût risqué d'encourir un reproche, ce n'est pas d'avoir donné trop de strychnine, mais de ne pas en avoir donné assez.

NOTES DE PRATIQUE QUOTIDIENNE

Abcès consécutifs aux injections sous-cutanées aseptiques,

Par le Dr G. SIGURET,

Ancien préparateur à la Faculté de Médecine de Paris,
Médecin consultant à Saint-Nectaire.

Parler d'abcès consécutifs à des injections sous-cutanées faites suivant les règles classiques peut paraître d'un autre âge.

Sans doute de tels abcès ne constituent pas une complication fréquente ; cependant les cas signalés dans la littérature médicale sont assez nombreux pour que nous croyons devoir consacrer quelques lignes à la question, question d'ailleurs intéressante à plus d'un titre pour les praticiens.

Le peu de place dont nous disposons ne nous permet pas l'étude des abcès consécutifs aux injections huileuses, de même que les abcès consécutifs aux injections de sérum antitétanique, antidiphtérique et de vaccin antityphique.

Nous n'aurons en vue que les abcès consécutifs aux injections de sels de quinine, de caféine, d'éther, de cyanure de mercure, de bleu de méthylène, etc... Ces abcès, au reste, ont fait les uns et les autres, l'objet de savantes communications.

C'est ainsi que M. G. Etienne, dans un rapport fait à la Société de Médecine de Nancy (27 mars 1901) relate l'observation d'une femme atteinte de pneumonie de type assez franc à ses débuts, à qui, le huitième jour, par suite du fléchissement du pouls, on fit à l'avant-bras une injection de caféine. Or, dit M. Etienne, malgré l'usage d'une solution classique à 2 gr. 50 pour 10, stérilisée, et malgré toutes les précautions aseptiques d'usage, vingt-quatre heures après, un abcès se formait au point d'injection. Cet abcès fut ouvert trois jours plus tard, et l'examen bactériologique décela la présence du pneumocoque exclusivement.

Signalés également à la même séance, les abcès consécutifs aux injections de caféine dans le cours de la fièvre typhoïde ; ces abcès renfermaient exclusivement le bacille d'Eberth.

De même dans les maladies infectieuses, les abcès survenant à la suite d'injections de bleu de méthylène, etc.

Dans tous ces cas, il semble, selon la judicieuse remarque de M. G. Etienne, que « l'injection irritante détermine un *locus minoris resistentiæ* appelant les éléments microbiens errants dans la circulation ».

Quant aux abcès quiniques, il semble aussi qu'il suffise de la pénétration dans le derme de la solution quinique pour qu'apparaissent la mortification et la fonte purulente des tissus.

En effet, malgré toutes les précautions apportées à la technique aseptique de l'injection elle-même, nombre d'observateurs ont signalé la fréquence d'abcès quiniques chez certains sujets, alors que d'autres, à la suite d'injections concentrées très nombreuses et faites dans la même zone, n'ont jamais présenté la moindre réaction inflammatoire (Prat-Flottes, Violle, etc.).

Ceci prouve, une fois de plus, qu'ici comme ailleurs, le terrain est tout.

Conclusions pratiques à tirer de ce court exposé :

N'ayons pas tendance à incriminer l'opérateur quand, dans le cours d'une infection, on constate la présence d'abcès après injections sous-cutanées ; l'abcès spécifique existe.

Malgré cette constatation, ne nous départissons jamais de l'asepsie la plus absolue pour les injections hypodermiques.

Méfions-nous, en hypodermie, des substances escarrotiques.

N'ordonnons que des solutions isotoniques, et veillons à la pureté chimique des produits : acidité et alcalinité pouvant produire des irritations locales.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Un procès en responsabilité professionnelle pour faute lourde commise par un médecin

Exposé documentaire, critiques et commentaires,

par Paul Boudin,

Docteur en médecine, Docteur en droit, Secrétaire général du " Sou Médical ".

I

Rapports d'expertise.

Le procès du Dr Mazel, de Nîmes, a eu un tel retentissement ; il comporte de tels enseignements et peut servir de tels exemples que nous croyons nécessaire d'en mettre sous les yeux de tous les médecins français les éléments qui ont figuré, tant au dossier qu'aux débats, avec les remarques, les réflexions, les commentaires et les déductions que chacun d'eux appelle.

Voici d'abord les parties essentielles des deux rapports médico-légaux de l'expert.

Examen du dossier.

Autopsie des demoiselles Arnaud Marie-Antoinette et Arnaud Marcelle.

Par le Dr Dervieux, médecin-expert près le tribunal de la Seine (1), commis par une ordonnance de......................................

Renseignements.

« M. le Commandant Arnaud a déposé une plainte et s'est constitué partie civile à l'occasion du décès de ses filles, qui ne serait pas dû à la maladie dont elles étaient atteintes, mais à des *fautes du médecin traitant* et à des *imprudenecs, et au défaut de soins d'une garde inexpérimentée* : injections de caféine, adrénaline et surtout *strychnine* à trop fortes doses, ordonnées par le docteur ; piqûres ayant déterminé, par suite d'une *asepsie insuffisante* des instruments, des abcès, des phlegmons et une infection, qui serait, avec l'empoisonnement par la strychnine, la vraie cause de la mort.

....

Autopsies.

.... Les corps ont été extraits des bières, examinés et autopsiés dans le dépôt mortuaire du cimetière.

La putréfaction est très avancée, le cadavre de la plus jeune des enfants Arnaud (Marcelle-Marie) étant toutefois beaucoup mieux conservé que celui de sa sœur. Les lésions étant identiques pour les deux corps, *nous grouperons les résultats des deux opérations.*

On constate l'existence d'abcès sur les membres inférieurs et surtout sur les cuisses gauches, ainsi qu'à la partie inférieure des abdomens. Les bassins sont d'ailleurs encore entourés de pansements.

On distingue plusieurs traces d'incisions chirurgicales dans lesquelles des drains ont été placés.

Rien de particulier n'est à noter à propos du tube gastro-intestinal et des différents organes qui sont encore reconnaissables et dont l'aspect microscopique peut être encore très nettement distingué. Il est à noter toutefois que les foies sont énormes et ont subi la dégénérescence graisseuse.

Sur la demande de Mme Arnaud et avec le consentement de M. le juge d'instruction de Nîmes, nous n'avons pas ouvert les cavités crâniennes dans lesquelles d'ailleurs, étant donné le laps de temps qui s'était écoulé depuis la mort, il aurait été impossible de faire la moindre constatation utile.

Examen du scellé.

....

Ce paquet contient une petite boîte en métal, laquelle renferme, outre plusieurs pièces métalliques sans importance, trois aiguilles pour injections hypodermiques dont deux, mesurant 4 centimètres de longueur, paraissent neuves. La troisième, plus fine, de deux centimètres 1/2, a servi et sa pointe émoussée est légèrement faussée.

Sous le support métallique qui soutient la seringue dans la boîte, se trouve une aiguille en platine reconnaissable à ce qu'elle est dorée à sa base. Cette aiguille cassée mesure 27 millimètres.

Commémoratifs.

Le Commandant Arnaud a demandé, le 22 mai 1916, à M. le procureur de la République de Nîmes d'ouvrir une enquête sur les causes de la mort de ses deux enfants, Marie-Antoinette Arnaud, née à Nice le 21 mai 1899, décédée le 20 décembre 1915 ; la seconde, Marcelle-Marie Louise Arnaud, née à Cagnes, le 4 janvier 1901, décédée le 1er janvier 1916.

Les deux jeunes filles étaient passées, le 25 septembre 1915, à Marseille et avaient mangé chacune trois huîtres. Cet incident fit penser à la fièvre typhoïde quand elles tombèrent malades, vers le 14 octobre.

Le premier symptôme constaté par leur mère fut une très forte fièvre, et le docteur Ferry, appelé tout aussitôt, crut pouvoir diagnostiquer des fièvres typhoïdes, ainsi qu'on l'avait supposé.

Le docteur Ferry institua un traitement, mais il ne fit que trois ou quatre visites, et il fut remplacé par le docteur Mazel qui vint, pour la première fois, entre les 18 et 20 octobre.

Le 22 octobre, le professeur Grasset, de Montpellier, fut appelé en consultation et il examina les deux jeunes filles avec le docteur Mazel.

Les jours suivants, le docteur Mazel continua, seul, à suivre les malades qu'il voyait deux fois par jour.

Le Pr Grasset avait conseillé à Mme Arnaud de prendre une infirmière diplômée qui serait en mesure de suivre avec compétence et intelligence le traitement prescrit.

Mme Arnaud n'en connaissant pas, le Dr Mazel se chargea d'en procurer une et envoya une jeune fille, la demoiselle Jeanne Lamblard, infirmière à l'hôpital Ruffi, qui prit son service le 23 octobre. Cette personne venait tous les jours, de 8 heures du matin à 7 heures du soir. Les malades étaient gar-

(1) Chef des travaux de médecine légale à la Faculté, licencié en droit, secrétaire de la Société de Médecine légale de France, médecin-inspecteur de la Morgue.

dées, la nuit, par une religieuse, sœur Césaire (des gardes-malades de la rue Séguier), qui fut par la suite remplacée par sœur Joanin.

Deux ou trois fois, la demoiselle Jeanne Lamblard se fit remplacer, pour son repos hebdomadaire, par une autre jeune fille, débutante à l'hôpital Ruffi.

Quelques jours plus tard, Mme Arnaud, doutant de l'efficacité du traitement prescrit par le Dr Mazel, fit appel à un autre médecin, le Dr Merley, qui vint pour la première fois le 22 octobre et qui continua ses visites les jours suivants. Le Dr Mazel lui-même avait d'ailleurs demandé une consultation avec un de ses confrères de la ville.

Le 2 novembre, le Pr Grasset fut de nouveau appelé et il donna une consultation avec le Dr Mazel et e Dr Merley.

Vers le 6 décembre, le Dr Mazel cessa définitivement ses visites. Il fut remplacé par le Dr Haton, médecin-militaire, dont la première ordonnance est datée du 8 décembre.

Le Dr Haton déclara, dès sa première visite, que l'aînée des jeunes filles était perdue et que la cadette était en très grand danger. Il ajouta qu'il ne consentait pas à prendre, à lui seul, une succession aussi ourde. Il demanda une consultation avec un professeur de faculté.

Le Pr Rauzier (de Montpellier) fut en effet appelé le 12 décembre et diagnostiqua alors une « rétention de pus. »

Mais, à ce moment, le Dr Haton ayant été déplacé, Mme Arnaud fit de nouveau appel au Dr Merley et au Dr Hébrard, médecin-militaire.

Le Dr Merley vint tous les jours depuis le 19 décembre jusqu'à l'issue fatale.

Entre temps, le Dr Simonot avait été appelé par Mme Arnaud pour inciser les abcès de ses filles. Les plaies furent à ce moment pansées par Mlle Talon, infirmière-major.

Il nous est impossible, d'après les pièces communiquées, de reconstituer d'une façon absolument précise le traitement qui a été prescrit par chacun des différents médecins qui se sont succédé auprès des demoiselles Arnaud. Nous ne possédons, par exemple, pas les premières ordonnances qui ont dû être rédigées par le Dr Ferry, tout à fait au début de la maladie.

Dans les documents versés au dossier, il est ordonné, d'une façon générale, le traitement habituellement employé dans les fièvres typhoïdes. Il est cependant un certain nombre de points de détail que nous passerons successivement en revue.

Les premières consultations qui ont été données par le Pr Grasset, avec le Dr Mazel, sont ainsi rédigées :

Pour l'aînée :

1° *Toutes les deux heures, jour et nuit, prendre, soit du lait, soit du bouillon de légumes.*

2° *Toutes les six heures, bain tiède de 10 minutes à 32° ou 33°.*

3° *Tous les matins, injecter 5 centimètres cubes d'huile camphrée.*

4° *Continuer deux lavages intestinaux par jour.*

Pour la cadette :

1° *Toutes les trois heures, nuit et jour, un bol de lait; dans l'intervalle, eau d'Evian.*

2° *Toutes les six heures, lotion tiède à 32° ou 33° (à l'éponge sur tout le corps) ; — à partir de demain, si la température n'est pas tombée, toutes les six heures (trois heures après la lotion) bain tiède, à 32° ou 33°, de 10 minutes.*

3° *Matin et soir, injecter 5 centimètres cubes d'huile camphrée.*

Continuer un lavage intestinal par jour : montrer toutes les selles au docteur.

Garder et mesurer les urines de 24 heures, tous les jours (en deux séries de 12 heures).

Signé : Dr *Mazel*, Dr *Grasset*.
22 *octobre* 1915.

Le 27 octobre, le Dr Mazel, seul, rédigea une ordonnance ainsi conçue :

Une seringue de Pravaz en verre de 2 centimètres cubes, une aiguille en platine un peu forte, une vessie de glace précordiale, 6 ampoules de 4 milligrammes de strychnine, deux par jour.

Au dos de cette ordonnance se trouve une note datée du 1er novembre et ainsi conçue :

Mlle Antoinette, potion toutes les trois heures à partir de 9 heures, 3 injections huile camphrée ; une injection adrénaline ; cataplasmes ; glace ; température ; lotions. — Marcelle : cachets toutes les trois heures à partir de 9 heures ; température ; lotion ; injection huile camphrée à minuit.

Au bas de cette note se trouve la signature :
J. Lamblard.

Les deux consultations du 2 novembre 1915, signées du Pr Grasset, du Dr Merley et du Dr Mazel sont ainsi conçues :

Aînée :

1° *Toutes les quatre heures, bain tiède* (34° *centigr.*) *de* 15 *minutes avec compresses froides sur le front. On peut supprimer un bain entre minuit et six heures matin.*

2° *Lavement avec une infusion de* 8 *grammes de follicules sené, additionnée de* 15 *grammes sulfate de soude. Continuer ensuite les lavages intestinaux, deux par jour.*

3° *Matin et soir, injecter* 5 *cc. huile camphrée.*

4° *Toutes les deux heures, bol de lait.*

Au bas de cette ordonnance, est écrite, d'une écriture différente, l'indication : *Taffetas gommé pour enveloppements du thorax* ».

Cadette :

1° *Envelopper tout le thorax avec une serviette éponge imbibée d'eau à 30° ; taffetas ciré autour. Renouveler toutes les quatre à six heures.*

2° *Continuer un bol de lait toutes les deux heures. Remplacer, deux fois par jour, par du bouillon et plus tard jus de viande (si pas d'albumine).*

3° *Continuer les injections d'huile camphrée.*

4° *Continuer les lavages intestinaux.*

La consultation donnée le 12 décembre par le Pr Rauzier et le Dr Haton a été la suivante :

1° *Alimentation : exclusivement liquide :*

Un bol de lait ou de bouillon toutes les deux heures. Boissons abondantes. Eau champagnisée.

2° *Matin et soir, frictions sur le thorax pendant dix minutes, après savonnage préalable, avec le contenu d'une cartouche :* *Collargol* ... 0 gr. 50
Vaseline ... 3 gr. 50

Recouvrir de toile cirée et laisser la pommade en place.

3° *Injections rectales stilligouttes,* 2 *heures sur* 4, *avec le sérum artificiel à* 7 *p.* 1000 (*appareil stilligouttes de Forgue*).

4° *Donner de l'élixir composé* (3 *à* 4 *cuillerées à café au moment des prises liquides*).

Nîmes, le 12 *décembre* 1915.

Nous avons trouvé ensuite toute une série d'ordonnances du Dr Mazel, puis, sur des feuilles volantes des indications thérapeutiques sans signatures. Il y est question de lotions, d'injections de strychnine, d'huile camphrée, d'adrénaline, etc. Ces notes (au dos de l'une d'elles se retrouvent des re-

cettes de cuisine) paraissent avoir servi de memento à l'infirmière.

Figurent également au dossier une série de feuilles de température mal tenues qui ne pourraient être reproduites que par la photographie et sur lesquelles sont inscrites des indications dont nous relevons les plus importantes :

Sur les feuilles de l'aînée, nous trouvons que, le 27 octobre, il a été fait une injection à 140 cc. de sérum typh., puis, le même jour, « 130 » (de la même injection sans doute).

Le 28 octobre, il a été fait une ponction lombaire.

Le 30 octobre : « Ponction et injection Dopter et paraméningococoque ».

Le 1er novembre : une ponction lombaire.

Le 2 novembre, il a été donné des bains chauds et le 4 novembre, les règles étaient apparues.

Au dos de la dernière feuille est cette indication manuscrite : « La fièvre variait de 37 à 40 quelquefois plusieurs fois par jour. »

Sur les feuilles de température de la plus jeune, le 3 novembre, il est indiqué des enveloppements ; le 4 novembre, il est signalé quelques vomissements bilieux ; le 27 : « 110 - inject. sérum typh. ». Sur la dernière feuille, l'indication manuscrite (au dos), que la température était de 37°.

Les renseignements fournis par les différents médecins qui ont soigné les demoiselles Arnaud, sont les suivants :

Le professeur Grasset, interrogé par M. le Commissaire central de Montpellier, sur commission rogatoire de M. le juge d'instruction de Nîmes, à la date du 24 juin 1916, écrit la déclaration suivante :

Je soussigné déclare qu'il est exact que j'ai vu deux fois, en consultation avec le Dr Mazel, à Nîmes, les filles du commandant Arnaud, atteintes de fièvre typhoïde très grave avec phénomènes méningés ; que **je n'ai jamais constaté de faute dans la thérapeutique du médecin traitant, que, si le médecin traitant a forcé ou modifié le traitement les jours suivants, cela est tout à fait dans les usages de la médecine, les indications changeant souvent d'un jour à l'autre ; que, pour ma part, je ne crois pas qu'il y ait rien eu, à ma connaissance, qui doive être reproché au médecin traitant dans le malheur qui a frappé le commandant Arnaud.**

Le Pr Rauzier a rédigé, à la date du 27 juin 1916, la déclaration suivante :

Je, soussigné, ... déclare avoir vu en consultation avec le Dr Haton, le 12 décembre 1915, les deux filles de M. le commandant Arnaud, de Nîmes, toutes deux atteintes de fièvre typhoïde très grave, compliquée d'abcès multiples et profonds des téguments, avec décollements étendus et suppurations abondantes ; l'état général était des plus sérieux dans les deux cas.

Le traitement jusqu'alors suivi m'a paru des plus rationnels. Les injections d'huile camphrée, de caféine, de strychnine et d'adrénaline sont de pratique courante dans la fièvre typhoïde, et ces substances peuvent être employées à doses très élevées, variant suivant les indications quotidiennes que seul peut apprécier le médecin traitant ; j'ai, pour ma part, fait injecter avec succès jusqu'à 60 cmc. d'huile camphrée par jour au cours de la fièvre typhoïde et n'ai point souvenir que pareille dose ait été atteinte ou dépassée dans le cas actuel. Ces diverses substances n'ont d'ailleurs, par elles-mêmes, aucune aptitude à déterminer des suppurations. On sait, d'autre part, que certaines fièvres typhoïdes, à formes particulièrement maligne, ont tendance à provoquer soit des suppurations, soit des gangrènes disséminées, et cela tantôt en des points arbitrairement élus par l'affection, tantôt au niveau des points où ont été pratiquées les injections les plus correctes.

J'ai conclu, lors de mon examen, à l'un de ces cas malheureux, mais bien connus, et je n'ai pas eu un instant l'idée d'incriminer une faute identique de ces deux fièvres typhoïdes puisées à la même source ,et pour justifier le douloureux évènement qui a frappé la famille Arnaud.

Le Dr Haton, médecin aide-major de 1re classe, interrogé par M. le Commissaire de police de Vincennes, en vertu d'une commission rogatoire, a fourni les explications suivantes :

Tout en me retranchant derrière le secret professionnel pour l'appréciation exacte des plaintes formulées par le commandant Arnaud, concernant les causes du décès de ses deux filles, je ne vois aucun inconvénient à donner les indications suivantes : Par ordre de la place de Nîmes, j'ai été appelé, à une date imprécise, mais à une époque déjà assez éloignée du début de leur maladie, à visiter et à soigner Mesdemoiselles Arnaud. J'ai en effet constaté que leurs corps et particulièrement la partie inférieure de ces corps était le siège d'abcès, de phlegmons, d'escharres multiples et déjà pansés et soignés par le chirurgien Simonot. L'état de l'aînée était particulièrement désespéré, car elle paraissait faire des troubles myocardiques et méningitiques ; la cadette, tout en étant aussi gravement touchée, nous avait laissé quelque faible espoir de guérison. La succession était lourde et je ne me refusai pas à continuer mes soins à Mlle Arnaud. Entre temps et pour dégager ma responsabilité, je fis demander une consultation avec M. le Professeur Rauzier de la faculté de Montpellier. Les jours suivants, nous appliquâmes strictement les prescriptions médicales de ce professeur et le jour où je reçus mon ordre de départ, l'état de la fille aînée était désespéré. Elle faisait des températures dépassant 40°, présentait des signes de pyohémie et du méningisme. Quant à la cadette, ses plaies, tout en présentant le même caractère de gravité, ne nous permettaient pas de supposer à ce moment-là l'imminence d'une issue fatale.

Le Dr Hébrard, mobilisé à l'hôpital Ruffi, à Nîmes, a fait à M. le juge d'instruction les déclarations suivantes :

Je n'ai vu les demoiselles Arnaud que dans les derniers jours de leur maladie.................... .... **Je n'ai rien constaté qui puisse incriminer le traitement prescrit par le médecin qui avait soigné ces jeunes filles avant moi ;** *mais, comme je n'ai pas suivi ce traitement, il ne m'est pas possible de formuler une opinion motivée à ce sujet.* **J'ai constaté chez les deux malades des suppurations ; mais des piqûres, même parfaitement aseptiques, peuvent produire des suppurations, des abcès, chez des personnes atteintes de maladie grave. qui n'ont pas de force de résistance.** *Je m'explique : l'asepsie complète est pratiquement impossible à réaliser dans une chambre de malade ; si elle pouvait l'être, il ne se produirait aucun abcès, même chez les personnes malades. Dans la pratique, une piqûre faite avec toutes les précautions d'asepsie habituelle peut néanmoins inoculer quelques microbes, ne seraient-ce que ceux de l'air qui ont pu souiller l'aiguille après son ébullition et provoquer chez une personne très affaiblie par une maladie grave et prolongée, des abcès comme ceux constatés chez les demoiselles Arnaud ; je veux dire que l'aspect des abcès ne pouvait donner aucune indication. Je ne sais pas naturellement si les précantions d'asepsie étaient bien prises n'ayant assisté à aucune des piqûres qui avaient été faites avant mon arrivée, mais je connais la garde dont il s'agit, Mlle Lamblard, surveillante à l'hôpital Ruffi dans le service du docteur Gilles. L'ayant vue moi-même à l'œuvre pendant deux mois dans ce service où je remplaçais M. Gilles, je la considère comme une infirmière parfaite. J'ai entendu critiquer par Mme Arnaud les doses de strychnine prescrites, ce sont des*

doses ordonnées par beaucoup de médecins, quelques-uns même ordonnent jusqu'à dix milligrammes.

(*Le Dr Ferry et le Dr Merley, interrogés se sont retranchés derrière le secret professionnel*).

Le Dr Simonot s'est excusé de ne pouvoir répondre à la convocation de M. le juge d'instruction par suite de son état de santé.

Les personnes employées par les médecins pour l'exécution de leurs ordonnances ont fait les dépositions suivantes :

La demoiselle Lamblard a fait les déclarations ci-dessous :

J'ai été appelée auprès des demoiselles Arnaud dans le courant du mois d'octobre, je ne puis préciser la date. Ces jeunes filles étaient malades depuis quelques jours déjà et avaient auprès d'elles comme garde une religieuse dont Mme Arnaud n'était pas satisfaite. Ce fut M. le Dr Mazel qui me désigna à Mme Arnaud et je fus agréée. Je suis restée auprès de ces malades environ un mois, c'est-à-dire que je suis partie assez longtemps avant leur décès. J'ai été remplacée par Mlle Thalon. Je prenais mon service tous les jours à huit heures du matin et je ne le cessais qu'à huit heures du soir. La nuit, il y avait une religieuse. Je me suis fait remplacer seulement deux fois pour la journée par Mlle Puech, élève à l'hôpital Rufft. Je me suis toujours conformée scrupuleusement aux ordonnances du médecin et j'ai suivi en tout ses instructions. C'est moi qui faisais les piqures dont j'ai une assez grande expérience, possédant d'ailleurs mon diplôme d'assistante. Je me servais pour ces piqûres de deux aiguillles en platine qui étaient soumises à l'ébullition avant chaque piqûre. Il y avait donc une aiguille pour chacune des malades. La même seringue servait pour les deux sœurs, mais elle était égalcment bouillie chaque fois que je m'en servais. Aux endroits où des piqûres avaient été faites, des abcès se sont produits. N'étant pas docteur en médecine, je ne saurais dire à quelle cause les attribuer. Je ne puis pas davantage formuler une opinion au sujet de la maladie et du traitement suivi.

La dame Sigaud, épouse Soubeyran, a fait la déclaration suivante :

J'étais au service de Mme Arnaud, en qualité de femme de ménage, lorsque ses demoiselles sont tombées malades..

..

On prit une garde, Mlle Jeanne, c'est celle-ci qui faisait les piqûres prescrites par le docteur. Elle se servait pour cela d'une aiguille que j'étais chargée de faire bouillir tous les matins. Cette aiguille servait ensuite toute la journée pour les deux malades à qui l'on faisait plusieurs piqûres par jour. Elle n'était pas nettoyée avant chaque piqûre. Le soir, avant de me retirer, je faisais bouillir de nouveau l'aiguille pour les piqûres de la nuit, qui étaient faites par la religieuse qui remplaçait Mlle Jeanne. A tous les endroits qui avaient été piqués se formaient des abcès noirs qui avaient très mauvaise apparence et qui suppuraient abondamment. Dans les derniers temps, le corps de ces pauvres jeunes filles n'était plus qu'une plaie tant les abcès ouverts étaient rapprochés les uns des autres, l'aînée surtout avait une jambe rongée presque jusqu'à l'os. Il est arrivé deux fois que l'aiguille dont on se servait a perdu sa pointe. La première, c'était le soir, et la religieuse cette nuit-là s'abstint de faire des piqûres n'ayant pas d'autre aiguille sous la main. Le lendemain matin, on en apporta d'autres. Mais une autre fois, Mlle Jeanne se servit pendant toute une matinée d'une aiguille dont la pointe était cassée. L'aînée des demoiselles Arnaud a eu les jambes paralysées ou du moins la partie inférieure à partir du genou. Pendant huit jours environ, elle a grincé des dents à tel point qu'on l'entendait de la rue. Quant à la cadette, elle n'a pas présenté ces phénomènes, je veux parler de la paralysie des jambes et du grincement des dents, car elle était tout comme sa sœur couverte d'abcès. En outre, avant que M. Simonot vint les lui ouvrir, elle a rendu plusieurs fois une substance verte comme de l'herbe (sic).

La demoiselle Thalon Clotilde a fait la déclaration suivante :

J'ai été appelée par Mme Arnaud dans les premiers jours de décembre pour soigner ses filles..........

..

...............................Dès ma première visite, je constatais que ces deux jeunes filles étaient l'une et l'autre en très mauvais état, surtout l'aînée qui ne parlait presque plus. Elles étaient couvertes d'abcès qui suppuraient abondamment, l'aînée était la plus atteinte ; elles en avaient principalement aux cuisses et l'aînée avait en outre une très large escharre au sacrum. N'ayant pas assisté aux piqûres qui avaient été faites par la garde-malade avant mon arrivée, je ne puis formuler aucune appréciation sur la manière dont ces piqûres ont été faites. J'estime que les abcès ont du être produits par l'infection générale dont les deux malades étaient atteintes. Le cas n'est pas rare dans les fièvres typhoïdes. En dehors des abcès, j'ai constaté que l'aînée avait les jambes paralysées et de forts grincements de dents et que la cadette avait de fréquents vomissements qui existaient déjà quand je suis arrivée dans la maison. Je ne puis dirs à quelle cause on peut attribuer ces phénomènes.

A propos de la façon dont étaient faites les piqûres, qui a donné lieu à des dépositions absolument contradictoires de la part de la demoiselle Lamblard d'une part, et la dame Soubeyran d'autre part, Mme Arnaud a donné les explications suivantes :.......................................

(Ces explications ont trait au métal de l'aiguille employée. Selon Mme Arnaud, ce métal était de l'acier, alors qu'elle reconnaît avoir trouvé une aiguille en platine dans la boîte *ad hoc*.)

Nous avons enfin trouvé, dans les pièces, les notes remises par M. Gamel, parmacien, relativement aux deux analyses de liquide céphalo-rachidien qu'il a pratiquées les 29 et 31 octobre et qui signalent toutes deux la présence de quelques méningocoques.

Ces notes sont accompagnées d'une lettre complémentaire de Mme Arnaud, ainsi conçue :

Nimes, le 22 juin. — M. le juge d'instruction, J'ai oublié de dire, dans ma déposition, que mon aînée avait des grincements de dents terribles (cas tout à fait anormal dans une fièvre typhoïde). Prière de demander à Mlle Lamblard si elle faisait bouillir ou si elle flambait son aiguille. J'ai payé deux aiguilles en platine à M. Gamel (voir sa note). M. Couderc, son employé, m'a assuré les avoir vendues à Mlle Lamblard. Je n'ai jamais eu chez moi des aiguilles en platine. D'ailleurs, celles-ci se font flamber. Or, les gardes-malades ne firent jamais flamber d'aiguille chez moi. Que sont-elles devenues ? Pourquoi Mlle Lamblard a-t-elle acheté **en même temps une** *aiguille en platine et une aiguille en acier et n'a-t-elle apporté chez moi que celle en acier ?*

Je joins à ma lettre les deux premières analyses des ponctions lombaires qu'on fit à mon aînée. A la seconde, le Dr Mazel et le Dr Merley dirent à mon mari et à moi qu'il n'y avait plus de méningite. Pourquoi le Dr Mazel fit-il une troisième et une quatrième ponctions ?...

M. Gamel, pharmacien, à la date du 19 juin 1916, a envoyé la lettre suivante à M. le juge d'instruction :

En réponse à votre commission rogatoire du 17 courant, j'ai l'honneur de vous informer que la règle absolue de ma maison est de rendre aux clients les ordonnances que nous exécutons. Je n'ai donc en

mains aucune ordonnance concernant les soins donnés aux demoiselles Arnaud. Me conformant à la loi, j'ai copie des ordonnances sur les registres. J'ai di même les copies des analyses que j'ai faites. Les oreginaux des ordonnances doivent se trouver eu la possession de la famille Arnaud.

Nous avons également trouvé toute une série d'indications très précises dans les lettres adressées par Mme Arnaud à M. le juge d'instruction.

Discussion.

Le premier point à établir est celui de savoir quelle a été l'affection dont les demoiselles Arnaud ont été atteintes.

Il ne saurait s'élever le moindre doute à ce sujet.. Les différents médecins appelés ont été unanimement d'accord sur le diagnostic de la fièvre typhoïde. Les professeurs Grasset et Rauzier (de Montpellier), au surplus, ont confirmé cette manière de voir.

Les demoiselles Arnaud, en revenant de Cagnes où elles avaient passé leurs vacances, pour retourner à Nîmes, se sont arrêtées le 25 septembre 1915 à Marseille, où elles ont mangé quelques huîtres. Il est de notion courante que ces mollusques véhiculent souvent des bacilles typhiques. Ces fièvres typhoïdes ont débuté de la façon ordinaire et elles paraissent avoir évolué, chez les deux jeunes filles, suivant leur marche habituelle, en ce qui concerne tout au moins leurs localisations intestinales.

L'autopsie nous a permis de constater que le tube digestif était complètement guéri et que la mort avait été causée par une infection dont il convient d'étudier les causes.

L'état des organes a donné la preuve irréfutable de cette infection. Le tissu hépatique, plus particulièrement intéressé, avait subi une dégénérescence graisseuse complète.

Le traitement, d'une façon générale, a été celui de la fièvre typhoïde. D'autre part, il a été ordonné toute une série de médicaments pour les symptômes qui se sont manifestés au cours de la maladie, tels que la fièvre, l'adynamie, etc...

Le Dr Mazel avait établi un traitement qui s'est trouvé modifié à la suite des consultations du Pr Grasset, puis du Pr Rauzier. Cependant il résulte de l'étude du dossier que ces prescriptions signées par les Prs Grasset et Rauzier n'ont jamais été mises en œuvre. En effet, le Dr Mazel a augmenté dans des proportions considérables le nombre des piqûres prescrites par le Dr Grasset, et il a introduit dans le traitement, *immédiatement* après la consultation du Pr Grasset, certains médicaments qui n'avaiens pas été conseillés par celui-ci, tels que la caféïne et la strychnine.

Pour trancher la question de principe, il nous paraît qu'un médecin traitant ayant appelé en consultation d'autres médecins et ayant rédigé avec eux une consultation, ne peut, de sa propre autorité, modifier immédiatement *les traitements institués, retrancher des médicaments ou en ajouter d'autres, sans avoir pris soin d'avertir la famille de l'absolue nécessité de ces changements, et de lui demander si elle les accepte sans vouloir une nouvelle réunion médicale au chevet du malade. A quoi dès lors servirait la venue du médecin consultant ?*

Il a donc été fait aux demoiselles Arnaud, sur les seules ordonnances du Dr Mazel, une quantité considérable d'injections sous-cutanées.

Au point de vue de la petite chirurgie elle-même, il est intéressant de rechercher comment ces injections ont été pratiquées.

L'instrumentation qui a servi était l'instrumentation habituelle.

Nous ne parlerons pas de la seringue de Pravaz elle-même, qui est un instrument banal et nous n'envisagerions pas la question des aiguilles, s'il n'avait onguement été question de celles-ci dans les plaintes exprimées par Mme Arnaud.

Il a été indiqué, sur une ordonnance du Dr Mazel, qu'il fallait se procurer deux aiguilles en platine, que Mme Arnaud affirme n'être jamais entrées chez elle : il n'a jamais été fait usage que d'aiguilles en acier.

Il serait intéressant de trancher la question de fait soulevée par Mme Arnaud : quelles ont été les aiguilles qui ont été fournies par le pharmacien Gamel ?

Il y aurait eu primitivement deux aiguilles en acier, mais l'une d'elles ayant été brisée, l'instrumentation s'est trouvée réduite à une aiguille unique qui servait pour les deux jeunes filles.

La chose pouvait n'avoir aucune importance si toutes les précautions antiseptiques étaient prises, mais la seringue de Pravaz et l'aiguille unique étaient bouillies tous les matins, et cette stérilisation une fois faite, la seringue et l'aiguille étaient employées toute la journée sans être autrement nettoyées.

Il est à peine besoin de rappeler que chaque fois qu'une aiguille a servi, il est nécessaire de la stériliser de nouveau, soit en la faisant bouillir, soit en la faisant flamber.

Mme Arnaud affirme que ces précautions élémentaires n'ont jamais été prises.

Si cette particularité alléguée par Mme Arnaud est établie, il faut considérer qu'il y a là une faute lourde. La négligence aurait été d'autant plus grosse de conséquences que l'aiguille servait à deux malades. Si l'une était infectée alors que l'autre ne l'était pas, si l'on émet l'hypothèse que, toutes deux étant infectées, l'une avait une infection bénigne et l'autre une infection grave, il est certain que les germes pouvaient être portés d'une malade vers l'autre et que les deux devaient par conséquent être atteintes de l'infection la plus grave.

Nous nous inquiéterons immédiatement de la nature des abcès multiples qui sont apparus sur les membres inférieurs et sur l'abdomen des jeunes filles, abcès qui ont nécessité des incisions, et dont nous avons, à l'autopsie, retrouvé les traces extrêmement nombreuses.

Les abcès sont des complications qui se produisent parfois au cours de la fièvre typhoïde. Certaines suppurations apparaissent au début de la maladie. Elles sont souvent isolées et se produisent dans les points d'élection des escharres, c'est-à-dire dans les endroits qui subissent des pressions du fait de la position couchée des malades, les talons, les faces postérieures des cuisses, les fesses, la région sacrée, la région des omoplates, la région dorsale. Il ne saurait être question d'abcès de ce genre puisque ceux dont nous avons constaté l'existence ont eu une localisation toute différente et qu'ils ne sont pas apparus au début de la maladie.

Il survient aussi des suppurations tardives. Celles-ci sont alors multiples. Quelquefois même, elles sont consécutives aux escharres dont nous venons de signaler la possibilité ; elles forment des abcès considérables qui se limitent rarement au tissu cellulaire sous-cutané, qui s'étendent quelquefois jusqu'au périoste et vont même jusqu'aux cavités séreuses ou articulaires, jusqu'aux viscères. C'est la série des abcès métastatiques dans lesquels on ne peut faire entrer les abcès que nous avons notés, car ceux-ci étaient limités au tissu cellulaire sous cutané et étaient localisés exclusivement aux membres inférieurs et à la paroi abdominale inférieure.

Il se produit quelquefois certaines suppurations multiples, mais superficielles, qui peuvent n'être que des furoncles innombrables ou de petits abcès souscutanés. Ce n'est pas cette éventualité qui doit être envisagée.

Enfin, Widal et Le Sourd ont signalé que des collections huileuses se produisent quelquefois aux points où ont été pratiquées des injections hypodermiques, quelle qu'en soit la nature. Les abcès qui ont été retrouvés ne correspondaient nullement à une telle description.

D'autre part, il est avéré que ces suppurations multiples sont apparues non pas simultanément, ou presque simultanément, mais se sont au contraire succédées à des intervalles assez rapprochés, chaque nouvel abcès apparaissant au point précis qui avait été le siège d'une injection hypodermique.

La cause de ces abcès ne peut donc se trouver que dans des piqûres faites avec une aiguille infectée.

Lorsque, après une piqure, un médecin s'aperçoit qu'il se forme un abcès, il paraît *extraordinaire qu'il fasse ou laisse faire* d'autres piqûres qui, toutes, ont le même effet et déterminent d'autres suppurations. Après un premier accident, le médecin dont l'attention est éveillée, doit surveiller de plus près encore la stérilisation de l'aiguille employée et ne plus utiliser les piqûres qu'avec la plus grande prudence.

Si, après plusieurs tentatives, il constate que la production des abcès, loin de cesser, ne fait que s'aggraver, il semble logique qu'il abandonne la voie hypodermique, pour administrer désormais les médicaments par la voie buccale, par la voie rectale, par la voie cutanée (frictions), etc.

La responsabilité du médecin nous semble, à ce point de vue, engagée, la mort des demoiselles Arnaud ayant été consécutive à une pyohémie trouvant son point de départ dans de multiples abcès déterminés par des piqûres.

Il semble, d'après les indications que nous avons trouvées dans le dossier, qu'il y ait eu des réactions du côté des méninges. Il a, en tout cas, été pratiqué plusieurs ponctions lombaires (pour l'aînée seulement des demoiselles Arnaud) et le liquide céphalo-rachidien a été examiné par M. Gamel, pharmacien à Nîmes. Mme Arnaud dit qu'après la première ponction, le Dr Mazel lui a déclaré qu'il y avait des méningocoques dans le liquide céphalo-rachidien, mais qu'après la seconde ponction, il lui a affirmé qu'il n'en existait plus. Nous avons cependant trouvé au dossier le résultat d'une seconde analyse indiquant qu'il y avait encore des méningocoques. Mme Arnaud allègue que cela est faux. Les mots « Quelques méningocoques » auraient été, d'après elle, surajoutés sur les livres du pharmacien Gamel.

Nous signalons la chose à M. le juge d'instruction qui, seul, est en mesure d'éclaircir le point extrêmement important de savoir si cette surcharge a été faite. Nous ne saurions instituer de discussion relativement à ces ponctions lombaires et aux troubles qu'on a mis sur leur compte tant que les faits n'auront pas été établis nettement, de façon à ce que nous ayons une base précise de critique. Les questions qui se posent sont en effet assez graves. Ces ponctions pouvaient-elles être répétées si fréquemment et à des intervalles si rapprochés ? La paralysie des membres inférieurs de la demoiselle Arndud a-t-elle été consécutive, comme cela a été préteneu, à une erreur de technique dans la piqûre ? Cs ponctions d'ailleurs étaient-elles nécessaires ?

Le Commandant Arnaud a, en effet, allégué que le Dr Mazel aurait pris, chez sa fille aînée, pour des symptômes de méningite, des contractions musculaires du cou et des mâchoires, qui, selon lui, auraient été simplement provoquées par des doses excessives de strychnine.

Le Dr Mazel a pratiqué des *quantités considérables* de piqûres de strychnine, à des doses que l'on a trouvées beaucoup trop élevées. La famille a de plus incriminé ces injections, en s'appuyant sur ce fait que dans les consultations rédigées par les Prs Grasset et Rauzier, il n'en avait pas été question, et qu'il avait été simplement ordonné des piqûres d'huile camphrée.

Les demoiselles Arnaud se trouvant dans un état adynamique tel qu'on le constate à la suite de fièvres graves, comme la fièvre typhoïde, il s'agissait de tonifier leur organisme et de relever plus particulièrement leur cœur. L'huile camphrée est le médicament de choix dans ces circonstances, d'autant plus qu'elle n'a aucune action toxique. Il n'en est pas de même pour *la strychnine qui est un poison violent. Les symptômes de la méningite pouvant être confondus avec ceux de l'empoisonnement par la strychnine*, la supposition du Commandant Arnaud n'est pas, *a priori*, absurde quand il pense à la possibilité d'une intoxication par la strychnine.

Le Dr Mazel n'a, à aucun moment, songé à cette éventualité ; il a pensé, avec persistance, à des phénomènes méningés, puisqu'il a fait plusieurs ponctions lombaires. Il est vrai que le pharmacien Gamel, dans sa seconde analyse, aurait encore trouvé des méningocoques.

Toutes ces raisons nous empêchent de pousser plus avant cette discussion, que nous ne pourrions reprendre que si tant de faits douteux étaient nettement précisés.

Les soins, avons-nous vu, n'ont pas été donnés par le médecin lui-même, mais par une garde-malade qu'il avait choisie.

Quelle était la capacité de cette infirmière ? Quels étaient ses diplômes, quelles études avait-elle faites ? Quels malades avait-elle soignés ? Quelles affections avait-elle eu l'occasion de voir ?

Tout ce que nous savons de la demoiselle Lamblard est qu'elle avait été employée à l'hôpital Ruffi. *Elle ne possédait aucun titre spécial.*

En plaçant auprès de ses malades cette infirmière, qu'il avait désignée en toute indépendance, puisque la famille Arnaud ne la connaissait pas, le Dr Mazel a engagé sa responsabilité de médecin.

Cette garde-malade a fait les piqûres de caféine, de strychnine, d'huile camphrée, seule, à l'exclusion et en dehors de la présence du médecin, mais évidemment sur les ordres de celui-ci *dont elle était la déléguée.*

Une garde-malade remplace en effet le médecin auprès de ses malades et se charge de l'exécution stricte des prescriptions médicales, mais sans qu'elle ait la moindre latitude d'apprécier les symptômes et de modifier la médication. Elle est apte aussi à faire les pansements et les opérations de petite chirurgie, c'est-à-dire les injections sous-cutanées, les applications de ventouses, etc., etc... dans les limites toutefois où sa compétence est connue du médecin.

Conclusions.

1° **La mort des demoiselles Arnaud a été causée par une infection généralisée consécutive à des abcès multiples apparus au niveau des piqûres pratiquées pour des injections sous-cutanées.**

2° **La demoiselle Lamblard, si elle a fait ces piqûres sans prendre toutes les précautions antiseptiques, a commis une faute lourde.**

3° **Le docteur Mazel, en plaçant cette infirmière auprès de ses malades, a engagé sa responsabilité médicale.**

Paris, le 2 mai 1918,

Signé : DERVIEUX.

***

Je soussigné, Dervieux (Firmin), médecin-expert etc., etc.....

« Donnons mandat à M. le Dr Dervieux, sous la foi du serment par lui déjà prêté, de dire si au vu des éléments nouveaux de l'information, il estime qu'il doit maintenir ou modifier ses conclusions ;

« En définitive, le docteur dira s'il résulte de son examen qu'il y a une relation de cause à effet entre le défaut de précaution, la négligence, les imprudences, les inobservations de règlements et tous autres faits à relever de nature à engager la respon-

sabilité pénale du Dr Mazel et Jeanne Lamblard notamment et la mort des demoiselles Arnaud. »

....

Le Dr Mazel a tenu à proclamer que la fièvre typhoïde était une maladie *totius substantiæ* et non pas seulement une maladie de l'intestin. C'est exactement ce que nous avons indiqué dans notre premier travail : « Ces fièvres typhoïdes ont débuté de la façon ordinaire et elles paraissent avoir évolué, chez les deux jeunes filles, suivant leur marche habituelle, *en ce qui concerne tout au moins leurs localisations intestinales.* »

Le Dr Mazel est d'accord que la cicatrisation s'était faite dans l'intestin, mais il ajoute que l'infection a gagné le foie et s'y est localisée. Il nous semble hors de doute que la dégénérescence graisseuse du foie était en corrélation directe avec les abcès dont nous avons retrouvé des traces multiples sur le corps des demoiselles Arnaud.

Nous avons d'autre part précisé que les accidents infectieux qui s'étaient produits tardivement ne pouvaient pas être rangés dans la catégorie de ceux qui surviennent parfois dans la fièvre typhoïde, celle-ci étant envisagée comme une maladie d'ordre général.

Nous sommes arrivé à cette conclusion après des recherches bibliographiques minutieuses que nous avons résumées. Les collections purulentes s'étaient établies au niveau de piqûres pratiquées pour des injections hypodermiques.

Nous avons écrit que certains médicaments qui n'avaient pas été conseillés par le Dr Grasset ont été, immédiatement après consultation de ce professeur, introduits dans le traitement. Nous ne pouvons que répéter ce que nous avons écrit à la suite d'une étude du dossier. Le Dr Mazel a augmenté *dans des proportions considérables* le nombre des piqûres prescrites par le professeur Grasset et il a introduit dans le traitement, immédiatement après la consultation du Pr Grasset, certains médicaments qui n'avaient pas été conseillés par celui-ci, tels que la caféine et la strychnine.

Dans sa réponse, le Dr Mazel s'est contenté de rappeler que, dans sa première consultation, le Pr Grasset avait prescrit « des bains, qui ont été absolument appliqués », et qu'« à sa seconde consultation, en raison de l'état méningitique, il a conseillé de suspendre la strychnine, ce qui a été fait. » Le Dr Mazel a ajouté que « les phénomènes de gravité générale et de méningite ayant persisté, le médecin traitant a bien dû orienter le traitement dans le sens nécessaire. » Nous prenons acte de cette déclaration du Dr Mazel, à savoir que les prescriptions contenues dans les consultations du Pr Grasset *n'ont pas été intégralement appliquées.*

Nous avons, ainsi que nous l'avons rappelé plus haut, indiqué que les abcès qui s'étaient produits n'avaient pas été consécutifs à la maladie. Nous devons reproduire la réponse du Dr Mazel : « *Dans une infection du sang aussi grave et probablement stercorémique, la production d'abcès est d'autant moins surprenante qu'il s'en est formé en des points qui n'avaient pas été piqués. Bien plus, le médecin recherche la production d'abcès dans les cas graves. Après la première ouverture d'abcès, on est resté huit jours sans pratiquer la moindre piqûre, mais l'état général s'aggravant encore, il a bien fallu revenir aux injections toniques qui, d'ailleurs, n'ont été faites qu'avec beaucoup de modération.*

Nous ferons tout d'abord remarquer qu'il ne s'est pas agi d'une infection stercorémique.

Le Dr Mazel a ajouté qu'il s'était formé des abcès en des points qui n'avaient pas été piqués. Il nous est apparu cependant que ces abcès étaient tous situés dans les régons d'élection des piqûres, celles-ci, si on se reporte aux différentes ordonnances et aux différentes notes de l'infirmière qui sont au dossier ayant été faites en grande quantité. Nous verrons d'ailleurs plus loin que le Dr Mazel était si bien convaincu que les abcès étaient consécutifs aux piqûres qu'il a momentanément renoncé à les faire.

Quant à rechercher la production d'abcès dans les cas graves, c'est une éventualité à laquelle les médecins peuvent se résoudre dans certaines maladies, comme la pneumonie. Il s'agit de faire des « abcès de fixation » de telle sorte que la suppuration se localise au point choisi par le praticien au lieu de se produire dans le poumon, mais nous ne connaissons pas d'exemple de ce traitement dans a fièvre typhoïde.

Le Dr Mazel a déclaré qu'« après la première ouverture d'abcès, on est resté huit jours sans pratiquer la moindre piqûre. » Cette réponse est entièrement d'accord avec les considérations que nous avons exposées. Nous avons indiqué que lorsqu'un médecin s'apercevait qu'il se formait un abcès, son attention était éveillée et qu'il ne devait plus utiliser les piqûres qu'avec la plus grande prudence, ou même les suspendre d'une facon absolue. C'est le parti que le Dr Mazel a pris. Le fait qu'après la première ouverture d'abcès, il dit être resté huit jours sans pratiquer la moindre injection sous-cutanée, est la preuve formelle que le Dr Mazel avait, dès ce moment, la certitude que les abcès étaient bien consécutifs aux piqûres.

Le Dr Mazel, obligé d'abandonner momentanément la voie hypodermique qui lui donnait des mécomptes, est donc resté pendant huit jours sans faire de piqûres. Ce n'est que lorsque l'état général s'est aggravé qu'il est revenu aux « injections toniques ». Ces nouvelles piqûres ont provoqué la formation de nouveaux abcès, et il est certain qu'à partir de ce moment, elles n'ont plus été suspendues.

Après avoir démontré que les abcès n'avaient pas été consécutifs à la fièvre typhoïde, nous avons conclu que ceux-ci n'avaient pu trouver leur cause que dans l'utilisation de seringues ou d'aiguilles mal stérilisées. Le Dr Mazel a répondu : « Il est parfaitement inadmissible et il serait déshonorant pour l'école d'infirmières de Nîmes et pour ses professeurs, tous chirurgiens des hôpitaux, que les allégations ci-dessus puissent être envisagées comme seulement possibles. »

Il n'a jamais été dans notre esprit de mettre en cause l'école d'infirmières de Nîmes et encore moins ses professeurs. Nous ne doutons pas que ces maîtres, tous chirurgiens des hôpitaux, dit le Dr Mazel, apprennent à leurs élèves les moindres détails de la stérilisation, dont mieux que quiconque, ils connaissent l'importance et nous ne les tenons pas pour responsables des fautes commises par leurs élèves.

Mme Arnaud, lors de la confrontation du 18 juin 1918, a maintenu les termes de ses déclarations et a affirmé de la façon la plus catégorique que *Mlle Lamblard ne se servait pour les piqûres à faire aux deux malades que d'une seule aiguille et que cette aiguille n'était pas bouillie chaque fois qu'on s'en servait et qu'elle faisait la piqûre à l'une de mes filles après avoir déjà fait une piqure à sa sœur, avec la même aiguille et sans, au préalable, faire bouillir cette aiguille.* Cette déclaration de Mme Arnaud est confirmée par les observations que nous avons faites lors de l'autopsie et par les indications que nous venons de donner précédemment.

Il y a eu, de la part de l'infirmière, faute lourde si elle n'a pas stérilisé les aiguilles avant chaque injection, faute plus grave encore si, après avoir fait une piqûre à l'une des malades, elle s'est servie de la même aiguille, sans la stériliser, pour faire une piqûre à l'autre malade, et cela d'une façon habituelle.

Le Dr Mazel a affirmé que *les piqures de strychnine étaient de 2 milligrammes et n'étaient jamais rappro-*

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL DE MÉDECINE, DE CHIRURGIE ET D'INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

132, Faubourg Saint-Denis, PARIS (10e)

France. 24 fr. Etranger 28 fr.	BULLETIN D'ABONNEMENT	Référence — P. 2. 1921

Je soussigné (NOM, PRÉNOMS) ....

Médecin à .... *Rue* .... *No* ....

arrondissement de .... *département du* ....

déclare m'abonner au Journal le " CONCOURS MÉDICAL " à partir du ....

Ci-inclus, j'envoie un mandat de 24 francs.

ou (*) *je verse le montant au compte de chèques postaux* (Concours Médical, Paris 167.95).

Je demande le recouvrement postal à mes frais.

(*) Rayer la mention qui ne convient pas.

La présente déclaration comporte, **sauf avis contraire**, adhésion aux Statuts de la Société Civile du Concours Médical (2). Le droit d'entrée (2 frs) sera prélevé sur le montant du premier abonnement. Pas de cotisation particulière, pas d'obligations.

A .... *le* *192*

(SIGNATURE)

Les abonnements partent du 1er de chaque mois (24 fr. pour la France). On peut envoyer un mandat-poste ou verser au compte chèques postaux 167.95. — A défaut d'envoi, l'Administration fera recouvrer à domicile (1 fr. en plus). *On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.*

Adresser ce bulletin, rempli et affranchi comme lettre à M. C. Boulanger, Administrateur du " CONCOURS MÉDICAL ", 132, Rue du Faubourg Saint-Denis, PARIS (10e)

(2) Article 3 des statuts de la Société Civile du Concours Médical : *La Société a pour but l'étude des questions professionnelles et l'organisation des œuvres reconnues utiles à la profession médicale.*

LE SOU MÉDICAL

Ligue de protection et de défense professionnelles

C. M. 2-1921

BULLETIN D'ADHÉSION

Je soussigné (noms, prénoms, qualités) ....

médecin à .... *dépt* ....

né le .... *à* ....

reçu devant la Faculté de ....

membre de (1) ....

ou présenté par MM. (2) .... *déclare*

adhérer à la Ligue de protection et de défense professionnelles **LE SOU MÉDICAL**

et { *envoie au Trésorier la somme de vingt-cinq francs pour la cotisation de l'année courante.*
verse au compte chèques postaux, Sou Médical Paris 182-31.), *le montant de ma cotisation.* }

A ...., *le* ....

SIGNATURE :

(1) Syndicat médical ou Association médicale.
(2) Deux confrères, membres du Sou Médical.

Envoyer ce bulletin au Trésorier du Sou Médical : Dr Gassot, à Chevilly (Loiret)
(ou au CONCOURS MÉDICAL, 132, rue du Faubourg-Saint-Denis, Paris)

chées de plus de six heures, délai normal de l'élimination de ce médicament à faible dose. Nous reprendrons cette question plus loin.

S'il était important de passer en revue les réponses faites par le Dr Mazel dans son interrogatoire, il nous paraît inutile, au point de vue médical, de reprendre en détails ce qui a été dit lors de l'interrogatoire de la demoiselle Lamblard et lors des dépositions des différents témoins. Nous puiserons dans ces pièces une documentation que nous utiliserons au fur et à mesure de notre discussion.

Nous entendons dès lors résumer point par point les différentes données qui ont été rassemblées par l'information et celles qui nous ont été fournies tant par l'autopsie que par l'étude du dossier.

1° Quelle a été la maladie dont ont été atteintes les demoiselles Arnaud ?

Les demoiselles Arnaud ont été atteintes de fièvres typhoïdes qui ont débuté de la façon normale.

2° A quoi a été due la mort des demoiselles Arnaud ?

Les demoiselles Arnaud ont succombé, l'une et l'autre, à une infection généralisée consécutive à des abcès multiples.

3° Quelle a été l'origine des abcès multiples dont plusieurs ont été incisés et dont nous avons retrouvé des traces sur les cuisses et à la partie inférieure de l'abdomen ?

Nous ne reprendrons pas l'exposé que nous avons fait dans notre premier rapport. Nous estimons avoir apporté la preuve scientifique que ces abcès n'étaient en aucune facon des abcès cansécutifs à une fièvre typhoïde et tout concorde pour démontrer qu'ils se sont produits à l'occasion d'un défaut de stérilisation

Nous n'avons pas à ce sujet à nous substituer à M. le juge d'instruction et à discuter les allégations de l'inculpée. Nous répéterons seulement que les affirmations de la dame Arnaud sont absolument concordantes avec les constatations matérielles. Ces abcès multiples se sont formés à la suite d'injections sous-cutanées sans que celles-ci aient été abandonnées et sans que nous trouvions trace de la préoccupation de l'infirmière ou du médecin pour s'inquiéter de la stérilisation des instruments.

4° Quelles sont les injections qui ont été faites ?

Le Pr Grasset a, dans ses consultations, ordonné des piqûres d'huile camphrée et n'a jamais indiqué d'autres médicaments. Nous avons retrouvé au dossier qu'il avait été fait, dès les jours qui ont suivi la première consultation du Pr Grasset, et sans l'avis de celui-ci, qui au surplus ne les a pas conseillées dans sa seconde consultation, des injections de strychnine, d'adrénaline, etc.

Nous n'envisagerons dans ce paragraphe que la question des injections de strychnine. Le Dr Mazel n'ayant fourni aucune indication à cet égard, nous ignorons s'il s'agit de piqûres de strychnine ou de piqûres d'un *sel de strychnine* tel que le sulfate de strychnine. Puisque le mot « strychnine » a été employé seul, nous prendrons cette indication à la lettre, en recherchant quelle est la posologie de la strychnine.

La dose maxima de la strychnine, pour l'adulte est de 5 milligrammes par piqûre, et de 15 milligrammes par 24 heures.

Nous avons, dans notre premier rapport, laissé cette question en suspens parce que nous ignorions quelles étaient les quantités de piqûres qui avaient été pratiquées. Nous ne possédons pas à cet égard des documents assez précis pour pouvoir trancher la question. Il apparaît du moins que les piqûres *n'ont pas été faites à des doses exagérées* et *il ne semble pas* que les piqûres aient été pratiquées *en nombre trop considérable* toutes les 24 heures. Tout au plus pourrait-on dire qu'elles ont été prolongées longtemps. Nous n'avons pas vu les malades et nous ne pouvons dire si les accidents présentés par celles-ci ont été des accidents consécutifs à une intoxication par la strychnine ou si, au contraire, les contractures ont été en rapport avec des complications du côté des méninges. Cette question, d'ailleurs, n'est que secondaire, car les demoiselles Arnaud n'ont pas succombé à une intoxication par la strychnine. Nous avons seulement indiqué que l'hypothèse que des accidents avaient pu être causés par la strychnine n'était pas une hypothèse absurde, car les symptômes de cet empoisonnement sont très voisins de ceux de la méningite.

5° Avec quelle instrumentation étaient pratiquées les piqûres ?

....

Le seul point important est celui de la stérilisation et nous avons déjà insisté sur la façon dont nous l'envisagions..............................
.... si l'on avait soigneusement stérilisé l'aiguille chaque fois que celle-ci avait servi, il est évident que les accidents infectieux ne se seraient pas produits.

6° Que devons-nous penser du diagnostic d'accidents méningés qui a été posé par le Dr Mazel, d'abord d'après ses constatations cliniques et ensuite à la lecture de l'analyse du liquide céphalo-rachidien par M. Gamel, pharmacien ?

Le Dr Mazel dit avoir fait le diagnostic d'après l'état de ses malades qui présentaient des contractures caractéristiques que la famille a mises sur le compte d'un empoisonnement par la strychnine. Cependant, pour acquérir une certitude, il a fait des ponctions lombaires.

En ce qui concerne le nombre de ces ponctions, nous ne possédons aucun document certain. Nous n'avons retrouvé que les copies conformes des *deux* analyses de liquide céphalo-rachidien, qui ont été pratiquées par M. Gamel, l'une sous le n° 11.568, le 29 octobre 1915, l'autre sous le n° 11.570, le 31 octobre 1915, soit deux jours après.

Nous trouvons *étrange* que deux ponctions aient été faites à la même malade à un intervalle aussi rapproché surtout quand le résultat de la première analyse avait démontré la présence de quelques méningocoques.

7° Quant à la paralysie des membres inférieurs qui est apparue chez une des jeunes filles à la suite des ponctions lombaires, doit-elle être attribuée à une faute de technique, ou peut-on la mettre sur le compte de ponctions faites à intervalles trop courts ?

Nous estimons inutile de nous appesantir sur ce point qui, comme la question des injections de strychnine, n'est qu'accessoire. Nous ne devons, en effet, pas perdre de vue que nous avons pour mission primordiale de rechercher les causes de la mort des demoiselles Arnaud.

Si nous résumons dans une vue d'ensemble tous les renseignements essentiels que nous avons tenté de coordonner, nous voyons que le fait important qui se dégage de cette étude est que les demoiselles Arnaud ont succombé à une infection généralisée causée par des abcès qui se sont produits aux endroits où des piqûres ont été faites.

Ces piqûres n'ont pu déterminer d'abcès que parce qu'elles ont été pratiquées avec des instruments mal stérilisés, car nous avons démontré que ces collections purulentes ne constituaient pas des complications de la fièvre typhoïde.

Il nous paraît dès lors, ainsi que nous l'avons indiqué dans notre premier rapport, que la demoiselle Lamblard, qui a fait ces piqûres, doit être tenue pour responsable des accidents survenus.

La demoiselle Lamblard, quelle que soit la façon dont elle a été introduite dans la famille Arnaud, a été, auprès des deux malades, la préposée du Dr Mazel, qui doit être tenu comme médicalement responsable de la façon dont son infirmière appliquait le traitement.

Dans ces conditions, nous maintenons les conclusions de notre précédent rapport, en répondant selon les termes de la question qui nous a été posée par M. le juge d'instruction.

Conclusions.

Il y a relation de cause à effet entre le défaut de précautions, la négligence, les imprudences de nature à engager la responsabilité de la demoiselle Lamblard et du docteur Mazel, et la mort des demoiselles Arnaud.

Paris, le 27 mars 1919.

Signé : *DERVIEUX.*

II

Critiques du rapport d'expertise.

La mission du médecin expert était de vérifier si, au point de vue scientifique, étaient fondés les chefs d'accusation contenus dans la plainte, savoir : « le « décès des malades serait-il dû à des fautes du mé- « decin traitant, à des imprudences et au défaut de « soins d'une garde inexpérimentée : injections de ca- « féine, adrénaline et surtout strychnine, à trop for- « tes doses, ordonnées par le docteur ; piqûres ayant « déterminé, par suite d'une asepsie insuffisante des « instruments, des abcès, des phlegmons et une infec- « tion, qui serait, avec l'empoisonnement par la « strychnine, la vraie cause de la mort ? »

Nous allons suivre, page par page, le rapport de l'expert.

En premier lieu, nous constatons que l'autopsie a été faite d'une manière plutôt sommaire.

Le médecin légiste déclare que la putréfaction est très avancée, l'exhumation ayant eu lieu onze mois après les décès. Cependant, au cours de l'audience, à Nîmes, il a soutenu, à plusieurs reprises, qu'il lui avait été possible de constater encore, malgré cette putréfaction, le pertuis occasionné par le passage de l'aiguille hypodermique, à travers les téguments, ce qui lui avait permis de conclure que les abcès étaient bien occasionnés par les injections sous-cutanées !...

Aucune description précise du lieu, de la forme, de la dimension de ces abcès, aucune mention que les uns aient été ouverts, les autres non incisés.

Et cependant, au dossier existe une lettre du prof. Rauzier, de Montpellier, en date du 21 juin 1918, qui déclare : « J'ai vu les deux malades le 12 décembre « 1915, en consultation avec le Dr Hathon, et les ai « trouvées l'une et l'autre en pleine pyohémie, avec « de formidables abcès, que je n'ai pas songé un seul « instant à rapporter à des piqûres septiques, *d'au- « tant que la plupart siégeaient en des points où il n'y « avait pas eu d'injection*, et qui m'ont paru provenir « d'une forme particulièrement septique (septicémie « endogène) de la maladie ».

De même, l'expert n'a pas jugé bon de retirer, ouvrir, inspecter les organes viscéraux ; en particulier, il ne donne aucune précision sur l'état des intestins, du cœur, des reins, malgré la myocardite indiquée dans les anamnestiques, malgré le diagnostic luimême de typhoïde.

Que penser de ce singulier expert qui s'amuse à faire du sentiment, qui, pour être agréable à la mère accusatrice, n'ouvre pas la boîte crânienne, bien qu'il ait à se prononcer sur l'existence d'une méningite à méningocoques, dont les symptômes cliniques et les examens bactériologiques du liquide céphalorachidien sont discutés dans tout le dossier ? Un comble, n'est-il pas vrai ?

Nous ne nous étonnerons donc pas que, médecins comme juges, tous aient reconnu l'insuffisance de l'expertise. « Attendu, dit le jugement, que le rapport « de l'expert Dervieux ne saurait éclairer entière- « ment le tribunal sur ce point, que ce rapport est in- « complet, en maints endroits, notamment en ce qui « concerne l'autopsie, d'ailleurs tardive (onze mois « après le décès) et qui n'a pas porté sur tous les or- « ganes ;

« Que les conclusions du Dr Dervieux ne sont pas « suffisamment motivées pour être admises comme « l'expression certaine de la vérité ».

Si nous abordons maintenant les commémoratifs, contenus dans le rapport de l'expert, nous constatons que ce médecin veut systématiquement, malgré les pièces contenues au dossier qui lui a été remis, que l'infirmière ait été procurée à la famille par le Dr Mazel et que cette infirmière n'ait aucune capacité professionnelle.

Nous retrouvons la même erreur systématique plusieurs pages plus loin, dans la partie du rapport intitulée « discussion ».

L'expert prétend que le Dr Mazel a choisi lui-même l'infirmière, alors que, dans le dossier, existe une déposition du directeur de l'hôpital de Nîmes, déposition que le médecin légiste a eue entre les mains et qui déclare : « Dans tous les cas, ce fut une personne de la « famille, je crois bien, qui se présenta de la part de « l'un ou de l'autre de ces docteurs (Dr Simonot ou Dr « Mazel) pour me demander si j'avais une garde-ma- « lade diplômée de disponible. Mlle Lamblard étant « disponible, je l'envoyai dans la famille du capitaine « Arnaud ».

Et à la question posée par le juge d'instruction : « Mlle Lamblard était-elle la seule infirmière, dont le « service comporte les gardes en ville ? », le directeur de l'hôpital répond : « Non-seulement, j'avais déjà « envoyé cette jeune fille dans deux maisons et on « avait été très satisfait d'elle, mais, j'aurais pu aussi « bien en désigner une autre, car on ne me la de- « mandait pas spécialement : on voulait une garde- « malade et voilà tout ».

Cette affirmation si décisive n'empêche pas l'expert d'écrire : « les soins, avons-nous vu, n'ont pas été « donnés par le médecin lui-même, mais par une gar- « de-malade qu'*il avait choisie*... » Et plus loin : « En « plaçant auprès de ses malades cette infirmière, « qu'*il avait désignée en toute indépendance*, puisque « la famille Arnaud ne la connaissait pas, le Dr Mazel « a engagé sa responsabilité de médecin ».

Et, dans les conclusions du rapport d'expertise, le Dr Dervieux déclare : « ... 3° le Dr Mazel, *en plaçant « cette infirmière auprès de ses malades*, a engagé sa « responsabilité médicale ».

La Librairie du " Concours Médical "

IMPRIMÉS DIVERS

1° Accidents du travail

Notes d'honoraires médicaux. Mémoires de fournitures pharmaceutiques prévues par l'arrêté ministériel du 8 juillet 1920.
Notes d'ordonnances. — Notes d'ordonnances portant comme en-tête des instructions aux blessés du travail.
Certificats. — Certificats pour blessés d'accidents du travail.
Mémoires d'expertises. — Accidents — Mémoires d'expertises médicales concernant les accidents du travail.

2° Justice criminelle

Mémoires de frais de justice criminelle (honoraires). **Mémoires de frais de justice criminelle** (fournitures).
— Au recto de ces mémoires, on trouve des colonnes dans lesquelles on pourra porter le relevé des opérations et le montant des honoraires; au verso, on trouve le réquisitoire et l'exécutoire à faire signer par les autorités compétentes qui ordonnanceront ce mémoire.
Ces imprimés sont établis d'après le format officiel. Prix franco : 5 fr. les 50 et 8 fr. le cent.

3° Notes d'honoraires ordinaires

Notes d'honoraires d'un modèle spécial établies selon les indications du Tarif Jeanne.

4° Feuilles de Comptabilité

Feuilles détachées pour servir à établir le compte de chaque client.

Ces différents imprimés sont envoyés franco aux conditions suivantes :

Les 50	5 fr.	Les 500	35 fr.
Le 100	8 fr.	Les 1000	60 fr.

Affiches. — Affiches indiquant sous forme d'avis les droits des blessés et les pénalités encourues par ceux qui entravent le libre choix du médecin. Prix franco les 50, 7 fr., le cent, 12 fr.

Adresser les commandes accompagnées du montant à M. C. BOULANGER, Administrateur du « Concours Médical », 132, faubourg St-Denis, PARIS

Service de Propagande du Concours Médical

Le Docteur (Nom et prénoms)..
demeurant à ....*Rue*................................*N°*........
départ^t de..
demande à recevoir **gracieusement**, *quatre numéros consécutifs du " Concours Médical ".*

A..............................*le*......*février* 1921.

Détacher ce bulletin et le renvoyer à **M. C. BOULANGER,** Administrateur du **" Concours Médical "**
132, Rue du Faubourg St-Denis, PARIS Xe

VALS SOURCE REINE



Souveraine dans la

GASTRO-ENTÉRITE DES ENFANTS DU 1er AGE

et chez les **ADULTES**

S'emploie avec succès dans

l'**ARTHRITISME**

Un verre le matin à jeun
Un verre avant le déjeuner et avant le diner
Le reste de la bouteille consommé aux repas

dans les **MALADIES INFECTIEUSES**

où elle exerce un **véritable lavage du sang**

et dans les **DYSPEPSIES**

L'Eau de la Reine se trouve dans toutes les pharmacies, chez tous les marchands d'Eaux et dans les dépôts de la Cie fermière de Vichy. On peut également s'adresser à M. CHAMPETIER *à* VALS-LES-BAINS *(Ardèche).*

VALS SOURCE REINE

Dans le même ordre d'idées, relevons une autre erreur matérielle, aussi considérable que la précédente.

L'expert, dans son rapport, se demande quelle est la capacité professionnelle de l'infirmière, quels étaient ses diplômes, quelles études elle avait faites, quels malades elle avait soignés, quelles affections elle avait eu l'occasion de voir ?

Et il conclut : « Tout ce que nous savons de la demoiselle Lamblard, est qu'elle avait été employée « à l'hôpital Ruffi ; elle ne possédait aucun titre spécial. ».

Cependant, au dossier, que pourtant l'expert n'a pas ignoré, existe la déposition précitée du directeur de l'hôpital Ruffi, déclarant que : « Mlle Lamblard « était entrée à l'hôpital le 1er octobre 1913, et elle a « obtenu son diplôme d'infirmière en juin 1915. Le « stage des infirmières dure deux ans et, avant de passer l'examen, elles sont attachées à tous les services : maternité, médecine, chirurgie, maladies contagieuses ».

Or, en octobre 1915, au moment où Mlle Lamblard a été placée auprès des deux malades, elle était encore en service à l'hôpital Ruffi. A nos lecteurs de conclure.

Donc, malgré ces précisions, pour l'expert, l'infirmière est une *incapable*. De plus, le rapport du Dr Dervieux reproduit tout au long une déposition du Dr Hébrard, mobilisé à l'hôpital Ruffi, à Nîmes, et qui déclare : « Je connais la garde, dont il s'agit, « Mlle Lamblard, surveillante à l'hôpital Ruffi, dans « le service du Dr Gilles. L'ayant vue moi-même à « l'œuvre, pendant deux mois, dans ce service, où je « remplaçais le Dr Gilles, je la considère comme une « infirmière **parfaite** ».

Et, dans sa propre déposition devant le juge d'instruction, déposition qui est également consignée, dans le rapport du Dr Dervieux, Mlle Lamblard indique très nettement qu'elle possède son diplôme d'infirmière.

Malgré ces preuves accumulées, l'expert conclut à l'ignorance professionnelle de l'infirmière, en l'accusant de n'avoir aucun diplôme. Par contre, il s'arrête complaisamment à la déposition d'une femme de ménage, qui prétend que Mademoiselle Lamblard ne faisait bouillir qu'une fois par jour aiguilles et seringue ; puis il affirme : « Il est avéré que ces suppurations multiples sont apparues, non pas simultanément, ou presque simultanément, mais se sont, « au contraire, succédés à des intervalles assez rapprochés, chaque nouvel abcès apparaissant au « point précis qui avait été le siège d'une injection « hypodermique. La cause de ces abcès ne peut « donc se trouver que dans des piqûres faites avec « une aiguille infectée ».

Toute cette argumentation d'ordre professionnel et scientifique repose sur une déposition d'une femme de ménage, alors que des médecins étaient venus affirmer la compétence de Mlle Lamblard et que, dans sa déposition, le directeur de l'hôpital Ruffi a déclaré : « l'asepsie est une chose essentielle et il serait extraordinaire qu'une infirmière ne prît pas à cet égard « toutes les précautions voulues, par exemple ne fasse « pas bouillir ou flamber les aiguilles avant de faire « une piqûre, et je crois que Mlle Lamblard n'a pas dû « commettre de fautes à cet égard ».

Ajoutons que l'expert, qui n'incrimine que Mademoiselle Lamblard, a complètement oublié que quatre autres infirmières se sont relayées auprès des malades, tant le jour que la nuit, ou pour le repos du dimanche.

C'est cependant sur ces erreurs matérielles, sur ces contradictions entre les pièces du dossier et le rapport de l'expert, que ce dernier va prononcer la culpabilité de l'infirmière et du médecin.

Le Dr Mazel doit être poursuivi en correctionnelle, comme étant responsable de la garde-malade, et aussi pour avoir ordonné une médication hypodermique intensive.

Sur le premier chef, l'expert prétend qu'une infirmière, placée en clientèle auprès d'un malade est la déléguée, la préposée du praticien. De plus, « une « garde-malade remplace, en effet, le médecin auprès « de ses malades et se charge de l'exécution stricte « des prescriptions médicales, sans qu'elle ait la « moindre latitude d'apprécier les symptômes et de « modifier la médication ». En conséquence, d'après l'expert, « le Dr Mazel doit être tenu comme médica-« lement responsable de la façon dont son infirmière « appliquait le traitement ».

Avant d'exprimer cette affirmation, M. l'expert aurait pu contrôler ses conceptions juridiques en lisant, par exemple, le nouveau Code civil annoté de Dalloz, à l'article 1384, ou prendre tout autre livre de droit.

Toutes les sociétés médicales, comme tous les médecins qui ont été consultés sur ce point, ont été unanimes à se refuser à attribuer au praticien une responsabilité quelconque en clientèle, à l'égard des infirmiers, ou gardes-malades, qui librement exercent cette profession. Ces auxiliaires ne sont jamais liés à celui-ci par un contrat de louage de services et s'il désigne à la famille le nom de tel ou tel infirmier, il la laisse, cependant se débattre avec la garde-malade, les conditions pécuniaires, et le droit de les arrêter, ou de les congédier.

Abordons maintenant le deuxième chef d'accusation porté par l'expert contre le Dr Mazel : celui-ci aurait fait faire trop de piqûres hypodermiques, aurait employé des médicaments, et notamment la strychnine, à des doses trop fortes et aurait confondu le strychnisme avec une méningite. La résultante aurait été la production d'abcès multiples, qui auraient occasionné la mort des malades.

L'expert oublie que tous les médecins qui ont été appelés auprès des malades, et ils ont été nombreux, ont reconnu l'état de faiblesse du myocarde et l'adynamie. Le praticien devait-il laisser succomber ses malades par collapsus, ou essayer de soutenir l'organisme, au risque de provoquer des abcès ?

Nous avons fourni au tribunal des attestations médicales absolument opposées aux conclusions de l'expert, tant sur l'utilité et même la nécessité de ces in-

jections sous-cutanées que sur l'emploi des doses médicamenteuses.

Le médecin expert montre, dans son rapport, qu'il considère que « la strychnine est un poison violent ». C'est entendu, mais les doses employées par le Dr Mazel (deux milligrammes toutes les huit heures) ne sont point faites pour effrayer tous ceux qui se tiennent au courant de la science.

Allant plus loin dans sa phobie pour la strychnine, l'expert néglige, conteste même les examens bactériologiques, pratiqués à la suite de deux ponctions lombaires et qui, dans le liquide céphalo-rachidien, ont décelé du méningocoque. Nous lisons dans le rapport d'expertise, puis dans le rapport complémentaire, une série de considérations tendant à incriminer la médication prescrite par les médecins traitants, pour arriver à admettre comme bien fondée la supposition du père des jeunes malades, accusant la strychnine d'avoir empoisonné les patientes et d'avoir ainsi provoqué des accidents de strychnisme, simulant la méningite.

Les articles scientifiques, que nous publions dans le présent numéro, démontrent que la science actuelle ne donne pas raison aux suppositions de l'expert, en ce qui concerne la posologie de la strychnine.

Reste maintenant une accusation d'un ordre professionnel et qui démontre encore à la fois le peu de soin avec lequel l'expert a lu les pièces du dossier, comme l'idée particulière qu'il se fait de l'exercice de la médecine.

Le médecin légiste reproche au docteur Mazel d'avoir « introduit dans le traitement, *immédiatement* « après la consultation du Dr Grasset, certains médi« caments qui n'avaient pas été conseillés par celui« ci, tels que la caféine et la strychnine ».

L'erreur matérielle de l'expert est démontrée d'une manière flagrante, si on se reporte aux dates : la consultation a eu lieu le 22 octobre et c'est seulement le 27, c'est-à-dire cinq jours après, que le Dr Mazel emploie la strychnine et la caféine.

Si l'expert avait lu les pièces du dossier avec plus de soin et d'attention, il n'aurait pas reproché au Dr Mazel d'avoir, immédiatement après la consultation, changé le traitement.

Et même l'eût-il fait, eût-il immédiatement modifié la thérapeutique, que le médecin traitant aurait encore été dans son rôle. Tel est l'avis de tous les médecins, comme de toutes les sociétés savantes, qui ont été consultés : le médecin traitant est toujours juge de l'opportunité qu'il peut y avoir à modifier la posologie, comme la médication, selon les circonstances et les phases de la maladie.

Ce qui n'empêche pas l'expert d'être d'un avis opposé il écrit en effet : « Pour trancher la question « de principe, il nous paraît qu'un médecin traitant « ayant appelé en consultation d'autres médecins et « ayant rédigé avec eux une consultation, ne peut, « de sa propre autorité, modifier immédiatement les « traitements institués, retrancher des médicaments « ou en ajouter d'autres, sans avoir pris soin d'aver« tir la famille de l'absolue nécessité de ces change« ments et de lui demander si elle les accepte, sans « une nouvelle réunion médicale au chevet du malade. « A quoi dès lors servirait la venue du médecin con« sultant ? »

Nous n'avons voulu faire qu'un bref exposé des critiques que nous avons formulées, à Nîmes, contre le rapport de l'expert.

Nous laissons nos lecteurs en tirer les conclusions.

Mais, ils considèreront avec nous que le docteur Mazel a été traîné en police correctionnelle, qu'il a failli perdre sa clientèle, qu'il a eu de nombreux soucis, des pertes et dépenses d'argent, uniquement parce que le rapport de l'expert fourmille d'erreurs matérielles, dues à la legèreté et à la négligence dont il a fait montré dans la lecture des pièces constituant le dossier, et au peu de soin qu'il a apporté dans l'opération de l'autopsie, qui a été incomplète, insuffisante et presque inexistante.

En second lieu, l'expert s'est cru fondé à critiquer les prescriptions d'un médecin praticien, alors qu'il paraît n'avoir pas tenu suffisamment compte des progrès de la science, ni des usages de la pratique médicale.

Ainsi, avec l'expert unique, le hasard d'une désignation peut compromettre l'honneur d'un médecin, suivant le degré de science et de conscience que cet expert mettra à remplir la grave mission qui lui est confiée. Le Dr Mazel peut être considéré comme étant de ceux que le hasard n'a pas favorisés.

III

TRIBUNAL DE NIMES (Chambre correctionnelle)

Jugement

(8 *décembre* 1920)

Attendu que renvoyés devant le tribunal de police correctionnelle de Nîmes, par ordonnance de M. le Juge d'Instruction en date du 14 mai 1919, sous l'inculpation d'homicide par imprudence (art. 319 du C. P.) le Dr Fortuné Mazel et Mlle Jeanne Lamblard, infirmière, ont bénéficié des dispositions de la loi d'amnistie du 24 octobre 1919 ;

Attendu que faisant application de cette loi, le tribunal correctionnel a, par son jugement du 1er décembre 1919, déclaré l'action publique éteinte à l'égard du Dr Mazel et de Mlle Lamblard, mais s'est déclaré compétent pour connaître de l'action en dommages intentée par le commandant Arnaud, partie civile, à l'encontre du Dr Mazel et de Mlle Lamblard, les droits acquis par la partie civile antérieurement à la loi d'amnistie devant être respectés ;

Attendu que la compétence du tribunal correctionnel de Nîmes étant aujourd'hui définitivement reconnue, il y a lieu de statuer sur le mérite des conclusions du commandant Arnaud ;

Attendu que toute la prévention, tant à l'encontre du Dr Mazel que de Mlle Lamblard, repose sur les conclusions du rapport et du rapport complémentaire du Dr Dervieux, médecin expert commis par l'Instruction et qui sont ainsi formulées :

Conclusions du rapport : « 1o La mort des demoi« selles Arnaud a été causée par une infection généra« lisée consécutive à des abcès multiples apparus « au niveau des piqûres pratiquées pour des injec« tions sous-cutanées ;

« 2o La demoiselle Lamblard, si elle a fait ces « piqûres sans prendre toutes les précautions antisep« tiques, a commis une faute lourde ;

« 3° Le Dr Mazel, en plaçant cette infirmière auprès « de ses malades, a commis une faute lourde. »

Conclusions du rapport complémentaire.

« Il y a relation de cause à effet entre le défaut de « précaution, la négligence, les imprudences de na- « ture à engager la responsabilité de Mlle Lamblard « et du Dr Mazel et la mort des demoiselles Arnaud. »

Attendu qu'il appartient au tribunal de rechercher si, conformément à ces conclusions, Mlle Lamblard et le Dr Mazel ont commis, respectivement, des fautes et si ces fautes ont eu pour conséquence le décès des demoiselles Arnaud ;

1° *En ce qui concerne Mlle Lamblard.*

Attendu que Mlle Jeanne Lamblard, infirmière à l'hôpital Ruffi, a été envoyée dans la famille Arnaud par M. Périer, directeur dudit hôpital ;

Qu'elle n'avait pas été choisie spécialement par le Dr Mazel, qui ne la connaissait même pas ;

Que M. Périer, sachant qu'il s'agissait de malades gravement atteintes, avait désigné cette garde comme une des plus capables dont il pouvait disposer ;

Attendu, en effet, que Mlle Lamblard, diplômée depuis juin 1915, avait déjà donné des soins à de grands malades et qu'on s'était montré satisfait d'elle dans plusieurs maisons ;

Mais attendu que dans les soins qu'elle a donnés aux demoiselles Arnaud, Mlle Lamblard a commis certainement une faute en ne prenant pas toutes les précautions indispensables pour faire à ces jeunes filles des piqûres aseptiques ;

Attendu que la preuve de ce manque de précaution se trouve d'abord dans les déclarations de deux témoins absolument dignes de foi, Mme Arnaud, mère, et la dame Ve Soubeyran, née Sigaud ;

Que cette preuve se trouve aussi dans les constatations faites par le Dr Dervieux à l'autopsie ;

Attendu que Mme Arnaud a dit notamment à l'Instruction : « Je maintiens les termes de mes « déclarations. J'affirme, de la façon la plus catégo- « rique, que Mlle Lamblard ne se servait, pour les « piqûres à faire aux deux malades, que d'une seule « aiguille, que cette aiguille n'était pas bouillie cha- « que fois qu'on s'en servait, que Mlle Lamblard « faisait la piqûre à l'une de mes filles, après avoir « fait déjà une piqûre à sa sœur, avec la même ai- « guille et sans avoir, au préalable, fait bouillir cette « aiguille. Pour ne pas me tromper et pour ne dire « que des choses strictement exactes, s'il est possi- « ble d'admettre l'hypothèse que Mlle Lamblard ait « fait quelquefois dans la journée bouillir les aiguil- « les, le fait s'est passé en dehors de moi. Moi, pré- « sente, Mlle Lamblard n'a jamais fait bouillir les « aiguilles et je n'ai jamais vu qu'après avoir fait « une piqûre à l'une de mes filles, elle fasse bouillir « l'aiguille avant de faire les piqûres à ma seconde « fille. »

Et plus loin : « Je maintiens catégoriquement ce « que j'avance, je note qu'on faisait de nombreuses « piqûres à mes enfants et que, si les mesures d'asep- « sie qu'il faut prendre et que j'ai connues trop tard « malheureusement, avaient été prises, comme le « prétend Mlle Lamblard, les aiguilles auraient été « tout le temps dans l'eau bouillante. »

Attendu que la dame Ve Soubeyran née Sigaud, après avoir affirmé qu'elle faisait elle-même bouillir les aiguilles, le matin et le soir, ajoute : « Je puis « affirmer qu'elle (Mlle Lamblard) n'a jamais fait « bouillir les aiguilles dans la journée avant de faire « les piqûres ... Je maintiens catégoriquement ce « que j'ai déclaré et ce que je répète aujourd'hui. « C'était moi qui me trouvais près des malades et « qui aidais Mlle Lamblard quand elle faisait les piqû- « res, et je suis sûre de ce que j'avance. »

Attendu que le Dr Dervieux, de son côté, en pratiquant l'autopsie des jeunes filles, a constaté sur les corps de nombreux abcès qu'il a attribués, sans hésitation, à des piqûres septiques ; que cet expert a déclaré, à l'audience, avoir retrouvé dans la majorité de ces abcès le pertuis formé par l'aiguille à injections hypodermiques ; qu'il dit, à la page 33 du rapport : « Les abcès sont des complications qui se « produisent parfois au cours de la fièvre typhoïde. « Certaines suppurations apparaissent au début de « la maladie. Elles sont souvent isolées et se produi- « sent dans les points d'élection des escharres, c'est- « à-dire dans les endroits qui subissent des pressions « du fait de la position couchée des malades ... Il ne « saurait être question d'abcès de ce genre puisque « ceux dont nous avons constaté l'existence ont eu « une localisation toute différente et qu'ils ne sont « pas apparus au début de la maladie... Il est avéré « que ces suppurations multiples sont apparues non « pas simultanément ou presque simultanément, « mais se sont, au contraire, succédé à des inter- « valles assez rapprochés, chaque nouvel abcès « apparaissant au point précis qui avait été le siège « d'une injection hypodermique. »

Attendu que ces constatations de l'expert venant corroborer les dépositions sus-visées ne permettent pas de douter de la réalité des négligences imputées à Mlle Lamblard ;

2° *En ce qui concerne le Dr Mazel.*

Attendu que la très grave maladie dont les demoiselles Arnaud étaient atteintes, et notamment la nécessité de soutenir le cœur, ont obligé le Dr Mazel à recourir à de nombreuses injections hypodermiques d'huile camphrée, de strychnine et d'adrénaline;

Attendu que ce traitement n'aurait pu faire l'objet d'aucune critique s'il avait été administré dans des conditions d'asepsie qui s'imposent en pareil cas ;

Mais attendu que des piqûres septiques ont été faites aux malades par Mlle Lamblard, qu'elles ont été si fréquentes et ont provoqué de tels abcès que les négligences de l'infirmière n'auraient pas dû échapper à la vigilance du Dr Mazel ;

Qu'il était de son devoir, après avoir constaté ces négligences, de prendre les mesures nécessaires pour les faire cesser et assurer une parfaite asepsie des piqûres ;

Attendu qu'un médecin peut voir engager sa responsabilité pénale « toutes les fois que les règles de prudence et de bon sens auxquelles est soumise l'exercice de toute profession, n'ont pas été observées »,

Attendu que dans le cas où une infirmière est appelée à donner des soins à un malade, le médecin traitant doit surveiller de très près les actes de cette collaboratrice, car les conséquences d'un oubli ou d'une négligence de cette dernière peuvent être det plus graves et aller même jusqu'à annuler les effess attendus d'un traitement médical ;

Attendu que le médecin traitant, alors même qu'il n'aurait pas choisi l'infirmière placée auprès de ses malades, peut être rendu responsable des fautes commises par celle-ci dans des circonstances révélant, de la part de ce médecin, un manque de surveillance ; que moins un docteur connaît une infirmière, plus il la doit surveiller attentivement ;

Attendu, en conséquence, qu'une faute est imputable au Dr Mazel ;

3° *Sur les conséquences des fautes constatées.*

Attendu que les fautes commises par Mlle Lamblard et le Dr Mazel tomberaient, à défaut d'amnistie, sous l'application de l'art. 319 du Code Pénal et pourraient donner lieu à des dommages et intérêts au profit de la partie civile, s'il était établi qu'elles ont causé le décès des demoiselles Arnaud ;

Mais attendu que le rapport de l'expert Dervieux ne saurait éclairer entièrement le tribunal sur ce point ; que ce rapport est INCOMPLET *en maints endroits, notamment en ce qui concerne l'autopsie, d'ailleurs tar-*

dive (onze mois après le décès) *et qui n'a pas porté sur tous les organes* ;

Que les conclusions du docteur Dervieux ne sont pas suffisamment motivées pour être admises comme L'EXPRESSION CERTAINE DE LA VÉRITÉ ;

Attendu que l'expert constate lui-même, dans son rapport, que des points restent « douteux ».

Attendu, au surplus, qu'il faut tenir compte de l'extrême gravité de la fièvre typhoïde dont les malades étaient atteintes et de ce fait que la fièvre typhoïde comporte, par elle-même, une infection qui a pu se généraliser et devenir mortelle ;

Attendu que le Dr Rauzier, qui a vu les deux malades le douze décembre 1915, déclare, dans une lettre du 21 juin 1918, les avoir trouvées l'une et l'autre en pleine pyohémie avec de formidables abcès qu'i n'a pas un seul instant songé à rapporter à des piqûres septiques, d'autant que la plupart siégeaient en des points où il n'y avait pas eu d'injections et qu'ils lui ont paru provenir d'une forme particulièrement septique de la maladie ;

Attendu que par suite du doute qui subsiste sur les causes véritables du décès des demoiselles Arnaud, si le Dr Mazel et Mlle Lamblard n'avaient pas bénéficié de la loi d'amnistie du 24 octobre 1919, ils eussent certainement été en voie de relaxe ;

Attendu, en conséquence, que le Commandant Arnaud, partie civile, a demandé à tort, à Mazel et à Mlle Lamblard, une somme de 200.000 francs à titre de dommages et que ses conclusions ne sauraient être accueillies ;

Attendu que le Dr Mazel, reconventionnellement, demande, de son côté, au Commandant Arnaud, la somme de un franc de dommages pour le préjudice causé par la poursuite ;

Que cette demande reconventionnelle est recevable en droit (art. 191 du Code d'instruction criminelle) ;

Mais attendu que si l'on ne saurait méconnaître que Mazel a subi, sinon un préjudice, tout au moins de sérieux ennuis, il y a lieu de considérer l'absolue bonne foi du Commandant Arnaud ;

Attendu que la douleur éprouvée par lui à la suite de la perte de ses filles, ainsi que les négligences du médecin et de l'infirmière, expliquent et justifient son désir d'obtenir une réparation ;

Attendu, dans ces conditions, que le Dr Mazel est mal venu à réclamer, à son tour, des dommages à Arnaud et qu'il y a lieu de rejeter sa demande.

Par ces motifs, le tribunal........... ; après en *avoir délibéré conformément à la loi,*

En la forme. Donne acte à Arnaud de sa demande en 200.000 francs de dommages et intérêts à l'encontre du Dr Mazel et de Mlle Lamblard,

Donne acte au Dr Mazel de sa demande reconventionnelle en un franc de dommages et intérêts à l'encontre du Commandant Arnaud ;

Reçoit les dites demandes ;

Au fond. — Dit que le Dr Mazel et Mlle Lamblard, infirmière, ont à s'imputer des négligences dans les soins qu'ils ont été appelés à donner aux demoiselles Arnaud ; dit qu'il n'est pas établi que ces négligences aient entraîné la mort des demoiselles Arnaud, et, même, qu'elles aient contribué à cette mort ; dit que les circonstances dans lesquelles le Commandant Arnaud a porté plainte et s'est constitué partie civile sont exclusives de toute faute de sa part et qu'il n'y a pas lieu à réparation au profit du Dr Mazel ; déclare le Commandant Arnaud mal fondé dans sa demande en 200.000 francs de dommages et intérêts, l'en déboute et le condamne à tous les dépens de l'instance principale ; déclare le Dr Mazel mal fondé dans sa demande reconventionnelle en un franc de dommages intérêts, l'en déboute et le condamne aux dépens de cette demande.

IV

Commentaires.

Le jugement reconnaît la négligence de l'infirmière, qui n'aurait pas pris les précautions d'asepsie d'usage ; il admet également la responsabilité du médecin, qui n'a pas suffisamment surveillé la garde-malade ; mais le tribunal estime que les demoiselles Arnaud ayant succombé par suite de la gravité de leur maladie et non par la faute de l'infirmière et du médecin, il n'y a pas lieu de prononcer contre ces derniers une condamnation pénale, ni une réparation civile.

D'autre part, la famille des décédées est présumée de bonne foi, dans sa poursuite ; par conséquent, il n'y a pas de motif pour accorder au médecin le franc de dommages-intérêts qu'il réclamait reconventionnellement.

Sur le premier chef d'incrimination : la négligence de l'infirmière, le tribunal reconnaît que cette garde avait donné toute satisfaction aux médecins et au directeur de l'hôpital de Nîmes.

Cependant, après avoir délivré ce brevet de compétence professionnelle, le tribunal retient les accusations portées par la mère des malades et par la femme de ménage, prétendant que, pendant plusieurs jours, Mlle Lamblard ne faisait bouillir qu'une fois le matin, aiguilles et seringues.

Le tribunal s'appuie encore sur les déclarations de l'expert, à l'audience, déclarant qu'il a constaté, sur des cadavres inhumés depuis onze mois, malgré la putréfaction avancée, et « retrouvé dans la majorité des abcès le pertuis « formé par l'aiguille à injections hypodermiques ».

Et le tribunal de conclure à la responsabilité du médecin traitant, d'autant que « moins un « docteur connaît une infirmière, plus, il la doit « surveiller attentivement ».

Sans nous arrêter à la contradiction qui consiste en des plaintes tardivement formulées par la famille, alors que c'était elle qui aurait dû immédiatement prévenir le docteur des fautes d'asepsie commises par une infirmière diplômée, si tant est que ces fautes aient été commises, nous dirons que le médecin traitant est responsable de la direction qu'il donne au traitement, mais qu'il ne peut répondre que des faits qui se passent en sa présence.

Quelque minutie qu'il puisse apporter dans son interrogatoire ou dans ses investigations, lors de chaque visite, il ne peut, comme le voudrait le tribunal de Nîmes, supporter tout le poids d'une responsabilité, à l'égard d'une infirmière, qui n'est pas sa préposée. Le tribunal a donc fait une extension abusive de l'article 1384 du code civil, et sûrement la Cour d'appel aurait réformé le jugement sur ce point, si nos adversaires avaient refusé de s'incliner devant la sentence des juges de Nîmes.

Si nous comparons maintenant le jugement

avec le rapport de l'expert, nous constatons que les juges ont donné tort au médecin légiste en beaucoup de points.

Alors que le Dr Dervieux faisait grief au Dr Mazel d'avoir choisi lui-même Mlle Lamblard et de l'avoir introduite dans la famille Arnaud, le tribunal reconnaît que le médecin ne connaissait nullement la garde-malade et que ce n'est pas lui qui l'a placée au chevet des deux malades.

L'infirmière n'avait aucun diplôme, prétend l'expert : au contraire, dit le jugement, elle était diplômée et très appréciée de ses chefs.

Le traitement du Dr Mazel n'avait pas trouvé grâce devant les yeux du médecin légiste, qui avait incriminé le trop grand nombre de piqûres, l'emploi abusif de la strychnine, etc.

Au contraire, dit le jugement : le traitement suivi ne peut faire l'objet d'aucune critique et les juges, en cela, se sont rangés à l'avis des professeurs Rauzier et Grasset, qui avaient vu les malades en consultation.

Enfin, le tribunal formule une critique, sévère mais juste, sur la manière dont l'autopsie a été faite, ainsi que du rapport qu'il traite d'incomplet.

Conclusion. — Ce jugement est critiquable en certains points ; il comporte des contradictions et même des interprétations erronées. Nul doute qu'en appel, bien des points eussent été réformés, grâce à la compétence et au talent, de l'avocat défenseur, Me de Montaut, avocat à la Cour d'appel de Nîmes.

Mais, somme toute, le jugement rendu reconnaît la non-culpabilité de notre confrère ; le docteur Mazel est critiqué uniquement sur la manière dont il aurait dû surveiller l'infirmière, alors que toutes les charges retenues contre lui, par l'expert, ont été reconnues mal fondées.

Aussi, puisque nos adversaires n'ont pas voulu faire appel, acceptons-nous ce jugement qui nous donne satisfaction sur la question principale.

Nous associons également à ce succès tous les médecins qui n'ont pas hésité à donner leur opinion scientifique et autorisée sur la question, pendante devant le tribunal de Nîmes : M. le professeur Widal, membre de l'Académie des sciences et de l'Académie de médecine, M. le professeur-agrégé Netter, membre de l'Académie de médecine, le Dr Claisse, médecin des hôpitaux de Paris, le Dr Bellencontre, président de l'Association générale des médecins de France, le Dr Hartemberg, dont l'opinion en matière de strychnine fait autorité, le Dr Helme, le chroniqueur et le vulgarisateur dans les milieux extra-médicaux, la Société de Médecine de Paris, avec son président le Dr Mouchet, chirurgien des hôpitaux, etc.

Nous citerons plus spécialement le professeur Vires, de Montpellier, qui n'a pas craint de venir passer deux journées à Nîmes, pour apporter à son confrère l'autorité de sa parole et de son nom, s'associant ainsi à l'œuvre de défense, et du syndicat médical de Nîmes et du « Sou médical ».

L'EXPERTISE CONTRADICTOIRE

Le procès de Nîmes attire de nouveau l'attention, et d'une manière très aiguë, sur les défectuosités, sur les dangers même de l'expertise unique. L'honorabilité professionnelle, l'avenir, le gagne-pain d'un médecin peuvent dependre du savoir, de la conscience, de la compétence d'un seul homme : l'expert.

Si ce dernier accomplit sa tâche avec légèreté, avec parti-pris, avec une opinion préconçue, sans s'être entouré de toutes précautions d'ordre scientifique, ou professionnel, un médecin peut voir sa culpabilité être, à tort, affirmée par l'expert et connaître la publicité du banc d'infamie.

Sera-t-il plus tard acquitté, qu'il n'en persistera pas moins un doute, une légende, que les mauvaises langues, ou ses adversaires s'efforceront d'accréditer, sans compter les soucis, les ennuis, les dépenses d'argent, le temps perdu, qui seront le fait de l'opinion d'un seul homme : l'expert.

Allant même plus loin, si le médecin accusé à tort est un isolé, s'il n'est pas défendu par une société professionnelle, comme le « Sou médical », si l'avocat de la défense n'est pas documenté par des confrères spécialisés conseils médico-juridiques, ce malheureux praticien risque de succomber, d'être plus ou moins condamné pour une faute professionnelle ou scientifique qu'il n'a pas commise. Il ne lui reste plus qu'à partir, pour trouver un nouveau poste.

Le malheur de la vie de cet homme sera l'œuvre de l'expert unique.

En matière civile, les parties ont, en vertu des articles 303 et suivants du Code de procédure civile, le droit de désigner trois experts.

Il n'en est pas de même en matière criminelle, bien que l'honneur et la liberté des gens y soient en jeu plus que dans les litiges d'ordre civil : le Code de procédure criminelle, par ses articles 43, 44 et 59, n'envisage la nomination que d'un seul expert, en matière de crime ou de délit.

Depuis longtemps, l'expertise unique a suscité les critiques les plus vives, dans tous les milieux. Dans son rapport sur le projet de réforme, voté par le Sénat, tendant à rendre l'expertise contradictoire, M. Goblet, député, signale que « des cas nombreux avaient démontré le danger de ces opérations, confiées sans « contradiction, sans contrôle, à des hommes considérés comme compétents et honorables, assurément, mais que l'habitude de servir d'auxiliaires à « la justice pouvait faire soupçonner de complaisance ou de parti pris ». (Juillet 1883).

A la même époque, Brouardel et Béclard avaient fait un rapport, adressé à la Chambre des députés, tendant à démontrer l'utilité de modifier le mode des expertises, comme d'exiger des experts des qualités indispensables de science et de savoir.

La Société de Médecine Légale s'est également préoccupée de cette étude, notamment en 1899 et en 1910, au Congrès international de médecine légale de Bruxelles. A cette époque, Me Rocher, le dévoué conseil juridique de l'Union des Syndicats médicaux, fut le rapporteur de la question.

Or, en 1899, le Dr Motet fit adopter par la Société de Médecine légale des conclusions, à propos de la proposition de loi Cruppi, votée par la Chambre et soumise au Sénat.

M. Motet, réclamait la nécessité d'une organisation plus approfondie et plus appropriée, pour que les intérêts de la justice et ceux de la défense soient mieux sauvegardés. Il convient donc « de répondre « aux préoccupations des magistrats, des médecins « eux-mêmes, de l'opinion publique, de chercher à « donner toutes les garanties, dont les pouvoirs pu- « blics ont le droit de vouloir qu'elles soient entou- « rées ». (*Bull. Soc. Méd. lég.*, t. XVI, 1re partie, p.1 09.)

Ajoutons enfin qu'en Espagne, la *Revista* publia en août 1906, une étude sur la nouvelle expertise et la criminologie, à la suite de l'apparition d'un livre de M. Pedro Dozado, professeur de Droit criminel à l'Université de Salamanque. M. Dozado émettait l'avis qu'on ne peut, en général, avoir qu'une confiance relative dans les rapports des experts, à défaut de compétence, d'impartialité et d'éducationte chnique.

Une réforme s'impose donc. Mais avouons que les pouvoirs publics semblent se désintéresser de la question. La proposition de loi, sur « la réforme des expertises médico-légales », adoptée par la Chambre des Députés, les 29 et 30 juin 1899 et transmise au Sénat le 3 juillet suivant, une proposition due à l'initiative de M. Cruppi, député, ancien ministre de la Justice, ancien avocat général à la Cour de Cassation, est restée jusqu'à ce jour en sommeil dans les cartons de la Haute Assemblée.

Et cependant, en 1910, au Congrès international de médecine légale, Me Rocher, rapporteur, faisait adopter le vœu suivant :

« Le 3e Congrès international de médecine légale « réuni à Bruxelles, déclare adhérer au principe de la « dualité de l'expertise, l'un des experts étant dési- « gné par le juge d'instruction et l'autre par la dé- « fense. Il estime que l'expertise doit être organisée de « manière à assurer à l'expert de l'instruction et à ce- « lui de la défense une égalité parfaite de droits et « avec recours à un superarbitrage, au cas de désac- « cord entre les experts ».

Puis, s'associant au vœu émis par l'Académie de médecine, dans sa séance du 21 janvier 1908, la Société de médecine légale proposa des modifications et adjonctions au texte voté par la Chambre et soumis au Sénat.

Lettre morte que tout ceci : nos honorables législateurs ont mieux à faire pour essayer de renverser les ministères, par des interpellations ou des manœuvres de couloir, que de donner aux citoyens français des garanties contre les errements anciens, provenant de l'application de textes datant du 17 novembre 1808, c'est-à-dire de cent treize ans.

A l'étranger, aux Etats-Unis, la législation admet l'opposition des experts de la défense à ceux de l'accusation.

Dans une étude parue en 1898, dans les *Annales de la Société de Médecine légale de Belgique*, M. de Rijckern, auditeur militaire a fait le critique du système américain. Il a proclamé qu'il n'entendait pas donner au mot « contradictoire » son sens habituel et n'admettait pas qu'il impliquât une hostilité entre les experts, repoussant absolument la pensée de deux catégories d'experts, ceux de l'instruction et ceux de la défense, alors que, pour lui, les uns comme les autres doivent être les experts de la vérité, investis d'une même mission, ayant les mêmes droits et les mêmes devoirs. Cependant, d'après lui, chacun des experts devrait faire un rapport distinct, lesquels seraient soumis à une commission médico-légale, qui formulerait les conclusions définitives.

Terminons cette brève revue, en émettant le désir de voir remettre en chantier la question de l'expertise contradictoire. Le « Concours médical », société d'études, pourrait entreprendre le travail, pour en passer ensuite les conclusions à l'Union des Syndicats médicaux de France, seul groupe professionnel qualifié pour l'action.

Nous estimons que l'expert unique peut constituer un danger pour la sécurité des citoyens, que cet expert soit insuffisant, ou qu'il oublie sa mission de rechercher la vérité, pour se transformer en accusateur ou en défenseur de l'inculpé.

Aussi, nous ralliant aux idées émises par le Dr Motet, par Me Rocher, par la Société de Médecine légale nous pensons que les expertises criminelles devraient toujours être confiées à deux experts, l'un choisi par l'accusation, l'autre par la défense. Ces deux experts travailleraient de concert, et non en opposition l'un avec l'autre.

Les hommes de l'art doivent, en effet, borner leur mission à l'examen des faits qui leur sont révélés ou qu'ils découvrent et, en toute impartialité, ils doivent faire connaître leur appréciation, dictée par leur compétence, sans se préoccuper des conséquences.

Ils doivent renseigner les juges et non pas juger eux-mêmes.

Enfin, si les deux experts sont en désaccord sur un ou plusieurs points, il ne faut pas les opposer l'un à l'autre, mais, bien au contraire, leur adjoindre un tiers expert, désigné par les deux premiers, ou, à défaut d'entente entre eux, par le président du tribunal.

Le procès de Nîmes démontre l'urgence de la réforme, surtout à une époque où les mauvais payeurs cherchent, dans des procès en responsabilité professoinnelle, le moyen d'effrayer les médecins, pour ne pas avoir à payer les notes d'honoraires.

Le « Sou médical » fait de la défense active : à côté de lui, le « Concours médical » fera de la défense préventive, en etudiant les textes legislatifs propres à préserver l'honorabilité de nos confrères contre la légèreté, les abus de pouvoirs, l'insuffisance même d'hommes qui acceptent la tâche écrasante de l'expertise unique d'une cause à la connaissance de laquelle ils ne présentent pas toutes les qualités désirables.

Dr Paul Boudin.

Le Directeur-Gérant : Dr GASSOT.

Clermont (Oise). — Imprimerie DAIX et THIRON. Thiron et Franjou, Successeurs.

pour faire renaître de ses cendres ce procès qui traîne déjà depuis trop longtemps.

***

Deux médecins propriétaires d'une clinique, dont un seul était alors membre du « Sou », ont, en mars 1914, été assignés en paiement de 20.000 fr. de dommages-intérêts par un sieur S. qui prétendait que, par suite de la négligence ou de l'imprudence de leur assistant, lui-même docteur en médecine, il se trouvait atteint d'une brûlure au ventre, causée par l'application trop prolongée d'un traitement radiothérapique.

Trois experts furent nommés par le Tribunal mais, par suite de la guerre, ne déposèrent leur rapport qu'en mai 1919. Ce rapport constata que S. portait en effet sur le ventre un placard de radiodermite de 10 cm. de diamètre environ, alors presque complètement cicatrisé, mais que de nouvelles ulcérations pouvaient se produire ; que ce placard provenait des applications radiothérapiques subies par S. et dont l'une, d'après lui, aurait été trop prolongée.

Bien que les experts ne se soient pas catégoriquement prononcés sur ce point, le Tribunal admit que la radiodermite ne pouvait s'expliquer que par une station très longue devant l'appareil et condamna solidairement les Drs D. et C. à payer à S. la somme de 1.200 fr. à titre de dommages-intérêts, bien que le préjudice subi n'ait pas été bien nettement défini, ni par les experts, ni même par les juges.

Sur appel fait, toujours avec l'appui de l'assistance judiciaire, par S., la Cour éleva les dommages-intérêts de 1.200 à 3000 fr. et réserva tous les droits de S. pour une action future au cas où son état viendrait à s'aggraver.

Le « Sou » qui a déjà payé, par moitié avec l'assureur du Dr C., le principal, les intérêts et les frais du procès, n'en a donc peut-être pas fini avec cette affaire.

***

Le Dr G. ayant soigné en 1909 une fillette de 3 ans atteinte de rougeole, fut assigné par le père de celle-ci, pour s'entendre condamner à lui payer une pension viagère de 1.200 fr. Son adversaire lui reprochait de n'avoir pas donné à sa fille les soins appropriés et d'avoir été cause qu'elle avait perdu presque entièrement la vue. 3 experts, les Drs de Lapersonne, Millée et Valude, ayant conclu nettement à l'absence de faute lourde dans les soins donnés par le Dr G., celui-ci gagna son procès tant devant le Tribunal civil que devant la Cour d'Appel.

Mais, comme il avait plaidé, devant les deux juridictions, avec l'assistance judiciaire, les frais des avoués du Dr G. restèrent à la charge de celui-ci, comme les honoraires de ses avocats, et c'est tout récemment encore que le « Sou » eut à payer de ce chef 1.349 fr. 70.

Cependant, comme l'assistance judiciaire, si elle a pour effet de dispenser le plaideur qui l'a obtenue, de payer son propre avoué et son propre avocat, ne s'oppose pas au droit de son adversaire de lui faire payer les frais judiciaires qu'il a lui-même exposés, le conseil du « Sou », qui a fait l'avance des frais, est bien décidé à tenter de les recouvrer contre l'adversaire du Dr G., non pas tant pour faire rentrer dans la caisse du « Sou » quelques centaines de francs que pour montrer que ce n'est pas impunément que, même avec l'assistance judiciaire, on peut s'attaquer inconsidérément à ses adhérents.

***

Après avoir obtenu la condamnation d'un agriculteur à lui payer les honoraires qu'il lui devait pour les soins donnés à l'un de ses ouvriers, blessé dans son travail par la faute de l'un de ses camarades et en avoir touché le montant en principal et intérêts, le Dr C. adhéra au « Sou médical », à titre de simple précaution pour l'avenir et croyant de très bonne foi n'avoir aucun procès en cours.

Quelque temps après, il apprit que son adversaire, ou plutôt la compagnie qui l'assurait, sous son nom, s'était pourvu en Cassation contre le jugement exécuté et que la Chambre des Requêtes de la Cour suprême avait admis le pourvoi. Le moyen invoqué était que, dans l'enquête sommaire qui avait eu lieu devant le Tribunal, les témoins (les ouvriers de l'adversaire) n'avaient pas prêté serment, ou du moins que les qualités du jugement ne portaient pas mention de ce serment.

Saisi par son adhérent, le Conseil du « Sou », estimant qu'il y avait là une affaire nouvelle et que les dispositions statutaires et réglementaires qui s'opposent à l'octroi de l'appui pécuniaire pour les procès nés antérieurement à l'adhésion, ne devaient pas s'appliquer, donna au Dr C. son appui intégral, à la condition que, pour éviter des frais inutiles, il ne se défendît pas devant la Chambre civile de la cour, nos avocats conseils ayant émis l'avis que la cassation était certaine.

Le jugement fut cassé, en effet, le Dr C. dut rembourser les honoraires qu'il avait touchés, augmentés des intérêts et des frais faits devant le Tribunal civil ; le « Sou » paya les frais de cassation. Mais l'affaire n'est pas terminée. Il faut maintenant la porter devant le Tribunal auquel la Cour suprême l'a renvoyée. C'est, bien entendu, maintenant, quoique la genèse en remonte à plus de dix ans, la caisse du « Sou » qui fait les frais du procès.

***

Cette revue des causes soutenues par le « Sou » pourrait être continuée indéfiniment. Nombreu-

ses, en effet, sont, en dehors même des affaires banales, celles qui ne sont pas dénuées d'intérêt même pour les tiers. Les procès-verbaux du « Sou » qui en évoquent un grand nombre, ne peuvent, d'ailleurs, être publiés intégralement, car il est certaines affaires pour lesquelles le silence s'impose, tout au moins avant qu'elles soient complètement terminées.

Enfin, un grand nombre d'affaires ne donnent lieu qu'à des avis et à des consultations et ne sont même jamais portées devant le Conseil.

J. DUMESNY.

LE PROCÈS MAZEL

Documents à l'appui du contre-rapport.

Le docteur Grasset étant très souffrant a eu le regret de ne pouvoir répondre comme il l'aurait voulu au docteur Mazel, mais le docteur RAUZIER s'est chargé de *le faire étant, comme le docteur* GRASSET, *absolument d'accord avec le docteur* MAZEL *qu'ils approuvent complètement.*

Il lui adresse son souvenir le meilleur.

Certificat du Dr Grassset.
(Voir Rapport de l'expert).

Certificat du Dr Rauzier.
(Voir Rapport de l'expert.)

Nîmes, le 9 février 1916.

M. le Commandant Arnaud,

J'ai vu beaucoup de fièvres typhoïdes graves ; j'en ai vu peu de forme toxique si aiguë.

Dites-vous, ce qui est la vérité, *que le cœur était tellement empoisonné et le myocarde tellement affaibli qu'il serait tombé en syncope et que vos deux filles seraient mortes un mois plus tôt, si on n'avait pas été forcé d'avoir recours à toutes ces injections stimulantes.*

Le mal s'est transformé en tendances à la suppuration, autres causes de dépression du myocarde et cette longue suppuration a entraîné une seconde chute fatale pour vos deux chères enfants.

Hélas, oui ! votre douleur s'arrête sur le traitement, alors que vous ne pouvez vous rendre compte de l'état effroyable où la maladie avait placé l'état général de vos deux jeunes filles.

....

Votre dévoué,
Dr V. MERLEY.

Montpellier, le 21 juin 1918.

Mon Cher Confrère Mazel,

Je suis, il va sans dire, à votre entière disposition et me rappelle avoir déjà envoyé, il y a quelques mois, un rapport très catégorique sur cette affaire au Juge d'instruction chargé de s'en occuper ; il nous avait fait demander notre avis, à Grasset et à moi, par commission rogatoire. Nous fûmes aussi affirmatifs l'un que l'autre, et je me souviens d'avoir, pour ma part, développé dans ma réponse tous les points qui vous intéressent.

Que deviendrait la profession médicale, si, toutes les fois qu'un malheur survient dans une famille, ce devait être le médecin et non la maladie qui devrait être incriminé ?

J'ai vu les deux malades le 12 décembre 1915, en consultation avec le Dr Athon, et les ai trouvées l'une et l'autre en pleine pyohémie, avec de formidables abcès que je n'ai pas songé un seul instant à rapporter à des piqûres septiques, *d'autant que la plupart siégeaient en des points où il n'y avait pas eu d'injection*, et qui m'ont paru provenir d'une forme particulièrement septique (septicémie endogène) de la maladie. L'une d'elles présentait un foyer de broncho-pneumonie à la base droite.

Croyez, mon cher Confrère, à mes sentiments bien dévoués à et toute la sympathie que j'éprouve pour un confrère victime de procédés aussi vexatoires qu'injustifiés.

Dr RAUZIER.

Paris, le 30 novembre 1919.

Aux questions que vous m'avez posées sur l'emploi de la strychnine dans les cas de fièvre typhoïde avec affaiblissement du myocarde, je réponds que ce médicament est tout à fait indiqué en de telles circonstances et que la dose quotidienne de 6 milligrammes, dont on a fait usage, peut être ordonnée sans le moindre danger.

J'estime qu'après une consultation, le médecin traitant est toujours juge de modifications à apporter, par la suite, dans le traitement proposé d'accord avec le Confrère dont il avait sollicité le conseil.

Les abcès s'observent fréquemment au cours de la fièvre typhoïde. Alors même que des fautes de technique auraient pu être commises par une infirmière chargée de pratiquer des injections sous-cutanées, le médecin ne saurait en être considéré comme responsable.

Dr Fernand WIDAL.
Professeur à la Faculté de Médecine de Paris,
Membre de l'Académie de Médecine.

Paris, le 25 novembre 1919.

De la lecture des pièces du dossier que vous avez bien voulu me soumettre, il paraît ressortir que deux sœurs âgée de 16 et 14 ans sont mortes, près de trois mois après le début d'une fièvre typhoïde consécutive à l'ingestion d'huîtres.

Les médecins traitants et consultants ont affirmé la gravité de ces cas. Notre expérience personnelle confirme la forte mortalité des fièvres typhoïdes d'origine ostréaire et aussi le pronostic plus sévère des fièvres typhoïdes chez les jeunes filles à l'âge de la puberté.

Il est fréquent de voir en pareils cas le décès survenir alors que les lésions intestinales sont réparées.

Les suppurations multiples se rencontrent très souvent dans les fièvres typhoïdes ainsi prolongées. Elles peuvent se produire en dehors de toute intervention et, dans les cas de piqûres, en dépit de l'asepsie la plus rigoureuse.

Des fautes de technique auraient-elles été commises par l'infirmière, le médecin qui a désigné cette dernière, en raison de la confiance que lui inspiraient le diplôme conféré et la longue pratique dans les ambulances ne saurait en porter le poids.

L'emploi des injections de strychnine à doses souvent élevées est d'usage courant dans les typhoïdes graves et prolongées. Leur indication peut se poser brusquement et il n'est pas surprenant que le médecin traitant y ait eu recours quelques jours après une consultation, au cours de laquelle elles n'avaient pas été prescrites.

Dr NETTER.
Membre de l'Académie de Médecine
Professeur agrégé à la Faculté de Paris,
Médecin de l'Hôpital Trousseau.

La *Société de médecine de Paris*, dans sa séance du 29 novembre 1919, est d'avis :

1° Que l'emploi des injections sous-cutanées d'huile camphrée de strychnine est parfaitement indiqué dans le cas d'une fièvre typhoïde grave, pour soutenir l'état général et prévenir les défaillances cardiaques ;

2° Que la dose de strychnine employée, 6 milligrammes, reste au-dessous de celle qui puisse être injectée sans danger en 24 heures ;

3° Que les abcès sont possibles au cours de la fièvre typhoïde, même lorsqu'il n'est commis aucune faute contre l'asepsie ;

4° Que le médecin traitant est toujours juge du traitement à employer et qu'il peut le modifier selon les circonstances.

Le Président, Dr A. MOUCHET, *Le secrétaire général,* Dr Paul GUILLON.
Le secrétaire des séances, Dr BLONDIN.

Paris, le 26 novembre 1919.

Vous me posez certaines questions au sujet de deux cas de fièvre typhoïde terminées par la mort.

Vous m'interrogez sur la fièvre typhoïde parce que vous savez que, dans mon service de la Pitié, j'ai eu beaucoup à m'occuper de ce sujet.

La gravité des fièvres typhoïdes par les huitres ? Elle est universellement admise. Je l'ai constatée à maintes reprises, et certaines épidémies classiques sont absolument démonstratives.

Ces typhoïdes ostréaires exposent tout spécialement aux complications suppurées, qui se produisent sur des organismes très débilités à l'occasion d'une injection hypodermique quelconque (même aseptique), d'une simple érosion des téguments, parfois sans cause appréciable.

Elles sont particulièrement déprimantes. Ce sont des formes adynamiques nécessitant la mise en œuvre des diverses médications stimulantes : huile camphrée, adrénaline, strychnine, selon des indications qui peuvent varier d'un moment à l'autre, sans qu'on puisse prescrire un traitement valable pour plusieurs jours.

Combien de fois, entre deux de mes visites, mes internes n'ont-ils pas modifié le traitement que j'avais prescrit, et cela avec mon plein assentiment.

Vouloir asservir le praticien à l'avis d'ensemble d'un consultant, cela entraînerait des désastres, et j'ajouterai qu'aucun consultant n'assumerait la responsabilité d'une ordonnance à suivre *ne varietur.*

La strychnine a-t-elle été employée en dose trop forte ? Quiconque a suivi le mouvement médical de ces dernières années sait qu'on peut donner facilement par jour un centigramme de strychnine et plus.

Dans les maladies déprimantes, typhoïde, grippe, ces doses sont nécessaires et jamais je n'ai observé de signe inquiétant.

Il en est ainsi pour la plupart des médicaments. Ou bien on applique sans conviction une médication de parade, ou bien on veut vraiment être utile au malade, et on emploie les doses actives.

Que diriez-vous d'un médecin qui, par crainte des effets toxiques de la digitaline, administrerait à un sujet en état d'insuffisance cardiaque une goutte de solution à 1/1.000 ? Ce serait un cas d'ignorance blâmable ou de scepticisme criminel. Aujourd'hui pour la strychnine, la preuve est faite que les doses anciennes étaient trop faibles. Le confrère poursuivi a simplement prouvé qu'il est au courant des travaux récents.

J'ignore s'il y a contre lui d'autres charges. Mais si tout se borne à ce que vous m'indiquez, je suis vraiment surpris que cela occasionne pour lui une

telle humiliation et pour vous une si pénible démarche de solidarité confraternelle.

Dr Paul CLAISSE.
Médecin des hôpitaux de Paris.

Paris, le 20 novembre 1919.

Il résulte de l'examen des pièces qui m'ont été soumises concernant l'inculpation portée contre M. le Dr Mazel, de Nîmes, que deux jeunes filles de 14 ans et de 16 ans, traitées par cet honorable confrère ont succombé à une fièvre typhoïde très grave d'origine ostréaire.

C'est la terminaison malheureusement trop fréquente de ces sortes d'infections profondes et généralisées, surtout quand elles surviennent à l'âge de la puberté.

La thérapeutique suivie me semble avoir constitué pour ces pauvres enfants la seule chance de guérison qu'elles pouvaient avoir dans l'état où elles se trouvaient.

D'autre part, en admettant, simple hypothèse, le bien-fondé des fautes de technique reprochées à l'infirmière, celle-ci a sa responsabilité propre qui ne saurait s'étendre au médecin traitant.

Une telle extension de la responsabilité du médecin conduirait à des conséquences absurdes et funestes, car nul de nous ne se soucierait désormais d'accepter la collaboration d'auxiliaires cependant indispensables.

Dr BELLENCONTRE.
Président de l'Association générale des Médecins de France.

Paris, le 21 novembre 1919.

En réponse à votre demande de renseignements au sujet de l'emploi de la strychnine et de ses doses, je dois d'abord vous faire une déclaration: Modeste vulgarisateur scientifique dans nos journaux, et aussi dans les quotidiens, *Temps*, *Journal*, etc., où je m'efforce de faire comprendre au public combien notre art est compliqué, je n'ai à votre service qu'un peu d'érudition. Respectant ceux qui me lisent, je suis obligé de me documenter toujours, de lire sans cesse. Or, au point de vue strychnine, je puis affirmer qu'à l'heure présente on est bien revenu des petites doses, trop souvent insuffisantes. Délaissant avec les Américains cette thérapeutique de façade, qui au fond était faite de paresse d'esprit et de peur des responsabilités, on donne couramment aujourd'hui *jusqu'à* 10 milligrammes de strychnine. On arrive à cette dose progressivement, bien entendu. Je sais cependant des Confrères qui n'hésitent pas à débuter par des doses très élevées et qui s'en trouvent bien. Si l'on a donné 2 milligrammes par injection, cela ne paraîtra pas excessif aux praticiens qui soignent réellement leurs malades, c'est-à-dire qui, ayant foi dans les médicaments qu'ils emploient, et connaissant leur technique, ne reculent pas devant les doses suffisantes lorsqu'ils les jugent nécessaires.

Au surplus, demandez aux Confrères leur avis, et vous verrez que la réponse sera unanime. Avec nos cerveaux de civilisés, nos ingénieurs, c'est-à-dire nos nerfs du système Grand-Sympathique, distraits ou affaiblis, il ne faut pas avoir peur de donner le bon coup de fouet. C'est ce que je ferais sur moi-même à l'occasion ; la guerre, qui nous a appris tant de grandes choses, nous en a enseigné quelques unes qui, pour être de moindre importance, sont cependant utiles. Et là se placent nos idées nouvelles sur l'emploi de la strychnine. A quelque chose malheur est bon.

Je vous prie, mon cher ami, de disposer de moi ; vous savez que je lis beaucoup et tous les renseignements que je recueille çà et là chaque jour sont à votre entière disposition.

Dr HELME.
10, rue de Pétrograd.

QUARANTE-TROISIÈME ANNÉE — N° 7 — DIMANCHE 13 FÉVRIER 1921

Fondé en 1879 par Auguste CÉZILLY
Rédigé et dirigé par H. JEANNE (1900-1914),

LE CONCOURS MÉDICAL

ORGANE HEBDOMADAIRE DES PRATICIENS
Groupés dans la Société « Le CONCOURS MÉDICAL » et ses Filiales

ADMINISTRATION & PUBLICITÉ

C. BOULANGER, ADMINISTRATEUR

ABONNEMENTS :

France	24 fr.
Etranger	28 »
Etudiants (*France*)	12 »
Le numéro	50 cent.

Chèques Postaux Paris 167-95

DIRECTION

MM. les Drs A. GASSOT, *Directeur* ; A. MAURAT ; H. CEZILLY ; J. NOIR ; P. BOUDIN docteur en droit ; M. VIMONT ; G. DUCHESNE.

MM. P. CEZILLY, J. DUMESNY, licenciés en droit ; C. BOULANGER.

RÉDACTION

Dr J. NOIR, RÉDACTEUR EN CHEF

Drs P. LACROIX et G. DUCHESNE
SECRÉTAIRES DE LA RÉDACTION

N.-B. — Les manuscrits, publiés ou non, ne sont pas rendus.

Rédaction et Administration : 132, rue du Faubourg St-Denis, PARIS (10e). Téléphone : Nord 48-17

Quarante-troisième année. N° 7 13 Février 1921.

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN



SOMMAIRE

Office de Renseignements du « Concours »

DON. — Nous avons reçu à titre de don à la Société civile du *Concours médical*, de M. le Dr Hervé, de Talence (Drôme), la somme de cinq francs, pour bons offices du journal.

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum, aux* « demandes et offres ».

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne, qui est versé dans la caisse de la Société civile du Concours Médical). *Adresser un mandat ou mieux verser au compte de chèques postaux,* Concours Médical, *Paris 167-95.*

Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse.**

N° 32. — Docteur serait reconnaissant à confrère qui lui indiquerait un établissement où l'on pourrait recevoir enfant de cinq ans pour le corriger du bégaiement.

N° 33. — Peugeot 10 HP., type 127, torpedo 4 places, état de marche, au plus offrant au dessus de 9.000 fr, Essais, détails. T. p. r. Dr Pillouard, à Mainneville (Eure).

N° 34. — Veuve de guerre, instruite, sérieuse et ayant meilleures références, désire tenir comptabilité médecin ou dentiste.

N° 35. — Personne sérieuse d'un certain âge, désire emploi écriture, surveillance ou gérance dans pharmacie, maison de santé, etc. Références 1er ordre.

N° 36. — Clinique d'accidents du travail avec lits, aux portes de Paris, à céder. S'adresser Dr, 18, rue Maubeuge, Paris.

N° 37. — A vendre : 1° Breack-omnibus 6 places intérieur, bon état, glaces biseautées ; 2° motocyclette 2 chevaux 1/4. S'adresser Dr Gateret, St-Fulgent (Vendée).

N° 38. — Cabinet de consult. avec petite clinique pourvue de salle de stérilisation et d'opérat., salle de gynécologie, de traitement électrothérap. et de rayons X, à céder dans grande ville des R. L. Rapport très important susceptible encore d'augmentation. Prix d'une annuité, installation en sus, au comptant.

N° 39. — A vendre, auto Zèbre 1921, conduite intérieure, 4 cyl., éclairage électrique, etc., compteur et montre. Prix 15.500. Docteur G., grande Rue, Rugles (Eure).

N° 40. — Achèterais d'occasion excellent microscope de très bonne marque, parfait état. Faire offres avec prix et description, ou mieux présenter appareil au Dr, 82, rue des Moines, Paris, 17e.

N° 41. — Très bon laboratoire de biologie à céder dans grande ville de la Côte d'azur. Rapp. 40.000 fr., long bail, très belle installation. S'adresser Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris.

N° 42. — A céder d'urgence pour cause de maladie, poste dans petite localité du centre. Rapp. 30.000 fr., petit loyer, indemn. 9.000 fr dont 5.000 fr. comptant. S'adresser Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris.

N° 43. — Docteur en médecine exerçant depuis 7 ans dans le 17e arr., quartier des Ternes, qui habite un appartement de cinq chambres avec tout le confort moderne et d'un loyer de 4.000 fr. toutes charges comprises, cherche à l'échanger contre celui d'un confrère qui aurait le même confort mais aussi une chambre de plus, se trouvant chez lui très à l'étroit, cet appartement devra être autant que possible sur la rive droite.

CORRESPONDANCE

A propos du Tarif Breton.

Voulez-vous communiquer cette lettre à notre confrère Decourt, comme un hommage personnel et l'insérer ou non, comme il vous semblera convenable.

Depuis l'apparition du tarif Breton, j'en ai vu bien des appréciations de la part de nos confrères, dont beaucoup désapprobatrices et quelques-unes acerbes. Ceux qui sont satisfaits se taisent, les mécontents sont prolixes.

Ce tarif est peut-être imparfait, comme toute œuvre humaine. Il n'est pas tellement évident qu'il soit si mauvais, si inférieur au tarif Dubief doublé même, puisque cela donne lieu à discussion et a besoin d'être prouvé. Ce qui est évident est un axiome, l'évidence s'impose et ne comporte pas de preuve.

Ce qui cause la rancœur de certains, c'est que payés un certain temps au tarif Dubief doublé, ils aient admis ce fait comme acquis et se sont donné la conviction qu'en aucun cas et sur aucun point, il ne puisse être envisagé autre chose qu'une augmentation de ce tarif doublé, et que rien ne puisse lui être substitué qui ne constitue pas un nouvel avantage. Erreur, car les Compagnies subissaient impatiemment ce doublement comme une chose excessive, monstrueuse. Jamais elles n'auraient consenti à rendre le fait définitif.

Le nouveau tarif a été dur à obtenir, ceux qui ont défendu les intérêts médicaux ont livré une dure bataille, tenace, incessante, sans cesse renouvelée, où il a fallu, pour ne pas revenir vaincus, ne pas avoir une seule défaillance, garder une force morale inébranlée, une diplomatie avertie et un dévouement sans bornes à nos intérêts. Ceux-là ont été abreuvés d'ingratitude et d'amertume, et ont bu le calice jusqu'à la lie. Mais je suis sûr d'être l'interprète des meilleurs et de la presque unanimité d'entre nous, en venant leur apporter le témoignage de notre reconnaissance et leur donner dans notre gratitude, la seule récompense qu'ils aient espérée de leurs efforts et de leur pur sacrifice à notre cause.

Après cela, que nous indiquions ce que nous trouvons d'incomplet ou d'insuffisant, rien de mieux. Nos plaintes ne vont pas contre nos mandants, mais contre nos opposants et la presque unanimité de certaines récriminations sur certains points, constituera aux mains de nos délégués dans les futures discussions des arguments souvent décisifs pour obtenir l'amélioration des côtés défectueux de ce tarif.

Que nos délégués acceptent et provoquent même les critiques en leur donnant cette signification qui ne diminue en rien notre confiance en eux et nos remerciements.

Dr Pourreyron
Thiers, (P.-de-D.).

Pour réparation d'appareils électriques.

Je serais extrêmement reconnaissant aux confrères qui pourraient m'indiquer une maison d'électricité sérieuse, réparant *elle-même tous les appareils* et dans le plus bref délai, soit à Paris, *soit en province.*

G. P.

Sanatoriums pour non tuberculeux.

Comme suite à la demande publiée sous ce titre dans notre numéro du 23 janvier, nous avons reçu plusieurs réponses, dont nous donnons ci-après les parties essentielles.

I

Je vous signale l'hôpital marin de Minihic-sur-Rance, qui fonctionne depuis une année. Cet établissement neuf, construit et organisé de façon à répondre à toutes les nécessités de l'hygiène et de l'asepsie, reçoit les anémiés, scrofuleux, tuberculeux osseux, enfants et adultes.

Il est situé sur les bords de la Rance, dans sa partie maritime, à quelques kilomètres de son embouchure.

L'hospitalisation peut avoir lieu, soit en salle commune (salle de 6 lits), soit en chambre particulière.

Pour renseignements, s'adresser à Madame la Directrice de l'hôpital marin de Minihic-sur-Rance Ille-et-Vilaine).

L'hôpital marin est dirigé par des religieuses.

Dr A. B.

II

Je me dois de vous signaler : La Villa Espérance », à Costebelle, près Hyères (Var). Maison de convalescence, à places limitées, pour non contagieux, dames et enfants exclusivement.

Cette villa, située à flanc de colline, abritée dans « la pinède », à deux kilomètres de la mer et des salins, appartient au Dr Laure, d'Hyères.

Dr A.

III

Il existe à Hyères (Var) un établissement pour enfants, de la catégorie que vous demandez.

Cette maison ne reçoit que des affections non contagieuses : manifestations du lymphatisme et de la scrofule, troubles de la croissance et de la nutrition, tuberculoses chirurgicales.

En dehors des moyens thérapeutiques ordinaires, l'héliothérapie, unie, s'il y a lieu, à la gymnastique respiratoire et à la cure marine, tient une large place dans le traitement des petits malades.

Je me tiens à votre disposition pour tous renseignements.

Dr R. Mauranges
(Hyères).

IV

Pour la cure marine, vous pouvez envoyer les enfants à Donville-les-Bains (Manche), villa Saint-Michel. Dans cet établissement ouvert toute l'année et dirigé par un confrère membre du *Concours*, le malade

peut, en outre, profiter, si son médecin traitant le prescrit, des bains chauds d'eau de mer et d'algues marines en baignoire, de l'héliothérapie naturelle ou artificielle, de tous les traitements par les agents physiques.

Ecrire au médecin-directeur de la Villa St-Michel, à Donville-les-Bains (Manche).

Villa desservie par la gare de Granville, située à 400 mètres environ de l'établissement.

Dr F. C.

V

La villa Saint-Luc, de Roscoff, annexe de mon institut marin (établissement d'hydrothérapie marine), répond en partie à ce désir. Je vous envoie le prospectus et je serai à la disposition des confrères qui voudront de plus amples renseignemetnts.

Dr Bagot.

VI

La maison de cure climatique l'Hermitage, de Menton, dirigée par deux de nos confrères, reçoit parmi sa clientèle les jeunes sujets scrofuleux ou anémiés, à l'exclusion stricte des contagieux.

VII

Je vous signale Roscoff, située sur le littoral nord de la Bretagne et qui possède des installations : sanatorium marin et clinique privée pour enfants, indigents et enfants des classes aisées. Roscoff est caractérisée par son climat essentiellement marin, tempéré l'hiver, par le Gulf-stream.

Dr L.

VIII

Je signale la Clinique d'Arguel, par Beure (Doubs), située en plein Jura et qui reçoit toute l'année les enfants à partir de 3 ans.

Dr Bon.

Station pyrénéenne pour hystérique.

I

Bagnères-de-Bigorre (Hautes-Pyrénées), station thermale et climatique : névroses, neuro-arthritisme, voies respiratoires.

Alt. 556 m., au pied des premiers contreforts pyrénéens, abritée des vents, climat égal, moyenne 11°37, possibilité de cure de terrain. Automne ensoleillé, hiver doux, printemps pluvieux. Saison 1er juin, 15 octobre.

Eaux sulfatées calciques toni-sédatives. 32 sources de 25° à 51° (névroses, hystérie, chorée, incontinence d'urine, tics, nervosisme, névropathies infantiles, neurasthénie, affections gynécologiques douloureuses, etc.).

Eaux ferrugineuses froides, toniques, eupeptiques, stimulantes.



Une source sulfurée, sodique froide, stimulante, modificatrice (voies respiratoires).

Actuellement, un traitement hydrominéral complet (bains, douches, boisson), est difficile : établissements fermés, froids, ou à personnel insuffisant.

Seuls avantages réels du climat toni-sédatif, avec possibilité d'une demie-cure thermale en attendant l'ouverture de la saison (1er juin).

Hôtels, restaurants, pensions confortables, mais pas d'installations de premier ordre. Très nombreuses locations particulières en appartements meublés dans familles. Prix à débattre.

Dr Frank DUPRAT,
Médecin consultant (Bagnères-de-Bigorre).

II

Je puis vous indiquer et vous recommander la Maison de Santé du Dr GRENIER DE CARDENAL, à *Argelès-Gazost* (Hautes-Pyrénées). Altitude : 466 m.

Dr A.

III

Vernet-les-Bains (Pyrénées-Orientales) : altitude 650 m., bon climat, recherché par les tuberculeux et *en même temps utile pour les affections nerveuses.*

Dr PONSON.

Application du Tarif Breton.

Membre du « Sou médical » et abonné au *Concours*, je vous prie de vouloir bien me donner le tarif applicable aux cas suivants *relevant des accidents du travail.*

1° Un plâtre pour tumeur blanche du genou ; 2° un appareil plâtré d'immobilisation du pied chez un accidenté occasionnant des douleurs extrêmement vives dans ce pied et laissant supposer des lésions osseuses. J'ai sollicité du patron une radiographie. La réponse a tardé : cet examen spécial ne m'était plus indispensable quand j'ai eu avis favorable et j'ai continué à donner mes soins à ce blessé qui va bien maintenant.

Dr W.

Réponse.

1° Vous demandez le tarif d'un plâtre pour tumeur blanche du genou ? — Pour que ce soit là un accident du travail, il a dû y avoir un traumatisme au préalable. Ce ne fut, je présume, ni une fracture ni une luxation, mais une contusion simple qui nécessita un plâtre dans la suite, sans réduction de luxation ni de fracture. Il semble donc, *par analogie*, que la tarification adaptable soit celle de l'art. 18 *in fine* : « Répétition d'appareils plâtrés ou silicatés des grands segments de membre : 50 fr. ou 37 fr. 50, selon la catégorie. »

2° Dans le second cas, vous ne donnez pas davantage d'explication sur l'*accident* survenu. Ce serait probablement une contusion violente

(*Voir la suite page XXXI*-517)

PROPOS DU JOUR

La réforme de l'organisation de l'hygiène en France. Une étude du « Concours médical ».

C'est un lieu commun que de parler de l'inorganisation de l'hygiène en France. Dans le dernier ministère, où cependant existait un ministre de l'hygiène qui se débattait avec bonne volonté, mais sans budget, au milieu des pires difficultés, un de ses collègues, dont l'hygiène aurait dû être la principale préoccupation, le ministre des régions libérées, ne craignait pas de proclamer officiellement son indifférence pour elle et le préfet d'un de nos départements les plus ravagés osait dire publiquement au professeur Calmette que l'hygiène était le dernier de ses soucis.

Et cependant, à côté, l'on faisait grand bruit sur l'organisation de l'hygiène sociale. On créait un Conseil supérieur de la natalité qui ne donnera pas un enfant de plus à la France, et des ministres venaient y prononcer des discours grandiloquents et attendris. Comprenne qui pourra cette façon de manifester la solidarité ministérielle ?

Nous espérions que la nécessité d'organiser promptement l'hygiène aurait été pour nous une des premières leçons de la guerre. Il n'en a rien été ; quelques efforts locaux, départementaux, communaux et privés ont été tentés, en dehors ou en dépit du gouvernement : par exemple, l'Office d'hygiène sociale du département de la Seine ; mais la désinfection et la prophylaxie continuent à être ignorés en France et même dans la banlieue de Paris. M. Georges Crépin, qui pendant la guerre fut inspecteur d'hygiène à Saint-Denis, donne, dans l'*Ere nouvelle* du 1er février 1921, de curieux renseignements sur la singulière organisation de l'hygiène dans les communes du département de la Seine, en dehors de Paris.

La population de la banlieue parisienne atteint vraisemblablement à l'heure actuelle 2.800.000 habitants. Or la loi du 15 février 1902 impose, par son article 19, un bureau d'hygiène aux villes de plus de 20.000 habitants. C'est dire que toutes les communes de la Seine devraient en posséder un. Or pas un bureau d'hygiène ne fonctionnerait en dehors de Paris dans le département de la Seine, s'il faut en croire M. Georges Crépin. Profitant d'une circulaire du Préfet de police du 1er février 1906, qui, par mesure d'économies, met les services départementaux d'hygiène à la disposition des communes, les maires se sont bien gardés d'organiser quoique ce fût. Quand ils ont fait un simulacre d'organisation, ce dernier a été vaudevillesque. La commune d'Asnières, par exemple, nommait directeur de l'hygiène un piqueur municipal, sorte de cantonnier de première classe ; Levallois-Perret et Saint-Denis décoraient de ce titre un agent-voyer. La ville de Saint-Denis n'aurait pu faire enlever les ordures ménagères les 13 et 14 janvier 1920 sous prétexte que les tombereaux destinés à cet usage étaient employés par le ravitaillement, au transfert des pommes de terre et de la viande frigorifiée ! !

Un rapport officiel sur la crèche de cette ville constate que l'on procède au nettoyage du dortoir quand les enfants y sont couchés et enfermés dans les rideaux des berceaux ! Au lavabo, il n'y a pas d'objets de toilette individuels et le lait gagnerait, dit le rapport, à être stérilisé ! !

M. Crépin fait remarquer que la statistique de l'état civil donne, pour une semaine, 19 naissances et 143 décès à Saint-Denis. Que pense de cela le Conseil supérieur de la natalité ! !

S'il en est ainsi dans le chef-lieu d'un arrondissement du département de la Seine, dans une ville qui compte sans doute plus de 100.000 habitants, que doit-il se passer dans les départements reculés de province ?

Le Parlement s'est depuis longtemps ému de la carence des pouvoirs publics en matière d'hygiène et de l'insuffisance de la loi du 15 février 1902. La critique de cette loi a été trop souvent faite depuis 20 ans dans ce journal pour qu'il soit nécessaire d'y revenir.

Un projet de loi est en élaboration et, grâce à l'ancien ministre de l'hygiène, M. Breton, les Syndicats médicaux ont été appelés à donner

leur avis dans la Commission qui met au point le projet du gouvernement.

Le *Concours médical*, restant dans son rôle de Société d'études, est convaincu que ce projet ne sera pas voté sans subir, tant à la Chambre qu'au Sénat, de profondes modifications. Il a pensé qu'il serait utile de donner des indications précises sur ce que pourrait être une organisation réelle de l'hygiène en France, à ceux qui, au Parlement, voudraient bien tenter de faire une loi utile et applicable.

Notre journal commence aujourd'hui la publication de ce projet.

Certes, il ne répond pas précisément à notre idéal et, pour notre compte personnel, nous rêvons une toute autre institution de l'hygiène pour notre pays.

Mais nous ne devons pas oublier que, pour réaliser nos rêves d'hygiène, il faudrait une transformation totale de l'organisation administrative de la France et il est probable que de longtemps nos gouvernements timorés ne toucheront à notre bureaucratie napoléonienne qu'avec la plus excessive timidité et la plus circonspecte prudence.

L'édifice est si vétuste, si vermoulu qu'ils ont peur, en le modifiant si peu que ce soit, de le voir effondrer.

Notre projet, pour être viable, doit donc s'adapter à notre actuelle administration, tout en réalisant les progrès les plus importants que réclame le corps médical.

Pour faire ce travail intéressant mais difficile, nous nous sommes adressés à notre ami et ancien collaborateur, le Dr René Martial. Ancien interne des asiles, ancien élève de l'Institut Pasteur, tour à tour médecin praticien, médecin en chef de Sanatorium, directeur du bureau d'hygiène de la ville de Douai, médecin sanitaire maritime, adjoint technique à la Direction du Service de Santé de la 16e puis de la 6e Région durant la guerre, agent de liaison avec le Service de Santé américain à Chaumont, René Martial a été directeur départemental d'Hygiène de l'Aisne et est à l'heure actuelle directeur des Services d'Hygiène de la ville de Fez au Maroc. Il a publié d'innombrables travaux ayant trait aux différentes questions d'hygiène, notamment sur la prophylaxie de la tuberculose, l'hygiène féminine et scolaire, l'hygiène industrielle, l'hygiène de l'habitation, la prophylaxie des maladies contagieuses.

Son dernier ouvrage : *Principes d'hygiène*, est un petit exposé lumineux de nos connaissances actuelles en 300 pages qui a été publié chez Doin en 1920, et devrait être entre les mains non seulement de tous les médecins mais de tous les éducateurs.

René Martial a, en outre, beaucoup voyagé avant la guerre. Il a publié en 1905 une enquête sur l'Alsace-Lorraine, des études sur l'Allemagne, Berlin et Hambourg, sur le Danemark et Copenhague. Nos lecteurs doivent se souvenir de ses articles de 1909 à 1913, période pendant laquelle il fut notre collaborateur régulier.

Avec un pareil passé, tant professionnel que scientifique et administratif, nul homme ne pouvait rédiger sur nos indications avec plus de compétence un projet d'organisation de l'hygiène en France, adapté à nos lois, nos règlements et nos administrations.

Nos lecteurs jugeront de l'utilité de cette étude. Nous la livrons à leur méditation ; à eux de la critiquer, de la commenter, de nous adresser leurs observations.

Notre but n'est nullement de préparer une proposition de loi devant être déposée au Parlement. Respectueux de la discipline syndicale, nous considérons que seule l'Union des Syndicats médicaux de France a le droit et le devoir de faire proposer des amendements ou de faire disposer un contre-projet lorsque la discussion de la revision de la loi sur la santé publique viendra devant les Chambres.

Mais si nous ne faisons pas d'action, notre but et notre devoir sont d'aider à la préparer et nous livrer à des études et d'éclairer le mieux possible la lanterne des praticiens pour jeter quelque clarté dans le labyrinthe obscur de l'organisation de l'hygiène en France.

J. Noir.

PARTIE SCIENTIFIQUE

CLINIQUE MÉDICALE

Leçons cliniques sur la pression artérielle (1).

La mesure de la pression artérielle minima (1).

Par M. Camille LIAN.
Médecin des Hôpitaux de Paris.
(Consultation de l'Hôpital Tenon.)

Ce sont les mêmes notions générales qui président à la mensuration de la pression minima dans les trois méthodes auscultatoire oscillatoire et palpatoire.

Peut-être cette affirmation ainsi émise va t-elle vous paraître un peu paradoxale. Mais vous vous rendrez compte qu'il n'en est rien, et que somme toute la pression minima se mesure de la même façon dans ces trois méthodes, qui paraissent au premier abord si différentes.

Que faites-vous en effet dans ces différentes méthodes ?

Vous commencez d'une façon générale par gonfler la manchette de façon à dépasser le chiffre probable de la pression maxima. Ensuite vous dégonflez cette manchette par à-coups. Vous lisez à un moment donné le chiffre de la maxima. Puis vous continuez à dégonfler par à-coups. Vous constatez, en continuant cette décompression, que les pulsations deviennent de plus en plus importantes, et vous arrivez à une zone dans laquelle elles vont atteindre leur maximum. Enfin en continuant la décompression, vous allez sortir de la zone des grandes pulsations et entrer dans une zone de pulsations plus ou moins petites.

C'est à la séparation de la zone des grandes pulsations et de la zone des petites pulsations que se lit la pression artérielle minima.

Mais après vous avoir ainsi exposé cette notion générale, je ne me dissimule pas qu'elle est un peu vague, et qu'il est indispensable d'entrer dans quelques détails, de façon à vous faire saisir la manière pratique de mesurer la pression artérielle minima.

(1) Ces leçons sont faites par le Dr Lian, à l'amphithéâtre des cours de l'Hôpital Tenon, à 11 heures, les 2e et 4e lundis de chaque mois.

(2) Deuxième partie de la 1re leçon, recueillie le lundi 13 décembre 1920, par M. Pierre Cahen, externe des hôpitaux, et revue par M. Lian.

Ce n'est pas à la 1re diminution d'amplitude des oscillations, si minime soit-elle, qu'on doit lire la pression minima, mais à la 1re diminution importante d'amplitude.

Quel conseil vais-je d'abord vous donner pour vous diriger d'une façon plus précise ? Il en est un, très simple à formuler. C'est celui que vous avez lu en général. Il consiste à vous dire : lorsqu'on a constaté que les pulsations ont atteint leur maximum d'importance, on doit lire la pression minima au moment où il se produit la 1re diminution d'amplitude, et l'on ne spécifie pas l'importance que doit avoir cette diminution. Cela consiste en somme à dire qu'on lit la minima à la 1re diminution d'amplitude, si minime soit-elle. Eh bien ceci est évidemment extrêmement simple. Mais c'est là une ligne de conduite que je regrette vivement de ne pouvoir vous conseiller, car je crois qu'elle est mauvaise, ainsi formulée. C'est regrettable, tant c'eût été simple et pratique.

Par la lecture des différents travaux consacrés à la pression artérielle, et par le contact des faits cliniques de chaque jour, j'ai acquis l'impression qu'avec cette technique classique on obtient un chiffre supérieur à celui qui correspond à la réalité. En particulier les expériences bien conduites et très intéressantes de MM. Mac William et Melvin (1) montrent que, d'une façon générale, dans un graphique de pulsations, au fur et à mesure que décroît la contre-pression, la zone des pulsations les plus importantes est généralement supérieure à la pression minima de 1 à 2 centim de Hg. ou même plus. Il résulte de ces données, que somme toute, ce n'est pas à la 1re diminution d'amplitude, si minime soit-elle, qu'on doit lire la pression minima, mais à la 1re diminution importante d'amplitude (2).

Schémas oscillométriques.

Il y a une nuance, et vous la saisirez facilement sur les schémas que je vais vous montrer. Voici un premier schéma qui représente la lecture de la pression minima dans toute sa simplicité (fig. 1). Dans une décompression progressive, les pulsations ont atteint leur maximum d'amplitude pour une contre-pression de 9 cm 1/2 de Hg. Puis pour une contre-pression inférieure de 1/2 cm., vous

(1) MAC WILLIAM et MELVIN. — *Heart*, 1914, n° 11.

(2) M. L. Gallavardin adopte également cette règle dans son excellent livre : La tension artérielle en clinique. 2e édition, 1920, 717 p. Edit. Masson.

constatez une diminution très forte, c'est donc ici à la 1re diminution d'amplitude qu'on doit lire la pression minima.

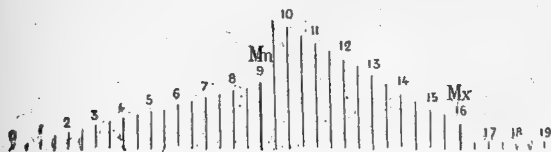


Fig. 1.

Mais voici un autre graphique dans lequel vous voyez qu'après que les pulsations ont atteint leur maximum d'amplitude, elles ne présentent ensuite qu'une diminution bien faible (fig. 2). Ici

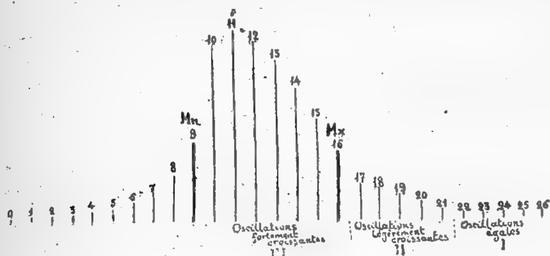


Fig. 2.

c'est pour une contre-pression de 11 cm. de Hg qu'elles atteignent leur maximum. Pour une contre-pression de 10 cm. il y a bien une diminution mais elle est extrêmement minime, extrêmement légère, tandis que pour une contre-pression de 9 cm. elle est considérable. Il s'est produit à 9 comme une cassure dans la façon dont se succèdent les pulsations. D'après les recherches de Mac William et Melvin, recherches en partie expérimentales et en partie cliniques, c'est donc à 9 et non pas à 10 qu'il faut lire la pression minima.

Comme je vous le disais, ces règles s'appliquent aux trois méthodes de mesure de la pression artérielle. L'appréciation des variations d'importance des pulsations artérielles se fait dans la méthode oscillatoire en observant l'amplitude des déplacements de l'aiguille oscillométrique, dans la méthode palpatoire en comparant l'amplitude et le caractère plus ou moins cinglant des battements de l'artère humérale en aval de la manchette, dans la méthode auscultatoire en tablant sur la présence ou l'absence de vibrance et sur l'intensité des bruits artériels huméraux en aval de la manchette.

Les schémas que je viens de vous montrer correspondent à des mesures prises avec un oscillomètre. Mais si l'on suit les variations des bruits artériels perçus à l'auscultation de l'artère humérale en aval d'une manchette brachiale, vous allez voir que les sensations sont tout à fait du même ordre.

Schémas phonométriques.

Voici des schémas *qui correspondent à la méthode auscultatoire.*

Dans les deux premiers, la détermination de Mn est facile. En effet, pendant la décompression de la manchette par à-coups, les bruits artériels après avoir augmenté progressivement, atteignent leur maximum d'intensité et de vibrance. Puis dans le 1er cas ils disparaissent tout d'un coup (Mn = 8, fig. 3). Dans le 2e cas ils diminuent beaucoup d'intensité et en même temps perdent leur vibrance tout d'un coup (Mn = 8, fig. 4).

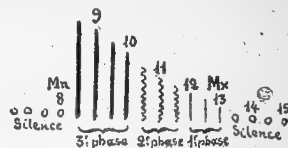


Fig. 3.

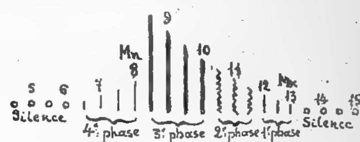


Fig. 4.

Dans d'autres circonstances, il n'en est plus de même et on obtient des résultats tout à fait superposables à ceux qui ont déjà été représentés dans le 2e schéma oscillométrique.

Vous entendez des bruits qui atteignent leur maximum d'intensité et de vibrance, par exemple pour une contre-presssion de 9 cm. comme dans la fig. 5. Puis pour une contre-pression inférieure d'un demi cm. (8 1/2 dans la fig. 5),

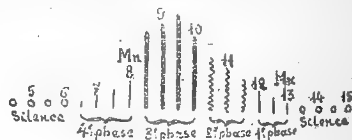


Fig. 5.

ce bruits présentent seulement une légère diminution d'intensité et de vibrance. N'allez pas conclure que vous êtes arrivé à la minima. Continuez la décompression, et pour une contre-pression de 8 par exemple, vous notez que les bruits artériels diminuent beaucoup d'intensité et perdent leur vibrance. Cette sorte de cassure dans la succession des bruits artériels correspond à la Mn.

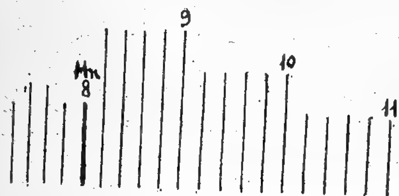
Je me rends compte que l'application de ces données comporte encore une certaine difficulté au point de vue pratique. Je ne me dissimule pas du tout qu'avec la méthode oscillatoire comme avec la méthode auscultatoire, il est délicat, dans une certaine mesure, de saisir le moment où une diminution des pulsations, qui était d'abord légère, devient importante, mais cependant on y arrive avec un peu d'habitude. Toutefois je me propose de serrer le problème de plus près. Dans ce but je vous signalerai une remarque clinique,

qui vous aidera encore dans cette détermination de la pression minima.

Les variations respiratoires des pulsations sont d'un grand secours dans la détermination de Mn.

J'ai noté en effet, au cours de mes recherches, qu'au moment où l'on arrive dans la zone de la pression minima on se rend compte avec un oscillomètre, comme avec la méthode auscultatoire, qu'il se produit des variations dans l'intensité des pulsations pour un même chiffre de contre-pression, variations qui se font sentir sous l'influence des mouvements respiratoires. On constate, par exemple, une diminution d'importance des pulsations qui se produisent pendant l'inspiration. Il suffit d'observer 4 pulsations environ avec chaque chiffre de contre-pression pour noter ce phénomène chez beaucoup de sujets. Deux éventualités sont alors à envisager :

a) Le maximum des pulsations est à 9 cm. de Hg par exemple. Pour 8 cm. de Hg. on note le phénomène de la variation respiratoire. La diminution des pulsations, tout en étant beaucoup plus intense à l'inspiration, est cependant bien marquée à l'expiration. Mn = 8. (fig. 6).



FIR. 6.

b) Le maximum des pulsations est par exemple à 9 cm. de Hg. Pour 8 cm. de Hg on note le phénomène de la variation respiratoire. Mais la diminution des pulsations n'existe qu'à l'inspiration, tandis qu'à l'expiration elles ont la même intensité ou amplitude que pour 9 cm. de Hg (fig. 7). C'est seulement pour 7 cm. de Hg que la

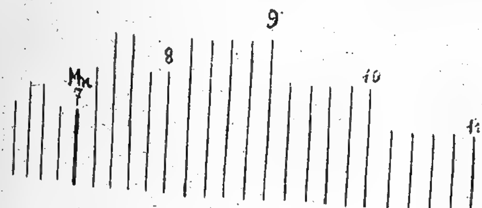


FIG. 7.

diminution, très intense dans l'inspiration, s'accompagne d'une diminution qui, pour être moins marquée à l'expiration, est cependant bien caractérisée : Mn = 7. *Une diminution des pulsations n'est pas assez franche si elle est seulement inspiratoire, il faut attendre qu'elle soit inspiratoire et expiratoire pour lire Mn.*

Ces variations respiratoires des bruits artériels me paraissent être l'expression des variations de la pression artérielle sous l'influence des mouvements respiratoires. Dans les cas où, dans le cours de la décompression, les pulsations venant d'atteindre leur maximum diminuent seulement pour certaines d'entre elles mais pas pour toutes, il me semble rationnel d'admettre qu'on entre dans la zone de la Mn, mais qu'on n'a pas encore atteint la Mn de toutes les pulsations. D'ailleurs cette conclusion est d'accord avec la donnée générale qui invite à lire la Mn non pas à la 1re diminution d'amplitude, si minime soit-elle, mais à la 1re diminution importante d'amplitude.

Cette constatation des variations respiratoires de l'importance des pulsations artérielles est d'observation facile. J'ai fait cette remarque dans mes recherches cliniques quotidiennes en appliquant, soit la méthode oscillatoire, soit la méthode auscultatoire.

La détermination oscillographique de Mn.

Mes constatations sont en harmonie avec les recherches graphiques faites récemment par MM. Mougeot et Petit (1) (de Royat). Tandis qu'on exerce avec une manchette des contre-pressions variables sur un segment de membre, au lieu d'observer avec un oscillomètre ou d'ausculter avec un stéthoscope bi-auriculaire ou d'apprécier par la palpation l'importance des pulsations artérielles, ces auteurs ont enregistré graphiquement les battements artériels. Ils ont vu ainsi qu'avec une contre-pression égale à la Mn, on note des variations respiratoires dans l'amplitude des pulsations artérielles. *Je vous signale incidemment cette étude graphique*. En effet, ce serait sortir du cadre d'une étude pratique que d'envisager la sphygmomanométrie graphique. *Je m'en voudrais trop de vous laisser penser, ne serait-ce qu'un instant, qu'il est indiqué de faire des graphiques pour mesurer la pression artérielle.* D'ailleurs, ne croyez pas que vous gagneriez beaucoup actuellement à l'emploi de la méthode graphique : il vous suffira de lire la note de MM. Mougeot et Petit pour vous rendre compte que les auteurs, appliquant la méthode graphique à la détermination de la Mn, ne sont pas d'accord sur le critérium graphique à admettre comme caractérisant la contre-pression égale à Mn.

Résumé des notions générales pour la mesure de Mn.

Je puis maintenant vous résumer en quelques mots les notions générales qui doivent vous guider dans la mesure de la pression minima.

(1) MOUGEOT et PETIT — *Soc. Biol.* 27 nov. 1920. Mes remarques cliniques sur cette question sont antérieures à la note de ces auteurs. Je les ai mentionnées l'été dernier dans le manuscrit de la 5e édition de la « Technique clinique médicale Sergent », dont je corrige actuellement les épreuves.

◆◆

avec les 3 méthodes auscultatoire, oscillatoire et palpatoire.

Vous partez à la recherche de la pression minima tandis que vous décomprimez peu à peu la manchette, qui avait été d'abord bien gonflée. Vous atteignez la zone des grandes pulsations. Vous ne devez pas vous considérer comme tenu de lire la Mn pour la 1re diminution des pulsations si minime soit-elle. Vous devez attendre pour lire Mn une diminution bien franche des pulsations. Vous avez en outre les variations respiratoires des pulsations pour vous guider.

En même temps qu'elles subissent des variations respiratoires, ou bien toutes les pulsations présentent une diminution, et vous lisez alors la minima, ou bien la diminution ne porte que sur certaines pulsations, c'est seulement l'indice que vous arrivez près de la minima. Il vous suffit alors d'augmenter la décompression d'1/2 ou de 1 cm. pour voir la diminution atteindre toutes les pulsations, et pour lire alors Mn.

Quelques difficultés.

Je ne me dissimule pas cependant que même en suivant à la lettre ces notions générales, vous rencontrerez des difficultés. Il y a des cas où il est presque impossible de faire avec précision la mesure de Mn. Cette éventualité se rencontre en particulier dans l'insuffisance aortique. Après avoir atteint une très grande amplitude, assez souvent les pulsations diminuent en quelque sorte progressivement, et il peut arriver qu'on cherche en vain dans cette diminution une accentuation brusque, une cassure qui indiquerait Mn.

Mais j'ai remarqué que dans ces cas, lorsqu'on se sert de la méthode dite auscultatoire, on arrive à limiter le champ des hésitations. En effet, dans cette méthode, vous pouvez tabler sur deux qualités des pulsations, vous appréciez leur intensité qui correspond à l'étendue des déplacements de l'aiguille d'un oscillomètre, mais vous appréciez en outre leur timbre. Les bruits artériels en effet, lorsqu'ils atteignent une grande intensité, présentent en outre un caractère vibrant assez particulier, qu'ils perdent lorsque la contre-pression est égale à Mn.

Dans les cas délicats auxquels je fais allusion, vous pourrez ne pas trouver avec l'oscillomètre la diminution brutale des pulsations indiquant Mn. Mais si vous auscultez en aval de la manchette, vous aurez une zone avec des pulsations très vibrantes. Tant que vous ne serez pas sorti de cette zone, malgré que vous puissiez constater déjà une diminution dans l'amplitude des battements de l'aiguille oscillométrique, vous pouvez être certain que vous n'êtes pas encore à la pression minima. Puis à un moment donné les bruits artériels vont cesser d'être très vibrants, très éclatants. Si la vibrance disparaît complètement, vous lisez la Mn avec certitude. Si la vibrance ne disparaît pas complètement, tout au moins elle diminuera beaucoup, malgré que les bruits restent forts. En pareil cas, vous pourrez hésiter entre 5 et 4 cm. par exemple pour la valeur de Mn, mais vous pourrez au moins dire « je suis sûr que la minima est inférieure à 6 », tandis qu'à ne considérer que les indications oscillométriques, le champ des hésitations eût été plus étendu.

***

Les 3 méthodes auscultatoire, oscillatoire et palpatoire fournissent les mmêes chiffres pour Mn.

Si l'on envisage au point de vue de leurs résultats ces différentes méthodes, j'estime qu'à condition de les appliquer au même segment de membre et avec les mêmes règles générales, elles fournissent les mêmes chiffres.

Par contre, si avec une méthode vous lisez la minima à la première diminution de pulsations si minime soit-elle, si avec une autre méthode vous ne prenez pas la même ligne de conduite et que vous lisiez la Mn seulement pour une diminution importante, il est évident que vous ne trouverez pas les mêmes chiffres. Mais, je le répète, la même ligne de conduite donnera sensiblement les mêmes résultats avec les 3 méthodes. Tout au plus ai-je remarqué que la méthode oscillométrique donnait plutôt des chiffres supérieurs d'un demi-centimètre à ceux des méthodes palpatoire et auscultatoire.

***

Pour la mesure de Mn, la méthode palpatoire est délicate ; les deux autres sont faciles.

Mais nous ne trouvons plus le même parallélisme, si nous envisageons ces 3 méthodes au point de vue de leur facilité d'application. Là il y a une première conclusion qui s'impose, c'est que la méthode palpatoire, tout en étant un assez bon procédé qui peut rendre d'excellents services, est cependant à n'en pas douter une méthode dont la mise en œuvre est plus délicate et plus difficile que les deux autres.

Il faut une certaine éducation pour arriver à saisir par la palpation de l'humérale le moment où les pulsations diminuent brusquement d'amplitude. Il y a beaucoup de cas où cela est assez facile, et où l'on mesure sans difficulté la pression avec le doigt. Mais dans un certain nombre de cas, cette méthode est d'application délicate, même pour le médecin qui a un certain entraînement.

Par conséquent, à mon avis, la méthode palpatoire ne peut être comparée aux deux autres méthodes qui, elles, sont relativement faciles, présentant seulement parfois quelques difficultés d'application qui, pour ces deux méthodes, sont tout à fait de même ordre.

Le mieux est d'associer les méthodes oscillatoire et auscultatoire.

Il est facile d'enserrer le bras dans une manchette, de la relier à un oscillomètre et de placer au pli du coude un instrument qui permet d'ausculter l'humérale. On est alors dans les meilleures conditions pour la détermination de la minima. On reçoit ainsi simultanément des sensations visuelles et des sensations auditives, qui se complètent et se contrôlent.

A choisir entre les 2 méthodes auscultatoire et oscillatoire la préférence mérite d'aller à la méthode auscultatoire.

Mais s'il y a lieu de choisir entre les 2 méthodes, si l'on veut en quelque sorte les comparer isolément, j'estime, après les avoir longuement expérimentées toutes les deux, que très nettement la méthode auscultatoire doit avoir la préférence, et ceci pour deux raisons principales :

La première, je vous l'ai donnée il y a un instant, c'est que dans la méthode auscultatoire deux qualités des pulsations artérielles servent de points de repère. Il y a l'intensité des bruits artériels qui est comparable à l'amplitude des déplacements de l'aiguille de l'oscillomètre. Mais il y a une autre qualité, c'est le timbre des bruits artériels. En effet à l'approche de la minima, ils acquièrent une vibrance qui disparaît au moment précis où l'on doit lire la minima.

Quant à la deuxième raison, elle est d'ordre pratique. C'est que la méthode auscultatoire n'exige qu'une instrumentation aussi peu volumineuse, aussi simple que possible, et que par conséquent son emploi vous évite d'avoir à vous servir de l'instrument un peu encombrant qu'est un oscillomètre.

Telles sont, au point de vue pratique, les notions générales qui peuvent servir de base pour la *mesure de la pression* artérielle minima.

CLINIQUE MÉDICALE

Hôpital Saint-Antoine : M. le prof. CHAUFFARD.

Pancréatite hémorrhagique dans la lithiase biliaire.

Les livres de pathologie décrivent les maladies en prenant les organes isolément. Vous verrez, par exemple, dans des chapitres à part, l'exposé des affections du cœur, des reins, du foie, du pancréas, etc. Cette manière de faire, vraie jusqu'à un certain point, est certes commode au point de vue didactique ; mais il ne faut pas oublier qu'en pathologie les organes sont plus ou moins solidaires les uns des autres. C'est ainsi qu'on ne peut guère étudier les maladies du cœur sans tenir compte de l'état des reins, et réciproquement. Pour ce qui concerne le foie, il est deux organes qui lui sont, pourrait-on dire, syndiqués pathologiquement : la rate et le pancréas. Aujourd'hui, je voudrais vous parler des troubles du pancréas au cours des affections hépatiques, à propos d'un cas, observé dans le service, de pancréatite hémorrhagique ayant succédé à une colique hépatique.

Bien que le foie et le pancréas soient assez éloignés l'un de l'autre dans la cavité abdominale, ils ont cependant des connexions anatomiques, par leurs conduits excréteurs. Ainsi, le cholédoque et le canal de Wirsung présentent un point de jonction et, sur plus d'un centimètre, ces deux canaux ont des rapports intimes de voisinage, une sorte de fraternité anatomique. Ils offrent aussi une certaine fraternité physiologique. Quand le travail de digestion gastrique est assez avancé et que le chyme arrive dans le duodénum, il se produit une mise en mouvement à la fois de la sécrétion biliaire et de la sécrétion pancréatique. L'action du chyme sur la muqueuse duodénale entraîne la formation de ce qu'on a nommé la sécrétine qui provoque le réflexe excito-sécréteur, à la fois biliaire et pancréatique. La bile et le suc pancréatique viennent alors se mélanger au chyme et le transformer en chyle. Voilà donc deux organes, le foie et le pancréas, qui ont des affinités anatomiques et un fonctionnement physiologique synchrone. Je vous signale, en outre, la vascularisation spéciale du pancréas, qui permet de comprendre l'abondance des hémorrhagies pancréatiques.

Si le mélange de bile et de suc pancréatique n'est pas nuisible dans l'intestin, il n'en est plus de même lorsque ce mélange se fait à l'intérieur de la glande pancréatique. Il est, dans ces conditions, particulièrement nocif, comme le montre l'*expérimentation*. Il y a là un élément important en matière d'étiologie de la pancréatite hémorrhagique.

Au cours de ces dernières années, les chirurgiens sont fréquemment intervenus pour des affections des voies biliaires, et ils nous ont appris que souvent dans la cholélithiase, il existe des lésions pancréatiques associées. Les opérateurs ont été frappés, en explorant avec le doigt le trajet cholédocien, de percevoir des indurations de la tête du pancréas, tantôt modérées, tantôt notables, atteignant parfois le volume du poing. L'examen histologique a montré qu'il s'agissait d'hypertrophie scléreuse, de pancréatite scléreuse, bien décrite par Dieulafoy, Mayo Robson, Kehr et d'autres auteurs. Voilà donc un groupe de réactions pancréatiques au cours de la lithiase, caractérisées par l'induration scléreuse de la tête du pancréas. On a remarqué que cette pancréatite scléreuse est plus fréquente dans les calculs du cholédoque que dans ceux de la vésicule et

cela se comprend sans peine, en raison des rapports du cholédoque et du pancréas. Elle peut survenir cependant aussi dans la lithiase vésiculaire. On a discuté sur la pathogénie de ces pancréatites scléreuses, sur le rôle de l'infection lymphatique, sur le sens de l'infection. Il y a 20 ans, on admettait la canaliculite ascendante. Aujourd'hui on incline vers la théorie inverse, la canaliculite descendante.

Existe-t-il des signes cliniques de la pancréatite scléreuse chez les lithiasiques ? Lorsque chez ces malades, le pancréas est touché, il se produit un amaigrissement notable. Un fort amaigrissement au cours d'une cholélithiase permet de soupçonner la participation du pancréas. Pourra-t-on s'aider des nombreuses épreuves proposées comme moyens d'appréciation de l'état du pancréas ? La réaction de Cammidge, recommandée en Angleterre, semble banale et m'a paru d'une valeur à peu près nulle. La valeur fonctionnelle du pancréas peut être recherchée par l'examen du bol fécal à la sortie, dans les fèces. Une technique plus élégante est celle qui, s'appuyant sur le procédé d'Einhorn, utilise des réactions colorimétriques. Au point de vue opératoire, il n'est pas toujours facile de distinguer une tête pancréatique sclérosée d'une tête indurée par cancer.

Outre la sclérose, il est deux autres réactions du pancréas au cours de la lithiase biliaire. L'une, rare, la suppuration. J'en ai observé un cas, terminé par la mort, après opération. L'autre, très spéciale, est la pancréatite hémorrhagique.

Les lésions principales dans la pancréatite hémorrhagique sont de deux ordres : l'hémorrhagie rétro-péritonéale et la stéatonécrose. Mais, avant d'aborder leur description, je veux vous présenter l'histoire de la malade de notre service, point de départ de cette leçon. Il s'agit d'une femme de 32 ans, mère de cinq enfants, qui eut sa première colique hépatique au cours de sa première grossesse. Le 27 décembre dernier, elle fut prise d'une nouvelle crise, qui se calma. Le 2 janvier, autre crise, violente, qui apparut brusquement après le repas. Elle entre à l'hôpital le 3 janvier. Nous constatons un abdomen ballonné, un plastron profond à la région vésiculaire. La palpation est douloureuse et la patiente accuse une douleur dans l'hypochondre et le flanc. On porte le diagnostic — peut-être discutable, vou le verrez — de colique hépatique avec un peu de cholécystite. Température à 38°4, pouls rapide à 136. Je demande l'avis d'un chirurgien de cet hôpital qui ne trouve pas d'indication opératoire. Nous prescrivons le traitement des infections biliaires graves : diète hydrique et glace.

Cette crise du 2 janvier a-t-elle bien été une colique hépatique. Je croirais volontiers que seul l'accès du 27 décembre fut une colique hépatique et que la réaction du 2 janvier, observée dans nos salles, fut pancréatique. Si ce diagnostic, que je crois probable, avait été admis à l'entrée nous aurions pu faire pratiquer une intervention précoce. Quoi qu'il en soit, la malade resta dans cette situation jusqu'au 4 janvier. Ce jour-là, dans la soirée, elle eut un vomissement et le pouls devint filiforme, sans qu'il y ait eu, à aucun moment de facies péritonitique. Elle tomba dans le collapsus avec pouls incomptable, refroidissement. Le chirurgien de garde, appelé, confirma le diagnostic, mis en avant, de pancréatite hémorrhagique, mais, vu la situation de la malade, ne trouva aucune indication opératoire possible. La patiente succomba.

A l'autopsie, nous avons recherché deux choses, la lithiase et la pancréatite. Au point de vue lithiase, il était intéressant de constater l'état des voies biliaires chez cette femme qui venait d'avoir une crise récente de colique hépatique. Vous savez qu'on a beaucoup discuté sur la pathogénie de la colique hépatique. On a soutenu deux opinions extrêmes. Les uns attribuent la colique au passage du calcul, les autres à la péritonite péri-vésiculaire. Pour ma part, j'ai eu deux fois l'occasion de faire l'autopsie de malades qui avaient succombé aussitôt après une crise de colique hépatique. La première fois, il s'agissait d'une femme au 7e jour d'une série de crises. Elle était à bout de résistance. A la visite du soir, l'interne lui fit une petite piqûre de morphine. Vingt minutes après, elle était morte. A l'autopsie, nous trouvâmes un calcul enclavé dans le col cystique, mais pas de péritonite.

Dans le cas actuel, nous avons constaté un calcul flottant dans la vésicule et un second calcul, gros comme un noyau de cerise, coincé sur le col cystique. Pas de péritonite péri-vésiculaire. Je crois dès lors que la vraie définition de la colique hépatique tient dans le calcul qui cesse d'être libre pour s'engager à l'intérieur du canal cystique. Le dit calcul peut, ou retourner dans la vésicule, ou rester fixé, ou passer dans l'intestin. Dans la règle, donc, la colique hépatique relèverait de l'engagement du calcul dans le cystique, suivi la plupart du temps de régression vers la vésicule.

Au point de vue pancréatique, l'autopsie nous a montré d'abord une lésion type, révélatrice, une série de taches gris-rosé, un peu nacrées, que l'on a comparées à des taches de bougies, sur l'épiploon. Les taches en question sont caractéristiques, *sui generis*, de la pancréatite hémorrhagique. Elles ont une structure histologique particulière, de stéatonécrose. La stéatonécrose, les nécroses plus ou moins étendues se voient également au niveau du pancréas. Nous avons rencontré aussi un autre aspect des lésions, l'hématome rétro-péritonéal, qui avait fusé vers la loge rénale, à droite surtout. Voilà un gros fait : l'énorme hématome. Il explique pourquoi cette femme a succombé avec un syndrome d'hémor

rhagie interne, qui rappelle ce qui se passe dans les ruptures de grossesse tubaire.

L'hémorrhagie de ces pancréatites hémorrhagiques se fait suivant un type diffus, ou par un point principalement. Elle peut être en nappe ou en foyer.

Les signes principaux qui permettent de soupçonner la pancréatite hémorrhagique sont : les symptômes hémorrhagiques et les douleurs. Les douleurs sont souvent atroces,et Dieulafoy, dans une de ses cliniques, les a décrites sous le nom de drame pancréatique. On s'explique l'acuité de ces douleurs profondes en constatant les rapports du pancréas avec le plexus solaire. Vous savez la sensibilité du plexus solaire et son importance dans les phénomènes douloureux de l'abdomen. Cette participation du plexus solaire explique aussi la sidération du système nerveux notée en pareils cas.

En combinant, dans des proportions diverses, les données de la palpation (plastron profond douloureux), les douleurs profondes effroyables, les signes d'hémorrhagie interne, on arrive à établir le diagnostic avec plus ou moins de précision. Ce diagnostic reste difficile, d'autant qu'il s'agit d'une affection rare et que parfois les choses sont abrégées, la mort pouvant être foudroyante, quelquefois. On a décrit une forme médico-légale qui concerne des individus qui, paraissant en pleine santé, meurent en quelques heures, une telle mort faisant penser à un empoisonnement.

Pour expliquer les lésions de la pancréatite hémorrhagique, il ne faut pas s'adresser à la pathogénie un peu banale des pancréatites infectieuses. Il semble que pour réaliser ce syndrome spécifique, il faille une cause spécifique. Brocq et Morel ont vu que pour produire expérimentalement une pancréatite hémorrhagique, il fallait faire un mélange intra-pancréatique de bile et de suc pancréatique. En injectant de la bile dans le canal de Wirsung d'un chien, en passant ensuite une ligature sur le canal, ils ont vu qu'on obtenait tantôt une pancréatite, tantôt rien. Lorsque l'injection est faite au chien à l'état de jeûne, elle reste sans suite, le suc pancréatique étant inerte. Faite 3 heures après le repas, en pleine digestion, la pancréatite hémorrhagique se montre constamment (14 fois sur 14 expériences). On peut, d'ailleurs, obtenir toutes les variétés, en utilisant peu ou beaucoup de bile, et à des intervalles variés des repas.

Chez notre malade, la crise du 2 janvier a éclaté un peu après le repas et cela nous fait penser que cette crise a été non biliaire, mais pancréatique. Soumise, dans le service, à la diète hydrique absolue, elle ne s'est plus trouvée, d'ailleurs, dans les conditions appropriées à l'éclatement de la pancréatite hémorrhagique.

Dernier point. Dans presque tous les cas de pancréatite hémorrhagique où un examen histologique a été fait, on a trouvé des lésions de sclérose pancréatique antérieure. Il est probable que les malades n'arrivent à faire la forme hémorrhagique qu'après avoir passé par une série de petites agressions que l'état de sclérose traduit. Vienne, un jour, un reflux plus abondant et le grand drame apparaît.

Un mot de thérapeutique. Dans les formes scléreuses, le chirurgien ne peut rien sur le pancréas. Il ne peut agir que par voie détournée, par drainage biliaire. Dans les formes hémorrhagiques, le drainage portera sur l'hématome et les voies biliaires. Beaucoup de ces cas ont été opérés avec le diagnostic de péritonite par perforation ou d'occlusion intestinale. C'est en voyant les gouttelettes de stéatonécrose que le chirurgien remonte au pancréas.

Leçon recueillie par le Dr P. LACROIX.

A TRAVERS LA PRESSE

Le traitement de la grippe.

Il comporte, selon M. NEVEU (*La Médecine*, déc. 1920), l'antisepsie rigoureuse de la bouche et du pharynx ; la révulsion thoracique dans les formes pulmonaires, avec prescription de potions à l'acétate d'ammoniaque ; la quinine et l'aspirine contre la courbature et la céphalalgie ; l'adrénaline pour remonter la tension artérielle ; la trinitrine dans les formes dyspnéiques bulbaires ; les antiseptiques internes, dans le type gastro-intestinal (charbon, benzonaphtol) ; les métaux colloïdaux, dans les formes graves.

La vaccinothérapie de la grippe est variée. On a conseillé le vaccin G de l'Institut Pasteur (pneumocoques, streptocoques, colibaccilles de Pfeiffer, micrococcus aureus) ; le vaccin de Quarelli qui ajoute le virus filtrant de Nicolle et Lebailly à tous les agents pathogènes du crachat de grippé ; le sérum de cheval convalescent de pasteurellose ; le sérum de convalescents, etc.

Il semble que tous ces liquides organiques agissent surtout par les albumines hétérogènes qu'ils contiennent, et que le sérum ordinaire pourrait peut-être donner les mêmes résultats.

L'auteur insiste sur la nécessité de surveiller la convalescence du grippé et de lui administrer quinquina, kola, strychnine, arsenicaux, etc.

Conceptions modernes sur la pathogénie des ictères.

On expliquait autrefois la plupart des ictères par une obstruction des voies biliaires, suivie de rétention. Or, dit M. BRULÉ, ce mécanisme est au contraire des plus rares. (*L'Hôpital*, déc. 1920, B.)



On reconnaît aujourd'hui : 1° les ictères hémolytiques, dus à une hyperproduction de pigments biliaires par fragilité du globule rouge ; 2° les ictères par insuffisance de la cellule hépatique, de tous points comparable à l'insuffisance de la cellule rénale. L'atteinte de celle-ci est décélée habituellement par la présence de l'albumine dans les urines. L'atteinte de la cellule hépatique est également décelée par la présence, dans les urines, des pigments et des sels biliaires, qui peuvent s'y trouver sans d'ailleurs que le syndrome ictérique soit très marqué. Aussi, examinera-t-on les urines des présumés hépatiques avec le même soin et la même constance que l'on apporte à examiner les urines des présumés rénaux.

Quant à l'ictère par rétention, il est des plus rares et ne s'observerait que dans les cas d'obstruction mécanique des gros vaisseaux biliaires.

Ces notions sont des plus importantes au point de vue thérapeutique.

Plus de médication cholagogue, dès lors, contre les ictères hémolytiques, auxquelles convient la médication des anémies, pas plus d'ailleurs que contre les ictères par insuffisance cellulaire.

« Ce qu'il faut, au contraire, c'est soustraire « soigneusement la cellule hépatique à toute « agression infectieuse ou toxique ; ce qu'il faut « aussi, c'est tenter de réveiller l'activité fonc- « tionnelle de la cellule hépatique, soit par l'opo- « thérapie hépatique, soit par l'ingestion de « fortes doses de glucose, ou par le goutte à « goutte rectal glucosé préconisé par Weill. »

Diagnostic précoce du cancer de l'utérus.

M. Siredey revient longuement sur cet important chapitre de gynécologie (*Journ. de méd. et de chir. prat.*, 25 nov. 1920) dans un exposé où nous cueillons quelques propositions capitales qui ont la valeur d'aphorismes :

Il est nécessaire de faire le diagnostic précoce du cancer de l'utérus, condition essentielle de la guérison. C'est à tort que l'on considère l'âge comme ayant une signification diagnostique capitale. Aucun âge n'est à l'abri du cancer, qui évolue infiniment plus rapidement chez les femmes jeunes.

La bonne santé apparente n'a pas plus de valeur négative. A côté des cachectisées cancéreuses qui portent sur leur visage la signature de leur affection, on rencontre des femmes qui présentent toutes les apparences d'une santé exubérante et qui sont bel et bien atteintes de cancer utérin.

On se méfiera des hémorragies de la ménopause. A tout âge, dans toutes les conditions, les hémorragies irrégulières, abondantes ou insignifiantes, mais continues ou prolongées, les écoulements hydrorrhéiques persistants, réclament du médecin une surveillance vigilante.

Notamment, quand une femme atteinte d'un fibrome utérin a passé l'âge critique et qu'au bout d'un certain temps, elle recommence à perdre, on sera fondé à craindre une transformation maligne de la tumeur.

Les signes physiques étant à peu près inexistants à la période de début, on aura recours à la biopsie, qui est très facile à pratiquer, soit par l'excision aux ciseaux de certaines parties du col, soit par un curetage. Seul, en ce cas, le résultat positif a une valeur décisive; le résultat négatif doit toujours inspirer quelques réserves.

Il faut donc poser son diagnostic aussi précocement qu'il sera possible et conseiller immédiatement l'intervention, soit chirurgicale soit radiumthérapique, celle-ci entrant de plus en plus et très légitimement dans la pratique.

Les maladies du pancréas.

Elles constituent un chapitre assez obscur de la pathologie. M. Ch. Fiessinger s'efforce d'y projeter quelque lueur. (*Journ. des prat.*, 4 déc. 1920.)

Dans les maladies chroniques, deux signes prédominent : la douleur et l'ictère.

La douleur au creux épigastrique est fixe, tenace, continue, angoissante. Si le malade maigrit et qu'on ne trouve pas d'explication satisfaisante à cet état, on songera à un néoplasme du pancréas. L'envahissement des ganglions médiastinaux, de la plèvre, pourront, à un moment donné, lever les doutes. On pourrait hésiter encore entre une pancréatite cancéreuse et une cholécystite calculeuse. Bien que dans les deux cas, il y ait un léger état fébrile, on se rappellera que la douleur de la cholécystite est paroxystique et non permanente.

L'ictère peut être dû à une pancréatite chronique aussi bien qu'à un néoplasme de la tête du pancréas. On interrogera soigneusement les antécédents. On recherchera des signes de coliques hépatiques antérieures, de lithiase biliaire, ou d'ulcère du duodénum. Il faut opérer sans tarder. D'autant mieux que, s'il s'agit d'un néoplasme, l'exploration opératoire fixera l'opinion et supprimera les douleurs.

Les formes aiguës des pancréatites s'observent dans les maladies infectieuses (oreillons). Elles se manifestent par des nausées, des vomissements, de la diarrhée, avec douleur vive au creux de l'estomac. C'est la pancréatite catarrhale, qui guérit. La pancréatite hémorragique ou suppurée offre un tableau comparable à celui de la péritonite par perforation ou de l'occlusion intestinale, justiciable de la seule intervention d'urgence. L'hématocèle prépancréatique, les formes suppurées prolongées et à rechutes, le kyste du pancréas enfin, sont également justiciables de la seule opération chirurgicale.

La thérapeutique intra-utérine de l'infection utérine post-partum.

Nous recevons la lettre suivante :

Mon cher confrère,

Dans le numéro du 30 janvier, page 283, vous me faites l'honneur d'analyser longuement un article que j'ai écrit sur les dangers et l'inutilité de la thérapeutique intra-utérine dans l'infection puerpérale. Je vous en remercie, d'autant que vous voulez bien reconnaître que mes arguments sont impressionnants ; la publicité que vous m'accordez ainsi m'est précieuse, car je suis heureux de la diffusion qu'elle vaudra à mon « plaidoyer passionné », plaidoyer qui se fonde sur une expérience des deux méthodes, interventionniste et abstentionniste : j'ai, en effet, été l'interne, pendant deux ans, de deux accoucheurs interventionnistes ; pendant plus d'un an, j'ai été chef de clinique de M. le prof. Couvelaire, qui est plutôt abstentionniste, et dont je crois bien avoir traduit les idées, et enfin dans les services que j'ai eu l'honneur de diriger depuis, j'ai toujours pratiqué l'abstention absolue de toute thérapeutique intra-utérine.

Ne croyez pas cependant que je pratique la thérapeutique des bras croisés, suivant votre expression. A l'hôpital et en clientèle, lorsque des confrères ont bien voulu me faire l'honneur de m'appeler en consultation, j'ai eu recours à une thérapeutique que je crois active et qui, suivant les indications cliniques, a consisté en application de vessie de glace sur la région abdominale, abcès de fixation, sérum antistreptococcique (et en particulier celui de Mme Vinaver), voire même, dans des cas rares, hystérectomie.

Quand mon article est paru, M. le prof. Perriol (de Grenoble) m'a fait l'honneur de m'adresser une longue lettre dont je me permets de vous citer une phrase : « Je suis effrayé de voir combien, dans ma région, le traitement de l'infection intra-utérine par le curettage aggrave de malheureuses femmes atteintes d'infection puerpérale. »

Croyez....

Henri Vignes.

En écrivant : *thérapeutique des bras croisés*, l'expression a dépassé notre pensée. Nous reconnaissons volontiers que M. Vignes n'oppose, à l'infection utérine, d'autre abstention que celle des manœuvres intra-utérines et que, par ailleurs, il met en œuvre des moyens efficaces, dont le radicalisme peut aller jusqu'à l'hystérectomie.

Nous avons voulu dire qu'alors que, tout récemment encore, il était classique d'intervenir activement pour vider et nettoyer un utérus infecté, la conduite préconisée par M. Vignes était, à ce point de vue particulier, passive.

Nous sommes loin de méconnaître la valeur et la puissance de l'argumentation sur laquelle il étaye sa doctrine. Nous demandons que cette doctrine se répande de façon à ce qu'on ne reproche pas au praticien qui s'y conformera dans l'avenir, d'avoir commis une négligence blâmable.

G. D.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

La peste à Paris (mai-octobre 1920)

(MM. Ed. Dujardin - Beaumetz, Rathery, Guinon. — *Société médicale des hôpitaux.*)

Une légère épidémie de peste bubonique s'est produite à Paris de mai à octobre 1920 et a donné lieu à plusieurs communications faites en comité secret, à la Société médicale des hôpitaux, par MM. Rathery, Froment, Halbron et Guinon. MM. Ed. Dujardin-Beaumetz (de l'Institut Pasteur) et Joltrain présentent un résumé d'ensemble de cette petite épidémie, actuellement terminée, selon toutes apparences. Il y a trois siècles que ce fléau si redouté ne s'était montré dans l'enceinte parisienne et il est infiniment probable que c'est encore là un reliquat de la grande guerre.

La maladie éclata dans certains milieux (baraques de chiffonniers, cités à logements surpeuplés) et en certaines régions de Paris et de sa banlieue (zone nord, en particulier), par cas isolés et surtout par foyers familiaux, la contagion s'étant produite chez les personnes ayant veillé des cadavres par exemple, ou à la suite de contacts avec des rats malades ou morts.

Le diagnostic, souvent difficile, ne put être établi dans bien des circonstances que *post mortem*. Les malades admis dans les hôpitaux le furent avec l'étiquette de fièvre typhoïde, septicémie, etc. La peste en question fut la peste bubonique, à bubons plus ou moins discrets, siégeant dans les aines, à la région cervicale, à l'aisselle, rarement avec manifestations pulmonaires très développées. La maladie, fréquemment mortelle en quelques jours, comporta cependant des formes ambulatoires suivies de guérison.

Chargé de mission par l'Institut Pasteur, M. Dujardin-Beaumetz a fait une étude des différents cas qu'il est parvenu à découvrir. Il formule les conclusions suivantes :

Au point de vue clinique, on peut affirmer qu'il n'y a eu que des pestes buboniques. Le début a été généralement brusque, et le bubon inguinal le plus fréquent. Les troubles psychiques ont été communs dans les formes graves, simulant l'ivresse. L'angine à fausse membrane, ulcéreuse ou gangréneuse, n'a pas été rare.

Un côté intéressant est la fréquence des cas ambulatoires et la difficulté du diagnostic ré-

trospectif de l'affection, quand on s'est trouvé en face d'une adénite suppurée de longue date ou après la convalescence. D'où l'utilité des séroréactions.

La meilleure méthode prophylactique, sans parler des mesures d'hygiène et d'assainissement, est la vaccination. La technique classique consiste à pratiquer plusieurs injections de 2 à 4 cent. cubes à quatre ou cinq jours d'intervalle. En réalité, devant le peu d'empressement du public, on doit se contenter de l'injection unique de 2 cent. cubes chez l'adulte et de 1 cent. cube chez l'enfant. La durée de l'immunité atteint quatre mois environ. On peut employer aussi, à titre préventif, la sérothérapie, mais son effet immunisant ne se prolonge pas au-delà de huit jours.

Comme Calmette et Salimbeni l'ont montré au cours de l'épidémie d'Oporto, la sérothérapie curative est efficace à condition d'être précoce et intensive. Par voie sous-cutanée, il ne faut pas hésiter à aller jusqu'à 150 et 200 cent. cubes chez l'adulte, 80 à 100 cc. chez l'enfant, souvent plusieurs jours de suite. La nécessité d'agir rapidement, les douleurs consécutives aux injections sous-cutanées, amènent à s'adresser dans bien des cas à la voie intra-veineuse.

Uréthrite aiguë méningococcique.

(MM. Dumont et Baron. — *Société médicale des hôpitaux*).

MM. Dumont et Baron rapportent une observation d'uréthrite aiguë méningococcique au cours d'une méningite cérébro-spinale. Les accidents guérirent complètement sous l'influence de la sérothérapie anti-méningococcique polyvalente. Le malade, interrogé sur son passé génital, dès sa convalescence, nia toute blennorrhagie antérieure et tout coït récent.

Ces uréthrites méningococciques sont fort rares. Des exemples ont été signalés par Florand et par Sabrazès. Le cas de M. Dumont est le premier où l'on ait assisté à une forme aiguë suppurée.

Gangrène du pharynx fusospirillaire.

(MM. Armand-Delille, P.-L. Marie et Dujarier. — *Soc. méd. des hôpitaux*).

M. Armand-Delille a observé au pavillon d'isolement de l'hôpital des Enfants-Malades, un cas d'angine diphtérique compliqué de manifestations gangréno-sphacéliques ayant amené la destruction de la luette et d'une partie des piliers. Le point intéressant de l'observation est l'origine fuso-spirillaire de la gangrène avec, comme conséquence, la cure arsenicale. La maladie a guéri, en effet, par l'injection de novarsénobenzol.

Un cas de botulisme.

(M. Pierre-Louis Marie. — *Société médicale des hôpitaux*.)

L'observation de M. P.-L. Marie retrace le tableau classique du botulisme : dix heures après l'ingestion d'aliments suspects (un pâté de lièvre, en l'espèce), apparition des troubles gastro-intestinaux caractérisés par des douleurs intenses dans l'abdomen, des vomissements répétés et une paralysie intestinale, troubles rappelant l'occlusion. Puis, au bout de 48 heures, invasion de phénomènes neuro paralytiques caractéristiques : arrêt des sécrétions salivaire et buccopharyngée (sécheresse de la gorge), paralysie bilatérale de l'accommodation, dysphagie, constipation rebelle, parésie vésicale, diminution de la force musculaire, le tout évoluant sans fièvre, sans troubles de la sensibilité générale ni de l'intelligence, et persistant pendant près de six semaines.

Cet ensemble clinique, maintes fois décrit à l'étranger, en Allemagne et en Russie principalement, n'a pas encore, dans nos traités classiques, pris la place auquel il a droit au milieu des autres intoxications alimentaires.

Les critères en piézométrie oscillographique

(MM. A. Mougeot, de Royat, et P. Petit. — *Société méd. des hôpitaux*.)

MM. Mougeot et P. Petit reviennent sur la question de la piézométrie oscillographique dont ils ont déjà entretenu la Société de Biologie. Dans cette méthode, la mesure de la pression (en grec : πιεσις) dans l'artère est le but, et le sphygmo-oscillogramme le moyen. Les auteurs étudient la valeur des critères systoliques, se basant sur leur technique.

Encéphalite léthargique à évolution chronique

(MM. Massary et Roulin. — *Société médicale des hôpitaux*.)

M. de Massary rapporte deux cas d'encéphalite léthargique à évolution chronique. Dans le premier, le diagnostic fut porté dès le début, la maladie ayant eu une invasion classique. Puis, apparurent des symptômes parkinsoniens, faciès figé, rigidité musculaire, et l'on put croire à une séquelle de l'encéphalite. En réalité, la maladie continuait à évoluer pour aboutir à la mort, au bout de 2 mois 1/2.

Dans le second cas, l'évolution fut plus lente encore. Après un début mal caractérisé (somnolence), apparurent 10 mois plus tard, divers symptômes organiques : tremblement, léthargie.

Chez ces deux malades, il s'est donc agi d'encéphalite à forme chronique, à évolution lente, s'étant faite par poussées successives. Il importe-

fait de distinguer ces encéphalites chroniques des états séquelles de l'encéphalite aiguë. Dans une encéphalite prolongée, la mort est possible comme terminaison. Lorsqu'on est en présence de séquelles, le pronostic est celui d'une infirmité, améliorable même.

M. SICARD montre que le polymorphisme de l'encéphalite se retrouve dans son évolution. Il n'est pas douteux que la névraxite épidémique puisse se prolonger des mois et même des années.

M. NETTER insiste depuis longtemps sur la ténacité du virus de l'encéphalite léthargique dans les centres nerveux des malades. Ainsi chez une jeune fille soignée en 1918 pour encéphalite léthargique, M. Netter a pu constater au mois de septembre dernier, soit deux ans et demi plus tard, un retour de troubles oculaires.

L'habitat favorable à la race.

(M. BÉRILLON. — *Société de pathologie comparée.*)

Chaque race humaine a un habitat, un pays où elle s'est adaptée et où elle vit dans les meilleures conditions : c'est l'habitat favorable, celui où les individus de cette race peuvent vivre le plus longtemps. Transplantée hors de l'habitat favorable, la race s'étiole, s'adapte mal aux conditions qu'elle rencontre. Ainsi l'Européen ne résiste pas aux contrées tropicales. Au Mexique, les Espagnols se détériorent. Aux Etats-Unis, l'émigrant allemand meurt plus vite qu'en Allemagne. En Sicile, les Normands pas plus que les Germains, n'ont pu résister au soleil.

De cette notion de l'habitat favorable, M. Bérillon tire deux conclusions médicales. La première c'est que dans la recherche des causes morbides les cliniciens doivent se préoccuper de cette notion. Un grand nombre de prédispositions morbides trouveraient là leur explication. La nostalgie ne serait pas seulement du domaine psychique, mais aussi du domaine organique.

La deuxième conclusion est que la recherche de l'habitat favorable et le renvoi de l'individu malade sur le terrain de sa patrie originelle constituerait une mesure thérapeutique à ne pas négliger, le cas échéant.

P. L.

SOU MÉDICAL

Les membres du Sou médical sont instamment priés de bien vouloir régulariser leur situation en envoyant la cotisation de l'année 1920 *au trésorier Dr Gassot, à Chevilly (Loiret).*

BIBLIOGRAPHIE CRITIQUE

Revue des Thèses.

Thèses de Montpellier.

Dr Marcel JAZEY. — **Contribution à l'étude des fractures isolées du scaphoïde tarsien.**

Pour M. Jazey, on peut observer deux types de fractures isolées du scaphoïde, ces fractures étant d'ailleurs extrêmement rares.

L'un de ces types est constitué par la fracture du tubercule scaphoïdien, qui paraît due à l'arrachement par le tendon du jambier postérieur.

Le second réalise une fracture transversale due généralement à un traumatisme indirect : écrasement avec compression ; elle s'accompagne de déplacement du fragment externe en haut.

La réduction de ce déplacement est facile, mais il est très difficile de la maintenir ; aussi, pour éviter des cals vicieux, y a-t-il avantage à pratiquer l'agrafage des deux fragments.

Lorsque le déplacement est fixé par la consolidation, peut-être est-il indiqué de l'abraser au ciseau.

Dr Richard SAINT-YVES. — **De l'allylthéobromine. Etude pharmocologique, physiologique et clinique.**

Cette substance a retenu l'attention de l'auteur qui, après en avoir fait une consciencieuse étude, formule les conclusions suivantes :

L'allylthéobromine est un diurétique déchlorurant de la série xanthique, de l'ordre de la théobromine.

Elle agit comme la théobromine, a les mêmes indications et les mêmes contre-indications que cette dernière, mais elle est plus maniable, plus active et *injectable*.

La tolérance de l'organisme pour ce médicament nous paraît nettement supérieure à celle de la théobromine.

Les doses actives du médicament nous sont apparues, dans nos observations, entre 30 et 50 centigr., ce qui dénote une activité environ quatre fois supérieure à celle de la théobromine.

Après échec de la théobromine, administrée par voie buccale, et aussi dans les cas nombreux où il faut agir vite, ainsi que chez les malades dont on doit respecter le tube digestif, la diurèse obtenue par les injections d'allylthéobromine est en faveur de l'activité plus constante de cette substance.

PARTIE PROFESSIONNELLE

LA VIE SYNDICALE ET PROFESSIONNELLE

I

Le tarif étatique de la loi des pensions devant l'opinion médicale.

M. Maginot n'est pas tranquille, M. Maginot a des remords !

Ainsi s'expliquent les notes et les communiqués dont il inonde les organes de la grande presse, pour justifier sa conduite, et protester contre le reproche que nous lui adressons de menacer indirectement le libre choix. Ces jours-ci, il annonce que le Conseil d'Etat est saisi de projet d'établissement du Tarif étatique, qui paraîtrait à la fin de ce mois.

En attendant, aucune de ces notes n'est laissée sans réponse par l'Union des Syndicats, dont on trouvera ci-dessous les mises au point.

A ce propos, lorsque nous avons écrit, il y a quatre semaines : « la discussion est ouverte », nous ne connaissions pas encore la décision prise par l'Union.

La tâche qu'elle a entreprise dans l'intérêt du corps médical est trop lourde et trop délicate pour que nous nous exposions à la gêner par une action même parallèle à la sienne. La discipline dont nous avons si souvent recommandé l'observation aux Syndicats, en vue d'augmenter leur puissance, s'impose à nous, et nous avons à cœur de la respecter.

***

Communiqués de l'Union des Syndicats.

Le Conseil de l'Union des Syndicats médicaux de France, pour éviter qu'une interprétation inexacte soit donnée à son attitude, tient à préciser que la modification apportée à la loi des pensions, introduite dans la loi de finances, sans étude préalable, en fin de session parlementaire et par surprise, a bien pour conséquence de supprimer le libre choix donné aux bénéficiaires de la loi.

Certes, le paragraphe modifié ne porte pas atteinte directement au libre choix : mais en rendant impossible une entente avec le corps médical, en vue d'une organisation de soins et d'un contrôle, il rend pratiquement le libre choix impossible.

En vérité, l'Administration n'a *jamais* voulu appliquer *une loi* qui l'obligeait à un accord avec les Syndicats et organisations professionnels et, dès 1919, elle a exprimé son désir de faire modifier la loi.

Des documents que le Conseil de l'Union a eus sous les yeux, il résulte que l'Administration n'a jamais voulu envisager l'établissement d'une organisation de soins et qu'elle a toujours estimé devoir s'en tenir à un tarif de la visite ou de la consultation, prétendant povr le reste, envoyer les bénéficiaires de la loi à l'hôpital.

Autrement dit, l'Administration a toujours projeté, pour la loi des pensions, d'appliquer son cadre de médecine d'assistance.

Les médecins, au contraire, se sont placés sur le terrain technique et ont envisagé une organisation complète de soins, dans laquelle les divers cas seraient prévus et dans laquelle les traitements les meilleurs seraient mis en œuvre, suivant les conquêtes de la technique moderne.

C'est pour l'organsation de ces soins, suivant le libre choix, que le législateur avait voulu une «entente » avec le corps médical.

Il ne s'agit donc pas aujourd'hui d'un conflit autour d'une question d'honoraires. *La question d'honoraires* a été à peine abordée ; elle est facile à trancher. Il s'agit d'un conflit à propos de la structure technique que doit revêtir une organisation de soins. L'Administration s'en tient à son type d'assistance, avec libre choix inexistant ou très limité ; l'Union des Syndicats médicaux, selon le texte et l'esprit de la loi des pensions propose une organisation complète, une structure dans laquelle le libre choix serait strictement respecté et qui prévoit des modalités d'application, un contrôle technique assurant aux blessés, à l'Etat et aux médecins les garanties nécessaires.

Enfin, M. Maginot, en se faisant donner par le Parlement et, nous le répétons, par surprise, le droit d'établir, *seul*, un tarif, crée une taxation des honoraires médicaux.

Le corps médical n'accepte pas le principe de cette taxation que rien ne justifie, imposée sans accord préalable, à une profession parfaitement honorable, qui, *depuis 22 mois donne ses soins* aux blessés de guerre sans avoir touché aucun honoraire de l'Etat et qui, de ce fait a dû assurer, seule, *l'application de la loi.*

A propos de la loi des pensions.

Dans une note officieuse, publiée hier, le Ministère des pensions déclare que « son projet de décret fixant les tarifs des visites et consultations médicales » va paraître, que les prix proposés seront suffisants et que les médecins n'auront aucune raison de refuser de donner gratuitement leurs soins aux bénéficiaires de loi des pensions.

Présentée sous cette forme, l'information est incomplète et risque de fausser l'opinion. Il convient de préciser les points suivants :

a) Les médecins n'ont pas refusé de soigner gratuitement les bénéficiaires de la loi des pensions, au cas où ceux-ci — ce qui sera exceptionnel — seront dans une situation matérielle d'indigence.

L'Assemblée générale de l'Union des Syndicats médicaux a prévu ce cas et fixé, le 3 décembre dernier, l'attitude des médecins par le texte suivant : § g) « Dans les cas où la situation du malade ne lui permettrait pas d'honorer le médecin, le malade recevra néanmoins les soins médicaux. Son nom sera communiqué au Syndicat médical local à fin d'enquête. »

b) Les médecins, — le ministère des pensions ne peut l'ignorer — ont, jusqu'ici, fait crédit à l'Etat. Ils ont donc donné leurs soins, depuis bientôt deux ans, sans avoir jusqu'à maintenant touché aucun honoraire de l'Etat ;

c) Ils ont donc décidé qu'ils ne feraient plus crédit à l'Etat à partir du 1er février. Ce ne sont pas, en effet, les médecins qui doivent des soins aux mutilés, *c'est l'Etat.*

d) Le communiqué officieux risque de laisser croire que le conflit entre les médecins et le ministère des pensions a pour cause unique une question de prix. *Ce n'est pas exact.*

Le désaccord porte sur la façon dont on doit envisager une organisation de soins. Le règlement des honoraires n'est qu'une *question secondaire.*

Le Ministère des pensions ne conçoit qu'une structure, celle de l'Assistance, dans laquelle sont prévues seulement visite et consultation, tarif kilométrique ; mais dans laquelle, en dehors de cela, le malade est envoyé à l'hôpital. Le libre choix dans ces conditions, est limité ; il est retiré, précisément dans les cas les plus graves.

Les médecins demandent qu'une organisation sérieuse de soins soit créée, comprenant la détermination des multiples cas qui peuvent se présenter, établissant les règles d'une collaboratian médicale, aujourd'hui nécessaire, si on se place au point de vue technique.

Cette organisation doit comprendre un contrôle.

Toutes les raisons persistent donc, pour les médecins, de conserver l'attitude qu'ils ont prise, c'est-à-dire soigner les bénéficiaires de la loi comme des malades ordinaires et *ignorer* le ministère des pensions, et cela, à partir du 1er février.

***

D'une façon générale, nous avons reçu de nombreuses marques d'approbation pour la façon dont nous avons envisagé la question des soins médicaux aux pensionnés de guerre.

Elles nous sont particulièrement précieuses, et nous en remercions vivement les auteurs.

Nous avons montré comment, à notre sens, les défectuosités de la loi peuvent expliquer, dans une certaine mesure, les difficultés de la situation devant laquelle nous nous trouvons.

Nous avons établi que la façon malencontreuse dont on avait procédé au recrutement, au cours de la guerre, parmi les jeunes classes et surtout parmi ceux qu'on a appelés les récupérés, avait multiplié à l'infini les bénéficiaires de cette loi et fait peser sur le trésor une charge tellement lourde, qu'il n'est pas surprenant que le Gouvernement ait cherché par tous les moyens possibles à l'alléger. Ce qui ne justifie nullement d'ailleurs la conduite qu'il a tenue, et qui constitue, quels que soient les avantages éventuels des tarifs annoncés, un véritable outrage au corps médical.

Voici, dans le même sens que le nôtre, un exposé relatif à la manière dont la loi joue à l'égard des déséquilibrés.

La thèse défendue par l'auteur est exactement la nôtre. Elle mérite d'être reproduite.

Les déséquilibrés et la Loi des Pensions (1),

Par le Dr Molin de Teyssieu,

Chef de clinique psychiatrique à la Faculté.

La bienveillance systématique de la loi des pensions appliquée indistinctement à toutes les victimes ou pseudo-victimes de la guerre n'a pas tardé à produire, en ce qui concerne les déséquilibrés, une série de conséquences inattendues que nous croyons utile de souligner publiquement.

La loi de 1831 qui régissait, avant la guerre, l'attribution des pensions militaires pour infirmités s'est bientôt montrée insuffisante, sinon injuste, et les évaluations de l'échelle de gravité de 1887 qui l'a suivie ne permettaient pas davantage d'indemniser nombre d'invalidités, conséquences directes de la vie militaire nouvelle qu'elle ne prévoyait pas.

Sous la pression des évènements, les lois de 1915 et de 1919 ont été votées dans un esprit de libéralité la plus grande, admettant pour la dernière le principe de l'imputabilité par présomption légale, c'est-à-dire créant en fait une assurance-maladie perpétuelle pour tout individu ayant été incorporé, ne fût-ce que sur le papier.

Cette loi a été complétée de barêmes qui, pour être plus complexes que l'ancienne échelle de gravité, n'en n'étaient pas plus précis et laissaient pour nombre de cas une marge considérable à l'expert, allant parfois de 10 à 100 %.

Je n'ai pas à faire ici la critique de la loi de 1919, qui soulève, au point de vue médico-légal, bien des objections, je n'ai en vue que les conséquences de son application aux aliénés.

Du fait de cette loi, tous les psychopathes ont bénéficié des nouveaux textes, quelles que soient leurs tares personnelles ou héréditaires. Le taux de pension alloué était laissé à l'appréciation des experts qui, le plus souvent, ne tenaient compte que du préjudice réel occasionné par la guerre, s'inquiétant, à juste titre, de l'état mental antérieur.

Il en résulta évidemment des divergences de vue parfois énormes ; aussi, dès juillet 1920, le ministre prescrivait-il, par voie de circulaire, d'appliquer systématiquement à tous les aliénés le taux maximum de 100 %.

(1) Communication à la Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux, 24 décembre 1920.

Ce fut alors la ruée à l'assaut de la finance publique de tous les tarés, tous les asthéniques, tous les déséquilibrés, qui avaient été éliminés de l'armée soit par insuffisance, soit par déchéance, souvent même à la suite de délits, par simple mesure de prophylaxie morale. Cette poussée de revendication s'est encore accrue sous l'impulsion des récentes dispositions légales accordant les mêmes avantages aux pensionnés à 100 %. tels que la surpension, l'assistance d'une tierce personne, le voyage à quart de place, l'exonération de certains impôts, etc.

Si le taux de pension maximum n'est pas atteint d'emblée, il est obtenu journellement grâce à la manœuvre suivante : éliminé de l'armée pour alcoolisme chronique avec un taux d'invalidité inférieur à 10 %, puisque la réforme n° 2 n'existe plus en fait, le faux mutilé, quand il ne simule pas par quelque extravagance des accidents vésaniques aigus pour se faire interner, se fait hospitaliser.

De l'hôpital où il parvient toujours à entrer en raison de sa situation de malade payant un gros prix de journée aux frais du ministère des pensions, il écrit au directeur du Service de santé de sa région, demandant revision de sa pension pour aggravation de son état ayant nécessité l'hospitalisation. La machine administrative entre alors en action et le taux d'invalidité est automatiquement relevé en vertu des dispositions quasi impératives des circulaires en vigueur.

Si le sujet a causé du scandale, commis un délit, voire un crime, et qu'un aliéniste ait jugé ses tares suffisant à motiver l'indulgence, il est interné à l'asile d'aliénés et la pension portée au taux maximum pour deux ans, pendant lesquels il jouira de plus de 6.000 francs de rente annuelle, même s'il a été remis en liberté le lendemain de sa présentation sur pièces devant la Commission.

Des dispositions légales qui permettent de tels faits sont un défi au bon sens et sont lourdes de conséquences que le législateur n'a certainement point prévues. Outre leurs répercussions financières et le fâcheux retentissement moral qu'elles peuvent avoir sur l'esprit public, elles ont pour effet direct d'encombrer d'abord les hôpitaux de faux malades n'y venant que dans le but de voir relever leur pension, de permettre la séquestration à domicile de véritables aliénés que les familles gardent dans des conditions déplorables pour bénéficier des rentes que procurent le malade, de lier enfin les mains à l'expert qui ne peut plus en justice conclure, pour cause de tares mentales, à l'irresponsabilité d'un prévenu sans lui conférer du même geste un titre à une pension d'invalidité totale.

J'ai, en ce qui me concerne, signalé ces faits à l'autorité supérieure et ne me fais aucune illusion sur la portée pratique d'un avis isolé en présence de textes émanés du Parlement, mais je crois que de tels cas concrets, pour le moins choquants, méritent d'être connus du corps médical et qu'il est possible, par notre intervention, sans toucher à l'édifice de la loi, d'en faire modifier par voie de circulaire certaines dispositions afin d'exclure de ses libéralités des bénéficiaires particulièrement indignes.

***

Quelqu'un m'a écrit : « Comment se fait-il que le *Concours médical*, qui a pris si nettement position contre la grève des médecins, semble, à propos du conflit qui vient de surgir entre l'Etat et le corps médical, revenir sur son attitude si catégorique ? »

Entendons-nous. Nous avons dit et nous répétons que nous étions et que nous demeurons fermement opposés à la grève des soins. Quelques difficultés que nous rencontrions à faire triompher notre bon droit professionnel, il est un intérêt qui prime tous les autres, c'est celui des malades, pour lesquels nous sommes faits.

Nous n'avons rien à changer à cette manière de voir, qui nous place sur un excellent terrain pour faire la différence entre cette grève que nous condamnons et ce qu'on a appelé la grève administrative, la grève des papiers.

Le Dr Simonin, de Limoges, qui a consacré de nombreuses pages de son intéressante *Gazette limousine* à cette importante question, a tenu le même langage que nous-mêmes.

En ce qui concerne les pensionnés de guerre, nous répétons que, les considérant comme des clients ordinaires, nous n'en devons pas moins leur fournir les moyens de faire prévaloir leurs droits au regard de l'Etat. Notre sentiment n'a pas varié sur ce point.

Si nous sommes bien informés, il serait possible que la montagne gouvernementale accouche d'une souris et que le corps médical finisse par obtenir satisfaction.

Et maintenant, pour terminer aujourd'hui sur une note gaie, voici le récit savoureux que nous envoie notre excellent confrère le Dr Chaumet :

En juillet 1918, un député, membre de la Commission de l'armée, faisait un tour au front, proche Revigny. Son chauffeur, ayant abordé trop hardiment un des nombreux obstacles de la route, la voiture fit un brusque saut et notre député s'en fut donner du chef dans les membrures supérieures.

Petite plaie... grand émoi... Après un pansement sommaire, le blessé (!) est transporté à l'H.O.E. de Révigny. Remue-ménage héroïque. Médecin-chef, infirmières radieuses, Infirmiers bougons. Déménagement d'une salle entière ; modifications dans les services afin de pourvoir aux soins spéciaux et aux aises de cet hôte de marque.

Hélas ! La plaie s'infecta... Epouvante !!! Combien avons-nous vu de plaies suppurantes sans éprouver trop d'émotion ? Mais un cuir chevelu qui porte en lui de si hautes pensées n'a pas le droit de porter microbe nuisible.

Enfin, après consultations variées, visites du chirurgien d'armée, du médecin inspecteur d'armée, du général commandant l'armée, un mieux se fit sentir, et sous le chaud soleil de Revigny, l'on put voir journellement le spectacle enchanteur suivant :

Un député revêtu du pyjama de la Croix-rouge américaine, infiniment allongé dans le fauteuil transatlantique ; à ses pieds, une infirmière lui faisant la lecture ; à ses côtés, Mlle X... rafraî-

chissant son visage du balancement d'un mol éventail, et, derrière lui, digne, conscient de sa mission, un infirmier tenant sur le chef enturbanné du royal convalescent, le parasol éployé du roi Behanzin...

Pendant ce temps, des poilus râlaient dans les salles voisines de l'H.O.E.

Cette scène véridique n'est pas perdue pour la postérité. Il paraîtrait qu'il en reste des traces matérielles.

Et maintenant, si vous me demandez le nom de ce député, je me permettrai, Œdipes et Sphinx entraînés à la solution des énigmes, de laisser à votre imagination — j'allais dire à votre imaginotation — le soin de le découvrir.

G. DUCHESNE.

II

Association professionnelle des externes des hôpitaux de Paris.

Le syndicalisme fait des progrès partout : à l'heure actuelle, une individualité isolée ne peut pas se faire entendre ; elle ne peut faire aboutir ses légitimes revendications : seuls les groupes ont la faculté de causer avec des groupes : l'associationnisme devient une nécessité, il est socialement indispensable.

Témoin nos futurs confrères, les externes des hôpitaux de Paris. Nos jeunes camarades ont vainement demandé audience au directeur de l'Assistance publique qui, bien que médecin lui-même, n'a pas voulu, ou n'a pas eu le temps de les recevoir.

Les externes ont donc pensé se grouper en association, en syndicat, sachant fort bien que leurs délégués seraient enfin écoutés par l'autorité supérieure.

Quelles sont leurs revendications ?

Tout d'abord, le relèvement de l'indemnité mensuelle. Devant les augmentations considérables du coût de la vie, jointes au relèvement du prix des transports, de celui des inscriptions et examens, etc... les externes des hôpitaux pensent que les faibles indemnités touchées jusqu'à ce jour sont par trop en disproportion avec la valeur actuelle de l'argent.

Mais cette augmentation ne viendrait-elle pas spolier le bien des pauvres ? Nullement, car le budget de l'assistance publique est, en très grande partie, à la charge de la Ville de Paris et même de l'Etat. Une augmentation de traitement des externes ne fera nullement souffrir les droits des indigents, car les fondations charitables ont un but déterminé par la volonté des testateurs ou donateurs, et personne ne peut y toucher. La collectivité publique intervient pour la plus grosse part des frais généraux et de gestion.

Remarquons du reste que les hôpitaux de Paris sont loin de n'admettre que des indigents, ou même des semi-indigents. Nombreux sont les malades aisés, voire même riches, qui se faufilent, grâce à des complicités plus ou moins ouvertes, et qui se font soigner, opérer, guérir, au détriment du corps médical tout entier, comme au détriment des pauvres.

Depuis de nombreuses années, depuis surtout 1904-05, de nombreux rapports ont été écrits sur la questions : les Milon, Léon Archambault, Louis Régis et nous-même avions dénoncé une situation, que d'ailleurs, en 1899, le Conseil supérieur de l'Assistance publique avait discutée sans la résoudre.

Par suite, les externes des hôpitaux nous semblent parfaitement fondés à réclamer une augmentation d'indemnité, du moment où, à l'hôpital, ils ont à prodiguer leurs soins, non seulement aux pauvres, aux nécessiteux, mais encore à la masse imposante des malades payants, qui frustrent tout le monde par leur présence.

Ajoutez que beaucoup d'hôpitaux, à Paris, sont très éloignés de la Faculté : nos jeunes gens, sortant d'un service hospitalier, passé midi, doivent être de bonne heure à la Faculté, pour leurs cours et travaux pratiques. Ne serait-il pas légitime de leur donner le repas de midi dans les hôpitaux périphériques ?

Puis viennent les nombreuses questions de discipline intérieure de l'hôpital, les petits conflits qui seront solutionnés avec plus d'impartialité et moins de nervosisme, lorsque le directeur de l'établissement aura à causer avec une association organisée.

Les rapports avec les internes, concernant le prix de plus en plus croissant des conférences d'internat ; puis la question de la modification du concours d'internat, etc... seront l'objet d'une étude.

Un externe tombe-t-il malade, est-il blessé dans son service ? Généreusement, l'assistance publique offre un lit, mais en le faisant payer, au prix commun du public, c'est-à-dire 19 fr.50 par jour. N'est-ce pas un comble d'ingratitude, ou plutôt d'amoralité administrative à l'égard de cette jeunesse ardente, qui ne demande qu'à travailler presque gratuitement ?

Mais, pourrait-on m'objecter, les externes recherchent le titre gagné au concours, pour s'instruire d'abord, puis pour utiliser, plus tard, ce titre en clientèle.

Oui, mais les temps sont changés : la vie d'étudiant coûte trop cher aux parents ; la profession se démocratise et ne doit pas rester l'apanage des seuls riches, capables de supporter les sacrifices pécuniaires, pour faire de leurs enfants des docteurs. Enfin, l'hôpital fait fonction de maison de santé, en faisant payer les malades aisés, qui

sont admis dans les établissements de l'assistance publique. Par suite, le personnel médical doit être rémunéré pour les soins donnés aux malades non indigents.

Donc, le 31 janvier, nous avons assisté à un spectacle fort intéressant. Plus de 250 externes étaient réunis : ils ont écouté avec attention les considérations générales sur les bienfaits de l'association et, d'enthousiasme, ils ont voté, article par article, les statuts d'une association professionnelle (loi de 1884, sur les syndicats) ; ils ont fait lire et relire certaines clauses concernant les conseils de famille, les sanctions, car, il faut le dire, ils se sont inspirés des statuts-types, indiqués par la dernière édition de l'Agenda du *Concours* (1921).

Cotisation de dix francs par an, quatre assemblées générales obligatoires dans l'année, un syndic par hôpital, un par promotion ; chaque question importante sera confiée à un secrétaire rapporteur, qui s'adjoindra tous les camarades, comme toutes les compétences nécessaires pour aboutir à un travail complet. Par acclamation, il a été convenu que ces travailleurs seraient indemnisés de tous leurs frais.

Puis vinrent les élections du bureau : nos jeunes camarades n'entendirent placer à leur tête que des travailleurs, des convaincus : ce n'est pas un titre honorifique, mais une fonction de confiance qui est dévolue. Un président, deux vice-présidents, un secrétaire et un trésorier furent acclamés, avec mission de préparer la première assemblée générale régulière dans un mois, pour les élections définitives. Dans ce bureau, nous relevons les noms de Brunet, le fils du conseiller municipal de Paris, et de Grinda, le fils du député de Nice, notre confrère. En gens pratiques, nos jeunes camarades ont recherché non seulement des travailleurs, mais des convaincus capables de faire aboutir, par leurs relations, les justes revendications de tout l'externat.

Nous-même fûmes acclamé conseil médico-juridique du syndicat, car nous apportions avec nous le long passé et l'expérience des syndicalistes militants de la première heure, ceux de 1879 et leurs dévoués disciples, les Cézilly, les Gassot, Maurat, Jeanne, Noir et *tutti quanti*.

L'avenir est proche où le syndicat sera officiellement considéré, par les pouvoirs publics, non seulement comme le défenseur des intérêts de chaque corporation, mais également comme le conseiller technique, représentant les forces intellectuelles de chaque groupe de métier, ou de profession. Bientôt les syndicats seront de véritables conseillers d'Etat, habitués qu'ils seront de parler au nom d'une collectivité professionnelle, entendant défendre ses droits, mais faisant cadrer ses droits avec les devoirs sociaux que chaque corporation a vis-à-vis des autres groupes de la nation. C'est pourquoi nous devons applaudir à la création de tout nouveau syndicat.

Dr Paul Boudin.

HYGIÈNE PUBLIQUE

La Révision de la charte française d'hygiène

Par le Dr René Martial,

Membre fondateur de l'Association ouvrière pour l'hygiène des Travailleurs,
Ancien directeur du Sanatorium de Montigny-en-Ostrevent,
Ancien directeur du Bureau d'Hygiène de Douai,
Ancien adjoint technique de l'Armée,
Ancien directeur départemental de l'Aisne,
Directeur des Services d'hygiène de la ville de Fez (Maroc).

CHAPITRE Ier

L'Hygiène et le Corps médical français. Evolution de l'idée de réforme. Grandes subdivisions.

En commençant l'exposé du projet de revision de la charte française d'hygiène, je désire remercier le Conseil de direction du *Concours médical* de l'honneur qu'il me fait en me confiant la tâche délicate, difficile, périlleuse de guider dans les circonstances actuelles un des plus forts groupements médicaux de France, qui a maintenant quarante et une années d'existence et fourni maintes preuves de sa vitalité.

Si les médecins praticiens veulent, ainsi que cela est légitime, participer à l'élaboration de la nouvelle organisation sanitaire française — laquelle inclut la réforme de la loi de 1902 — il faut, — et c'est une nécessité absolue — qu'ils fassent bloc autour d'un seul et unique projet, qu'ils cessent leurs éternelles et stérilisantes discussions, qu'ils présentent aux commissions parlementaires un projet positif. Ce projet ne sera pas parfait — mais il vaudra autant que l'officiel. Ce qui a déterminé la défaite constante des praticiens dans toutes les questions d'hygiène, et ce qui risque de les faire battre encore à l'avenir, c'est cet esprit de critique négatif, c'est l'absence de sens des réalités. Les praticiens auraient peut-être eu gain de cause en hygiène s'ils avaient su se rallier à des idées constructives. Mais il se sont trop souvent présentés devant les pouvoirs publics les mains vides; quand l'interlocuteur leur demande : que m'apportez-vous ? ils ne savent rien présenter d'autre que des récriminations. Alors, on leur répond en leur montrant leurs propres erreurs. Il en fut toujours ainsi.

Il faut en second lieu qu'ils ne se laissent pas diviser, ni par ceux du dedans, ni par ceux du dehors. Le *Concours médical* avait toutes les qualités requises pour entreprendre l'étude que nous publions aujourd'hui, car nul ne saurait suspecter le désintéressement, ni la discipline syndicaliste de ses rédacteurs.

La voiturette du Médecin

des Etablissements de l'AUTO-FAUTEUIL

Les lecteurs ont pu voir, dans le dernier numéro du *Concours*, la solution si nette du groupe moteur à laquelle ils ne s'attendaient pas, car elle est irréalisable avec le système classique à pont rigide : ce groupe moteur à attaque directe des roues et toute la **voiturette actuelle définitivement standardisée sont le fruit de 8 années d'expériences et de modifications suggérées par les critiques des possesseurs des véhicules du début (moto-voiture 1912-1914). Je suis maintenant tellement certain de la durée et de la solidité des pièces mécaniques que j'accorde à l'acheteur toutes les garanties voulues.**

Pour les abonnés n'ayant pas suivi en 1914 l'exposé des principes de la suspension, nous donnerons quelques renseignements ; on s'étonnera moins ensuite de mes sauts de 6 mètres, du passage d'un caniveau à 50 à l'heure sans rebondissement, et des descentes en vitesse de remblais de 8 à 10 mètres de hauteur, pente à 45 degrés, et reprise normale de l'horizontale en bas (expériences faites devant la commission technique des inventions en 1918).

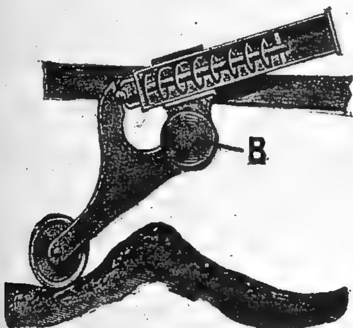
Les possesseurs de mes voitures pourront donc s'amuser à faire du steeple-chase.

SUSPENSION

Principe naturel de l'absorption des obstacles

La solution classique fait fausse route, et essayer de la perfectionner au moyen de jumelles ou amortisseurs revient à améliorer le caoutchouc plein ou creux d'autrefois tout en ignorant le pneumatique.

Amortir le coup de raquette n'est pas suspendre la voiture **et les embardées n'en disparaissent pas pour cela.** Les 5 à 6 lames de ressort par roue, les jumelles, les boulons, graisseurs, représentent un poids considérable et beaucoup d'entretien, tandis qu'en rompant avec la routine on en vient au principe rationnel et mécanique dont je ne suis pas l'inventeur, mais que j'ai copié sur la nature en reproduisant le passage de l'obstacle par glissement ascensionnel du pied rotulant autour d'un centre (genou) grâce à un bras de levier (la jambe) agissant sur la partie à soulever.



Principe de la nature permettant à une roulette de franchir sans choc un obstacle de son diamètre.

Que faut-il donc pour exécuter toutes les promesses signalées plus haut et coller à la route ?

L'indépendance absolue des roues et un simple ressort à boudin de 1 k ne tenant ni au châssis ni à la roue.

Avec la suspension propulsive, même si l'obstacle est plus grand que la roulette, le bras de levier qui la porte tournera sur son articulation en A et la roulette franchira l'obstacle sans choc appréciable et en suivant toutes les sinuosités.

Le tassement du ressort s'opérant longitudinalement suivant le sens de la propulsion du véhicule, la force emmagasinée sera récupérée en poussée propulsive au lieu de faire rebondir la voiture.

Les essieux et les ponts qui étaient non suspendus et trop lourds sont supprimés ; en plus, les roues *complètement indépendantes* l'une de l'autre suivront exactement toutes les aspérités de la route.

Le cliché ci-dessus est naturellement un schéma du principe et non une reproduction exacte. Au tassement du ressort correspond un soulèvement trois fois plus grand de la roue et **on peut, en vissant plus ou moins les chapeaux de suspension, faire varier la résistance de ces ressorts suivant le poids à transporter ou l'état de la route ; opération facile ; en 2 minutes on peut du reste changer sans outils un ressort, d'ailleurs garanti incassable. Dans les chocs anormaux un autre ressort extra-raide sert de butée dès que le soulèvement de la roue dépasse 16 centimètres.**

Avec une voiture classique vous pourrez également faire des sauts de 6 mètres en vous lançant à 45 à l'heure sur un gros talus à 45 degrés, mais il faudra vous voir, ainsi que la voiture, après l'atterrissage !

(*A suivre.*)

Avant la guerre, la loi de 1902 à l'intérieur, et celle du 3 mars 1822, à la mer, constituaient, avec une demi-direction au ministère de l'intérieur, l'armature civile de l'hygiène. La loi de 1902 est surtout connue de nom ; elle eut une naissance pénible, fut critiquée dès le début de sa promulgation, jamais appliquée. Tout le monde, d'un consentement tacite, l'ignora. Elle n'est cependant pas aussi mauvaise qu'on le prétend et, même encore maintenant, elle donnerait de très bons résultats si on voulait essayer de l'appliquer avec intelligence et conscience. Nous sommes peu nombreux de cet avis. Mais il se trouve que ceux qui pensent ainsi sont parmi les très rares qui ont derrière eux une longue pratique de l'hygiène je pense à Ott, de la Seine-Inférieure, et à Paquet, de l'Oise. La résistance opposée à l'application de la loi de 1902 par le corps médical, la mollesse des pouvoirs publics, l'incompétence et la mauvaise volonté des maires, les rivalités dans le monde des Facultés et de l'Académie, l'ont fait tomber dans un discrédit si complet que tout le monde en demande aujourd'hui la réforme. Les plus ardents, sont les nouveaux venus, lesquels n'ont pas tous le courage de déclarer, comme Fernand Bezançon le fit, en 1919, à l'Académie, qu'ils ignoraient l'hygiène avant la guerre, déclaration qui fait le plus grand éloge de son caractère en même temps que de son esprit scientifique.

La réforme des lois serait insuffisante, si l'on ne s'occupait pas aussi de la réforme (déjà) de l'organisme chargé d'en assurer l'application : le ministère de l'hygiène. Ces deux réformes principales entraînant une refonte complète de tous les organismes sanitaires, il fallait donc adopter un titre plus général et c'est pourquoi celui de revision de la charte française d'hygiène m'a semblé préférable à celui de réforme de la loi de 1902.

Cette révision, ces réformes, devraient se préparer par la collaboration de deux groupes d'hommes. Le Parlement aura la charge de fusionner leurs idées. Ces deux groupes sont, d'une part, les savants ou les hygiénistes et les administrateurs dont les travaux accumulés depuis de longues années ont démontré la compétence, de l'autre, les praticiens sans lesquels on ne peut rien faire. Cette coopération aurait dû exister dès le début de la période d'élaboration des nouveaux projets. Elle aurait dû être complète et minutieuse. Il est trop tard. Le ministère a déjà pris position officieusement dans les commissions, les Facultés, le Parlement ; son projet, non encore publié, est connu dans les grandes lignes. Plusieurs auteurs compétents ont également fourni des idées fragmentaires, des sociétés savantes ont émis des vœux, il y a eu des suggestions, des projets abandonnés. Nous savons bien que l'Union des Syndicats médicaux et l'Association générale des médecins de France ont depuis peu un délégué dans la commission, mais la part donnée aux praticiens dans cette élaboration a été trop restreinte et trop tardive pour porter des fruits. Il en résulte une situation assez confuse, et le *Concours médical* peut, sans crainte de gêner l'action des Syndicats médicaux, publier le présent projet, qui contribuera à les faire réfléchir et à faciliter leur tâche.

Ce projet a deux caractéristiques essentielles : 1° la coopération la plus fréquente, la plus grande possible du corps médical dans l'application des nouvelles lois ; 2° d'être établi d'après une longue expérience. Il s'appuie sur des idées qui ont triomphé avec le temps : enseignement de l'hygiène dans les écoles, pédagogie sexuelle, hygiène individuelle, ouvrière, etc.

Définissons la coopération médicale, coopération la plus grande possible avec le corps médical (en fait, service de santé civil). Cela veut dire que, toutes les fois qu'en vue du fonctionnement de la nouvelle charte, une compétence technique ou administrative hautement spécialisée ne sera pas nécessaire, c'est le médecin praticien qui aura la charge de l'application de la loi, on verra comment au cours des divers chapitres. Les praticiens doivent désormais reconnaître que l'hygiène est autre chose qu'un mot, que c'est un complexus scientifique, une synthèse (1) dont l'application exige la spécialisation, donc une étude spéciale, donc des spécialistes. C'est ce que quelques uns d'entre nous sommes devenus, pionniers qui avons vécu de bien mauvais jours pour arriver au droit d'écrire ce que nous disons et de vivre pour les idées que nous avons reconnues justes. De même, peu de médecins sont bons administrateurs, cela aussi exige des études spéciales. Il suffit d'avoir le bon sens de le reconnaître : tout ingénieur n'est pas apte à administrer la compagnie industrielle pour laquelle il travaille. Laissons donc aux hygiénistes, médecins *de collectivités*, la part qui leur revient fatalement, l'importance du rôle du praticien, médecin d'*individualités*, non seulement n'en sera pas diminuée, mais en sera très augmentée (médecins des compagnies de transports, des dispensaires anti-tuberculeux, vaccinations, logements insalubres, inspection des écoles, etc).

***

L'organisation de l'hygiène comporte deux parties : la Prophylaxie et l'Hygiène (qu'on pourrait encore appeler salubrité). Chacune de ces deux grandes divisions en comporte immédiatement deux autres : prophylaxie à l'intérieur, prophylaxie aux frontières, hygiène technique, hygiène administrative.

La prophylaxie tout entière est basée sur la déclaration obligatoire des maladies contagieuses.

CHAPITRE II

Section A

Prophylaxie. Déclaration. Tuberculose. Désinfection. Fonctionnement à l'intérieur.

La prophylaxie tout entière est basée sur la connaissance de l'existence des cas de maladies contagieuses,

(1) V. Principes d'hygiène. O. Doin, éd., 8 pl. de l'Odéon, Paris.

quelle que soit leur espèce ou leur nature, c'est-à-dire, sur la déclaration desdits cas à l'autorité sanitaire. Déclaration obligatoire parce que l'intérêt absolu, ne comportant aucune restriction, de la collectivité, est d'empêcher le développement des épidémies. Cet intérêt collectif, cette défense de la société contre la contagion, se confond d'ailleurs rapidement avec l'intérêt individuel, la maladie étant un accident anti-économique, et avec l'affectivité familiale bien comprise. Déclaration de toutes les maladies contagieuses, quelle que soit la durée de leur évolution : rougeole aussi bien que tuberculose, diphtérie aussi bien que lèpre, méningite cérébro-spinale aussi bien que peste, fièvres typhoïdes aussi bien que fièvre de Malte, typhus exanthématique aussi bien que scarlatine, érysipèle, oreillons, etc., etc. Une discussion ne peut s'élever qu'au sujet des maladies vénériennes,pour lesquelles ni l'opinion publique, ni celle du corps médical, ni celles des spécialistes n'est encore mûre, à plus forte raison, fixée.

Qu'il y ait, au sujet de la déclaration de la tuberculose, des mesures préliminaires à prendre avant de la rendre légale (armement anti-tuberculeux à créer et à développer, hygiène de l'habitation, lutte anti-alcoolique, assurance-maladie), cela va de soi, mais cette contagion, la plus dangereuse pour notre pays avec celle de l'éthylisme, ne peut pas ne pas être déclarée pour pouvoir être enrayée, puis étouffée.

Ce qui était tolérable il y a vingt ou cinquante ans ne l'est plus maintenant, et, la collectivité est pleinement justifiée à exiger de bénéficier des découvertes de la science contemporaine. On a bien admis les heureuses conséquences des travaux de Pasteur ; pourquoi se priver, de propos délibéré, de celles non moins efficaces et heureuses des travaux de Villemin et de Calmette ? Peut-on s'obstiner à ne pas connaître les cas de paludisme pour éviter la peine de détruire les anophèles ? Respectera-t-on les poux pour ne pas déclarer les cas de typhus exanthématique ? Cultivera-t-on le bacille tuberculeux pour continuer à ignorer celui qui l'expectore ? Car, il n'est question, ici, que du tuberculeux ouvert.

Non, il faut marcher avec son temps. Toute résistance prolongée de la part du corps médical serait fort mal interprêtée, inutile, et les pouvoirs auraient raison de passer outre (1).

La mise en pratique de la déclaration de la tuberculose pourrait être différée jusqu'à ce que l'armement anti-tuberculeux soit sérieusement organisé. Cette période de construction et d'organisation pourrait être grandement abrégée si on créait en France des caisses d'assurance-maladie dans le genre de celles qui fonctionnaient en Allemagne depuis 30 ans avant la dernière guerre, et qui avaient donné de si remarquables résultats. Calmette, Fuster, et moi-même, avons vainement tenté de les faire connaître en France, il y a bien des années. Aujourd'hui, des gens qui ont découvert l'Alsace-Lorraine tout récemment, y ont trouvé en même temps l'assurance-maladie, mais trop souvent ne s'occupent qu'à la critiquer. Nous leur conseillons de lire les documents publiés avant la guerre par le professeur Bielfeldt, de Lubeck. Dans notre pays, pourquoi ne pas jeter dans l'organisation de la lutte anti-tuberculeuse les millions accumulés par la mutualité ?

Laissons là, cette digression.

Quoiqu'il en soit,ce qui importe pour le moment, s'est d'adopter le principe de la déclaration.

En revanche, les praticiens sont absolument fondés à exiger que la déclaration soit suivie d'une désinfection opérée par un service qui fonctionne *cito, tuto et jucunde*, suivant le vieil adage qu'aimait à répéter notre regretté maître Farabeuf, selon la formule de l'École de Salerne.

Ici même, dans les syndicats, dans les sociétés médicales, dans les sociétés savantes, on a beaucoup discuté, et, l'on discute encore sur la question de savoir à qui incombe le soin de faire la déclaration. On a pensé très fortement à en transférer l'obligation du médecin au chef de famille ou à celui qui en tient lieu, en arguant du secret professionnel auquel est tenu le médecin.

La question du secret professionnel a passionné tous les médecins et les passionne encore. D'une part, le secret professionnel est demandé par le malade, mais , de l'autre, ce privilège va bien parfois à l'encontre des intérêts de la collectivité. Exemple : en matière de mariage. Est-on bien certain qu'en ce qui a trait aux maladies contagieuses habituelles à nos pays, le client tienne tellement au secret professionnel ? N'est-ce pas la famille elle-même qui annonce à tout le village que l'enfant a la variole ou le croup ? Chaque mère, dans les villes aussi bien que dans les campagnes, ne détaille-t-elle pas avec complaisance les symptômes de la scarlatine ou de la méningite de son petit ? Dans toutes les affections qui relèvent de la pathologie externe, n'a-t-il pas à peu près disparu ?

Peut-on compter sur le chef de famille pour déclarer à l'autorité sanitaire la maladie dont le médecin lui a révélé la présence ? L'instruction hygiénique populaire demeure à faire, et si les médecins, gens instruits et techniciens,s'abstiennent souvent de déclarer, pense-t-on que le public ignorant s'y empressera ?

C'est évidemment par cette instruction que l'on

(1) Nous nous sommes toujours élevés contre la déclaration obligatoire de la tuberculose, parce qu'avant de la décréter, il faut pouvoir fournir au tuberculeux les moyens de se soigner, ce qui n'existe pas encore, parce que le nombre des tuberculeux qui spontanément se déclareront eux-mêmes, dépasse de beaucoup les possibilités actuelles de désinfection et de traitement. Nous admettons parfaitement les restrictions à la liberté individuelle, mais à la condition que ces restrictions soient réellement utiles à l'intérêt général et ne se bornent pas à un geste sans portée et sans suite, ce qu'est trop souvent,à l'heure actuelle, la déclaration obligatoire des maladies, même à Paris.

aurait dû commencer. Comme l'a dit très justement Noir, dans une démocratie civilisée, l'instituteur doit précéder le gendarme. Le gendarme doit être réservé pour les gens volontairement ignorants et rebelles.

Lorsqu'il a établi son diagnostic et formulé sa thérapeutique, le médecin n'a pas achevé son devoir. Autrefois, il pouvait quitter la maison du malade, la conscience satisfaite ainsi. Aujourd'hui, sa conscience comme sa science lui disent qu'il reste encore beaucoup à faire, car si l'autorité sanitaire peut et doit être chargée de la désinfection, à lui, médecin traitant la charge inéluctable de faire réaliser l'isolement ainsi que toutes les mesures de prophylaxie nécessaires pour protéger les autres membres de la famille, et même, dans bien des cas, diphtérie, variole, par exemple, les enfants du voisinage. La déclaration obligatoire n'est que le dernier acte de son rôle.

Pour ma part, je demeure attaché à la déclaration faite par le médecin traitant. Mais, comme au demeurant ce qui importe, c'est que la déclaration soit faite, je suis tout disposé à me rallier à la formule qui, en ménageant la susceptibilité du corps médical, sauvegarde les intérêts de la collectivité menacée par un foyer d'épidémie.

Toutefois, si l'on adopte finalement que la déclaration incombe au père de famille, il y aura lieu de prendre telles dispositions légales empêchant toute fraude ou toute dissimulation. Le *Concours médical* avait établi avant la guerre un projet qui mériterait d'être à nouveau étudié.

Enfin, dans le cas des maladies pestitentielles, capables de déchaîner en quelques heures des épidémies populaires, la déclaration devra revêtir un caractère d'urgence impératif.

***

La déclaration adressée à l'autorité sanitaire (nous verrons laquelle plus loin) déclanche aussitôt la désinfection. Les services de désinfection doivent être entièrement, personnel et matériel, entre les mains des autorités sanitaires, et non plus, comme cela existe encore dans la plupart des départements français, entre les mains du service des ponts et chaussées. Ce ne sont pas des cantonniers qui doivent mettre en pratique les prescriptions de la prophylaxie, mais des agents désinfecteurs instruits, exercés, entraînés et stylés. Leur matériel doit être le dernier cri du genre, de façon à pouvoir opérer vite, bien, avec succès et en causant le moins de dérangement possible aux intéressés.

Deux types d'organisation de la désinfection : type fixe, type mobile. Un type mixte pourrait présenter aussi des avantages. Type fixe : la désinfection est départementale en ce qui concerne les grosses opérations, divisée par arrondissements en ce qui concerne les petites. Autrement dit, chaque arrondissement possédera, suivant sa topographie et sa géographie, un ou deux postes de désinfection munis de moyens de déplacement rapides, et, de tout le matériel nécessaire à la désinfection en cours de maladie, ainsi qu'à celle d'une chambre ou deux de moyenne grandeur. Chaque département comptera, établi en un point topographique bien choisi, un poste de grande désinfection muni de moyens de déplacement aussi rapides que possible, d'étuves automobiles capables d'assurer la désinfection en profondeur, et de tous les ingrédients nécessaires pour opérer la désinfection en fin de maladie d'une grande maison, d'une école, d'un pensionnat, d'un atelier, etc.

Ce poste départemental sera de plus constitué en dépôt de produits chimiques, de désinfectants et de matériel d'exploitation pour le ravitaillement des postes d'arrondissement. Il sera pourvu des appareils nécessaires à la désinfection ainsi qu'à la destruction des rats.

Type mobile : des équipes mobiles régionales plus ou moins nombreuses suivant la région à desservir, du type de celle qui a été créée le 5 avril 1920 (1), mais plus riche en agents désinfecteurs et moins en état-major. L'idée est peut-être économique. Elle n'aurait pas les avantages éducatifs de l'organisation fixe.

(*A suivre*).

SOU MÉDICAL

Extrait analytique des procès-verbaux du Conseil d'Administration.

Admissions. — Sous réserve des publications statutaires, le Conseil prononce l'admission de MM. les Docteurs :

4538 Bilhaut (Marceau), Paris.
4539 Benetti, Marseille.
4540 Gourgaud, Cognac (Charente).
4541 Julia, Cesseuvre (Hérault).
4542 Drouet, 5, boul. Arago, Paris.
4543 Caizergues, Bram (Aude).
4544 Julié, Dijon (Côte-d'Or).
4545 Thouart, Marsac (Creuse).
4546 Dubroca, Lacanau (Gironde).
4547 Watin, Saint-André (Eure).
4548 Laroche, Saint-Dié (Vosges).
4549 Desmaroux, Vichy (Allier).
4550 Bongrand, Saint-Raphaël (Var).
4551 Gauthier, Crèches-sur-Saône (Saône-et-Loire).
4552 Bréville, Rocroi (Ardennes).
4553 Colle, Hénin-Liétard (Pas-de-Calais).
4554 Privat-Garilhe, Bourail (Nouv.-Calédonie).
4555 Martin, Flers (Orne).
4556 Gauthier, Le Raincy (Seine-et-Oise).
4557 Payré, Perpignan (Pyrénées-Orientales).
4558 Lavabre, Fabrègues (Hérault).
4559 Castueil, 20, Cours du Chapitre, Marseille.
4560 Lesage, Caudry (Nord).
4561 Robin, La Ferté-Gaucher (Seine-et-Marne).
4562 Pozier, Estrées-Saint-Denis (Oise).

(1) V. l'article immigration, variole et vaccination. *Revue d'hygiène et de police sanitaire*, nº 11, 1919.

4563 Belley, Mazamet (Tarn).
4564 Gougeon, 139, rue de Sèvres, Paris.
4565 Castellant, Sarcelles (Seine-et-Oise).
4566 Moyne, Villeneuve-les-Avignon (Gard).
4567 Rocher, Nîmes (Gard).
4568 Aubert, Nîmes (Gard).
4569 Ledru, Nîmes (Gard).
4570 Malarte, Nîmes (Gard).
4571 Choussat, M'Sila (Constantine).
4572 Mayet, Bourg-Saint-Maurice (Savoie).
4573 Huc, Estissac (Aube).
4574 Cazal-Gamelsy, Luchon (Haute-Garonne).
4575 Gripon, 4, passage d'Angoulême, Paris.
4576 Bousrez, Provenchères-sur-Fare (Vosges).
4577 Amieux, Grenoble (Isère).
4578 Chevallier, Villenauxe (Aube).
4579 Meyer, Susigny (Aube).
4580 Alvergnat, Vauchassis (Aube).
4581 Larroque, Les Riceys (Aube).
4583 Louvet, Lusigny (Aube).
4584 Bonnardot, Ervy-le-Chatel (Aube).
4585 Curie, Marcilly-le-Hayer (Aube).
4586 Bachimont, Tramel (Aube).
4587 Claverie, Palis (Aube).
4588 Subert, Romilly-sur-Seine (Aube).
4589 Galley, Les Riceys (Aube).
4590 Dupond, Payns (Aube).
4591 Buchenaud, Maizières (Aube).
4592 Flamand, Nogent-sur-Seine (Aube).
4593 Puyaubert, Tulle (Corrèze).
4594 Colas, Bassuet (Marne).
4595 Lautier, Lormes (Nièvre).
4596 Dupont, Méry-sur-Seine (Aube).
4597 Laguesse, Rebais (Seine-et-Marne).
4598 Fonteneau, Legé (Loire-Inférieure).
4599 Fau, Courpière (Puy-de-Dôme).
4600 Adam de Beaumais, 12, rue Lagrange, Paris.
4601 Rey, Cransac (Aveyron).
4602 Barbaux, 8, rue de Louvois, Paris.
4603 Henry, Mortagne (Orne).
4604 Le Gallen, Listrac-Médoc (Gironde).
4605 Agard, Nontron (Dordogne).
4606 Riel, 122, boul. de la Croix-Rousse, Lyon.
4607 Fradkine, 88, rue de Clichy, Paris.
4608 Tacquet, Saint-Riquier (Somme).
4609 Rabourdin, Rambouillet (Seine-et-Oise).
4610 Dupret, Marchiennes (Nord).
4611 Fort, Fontainebleau (Seine-et-Marne).
4612 Launay, Chateauneuf-en-Thymerais (E.-et-L.).
4613 Molimard, Villefranche (Rhône).
4614 Duvernay, Charmes (Vosges).
4615 Jacob, 70, rue de l'Amiral-Roussin, Paris.
4616 Durand, Dreux (Eure-et-Loir).
4617 Cleu, l'Argentière-la-Benée (Hautes-Alpes).
4618 Sénat, Bagnac (Lot).
4619 Vinon, Montpellier (Hérault).
4620 Beau, Montereau (Seine-et-Marne).
4621 Vaissade, Aix-en-Provence (B.-du-R.).
4622 Fabre, Dompierre-sur-Besbre (Allier).
4623 Diehl, Bouy (Marne).
4624 Xemard, Lamotte-Beuvron (Loir-et-Cher).
4625 Berthail, Firminy (Loire).
4626 Gayraud, Chauny (Aisne).
4627 Sécheret, Vireux-Molhain (Ardennes).
4628 Marcotte, 3, rue Henner, Paris.
4629 Siguret, Saint-Nectaire (Puy-de-Dôme).
4630 Reilhac, Clairac (Lot-et-Garonne).
4631 Gaillard, Thoissey (Ain).
4632 Soulier, Alais (Gard).
4633 Brisset, Saint-Lô (Manche).
4634 Menier, St-Méard-de-Garçon (Dordogne).
4635 Bousson, Champlitte (Haute-Saône).
4636 Tavernier, Méry-sur-Oise (Seine-et-Oise).
4637 Markuszewski, Stains (Seine).
4638 Corret, Pouilly-sous-Charlieu (Loire).
4639 Gruber, Mulhouse (Alsace).
4640 Bernard, Bordeaux-la-Bastide (Dordogne).
4641 Fortin, le Vanneau (Deux-Sèvres).
4642 Bouchet, Navarrenx (Basses-Pyrénées).
4643 Ratel, Viviez (Aveyron).
4644 Abelly, Avignon (Vaucluse).
4645 Duvernoy, Besançon (Doubs).
4646 Boucher, Joncquières (Vaucluse).
4647 Eschalier, Claye-Souilly (Seine-et-Marne).
4648 Goniondsky, Valbonnais (Isère).
4649 Rayan, Cournonterral (Hérault).
4650 Loy, Verquin (Pas-de-Calais).
4651 Rebouillat, Roquebrune-Cap-Martin (A.-M.).
4652 Turcan, Fréjus (Var).
4653 Le Freche, Martigné-Ferchaud (I.-et-V).
4655 Macassar, St-Cyr-sur-Mer (Var).
4654 Delsol, Montignac (Dordogne).
4656 Jacob, Arcis-sur-Aube (Aube).
4657 Aviat, Chesley (Aube).
4658 Luys (Georges), 20, rue de Grenelle, Paris.
4659 Bedin, Dammartin-en-Goële (Seine-et-Marne).
4660 Pelloux, La Roche-sur-Foron (Haute-Savoie).
4661 Bertrand, Lure (Haute-Saône).
4662 Maillard, Wattrelos (Nord).
4663 Triqueneaux, Avesnes (Nord).
4664 Noble, Nice (Alpes-Maritimes).
4665 Dieudonné, Cambo (Basses-Pyrénées).
4666 Jeanvoine, Charleville (Ardennes).
4667 Lacoste, Chatellerault (Vienne).
4668 Chazanoel, Plancy (Aube).
4669 Farez, Paris.
4671 Gouvernaire, Montluçon (Allier).
4672 Virmont, Lurcy-Lévy (Allier).
4673 Esmenard, Le Havre (Seine-Inférieure).
4667 Dor, Dompierre (Allier).
4677 Cousyn, Campagne-les-Hesdin (P.-de-Calais).
4678 Julhiet, Les Laumes (C.-d'Or).
4679 Demotte, Beaucaire (Gard).
4681 Barot, Angers (M.-et-L.).
4682 Grangier, Montmirail (Marne).
4683 Sartre, Plozévet (Finistère).
4684 Vitrac, Pau (Basses-Pyrénées).
4685 Saucet, Equeurdreuville (Manche).
4686 Romanet, St-Jean-de-Bournay (Isère).
4687 Roy, Bligny-sur-Ouche (C.-d'Or).
4670 Saurel, Cesson (S.-et-M.).
4674 Lherminy, Raimbeaucourt (Nord).
4680 Gleyvod, La Verpillière (Isère).

Accidents du travail. — L'appui pécuniaire est accordé au Dr A. (Seine-et-Oise) qui est traîné en appel par une Compagnie d'assurances, plaidant au nom d'un patron, dans une affaire d'accident du travail dans laquelle le juge de paix avait donné gain de cause au médecin.

Le Dr B. (Rhône) avait eu un différend avec une Compagnie d'assurances sur la question du cumul du prix de la visite avec le prix des interventions, dans l'application du tarif Dubief ancien, et le Conseil lui avait accordé l'appui pécuniaire.

La Compagnie d'assurances a consenti à le payer à l'amiable et a réglé les frais de citation en justice de paix, laissant à sa charge les honoraires de l'huissier, soit 10 fr., dont il déclare faire l'abandon à la caisse du « Sou ».

Le Conseil lui adresse ses remerciements pour ce don.

Le Dr D. (Allier), ayant soigné, en dehors de l'hô-

pital, un blessé du travail qui y était simplement en pension, a obtenu devant le juge de paix la condamnation du patron au payement de ses honoraires, bien que le « tout compris » de l'article 4 de la loi accidents lui eût été opposé par son adversaire.

Ce dernier faisant appel du jugement, le Conseil accorde à son adhérent l'appui pécuniaire, en fixant à 300 francs au maximum le montant de la participation du « Sou » dans les honoraires de l'avocat.

Le Dr A. (Ardèche), ayant soigné un blessé du travail dans une salle d'hôpital constituée, par délibération de la Commission administrative, approuvée par le préfet, en chambre payante destinée à recevoir les blessés du travail, avec faculté pour les médecins de l'hôpital de demander le payement de leurs honoraires, demande l'appui pécuniaire pour poursuivre le patron, qui refuse de le payer, en invoquant le « tout compris ».

Le Conseil accorde l'appui pécuniaire demandé, et limite à 50 fr. le maximum de la participation du « Sou » dans les honoraires du défenseur que le Dr A. pourrait charger de cette affaire.

Le patron d'un blessé du travail refuse au Dr C. (Pas-de-Calais), qui a soigné son ouvrier dans un hôpital privé, le paiement de ses honoraires, en lui opposant également le « tout compris » de l'article 4.

Le Conseil, considérant que, puisqu'il s'agit d'un hôpital privé, c'est-à-dire d'une maison de santé, cette disposition légale n'est pas applicable, accorde l'appui pécuniaire demandé, en limitant à 50 fr. le maximum de la participation du « Sou » dans les honoraires du défenseur éventuel.

Le Dr V. (Hérault) a un différend avec une Compagnie d'assurances, au sujet d'une note d'honoraires-accidents : la Compagnie conteste l'utilité d'un certain nombre de visites et d'interventions. Le médecin maintient le bien fondé de sa note, et la nécessité des visites et interventions qu'il a dû pratiquer, vu la gravité du cas.

Le Conseil, estimant qu'il n'a pas à mettre en doute les affirmations de son adhérent, lui accorde l'appui pécuniaire pour poursuivre le recouvrement de sa note d'honoraires, en fixant à 50 fr. le maximum de la contribution du « Sou » dans les honoraires du défenseur qu'il pourrait charger de cette affaire.

Le Conseil ordonnance le paiement au Dr M. (Gard) de la somme de 100 fr. pour honoraires de son avocat, dans une affaire d'appel de justice de paix (accidents du travail) gagnée en première instance et en appel, et remontant à une époque antérieure à la guerre.

Honoraires de droit commun. — Le Dr R. (Ille-et-Vilaine) a été débouté par le Tribunal civil d'un procès en recouvrement d'honoraires pour soins donnés à un ouvrier agricole. Il avait offert de prouver par témoins que le patron s'était engagé à lui payer ses honoraires. Mais le tribunal, prétendant que la preuve testimoniale n'est pas admissible au-delà de 150 fr. a refusé d'ordonner une enquête.

Comme le montant de la demande est inférieur à 150 fr., on ne peut aller en appel. Mais nos avocats-conseils étant d'avis qu'un pourvoi en cassation aurait de grandes chances de succès, étant donné que la Cour suprême s'est déjà prononcée en ce sens, que la nature particulière de l'exercice de sa profession met le médecin dans l'impossibilité de se procurer une preuve écrite et permet, en conséquence, de faire cette preuve par témoins, le Conseil décide d'accorder au Dr R. l'appui pécuniaire pour former un pourvoi en cassation contre le jugement dont il s'agit et ordonnance le paiement d'une provision de 1.000 fr. à cet effet.

Le Dr R. demande également le remboursement d'une partie au moins des frais et honoraires d'avocat qu'il a eu à payer dans cette affaire.

Le Conseil, considérant que, si l'adhérent n'avait pas demandé l'appui pécuniaire avant d'intenter son action en justice, il n'a agi cependant que conformément aux conseils qui lui ont été donnés par le « Sou », décide de lui rembourser intégralement les frais et honoraires qu'il a payés, soit 323 fr. 70.

Le Dr M. (Manche) ne peut obtenir le paiement des honoraires qui lui sont dus par une Compagnie d'Electricité pour les soins qu'il a donnés à la victime de la chute d'un câble électrique. La Compagnie ne conteste pas sa responsabilité dans cette affaire, mais elle ne paye pas parce que la note est assez élevée (près de 2.000 fr.), vu la gravité des blessures.

Le Conseil, considérant que, comme il s'agit d'une affaire de droit commun, le Dr M. devra en saisir le Tribunal civil, ce qui lui occasionnera des frais assez élevés, lui accorde l'appui pécuniaire, en limitant à 100 fr. la participation du « Sou » dans les honoraires de l'avocat.

Le Dr C. (Seine-et-Marne) demande l'appui pécuniaire pour reprendre devant le Tribunal de C. l'affaire en recouvrement d'honoraires pour soins donnés à un ouvrier agricole, qu'il avait gagnée devant le Tribunal de M., dont la Cour de Cassation a cassé le jugement parce qu'il n'y a pas été constaté que, lors de l'enquête sommaire, les témoins avaient prêté serment.

Le Conseil accorde l'appui pécuniaire au Dr C. et décide qu'il y a lieu d'examiner si une action pourrait être intentée contre l'auteur de l'omission qui a entraîné la cassation du jugement, causant ainsi un préjudice au Dr C., qui a dû rembourser le principal de la condamnation, qu'il avait touché, plus les intérêts, et au « Sou médical » qui a supporté les frais de cassation.

Le Dr L. (Sarthe) ayant donné ses soins à un jeune blessé agricole, qui lui a été amené par un autre ouvrier de sa patronne et a ensuite été soigné chez celle-

ci, ne peut obtenir le paiement de ses honoraires, et demande l'appui pécuniaire, vu qu'il est obligé d'aller plaider en dehors de son domicile.

Le Conseil accorde l'appui demandé, en limitant à 50 fr. la participation du « Sou » dans les honoraires du défenseur.

Le Conseil ordonnance le payement au Dr D. (Finistère), de la somme de 200 fr., montant des honoraires de son avocat dans un appel de justice de paix (honoraires de droit commun), qu'il a gagné avec l'appui du « Sou ».

Le Conseil accorde l'appui pécuniaire au Dr T. (Doubs), pour poursuivre le directeur du Service de Santé de la Région, dont il ne peut obtenir le paiement d'honoraires pour soins donnés à des militaires pendant la guerre.

Cession de clientèle. — Le Dr T. (Aube) ayant gagné en première instance le procès qui lui avait été intenté par son successeur, qui lui demandait le remboursement de l'indemnité versée, et ayant été traîné en appel, le Conseil lui donne l'appui pécuniaire pour défendre à cet appel.

Le Conseil ordonnance le paiement de la somme de 200 fr. pour les honoraires de son avoué qui a plaidé l'affaire devant le Tribunal civil, et des frais de première instance, qui s'élèvent à 362 fr. 95.

Le Dr T. étant décédé depuis l'appel, l'appui pécuniaire est continué au profit de ses héritiers.

Le Dr D. (Alpes-Maritimes) envoie copie du jugement rendu entre lui et les héritiers de son prédécesseur et indique que les frais mis à sa charge s'élèvent à 173 fr. et les honoraires de son avocat à 100 fr., soit au total 273 fr.

Le « Sou » ayant déjà versé pour provision la somme de 200 fr., le Conseil ordonnance le paiement de la différence, soit 73 fr.

Autos. — Le Conseil accorde l'appui aux docteurs T. (Charente-Inférieure), D. (Seine-et-Oise) et D. (Oise), pour intenter un procès à leurs vendeurs d'automobiles, qui prétendent majorer le prix ferme convenu au moment de la commande.

Cet appui est accordé à la condition qu'ils remboursent au « Sou », sur le montant des dommages-intérêts qu'ils pourront obtenir, les sommes qu'il aura avancées pour leur compte.

Le Dr B. (Alsace), auquel l'appui avait été accordé dans les conditions ci-dessus, est autorisé à accepter la transaction que lui propose son adversaire, à la condition qu'il prenne à sa charge les frais actuellement engagés, qui s'élèvent à 150 ou 200 fr.

Le Dr A. (Sarthe) ayant gagné devant le Tribunal de Commerce, le procès intenté à son vendeur d'auto, est traîné en appel et demande l'appui pécuniaire pour défendre à cet appel.

Cet appui lui est accordé, à la condition que, s'il obtient des dommages-intérêts, il rembourse au « Sou », le montant des frais et honoraires avancés pour son compte.

Responsabilité professionnelle. — Le Conseil s'occupe au cours de nombreuses réunions de l'affaire du Dr Mazel, de Nîmes et prend toutes décisions nécessaires pour assurer utilement la défense de cet adhérent.

Les docteurs D. et C. (Saône-et-Loire) ont été condamnés solidairement en appel à 3.000 fr. de dommages-intérêts, aux intérêts et aux dépens pour responsabilité civile (radiodermite survenue à la suite d'application de rayons X) par leur assistant, dans leur clinique.

Le compte produit par l'avoué dans cette affaire s'établit comme suit :

Montant en principal de la condamnation	3.000 »
Intérêts du jour de la demande (antérieur à la guerre)	1.115 »
Frais devant la Cour d'appel	513 »
Honoraires de l'avocat	300 »
Total	4.928 »

Ces diverses sommes sont, pour moitié à la charge du « Sou », et pour moitié à la charge d'une Société qui assurait le Dr C., qui ne faisait pas partie du « Sou » alors que l'accident s'est produit.

Les frais de première instance et d'appel de l'adversaire, qui avait l'assistance judiciaire, recouvrés après taxe par l'Administration de l'Enregistrement, s'élèvent à 1827.90.

Le Dr X., qui avait été l'objet d'une plainte portée par le mari d'une de ses clientes, décédée à la suite d'un accouchement difficile, annonce qu'un non-lieu a été rendu en sa faveur et remercie le Conseil de l'appui qu'il s'apprêtait à lui donner.

Le Dr G. (Sarthe) a gagné en appel, comme en première instance, le procès qui lui avait été intenté par le père d'une enfant dont on l'accusait d'avoir compromis la vue.

Mais, comme son adversaire avait obtenu l'assistance judiciaire, il a dû payer, pour frais et honoraires d'avocat, la somme de 1.349 fr. 75 dont le Conseil ordonnance le remboursement, conformément aux engagements qu'il a pris à son égard, se réservant de poursuivre contre l'adversaire, au nom de son adhérent, le remboursement des frais ainsi payés.

Le Dr Y. est menacé d'une action en 100.000 fr. de dommages-intérêts par le mari d'une cliente décédée au cours d'une anesthésie chloroformique faite pendant la réduction d'une luxation de l'épaule.

La garantie du « Sou » lui est acquise dans les termes des statuts et du règlement de la Caisse de garantie.

Loyers.— Le Dr B. (Orne) ayant perdu le pourvoi en cassation formé avec l'appui du « Sou » contre une décision de la Commission arbitrale des loyers qui lui refusait, sans motifs suffisants, toute réduction de loyers, bien qu'il ait été mobilisé, demande le remboursement des frais et honoraires payés à l'avoué qui l'a représenté devant la Commission arbitrale, et qui s'élèvent à 168 fr.

Ce remboursement est accordé.

Patente. — Le Dr D. (Savoie), a été débouté par le Conseil de préfecture d'une demande en réduction de patente : il avait été imposé, ainsi que sa femme, également docteur en médecine, chacun sur le montant intégral du loyer commun, comme s'ils exerçaient tous deux séparément.

Me Auger étant d'avis qu'un recours en Conseil d'Etat présenterait des chances de succès, le Conseil accorde l'appui pécuniaire au Dr D. pour former ce recours.

D.

AUTOMOBILISME PRATIQUE

Le véhicule médical en 1921.....

VIII

Nous en sommes toujours à cette irritante question de la suspension, certainement le problème le plus délicat en automobile et de première importance.

Nous avons conclu dernièrement qu'une des meilleures solutions à adopter pour les châssis courts de la voiturette médicale était l'emploi de longs cantilevers à l'arrière — si possible doubles cantilevers — et de demi-cantilevers à l'avant, sans articulations ni jambes de force, mais avec deux lames maîtresses disposées d'une certaine façon.

En fait, on trouve ces données dans plusieurs modèles légers, et depuis un an le cantilever a gagné un énorme terrain ; malheureusement, nous avons souvent constaté que les ressorts manquaient de longueur, ce qui entraînait des périodes d'oscillations trop courtes, ne permettant un confort relatif sur mauvaises routes qu'à des vitesses déterminées, par exemple de cinquante à soixante à l'heure ; on peut en effet remarquer, et ceci est tout à fait logique, qu'avec des ressorts durs, donnant des réactions très rapides, il valait mieux aller vite sur routes moyennement mauvaises ; à un moment donné les élévations et les descentes des roues par les bosses et dans les trous ont lieu à une cadence telle que le châssis n'a pas le temps d'en être beaucoup influencé, tandis qu'à une vitesse moindre les réactions peuvent se produire dans tout leur développement. Ainsi chaque voiture a son allure optimum qu'un observateur attentif a tôt fait de découvrir, mais vous avouerez qu'il est très gênant parfois d'être obligé de faire du cinquante au moins et que là n'est pas la vraie solution ; à trente-cinq ou quarante à l'heure, allure très courante, il faudra pour ne pas subir de choc trop brutal disposer de ressorts beaucoup plus souples et plus longs que d'ordinaire ; de cette façon, la réaction vive se changera en un soulèvement lent plus supportable ; il est évident qu'il faudra des aciers de premier ordre pour se prêter à ces flexions de grande amplitude, mais les progrès de la métallurgie doivent se montrer à la hauteur de la situation ; il suffit d'un peu de bonne volonté chez les industriels et de quelques réclamations bien senties de la part des clients.

Les ressorts américains sont, paraît-il, supérieurs aux nôtres, c'est très fâcheux et du reste inattendu, car leur construction ne passe pas par ailleurs pour être de premier ordre ; mais n'y aurait-il pas moyen de détruire cette opinion fondée sur des faits exacts, hélas ? Espérons-le.

Avec de longs cantilevers on n'a pas l'habitude de mettre d'amortisseurs qu'il n'est pas très commode de placer, en effet, l'extrémité des ressorts étant assez loin des longerons, mais ce n'est pas impossible et un ou deux systèmes ont été appliqués sur certaines marques.

Il est bon, en effet, aux grandes allures, de réduire l'amplitude d'oscillations facilement exagérées avec des ressorts souples ; pour nous, médecins, qui nous tiendrons autour de quarante-cinq à l'heure par exemple, par raison d'économie, ces amortisseurs ne sont pas indispensables, loin de là, car nous avons déjà vu qu'aux allures moyennes il valait mieux laisser libre jeu à toutes les flexions et déflexions.

Nous ne parlerons que pour mémoire d'un stabilisateur latéral monté sur une voiture belge et qui améliore considérablement la tenue de route avec de longs cantilevers qui n'ont peut-être pas toujours assez de rigidité transversale ; sa description nous entraînerait sur un terrain trop technique, quoique simple, et il n'est pas du reste applicable à toutes les voitures ; mais rien n'empêche dans cet ordre d'idées de trouver une disposition similaire ; le ballottement latéral est en effet assez pénible et les dérapages sont déjà trop fréquents pour qu'on ne cherche pas par tous les moyens à les diminuer ; encore une fois, en étant prudent et en marchant à une allure raisonnable, tous ces inconvénients des ressorts longs et extra-souples passent au second plan ; c'est donc en somme une solution très acceptable pour la voiture médicale.

A la vérité, nous en connaissons deux autres

s'appuyant sur des principes complètement différents, qui se révèleront peut-être excellents à l'usage, mais qui demandent quelque prudence dans le conseil de leur emploi.

Il faut toujours, en effet, sanctionner la théorie par la pratique et dans ces cas plus pour que beaucoup d'autres la meilleure idée est très souvent « gâchée » par une mauvaise réalisation ; nous avons tous des exemples sous les yeux ; donc sur ce qui va suivre nous faisons quelques réserves jusqu'à ce que la démonstration soit amplement faite.

Le titre de ces chroniques est ainsi libellé : le véhicule médical en 1921..... ces points de suspension signifient que nous prévoyons quelques changements pour l'avenir.

Quoi qu'on en pense, l'automobile est loin de sa perfection et des solutions, que d'aucuns croient définitives, seront dans les vieilles lunes d'ici quelques années.

Donc, puisque nous parlons suspensions, voici, parmi les deux solutions révolutionnaires, ce qui, à notre sens, constitue un des plus grands progrès depuis de nombreuses années : supprimer les essieux pour diminuer autant que possible le poids non suspendu ; rendre ainsi les roues indépendantes ; de plus, par un surcroît de raffinement, monter ces roues à l'extrémité de bras de leviers dont la longueur augmente d'autant le diamètre utilisable, et avoir des ressorts réglables suivant le poids transporté.

Comme nous l'avons déjà dit maintes fois, on ne saurait apprécier toute l'importance du poids non suspendu si l'on n'a pas fait quelques expériences ; cinq cents grammes, un kilo deviennent au moins dix fois plus gênants quand il s'agit de leur faire exécuter des mouvements extra-rapides comme il s'en produit pour un pont arrière sur mauvaises routes ; or, en supprimant l'essieu, ce sont cinquante à cent kilos que nous enlevons de la danse ; résultat : on pourra employer des ressorts très souples, juste suffisants pour soutenir le poids de la voiturette ; sur les bosses, les roues se soulèveront évidemment, mais sans influencer beaucoup la superstructure, leur masse étant relativement très faible par rapport au poids suspendu ; de plus, elles seront renvoyées beaucoup plus facilement au sol, leur force vive s'éteignant très vite : axiome de mécanique éternel à tel point que sur la même voiture on trouve une grosse différence en mal en remplaçant des roues à rayons métalliques par d'autres à voile plein, à la mode, beaucoup plus lourdes. Le manque d'élasticité de la tôle y est bien pour quelque chose, certes, mais en réalité la plus grosse action vient du poids ; ainsi on a déjà une grande amélioration en se servant d'une matière spéciale — duralumine — à base d'aluminium, évidemment bien plus légère, sans que l'élasticité soit plus considérable.

Il y a longtemps du reste, qu'on a vu l'avantage de cette suppression du pont arrière, mais jusqu'à présent il y avait toujours une barre d'accouplement assez lourde, entravant les roues deux par deux ; remarquez que les résultats étaient déjà très encourageants et beaucoup de chauffeurs regrettent les petites voiturettes à cardans transversaux, dont on trouve encore quelques exemplaires, qui pouvaient damer le pion à beaucoup de voitures modernes plus lourdes où la moindre bosse est à craindre. Or, en supprimant cette barre d'accouplement on fait du coup deux gros progrès : d'abord, quelques kilos sont encore gagnés, puis les roues se trouvent indépendantes, libres de monter ou descendre sans affecter leurs jumelles, d'où grande diminution du branle-bas classique, très fâcheux pour le mécanisme et les passagers.

(*A suivre.*)

Dr de VAUBERCEY
Miribel (Ain).

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations.

— **Maladies des yeux.** — Le Dr A. Cantonnet, ophtalmologiste des hôpitaux, commencera, le jeudi 24 février 1921 et les continuera les samedis et mardis suivants à la consultation d'ophtalmologie de Cochin, à 14 h. 1/2 :

Dix conférences d'ophtalmologie pratique, à l'usage des praticiens exerçant la médecine générale.

Elles sont gratuites. S'inscrire à l'avance, soit directement, soit par lettre, à Cochin.

Une semblable série recommencera le mardi 14 juin, une autre semblable en novembre-décembre.

Le jeudi 21 avril commencera une série de 4 leçons sur la *Rééducation des strabiques.*

Tous les mardis et jeudis, à 9 h. 1/2, *ophtalmologie élémentaire* avec présentation de malades.

— **Chaire d'hygiène et de clinique et de la première enfance** (HOSPICE DES ENFANTS-ASSISTÉS, 74, rue Denfert-Rochereau). — M. le prof. Marfan fait son cours, les mardis à 10 heures.

Le samedi à 10 heures : consultation de nourrissons.

Le mercredi, à 10 h. 30 : Conférences complémentaires par MM. les assistants de la clinique.

Le jeudi, à 10 heures : Enseignement pratique de la puériculture. (Institut de puériculture de la Ville de Paris et du département de la Seine.)

Le Directeur-Gérant : Dr GASSOT.

Clermont (Oise). — Imprimerie DAIX et THIRON,
THIRON et FRANJOU Successeurs.
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

RECOUVREMENTS D'HONORAIRES MÉDICAUX

M. Louis AUDEBERT, Avocat, *Directeur du Contentieux de Syndicats Médicaux. Administrateur d'immeubles.*

5, rue des Saints-Pères PARIS, Tél. Saxe 48-53.

Pour toute demande de renseignements écrire à Me Audebert, en joignant un timbre pour la réponse

AVIS

Nous tenons à la disposition de nos lecteurs les imprimés suivants :

IMPRIMES DIVERS

Accidents du travail

Notes d'honoraires médicaux. Mémoires de fournitures pharmaceutiques prévues par l'arrêté ministériel du 8 juillet 1920.

Certificats. — Certificats pour blessés d'accidents du travail.

Mémoires d'expertises. — Accidents. — Mémoires d'expertises médicales concernant les accidents du travail.

Justice criminelle

Mémoires de frais de justice criminelle (honoraires). **Mémoires de frais de justice criminelle** (fournitures).

Ces imprimés sont établis d'après le format officiel.

Feuilles de Comptabilité, servant à établir le compte de chaque client.

(*Modèles se trouvant dans l'Agenda-Memento du Praticien*, édition 1920).

Ces différents imprimés sont envoyés au prix de franco :

Les 50	5 fr. »
Les 100	8 fr. »
Les 500	35 fr. »
Le 1000 ...	60 fr. »

Adresser les commandes accompagnées du montant à M. C. Boulanger, administrateur du Concours médical. 132, *faubourg St-Denis. Paris.*

du pied avec lésions osseuses possibles ayant nécessité, à cause de la douleur, une immobilisation par un appareil plâtré. Auquel cas, là encore, il n'y aurait eu aucune réduction de fracture ni de luxation. A notre avis, vous retombez donc dans le cas précédent.

Quant à la radiographie, si la réponse du patron a longtemps tardé, il semble que vous eussiez été en droit de la faire faire, le silence ayant équivalu à un acquiescement : qui ne dit mot consent. Tel est, du moins, ce que le bon sens indique, à défaut d'une jurisprudence non existante encore sur ce point.

Dr Fernand DECOURT.

La réduction provisoire de fracture est due.

Auriez-vous l'obligeance de me donner votre avis, pour établir ma note d'honoraires pour un accident du travail, dans les circonstances suivantes :

Un chef d'entreprise m'envoie un mot me demandant d'aller donner des soins à un de ses ouvriers blessés, domicilié à environ 5 kil. de chez moi.

Cet ouvrier est atteint d'une fracture de l'humérus gauche. Je fais une réduction, place un appareil de fortune, et rédige un billet d'hôpital sur la demande de l'ouvrier (qui entre le lendemain matin). J'ai l'intention de compter :

Visite : 10 fr.
Certificat : 5 fr.
10 kilomètres à 1 fr. 50 : 15 fr.

Mais, où je suis embarrassé, c'est au sujet de la fracture. Le tarif porte bien 120 fr. pour réduction et contention. Mais, en conscience je ne me crois pas autorisé à demander les mêmes honoraires que si j'avais pu lui mettre moi-même un appareil définitif et prendre la responsabilité du traitement. D'autre part, il est certain que les premiers soins donnés ont une importance réelle qui justifie des honoraires supérieurs à ceux d'une visite simple.

Dr P.

Réponse.

Puisque vous avez pratiqué la réduction de la fracture et la pose d'un appareil de fortune, par suite la contention, nous estimons que vous avez droit à l'honoraire alloué par le tarif Breton, soit 120 fr. Mais il n'y a pas lieu, bien entendu, de compter en sus l'honoraire de la visite, puisque le cumul en est repoussé par le Tarif avec un acte opératoire quelconque.

Il a été jugé par le juge de paix d'Orléans, le 25 mars 1912 (voir *Concours médical*, 1912, 810), que la réduction provisoire de fracture opérée avant le transport à l'hôpital devait être rémunérée. En l'espèce, le médecin avait réduit la fracture et posé quatre attelles en bois. Votre espèce peut être rapprochée de celle que nous vous citons.

NOTE DE TECHNIQUE CHIRURGICALE

Diagnostic du volvulus au cours de l'intervention,

Par le Dr Fiévez, de Malo-les-Bains.

Le volvulus est une affection moins rare qu'on ne croit généralement. A chaque instant, la Société de Chirurgie en enregistre de nouvelles observations. Le public, qui parle de « boyaux noués », comme d'une chose banale, semble avoir une conception exacte de la réalité. Dans la série animale, d'ailleurs, la fréquence du volvulus est une notion bien connue des vétérinaires.

Mais le diagnostic de volvulus n'est pas facile à poser d'une façon ferme, au moins dans l'état actuel de nos connaissances. Bien plus, même le ventre ouvert, il n'est pas encore simple de reconnaître la lésion, et j'ai la conviction que plus d'une fois, l'opérateur a dû refermer l'abdomen avec un point d'interrogation dans l'esprit.

J'ai eu occasion d'observer plusieurs cas de volvulus que j'ai opérés ou vu opérer et de pratiquer plusieurs nécropsies. Des constatations faites et des réflexions qu'elles m'ont suggérées, je me propose de souligner une donnée qui m'a paru capitale pour guider l'opérateur.

Le diagnostic de départ est donc généralement erroné : obstruction intestinale néoplasique, perforation du tube digestif, appendicite, sont les plus ordinaires.

I. *En pratiquant la laparotomie médiane*, il semblerait que la rectification doive se faire d'emblée. Il en va effectivement de la sorte pour le volvulus côlique, dont le gros « pneu » sort du ventre comme un ressort, et parfois même se détord spontanément sous les yeux du chirurgien, un peu démonté.

S'agit-il au contraire d'un volvulus du grêle ? vous vous trouvez en présence d'anses grêles qui sont distendues, mais sans être énormes, congestionnées et un peu *suintantes*. A l'autopsie, le ventre incisé crucialement, le paquet tordu tranche nettement par sa coloration et son volume sur les anses restées plates et blanchâtres. Mais, à l'intervention, par une ouverture moins large, le contraste est beaucoup plus difficile à saisir sur des fragments d'anses inspectés isolément. « La laparotomie faite, dit Pierre Duval, il est de très sérieuses difficultés de reconnaître la cause de l'occlusion, puis le sens du volvulus ; l'éviscération totale est le seul moyen pour se porter à la première anse jéjunale et dérouler dans le sens convenable » (1). Evidemment, le déroulement de tout l'intestin, dans un sens ou dans l'autre, conduira sur le « nœud ». Mais

(1) Précis de pathologie chirurgicale, 1911, tome III, p. 473.

c'est là un procédé lent et traumatisant. Cette éviscération comporte un schok opératoire notable. Il est bien plus simple de recourir d'emblée à l'*exploration du mésentère*, zone infiniment plus courte, et de situation fixe. Que s'il existe un volvulus, vous trouverez le *mésentère tordu, ayant l'aspect d'un cordon ombilical*, avec des vaisseaux enroulés en spirale : le diagnostic est certain ; d'emblée, vous tenez la portion tordue, et par conséquent à détordre, — et encore, le sens de la torsion, et par conséquent de la détorsion. Cette manière de conduire l'exploration me paraît un élément essentiel de la technique opératoire du volvulus.

II. Mais si le diagnostic d'appendicite, ou de cancer intestinal, a amené à pratiquer une laparotomie latérale par incision de Mac Burney, la difficulté est considérable.

Il existe, en effet, à côté du volvulus aigu et du volvulus chronique, un volvulus subaigu qui conduit à la mort comme le premier, mais dont la dominante est l'obturation intestinale beaucoup plus que la strangulation vasculaire. Ces faits peuvent être facilement confondus avec des phénomènes d'obstruction néoplasique. Dans un cas de ce genre, l'anse grêle dilatée fut bien vidée par l'anus artificiel, mais la réapparition des vomissements intestinaux démontra l'existence d'une deuxième sténose sus-jacente. Chez ce malade, opérant à la cocaïne locale, j'avais été frappé de la sensibilité des anses grêles remarquablement douloureuses au contact digital, congestionnées, rouge triste, ayant suinté un peu d'ascite rougeâtre.

Le doigt cherchant à explorer l'abdomen pourrait peut-être arriver à percevoir la corde tordue de la terminaison du grêle. Peut-être y a-t-il mieux à faire : dans le cas où le diagnostic hésite si peu que ce soit, recourir à la laparotomie médiane, notre grand procédé d'exploration. Ce qui nous ramène à la première hypothèse envisagée dans cette note.

J. Fiévez.

JURISPRUDENCE

Responsabilité professionnelle d'un pharmacien pour faute commise par son élève.

TRIBUNAL CIVIL DE LA SEINE

28 *mai* 1920.

La *Gazette des Tribunaux* 14-16 décembre 1920 a publié un très intéressant jugement, qui, vraisemblablement, a été frappé d'appel, par lequel le tribunal condamne le pharmacien, comme civilement responsable des fautes de son employé, à 5.000 francs de dommages-intérêts.

Par suite d'une erreur, l'élève en pharmacie avait apposé sur une mixture pour l'usage externe l'étiquette d'une potion, alors que sur cette dernière il avait collé l'étiquette rouge : « médicament pour l'usage externe ».

Cette mixture (extrait d'eucalyptus et teinture de benjoin) avait été administrée à un enfant atteint de broncho-pneumonie grave, affection à laquelle d'ailleurs il succomba.

Le médecin expert constata que c'était bien la broncho-pneumonie avancée qui était la véritable cause de la mort, alors que la mixture n'avait produit aucun désordre interne, mixture dont la toxicité était d'ailleurs insignifiante.

Néanmoins, le tribunal condamna, pour les motifs suivants :

Mais attendu qu'il est constant et non dénié d'ailleurs que l'aide pharmacien (le pharmacien était poursuivi comme civilement responsable de son aide, qui avait fait les préparations) a commis une imprudence des plus graves, en collant sur le flacon contenant une mixture toxique, une étiquette destinée à une potion calmante ;

Attendu que, ce faisant, il a commis une faute certaine, aggravée par le défaut de surveillance suffisant de son patron, auquel il appartenait, comme étant seul diplômé et responsable de la bonne exécution des ordonnances confiées à ses soins, de contrôler et de vérifier de la façon la plus minutieuse la composition des remèdes et la régularité de leur étiquetage ;

Attendu que, s'il n'est pas matériellement établi que l'absorption de la mixture ait directement causé la mort de l'enfant, il n'en reste pas moins constant que le décès est survenu peu de temps après son absorption ;

Attendu que, si le décès doit être attribué à l'existence de la broncho-pneumonie double très avancée, il n'est pas établi que l'état de la malade n'ait pas été singulièrement aggravé par l'absorption d'une boisson toxique irritante, remplaçant, par l'effet d'une erreur dangereuse, une potion calmante ;

Attendu que, chargés de soins extrêmement délicats et minutieux, d'où peuvent dépendre la santé et la vie des malades, il appartient aux pharmaciens — et à leurs aides ou préposés d'apporter la conscience la plus scrupuleuse à l'exercice de leur mission, spécialement pour ce qui est de l'exécution des ordonnances ;

Attendu qu'il importe peu que l'état du malade, victime d'une erreur médicale ou pharmaceutique, ait été tel que son salut ne pût plus dépendre de l'absorption de tel ou tel médicament pour que la responsabilité du pharmacien se trouve engagée, s'il a commis une faute professionnelle certaine ; que le seul fait d'une erreur coupable constatée engage cette responsabilité ;

Attendu qu'il échet, en conséquence, de déclarer la dame X . bien fondée en sa demande et de con-

damner les défendeurs au paiement d'une somme de 5.000 francs à titre de dommages-intérêts.

Il est évident qu'il y a eu faute de l'élève, puis faute du pharmacien, en ne contrôlant pas les actes de son employé : mais cette faute n'a occasionné aucun dommage et, par suite, ne pouvait être la base d'une réparation.

Il semble que le tribunal ait voulu infliger une amende, une sanction, plutôt qu'une réparation, en laissant sous-entendre que l'erreur de l'élève aurait pu être plus préjudiciable, en d'autres circonstances.

La conclusion pratique à en tirer, pour nous médecins, c'est d'abord de rédiger correctement et avec grande attention, toutes nos ordonnances, pour que, pour se défendre, le pharmacien ne vienne pas nous mettre en cause, pour rédaction défectueuse, illisible, incomplète ou peu claire.

En second lieu, nos confrères propharmaciens devront toujours contrôler les actes des personnes qui peuvent les aider pour la préparation des médicaments qu'ils sont autorisés à délivrer à leurs malades.

Rappelons, en troisième lieu, que la loi de germinal n'oblige pas les pharmaciens à rester en permanence dans leur officine ; mais ils doivent pouvoir contrôler toutes les opérations et préparations, manipulations, qui se font dans le laboratoire, car, en vertu de l'art. 1384 du code civil, ils sont civilement responsables de toutes les fautes commises par leurs employés.

Dr Paul Boudin.

DOCUMENTS OFFICIELS

A L'OFFICIEL

L'article 64 de la Loi des Pensions.

5320. — M. Perreau-Pradier, député, demande à M. le ministre des pensions : 1° si les médicaments délivrés aux bénéficiaires de l'article 64 peuvent être payés aux pharmaciens dès maintenant, et si les préfets ont reçu les instructions en vue du payement ; 2° où en sont les travaux de la commission chargée d'établir les tarifs d'honoraires médicaux. (*Question du 8 novembre* 1920.)

Réponse. — 1° Les demandes de fonds formulées par les préfets en vue du remboursement des sommes dues aux pharmaciens au titre de l'article 64 de la loi du 31 mars 1919 ont fait l'objet, de la part du ministre des pensions, d'ordonnances de délégation qui ont été adressées au ministère des finances ; 2° le tarif

des soins médicaux et pharmaceutiques va être incessamment fixé par un décret pris en exécution de l'article 54 de la loi de finances du 31 décembre 1920, modifiant le paragraphe 5 de l'article 64 de la loi du 31 mars 1919.

(*J. O.*, 13 janvier 1921)

Allocation aux mères de deux jumeaux.

6486. — M. Roulleaux-Dugage, député, appelle l'attention de M. le ministre de l'hygiène sur l'interprétation de la loi du 24 octobre 1919, accordant une allocation supplémentaire de 15 fr. à toute Française admise au bénéfice de la législation des femmes en couches et allaitant son enfant au sein, et demande au ministre s'il n'y aurait pas lieu d'attribuer une double allocation aux femmes allaitant deux enfants jumeaux. (*Question du* 28 *décembre* 1920.)

Réponse. — Dans le silence de la loi, qui n'a prévu ni le cas de deux enfants jumeaux, ni l'allaitement mixte, mon administration a toujours préconisé l'interprétation la plus favorable aux intéressées, en répondant affirmativement chaque fois que la question soulevée par l'honorable M. Roulleaux-Dugage lui a été posée.

(*J. O.*, 13 janvier 1921)

Avis de vacance de Directeur de Bureau d'Hygiène

Aux termes du décret du 3 juillet 1905, portant réglementation des bureaux municipaux d'hygiène, les directeurs de ces bureaux doivent être nommés par les maires, parmi les personnes reconnues aptes, à raison de leurs titres, par le conseil supérieur d'hygiène publique de France.

Conformément à cette disposition et aux prescriptions de la circulaire ministérielle du 23 mars 1906, destinées à en assurer l'application, la vacance de *directeur du bureau municipal d'hygiène de Brive* (*Corrèze*) est déclarée ouverte.

Le traitement alloué est fixé à 4,500 fr. par an.

Les candidats ont un délai de vingt jours, expirant le 15 février 1921, pour adresser au ministre de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales leurs demandes, accompagnées de tous titres, justifications ou références permettant d'apprécier leurs connaissances scientifiques et administratives, ainsi que la notoriété acquise par eux dans des services analogues ou des fonctions antérieures. Cette candidature s'applique, exclusivement, au poste envisagé.

A la demande doit être jointe une copie certifiée conforme des diplômés obtenus ; l'exposé des titres doit être aussi détaillé que possible et accompagné d'un exemplaire des ouvrages ou articles publiés. Les candidats peuvent, en outre, demander à être entendus par la commission du conseil supérieur d'hygiène.

AVIS

TRANSFERT DU SERVICE VACCINAL

Nous informons nos lecteurs que depuis le 1er Janvier dernier, le Service Vaccinal que le « Concours Médical » avait organisé depuis plus de 30 ans, est assuré par les soins de

l'INSTITUT DE VACCINE ANIMAL DE PARIS

fondé par Chambon et St-Yves Ménard et dirigé par le Docteur A. FASQUELLE.

8, *rue Ballu, PARIS*

Tél. Gutenberg 32-44

Nos lecteurs sont assurés qu'ils trouveront dans cet Etablissement un vaccin de qualité irréprochable dont la virulence est garantie.

En spécifiant leur qualité d'abonné au « Concours », ils bénéficieront en outre d'un tarif spécial établi en leur faveur (voir page XV).

AVIS

Changements d'adresses

Nous rappelons à nos lecteurs que toute demande de changement d'adresse doit être accompagnée de 0 fr. 60 en timbres pour frais de réimpression de bande.

QUARANTE-TROISIÈME ANNÉE — N° 8 — DIMANCHE 20 FÉVRIER 1921

Fondé en 1879 par Auguste CÉZILLY
Rédigé et dirigé par H. JEANNE (1900-1914).

LE CONCOURS MÉDICAL

ORGANE HEBDOMADAIRE DES PRATICIENS
Groupés dans la Société « Le CONCOURS MÉDICAL » et ses *Filiales*

ADMINISTRATION & PUBLICITÉ
G. BOULANGER, ADMINISTRATEUR

ABONNEMENTS :

France	24 fr.
Etranger	28 »
Etudiants (*France*)	12 »
Le numéro	50 cent.

Chèques Postaux Paris 167-95

DIRECTION

MM. les Drs A. GASSOT, *Directeur*, A. MAURAT ; H. CEZILLY ; J. NOIR, P. BOUDIN docteur en droit ; M. VIMONT ; G. DUCHESNE.
MM. P. CEZILLY, J. DUMESNY, licenciés en droit ; C. BOULANGER.

RÉDACTION

Dr J. NOIR, RÉDACTEUR EN CHEF
Drs P. LACROIX et G. DUCHESNE
SECRÉTAIRES DE LA RÉDACTION

N.-B. — Les manuscrits, publiés ou non, ne sont pas rendus.

Rédaction et Administration : 132, rue du Faubourg St-Denis, PARIS (10e). Téléphone : Nord 48-17

Quarante-troisième année. № 8 20 Février 1921.

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

Office de Renseignements du « Concours »

Membres du Concours exerçant dans les stations hivernales

Nous rappelons à nos adhérents qu'il y a lieu de nous informer chaque année de leur désir de voir figurer leur nom sur cette liste.

MM. les docteurs :

Alger : Picard.
Antibes : Ribes.
Arcachon : Cazaban.
Arguel (Doubs) : H. et J. Bon.
Bandol : Marçon.
Beaulieu : Ricoux, Bertier.
Beausoleil : Audoly, Pizard,
Biarritz : Berne, Clavel Pierre.
Cambo-les-Bains : Colbert, Hamant.
Cannes : Abadie, Argueyrolles. Baradat, Bayle, Caruette, Fournier, Kent-Gazet, Verdalle.
Cannet (Le), près Cannes : Frank-Duprat, Oudaille, Seytre.
Cap-d'Ail : Lyons.
Chambon-de-Tence (Le) : Riou.
Fréjus : Turcan.
Grasse : Bossuet, Durond, Perrimond.
Hyères : La Bonnardière, Muranges, Mineile, Pierrhugues, Vidal.
Juan-les-Pins-Antibes : Stef.
La Seyne : Grandjean J. M., Jaubert.
Menton : P. de Langenhagen.
Monaco : Jolivet.
Monte-Carlo : Vivant, Alfonsi.
Nice : Ardoin, Baillon, S. Baudry (*oculiste*), Cauvin, Constant, Delocque-Fourcaud, Dormoy, Gaudichon (*oto-laryng.*) Gruzu, Henry (*Rayons X*), Larue, Leriche Emile. Liotard, Noble J., Pietri, Seney, Sorel (*gyn. chir.*), Stefani.
Oran : Paire.
Pau : Bajac, Carcy.
St-Raphaël-Valescure : Caldaguès, Vadon.
Toulon : Pignet (*urol. derm.*), Regnault (*chir., gyn., orth.*)

DON. — Nous avons reçu à titre de don à la Société civile du *Concours médical*, de M. le Dr FRAVAL, de Loudéac (C.-du-N.), la somme de dix francs, pour bons offices du journal.

AVIS

Tout médecin sollicité de s'installer à Pontault (Seine-et-Marne), est prié, dans son intérêt, de s'adresser au Dr Paley, à Tournau, chef-lieu du canton, qui le mettra au courant de la situation réelle.

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum, aux* « demandes et offres ».

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne, qui est versé dans la caisse de la Société civile du Concours Médical). *Adresser un mandat ou mieux verser au compte de chèques postaux*, CONCOURS MÉDICAL, *Paris 167-95.*

Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse.**

No 44. — Torpedo ponté 4 places, 10 HP., de Dion 1920, démarrage et éclairage électriques, état de neuf. A céder à partir de 23.000 fr. Dr Faure, à Lus-la-Croix-Haute (Drôme).

No 45. — Confrère habitant Paris, disposant d'une demi-journée et de ses nuits, recherche occupation médicale, pharmaceutique, ou para-médicale, Paris ou banlieue.

No 46. — 3.500 fr., moto Terrot 1920, 3 HP., 2 vitesses, débrayage, toute neuve et en parfait état. N'a pas roulé 200 kil., à vendre cause achat voiturette. S'adresser Dr Poulet, à Gercy (S.-et-L.).

No 47. — Docteur jeune, spécialiste voies respiratoires, tuberculose, demande situation médicale *ad hoc*.

No 48. — On demande une nourrice au sein pour Bordeaux. Ecrire au Dr Narbonne, 6, rue des Pensées, à Orléans (Loiret).

No 49. — A vendre : 1° limousine Ariès, 15 HP., 6 pl.. ecl. électr., bon état ; 2° Peyela, 10 rouleaux, état neuf. S'adresser, Dr Roche, Coudekerque-Branche (Nord).

No 50. — Serais reconnaissant à confrère m'indiquant pour saison d'été, petite location (famille 3 enfants) bord mer. Dr Paradis, 16, quai Arloing, Lyon.

N° 51. — Poste à céder dans sous-préfecture région parisienne, bon rapport, long bail, très belle habitation. S'ad. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris.

N° 52. — A céder d'urgence dans grande ville de la Côte d'Azur, cabinet de spécialités yeux, nez, gorge, oreilles. Rapport 20.000 fr, appartement très agréable, long bail. S'ad, Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris.

N° 53. -- Infirmière sérieuse, 40 ans, est demandée pour clinique d'accidents du travail.

N° 54. — Médecin de médecine générale n'exerçant pas est demandé pour clinique d'accidents du travail. Rémunération.

CORRESPONDANCE

Au pilori.

Vous publiez, dans un de vos derniers numéros du *Concours*, un début de liste des médecins boches dont nous devons conserver le souvenir. Voulez-vous avoir l'obligeance d'y ajouter celui du

Herr OBERSTABARZT ACHENBACH,

médecin-chef de ce camp de Wottenberg, camp de représailles du district de Magdebourg, bien connu encore actuellement en Allemagne sous le nom qui lui fut donné, en octobre 1915, par M. Girard, ambassadeur des Etats-Unis à Berlin : « Camp de l'Enfer ».

Les six médecins français et moi-même, rentrés d'Allemagne en octobre 1916, avons formellement accusé ce monsieur d'avoir, par son refus répété de prendre les mesures d'hygiène les plus élémentaires (épouillage, séparation des prisonniers par nationalité, augmentation de l'alimentation et des médicaments, etc..). :

1° Provoqué l'épidémie de choléra de décembre 1914 ;

2° Contribué à l'apparition et à l'extension de l'épidémie de typhus exanthématique qui débuta à la mi-janvier 1915 pour se terminer en septembre de la même année.

Bilan : 12 à 1400 malades par jour dans ce camp de 16.000 hommes, une moyenne de 8 à 10 décès par jour ; 23 médecins touchés par le typhus sur 31 alliés ; 8 médecins morts dont 3 Français : les docteurs Aritschler, de l'infanterie coloniale (Brest), Cailler, de la Somme, et Joubrel, de Saint-Servan. Au total, plusieurs centaines de morts.

Quelques faits pour dépeindre l'homme :

1° Venant vers le camp au moment où défilait le convoi funèbre d'un médecin anglais mort du typhus, fit demi-tour pour ne pas le saluer et ne reprit sa marche qu'après le passage du cortège.

2° N'entra pas une seule fois dans le camp pendant les sept mois de l'épidémie, mais fit demander à l'un de nos artistes français une aquarelle de l'érup-

tion typhique, se dit ensuite malade ... et gagna la croix de fer.

3º Sa réponse à un unterarzt d'origine alsacienne, lui demandant l'autorisation d'entrer dans le camp pour y voir les malades : « Laissez-les donc pourrir dans leur fumier ! »

Résultat : Le Gouvernement allemand fit une enquête sur les faits révélés dans les journaux anglais par des sanitaires anglais (en particulier l'infirmier Wells) en fin 1915, ainsi que sur le rapport présenté par M. Girard, ambassadeur, et, comme sanction (que nous jugerons bien insuffisante, n'est-ce pas ?) envoya le Herr Doktor Achenbach dans un petit hôpital à 40 km. de Wittenberg, en mars 1916.

Dr G.

La péremption des inscriptions de médecine.

Je vous serais reconnaissant si vous pouviez me faire informer sur la question suivante : si un étudiant en médecine suspend ses études, au bout de combien d'années ou à quel âge ses inscriptions se trouvent-elles périmées ? Si, voulant reprendre ses études, les inscriptions sont périmées, y a-t-il moyen de tenter de profiter de ces inscriptions ?

Dr X.

Réponse.

Aux termes de l'article 19 du décret du 21 juillet 1897, sauf motifs jugés valables par la Faculté ou Ecole, les inscriptions correspondant à un examen sont périmées de plein droit si, dans les deux ans qui suivent la dernière, l'étudiant n'a subi aucune épreuve.

Elles sont également périmées, si l'étudiant s'est présenté sans succès à l'examen, mais n'a pas renouvelé l'épreuve avant l'expiration des délais ci-dessus indiqués.

Dans le cas où l'épreuve a été renouvelée sans succès avant l'expiration de ces délais, les inscriptions restent valables pour l'année scolaire qui suit celle au cours de laquelle a eu lieu le dernier ajournement.

Dans tous les cas, le bénéfice des examens subis avec succès demeure acquis. Le temps passé sous les drapeaux s'ajoute au délai entraînant la péremption.

Ce délai n'est pas opposable aux internes en médecine ou en pharmacie qui n'ont pas subi tous leurs examens.

Il résulte de la disposition citée au début que les étudiants peuvent être relevés de la péremption par le Conseil de la Faculté, pour motifs que celui-ci jugera valables.

Placement des malades chez les médecins.

Bien que n'exerçant pas dans une région maritime ni montagneuse, mais dans une vallée saine, logé dans une maison spacieuse où j'ai élevé cinq enfants, je recevrais volontiers, si l'occasion s'en présentait, à des conditions acceptables, un malade ou même deux, même tuberculeux, comme mon confrère de l'Ariège (n° du 23 janvier). Je n'ai pas la phobie du tuberculeux.

Dr M.

La reprise du contrat de travail des mobilisés.

Je serais heureux d'avoir votre avis sur la question suivante : Un de nos confrères, au service avant la guerre d'une usine et en possession d'un contrat expirant le 31 décembre 1920, a été démobilisé deux ans environ avant la fin de la guerre. Il s'est alors installé à X. où il exerce encore ; mais il désirerait reprendre sa situation d'avant-guerre.

Le chef de l'industrie qui l'employait ne met pas beaucoup d'empressement à lui donner satisfaction. Peut-il, plus de deux ans après l'armistice, réclamer cette situation, et la loi lui en donne-t-elle le droit ?

Je vous serais reconnaissant de vouloir bien me donner votre avis sur cette question,

Dr Y.

Réponse.

La loi du 22 novembre 1918, ayant pour objet de garantir aux mobilisés la reprise de leur contrat de travail ne s'applique pas sans exceptions à tous les contrats conclus entre médecins et entreprises pour assurer le service médical de celles-ci. Il faut, pour que cette loi soit applicable, qu'il s'agisse d'un contrat de louage relevant des articles 20 à 24 du livre 1er du Code du Travail.

Nous n'avons pas, dans votre lettre, les éléments suffisants pour dire si le contrat qui vous intéresse est dans ces conditions.

Mais une autre disposition de la loi rend cette détermination inutile. L'article 5, en effet, dispose que, pour être valable, la demande de réintégration de tout intéressé devra être notifiée par lettre recommandée dans le délai de quinze jours qui suivra sa libération ou le terme de son hospitalisation, ou de sa convalescence, ou la date de la reprise normale de l'entreprise.

Il apparaît que, en l'espèce, la demande de réintégration, si elle a été faite, comme votre lettre semble l'indiquer, a été tardive.

Radiographie d'un blessé du travail.

Je viens vous demander un renseignement que

je vous serais reconnaissant de m'adresser le plus tôt possible. Voici les faits :

Un maçon tombe d'un échafaudage peu élevé et présente au niveau de la malléole externe droite un gros hématome. La blessure paraît peu grave. Néanmoins, je désirerais savoir s'il n'y a pas, comme je le suppose, au moins fracture de l'extrémité inférieure du péroné. Cela n'a pas une grande importance pour le traitement actuel, puisqu'il n'y a certainement pas de déplacement des fragments, s'il y a fracture. Mais, au moment où j'autoriserai mon blessé à marcher, les précautions seront plus sérieuses s'il y a eu fracture. On un mot, j'estime utile de connaître le résultat d'un examen radiographique.

Comme le cas n'était pas urgent je demandais à la Cie L'Abeille l'autorisation de procéder à cet examen. Ma demande fut faite le 24 janvier et je reçois aujourd'hui 1er février la réponse suivante de l'agent général : « J'ai dû consulter la Compagnie sur la radiographie demandée par vous pour le sieur X. La Compagnie répond qu'elle ne peut autoriser cette opération. Veuillez agréer, etc... »

Que dois-je faire ? Passer outre probablement ; mais la radiographie sera-t-elle payée ?

Dr M.

Réponse.

Aux termes du paragraphe V de l'article 26 du tarif Breton, en cas de divergence entre le médecin traitant et le médecin du chef d'entreprise ou de son assureur sur la nécessité d'une radiographie, il est procédé conformément à l'article 9, c'est-à-dire qu'on doit recourir à l'avis d'un troisième médecin, choisi d'accord entre le blessé, le médecin traitant et le médecin du chef d'entreprise ou de son assureur.

Vous pouvez donc mettre en jeu cette procédure, en demandant, par lettre recommandée, dont vous garderez copie, au médecin du patron ou de l'assurance, si vous le connaissez, ou dans le cas contraire, au patron lui-même, de soumettre la question à un troisième médecin.

Vous pourrez vous-même, d'accord avec le blessé, indiquer le médecin auquel vous proposez d'avoir recours.

Bien entendu, s'il s'était agi d'un cas urgent, vous auriez pu faire procéder à la radiographie, en prévenant simplement, par lettre recommandée, le chef d'entreprise.

Délai de déclaration du revenu.

Je vous serais reconnaissant de me faire savoir si, comme il m'a été dit, à ma grande surprise, le délai pour la déclaration de l'impôt sur le revenu a été

(Voir la suite page XXXI-581)

PROPOS DU JOUR

Ce qu'est le *Concours Médical* : Le journal et la Société d'études.

En juillet 1879, un médecin praticien de province, Auguste Cézilly, fondait le journal le *Concours Médical.* Ce fut une révolution dans notre profession.

Cézilly avait conçu le projet de grouper les praticiens, d'accueillir leurs plaintes, d'exposer leurs revendications dans son journal, en un mot de dresser, comme une force, la collectivité médicale en face des collectivités nombreuses qui de plus en plus opprimaient le médecin praticien, isolé et sans défense.

Le succès couronna les efforts de Cézilly.

Depuis près d'un demi-siècle s'est écoulé. C'est un cycle suffisant pour permettre de se créer autour d'une œuvre pareille bien des légendes.

La Légende, disent les uns, est plus vraie que l'Histoire, car elle met en relief les seuls faits importants que la minutie des détails obscurcit dans l'histoire.

Mais d'autres, et nous sommes du nombre, pensent que les légendes trop rapidement créées, déforment les faits, permettent aux envieux et aux ignorants le dénigrement, donnent des armes à la calomnie.

D'ailleurs, pour le *Concours médical,* la vérité vraie est assez belle, pour que nous l'exposions dans toute sa pure nudité, convaincus que ceux qui nous connaissent à demi et ceux qui nous ignorent trouveront intérêt à la savoir.

***

Un grand nombre de ceux qui nous lisent n'ont pas une idée exacte de ce qu'est le *Concours médical.* Le journal, la Société civile, les filiales forment dans leur esprit une sorte de tout chaotique qu'ils confondent volontiers, ils en reconnaissent tous la valeur, ils y ont recours volontiers, savent que dans toutes circonstances, ils peuvent s'y adresser, qu'ils en recevront toujours de sages avis et un appui certain. Cela leur suffit en général. Nous préférons, nous qui les considérons comme membres de notre vaste famille, qu'ils soient plus exactement au courant de l'organisation de la maison où ils ont accès.

***

Le *Concours médical* est un journal. Comme presque tous les journaux, et en particulier les périodiques médicaux, il vit du produit de ses abonnements et de sa publicité. Il appartint d'abord à son fondateur, Auguste Cézilly, qui, en mourant, le laissa à ses fils et à ses intimes collaborateurs.

Ceux-ci, après quelques années, voulurent assurer l'avenir du journal, ils s'adjoignirent plusieurs personnes qu'ils jugèrent, par leur compétence spéciale, capables de continuer et de développer l'œuvre de Cézilly. Ces nouveaux collaborateurs acquirent chacun un certain nombre de parts de l'ancienne société et le journal, le *Concours médical,* fut désormais commercialement exploité par une Société en nom collectif.

Cette Société fut et est moralement prospère, car la plupart de ses membres collaborent activement à la rédaction et à l'administration du journal. Leurs bénéfices principaux sont surtout les rétributions équitables du travail qu'ils fournissent, rétributions qui, sauf pour l'administrateur qui a la charge et la responsabilité de la publicité du journal, n'assurent à aucun une situation suffisante pour lui permettre d'en vivre, même modestement. Quant aux bénéfices commerciaux, ils n'ont jamais dépassé un intérêt convenable, mais relativement faible, du capital engagé et un vrai commerçant ne pourrait jamais considérer le journal, le *Concours médical,* comme une affaire fructueuse.

C'est grâce à cette modération dans l'exploitation du journal, c'est grâce à sa sage et scrupuleuse administration, c'est grâce à la constitution prudente de réserves suffisantes (1), mais jamais excessives, que le *Concours médical* puise au point de vue commercial sa force et sa solidité ; c'est là tout le secret de la facilité avec avec laquelle il a pu subir l'épreuve terrible de la guerre et tenir tête aux frais excessifs que la crise économique a imposés à la presse française

(1) Ces réserves prélevées sur le rapport du journal sont, les unes destinées à rembourser les abonnements en cours en cas de cessation très improbable de la publication, les autres à garantir les aléas de la gestion, comme dans toute société.

au cours de ces dernières années. Voilà donc en quoi consiste la Société de notre journal.

***

A côté du journal est la Société civile du « Concours médical », société d'études et d'initiative.

Cézilly avait d'abord songé à s'assoeier tous les lecteurs de son journal et à en faire ses collaborateurs directs. Au bout de très peu d'années, il s'aperçut que c'était tout à fait impossible, que les variations de la publicité ne permettaient pas de se passer des abonnements et qu'en continuant, le journal courrait à la faillite.

Voulant toujours rester en contact intime avec ses lecteurs, il créa la Société civile du « Concours médical ». Cette société est une association entre la direction du journal d'une part, et de l'autre les lecteurs du *Concours médical*, docteurs en médecine qui veulent bien y adhérer.

En pratique, la Direction du journal considère tous ses abonnés médecins comme membres de la Société civile, mais régulièrement, ils doivent faire acte d'adhésion.

Les ressources de la Société civile proviennent d'abord des revenus d'un capital versé par Cézilly après entente avec ses collaborateurs lors de sa fondation, de libéralités du journal qui de temps à autre a versé des sommes plus ou moins importantes à la caisse de la Société civile. La Société civile a reçu en diverses circonstances des dons, la plupart pour les bons offices de notre direction ou de notre rédaction, que nombre de nos lecteurs ont tenu à reconnaître. Le produit des petites annnonces faites pour nos confrères, celui des remplacements médicaux, etc., etc., vont augmenter les ressources de la Société civile.

Jamais la plus petite somme n'a été demandée à un adhérent de cette société ni comme droit d'entrée ni comme cotisation.

Le droit d'entrée a toujours été payé par la société du journal, quand ce droit a été perçu.

La Société civile est administrée, d'après les statuts, par un Conseil de direction qui soumet tous les ans les comptes de sa gestion à l'Assemblée générale.

Voici à quoi ont été employés jusqu'à ce jour les fonds de la Société civile :

D'abord à inviter au banquet annuel un certain nombre de personnalités qui ont rendu de signalés services au « Concours médical » ou plutôt à la profession médicale, à permettre jadis, alors que les voyages étaient plus faciles, à nos correspondants de venir aux assemblées de nos œuvres, à augmenter le menu du banquet dont le prix est toujours bien inférieur à son coût réel, et nous ne pouvons admettre qu'on nous reproche comme un gaspillage le souci que nous avons de permettre à nos invités et à nos adhérents qui veulent bien venir à nos réunions annuelles de bénéficier d'un repas plus soigné et d'assister une fois l'an à une fête confraternelle qui n'a jamais eu la réputation de dépasser la note convenable et de sombrer dans le luxe ou l'orgie.

En outre les revenus de la Société civile ont servi à permettre les études et à faire les premiers frais de réalisation des filiales du « Concours » : Syndicats médicaux et Union des Syndicats médicaux à leur début, Caisse des retraites, Amicale-Maladie, devenue Mutualité familiale, Financière médicale, destinée à tenir tête aux assureurs avant la loi sur les accidents du travail et actuellement liquidée, « Sou Médical », aujourd'hui si prospère, etc., etc. (1).

Les revenus de la Société civile ont servi à rémunérer certains travaux et à permettre certaines publications d'intérêt général (le tarif Jeanne, par ex.), à subventionuer des Congrès, à payer des cotisations à des sociétés où le « Concours médical » voulait être représenté dans l'intérêt du Corps médical. Ils ont servi à honorer nos morts et à glorifier nos victimes de la guerre, quelquefois à assister des membres de la famille médicale tout particulièrement éprouvés. Toutefois lors de la création de la Caisse d'assistance médicale de guerre, l'incertitude de l'avenir fit que le Conseil de direction de la Société civile n'osa prélever sur ses revenus singulièrement réduits, ce fut la Société du journal qui participa collectivement au nom du *Concours médical* à la souscription, ce qui n'empêcha pas plusieurs de ses membres de souscrire individuellement à la caisse d'assistance.

L'on peut se rendre compte de l'utilité de la Société civile, de son fonctionnement à côté du journal, permettant à nos lecteurs de col-

(1) Les filiales du *Concours médical* sont à l'heure actuelle : la Caisse de retraites du Corps médical français, la Mutualité familiale du Corps médical français, le « Sou médical », l'Office de remplacements, l'Office de renseignements. Les autres œuvres du *Concours médical* ont, les unes, pris une telle extension, qu'elles sont devenues totalement indépendantes comme les Syndicats médicaux et l'Union des Syndicats médicaux. Les autres ont cessé d'exister, n'ayant plus de raison d'être. Ce sont la Financière médicale et le Patronage médical qui ont été liquidés à la satisfaction de tous les membres de ces sociétés.

laborer à l'action commune, les appelant à discuter, à prendre part aux expériences tentées par le *Concours*, expériences qui ont donné lieu à des œuvres si importantes et aujourd'hui si prospères.

C'est grâce à cette organisation du journal, doublé de sa Société civile, que les Syndicats médicaux et leur Union ont pu naître et atteindre la puissance qu'ils ont acquises, que le « Sou médical » a pu prospérer et rendre tant de services individuels considérables qui, en modifiant la jurisprudence, sont d'une inappréciable utilité pour la collectivité médicale tout entière.

Sans cette organisation ingénieuse, l'expérience de nos Caisses de retraites, de notre Mutualité familiale n'aurait pu être tentée, ou l'aurait été imprudemment par des méthodes empiriques qui ne leur auraient pas permis de vivre. Sans cette organisation, nous n'aurions pu faire fonctionner utilement notre office de renseignements, prendre part à maintes œuvres où nous envoyons nos délégués qui leur impriment nos idées et nos principes.

Voilà la vérité sur le journal le *Concours médical* et la Société civile. Il est peu, il est vrai, d'exemples semblables ; le plus souvent ce n'est pas un journal qui s'annexe une institution, mais bien une institution qui s'annexe un journal. L'Institut Pasteur a son *Bulletin*. Pourtant l'on trouverait, en cherchant quelques organisations analogues dans la presse, l'Université des Annales par exemple.

Quoi qu'il en soit, notre système est bon puisqu'il a fait ses preuves et qu'après plus de quarante ans d'existence il vit avec intensité et est de plus en plus prospère.

Nous continuerons avec énergie de développer le *Concours médical et ses œuvres*, nous convions tous nos lecteurs médecins à collaborer à notre Société d'études et nous conserverons comme programme, en l'appliquant plus particulièrement aux médecins praticiens, le généreux idéal du poête :

Oui, nous travaillerons à l'éclosion sainte
Des temps où l'homme aura plus d'espoir que de [crainte
Et contemplera l'aube, afin de s'ôter mieux
L'enfer du cœur, ayant le ciel devant les yeux (1).

J. Noir.

(1) V. Hugo. — Changement d'horizon. Légende des siècles, XLV.

PARTIE SCIENTIFIQUE

SÉMÉIOLOGIE CLINIQUE

Le dédale des albuminuries,

Quelques points de repaire pour s'y reconnaître.

Par le docteur G. Siguret,
Médecin consultant à Saint-Nectaire,
Lauréat de la Faculté de Médecine de Paris.

Plusieurs recherches indispensables.

L'existence de *fausses albuminuries* indique la nécessité d'un outillage de laboratoire.

Vous soupçonnez l'existence d'albumine dans l'urine d'un malade ; assurez-vous d'abord et avant tout qu'il ne s'agit pas de « pseudo-albuminurie ».

Pour cela : 3 ou 4 verres à expérience, quelques tubes à essai, un flacon d'acide trichloracétique, un flacon d'ammoniaque, un flacon de réactif de Grimbert (acide citrique 100 gr. + eau distillée 75 gr.), un flacon d'acide nitrique, une petite quantité de sulfate de soude, une lampe à alcool et plusieurs filtres.

Faites uriner le malade dans l'un des verres à expérience, et constatez si l'*urine est claire ou trouble* à l'émission.

L'urine est trouble : versez-en une certaine quantité dans un deuxième verre et recherchez si ce trouble n'est pas le fait d'une alcalinisation alimentaire ou thérapeutique. Quelques gouttes d'acide acétique lèveront vos doutes et, en cas de positivité, rendront à l'urine sa limpidité. Si l'urine reste trouble malgré l'addition d'acide acétique, pensez à la présence de pus — dont l'origine, d'ailleurs, n'est pas forcément rénale. — Pour être fixé, ajoutez un peu d'ammoniaque à l'urine : s'il s'agit de pus, vous précipiterez une masse filante ou visqueuse.

L'urine est claire : mettez-en quelques centimètres cubes dans un tube à essai, et à l'aide d'une pipette effilée appliquée contre la paroi, ajoutez quelques gouttes du réactif de Grimbert. « Si l'urine renferme de la pseudo-albumine, vous aurez au contact de la surface de séparation de l'acide citrique et de l'urine une zone nébuleuse plus ou moins intense qui n'acquerra toute sa netteté qu'au bout d'une ou deux minutes » (Grimbert). Contrôlez par la réaction de Heller. Pour ce, à l'aide d'un entonnoir, versez lente-

ment dans un de vos verres renfermant déjà de l'urine préalablement filtrée quelques centicubes d'acide azotique. Si l'urine renferme de la pseudo-albumine, il se formera une zone nébuleuse toujours située au-dessus du plan de séparation des deux liquides.

Du fait que vous avez constaté la présence de pseudo-albumine, votre examen n'est pas terminé ; recherchez *l'albumine vraie*, car l'urine de votre malade peut renfermer à la fois de la pseudo-albumine et de l'albumine vraie. Sans doute, vous aurez été déjà mis sur la voie par la réaction de Heller (présence d'un disque albumineux, au niveau de l'acide). Pour plus de sûreté, prenez, une dernière fois, une légère quantité d'urine. Additionnez de sulfate de soude, filtrez dans un tube, ajoutez une à deux gouttes d'acide trichloracétique et portez à ébullition sur la flamme d'alcool : s'il y a trouble, c'est qu'il existe de l'albumine vraie.

Une formule à retenir.

Il n'y a pas encore très longtemps, nombre d'auteurs affirmaient que toutes les albuminuries n'étaient pas pathologiques.

A l'heure actuelle on s'accorde à admettre que toutes les albuminuries vraies indiquent une altération ou tout au moins un trouble fonctionnel des vaisseaux du rein, des glomérules ou des tubes contournés. *Toute albuminurie est* donc *pathologique*.

Le tout est de savoir si l'albuminurie constatée signifie une altération persistante ou un trouble fonctionnel passager du rein ; si elle indique une lésion légère ou une lésion grave.

Plusieurs erreurs à éviter.

A ce point de vue *ne croyez pas que la nature chimique de l'albumine puisse vous donner de précieux renseignements*. Il n'est plus vrai de dire que la sérinurie seule est l'indice de lésions rénales persistantes et la globulinurie l'indice d'une altération passagère ; de même la signification des acéto-solubles est encore mal élucidée. Quant à celle des peptones, nucléo-albumines, albumoses, etc., leur constatation, dit Castaigne, ne donne pas des renseignements d'une grande utilité dans la pratique courante.

N'attendez pas davantage de la rétractilité ou non rétractilité du précipité albumineux. Souvent les albumines dues à des lésions passagères des reins sont diffuses et non rétractiles, alors que les albumines des lésions chroniques sont rétractiles ; mais ce signe est loin d'avoir une valeur absolue ; d'ailleurs, les expériences de Cazeneuve et Lépine ont montré qu'il suffisait d'ajouter un peu de sel ou d'acide pour obtenir la rétractilité ou la non rétractilité du coagulum.

Enfin *la quantité d'albumine ne vous éclairera pas plus*. Il est impossible de dire que la gravité de la lésion soit en raison directe de la quantité d'albumine et nous connaissons des cas où une lésion légère et passagère s'est accompagnée d'albuminurie massive, alors qu'une albuminurie minime a signifié une lésion chronique et importante du rein.

Quels sont donc, en définitive, **les éléments qui peuvent permettre de juger la valeur d'une albuminurie** ?

Pour être ardu le problème n'est pourtant pas insoluble, si l'on veut bien se rappeler qu'avant de formuler des conclusions on devra étudier l'albuminurie constatée à un triple point de vue :

Etat individuel du sujet.
Cause productrice de l'albuminurie.
Mode de fonctionnement des reins du malade.

Etude de l'état individuel du sujet.

La question d'*âge* paraît posséder une réelle valeur. Malgré une longueur parfois désespérante, l'albumine chez les *jeunes sujets* ne présente *pas*, le plus souvent, *de réelle gravité, surtout si* l'albuminurie est *intermittente* ; dans ces cas, l'expérience a montré la curabilité (Tessier) et la durabilité de la guérison. Que si l'on passe à l'*adulte* ou à l'*homme âgé*, sans même aller jusqu'au vieillard, on constate que l'albuminurie n'offre plus la même bénignité ; dans une certaine mesure, même intermittente, *elle menace l'existence plus sérieusement*. Chez l'adulte, dit Gillet, « l'albuminurie intermittente, surtout lorsqu'elle ne paraît pas sous la dépendance d'une cause nette, n'est parfois qu'une annonce, à long terme sans doute, mais annonce pas moins, d'une lésion rénale qui continuera son évolution ou tout au moins ne rétrogradera pas. » Que dire alors de l'*albuminurie continue* dans l'*âge avancé* ? On peut presque à coup sûr et quelle que soit son origine lui assigner un caractère de *sérieuse gravité*. C'est qu'en effet avec les ans, à la suite des infections et intoxications diverses qui les assaillent, les organes ne se défendent plus comme dans le jeune âge ; ils fléchissent plus facilement.

L'hérédité est aussi un facteur à ne pas négliger et nous savons que l'*albuminurie* constatée chez un sujet issu de parents albuminuriques, arthritiques ou tuberculeux, est généralement *plus grave* et *offre plus de chances à la chronicité*.

Lorsqu'à l'albuminurie se surajoutent de l'hypertension, du bruit de galop, on peut généralement affirmer une lésion définitive et incurable, il en est de même si le sujet accuse une céphalée persistante, des troubles oculaires, le doigt mort, la cryesthésie, les crampes dans les mollets, les démangeaisons, l'épistaxis, les vertiges, etc.

Causes productrices de l'albuminurie.

Ici encore, l'albuminurie aura une valeur toute différente suivant l'affection génératrice.

Ainsi dans la *variole*, l'albuminurie ne présente le plus souvent *aucun caractère de gravité* et n'a aucune tendance à passer à la chronicité ; *de même*, dans l'*érysipèle* : l'évolution est généralement favorable : l'albuminurie rétrocède rapidement et finit par disparaître totalement au bout de quelques semaines. L'albuminurie survenant au cours du *rhumatisme articulaire aigu* partage le *même privilège* : la curabilité est la règle, le passage à l'état chronique est une rareté.

Dans la *diphtérie*, la *dothientérie* et la *puerpuéralité*, l'albuminurie offre encore dans la majorité des cas une *tendance spontanée à la guérison*. Cependant elle est moins bénigne que dans les pyrexies sus-mentionnées et si elle n'évolue qu'*exceptionnellement* vers la néphrite chronique, il arrive parfois qu'elle est — et ceci est important à retenir — d'une *désespérante ténacité*.

Quant aux *albuminuries grippales* et *scarlatineuses*, ce sont les *formes* les plus *sévères* des albuminuries des maladies infectieuses. Les albuminuries grippales passent à la chronicité dans la proportion de 10 à 15 p. 100. Quelques-unes d'entre elles marchent même rapidement à la néphrite chronique azotémique. Plus graves encore sont les albuminuries scarlatineuses. En effet, d'après Teissier, un tiers seulement guérissent complètement, la moitié persistent souvent de longues années à l'état d'albuminurie permanente, intermittente ou résiduale, un cas enfin sur cinq marche vers la néphrite chronique.

Si nous examinons maintenant le groupe des albuminuries liées à la *syphilis*, à la *tuberculose* ou au *paludisme*, nous pouvons dire que l'*albuminurie paludique* est ordinairement *bénigne* et le serait encore plus si elle était dépistée de très bonne heure. *De même, l'albuminurie de la période secondaire de la syphilis* cède ordinairement rapidement et définitivement au traitement spécifique ; l'évolution vers l'état chronique ou la néphrite azotémique ne se produit guère que si le sujet a déjà des tares héréditaires ou personnelles. Mais dans la *période tertiaire*, l'albuminurie est toujours *beaucoup plus grave* ; elle signifie l'existence de lésions rénales profondes, souvent même la faillite des reins à brève échéance. Dans la *tuberculose*, l'albuminurie peu abondante accompagnée de l'émission de globules rouges et de présence de bacilles de Koch dans les urines est synonyme en général de tuberculose rénale au début, c'est-à-dire qu'elle comporte une *réelle gravité* ; de même l'albuminurie préturberculeuse. Quant à l'albuminurie très abondante accompagnée de polyurie, elle traduit des altérations rénales très accentuées ; il s'agit le plus souvent de dégénérescence amyloïde.

Pour les *intoxications*, la valeur de l'albuminurie dépend de la nature du poison et de la dose absorbée. Méfions-nous donc du mercure, de l'arsenic et n'employons, au surplus, jamais de vésicatoires chez les rénaux ; l'*albuminurie saturnine* indique toujours des *lésions sérieuses du rein*. *Bénignes* au contraire sont les *albuminuries d'origine gastrique, hépatique* ou *intestinale*. En effet, dans la plupart des cas, elles rétrocèdent et disparaissent très rapidement sous l'influence d'un traitement approprié à la maladie en cause.

Les *albuminuries goutteuses* sont toujours *sérieuses* : il suffit de se rappeler que les goutteux meurent presque toujours par leur rein. Dans le *diabète, l'albuminurie abondante* comporte le plus souvent un caractère relativement *bénin* ; l'*albuminurie minime*, au contraire, accompagnée d'oligurie, doit faire *redouter* l'apparition de l'urémie et du coma. Dans les *affections circulatoires*, si l'albuminurie survient *en même temps qu'une crise d'asystolie* atteignant son maximum avec le maximum des symptômes de stase, nul doute à avoir : elle est due simplement à la gêne de la circulation veineuse dans le foie, et de ce fait elle n'indique *pas de lésions rénales très avancées* ; au contraire, si l'albumine persiste *entre les crises d'asystolie* et s'accompagne de polyurie, si les urines ont une densité faible : il y a des *lésions rénales importantes* ; l'albuminurie est grave.

Si nous faisons maintenant une dernière incursion dans le domaine des albuminuries *intermittentes* et *orthostatiques*, il nous apparaît *très difficile* de juger la *valeur de l'albuminurie* et c'est ici notamment qu'il sera bon de procéder à l'étude du fonctionnement rénal.

Etude des fonctions rénales.

Ainsi que nous l'écrivions dans un précédent article (1), pratiquement : il est possible de se rendre compte de l'état fonctionnel des reins en procédant aux recherches suivantes :

Mesure de la valeur globale des reins à l'aide d'une ou mieux dedeux des épreuves suivantes : élimination de l'eau, élimination du bleu de méthylène, élimination de la phénol-sulfonenaphtaléine.

Mesure de la rétention chlorurée, par le procédé de la balance.

Mesure de la rétention azotée en recherchant la constante d'Ambard, ou en effectuant un dosage d'urée sanguine.

Mesure de la tension artérielle avec le phono-

(1) *La Médecine pratique*, avril 1920 « Examen d'une albuminurique chronique ».

sphygmomètre Lian, le sphygmotensiophone Vaquez-Laubry, et l'oscillomètre Pachon.

Nous n'entrerons pas dans le délai de ces différentes pratiques. Qu'il suffise de savoir que grâce à ces diverses études, on pourra ranger les albuminuries orthostatiques dans l'un des groupes suivants :

Groupe des *albuminuries orthostatiques sans altération des fonctions rénales* : ces cas ordinairement sont *bénins* : ils guérissent ; ce n'est qu'exceptionnellement qu'ils évoluent vers la néphrite confirmée.

Groupe des *albuminuries orthostatiques avec altération des fonctions rénales* : dans ces cas l'albuminurie constatée peut être liée à une *néphrite aiguë infectieuse passagère* : *pronostic bénin*, guérison presque constante ; ou à une *néphrite chronique hydrurique* : peu de chances de guérison, *pronostic* toujours *grave*.

Quant aux *albuminuries intermittentes et minima*, elles aussi peuvent n'indiquer qu'une *débilité rénale* ou au contraire être symptomatiques d'une *néphrite aiguë*, ou d'une *néphrite chronique hydrurique* ; par conséquent, *bénin* dans le premier cas, *réservé* dans le second, où il y a cependant chances de guérison ; le pronostic devient *grave* à plus ou moins longue échéance dans la dernière éventualité.

En conclusion, ce que nous devons retenir, c'est que pour « débrouiller un cas d'albuminurie », il faut de la méthode, du temps, de la patience ; vouloir dans un seul examen classer son sujet, porter un pronostic et formuler un traitement, c'est s'exposer à de graves erreurs quelquefois même à une véritable catastrophe.

CLINIQUE CHIRURGICALE

Hôtel-Dieu de Toulouse : M. J.-P. TOURNEUX, chirurgien des hôpitaux.

Ostéome musculaire.

La pathogénie des ostéomes musculaires constitue une question encore actuellement des plus discutées ; certes, dans l'immense majorité des cas, il ne s'agit en définitive que d'une ossification à point de départ périostique et évoluant à la suite d'un traumatisme plus ou moins violent porté en pleine région musculaire : mais il en est d'autres, où l'interprétation des faits, beaucoup plus délicate, ne permet pas de se ranger à cette opinion, et tend plutôt à faire revivre la vieille théorie de la myosite ossifiante.

C'est un de ces cas que vous avez eu l'occasion d'observer il y a quelque temps dans le service de notre maître, M. le professeur Mériel, et sur lequel je tiens à revenir quelque peu.

Il s'agit d'une femme âgée de 62 ans, hospitalisée depuis de longues années dans une des salles d'un service de la Grave pour tabès, et qui, depuis près de 8 ans, n'a pas bougé de son lit. Nous ne possédons malheureusement aucun renseignement sur le passé de cette malade : d'abord, parce qu'elle se trouve dans un état mental qui ne lui permet que de répondre difficilement à nos questions, et ensuite, parce qu'elle vient d'un service d'incurables, sorte d'asile de tous les déshérités toulousains, où l'on ne prend guère d'observations.

Il y a deux mois environ que notre malade a commencé à présenter quelques douleurs dans la cuisse gauche, douleurs d'abord assez vagues, siégeant vers la racine du membre, et tendant parfois à s'irradier, soit en haut, du côté de la fesse, soit en bas, du côté du creux poplité. Puis, ces douleurs ont peu à peu augmenté d'intensité, en même temps qu'apparaissait un gonflement général du membre, se présentant sous l'aspect d'œdème mou. Cet état de choses dura pendant environ une huitaine de jours, et au bout de ce temps, on put constater que la tuméfaction commençait à décroître en partant du pied et de la jambe. Quand la cuisse eut repris à peu près ses dimensions normales, on remarqua, à la palpation, la présence d'une tumeur siégeant sur le côté externe et ayant repoussé en dedans tout le paquet vasculo-nerveux. En déprimant les téguments encore légèrement infiltrés, on sentait une masse dure, résistante, immobile, située profondément et répondant au muscle psoas iliaque. Elle était nettement limitée du côté de la partie supérieure de la cuisse, mais semblait au contraire se continuer du côté de l'abdomen. Pas d'autres symptômes à noter, en dehors de ceux de l'affection nerveuse dont la malade était atteinte depuis de longues années.

En présence d'un pareil état, et étant donnés les caractères observés, on porta le diagnostic de sarcome musculaire, et la malade fût évacuée dans un service de chirurgie en vue d'une intervention.

Notre sujet se présente en assez mauvais état général ; c'est une femme pâle, amaigrie, ne s'alimentant que très peu, et ne répondant que difficilement et péniblement à nos questions. En examinant ses deux cuisses, on est tout de suite frappé de la différence d'aspect qu'elles offrent : l'une est petite, blanchâtre, dépourvue de tout relief musculaire, l'autre, au contraire est assez volumineuse, de couleur violacée, et gardant l'empreinte du doigt. La présence de la tumeur, longue d'environ 8 centimètres et large de 4, s'y relève nettement : elle est située tout à fait en dehors des vaisseaux. Rien d'anormal au cœur ni au poumon, rien de particulier au toucher vaginal, pas de troubles sphinctériens.

Il faut cependant noter que les crises doulou-

reuses, qui avaient presque cessé il y a quelques jours, ont recommencé de plus belle, survenant de jour et de nuit, fatiguant énormément notre malade.

L'idée de tumeur maligne, de sarcome musculaire était la seule qui pût se poser à notre esprit ; mais il nous semblait pourtant assez difficile de lui rattacher les différents troubles circulatoires observés. La tumeur, nettement indépendante du trajet vasculaire, ne semblait guère pouvoir exercer de compression et déterminer par conséquent ce volumineux œdème et cette circulation collatérale si développée. Nous avons alors pensé que la tumeur devait se prolonger, du côté, de la cavité abdominale, et déterminer, de ce côté, des troubles de compression réels, capables de nous expliquer des manifestations de stase sanguine.

En présence d'une telle situation, et malgré le mauvais état général de notre malade, il nous a semblé qu'une seule conduite, l'intervention chirurgicale, était légitime, car elle seule pouvait faire disparaître l'œdème du membre et, peut-être aussi les crises douloureuses qui affaiblissaient cette pauvre femme, en l'empêchant de pouvoir se livrer au moindre repos.

L'opération eut lieu quelques jours plus tard, sous anesthésie générale à l'éther, et une incision longitudinale, longue de près de 15 centimètres, partant de l'arcade de Fallope et descendant vers le milieu de la cuisse, nous permit, après section successive des plans superficiels, d'arriver presque sur la tumeur, qui était bien constituée par le psoas iliaque.

Au palper, nous avons constaté qu'il s'agissait d'une masse très ferme, donnant une impression de dureté que ne présente pas ordinairement le tissu sarcomateux, masse s'étendant depuis l'insertion fémorale jusqu'à l'entrée du bassin. Nous avons alors entrepris l'ablation du muscle de bas en haut, en commençant par son insertion fémorale ; puis, en le relevant et le dégageant successivement, nous sommes remonté jusqu'à l'arcade de Fallope qui fut incisée afin de permettre une exploration plus complète. Nous avons alors reconnu que la masse musculaire pelvienne ne présentait pas les caractères que nous avions trouvés jusqu'alors, mais offrait une consistance normale ; aussi, avons-nous borné là notre exérèse, en respectant la partie interne du psoas iliaque. La plaie fut refermée en plusieurs plans avec drainage à la gaze. Les suites opératoires, ainsi que vous avez pu le constater, ont été excellentes : la réunion se fit par première intention et notre malade a pu être ramenée à l'hôpital de la Grave. J'ai eu de ses nouvelles tout récemment : il n'y a plus au niveau de sa cuisse aucun des phénomènes que nous avions observés ; son état général continue cependant à laisser à désirer, car elle présente des troubles assez importants du côté de ses sphincters, et il y a un début d'escarre au niveau de la région sacrée.

L'examen histologique du muscle enlevé m'a causé une véritable surprise. Alors que je m'attendais à me trouver en présence d'un tissu offrant des caractères néoplasiques, j'ai reconnu qu'il s'agissait là d'un muscle en voie d'ossification, d'un véritable ostéome musculaire.

En examinant un certain nombre de préparations faites aux dépens de plusieurs fragments prélevés en différents points de la masse musculaire, on se rend compte que le psoas iliaque présente deux sortes d'altérations, complètement différentes, des lésions d'atrophie musculaire, et des lésions d'ossification. Du côté de l'attache fémorale, il n'y a plus aucune trace de fibres musculaires, et ce n'est que beaucoup plus haut, qu'on en retrouve encore quelques faisceaux ; mais ces derniers sont dissociés, écartés les uns des autres, étouffés pour ainsi dire au sein d'une prolifération conjonctive.

Il s'agit là évidemment de lésions d'origine purement tabétique, lésions assurément fort intéressantes, mais sur lesquelles je ne crois pas devoir insister.

En plus de ces altérations, on remarque la présence de tissu osseux en voie d'évolution ; il existe, en effet, de larges bandes de substance homogène, colorée en rouge par la fuchsine, renfermant de nombreuses cellules en tous points analogues aux cellules osseuses, et s'insinuant à travers le tissu conjonctif. Ce tissu de nouvelle formation, que l'on peut qualifier de pré-osseux, n'existe pas d'une façon continue dans tout le muscle, mais il y est pour ainsi dire étagé, car en différents points, tant au milieu que vers la partie supérieure, on constate la présence de formations complètement indépendantes de celles que l'on voyait plus bas. Il est d'ailleurs à remarquer que si, dans la zone inférieure, ce tissu pré-osseux se développe en plein tissu conjonctif, dans la zone moyenne, là où il existe encore des formations musculaires, il se complaît, en partant des espaces inter-fasciculaires, à isoler les fibres les unes des autres et parfois même à les englober.

Il y a donc évidemment là deux processus bien distincts, et il faut séparer nettement les lésions d'atrophie musculaire d'origine tabétique du processus ossifiant, dont il paraît assez difficile d'indiquer la cause. Il ne peut s'agir assurément dans ce cas d'une ossification partant du périoste : à 62 ans, la vitalité de cette formation est assez faible ; de plus, la raison de la prolifération périostique ne se voit guère puisqu'il n'y a pas de traumatisme ; et enfin, ce qui me paraît capital, c'est que l'ossification est discontinue. Il semble donc bien que l'on ait affaire ici à une véritable myosite ossifiante, à point de départ inter-fasciculaire, ainsi que le permet la disposition des lésions. Quant à savoir la cause déterminante du

processus ossifiant, il est assez difficile de répondre à cette question. Aucune des hypothèses alléguées en pareil cas n'est satisfaisante et nous en sommes réduits à penser que les altérations tabétiques ont peut-être favorisé la production osseuse. L'atrophie musculaire, ou plutôt, la disparition des fibres, s'est accompagnée d'apparition de tissu conjonctif jeune, de tissu mésoblastique qui, sous une influence nous échappant totalement, a repris la fonction ostéogénique et a fait du tissu osseux par l'intermédiaire des éléments embryonnaires auxquels sa prolifération avait donné naissance.

A TRAVERS LA PRESSE

Le dualisme du virus syphilitique.

Depuis qu'il est établi que le tréponème se trouve normalement dans l'écorce cérébrale des paralytiques généraux, la paralysie générale n'est plus considérée, comme au temps de Fournier, comme une manifestation para-syphilitique, mais bien comme une forme clinique de la vérole.

Mais, en même temps qu'on notait une fréquence de plus en plus grande des syphilis nerveuses, on était frappé de ce fait qu'elles se font remarquer par l'extrême bénignité de leur début et de leur évolution secondaire. Je connais, pour ma part, deux sujets dont l'un a fait, il y a quelques années, une paralysie spécifique de la troisième paire, et dont l'autre est, depuis longtemps, un tabétique confirmé. L'un et l'autre ont nié de très bonne foi, pendant plusieurs années, toute infection syphilitique, tant les accidents initiaux avaient été bénins, et étaient passés inaperçus.

Cette discordance entre l'évolution clinique de la syphilis nerveuse et de la syphilis cutanéo-muqueuse pose un problème des plus impressionnants : l'une et l'autre sont-elles dues au même germe pathogène ? Ou bien, au contraire, existe-t-il deux virus distincts, un dénommé dermotrope, cause de la syphilis cutanéo-muqueuse, l'autre, neurotrope, ayant une affinité élective pour les centres nerveux ? C'est ce problème que M. Mirande étudie, à la faveur des très remarquables travaux de Marie et Levaditi. (*Journ. de chir. et de méd. prat.*, 10 déc. 1920.)

Des expériences qui ont été poursuivies par ces auteurs, il résulterait que « les deux virus, « dermotrope et neurotrope, loin d'être identi- « ques, offrent dans leurs réactions des dissem- « blances marquées de nature biologique et ana- « tomo-pathologique : elles concernent le temps « d'inoculation, l'aspect des lésions, l'évolution, « la virulence. »

Ces expériences ont été faites sur le lapin, sur le singe, et aussi, à deux reprises, sur l'homme. Elles paraissent concluantes.

Toutefois, il serait prématuré d'en inférer qu'il existe deux sortes de chancre, le chancre étant la porte d'entrée et le début de la syphilis. Ne s'agirait-il pas plutôt d'une transformation neurotropique du spirochète à la faveur de sa culture et de sa vie dans le tissu nerveux ? Question éminemment troublante, si l'on considère le peu d'efficacité du traitement spécifique par les arsenicaux organiques dans la paralysie générale.

Au dire des auteurs, il n'y aurait pas là une arsenico-résistance particulière du virus neurotrope, mais un mécanisme encore inconnu et dont ils se proposent de trouver l'explication.

On conçoit l'intérêt qui s'attache à de semblables recherches, puisque de leur résultat peut découler une thérapeutique efficace d'affections contre lesquelles nous sommes médiocrement armés.

Diagnostic précoce de la tuberculose ganglio-pulmonaire chez l'enfant.

Il n'est pas un praticien qui n'en apprécie l'intérêt, puisque, de cette précocité même, dépend la mise en action des moyens thérapeutiques divers dont on peut attendre des résultats d'autant meilleurs qu'ils auront été eux-mêmes plus précocement employés.

C'est ce qui rend particulièrement instructve l'étude de M. Méry (*Presse méd.*, 4 déc. 1920).

Les antécédents héréditaires et personnel de l'enfant ayant été scrupuleusement scrutés, on passera à l'examen clinique de celui -cis, par l'inspection, la percussion et l'auscultation, tout en ne négligeant pas la toux rauque, sèche, quinteuse, coqueluchoïde.

L'inspection révèlera souvent une circulation veineuse sous-cutanée du thorax plus ou moins abondante, et due à la compression de la grande veine azygos.

La percussion se pratiquera surtout au niveau des zones ganglionnaires antérieure et postérieure. La zone antérieure est constituée principalement par le manubrium et s'étend à deux travers de doigts de chaque côté, au niveau des deux ou trois premiers espaces intercostaux. La zone postérieure correspond aux espaces inter-scapulo-vertébraux.

Pour que la percussion soit instructive, il faut la pratiquer symétriquement, en procédant par comparaison, le doigt percuté étant placé verticalement et appliqué étroitement sur la peau. Le doigt percuteur sera léger et superficiel. Il révèlera une élévation de la tonalité et une diminution de l'élasticité sous-jacente. Ces signes sont surtout nets en avant. Par contre, les données de l'auscultation sont plus précises en arrière.

Elles consistent en une expiration prolongée et soufflante, une propagation plus étendue de la transmission broncho-égophonique de la voix haute, aussi bien que de la voix chuchotée (voix soufflée de d'Espine). En même temps, l'inspiration est affaiblie, non seulement au niveau des zones ganglionnaires, mais encore dans toute l'étendue du poumon malade.

L'auscultation plus générale des poumons montrera une inspiration rude et basse, de valeur indiscutable si elle est permanente. Elle montrera encore une inspiration saccadée, de l'exagération des vibrations, de l'élévation de la tonalité, et enfin, des bruits adventices : craquements, frottements, râles sous-crépitants.

L'examen clinique gagnera à être confirmé par un examen radioscopique.

Enfin, on pourra recourir à la recherche des réactions à la tuberculine. Et de cet ensemble d'observations résulteront des précisions suffisantes pour asseoir un diagnostic précoce, permettant de mettre en œuvre un traitement judicieux et approprié.

M. Ribadeau-Dumas, qui traite la même question dans *Paris méd.* (4 déc. 1920) fait, à quelques détails près, la même description clinique que Méry. Mais, il insiste tout particulièrement sur l'importance de l'examen radioscopique, qui doit être confié évidemment à un spécialiste.

Pour lui, en effet, « s'il existe parfois des signes « cliniques qui peuvent faire soupçonner l'exis« tence d'une adénopathie trachéo-bronchique, « c'est l'examen radiologique qui en assurera « l'existence et permettra même de la déceler là « où rien ne pouvait y faire penser. »

Les petits signes de l'hérédo-syphilis.

Ce sont, au dire de M. Sabouraud (*Bull. méd.*, 4 déc. 1920) : 1° la saillie anormale de l'occipital au niveau du lambda, suture de cet os avec les pariétaux ; 2° les déformations dentaires, dents d'Hutchinson, dents rouillées, dents grêlées, dents difformes, dents en tournevis, dents pointues, microdontisme avec dents espacées ; 3° l'absence ou le retard d'apparition de certaines dents ; 4° la topographie dentaire, avec difformités des maxillaires ; 5° une insuffisance d'émergence de certaines dents, les molaires et les prémolaires ; 6° la déviation de la cloison narinaire ; 7°) la pelade ; 8° l'agénésie pilaire, les cheveux et les poils étant moins abondants en certaines régions, que celles-ci ne le comportent normalement ; 9° des dysgénésies génitales ; 10° des varices qui ne font pas leur preuve, de l'eczéma variqueux ; 11° enfin, certaines insuffisances endocriniennes.

Et de conclure : « Nous devons accueillir sans « prévention toutes les recherches cliniques sur « la syphilis héréditaire, non pas pour les admet« tre sans étude, mais pour les soumettre au « contraire à des recherches de contrôle. »

Expertise rapide du lait et des fromages.

Quand un nourrisson se développe mal, on se demande souvent si la qualité du lait de la nourrice n'est pas en cause. Voici un procédé de fortune à la portée de tous les praticiens, et qui est dû à M. Icard, dont on connaît les travaux ingénieux sur le diagnostic de la mort réelle. (*Gaz. des Prat.*, 1er déc. 1920.)

Le lait étant bien mélangé, on en dépose une gouttelette du volume d'une lentille sur un petit carré de papier cloche de 0,03 de côté environ. Ce morceau de papier est placé sur une épingle à cheveux soutenue elle-même par une cuillère qu'on expose à l'action d'une source de chaleur : lampe à alcool, bec de gaz, lampe à pétrole même, de manière à obtenir la caramélisation de la gouttelette laiteuse. On observe alors, autour de la tache noire qui remplace celle-ci, une auréole bulleuse, due au beurre. Les dimensions de cette auréole correspondent à la teneur du lait en beurre ; c'est ainsi qu'un lait de vache de bonne qualité fournit une auréole dont le diamètre équivaut environ à trois fois celui de la gouttelette.

On peut appliquer ce procédé à la mesure du beurre d'un lait de femme, en se rappelant que l'auréole optima est la même que celle que donnerait un lait de vache coupé au quart, puisqu'on sait que le lait féminin est plus sucré, mais moins gras que celui-ci.

On aura soin de faire l'examen immédiatement après la tétée ou au moins après quelques succions du sein par le nourrisson.

Sur un aspect de la crise.

Tous les cliniciens connaissent les phénomènes critiques qui jugent et terminent, dans les cas favorables, les maladies aiguës. Nulle affection ne les offre plus manifestes et plus saisissants que la pneumonie, qui se résout brusquement par une chute soudaine de la température, accompagnée d'hypotension, de ralentissement du pouls, de polyurie avec déchargeur atique et chlorurée, de diarrhée, d'hémorragies (epistaxis).

Nos connaissances actuelles en biologie permettent d'interpréter ces phénomènes dans un sens original et nouveau, hypothétique évidemment, mais séduisant.

En effet, les phénomènes critiques qui jugent la pneumonie ressemblent trait pour trait à ceux qui caractérisent le choc anaphylactique, et d'une façon plus générale, le choc protéique. De telle sorte, et c'est ce qu'expose Mlle Condat (*Toulouse méd.*, 1er déc. 1920), que la crise pneumonique correspondrait en réalité à une leucocytolyse massive, mettant en liberté une grande



quantité d'anticorps, destinés à neutraliser les antigènes qui saturent à ce moment l'organisame. Cette libération répandrait en même temps dans le sang des substances protéolytiques déterminant une sorte d'intoxication passagère que traduit l'exaspération des symptômes, de la fièvre en particulier, à la période précritique.

« La destruction leucocytaire est un facteur important, peut-être même déterminant, de la crise.

« La crise est comparable au « choc », avec les modifications sanguines caractéristiques de l'hémoclasie ; la lyse des leucocytes est la cause déchaînante et sera exagérée à son tour à l'éclatement de la crise, dans laquelle la chute leucocytaire est un élément important du syndrome hémoclasique.

« Si le malade peut faire les frais de la crise, effort suprême de l'organisme, dangereux en lui-même, comme tout phénomène de choc, la guérison sera obtenue par cette brusque décharge d'anticorps. L'antigène transformé sera facilement éliminé. Les autres symptômes critiques, secondaires, sont la conséquence des modifications survenues du fait de la crise vasculo-sanguine. »

G. D.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

La vaccination anti-typhoïdique dans la population civile.

(M. Chauffard. — *Académie de médecine.*)

M. Chauffard présente une étude sur la vaccination antityphoïdique préventive dans la population civile. La valeur de cette vaccination a été démontrée pour l'armée pendant la guerre. Mais dans quelle mesure pourrait-on l'adapter au milieu civil ?

A l'hôpital Saint-Antoine, comparant ses statistiques de fièvre typhoïde d'avant et d'après guerre, M. Chauffard montre qu'actuellement la dothiénentérie est rare chez l'homme après l'âge de 20 ans, ce qui tient aux vaccinations effectuées chez les mobilisés. Il serait intéressant de faire bénéficier de la méthode les femmes et les adolescents. L'auteur pense que la première vaccination pourrait être pratiquée à 15 ans, la seconde à 18 ans et la troisième à 21 ans.

M. Achard a remarqué également que la fièvre typhoïde se voit maintenant plutôt chez la femme, alors qu'elle prédominait chez l'homme avant la guerre.

M. Vincent considère la vaccination préventive comme le moyen le plus simple et le plus efficace de lutter contre les maladies typhoïdes. Il montre les bons résultats des essais (aujourd'hui nombreux de vaccinations antityphiques pratiquées dans les milieux civils.

Révision de la loi sur la santé publique.

(M. Léon Bernard. — *Académie de médecine.*)

M. Léon Bernard lit, au nom d'une commission spéciale, un rapport relatif au projet de révision de la loi de 1902 sur la protection de la santé publique. Il insiste sur les deux points suivants : la nécessité d'une collaboration étroite entre le corps médical et les pouvoirs publics et l'obligation, pour ces derniers, de ne pas éluder, sous des prétextes divers, l'application des mesures d'hygiène recommandées par les médecins.

Appareil plâtré dans les fractures du col fémoral.

(M. H. Judet. — *Académie de médecine.*)

Les fractures intra-capsulaires du col fémoral, qu'il s'agisse de décapitation de la tête, ou de fractures de la région moyenne du col, ont pour conséquence, chez les sujets âgés surtout, la pseudarthrose. Au cours de ces dernières années, des guérisons ont été obtenues par l'enchevillement des fragments (méthode de Delbet), par l'immobilisation en abduction (Witman). M. Judet propose un appareil plâtré posé sur le bassin et sur le membre inférieur mis en flexion et abduction. Cette position, prise pendant que l'on exerce une pression d'arrière en avant sur le grand trochanter, oriente le col vers le cotyle.

Fréquence des formes frustes de l'hypersécrétion continue.

(M. L. Pron, d'Alger. — *Académie de médecine.*)

L'hypersécrétion continue est fréquemment méconnue. Elle ne se présente pas toujours en effet avec sa symptomatologie normale et elle affecte souvent l'aspect de l'hyperchlorhydrie simple. Elle peut même rester latente ou simuler l'hypochlorhydrie. Ce sont là des formes frustes, assez communes, de la maladie.

Les médicaments énergétiques.

(M. G. Bardet. — *Académie de médecine.*)

A côté des médicaments qui agissent par leurs bases chimiques, il en est d'autres dont l'action semble provenir d'une sorte d'énergie émanée de leurs molécules. Ce sont les médicaments *énergétiques* dont les types sont les substances radio-actives et les métaux colloïdaux. Pour ces produits, à propriété d'ordre physico-chimique, M. Bardet estime qu'il importerait de comprendre une nouvelle catégorie dans la pharmacopée.

(2)

Pancréatite hémorrhagique par stase duodénale.

(M. P. Brocq. — *Société de chirurgie.*)

M. Pierre Delbet présente un rapport sur un travail de M. Brocq concernant la réalisation expérimentale de la pancréatite hémorrhagique par stase duodénale.

En 1914, MM. Brocq et Morel ont pu provoquer des pancréatites hémorrhagiques en injectant de la bile dans les canaux pancréatiques de chiens, au cours de la digestion. Cela conduisait cliniquement à l'indication du drainage des voies biliaires au cas de pancréatite hémorrhagique. Poursuivant ses recherches, en collaboration avec M. Binet, M. Brocq a montré que la bile n'était pas toujours nécessairement en cause et que l'on pouvait produire la pancréatite hémorrhagique avec stéatonécrose, par injection de suc intestinal, ou encore de sels de calcium dans le canal pancréatique. La stase duodénale, réalisée par ligature du duodénum, aboutit au même résultat. On pourrait en déduire l'utilité, en pareil cas, non seulement de traiter les voies biliaires, mais encore d'explorer le duodénum.

Reconstitution de l'urèthre à l'aide d'artères.

(MM. Legueu, Gouverneur et Garcin. — *Société de chirurgie.*)

M. Legueu communique les résultats de ses recherches expérimentales et cliniques sur la réparation de l'urèthre masculin au moyen d'hétéro-greffes artérielles mortes ou vivantes.

Par son calibre, sa résistance et son élasticité, l'artère semble particulèrement indiquée pour la reconstitution du canal uréthral. Mais, devant la difficulté de prélever, chez l'individu même, sans danger, une artère assez grosse, l'auteur s'est adressé aux greffes animales. Après une série d'études expérimentales sur la question, il pratiqua, en juin 1920, chez un blessé de guerre, une greffe artérielle uréthrale dont le succès fut complet. Le malade a été suivi pendant quatre mois et il y a lieu de penser que le bon résultat obtenu se maintiendra dans l'avenir, surtout si le patient a la précaution d'entretenir de temps en temps la perméabilité de son néo-canal.

Vaccinothérapie dans l'ostéomyélite.

(M. de Fourmestraux, de Chartres. — *Société de Chirurgie.*)

M. de Fourmestraux relate trois observations d'ostéomyélites traitées et guéries par la vaccinothérapie à doses fortes. L'auteur, tout en se gardant de l'enthousiasme quelquefois excessif qui accompagne les méthodes thérapeutiques nouvelles, se plaît à constater les résultats remarquables de la vaccinothérapie en pareil cas.

M. Pierre Delbet remarque que l'on emploie de plus en plus les doses élevées de microbes qu'il préconise depuis sept ans.

Injections intra-veineuses de sérum glycosé dans certaines dyspnées.

(MM. Lhermitte, S. Cornil et Peyre. — *Société médicale des hôpitaux.*)

Observant dans une salle de vieillards, les auteurs ont fréquemment assisté à l'éclosion subite d'accès de dyspnée paroxystique, de pathogénie souvent mal élucidée, chez des sujets par ailleurs plus ou moins tarés. Ils se sont efforcés de rechercher s'il n'existait pas entre ces crises de dyspnée paroxystique et les états que l'on désigne sous les noms de choc humoral, de colloïdoclasie, une analogie pouvant aller jusqu'à la similitude.

Partant de cette idée, ils ont traité trois malades en crise dyspnéique de ce genre par l'injection de 10 centim. cubes d'une solution hypertonique (à 30 pour 100) de glucose. Le résultat a été satisfaisant et rapide. Ces trois faits concernent des sujets atteints l'un de lésions aortiques, l'autre de tuberculose pulmonaire avec néphrite, le troisième de sclérose rénale.

MM. Lhermitte, Cornil et Peyre rapprochent leurs constatations de celles faites par Richet, Achard, Pagniez, relatives à l'action empêchante, vis-à-vis du choc humoral, des injections de chlorure de sodium, de lécithine, d'oléate de soude, de peptone, de toute substance diminuant fortement la tension superficielle du sérum (Kopaczewski). Il conviendrait d'admettre, en outre, le rôle du choc humoral dans certaines dyspnées paroxystiques.

Réveil hivernal de l'encéphalite épidémique.

(M. H. Roger, de Marseille. — *Soc. méd. des hôp.*)

L'épidémie d'encéphalite de 1919 a été nettement saisonnière. En dehors d'une légère poussée automnale, elle a sévi surtout pendant l'hiver et au début du printemps, période hiverno-vernale. Exceptionnels ont été les cas d'été.

Il fallait s'attendre à voir reparaître l'encéphalite épidémique avec l'hiver 1920-1921. C'est en effet ce que vient d'observer M. Roger, à Marseille. L'auteur a pu caractériser, dans sa pratique, dix cas de cette maladie, sans compter les hoquets épidémiques, également rencontrés à Marseille, en même temps qu'à Paris. Simultanément, en outre, se sont montrées des réviviscences de séquelles encéphalitiques jusque-là torpides.

Encéphalite épidémique et syphilis.

(M. Maurice Renaud. — *Soc. méd. des hôpitaux.*)

M. Maurice Renaud rapporte une observation pour laquelle ont eût posé, autrefois, sans hésitation, le diagnostic de syphilis et qu'il croit devoir plutôt rattacher à l'encéphalite épidémique. Il s'agit d'un jeune homme de 22 ans entré à l'hôpital avec de la fièvre (38°5), de la céphalée, une paralysie du moteur

oculaire commun, symptômes auxquels s'associèrent ensuite une paralysie faciale de type périphérique et une ébauche d'hémiplégie. On porta le diagnostic d'encéphalite, mais, aucune amélioration n'étant survenue au bout de deux mois, M. Renaud, quoique le Wasserman fût négatif, fit une cure d'arsénobenzol qui amena une régression immédiate et rapide des symptômes. Malgré l'absence de critère, l'auteur conclut à l'encéphalite épidémique, l'action du traitement arsenical étant pour lui simplement une preuve que l'arsenic peut quelquefois agir sur cette affection.

P. L.

THÉRAPEUTIQUE APPLIQUÉE

Manganate calcico-potassique dans la tuberculose.

Par le Dr BEAUPREZ, de Paris.

J'exposerai brièvement dans cet article les résultats obtenus au cours d'une année de pratique du traitement de la tuberculose pulmonaire par le manganate calcico-potassique, au Dispensaire du groupe industriel de la Courneuve.

Je crois inutile de rappeler ce qu'est le manganate calcico-potassique de MÉLAMET ; sa composition et ses propriétés ont été suffisamment décrites à ce jour, dans les diverses publications médicales.

Depuis plus d'un an, les malades du Dispensaire du groupe industriel de la Courneuve, qui sont tous des tuberculeux pulmonaires, ont été traités uniquement par cette médication, administrée par la voie endo-veineuse, sauf exception. Il a été pratiqué à ce jour au dispensaire environ 1700 injections intraveineuses de manganate, sans que l'on ait observé de réaction générale ou d'accident.

Le nombre des malades ayant subi à ce jour un traitement complet est de 51. Parmi ces malades, beaucoup ont terminé le traitement depuis 10, 9, 8, 6 mois.

Chez tous, sauf chez 6, le résultat a été des plus satisfaisants.

Sous l'influence du traitement, les symptômes d'auscultation ont regressé : les lésions pulmonaires ont d'abord changé de caractère, puis se sont nettement cicatrisées ; l'état général s'est rapidement amélioré, les bacilles ont disparu des crachats, et dans les cas où on en a retrouvé, ils avaient largement diminué de nombre et présentaient les caractères de bacilles lysés. Les résultats obtenus, vérifiés cliniquement, radioscopiquement et bactériologiquement, se sont maintenus jusqu'à présent.

Les 6 malades chez lesquels les résultats n'ont pas été satisfaisants, étaient des cas *in extremis* ou presque, cavitaires avancés, hyperthermiques chez lesquels il n'a pas été obtenu d'amélioration franche et surtout soutenue, l'organisme n'ayant plus la force de faire les frais d'une réparation.

Toutefois, tout au moins pour deux d'entre eux, l'existence a pu être prolongée d'environ 6 à 8 mois.

Les résultats les plus brillants ont été obtenus à la première et à la deuxième périodes ; néanmoins, chez quelques rares malades arrivés à la troisième période, une amélioration surprenante et inespérée, s'est produite.

En règle générale, la médication échoue si, aux lésions pulmonaires, s'ajoutent des lésions laryngées ou intestinales profondes.

Chez les hyperfébriles, l'amélioration des lésions est moins rapide, moins nette et moins durable.

Par contre, il a été obtenu d'excellents résultats dans un cas de tumeur blanche de l'articulation du gros orteil et de spina ventosa, chez une fillette de onze ans (traitement par la voie intra-trachéale) ; une adénite sous-maxillaire volumineuse, chez une enfant de 4 ans, a fondu pour ainsi dire à vue d'œil, sous l'influence de l'administration quotidienne du manganate calcico-potassique par voie rectale ; dans ce cas, 20 lavements ont suffi pour faire disparaître complètement la glande.

En somme, les résultats obtenus par la médication employée au Dispensaire, sont, en l'état actuel du traitement de la tuberculose pulmonaire, extrêmement intéressants. Le manganate calcico-potassique de MÉLAMET ne paraît pas être un spécifique (dans le sens strict du mot) de la tuberculose, mais il constitue, à mon avis, un para-spécifique, et le traitement par le manganate est celui qui me paraît donner de beaucoup les meilleurs résultats.

Les 3 observations qui suivent, prises dans ma clientèle privée, sont intéressantes parce que l'une montre nettement l'influence de la médication sur la température, donc sur les phénomènes toxi-infectieux dans un cas très grave ; les deux autres prouvent que des résultats extrêmement satisfaisants peuvent être obtenus quand le traitement est appliqué à temps.

OBSERVATION 1.

Tuberculose pulmonaire. Influence du manganate calcico-potassique sur la température.

OBSERVATION RÉSUMÉE.

Mlle X..., 17 ans, vient consulter en août 1920. Pleurésie à l'âge de 12 ans. Se plaint depuis environ deux mois de toux fréquente, fièvre vespérale, dyspnée, anorexie, amaigrissement, perte des forces.

L'auscultation montre une pneumonie massive du sommet gauche et au milieu d'une zone souf-

flante, des signes d'un début de ramollissement. La température du matin oscille autour de 37°8 et celle du soir autour de 39°5 à 39°8. Les crachats renferment de nombreux bacilles de Koch.

Traitement. — Chaque jour une instillation rectale de manganate calcico-potassique. 3 séries de 20 instillations ont été faites, séparées l'une de l'autre par 20 jours de repos.

Action de la médication sur la température. — 1re série : vers le 5e jour la température du matin s'abaisse à 37°4 environ, celle du soir arrive à osciller à la fin de la série d'instillations autour de 37°8. Repos de 20 jours. Pendant ces 20 jours la température vespérale remonte progressivement et atteint 39° le soir du 20e jour de repos.

2e série d'instillations : vers le 5e ou 6e jour de cette série la température vespérale recommence à baisser, pour arriver progressivement à 38° vers le 12e jour. A ce moment, par suite d'une circonstance fortuite (boîte d'ampoules brisées) la malade est privée de son médicament. La température remonte pendant ces quelques jours d'interruption de traitement à 39° le soir. On reprend les instillations : la température vespérale baisse à nouveau et arrive à 37°8 le soir de la 20e instillation. Nouveau repos de 20 jours : pendant ces 20 jours la température remonte progressivement et atteint 38°5 le soir du dernier jour de repos. 3e série d'instillations rectales : la température baisse dès la 5e instillation et atteint 37°5 à la fin de la série.

Pendant ces 3 séries d'instillations la malade a grossi d'environ 1200 grammes, l'état du poumon s'est notablement amélioré et l'état général s'est maintenu relativement bon.

Vers la mi-décembre, la malade quitte la région et est perdue de vue.

Observation II.

Tuberculose pulmonaire, syphilis ancienne.

M. L..., 38 ans, employé de commerce.

Vient consulter en mai 1920.

Bien portant jusqu'à présent (a fait toute la campagne 1914-18). Se plaint depuis 2 à 3 mois de fatigue, de faiblesse et d'amaigrissement. Tousse très peu ; les crachats sont insignifiants ; pas de fièvre. A contracté la syphilis à l'âge de 22 ans.

Poids : 64 kilogr. 250.

Auscultation. — Poumon droit normal.

A gauche : inspiration rude, expiration granuleuse et saccadée. Quelques craquements secs et rares à la partie interne de la fosse sous-claviculaire.

Examen radioscopique. — Légère grisaille du sommet gauche qui s'éclaire peu à la toux. Adénopathie hilaire gauche et sclérose péribronchique. Sinus costo-diaphragmatique clair et non émoussé. En oblique postérieure, grisaille des 2/3 supérieurs de l'espace clair médian.

Examen des crachats. — Présence de bacilles de Koch, la plupart granuleux. (1)

Traitement. — 1° Manganate calcico-potassique, 3 injections intraveineuses par semaine 1re série de 15 injections.

2° Repos de 3 semaines. Après cette période de repos le malade se sent mieux, ne tousse presque plus, mange mieux et a grossi de 1500 gr. depuis le début du traitement. Les craquements persistent mais sont très fins.

3° Deuxième série de 15 injections intraveineuses de manganate calcico-potassique. 2 par semaine : il est pratiqué en outre, chaque semaine une injection intraveineuse de novarsénobenzol (0.15, 0.20, 0.30, 0.30, 0.45, 0.45, 0.45). Amélioration très notable de l'état général : le malade ne tousse plus, son poids a augmenté de 3.400 gr. depuis le début du traitement, soit un peu plus de 3 mois.

4° Nouveau repos de 1 mois.

A fin septembre 1920, l'état général est tout à fait satisfaisant. La recherche des bacilles de Koch dans les crachats est négative, même après homogénéisation.

5° octobre 1920, 10 injections intraveineuses de cyanure Hg. à 0.01 cgr.

6° Novembre 1919, 10 injections intraveineuses de cyanure Hg. à 0.01 cgr.

7° Décembre 1920 et janvier 1921. Pas de traitement.

Au 1er février 1921, on constate : état général excellent. Pas de signes pulmonaires à l'auscultation. La radioscopie montre un sommet gauche s'éclairant bien à la toux. La recherche des bacilles de Koch reste négative.

Observation III.

M. M..., 32 ans, réformé de guerre 100 p. 100.

Atteint par les gaz. Tuberculose pulmonaire,

Vient consulter en avril 1920. Essoufflement et bronchite chronique depuis qu'il a été atteint par les gaz. Depuis plusieurs mois, amaigrissement, asthénie, perte de l'appétit, toux plus fréquente le soir, sueurs la nuit.

Auscultation : râles humides et sous crépitants fins au sommet gauche. Inspiration rude, expiration prolongée et saccadée au sommet droit. Runci moyens disséminés, dans toute l'étendue des deux poumons. Diminution notable de l'amplitude des mouvements respiratoires.

Nombreux bacilles de Koch dans les crachats.

Le traitement institué consiste en injections intraveiueuses de Bactioxyne, 3 par semaine.

20 avril, 25 mai. 1re série de 15 injections. Dès la 8e injection, on constate une légère amélioration de la toux qui est moins fréquente et de la fatigue qui diminue, ainsi qu'une disparition complète des râles humides. L'appétit est moins mauvais et la fièvre diminue.

25 mai, 25 juin. Aucun traitement : l'amélioration augmente surtout pendant ce mois de repos qui suit la première série d'injections.

25 juin, 1er août. 2e série de 15 injections au cours de laquelle on constate la disparition complète des sous-crépitants. L'appétit est bon, la toux a fortement diminué, la fièvre et les sueurs ont complètement disparu. Le malade grossit et redevient très gai.

1er septembre. Repos, pas de traitement : l'état général continue à s'améliorer.

1er septembre, 15 octobre. 3e série d'injections : 10 injections sont faites dans cette période, ce qui porte à 40 le nombre total des injections pratiquées depuis le début du traitement.

Auscultation au 15 octobre 1920. Disparition complète des râles du sommet avec respiration un peu rude. Les runci des parties inférieure et

---

(1) Mélamet soutient (*J. de Méd. de Paris*, 5 août 1920) que le B. K. granuleux traduirait la coexistence d'une tuberculose et d'une autre affection : syphylis, paludisme, vers intestinaux, etc. J'ai pu, effectivement, à maintes reprises, retrouver chez des pulmonaires à B. K. granuleux, une affection associée à la tuberculose.

moyenne des deux poumons persistent et n'ont pas été influencés par le traitement. Le malade conserve une légère dyspnée surtout à la marche rapide ou à la montée d'un escalier. Runci et essoufflement, dus aux lésions causées par les gaz, sont très vraisemblablement définitifs.

Au 25 octobre 1920, la recherche des bacilles de Koch dans les crachats est négative.

1er février 1921. L'amélioration constatée au poumon persiste ; l'état général du malade est excellent, la recherche du bacille de Koch reste négative.

N. B. — A noter que depuis le début du traitement le malade, qui est comptable n'a pas interrompu son travail.

BIBLIOGRAPHIE CRITIQUE

Revue des Thèses.

Thèses de Montpellier.

Dr Pierre Antonin. — **Les fractures de la clavicule par contraction musculaire chez un sujet normal.** Montpellier, Imprimerie Firmia et Montane, **1920.**

Dr Louis Rougon. — **De la rétraction de l'anneau de Bandl sur la tête dernière.** Montpellier, Imprimerie Firmin et Montane, **1920.**

La rétraction de l'anneau de Bandl sur la tête dernière au cours de l'accouchement, dans les présentations du siège ou au cours de l'extraction manuelle secondaire à la version par manœuvres internes, peut constituer un obstacle à la sortie de la tête dernière, l'anneau de contraction siégeant au niveau du cou du fœtus, ou immédiatement au-dessous de son diamètre sous-occipito-frontal.

Si l'enfant est vivant, il faudra terminer l'accouchement le plus rapidement possible, en insinuant les doigts entre la tête et l'anneau rétracté ; en cas d'insuccès, une application prudente de forceps sera tentée sur la tête dernière. Si l'enfant est mort, l'embryotomie pratiquée sur la tête en assurera le dégagement.

Revue des Livres.

Dr M. Nicolle.—**Les antigènes et les anticorps** (1). — **Lorsque nos conceptions sur les antigènes, les anticorps, et, d'une façon générale, sur le mécanisme de l'immunité, se sont peu à peu précisées, elles ont également cessé d'appartenir au domaine de la pure théorie, et, après les confirmations expérimentales, elles ont pénétré la clinique. On peut dire qu'à l'heure actuelle, ces notions se sont incorporées à l'ensemble des conceptions sur lesquelles repose la pratique médicale courante et que, peu à peu, dégagées du stade encore récent où elles apparaissaient comme des vues de l'esprit, elles semblent plutôt se présenter comme des données de fait.**

Mais, si cette évolution s'accomplit avec une rapidité remarquable pour qui réfléchit à la façon dont se transforment nos connaissances, il n'en est pas moins vrai que les termes d'*antigènes*, et d'*anticorps* recouvrent encore des données dont nous ne possédons pas toujours le sens plein, et dont, en pratique, nous n'arrivons pas à déduire toutes les conséquences.

M. Nicolle a pensé qu'un court manuel (116 *pages*) servirait les chercheurs et aussi les médecins soucieux d'introduire dans leur pratique ces notions éprouvées, quoique récentes, sans lesquelles tout progrès thérapeutique est impossible. Il a donc groupé, après quelques pages rapides de définitions, les éléments des *applications diagnostiques* et des *applications thérapeutiques* autorisées par les caractères reconnus aux antigènes et aux anticorps.

M. Nicolle a fait ce qui peut être est le plus **difficile pour un écrivain scientifique : il a poussé jusqu'aux limites du concret les applications des doctrines, et le lecteur, reconnaissant d'un tel effort d'analyse, ne trouvera pas seulement dans ce volume des « généralités applicables aux maladies infectieuses » ; il lui sera parlé au contraire de telle maladie déterminée : la fièvre typhoïde ou la méningite par exemple. On lui dira comment, pour ce processus morbide concret, il faut comprendre le rôle des *antigènes* et des *anticorps*, comment leur action permet d'en poser le diagnostic ou d'en établir le traitement.**

(1) Masson, éditeur, Paris.

Almanach sportif Bessonneau. — Voici un excellent ouvrage, de format pratique, de documentation précise, de vulgarisation certaine, qui sera bientôt dans toutes les mains.

En 200 pages, abondamment illustrée, se trouvent réunis la liste à jour de tous les records, championnats et grandes épreuves de tous sports, les codes d'athlétisme, de boxe, de football, rugby et association, la liste des principales sociétés et leur terrain, un agenda avec les dates des grandes manifestations de 1921, un concours facile et attrayant, une foule de renseignements pratiques : fiches de mensuration, examen médical, etc., qui font de l'*Almanach sportif Bessonneau* (administration, 29, rue du Louvre, Paris, le véritable vade-mecum de tout sportif, dirigeant, pratiquant ou néophyte.

G. S.

PARTIE PROFESSIONNELLE

LA VIE SYNDICALE ET PROFESSIONNELLE

I

La Loi des Pensions et le Corps médical.

Nous recevons chaque jour des communications particulièrement intéressantes, et qui viennent s'ajouter aux correspondances qui nous sont parvenues précédemment et auxquelles nous faisions allusion la semaine dernière.

Il nous paraît nécessaire de faire passer cette abondante documentation sous les yeus de nos lecteurs.

Voici d'abord un extrait du discours prononcé par M. Maginot au Congrès des Mutilés de l'Hérault, à Béziers. Nous en devons la communication à notre excellent confrère, le Dr GAMBASSÉDÈS.

....

Le ministre traite de l'article 64 de la loi des pensions qui prévoit les soins médicaux et pharmaceutiques à donner aux malades et aux blessés :

« Avec une hauteur de vue remarquable, dit-il, l'entente avec le Syndicat des pharmaciens est réalisée. Le tarif a été accepté. Il est soumis à la sanction et au vote du conseil d'État.

PRÉTENTIONS MÉDICALES

Il n'en a pas été de même avec le Syndicat national des médecins qui, prétendant vous défendre, exigeait des honoraires à mes yeux trop élevés. *Pour vous défendre, mes chers camarades, je suis là et je n'ai pas besoin d'eux.* Leur réponse est nette ; ils refusent le tarif de 8 et 10 fr. ; nous les traiterons, disent-ils, comme des malades ordinaires, ils payeront.

Ces prétentions excessives ont amené à une demande de modification du paragraphe 5 de l'article 64 de la loi 1919. Le libre choix du médecin vous reste acquis et j'espère que les nouveaux tarifs seront trouvés largement suffisants pour que le corps médical les accepte.

Certes, nous avons pour ce corps d'élite, nous, les blessés de la guerre, une grande admiration, pour ne pas espérer que ce conflit regrettable s'apaisera et qu'après avoir donné notre sang, notre dévouement à la Patrie, les soins nécessaires ne nous seront pas marchandés. (Applaudissement prolongés). »

M. Maginot déclare, en terminant, qu'il n'a pas fardé la vérité ; il n'a fait que les promesses qu'il peut tenir :

« FAITES-MOI CONFIANCE ! »

« Je vous demande, dit-il dans une émouvante péroraison, de me maintenir vos sympathies, votre confiance. C'est dans cette harmonie de sentiments que repose ma force. Je vous assure de mon dévouement à votre cause, si noble, ni patriotique. Mon cœur est à vous, comptez sur ma modeste, mais énergique défense ».

L'assemblée acclame le Ministre.

Inutile de commenter. C'est de la phraséologie de réunion publique, défigurée par un fard de mauvais goût. N'insistons pas.

*
* *

En opposition avec la prose ministérielle, voici le télégramme que la Fédération des mutilés du Nord vient d'adresser à M. Maginot :

« La Fédération des Mutilés du Nord, forte de ses 35.000 membres, très émue *de la légitime décision* prise par les Syndicats médicaux de France de cesser, à partir du 1er février, les soins médicaux aux invalides de la guerre, *approuve l'attitude des médecins du Nord qui depuis deux ans, donnent leurs soins sans recevoir de rétribution* : regrette les modifications apportées à la législation de l'article 64 de la loi des pensions et invite les pouvoirs publics à prendre d'urgence des accords avec les Syndicats médicaux pour faire cesser cette pénible situation.

Simultanément, la même Fédération a adopté l'ordre du jour suivant :

La Fédération des Mutilés du Nord,

Considérant qu'un conflit d'exceptionnelle gravité s'est élevé entre l'Administration et les Syndicats Médicaux relativement aux soins à donner aux mutilés de guerre, l'Administration soutenant que ces soins seront exclusivement tarifés par elle, les syndicats médicaux exigeant que cette tarification fasse l'objet d'une entente préalable entre eux et l'Administration ;

Considérant que la conséquence de ce conflit est que, suivant la décision de l'Union des Syndicats Médicaux de France, les médecins devront, à partir du 1er février, refuser de reconnaître aux mutilés de guerre qui solliciteront leurs soins la qualité de bénéficiaires de la loi des pensions ; que la Fédération des Syndicats Médicaux du Nord a fait sienne cette décision, pour le motif que malgré l'accord antérieur intervenu entre elle et l'Administration préfectorale sur le tarif des visites médicales, le payement des sommes dues de ce chef aux médecins ne leur a pas encore été effectué, faute d'homologation ministérielle de cet accord ;

Considérant qu'ainsi, à partir du 1er février 1921,

les mutilés du Nord se trouveront privés des soins que l'État a pris l'engagement de leur donner gratuitement, leur vie durant ; qu'en effet, si les mutilés aisés peuvent continuer à bénéficier des soins médicaux à charge de rétribuer eux-mêmes les médecins qui les soignent, les mutilés pauvres n'ont d'autre ressource que de quémander les secours de l'Assistance médicale gratuite ou d'attendre leur admission dans les hôpitaux ;

Considérant que l'État et les organisations médicales interessées avaient pour devoir d'éviter par tous les moyens ce conflit dont les mutilés de guerre devaient être les victimes ; que les mutilés qui portent, par leurs blessures encore vives, le terrible fardeau de la guerre, sont douloureusement surpris qu' on leur demande d'attendre, pour panser leurs plaies, que l'Administration et les médecins aient pu se mettre d'accord sur une question de prix ;

Considérant que les mutilés ne peuvent que rester en dehors de cette discussion ; qu'ils font à ceux qui, parmi les médecins, partagèrent leur vie aux tranchées et connurent l'enfer où ils reçurent leurs blessures, le crédit de supposer qu'ils ne refuseront pas à un mutilé indigent les soins que son état exige ; *que d'un autre côté, les mutilés ne veulent pas penser que l'Etat*, après s'être solennellement reconnu leur débiteur, fera faillite à ses engagements, ou *imposera à une seule catégorie de citoyens, les médecins, la charge de payer les dettes de la Nation* :

Considérant qu'il importe que les pouvoirs publics interviennent d'urgence pour aplanir le conflit s'ils ne veulent pas que les mutilés puissent croire que l'État ne les soignait que lorsqu'il fallait les récupérer pour les tranchées *et qu'après avoir, par tant d'exemples récents, dépensé à tort sa reconnaissance, l'Etat en écarte ses vrais serviteurs maintenant que leur rôle est fini* ;

Par ces motifs,

Invite les pouvoirs publics à prendre d'urgence les dispositions nécessaires pour assurer aux mutilés de guerre les soins médicaux en conformité avec l'ancien art, 64 de la loi sur les pensions, tel qu'il avait pu recevoir son application partielle dans le Nord, par suite d'une entente intervenue entre l'Administration préfectorale et les syndicats médicaux.

Le Président : J. BALAVOINE.

En vérité, je le répète, si les mutilés se mettent de la partie, pour s'élever contre les prétentions de l'État, la situation du ministre ne deviendra peut-être pas précisément drôle !

***

Le Dr ORIOL, secrétaire général du Syndicat des médecins de Nice, nous donne communication des deux documents suivants :

Les médecins de Nice et de la région de Nice, réunis en assemblée générale le 26 janvier 1921, au nombre de 245.

Constatent que l'Administration, tant du ministère de l'Intérieur que du ministère des Pensions, persévérant dans ses traditions de routine a, par une obstruction systématique à la lettre et à l'esprit de la loi du 31 mars 1919, empêché l'application de l'art. 64 de la dite loi et, de ce fait, les médecins attendent vainement depuis 18 mois le règlement de leurs honoraires, pour soins donnés aux mutilés et malades de la guerre ;

Regrettent qu'il se soit trouvé un ministre qui, au lieu de rappeler l'Administration au respect de la loi, ait, par un subterfuge difficile à qualifier fait introduire dans la loi des Finances du 30 décembre 1920 un article permettant de tourner et de violer l'article 64 de la loi du 31 mars 1919, enlevant ainsi aux mutilés et malades de la guerre le droit sacré au libre choix de leur médecin, et, aux médecins, le droit de fixer, d'accord avec l'Administration, le tarif de leurs soins ;

Estiment qu'il leur est impossible, dans ces conditions, d'assurer une collaboration, quelle qu'elle soit, avec une Administration qui continue à les ignorer ;

Et décident qu'à partir du 1er février 1921, ils ne rempliront plus aucun document administratif, jusqu'à ce que l'Administration veuille bien reprendre avec eux les pourparlers prescrits par la loi :

Ils assurent leurs vieux compagnons d'armes et de souffrance de leur inaltérable sympathie ;

S'engagent à leur assurer tous les soins médicaux malgré la carence de l'Etat ;

Les remercient de l'appui moral qu'ils leur ont déjà donné et leur demandent de continuer à les aider dans leur lutte, pour amener l'Administration à respecter la loi des Pensions dans son intégralité.

Il est bien entendu que les mutilés continueront, quoi qu'il arrive, à recevoir les soins de leur médecin habituel et qu'ils n'auront aucunement à souffrir de cet état de choses. L'action du Corps médical se bornera à ignorer complètement l'Administration et à ne plus remplir les bons de visite et les ordonnances contenus dans les carnets.

***

Voici maintenant l'ordre du jour qui a été voté hier par l'Association des mutilés et réformés de la Grande Guerre :

« Le Conseil d'administration, dans sa séance du 30 janvier, après avoir pris connaissance de la lettre du Syndicat des médecins de Nice du 30 janvier :

« 1. Demande au corps médical de Nice de vouloir continuer à donner les soins aux mutilés de la Grande-Guerre; de continuer à accepter en payement les bons administratifs, attendu que cette question sera bientôt tranchée et afin de ne pas désorienter le mutilé dans ses droits médicaux et surtout pharmaceutiques ;

« 2. Décide d'envoyer cette semaine un délégué au ministère des Pensions pour obtenir une solution rapide ;

« 3. Approuve complètement les prix de 10 francs (visite à domicile) et 9 fr. 50 (consultation) demandés par le Syndicat médical de Nice et s'engage à soutenir énergiquement ces justes revendications ;

« 4. Fera connaître au corps médical, dès le retour du délégué, les décisions intervenues afin qu'il puisse reprendre sa liberté d'action, s'il le juge nécessaire. »

***

Le Dr PECH, président du Syndicat de Nîmes, a adressé à l'*Eclair de Montpellier* la lettre suivante que nous reproduisons très volontiers, sur sa demande :

Monsieur le Directeur,

Dans le numéro de l'*Eclair* de dimanche 23 janvier vous publiez, sous la rubrique : « Les pensionnés et les soins médicaux » un entrefilet qui contient une grossière erreur ou plutôt une coquille qu'un

Boche ne manquerait pas de qualifier de « kolossale »

Vous dites :

« A la suite de la modification apportée par le « Parlement à l'article 64 de la loi des Pensions, le « Conseil d'administration de l'Union des Syndicats « médicaux de France *supprime le libre choix*, etc. »

Il fallait dire :

« A la suite de la modification apportée par le « Parlement à l'article 64 de la loi des Pensions « *supprimant le libre choix du médecin*, le Conseil « d'administration de l'Union des Syndicats, etc. »

Le libre choix du médecin ? Mais, Monsieur le Directeur, sachez que c'est le critérium de nos revendications professionnelles, qu'il est la partie essentielle de la charte qui régit l'exercice de la médecine publique, que, sans le libre choix, il ne saurait y avoir de médecins ni de médecine dignes de ce nom.

Certes M. Maginot, né malin comme tout bon Français, ne le supprime pas *ipso facto* ; mais il a la prétention d'arriver à sa suppression indirectement, insidieusement, par une manœuvre déloyale, abusant de la confiance que lui donnent, aux yeux des blessés, sa situation et ses nobles blessures.

Il ne craint pas de rompre un contrat déjà établi dans la plupart des départements, que dis-je ! il ose, avec une inconscience qui déconcerte, il ose aller jusqu'à dire, dans les Congrès des Mutilés, à Lyon notamment : « Mutilés, mes frères, je vous ferai soigner par des médecins à moi ! ». Eh bien ! M. Maginot, cette injure vous restera pour compte. Les médecins ne sont pas des valets de pied. Et seriez-vous, comme votre collègue M. Loucheur, *un ministre tout en or*, apprenez qu'il n'y a pas, parmi les 14.000 médecins syndiqués, un seul confrère capable d'abdiquer sa dignité et son indépendance, pour favoriser vos desseins.

Vous conviendrez, avec moi, Monsieur le Directeur, que cette rectification s'imposait, afin que les blessés, le public et le corps médical lui-même puissent juger en toute équité, et ce sera mon excuse d'avoir usé et abusé de votre hospitalité bien connue. — Dr Pech, Président du Syndicat médical de la région de Nîmes.

Quelques lettres !!

Je vous écris pour vous dire le plaisir que m'a procuré la lecture de votre article : Propos du jour, dans le *Concours* du 30 janvier.

Comme nous tous, sans doute, il ne se passe pas de semaine où je ne voie 2 ou 3 anciens mobilisés venir me demander un certificat pour, disent ils, obtenir une petite pension. Ils n'y pensaient pas, mais ils en voient accorder autour d'eux. Pourquoi n'essayeraient-ils pas ? J'ajoute que pas un, je dis pas un de ceux que j'ai vus ne peut attribuer son état aux fatigues de la mobilisation. Ils seraient tels, s'ils étaient restés au coin du feu. Bien entendu je leur donne un certificat constatant simplement leur état actuel, sans en tirer aucune conclusion. Ils tiennent tous le raisonnement que vous indiquez : « on « m'a pris, c'est que j'étais normal, ou presque. Je ne le suis plus, donc on me doit quelque chose ». Et ils l'obtiennent, tout surpris.

Je tiens d'un médecin militaire que les ordres sont d'être très larges et que certains membres de commissions ont été déplacés parce que jugés trop sévères. L'honnêteté est toujours punie. On escompte la révision, en effet, mais d'ici là ?

Souhaitons que l'initiative des municipalités que vous citez se généralise. Le contribuable paierait sans trop d'amertume s'il savait son argent bien employé. Mais j'ai peu de confiance. Trop de gens se cramponnent au budget, et jusqu'à la banqueroute, le tonneau des Danaïdes restera sans fond.

Dr B. (Aveyron).

§

Mon cher confrère,

La lecture de votre dernier numéro sur la question loi des Pensions me suggère un fait qui intéressera vos lecteurs.

En qualité d'expert cantonal, je fus invité, par lettre du médecin-chef du C. S. R. de X. à me transporter avec lui pour voir un malade intransportable.

Nous arrivâmes auprès de cet ex-soldat qui avait fait un an de service, service auxiliaire dans une formation sanitaire de l'intérieur, maintenu dans sa position d'avant-guerre pour faiblesse générale.

Après examen et interrogatoire nous conclûmes à une paralysie générale progressive ... Le malade nous dit très franchement que sa maladie était bien antérieure au service, que celle-ci n'avait pas été aggravée du fait du service, qu'au surplus il n'avait rien demandé et que la signature apposée sur sa prétendue demande n'était pas la sienne ; il se prêta malgré tout à notre examen, mais au moment où nous voulûmes rechercher l'état de ses réflexes, il nous menaça de nous mettre dehors avec son « pied quelque part ».

Bref, le médecin major, à cheval sur les règlements me dit : « C'est un P. G. Sa demande mentionne que son état s'est aggravé depuis son service, mais si sa syphilis est de dix ans antérieure, cela ne nous regarde pas, nous devons conclure à une pension et évaluer le taux d'après le barême à 50 %.

J'ai bien établi le certificat en mentionnant :

Pas d'origine.

Invalidité de 30 %, mais *ne donnant pas droit* à une pension.

« C'est votre droit », m'a dit le confrère ; mais ce droit n'a pas dû être reconnu puisque depuis cette époque (cinq mois), comme le cousin Degommez, je ne suis plus appelé comme expert cantonal. Pas de rouspétance, les Boches payeront (!!!).

Dr L. (Dordogne).

§

Je lis votre article du *Concours* du 23 janvier et à titre documentaire, je crois utile de vous soumettre ce qui se fait chez moi pour le personnel relevant des Ponts et Chaussées.

Quand je soigne un cantonnier, je porte la date de mes visites et le détail de mes soins sur une feuille.

Quand la maladie est terminée j'inscris au bas le total de mes honoraires, *total calculé sur le tarif de la catégorie dans laquelle je range le malade*, donc *tarif ordinaire*. Mon client me paie *de sa poche* les

honoraires demandés. Il envoie ensuite sa feuille à l'administration des Ponts et Chaussées. Celle-ci fait le calcul des honoraires qui seraient dus au tarif de l'assistance médicale et rembourse au cantonnier la somme correspondante.

En définitive, j'ignore l'administration, qui m'ignore. Mon malade me paye au tarif ordinaire.

L'administration lui rembourse une somme calculée sur le tarif de l'A. M. G., même un peu inférieure à ce qu'il m'a versé, mais encore très appréciable. Je ne verrais d'ailleurs aucun inconvénient à ce que l'administration lui rembourse une somme *supérieure à ce qu'il m'a payé.*

Ce système pourrait parfaitement s'appliquer aux réformés de guerre.

Les paperasses seraient réduites à une note détaillée. Le médecin ignorerait l'État.

L'État ignorerait le médecin.

Il n'y aurait en présence que l'État et le réformé, ce qui est logique, et il leur serait très facile de s'entendre ensemble *sur un tarif moyen de remboursement des frais médicaux.* Ce tarif *moyen* dans certains cas serait supérieur à ce qui nous a été payé par le malade (réformés peu fortunés), dans d'autres cas il serait inférieur à ce que nous avons touché (réformés aisés ou riches). M. X., ouvrier réformé que j'ai soigné au tarif ouvrier toucherait plus qu'il ne m'a payé. M. Y., rentier réformé que j'ai soigné au tarif des gens aisés toucherait moins qu'il ne m'a payé, je ne trouverais pas pour cela le système mauvais.

Dr M. (Eure-et-Loir).

§

Très intéressantes sont vos réflexions sur la manœuvre de Maginot. Et votre enquête sera utile, car j'ai vu bien souvent des confrères ne pas oser parler en réunion, qui dans le calme de leur cabinet, donnent des avis utiles.

La loi des Pensions est une loi électorale votée par la Chambre en 1919 pour gagner les voix des anciens combattants.

La modification de Maginot a un but électoral. Le ministre voudrait bien contenter tout le monde : mais les Finances sont à sec ; il faut donc sacrifier un groupe. Les médecins ne représentent que quelques milliers de voix : sacrifions-les ; *divisons-les* ; ameutons l'opinion publique contre eux (mercantis, etc.), et ... vivent les réelections.

C'est l'avis d'un certain nombre de mes amis mutilés, et députés, à qui j'ai écrit à ce sujet.

Il nous faut donc l'appui des mutilés : un moyen serait de créer comme nous le réclamons à la C. I. P. F des conférences périodiques régulières entre médecins et mutilés. Pendant ces pourparlers, considérons le mutilé comme un client ordinaire (la grève, comme vous le dites, est impossible). Le mutilé se fera rembourser par l'État.

Sans doute, il y a l'aléa de ne pas être payé : mais c'est un risque du métier. Et cessons toute paperasse. Alors, avec l'appui des mutilés (2 millions d'électeurs) l'État pourra céder.

Et cette méthode sera à envisager ensuite pour la question menaçante des soins aux mutualistes.

Dr Louis Phélip.

Secrétaire du Comité d'action C. I. P. E. de la Médecine (région de Lyon).

§

Lecteur assidu du *Concours médical,* auquel je suis d'ailleurs abonné, je ne cesse de suivre avec le plus vif intérêt les divers articles concernant les soins aux blessés ou malades de guerre, et, puisque la discussion est ouverte, nous dites-vous à l'issue de vos réflexions, je me permets d'y prendre part.

J'estime, en effet, qu'il est non seulement de notre droit, mais encore de notre devoir de nous élever contre les abus dont souffre actuellement le corps médical au dévouement un peu trop exploité, et suis certain d'obtenir les suffrages de tous nos confrères exerçant et vivant de leur profession.

Nous sommes de plus en plus envahis de bulletins médicaux de l'État, sortes de bons provisoires dont nous ignorons encore la valeur exacte et la date d'échéance, remis invariablement par le malade en payement de notre consultation. Par ce système, l'État nous oblige à faire actuellement des visites dont le tarif est inconnu, et surtout à lui faire nous-mêmes l'avance du montant de nos visites au moment où la lutte pour la vie est des plus pénibles pour le médecin, car nous ne savons à quelle époque nos honoraires nous seront payés. Et pourtant ce même État nous accorde-t-il quelque délai, nous fait-il crédit en matière d'impôts ? Bref, pour en revenir à la question des « soins médicaux *supportés par l'Etat* », comme nous dit le paragraphe 5 de l'article 64, je suis heureux de retrouver dans votre dernier numéro du *Concours* les idées que je comptais vous soumettre la veille même du jour où j'ai pris connaissance de vos réflexions sur la fameuse loi des Pensions. C'est vous dire, mon cher confrère, combien je vous approuve.

Quels sont les personnages en cause dans le conflit engagé, autrement dit : quels sont les intéressés dans cette importante question des soins aux victimes de la guerre ? — D'une part : le malade ; d'autre part : l'État ; enfin entre les deux : le médecin, le pauvre médecin auquel l'on demande sacrifices sur sacrifices.

Quels sont les droits et les obligations inhérant à chacun d'eux ?

Le malade ou blessé, auquel nous n'avons nullement l'intention de porter préjudice et que nous n'incriminons certes pas, *a droit* aux soins médicaux, soins dont les frais *sont supportés par l'Etat,* nous dit l'article de la loi, et non par un tiers qui, en l'espèce, se trouve être le médecin, pouvons-nous ajouter. L'État a le devoir, l'obligation, puisqu'il en a pris l'engagement vis-à-vis du malade, d'assurer à celui-ci les soins médicaux que nécessite son état de santé à la suite de maladie contractée ou aggravée aux armées. Enfin, si le médecin a le devoir de donner ses soins, qu'il ne peut refuser, aux victimes de la guerre, il a le droit d'exiger le payement de ses visites ou consultations. Je ne vois pas pourquoi le médecin consentirait à subir les conséquences d'un différend existant entre l'État et le malade. Si l'État a promis d'assurer les soins aux blessés ou malades de guerre, c'est à l'assureur à supporter ces frais. État et malade, liés tous deux par une sorte de contrat, doivent donc s'entendre entre eux sur la ques-

tion d'indemnité de soins ; c'est là un conflit auquel le médecin doit être étranger.

Pourquoi ne prendrait-on pas exemple sur l'organisation de certaines petites sociétés privées existant dans quelques communes ? Dans la localité où j'exerce, s'est fondée une société de secours, sorte de mutuelle spéciale aux victimes de la guerre, malades ou blessés ; association cantonale ayant pour but d'assurer gratuitement les soins médicaux aux adhérents pour les affections étrangères à la guerre. Voici, très succinctement exposé, quel est le fonctionnement de cette association : chaque membre actif, moyennant naturellement une certaine cotisation annuelle, a, en cas de maladie, droit aux soins médicaux aux frais de la caisse commune.

Un adhérent vient-il à être malade ? Il fait appeler le médecin de son choix, lequel inscrit, sur une feuille détenue par le malade, la date de chaque visite et le nombre total de ces dernières. La guérison survenue, le malade, tout comme un client ordinaire, paye lui-même et directement à son médecin traitant le montant de ses consultations et se fait ensuite rembourser par la caisse de la société. Voilà en petit ce qui pourrait être réalisé en grand. Le malade ou blessé de guerre a payé son écot à la société représentée par l'État, c'est à la société tout entière et non à une certaine catégorie de citoyens, les médecins, de supporter les frais de soins médicaux.

C'est pourquoi, reprenant votre proposition, que je considère comme excellente jusqu'à preuve du contraire, je serais d'avis que le confrère appelé auprès d'un bénéficiaire de la loi des Pensions, le considère tout simplement comme un malade ordinaire. Le malade nous appelle, nous le soignons, il nous paye, nous sommes quittes, comme vous le dites très justement. Quand le malade sera libéré envers nous, il fera alors valoir ses droits envers l'État qui lui doit l'indemnisation des honoraires des soins médicaux. Notez que rien ne nous empêcherait, après payement de nos honoraires par le malade, de délivrer à celui-ci un reçu en bonne et due forme, grâce auquel le bénéficiaire de la loi pourra se faire rembourser par l'État les frais qu'ont nécessités ses soins médicaux.

Dr B. (Vaucluse).

Au moment de mettre sous presse, nous sommes informés que le bruit court, qu'afin d'établir le tarif des honoraires médicaux pour les soins aux pensionnés de guerre, le Conseil d'État aurait fait appel à la collaboration de l'Union des Syndicats médicaux de France.

Bien que nous soyons tenus d'enregistrer cette nouvelle sous certaines réserves, nous ne résistons pas au plaisir d'en donner la primeur à nos lecteurs.

G. Duchesne.

II

La lutte antituberculeuse et les Syndicats médicaux.

En décembre dernier, se réunissaient à Nevers les délégués de la Fédération du Centre (Allier, Cher, Loiret, Nièvre) représentant plus de 400 membres.

L'ordre du jour comportait la discussion du rôle des syndicats dans le fonctionnement des œuvres d'hygiène sociale et, en particulier, dans la lutte antituberculeuse. En voie d'organisation déjà fort avancée dans la Nièvre, cette lutte n'est encore qu'à l'état de projet dans les autres départements fédérés. Les délégués de la Nièvre exposèrent donc le fonctionnement des dispensaires dans leur département, les conceptions syndicales qui avaient servi de base à leur organisation, les résultats obtenus et ceux auxquels on espérait arriver.

Le syndicat de la Nièvre a posé comme principe que les œuvres d'hygiène sociale étant incapables de se développer dans des conditions normales sans faire appel au concours du corps médical, il appartenait à ce dernier — en l'espèce aux syndicats — d'en assurer le fonctionnement au point de vue technique. Les syndicats devaient donc entrer en relations avec les comités d'hygiène et s'efforcer d'obtenir le respect des principes syndicaux en échange du concours des organisations médicales. Les principes à faire respecter sont les suivants :

1° Les dispensaires ne doivent être largement ouverts qu'aux indigents et nécessiteux. Les malades aisés y ont accès sur présentation d'un certificat de leur médecin habituel.

2° Aucun traitement suivi n'est fait au dispensaire qui est avant tout un outil de dépistage et de prophylaxie.

3° Les médecins syndiqués doivent pouvoir être admis sur leur demande et suivant une modalité à déterminer au fonctionnement médical des dispensaires.

Dans la Nièvre, l'entente entre le Syndicat et le Comité départemental d'hygiène sociale a abouti à un contrat, dont les principales stipulations sont les suivantes :

Le service des consultations sera assuré par roulement annuel.

Le remplacement d'un médecin sera prononcé par le président de l'office, soit à la demande du syndicat, soit à la demande de l'office, mais après entente entre les présidents.

Les honoraires sont fixés à 20 fr. par consultation de deux heures.

Les malades ayant des ressources suffisantes pour se soigner par leurs propres moyens ne pourront être admis aux consultations du dispensaire que sur le vu d'une pièce médicale les déclarant suspects ou atteints de tuberculose.

Le dispensaire n'a pas à contrôler les diagnostics portés ; il doit se borner à les faciliter en mettant à la disposition des praticiens les moyens techniques qui leur manquent : laboratoire, rayons X, etc. Grâce à ces examens complémentaires, des diagnostics hésitants pourront être précisés et le dépistage de la tuberculose pourra être avantageusement fait par les médecins eux-mêmes.

Les examens, entièrement gratuits, doivent être accompagnés du nom et de l'adresse de la personne suspecte ; les résultats positifs étant signalés par le laboratoire, le dispensaire arrive à connaître un

grand nombre de cas de tuberculose. Le laboratoire joue donc un rôle capital ; il est un gros pourvoyeur du dispensaire. Son chef est nommé par le président de l'office d'hygiène sociale sur présentation du président du syndicat ; les connaissances techniques nécessaires ont fait écarter, pour ce poste seulement, le principe du roulement.

Des objections ont été faites à ce système : on a prétendu à tort que les praticiens hésiteraient à envoyer des malades à un confrère exerçant dans la localité. Mais on oublie que le dispensaire doit toujours renvoyer le malade à son médecin traitant ; on oublie que le médecin chargé du dispensaire est nommé pour un an seulement, sur présentation du président du syndicat, c'est-à-dire, en réalité, sur présentation de ses confrères. Ce mode de nomination écarte tout candidat n'offrant pas les garanties suffisantes et donne une sécurité complète au corps médical.

Quelques personnes font une vigoureuse campagne pour placer à la tête des dispensaires un médecin spécialiste des affections respiratoires, ne faisant pas de clientèle, c'est-à-dire un médecin fonctionnaire. Ne craignent-elles pas ainsi de porter préjudice à l'œuvre dont elles veulent favoriser l'essor ? N'oublions pas en effet que la lutte entreprise ne peut être efficace que grâce à la collaboration du corps médical ; or cette collaboration sera-t-elle bien active, si l'on fonctionnarise les dispensaires, si l'on écarte par principe les praticiens d'une œuvre à laquelle (douce ironie) on leur demande ensuite de s'intéresser, si on paraît enfin suspecter la valeur de leurs connaissances médicales.

Au point de vue pratique, à quels résultats conduisent ces deux conceptions opposées ? Une enquête faite par le Syndicat de la Nièvre lui a appris que dans le Finistère, par exemple, où la lutte antituberculeuse est bien organisée et fonctionne avec le concours *direct* des médecins, les résultats son, excellents. Par contre, dans un département voisint où les dispensaires sont dirigés par des médecins « estampillés », ne viennent aux consultations que quelques pauvres hères, attirés par des distributions intermittentes d'aliments. Si dans quelques rares localités, des dispensaires de ce dernier type ont plus de succès, ils doivent leur éclat passager aux sommes énormes mises momentanément à leur disposition (1). Mais déjà on entrevoit l'impossibilité de continuer dans cette voie à cause des dépenses exagérées qu'elle entraîne.

A Nevers, où l'organisation est à ses débuts, où aucune propagande active n'a encore été faite, où le laboratoire, base du dispensaire, est inachevé, où les secours en nature sont encore limités, pour des raisons budgétaires, plus de 400 examens ont été pratiqués en un an, c'est là un résultat fort encourageant, qui fait bien augurer de l'avenir.

Tel fut l'exposé des délégués de la Nièvre. Un délégué du Cher soutint brillamment la thèse contraire et déposa un rapport favorable à la nomination de spécialistes fonctionnaires. On a prétendu que dans certaines villes, ce mode d'organisation aurait eu l'approbation du corps médical ; une affirmation aussi surprenante demanderait à être contrôlée ; alors on arriverait peut-être à cette constatation que, dans lesdites villes, la lutte antituberculeuse a été organisée en dehors du corps médical. Les syndicats peu au courant de la question et pris au dépourvu, n'ont pas su ou n'ont pas pu intervenir de façon efficace ; ils ont dû se contenter de quelques concessions d'ordre secondaire, consenties pour éviter une opposition gênante.

Documentés par l'exposé des deux systèmes en présence, les délégués de la Fédération purent se prononcer en toute connaissance de cause. La discussion eut lieu en dehors de tout esprit de parti et fut dominée par le seul souci de l'intérêt de la santé publique. A l'unanimité moins une voix, les délégués des quatre départements fédérés estimèrent que :

1° Le triage des tuberculeux devait être assuré par les médecins.

2° Le service médical des dispensaires devait être fait par roulement annuel entre tous les postulants.

Par le nombre des confrères représentés, par la quasi unanimité au sujet de la lutte antituberculeuse, la réunion de la Fédération des syndicats du Centre présente quelque intérêt. Elle montre nettement les tendances du corps médical ; elle fait ressortir son désir de s'intéresser aux questions de médecine sociale, son intention de collaborer avec les œuvres d'assistance, mais aussi sa profonde aversion pour toute tentative de fonctionnarisation. De même que les médecins n'ont jamais refusé leurs soins aux malheureux, de même ils seront toujours prêts à s'associer aux mesures de protection de la santé publique ; mais ils veulent aussi sauvegarder leur indépendance, dont ils sont fiers, et mettre fin à l'exploitation dont ils ont sans cesse été victimes. Ils ont chargé de ce soin leurs syndicats ; l'action de ces derniers s'est déjà montrée efficace ; elle le deviendra plus encore si des groupements plus puissants viennent en aide à ceux d'entre eux qui n'auraient pas la force suffisante pour obtenir de certaines œuvres le respect des principes admis par la grande majorité des praticiens.

P. L.

(1) La Commission Rockefeller, œuvre hautement humanitaire, subventionne généreusement les dispensaires en voie d'organisation ; mais il faut songer au jour où leur budget n'aura pour s'alimenter que les subventions du département et des communes.

Le médecin a l'impérieux devoir d'être prévoyant.

Il doit s'assurer contre l'incapacité de travail que peuvent lui causer la maladie ou les accidents.

Il doit s'assurer une retraite pour ses vieux jours.

HYGIÈNE PUBLIQUE

La Révision de la charte française d'hygiène

Par le Dr René MARTIAL,

CHAPITRE II.

Section B

Prophylaxie à l'intérieur (*Suite et fin.*)

Vaccinations. Inspection médicale des Écoles. Propagande anti-alcoolique. Prostitution. Hygiène militaire.

La coopération médicale, qui s'exerce par l'intermédiaire de la déclaration du père de famille, va se trouver énormément accrue par la pratique de la prophylaxie individuelle et scientifique : la ou les vaccinations, l'inspection médicale des écoles, etc. Actuellement, la seule vaccination antivariolique est obligatoire (1 an, 11 ans, 21 ans, non compris les vaccinations occasionnelles, militaires, scolaires, etc.) Rien à changer, excepté d'appliquer strictement la loi (1). Mais il n'y aura plus de médecins vaccinateurs désignés par le préfet. L'assistance médicale gratuite paye pour les indigents qui se font vacciner par qui ils veulent, les autres paient eux-mêmes le médecin qui les vaccine. Tout ce qu'exige l'autorité sanitaire, c'est le certificat constatant l'opération prophylactique aux dates indiquées chaque année par l'administration. Ce mode de fonctionnement a été adopté en décembre 1919 par le Syndicat des médecins de l'Aisne et la préfecture.

Si la vaccination anti-typhoïdique devenait légale et obligatoire, même fonctionnement, en cas d'épidémie.

En effet, l'obligation de la vaccination, admissible, lorsque cette vaccination ne se pratique que contre une seule maladie, ne pourra pas subsister le jour où dix sérums ou vaccins efficaces seraient découverts. La population serait constamment occupée à être vaccinée. Il faudrait aussi être fixé sur les conséquences de ces vaccinations multiples sur l'organisme, à tous égards. Il ne semble pas que la science soit en état de nous fixer à ce point de vue avant une longue période de temps encore.

La prophylaxie générale aura accompli un progrès considérable lorsque l'inspection médicale des écoles fonctionnera partout en France de la façon dont Calmette l'a organisée à Lille, après la guerre. Les directives sont les suivantes: l'inspection médicale est confiée aux médecins praticiens, la fréquence des séances varie suivant le nombre des écoles, le nombre de leurs élèves, leur âge et le nombre de médecins de la ville, du village ou du canton. Les médecins visitent périodiquement tous les élèves et dictent à l'une des infirmières scolaires qui les assistent les indications à porter sur la fiche scolaire. Résultats primaires : dépistage des cas frustes ou à leur début des maladies contagieuses, de la tuberculose ganglionnaire et osseuse, des ophtalmies, surveillance de la croissance, de la dentition, dépistage de l'hérédo-syphilis, de la tuberculose pulmonaire au début, conseils pour la culture physique, etc. Résultats secondaires : prophylaxie de la rougeole, de la diphtérie, des oreillons, etc., de la tuberculose, meilleur rendement des œuvres Grancher, des colonies de vacances, des hôpitaux marins, fréquentation des sports, amélioration de la race, etc.

Le médecin est assisté pendant sa visite d'au moins une infirmière scolaire, qui déshabille et pèse les enfants, qui écrit sur les fiches, rhabille les enfants et transmet les avis du docteur aux instituteurs et aux parents. En dehors des visites médicales d'inspection, les infirmières s'occupent de la cantine scolaire, de la tenue des locaux, de la propreté des enfants, de leur instruction en hygiène pratique journalière. Là où la population scolaire n'est pas assez dense pour justifier la présence d'infirmières, ce dernier rôle est dévolu aux institutrices et aux maîtres.

Les médecins sont payés suivant convention à établir entre les municipalités, l'instruction publique, la préfecture (pour la salubrité scolaire, voir le chapitre VI) et le syndicat médical.

L'alcoolisme faisant, suivant la pittoresque expression de Landouzy, le lit de la tuberculose, la lutte anti-alcoolique devient une branche de la lutte anti-tuberculeuse et de la prophylaxie générale. Elle doit être inscrite dans la nouvelle charte française d'hygiène, sanctionnée par une participation budgétaire destinée à la propagande anti-alcoolique, puisque c'est la seule ressource qui soit laissée à notre malheureux pays à cet égard. L'autorité sanitaire participerait à la lutte, mais tiendrait gratuitement à la disposition de tous les praticiens, le matériel de propagande : films, tableaux, affiches, tracts, clichés, lampes à projection, etc. Tout médecin qui ferait des conférences de propagande recevrait un honoraire de cinquante francs pour chacune des conférences.

Enfin, la coopération des praticiens aurait une occasion merveilleuse de s'exercer en faveur de la prophylaxie, si la loi sanitaire instituait le certificat de santé pour le mariage. La nouvelle charte française d'hygiène stipulera qu'au nombre des pièces à fournir en vue d'un mariage, chacun des deux conjoints devrait apporter un certificat médical constatant : 1° qu'il n'est atteint d'aucune maladie contagieuse ni en traitement pour aucune d'elles (syphilis, tuberculose) ; 2° qu'il ne présente aucune infirmité ou maladie susceptible de nuire à l'un des conjoints ou aux enfants. Ce certificat éviterait bien des catastrophes, bien des tristesses, des désespoirs, des deuils et contribuerait énormément au relèvement de la race.

Je sais bien qu'on a objecté les erreurs de diagnostic. Mais l'absence de tout examen médical n'est-elle pas encore plus dangereuse que l'erreur de diagnos-

tic ? Et, pour des occasions aussi graves, le praticien ne s'entourera-t-il pas de tous les moyens d'investigation possibles ? Si l'on craint d'exiger ce certificat des futurs conjoints, la loi ne pourrait-elle pas dire, à tout le moins, que les familles devront échanger ce certificat et que trace de cet échange figurera au livret de mariage.

La lutte contre les maladies vénériennes entamée pendant la guerre, et dont certains dermatologistes ont pris ou poursuivi l'initiative, était relativement aisée pendant la période de mobilisation. Elle doit être reprise, mais l'étude n'en a pas encore été assez poussée. En admettant une solution immédiate sous forme de dispensaires (Leredde, Faivre) dont le *modus vivendi et operandi* est assez difficile à préciser, ce serait une solution incomplète. Il existe des dispensaires antivénériens et antisyphilitiques au Maroc. Leur clientèle est nombreuse. Mais ils ne feront pas disparaître la syphilis, qui reste toujours aussi fréquente, parce qu'ils ont des armes thérapeutiques et non pas prophylactiques. L'organisation américaine du temps de guerre était préférable. Malheureusement elle ne peut guère s'appliquer à la population civile. En effet, la prophylaxie doit s'adresser à la prostitution beaucoup plus qu'au malade, et la question de la prostitution est à reprendre tout en entier. Une seule chose est certaine, c'est qu'elle ne doit plus relever de la police, mais du ministère de l'hygiène, que c'est une partie intégrante de la prophylaxie. J'orienterai volontiers les praticiens à préconiser le système établi par Ehlers, en Danemark, depuis le 30 mars 1906, que j'ai décrit avec quelque détails dans plusieurs publications, et notamment dans mon *Ouvrier*, pages 130 et suivantes (1), auquel je renvoie pour ne pas écrire un chapitre spécial à ce sujet. Ehlers et moi-même sommes abolitionnistes. Les conséquences thérapeutiques de l'abolition sont en faveur des praticiens, par suite des pénalités qui menacent les malades s'ils contaminent qui que ce soit.

La prophylaxie civile à tous les degrés sera, comme aujourd'hui, complétée par la prophylaxie militaire, laquelle doit demeurer l'apanage du service de santé militaire et ne pas être absorbée par le ministère de l'hygiène. Pourquoi le ministère du commerce et de l'industrie ne réclamerait-il pas l'artillerie, etc. ? Il faudrait cependant aviser aux moyens d'obliger les chefs de corps et les états-majors à écouter les avis des hygiénistes militaires et établir la liaison avec les hygiénistes civils.

CHAPITRE III

Prophylaxie aux frontières de terre.

Elle n'existe pas. Pendant la guerre, j'ai eu l'honneur de la créer à la frontière des Pyrénées-Orientales avec le concours de M. Ricard, depuis ministre de l'agriculture, et du service de la sûreté (recrutement espagnol de la main-d'œuvre agricole). Depuis la guerre, j'ai essayé, sans succès, de l'organiser à l'extrémité nord-est de l'Aisne, mais le ministère des affaires étrangères (?) et celui de l'intérieur proposèrent de placer en des points douaniers des organismes sanitaires d'arrêt qui n'existèrent peut-être jamais que sur les circulaires que nous reçûmes.

Les organes de prophylaxie à organiser aux frontières de terre (et de mer) doivent être en liaison avec ceux de l'intérieur pour les informations qu'ils doivent fournir aux autorités sanitaires ; mais ne relèvent que de l'administration centrale. Un poste situé à Modane, par exemple, est sous les ordres directs de sa direction, au Ministère de l'hygiène, mais en rapport de service direct et sans aucun intermédiaire avec tous les départements français. Il avertit sans délai les autorités sanitaires des départements où se rendent les voyageurs, de la suspicion dont ils sont l'objet. C'est lui qui délivre le passeport sanitaire, retient en observation tel voyageur et refoule tel autre sur son pays d'origine. Il comporte : salle d'attente, salle vestiaire, salle d'examen avec microscope, bains-douches, désinfection à l'étuve, maison d'observation. Il est en relation avec un des hôpitaux spéciaux de contagieux échelonnés le long des frontières. Chacun de ces hôpitaux dessert un secteur qui peut comprendre un ou plusieurs postes. Le nombre de ses lits varie de 20 à $n + x$, car c'est un hôpital sous baraques, donc extensible.

Pour les routes pénétrant sur le territoire français et par lesquelles arrivent piétons, chevaux et voitures automobiles, le poste sanitaire est situé dans la première localité française bordant la route. Mais il se réduit à une petite installation fonctionnant avec le concours rétribué d'un médecin praticien, tandis que dans les gares frontières, le personnel est, tout entier, spécialisé en hygiène.

Il faudra se garder, pour ces postes comme pour beaucoup d'autres institutions hygiéniques, d'y donner une place trop absorbante au laboratoire de bactériologie. On sait quel fervent du laboratoire je suis, et combien, pendant la guerre, j'en ai favorisé la multiplication, le développement et les travaux ; mais il faut se garder de confondre bactériologie et hygiène. On a vu, pendant la guerre, tel excellent homme de laboratoire qui ne fut qu'un médiocre adjoint technique. La bactériologie ne fait pas l'hygiène ni l'hygiéniste, elle les renseigne simplement. Souvent, son importance est grandement éclipsée par l'entomologie et la parasitologie. Gardons-nous donc de tomber dans l'exagération qui semble avoir présidé à beaucoup de projets. Mais, d'autre part, réservons strictement ces laboratoires aux médecins.

En plus de l'examen des voyageurs, en cas de suspicion d'épidémie, les postes sanitaires des frontières pratiqueraient la vaccination de tous les immigrants ou gens considérés comme tels, refouleraient ou hospitaliseraient les contagieux accidentels : fièvre typhoïde, déclarée en cours de route, diphtérie, etc. et refouleraient sans contestation possible tous les porteurs d'accidents spécifiques.

(1) G. Doin, éditeur, 8 pl. de l'Odéon, Paris.

INSOMNIE

ESSENTIELLE ET DOULEUR ENTRAINANT L'INSOMNIE

HYPNEURAL

COS

CACHETS — **COMPRIMÉS**

$C^{19}H^{23}O^{4}AZ^{4}Na$

de H. LABBÉ Docteur en Pharmacie

MAISON
99, rue d'Aboukir
PARIS



LABELONYE
99 rue d'Aboukir
PARIS

ANALGÉSIQUE dans un liquide froid

HYPNOTIQUE dans un liquide chaud

Echantillons sur demande

LACTOBACILLINE

Affections

Gastro-Intestinales

TROUBLES DE LA CIRCULATION DU SANG

RÈGLES Difficiles, Excessives, Insuffisantes

PUBERTÉ -:- MÉNOPAUSE -:- VARICES -:- HÉMORROIDES -:- PHLÉBITES -:- VARICOCÈLES

HÉMOPAUSINE du Docteur BARRIER

Hamamelis, Viburnum, Capsicum, Seneçon, etc.

Adultes : 2 à 3 verres à liqueur par jour. ‖ **Enfants** : 2 à 3 cuillerées à dessert par jour.

DOCTEURS : *Voulez-vous lutter contre la réclame charlatanesque ?*

CONSEILLEZ : **l'HÉMOPAUSINE**

Laboratoire des Spéc^tés du Dr BARRIER, Les Abrets (Isère) — ÉCHANTILLON SUR DEMANDE

CHAPITRE IV

Prophylaxie aux frontières maritimes.

La guerre a remis au premier plan toutes les questions relatives à l'immigration. J'en ai montré toute l'importance dans la *Revue d'Hygiène et de Police sanitaire* en 1919. Les mouvements de population ne sont pas encore terminés ; les populations d'Europe et de l'Asie Mineure ne sont pas encore stabilisées. Dans ces conditions, il serait urgent que le passeport sanitaire ne soit pas un inutile carton, mais que les immigrants fussent réellement surveillés pendant le temps où ils demeurent suspects. Le typhus et la peste ont été importés à Paris par des immigrants. Il conviendrait d'installer aux postes sanitaires des frontières de terre et de mer des locaux d'attente dans lesquels ces immigrants pourraient subsister pendant la période de surveillance. Cela serait plus sûr et plus simple que de leur permettre de se disséminer dans toute la France comme porteurs de germes et de parasites.

Aux frontières maritimes, mêmes principes : direction centrale, communication directe avec tout le territoire. Mais ici, la question est plus complexe, car il ne s'agit pas de créer, mais de réformer. L'actuelle police sanitaire maritime, pour utile qu'elle soit, est manifestement insuffisante. Elle ne manque pas d'hommes ni de techniciens, mais de moyens, de matériel, de finances et d'autorité. Nos médecins sanitaires sont en réalité tolérés sur les navires par les compagnies de navigation, il y sont confinés dans le rôle de praticiens ; leur autorité sanitaire est annulée par celle du commandant et par la volonté de la Compagnie : la prophylaxie ne doit apporter aucune entrave au commerce, Que la santé publique soit menacée, peu importe ! l'intérêt commercial prime la santé.

La patente établie au départ d'une région ou d'une ville contaminée est sujette à caution par suite de l'absence de renseignements précis sur cette région. On en a déjà peu sur un département français, qu'attendre des pays de l'Amérique du Sud ou de l'extrême Asie ? Notre plus grand port, Marseille, ne possède aucune organisation hospitalière maritime digne de ce nom, mais seulement un lazaret vétuste, mal équipé, mal installé, avec des chambres humides pour les passagers de première classe — qu'on juge des pavillons réservés aux autres !

Pendant la guerre, il avait été pourvu d'un nombre suffisant de grandes étuves, de bains-douches, etc., mais, même durant cette période critique, il ne possédait pas plus de cinq ou six pontons Clayton pour la désinfection des navires, dont un fut d'ailleurs cédé au port de Cette.

Enfin, d'hygiène à bord, point. L'hygiène dans la marine de commerce est encore plus en retard que chez les terriens. Il suffit d'avoir visité quelques cargos où les entreponts des voyageurs de 4e et de 3e classe pour se rendre compte du cloaque qu'est un navire de commerce, de la pauvreté rudimentaire de son installation. Sur beaucoup de navires, les conditions d'installation des 2e et 1re classes sont encore très défectueuses. Seules, les cabines de priorité sont à peu près convenables, mais à des prix exorbitants. Les cuisines sont en général répugnantes. Quant à l'équipage, il loge dans des taudis. Que dire des navires de pêche ? J'ai visité un morutier à Bordeaux quelques jours après son arrivée, je fus averti de prendre garde, les poux pullulant sur le bateau.

Tout est à faire en hygiène navale civile. Il n'y a pas de doute que la répercussion serait grande sur la santé des ports, sur celle des inscrits maritimes, de leurs familles et celle des voyageurs. Et ce, à tous les points de vue. Pourquoi des lois et des règlements obligent-ils les industriels de terre à une organisation hygiénique de leurs usines, de leurs ateliers, et pourquoi les industriels que sont les compagnies de navigation, ne sont-ils assujettis à rien, relativement à la protection de la santé publique ?

La loi de 1822, qui n'est plus du tout au courant des progrès de la parasitologie, doit disparaître, le règlement du 4 janvier 1896 doit faire partie intégrante de la nouvelle charte sanitaire française, ainsi que l'hygiène navale. Mais ce règlement doit être profondément modifié et les compagnies obligées à construire des navires où les lois de l'hygiène soient observées, à améliorer les bâtiments déjà en service. Les services de la santé maritime doivent être pourvus de moyens d'isolement et de désinfection modernes. Enfin, le médecin sanitaire maritime doit cesser d'être l'employé de la compagnie et devenir, comme ses collègues de la santé des ports, un agent du ministère de l'hygiène. En donnant au médecin sanitaire maritime une part de l'autorité publique française, on assurera par contre-coup une valeur plus grande à la patente établie au départ, car, agent officiel, le médecin obtiendra plus aisément des renseignements plus sincères sur l'état *sanitaire du port ou de la région que quitte le navire.*

La santé maritime des ports devrait, de plus, avoir la tâche de vacciner ou de revacciner tous les passagers au débarquement. Cela se fait au Maroc. Nul ne débarque s'il n'est muni d'un certificat de vaccination établi, soit pendant la traversée, soit au bureau de la santé du port. La même mesure prophylactique pourrait très bien fonctionner au débarquement en France, en cas d'épidémie, soit dans le pays de départ, soit en France. Elle devrait être obligatoire pour tous les immigrants ainsi que je l'avais fait dans les Pyrénées-Orientales à Cerbère, Le Perthus et Bourg-Madame.

Enfin, comme Dupuy, Peraldi, Loir et moi-même l'avons demandé à la Réunion sanitaire provinciale de 1919, il est indispensable d'établir une liaison entre les services d'hygiène des ports et celui de la santé maritime. Il faut aller plus loin et prescrire à la santé maritime des ports d'avertir directement et sans délai l'autorité sanitaire municipale, départementale ou d'arrondissement intéressée, des cons-

tatations qu'elle fait sur le navire ou les passagers. Nous verrons plus loin quelle est ou quelles sont ces nouvelles autorités sanitaires.

L'hygiène navale civile doit passer au ministère de l'hygiène ; mais, comme pour l'armée de terre, l'hygiène navale militaire doit demeurer en propre au ministère de la marine.

***

Telles doivent être les grandes lignes de la nouvelle loi sanitaire française en ce qui regarde la prophylaxie. Mais il s'en faudrait de beaucoup qu'elle fût suffisante si on en demeurait là. La nouvelle loi doit comporter de plus : l'hygiène technique et l'hygiène administrative.

II

La désinfection prophylactique.

Un confrère, très au courant de toutes les questions relatives à la désinfection, m'écrit, à la suite de l'article que j'ai publié dans le récent numéro du *Concours*, qu'il serait dangereux d'assimiler les effets du mélange de formol et d'acide phénique évaporé lentement dans un local infecté, à ceux de l'évaporation rapide du trioxyméthylène, à la faveur d'une ébullition produite par un foyer incandescent.

Je suis d'autant plus d'accord avec mon correspondant que j'ai pris soin moi-même d'émettre des doutes sur l'efficacité du premier procédé, qui est surtout un procédé de fortune, utilisable à défaut d'autres, dans les cas tout à fait bénins et de durée insignifiante.

Il va sans dire que les cartouches de formol, tels que le Fumigator Gonin en représente le type le plus pratique, ont une action infiniment plus marquée. Il donne une garantie suffisante pour que son emploi ait été adopté officiellement par les administrations.

On sait, en effet, que chaque Fumigator Gonin est accompagné d'une formule de certificat qu'il suffit de remplir, après emploi, pour que l'administration se déclare satisfaite.

Ce qui caractérise le Fumigator, c'est sa simplicité, sa facilité d'emploi et sa parfaite puissance désinfectante. Il n'était pas inutile de procéder à cette mise au point.

G. DUCHESNE.

CHRONIQUE DE L'ASSISTANCE

La session du Conseil supérieur de l'Assistance publique. Admission des malades payants dans les hôpitaux. Les écoles d'infirmières, Le statut des infirmières. Le statut des infirmiers d'asiles.

Le Conseil supérieur de l'Assistance publique est, comme chacun le sait, le conseiller technique du Ministre de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales. Chaque année, il se réunit en deux assemblées générales, l'une en janvier, l'autre en juin.

Mais tous les mois, parfois même plus souvent, les sections sont convoquées pour étudier les questions, les vœux, adressés par les commissions administratives des hôpitaux, les unions hospitalières, les commissions départementales d'assistance, etc.

A cette dernière session de janvier, devait venir en discussion *la réorganisation du règlement modèle des hôpitaux et hospices.* En particulier, nous nous étions personnellement attaché au problème de l'admission des malades aisés dans les hôpitaux, la rémunération des médecins et chirurgiens, l'opportunité de créer, en certains centres, des maisons de santé à bon marché.

De très nombreux confrères ont bien voulu répondre au *referendum* que j'avais fait paraître dans le *Concours*, dans *Les Hôpitaux de France*, la *Gazette des hôpitaux*, le *Journal des praticiens*, le *Courrier médical*. Je les en remercie, car la documentation m'est nécessaire, indispensable même, pour étayer les légitimes revendications de nos confrères.

D'accord avec M. Delaroue, qui devait rapporter la question au point de vue administratif, j'ai pu obtenir que cette étude fût renvoyée à la session de juin, pour complément d'enquête et surtout pour permettre à l'Union des syndicats médicaux de s'en occuper.

Aussi, viens-je à nouveau demander instamment à mes confrères, qu'ils soient on non médecins d'hôpital, de m'adresser leurs suggestions, desiderata, pour que je puisse m'inspirer de l'opinion moyenne des médecins de France.

Le problème de l'admission des malades payants à l'hôpital est pour nous gros de conséquences : la loi sur l'assurance-maladie obligatoire transformera radicalement d'ici peu nos mœurs hospitalières. Il convient donc, d'ores et déjà, d'envisager comment les médecins de ville ou de campagne entendent que les malades soient soignés dans les hôpitaux, par qui le seront-ils ? à quels honoraires ?

Une seconde question fut celle du *recrutement des infirmières.*

Déjà, à la deuxième section du Conseil supérieur, Mlle Chaptal, la fondatrice bien connue d'une école-type, nous avait présenté un rapport très documenté.

Toute profession exige un apprentissage ; mais, au nom de la protection de la santé publique, le législateur doit règlementer, contrôler : c'est ainsi qu'il faut un minimum de connaissances techniques, représenté par un diplôme, pour exercer la médecine, l'art dentaire, la pharmacie, l'art des sages-femmes.

Or, les infirmiers et infirmières, bien que subordonnés au docteur, doivent actuellement posséder un bagage scientifique complet, étant données les difficultés, dues aux progrès de la science médicale moderne.

Constatons qu'à l'étranger la profession d'infirmier est règlementée en Suède, aux Etats-Unis, en Autriche, en Angleterre.

Pendant longtemps, en France, la technique étant peu de chose, les religieuses mettaient tout leur dévouement au service des malades et cela suffisait.

Mais bientôt, devant les progrès incessants de la science moderne, le dévouement, la charité furent insuffisants : malheureusement, l'initiative privée fut impuissante à répondre à tous les besoins. Les hôpitaux de Paris, sous l'initiative du Dr Bourneville, les hôpitaux de Lyon, de Bordeaux, ont créé des écoles, pour recruter leurs infirmiers et infirmières.

A Bordeaux, Mlle le Dr Hamilton a fondé une école sur le modèle Nathingale, en faveur en Angleterre. L'élève est formée à l'hôpital, où elle fait toutes ses études .Mais on peut faire à cette méthode le reproche de trop spécialiser, surtout en Angleterre, où chaque hôpital ne reçoit qu'une certaine catégorie de malades. Aussi maintenant, pour pallier à ce défaut, les élèves sont-elles admises à faire des stages d'hôpital à hôpital, pour être initiées aux différents services qu'elles auront plus tard à rendre.

Citons encore l'école privée de Mme Alphen Salvador, celle de Mlle Chaptal, celle de la rue de la Glacière, etc...

Toutes ces écoles exigent deux années d'études générales et de services hospitaliers ; après quoi l'élève peut se spécialiser.

Lorsque survint la guerre, existait un petit nombre d'infirmières de métier. Depu:s 1904, les Croix-rouges avaient créé des dispensaires écoles ; mais on n'y enseignait que les soins à donner aux blessés et non aux malades. De plus, l'instruction était trop sommaire et ne durait que quelques mois.

Depuis la guerre, de nombreuses infirmières amateurs avaient cru posséder la technique nécessaire pour pouvoir vivre de leur nouvelle profession. La désillusion est vite venue : il faut donc actuellement se préoccuper de former de bonnes infirmières.

En 1889, le Conseil supérieur de l'Assistance publique étudia la question à la suite d'un rapport du Dr Napias. Un vœu fut émis d'instituer un programme type d'études, élaboré par une commission spéciale.

A la session de 1899, le Dr Faivre exposa un programme d'enseignement, visant principalement les spécialités.

Depuis cette époque, une tendance se dessine pour instituer une séparation absolue, une différenciation complète entre les servantes de malades et les infirmières qui donnent des soins.

Il faut établir un programme type d'études, puis passer au crible les écoles existantes, dans le but d'une discrimination, qui aboutirait à la désignation d'écoles-modèles.

Il faut enfin faire décider que les diplômes, qui seront désormais délivrés, donneront seuls le droit d'exercer la profession d'infirmière.

Après des études générales, les élèves doivent se spécialiser, soit pour donner des soins dans les hôpitaux, établissements privés, ou en ville, pour les gardes de malades ; en second lieu pour être visiteuses dans les milieux ouvriers, pauvres, visiteuses d'hygiène, de puériculture ; enfin ce seront les visiteuses scolaires, chargées de seconder les médecins inspecteurs des écoles.

Un diplôme officiel existe déjà : c'est celui délivré sous le contrôle de la Faculté de médecine de Paris, par l'école de puériculture de la rue Desnouettes. Mais ici, comme pour le diplôme de sage-femme, les candidates se font rares : la profession est ingrate et peu lucrative.

Il convient donc de procéder par degrés, pour respecter actuellement certaines siuations acquises ; mais il faut que, dans un avenir très rapproché, des situations soient données aux seuls possesseurs d'un diplôme officiel, situations suffisamment rémunérées pour pouvoir offrir une carrière sûre et lucrative, à tout infirmier ou infirmière, donnant des garanties de capacité et de moralité.

Remarquons qu'en Alsace-Lorraine, depuis juin 1908, est délivré un diplôme d'Etat et un titre de garde-malade. Peu à peu, ne sont engagés dans les hôpitaux que des infirmiers diplômés.

Les élèves font une année d'études dans une école d'Etat, ou reconnue par l'Etat. L'examen est passé devant un jury, composé de trois médecins, dont un professeur d'école d'infirmiers. Cet examen dure drois jours : en premier lieu, les épreuves pratiques, puis les questions théoriques.

De la discussion qui eut lieu au Conseil supérieur après le rapport de Mlle Chaptal, il ressort qu'il est urgent de créer une situation aux personnes qui consacrent plusieurs années de leur vie au soulagement des malades. Actuellement, n'importe qui a le droit de se parer du tttre d'infirmier. Il faut désormais assurer une existence honorable à ceux qui présenteront des garanties de capacité professionnelle et de moralité.

Au besoin des bourses d'études seront créées, car, comme l'a fait remarquer le Dr Dron, sénateur du Nord, à côté des infirmières donnant des soins sous la direction du corps médical, il faut créer d'urgence un nombre important d'infirmières d'hygiène sociale, d'infirmières scolaires, auxiliaires des médecins inspecteurs des

écoles, ébauchant la besogne de ces derniers, faisant les mensurations des enfants, la courbe des poids, la rédaction des fiches sanitaires individuelles, etc..

Ces infirmières sociales doivent être recrutées dans le milieu des jeunes filles qui, ne voulant être ni des sages-femmes, ni des infirmières d'hôpitaux, seraient heureuses de gagner leur vie en se consacrant à l'hygiène scolaire et sociale. Par exemple, les institutrices auxiliaires, qui ont été prises en grand nombre ,pendant la guerre, pour suppléer au départ des instituteurs, pourraient, grâce à un diplôme officiel, gagner honorablement leur vie.

En fin de discussion, les vœux suivants ont été adoptés par le Conseil :

« Il importe, au nom des malades, que la capacité professionnelle des infirmiers soit reconnue par un diplôme spécial.

1° Le programme de l'enseignement du personnel secondaire des hôpitaux précédemment délibéré par le Conseil supérieur de l'Assistance publique, sera mis au point et s'étendra obligatoirement sur deux années ;

2° Un conseil de perfectionnement sera institué par décret, afin de veiller aux modifications et améliorations nécessaires à apporter à ce programme et aux diverses parties de cet enseignement (technique et moral). Ce Conseil devra compter, parmi ses membres, un certain nombre de médecins et chirurgiens et une directrice d'école d'infirmières (ou directeur, pour les infirmiers) ;

3° Les écoles existantes, tant privées que publiques, qui se conformeraient immédiatement à ce programme et à ces conditions de scolarité, recevraient une reconnaissance administrative ;

4° Les écoles, qui voudraient se mettre en mesure d'enseigner suivant ces règles nouvelles, seraient mises à même de recevoir la même reconnaisance au bout de deux ans ;

5° A l'expiration de ces deux années d'expérience, un examen officiel, (ou des examens) serait institué, dont les jurys seraient désignés après avis du Conseil de perfectionnement et sur des listes qui seraient présentées par les écoles et devraient comprendre dans leur composition au moins par moitié des médecins, chirurgiens et un pharmacien et des directrices d'écoles d'infirmières (un directeur pour les infirmiers).

6° Les écoles spécialisées, s'occupant de la formation d'infirmiers ou d'infirmières, pour les diverses branches de la profession (infirmières visiteuses d'hygiène, infirmières de puériculture, infirmières scolaires, etc.), obtiendraient une approbation distincte, chacune pour sa spécialité, avec une durée de scolarité réduite proportionnellement à leur programme.

En conséquence de ce vote, la question sera mise en discussion à la 2e commission du Conseil supérieur, pour la mise en pratique et l'élaboration des programmes. Nous prions instamment ceux de nos confrères qui, prévoyant l'avenir, s'intéressent à cette question, pour laquelle le corps médical aura, dans quelques années, à jouer un rôle considérable, à nous adresser leurs vues et observations, pour que nous puissions en tirer parti au Conseil.

Reste la dernière question mise à l'ordre du jour : *la situation des infirmiers d'asiles d'aliénés.*

A la suite d'un rapport paru dans *L'Ouvrier sanitaire* et dû au secrétaire du syndicat des infirmiers non gradés, M. Merma, un exposé fut présenté par le Dr Marie. Certes, le personnel infirmier des asiles laisse beaucoup à désirer, comme recrutement : la situation matérielle, qui est faite, est vraiment lamentable, pour ne pas dire ridicule ; les domestiques sont actuellement bien mieux payés, souvent le double, alors que les infirmiers d'asiles n'ont que leur journée de repos hebdomadaire et doivent, le reste de la semaine, demeurer en contact, jour et nuit, avec des agités, des délirants.

M. Merma, qui avait été admis à la séance, exposa d'une manière très saisissante les doléances et les desiderata des infirmiers d'asiles.

Après discussion très nourrie, le Conseil supérieur adopta nne série de vœux, donnant satisfaction au dévoué représentant du syndicat des infirmiers.

Il ne me reste plus, mes chers Confrères, qu'à vous dire, une fois de plus, qu'il est nécessaire que vous soyez tenus au courant de ce qui se passe, dans les milieux extra-médicaux, dans lesquels souvent vos intérêts entrent en discussion, sans que vous en soyez avertis.

Adressez-moi donc vos réflexions, en ce qui concerne les hôpitaux et les infirmières, pour que je puisse, non pas parler en votre nom, n'ayant aucun mandat syndical pour cela, mais pour orienter les études, dans un sens qui ne vous soit pas défavorabe, tout en sauvegardant les intérêts primordiaux de nos malades.

Puis, l'Union des syndicats médicaux, mise au courant de ces navaux d'étude, consultera les syndicats adhérets, pour décider de l'action à mener.

Dr Paul Boudin.

Le Directeur Gérant : **Dr GASSOT.**

Clermont (Oise). — Imprimerie DAIX et THIRON, Thiron et Franjou Successeurs.

Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

RECOUVREMENTS D'HONORAIRES MÉDICAUX

M. Louis AUDEBERT, Avocat, *Directeur du Contentieux de Syndicats Médicaux. Administrateur d'immeubles.*

5, rue des Saints-Pères, PARIS, Tél. Saxe 48-53.

Pour toute demande de renseignements écrire à Me Audebert, en joignant un timbre pour la réponse

AVIS

Nous tenons à la disposition de nos lecteurs les imprimés suivants :

IMPRIMÉS DIVERS

Accidents du travail

Notes d'honoraires médicaux. Mémoires de fournitures pharmaceutiques prévues par l'arrêté ministériel du 8 juillet 1920.

Certificats. — Certificats pour blessés d'accidents du travail.

Mémoires d'expertises. — Accidents. — Mémoires d'expertises médicales concernant les accidents du travail.

Justice criminelle

Mémoires de frais de justice criminelle (honoraires). **Mémoires de frais de justice criminelle** (fournitures).

Ces imprimés sont établis d'après le format officiel.

Feuilles de Comptabilité, servant à établir le compte de chaque client.

(*Modèles se trouvant dans l'Agenda-Memento du Praticien,* édition 1920).

Ces différents imprimés sont envoyés au prix de franco :

Les 50...... 5 fr. »»
Les 100..... 8 fr. »»
Les 500..... 35 fr. »»
Le 1000 ... 60 fr. »»

Adresser les commandes accompagnées du montant à M. C. Boulanger, administrateur du **Concours médical**, 132, *faubourg St-Denis, Paris.*

réduit de trois à un mois, de sorte qu'il ne serait plus possible de faire sa déclaration après le 31 janvier dernier ?

Dr C.

Réponse

Aucune modification n'a été apportée au délai accordé par la loi pour la déclaration des revenus en vue de l'établissement des divers impôts sur les revenus.

C'est toujours dans les trois premiers mois de chaque année que doivent notamment être faites la déclaration du revenu général et celle des bénéfices de la profession médicale.

Ces deux déclarations peuvent d'ailleurs, nous le rappelons, être faites en un seul contexte.

Diplômes d'État et d'Université.

Dans le dernier numéro du *Concours médical* (30 janvier 1921), je lis — à la page 261 — une question posée par un de nos confrères désireux de savoir si un praticien récemment installé dans son voisinage est titulaire d'un diplôme d'Etat ou d'un diplôme d'Université. Quel est le moyen légal d'obtenir le renseignement, ajoute votre correspondant et pour lui répondre vous vous êtes adressé à M. le doyen de la Faculté de Paris. Il est possible qu'à Paris, le diplôme d'Université soit d'une dimension double du diplôme d'Etat, mais cette particularité ne se retrouve pas dans les autres facultés et cet élément de différenciation risque de devenir une cause d'erreur.

Sur tous les diplômes d'Etat, il y a en tête : RÉPUBLIQUE FRANÇAISE » ; sur les diplômes d'Université, il y a seulement : « UNIVERSITÉ DE X... ».

Malgré les circulaires, il y a eu des erreurs et dans certaines préfectures on a indûment enregistré des diplômes d'Université. En manière de conclusion, je me permets de vous donner la seule indication qui me paraît à l'heure actuelle susceptible de donner satisfaction à notre confrère. Qu'il s'adresse directement ou par votre intermédiaire au Dr Darras, qui a des listes rigoureusement exactes et tenues à jour. Qu'il donne le nom pour lequel il a un doute et en deux minutes, il sera renseigné (nom, prénoms, date et lieu de naissance, faculté, nature du diplôme, date et titre de la thèse, lieu de l'enregistrement, etc...).

Au surplus, je vous adresse la liste des 973 titulaires d'un diplôme d'Université à la date du 1er août 1919, auquel il y a lieu d'ajouter 52 noms pour l'année scolaire 1919-1920 (voir dernière page), ce qui porte leur nombre total à 1.025.

Dr Ch. LEVASSORT.

NOTES DE PRATIQUE QUOTIDIENNE

La rhinite hypertrophique.

La R. H. est caractérisée par une modification dans le *volume des cornets* (surtout de l'inférieur), dans la *morphologie de la muqueuse* et du tissu profond et dans la *sécrétion nasale* (Magnan).

Le malade se plaint de maux de tête, ou plutôt de lourdeur, dans le front. Il se mouche avec effort : « rien de vient ». Au lit, s'il se couche du côté droit, le côté gauche se dégage ; couché sur le dos, les deux narines « se prennent » ; subitement, sans savoir pourquoi, le malade éprouve une sensation de « décollement » des parois nasales et « l'air passe », mettant fin à une sécheresse vraiment douloureuse de la gorge. Plusieurs fois dans la journée, les mêmes alternatives se reproduisent.

Le malade a coutume de comprimer fortement l'une des narines, puis l'autre en « soufflant », énergiquement. La nuit, il se réveille, dyspnéique, en proie au cauchemar. Il réclame un ou deux oreillers. Le malade éprouve alors ce que l'un d'eux appelait « la porte s'ouvrir », et une sensation de bien-être succède à cet état de gêne fort pénible.

Que la cause en soit mécanique, irritative, congestive ou inflammatoire (Magnan), nous nous adressons d'abord au traitement de ce que, faute d'autre terme, nous continuerons à nommer « *diathèse* » : ou lymphatique ou arthritique. C'est ici que la cure thermale de la Bourboule, de Challes, de Luchon, etc., agira comme modificatrice de la nutrition générale.

Le traitement local sera d'abord *symptomatique*, car le malade veut, *tout de suite*, être soulagé.

Nous avons obtenu un résultat appréciable avec un badigeonnage de la muqueuse nasale, exécuté 3 fois le jour, avec une solution de :

Adrénaline	0 gr. 50 centigr.
Stovaïne	1 gramme
Menthol	0 gr. 05 centigr.
Alcool (q. s. p. dissolut. du menthol).	
Eau dist. de laurier-cerise	50 grammes

La destruction du tissu congestif s'obtiendra au thermocautère ou au galvano-cautère.

Dans le plus grand nombre des cas, le malade sera adressé au médecin spécialisé. Dans d'autres circonstances, le médecin traitant devra opérer lui-même. Nous recommanderons, pour le thermo-cautère, d'utiliser : 1° la pointe courbe et fine ; 2° de porter cette pointe au rouge sombre (afin d'éviter les brûlures par radiation) ; 3° d'appliquer le speculum nasi, de telle façon qu'il serve de protecteur pour les régions nasales que l'on ne doit pas toucher. Chez des malades pusillani-

BAUME SÉLÉNIA

mes, nous nous sommes bien trouvés de garnir le rebord externe du speculum avec un double de gaze imbibée d'eau.

Pour le galvano, nous avions branché notre petit appareil, faute de prise d'autre courant, sur les piles de l'automobile (piles donnant de 14 à 16 ampères).

Après la petite opération, un badigeonnage, ou un tampon à demeure, imbibé de la solution indiquée plus haut. Plus tard, cure d'altitude, gymnastique respiratoire.

R. MOLINÉRY.

DOCUMENTS OFFICIELS

A L'OFFICIEL

Une clinique chirurgicale n'est pas assujettie à la taxe sur le chiffre d'affaires.

6481. — M. GRINDA, député, demande à M. le MINISTRE DES FINANCES si une clinique chirurgicale appartenant à un chirurgien et ne servant qu'à ce chirurgien seul pour soins donnés exclusivement à ses opérés, est assujettie à la taxe sur le chiffre d'affaires. (*Question du* 28 *décembre* 1920.)

Réponse. — Réponse négative : le chirurgien qui a une clinique où il soigne exclusivement les malades qu'il a opérés ne fait pas acte de commerce, la fourniture à ses clients des objets de consommation et du logement n'étant que l'accessoire des soins qu'exige leur position.

(*J. O.*, 26 janv. 1921.)

La délivrance du certificat médical pour l'allocation aux femmes en couches.

6790. — M. MIELLET, député, expose à M. le MINISTRE DE L'HYGIENE que l'article 4 de la loi du 17 juin 1913, sur le repos des femmes en couches stipule qu'avant les couches, la postulante doit justifier, par la production d'un certificat médical, qu'elle ne peut continuer à travailler sans danger pour elle-même ou pour l'enfant, que l'article 8 du décret du 17 décembre 1913 stipule que toute femme inscrite sur la liste ou admise d'urgence doit, pour recevoir, avant les couches, l'allocation journalière, produire le certificat médical prévu à l'article précité, que la circulaire du ministre de l'intérieur du 9 août 1913 indique dans le paragraphe 2 de l'article 18, que ce certificat est obligatoire et demande par quel médecin il sera délivré, si c'est du ressort du règlement départemental, ajoutant que le modèle de

règlement annexé à la circulaire est muet à cet égard, qu'il y aurait lieu de faire savoir quel est le médecin qualifié pour délivrer ce certificat et par qui il doit être payé. (*Question du* 20 *janvier* 1921).

Réponse. — La loi ne donne, en effet, aucune précision quant au médecin qui doit délivrer ce certificat, mais il ne paraît pas douteux que la postulante doive rester libre de s'adresser au médecin de son choix et payé par elle. Ce n'est que dans le cas où le certificat produit ne paraît pas fournir à l'administration toutes les garanties voulues que celle-ci peut demander qu'il soit corroboré par l'attestation d'un médecin désigné par elle. Dans ce cas, les frais de ce second certificat médical sont à la charge du service, car il s'agit bien d'une dépense d'administration. Ainsi donc, un règlement départemental ne peut renfermer des dispositions pouvant être considérées comme imposant aux postulantes à l'assistance la production d'un certificat médical émanant d'un médecin de l'administration. (*J. O.*, 4 février 1921).



Liste des titulaires du Diplôme d'Université

ABAL (Jean), 1906.
ABD EL HAMID HAMDI EL CHAFEI, 1913.
ABRAMOVITCH (Mlle Henriette), 1911.
ABRAMOVITSCH (Mlle Serka), 1914.
ABRAMOVSKY (Arsène), 1911.
ACKERMAN (Vladimir), 1914.
AGACIANTZ (Z.), 1911.
AGNESI (Paul-Dominique-Nicolas-François)l, 1901.
AINBINDER (Mlle Rébecca), 1905.
AISOPOS (Stylianos), 1916.
AIVAZIAN (Léon), 1919.
ALBAHARY (Jacques-M.), 1903.
ALCALAY (Salomon-D.), 1914.
ALCHITZ (Movcha-Aïsik), 1911.
ALEXANDRIDÈS (Georges), 1918.
ALEXÉEFF (Mme, née KRUTOPEISACH, Anastasie), 1913.
ALFES (Akiba), 1912.
ALFONSECA (José-Dolorès de Jésus), 1915.
ALI KHAN, 1908.
ALMASSOFF (Mlle Véra), 1906.
ALTERMAN (David), 1912.
ALTERMAN (Israël), 1914.
ALVARADO (Carlos), 1906.
ALY-WAHBY. 1903, *Diplôme d'Etat*, M. 1908.
ANAGNOSTOPOULOS (Constantin), 1919.
ANAGNOSTOU (N.), 1909.
ANDRÉEFF (Théodor), 1904.
ANDRIASHEFF (Mlle Nadejda), 1913.
ANDROUSTELLIS (Arsène), 1919.
ANTIPAS (Miltiades), 1917.
ANTONIOU (Athanase), 1905.
ANTONOFF (Anghell), 1912.
AOUGARTEN (Mlle Marie), 1914.

APTECKMANN (Mlle Rosalie), 1905.
APTEKMANT (Jack), 1909.
ARAYA (Secundina), 1908.
ARCHAROUNI (Edouard), 1904.
ARCHONTAKIS (François), 1909.
ARIÉ (Michel-B.), 1915.
ARIFEFF (Natcho), 1907.
ARISTOTELES (Demètre), 1915.
ARNAOUDOFF (Théodore), 1902.
ARONOVITCH (Mlle Sabina), 1910.
ARONSON (Mlle Eïda), 1914.
ASTAOUROFF (Mme, née TICHENKO, Olga), 1904
ASVADOUROW (Mlle Antonina), 1913.
ATANASSIÉVITCH (Stavros), 1909.
ATHANASSEOFF (Ivan), 1914.
ATHANASSOFF (Paul), 1964.
ATHANASSOFF (Philippe), 1904.
AUBRY (Joseph-Georges), 1900.
AVDAKOFF (Mlle Anna), 1906.
AVRAMOFF (Mme, née GOERTZ, Olga-Edwige-Marie) 1915. *Diplôme d'Etat*, p. 1920.
AYBAR (Luis-E.), 1911.

BACHMACHNIOFF (Mlle Nessia), 1914.
BAEFF (Georges), 1903.
BAGDHDASSARIAN (Missak), 1909.
BAKARDJIEFF (Siméon-D.), 1902.
BAKSCHT (Mlle Chana-Riva), 1912.
BALTHAZARIAN (Léon), 1909.
BANDALINE (Mlle Sara), 1908).
BARACOFF-DIMITRE, 1902.
BARAKAN (Mlle Pescha), 1914.
BARER (Leib), 1912.
BAROZZI (Jean), 1908.
BARSÉGOFF (Alexandre), 1916.
BART (Mlle Catherine), 1917.
BARTOCH (Mlle Bojana), 1911.
BASSAN (Isaac-S.), 1903.
BATIEVSKY (Mlle Véra), 1910.
BATOULEFF (Nicolas), 1915.
BÉGUENE (Mlle Marie), 1915.
BEHMOIRAN (Moido), 1914.
BÉKIANRIAN (Ajol), 1908.
BELELIS (Victor-Zacharie), 1918.
BELENKY (Mordouch), 1915.
BÉLINKY (Mlle Eugénie), 1915.
BELISLE (Etienne-Siméon), 1916.
BELLO Y RODRIGUEZ (Silvestre-Pedro-Telma-Maria de los Dolorès), 1909.
BELOSEROFF (Mlle Zoïa), 1914.
BERCOVITCH (Mme, née TZIPKINE, Ida), 1916.
BÉRENCHTEIN (Benjamin), 1918.
BERGER (Mme, née ORLEMAN, Violette), 1917.
BERKOVITCH (Aron), 1908.
BERLIAND (Oucher), 1914.
BERNSTEIN (Mlle Sophie), 1909.
BIALOSTOTZKY (Clément-Conrad), 1914.
BIELOOUSOW (Mlle Olga), 1912.
BILIG (Mlle Reisia), 1914.
BILMES (Hersch), 1916.
BITCHOUNSKY (Mlle Hélène), 1912.
BLINDMAN (Mlle Chmerka), 1914.
BLUMENFELD (Mlle Sophie), 1914.
BLUMZWEIG (Mordka), 1914.
BOEFF (Nicolas), 1912.
BONPLAND (Benjamin), 1914.
BORCH (Mlle Olga), 1914.
BORCHTCHEVSKY (Mme, née ROUDNIK, Doba) 1914.
BORTNOWSKI (Isaac), 1919.
BOTESAT (Mlle Wéra), 1912.
BOUBERMANN (Schmoul, dit Samuel), 1911.
BOURGEOIS (Mlle Marie-Aimée), 1905.
BOUZANSKY (Abraham-Aaron), 1916.
BOUZANSKY (Mme, née ISRAELIT), Bertha), 1916.

BRABANDER (François), 1919.
BRAILOFFSKY (Mlle Olga), 1918.
BRAISLOVSKY (Mlle Zénéide), 1917.
BRAILOWSKY (Mme, née BUCHHOLTZ. Xénie), 1913.
BRAWARSKY (Ephraïm-Isaac), 1914.
BREITTBOURT (Mlle Machla), 1914.
BRONCHTEIN (Mlle Anna), 1913.
BRONSTEYN (Boris), 1912.
BRONSTEIN (Mlle Eugénie), 1916.
BRUNN (Mme, née SZATATMAN, Michalina), 1915.
BYKOVTZEFF (Mlle Marie), 1910.

CABEZAS (Manuel), 1904.
CAMACHO (Martin), 1906.
CAMHI (Isaac), 1912.
CAMINHA (Filho-Podro), 1917.
CANTOR-RÉHÈS (Isaac), 1913.
CAPÉRONIS (André), 1919.
CAPLAN (Myriam), 1911.
CAPPON (Jacob), 1905.
CARASSIK (David), 1916.
CARIDI-MISSIRLIOGLOU (Elia), 1904.
CASARES-PÉREZ (Carlos-Fenrando), 1914.
CASSAB (Raphaël), 1904.
CELNIK (Mlle Sara-Léa), 1910.
CERF (Lazard), 1919.
CÉSAR (Alejandro), 1914.
CHAIMOVITSCH (Mlle S.), 1912.
CHAKHIN (Baruch-Cyrille), 1914.
CHALABY (Foad), 1914.
CHAMLIAN (Aramaïs), 1910.
CHAMORRO (Charles-Emile), 1919.
CHANDROSSE (Mme, née MKARTCHEWSKY, Néhama), 1915.

(A suivre).

ANTHOLOGIE MÉDICALE

Sonnets Hippocratiques.

II. Le Bacille.

Au docteur Nicolle,

Dans son laboratoire, en blouse d'hôpital,
Il contemple, rêveur, le vase où l'infirmière
Recueillit les déchets d'une humble poitrinaire,
— Et songe à la douleur d'un arrêt trop brutal.

Prélevant un grumeau sur les flancs du bocal,
Il l'étale en frottis sur un carré de verre ;
Il le colore au Ziehl (technique qu'il préfère),
Puis fixe l'objectif au fragment de cristal.

Et l'image apparaît, tour à tour sombre ou claire...
Son siège est fait. Hélas ! il faut qu'on persévère
A disputer sa proie au moderne Moloch.

Car, devant le savant, penché sur l'oculaire,
Se détache, très net, sur un champ de lumière,
Le sinistre profil du Bacille de Koch !

Dr Emile JUNÈS, de Sfax (Tunisie).

RENOUVELLEMENT DES ABONNEMENTS

Pour éviter les frais de recouvrement, nous prions nos abonnés de vouloir bien nous adresser le montant de leur abonnement, soit **24 fr.**, par versement à notre compte de chèques postaux PARIS 167-95, versement qui peut être fait dans tous les bureaux de poste.

QUARANTE-TROISIÈME ANNÉE N° 9 DIMANCHE 27 FÉVRIER 1921

Fondé en 1879 par Auguste CÉZILLY
Rédigé et dirigé par H. JEANNE (1900-1914),

LE CONCOURS MÉDICAL

ORGANE HEBDOMADAIRE DES PRATICIENS
Groupés dans la Société « Le CONCOURS MÉDICAL » et ses Filiales

ADMINISTRATION & PUBLICITÉ
C. BOULANGER, ADMINISTRATEUR
ABONNEMENTS :
France........................ 24 fr.
Etranger...................... 28 »
Etudiants (France).......... 12 »
Le numéro.................... 50 cent.
Chèques Postaux Paris 167-95

DIRECTION
MM. les Drs A. GASSOT, Directeur; A. MAURAT ; H. CEZILLY ; J. NOIR ; P. BOUDIN docteur en droit ; M. VIMONT; G. DUCHESNE.
MM. P. CEZILLY, J. DUMESNY, licenciés en droit ; C. BOULANGER.

RÉDACTION
Dr J. NOIR,
RÉDACTEUR EN CHEF
Drs P. LACROIX et G. DUCHESNE
SECRÉTAIRES DE LA RÉDACTION
N.-B. — Les manuscrits, publiés ou non, ne sont pas rendus.

Rédaction et Administration : 132, rue du Faubourg St-Denis, PARIS (10e). Téléphone : Nord 48-17

Quarante-troisième année. Nº 9 27 Février 1921.

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

Office de Renseignements du « Concours »

DON. — Nous avons reçu à titre de don à la Société civile du *Concours médical*, de MM. les docteurs DARTIGUE, de Kerrata (Constantine) ; MOUTRIER, de St-Amand (Cher) ; GIRAUD, de Thueyts (Ardèche) et GACHE, de Villefranche-sur-Phal (Yonne), la somme de vingt francs, pour bons offices du journal.

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum, aux* « demandes et offres ».

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne, qui est versé dans la caisse de la Société civile du Concours Médical). *Adresser un mandat ou mieux verser au compte de chèques postaux,* CONCOURS MÉDICAL, *Paris 167-95.*

Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse.**

Nº 55. — Docteur français aiderait ou suppléerait confrère, Paris ou banlieue. Prétentions modestes.

Nº 56. — Pour cause achat grosse voiture, à vendre 7.500 fr. de Dion, excellent état, 4 cyl., 7-10 HP., 1913, torpedo, 2 places, glace, capote, phare, bout. Magoudeaux, entièrement revue, engrenages état neuf, pneus neufs. Dr Debray, à Creil (Oise).

Nº 57. — Clinique d'accidents du travail, avec salle d'opérations et lits, située hors barrière, à céder.

Nº 58. — Dr demande contre indemnité, suite bail appartement 4-5 pièces entresol, 1er ou 2e étage dans 6, 7, 8, 9, 16, 17e arr. Au besoin prendrait suite petite clientèle.

Nº 59. — A vendre conduite intér. « Zèbre », 8 HP., 4 cyl., éclair. et démarr. électriques, 1920, n'ayant jamais roulé. Faire offre.

Nº 60. — C. double emploi, torp. 2 pl., 8 HP., 4 cyl., Darracq 1913, écl. él., gr. coffre, spid. 2 pl., rid. herm., Zénith, pas roulé gu., tr. b. état de m., 9.500 fr. Regnier, Eclaron (H.-M.), tél. 8.

Nº 61. — A vendre 400 fr., appareil cinéma prise de vue de Fescourt, avec une boîte magasin pouvant contenir 30 mètres de film, obj. Secrétan, 2 viseurs etc. Ecr. Dr Br., 180, rue de Charonne, Paris.

Nº 62. — Docteur très au courant clientèle aiderait longue durée, Paris ou banlieue, confrère âgé ou fatigué en vue de succession.

Nº 63. — Médecin campagne Midi, proximité grande ville prendrait pensionnaire personne âgée.

Nº 64. — National, 6 cyl.. susp. cantilever, démar. éclair élect., gonfl. méc., 5 roues, cond. int. 7 pl. face à la route, carr. gd. lu., neuve. Val.: 60.000 fr. à céder 33 000. Ecr. Dr Chaussat, 13, av. Clichy, Paris, 17e.

Nº 65. — Médec. camp. cherche pension fam. médicale, Paris, préférence quart. excent., p. enf. 13 ans qui suiv. cours de lycée. A défaut ser reconnais. à conf. qui indiquer. famille honor.

Nº 66. — Demande, dans région Centre ou Est, pension pour cardiaque de dix ans, de mars à novembre. de préférence dans famille médicale ou sous surveillance immédiate, campagne et jardin indispensables. Dr Meynier, Troyes.

Nº 67. — Dr Sarrazin, à Plaisir (S.-et-O.), serait obligé à tous confrères pouvant lui donner nouvelles du Dr Marcel Leray.

Nº 68. — Très bonne clientèle dans quartier ouvrier à reprendre de suite à Paris. Appartement 5 pièces. Rapp, 35 à 40.000 fr., conditions avantageuses. S'adresser Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris.

Nº 69. — A reprendre après décès, vieille clientèle à 40 k. de Paris, rapp. 30.000 fr., pavillon avec jardin. Indem. peu élevée dont partie comptant. S'adresser Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris.

NOTES DE PRATIQUE QUOTIDIENNE

Cette rubrique est aujourd'hui remplie par quatre communications que nous publions très volontiers, et qui contribuent à fixer quelques points relatifs aux suppurations sous-cutanées consécutives aux injections hypodermiques, évoquées, dans l'affaire Mazel, comme imputables à la négligence de l'infirmière et du médecin. Nous en remercions vivement nos correspondants.

I

Suppurations multiples suites d'injections sous-cutanées. Guérison.

Par le Dr PATHAULT.

Ancien interne des hôpitaux de Paris,
Médecin à Biarritz.

A propos de l'affaire Mazel, je crois utile de porter à la connaissance des praticiens le fait suivant, qui m'a frappé vivement. Quand, avant la guerre, j'exerçais la médecine générale en Touraine, je fus appelé d'urgence, une nuit, près d'un malade de trente ans environ, atteint de congestion pulmonaire double. L'état me parut si grave (sinon désespéré) que dès ma première visite, je pratiquai un abcès de fixation (méthode encore peu répandue à cette époque : 1910). Un mieux sensible se produisit dès le lendemain matin.

Un énergique traitement par *toutes les injections sous-cutanées possibles* fut institué : huile camphrée spartéine, strychnine, etc. Ce malade fut transporté à l'hôpital où je lui continuai mes soins.

Or, après la formation de l'abcès térébenthiné, *toutes les piqûres sans exception, faites tant par moi-même, que par la sœur chargée du service,* ONT SUPPURÉ. Les avant-bras et la face externe des deux cuisses ont été couverts de petits abcès *à tous les points d'injection.*

Or, le malade *a guéri* de sa congestion pulmonaire dans *les délais* absolument *normaux*. Les abcès ont demandé un mois de traitement.

J'ai toujours considéré que 1° *l'abcès de fixation avait sauvé* la vie du malade.

2° Que *les suppurations observées* n'étaient *pas dues à des fautes de technique*, qu'elles étaient une *rréaction générale et salutaire* et d'un *bon pronostic.*

II

A propos des abcès de fixation.

Je viens de lire très attentivement le n° 6 *bis* du *Concours médical* : ce rapport de l'expert est navrant. Le *Concours* ne le lui mâche pas, mais pas encore assez, à mon gré ! Que M. Dervieux soit expert ... je veux bien le croire. Mais qu'il ne se mêle pas, en tous cas, de juger des actes médicaux : je vise le 2e paragraphe de la 2e colonne de la page 436, où il juge des « abcès de fixation » : pour lui, ces abcès, qu'*il* n'a

pas l'air de croire « aseptiques » s'emploient seulement dans la pneumonie. J'ai le regret de lui infliger le démenti le plus formel, et je m'étonne que le *Concours* n'ait pas relevé cette assertion. Toutes les grandes infections sont justiciables de cette médication. M. Dervieux ne connaît pas d'exemple de ce traitement dans la fièvre typhoïde ? Je lui en fournis immédiatement *deux* : deux frères tombés malades le même jour, fièvre typhoïde : abcès de fixation ; grosse collection purulente face externe de la cuisse droite, évolution bénigne de la maladie ; guérison complète.

Autres infections : j'ai eu à soigner, l'an dernier 2 encéphalites épidémiques.

1er cas : jeune fille 19 ans : morte en 9 jours, pas de réaction à l'injection d'essence de térébenthine.

2° cas : jeune femme 32 ans : grosse collection purulente après injection d'essence de térébenthine, guérison.

Netter recommande vivement les abcès de fixation dans l'encéphalite.

Gangrène pulmonaire : guérison, grosse réaction à l'injection d'essence de térébenthine.

Infection puerpérale : guérison, grosse réaction à l'injection d'essence de térébenthine.

Pneumonie grave aux foyers de bronches : guérison, grosse réaction à l'injection d'essence de térébenthine.

Je pourrais donner les noms des malades ... Je m'arrête, et j'en oublie.

Soulevez donc ce lièvre dans le *Concours*, et je suis certain que vous verrez affluer les exemples.

Si les 21.000 médecins se France lisent attentivement ce n° du *Concours*, que de tristes réflexions ils pourront faire ! Heureusement que le moral reprend vite le dessus.

Dr J. Heisch,
Bouligny-les-Mines.

III

Au sujet de quelques causes extra-médicales de suppuration des injections sous-cutanées.

A propos du procès du Dr Mazel et des abcès, suite de piqûres d'huile camphrée ou autres, je ne vois pas que l'on ait parlé de quelques-unes des causes que je vais me permettre de vous signaler et dont l'une, entre autres, aurait pu être invoquée pour disculper notre confrère, déjà bien innocent.

D'abord le liquide injecté était-il enfermé dans des ampoules ou contenu dans un flacon ?

En effet, quelle que soit la forme du contenant, ampoule quoique plus facilement flacon, le liquide de l'injection peut être contaminé indépendamment de toute faute d'asepsie de la part de l'opérateur.

C'est souvent le manque d'asepsie ou la mauvaise qualité des produits utilisés par le préparateur pharmacien, qui occasionne ces accidents et méfaits

On oublie souvent de remonter à la véritable cause, à la cause originelle.

S'il y a des fautes imputables aux médecins, il y en a aussi qui le sont aux pharmaciens et même aux fabricants de produits chimiques, même les plus sérieux. Cependant, la plupart du temps, le premier, c'est-à-dire le médecin, est poursuivi et inquiété parce qu'il est tenu de s'assurer de la qualité des produits, ce qui devrait incomber exclusivement au pharmacien.

Enfin, à mon avis, une autre cause de formation d'abcès que j'ai pu constater, réside dans l'état de limpidité du soluté, serait-il aseptique.

Tout le monde sait qu'une solution, surtout concentrée, d'huile camphrée présente un précipité chaque fois que la température s'abaisse, et si l'on ne prend pas la précaution de faire disparaître ce précipité avant l'injection, faute de technique, il est vrai, on risque de déterminer une induration qui se termine par abcès.

Ces incidents se présentent avec les sérums dont la limpidité a disparu.

Ceci dit, je m'excuse de vous entretenir de ces faits que vous savez aussi bien que moi, et qui sont un hors d'œuvre dans l'affaire en question. Au surplus, la partialité, le désir de charger ce pauvre médecin ressort si clairement des rapports que, même avec la preuve que le liquide injecté était infecté probablement, l'on aurait conclu à la culpabilité du médecin, qui doit tout prévoir, savoir et contrôler.

Dr Gannat, Vichy.

IV

Je connais une malade, atteinte d'un peu d'anémie, de faiblesse générale... peu de chose en somme, chez laquelle toute injection hypodermique, faite avec la plus stricte asepsie, détermine un abcès. Elle me l'avait dit, je n'avais pas voulu le croire, mais j'ai dû me rendre à l'évidence. Cette dame a 34 ans, une santé un peu faible et pour moi le fait me paraît difficile à expliquer, mais il est. Que serait-ce si elle avait une typhoïde ?

Dr C.
Yonne.

CORRESPONDANCE

Instituts pour bègues.

Nos correspondants pourraient-ils nous indiquer des Instituts pour bègues, susceptibles de recevoir un enfant de cinq ans, atteint de bégaiement ?

Nous les remercions à l'avance des renseignements qu'ils pourront nous fournir.

Le Concours médical.

Patente et centimes additionnels.

Membre du « Sou » et abonné au *Concours*, je vous serais reconnaissant de bien vouloir me renseigner.

Je reçois un avertissement au sujet de ma patente non encore réclamée, (je suis installé de novembre 1919) portant ceci :

Médecin T. D.

Au 15e sur valeur locative de 400 fr.	26,66
Montant des impositions locales ci-dessus visées	62,19
Total général	62,24

Habitant ma maison, où je loge mes parents, je ne paye aucun loyer. En me basant sur la valeur locative désignée ci-dessus (400 fr.) je n'arrive pas à trouver comment le 15e de cette valeur (montant de la patente de localité de 1000 habitants) peut arriver à 62 fr. 24 ?

Je me permets de vous demander une réponse un peu rapide, ma feuille d'avertissement, arrivée le 10 février, réclamait le paiement *sans faute* le 11 ,.. !

Dr X.

Réponse.

Le principal de la patente a été supprimé par la loi du 31 juillet 1917. Mais il subsiste les centimes additionnels et ceux-ci sont généralement, surtout depuis quelques années, beaucoup plus importants que le principal lui-même

Si vous voulez bien relire votre avertissement, vous y lirez (cette mention se trouve généralement dans la marge à gauche), le nombre des centimes additionnels pour l'exercice auquel se réfère l'avertissement. Il est assez commun actuellement que les centimes additionnels soient au nombre de plus de 300, c'est-à-dire que le principal fictif de la patente doit être multiplié par plus de 3 pour obtenir le chiffre de l'impôt. Dans votre commune, ils sont un peu moins élevés, car 26,66 multiplié par 3 donneraient un chiffre supérieur à celui qui vous est réclamé.

Ce qui nous étonne est le peu de crédit que vous accorde le percepteur. Nous savons bien que les feuilles d'impôts sont en retard. Mais ce n'est pas la faute des contribuables et véritablement une pareille hâte de la part des fonctionnaires retardataires est inconcevable.

Assujettissement d'un bucheron à la loi-accidents.

Membre du « Sou », je désirerais que vous me donniez conseil sur les faits suivants :

(*Voir la suite page XXXI-645*)

PROPOS DU JOUR

Le livret sanitaire individuel.

> Tout est dit et l'on vient trop tard depuis plus de sept mille ans, qu'il y a des hommes et qui pensent.
>
> (La Bruyère.)

Nous avons été récemment appelés auprès d'une jeune fille de vingt-cinq ans qui souffrait vivement du bas ventre et était en même temps atteinte d'une légère métrorrhagie. Elle portait sur l'abdomen une longue cicatrice. Nous apprîmes qu'elle avait été opérée, il y a six ans, d'un kyste de l'ovaire (?), qu'elle n'avait jusqu'ici jamais été réglée ni avant ni après l'intervention chirurgicale. Comme nous demandions à la malade et à sa mère quelques renseignements sur l'opération subie, quels étaient les organes qui avaient été enlevés ? si un ovaire avait été conservé ? ces deux femmes, bien qu'intelligentes et suffisamment instruites, ne purent en rien nous renseigner. Le chirurgien n'avait donné à la mère que des renseignements fort vagues lors de l'opération et il nous eût été impossible de le retrouver après six ans de guerre. En sortant de chez notre malade, nous pensions à l'utilité qu'il y aurait pour les médecins et surtout pour les malades d'être renseignés sur les antécédents de ces derniers.

On a créé un livret de famille, nous disions-nous à nous-même, livret qui évite bien des erreurs d'état-civil. Jadis, l'inattention d'un secrétaire de mairie, orthographiant mal un nom ou un prénom, causait les plus graves embarras aux familles. Il fallait faire rectifier l'erreur sur les registres de l'état-civil, obtenir pour cela un jugement du tribunal, et, pour se servir des pièces libellées avec cette erreur, faire les frais de combien d'actes notariés. Le livret de famille a réduit considérablement ces vicissitudes. Combien plus importants seraient les services d'un livret sanitaire sur lequel tout médecin traitant relaterait sommairement les maladies, les opérations qu'auraient subies son client au cours de son existence. La question du secret professionnel ne serait pas en jeu. Le livret sanitaire resterait toujours la propriété exclusive du malade qui pourrait le conserver ou le détruire, le tenir caché ou le communiquer à sa guise.

Nous faisions donc, en terminant notre tournée et gagnant notre domicile, toutes ces réflexions, bien décidé à les communiquer à nos lecteurs du *Concours médical*, à leur demander leur avis et leurs suggestions pour réaliser le livret sanitaire.

L'idée qui nous était venue n'était pas originale, notre distingué et fidèle collaborateur, le Dr Ed. Crouzel, l'avait émise, et dans le no du *Concours Médical* du 26 décembre 1920, nous avions publié une intéressante note qu'il nous avait adressé sur le livret pathologique et la fiche individuelle, où il développait la même idée. Nous avons d'autre part trouvé, en feuilletant l'intéressante *Revue des jeux scolaires et d'hygiène sociale*, que dirige notre distingué confrère le Dr Philippe Tissié (de Pau), à la rubrique *Bibliographie*, la note suivante :

Carnet sanitaire.

M. le docteur Emile Spehl, professeur à l'Université de Bruxelles, administrateur des hospices, membre du Conseil supérieur d'hygiène publique de cette ville, après avoir publié l'année dernière un ouvrage très important sur la *Lutte contre la tuberculose pulmonaire* (1) appuyée en dernière analyse sur l'éducation physique par la gymnastique suédoise, vient conclure d'une façon pratique pour cette lutte, par la publication d'un *Carnet sanitaire* (2) suivant chaque sujet depuis sa naissance jusqu'à l'âge de 60 ans.

Ce carnet comprend cinq périodes de la vie : I. La période pré-scolaire de la naissance à l'âge de 3 ans. — II. La période scolaire de 3 à 14 ans. — III. La période post-scolaire de 15 à 20 ans. — IV. La période du service militaire de 20 à 22 ans. — V. La période sociale de 25 à 60 ans. L'auteur y publie des extraits des Tables qu'il a établies en ce qui concerne l'étude de la nutrition et de la fonction respiratoire chez les sujets du sexe masculin, de la naissance jusqu'à l'âge de 30 ans. « Chez les sujets du sexe féminin, dit « le Dr Spehl, toutes les moyennes sont inférieures « à celles du sexe masculin » On ne saurait trop recommander l'usage de ce Carnet aux parents et aux éducateurs. Avec l'auteur nous pensons que sa méthode contribuera à combattre

(1) E. Spehl. — *La lutte contre la tuberculose pulmonaire*, Bruxelles, Goemaere ; Paris, Doin, 1919.

(2) Chez l'auteur, 83, boulevard de Waterloo, Bruxelles.

la dégénérescence physique et la tuberculose pulmonaire, car « être *bien* portant est la condi- « tion préalable pour réussir dans la vie ». Nous recommandons surtout la lecture de son livre si documenté sur la *Lutte contre la tuberculose pulmonaire*, et si intéressant au point de vue de la gymnastique respiratoire.

Nous sommes moins ambitieux que le savant professeur bruxellois et nous n'osons espérer d'arriver pratiquement à généraliser sa conception si étendue du Carnet sanitaire.

Mais nous pensons qu'il serait facile aux praticiens qui soignent des familles (car, quoi qu'on en dise, le médecin de famille existe toujours, nous sommes personnellement en mesure de l'affirmer), de noter sommairement sur un livret sanitaire les évènements de la santé de chaque enfant, un peu comme le demande le Dr Ed. Crouzel.

Nous avons pris l'habitude de peser les enfants qu'on nous conduit, de mesurer leur taille, leur périmètre thoracique, et parfois même au spiromètre, leur capacité respiratoire. Beaucoup de parents soucieux de la santé de leurs enfants et s'intéressant à leur développement normal, nous les reconduisent *spontanément* et périodiquement. En notant ces renseignements sur un livret, l'on rendrait plus habituels ces utiles examens qui se perdent facilement sur une feuille volante et, en y signalant, avec la prudence et la discrétion nécessaires, les accidents pathologiques au cours de l'existence, l'on rendrait un service signalé au propriétaire du livret sanitaire qui, en changeant de domicile et de médecin, pourrait facilement et exactement documenter le nouveau praticien, appelé à le soigner, sur tout son passé physiologique et pathologique.

Nous émettons le vœu qu'un spécialiste en produits pharmaceutiques, en quête d'une ingénieuse réclame, veuille bien réaliser le livret sanitaire tel que nous le comprenons, aussi simple que possible et en envoyer quelques exemplaire à chaque praticien qui se hâterait d'en faire cadeau à ses clients les plus sûrs et les plus fidèles.

En terminant, rappelons la citation de La Bruyère, que nous avons mise en exergue à la tête de cet article. Combien il est difficile à notre époque d'avoir une idée originale et neuve. Sans la lecture de la note envoyée par le Dr Ed. Crouzel, et sans le singulier hasard qui nous poussa à feuilleter la *Revue des jeux scolaires*, à l'époque même où la pensée du livret sanitaire nous était venue à l'esprit, nous aurions pu passer aux yeux de nos lecteurs pour un vulgaire plagiaire. Tout est dit et l'on vient trop tard...

J. Noir.

PARTIE SCIENTIFIQUE

CLINIQUE MÉDICALE

Leçons cliniques sur la pression artérielle (1).

La détermination de la pression maxima par la méthode oscillatoire (2).

Par le Dr Camille Lian,

Médecin des hôpitaux de Paris.
(Consultation de l'hôp. Tenon).

Lorsque, dans la dernière leçon, j'ai envisagé la technique de la mesure de la pression minima, j'ai pu vous montrer que les mêmes notions générales s'appliquaient aussi bien à la méthode oscillatoire qu'aux méthodes auscultatoire et palpatoire.

Aujourd'hui, où je vais étudier la mesure de la pression maxima, il n'en sera pas de même, car le principe et les résultats de la méthode oscillométrique sont tout différents de ceux des deux autres méthodes.

Je devrai donc aborder successivement la mesure de la maxima par la méthode oscillatoire d'une part, et par les méthodes auscultatoire et palpatoire d'autre part. Cette étude me permettra de vous montrer quelle est la meilleure de ces méthodes au point de vue pratique. Je discuterai ensuite leur exactitude scientifique. Et, heureusement pour la netteté des conclusions, je serai amené à conclure que la méthode la plus facile de beaucoup à mettre en œuvre est également la plus exacte au point de vue scientifique.

La formule classique mais inexacte.

Vous savez que pour faire la détermination de la Mx oscillatoire, on commence par gonfler la

(1) Ces leçons cliniques du Dr Lian ont lieu à l'amphithéâtre des cours de l'hôpital Tenon, les 2e et 4e lundis de chaque mois à 11 heures.

(2) Leçon recueillie le 10 janv. 1921, par M. Pierre Cahen, externe des hôpitaux et revue par M. Lian.

manchette au-dessus du chiffre probable de la pression maxima, puis qu'on décomprime par à-coups et que, pour chaque centimètre de Hg de décompression de la manchette, on lit le déplacement de l'aiguille oscillométrique. Pour apprécier le moment où l'on doit lire la pression maxima, il y a une première notion qui a été donnée au moment où l'on a vulgarisé la méthode oscillométrique. Cette première notion peut se formuler à peu près de la façon suivante :

Lorsque, après avoir gonflé la manchette, on la dégonfle peu à peu, on commence par voir apparaître toute une série d'oscillations qui présentent deux caractères : elles sont à la fois petites

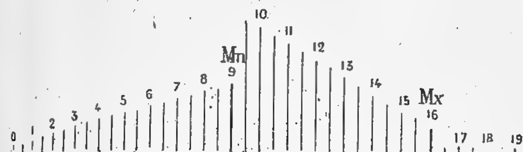


Fig. 1.

et égales entre elles. Puis apparaît une *oscillation dite différenciée*. L'oscillation différenciée, qui caractérise la pression maxima, se reconnaît à deux particularités : *elle est la première oscillation plus grande que les précédentes qui étaient toutes égales entre elles, et elle est en outre la première oscillation d'une série d'oscillations croissantes.* Cette technique est d'ailleurs d'une application assez facile, et l'on s'explique ainsi la faveur qui a accueilli la méthode oscillatoire au moment de son apparition.

Il n'y a qu'un regret à ajouter à l'énoncé de cette formule assez simple, c'est qu'elle est inexacte, comme me l'ont montré des mensurations, faites chez de nombreux malades, en appliquant simultanément plusieurs méthodes.

Au lieu des 2 phases d'oscillations du schéma classique, il y a dans la réalité 3 phases d'oscillations au voisinage de Mx.

Dans le schéma classique, les oscillations ne présentent que 2 phases au voisinage de la Mx : une première phase d'oscillaions petites et égales entre elles, et une deuxième phase d'oscillations croissantes, la Mx correspondant au début de cette deuxième phase. Or, dans la réalité, il y a très souvent, non pas deux, mais trois phases successives d'oscillations.

On trouve d'abord une première série d'oscillations qui sont petites et égales entre elles, puis une deuxième phase dans laquelle les oscillations augmentent, mais où elles ne sont que légèrement croissantes. Enfin on entre dans une troisième phase, dans laquelle les oscillations sont fortement croissantes.

La figure 2 représente un cas où l'on rencontre ces trois phases. Pareil fait est d'observation fréquente, chez les sujets dont le pouls est un peu ample. Dans les cas de ce genre, si vous appliquez la technique classique, vous allez tout naturellement considérer que la Mx correspond au début de la deuxième phase. En effet, l'oscillation qui marque le début de cette phase présente bien les particularités qui, dans les schémas classi-

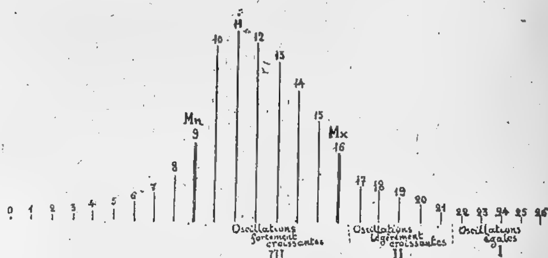


Fig. 2.

ques, caractérisent l'oscillation différenciée : elle est bien en effet la première oscillation plus grande que les précédentes, et en même temps la première oscillation d'une série d'oscillations croissantes.

La Mx doit être lue, non pas au début des oscillations croissantes (schéma classique), mais au début des oscillations fortement croissantes (début de la troisième phase).

Or d'après mes recherches, la Mx dans ces cas doit être lue, non pas au début de la 2e phase mais au début de la 3e phase d'oscillations.

Ce n'est donc pas quand les oscillations commencent à croître qu'il faut lire la pression maxima oscillatoire, c'est quand la progression des oscillations a cessé d'être légère pour devenir tout d'un coup importante. Or, par l'exemple que je vous ai schématisé dans la figure 2 et qui correspond à des faits d'observation quotidienne, vous voyez que la formule classique conduit assez souvent à admettre comme représentant la Mx oscillatoire un chiffre supérieur de trois, cinq cm. de Hg. ou plus, à la véritable Mx oscillatoire. Le correctif que j'ai apporté à la technique classique mérite donc toute votre attention.

J'ai formulé par écrit, pour la première fois, ces notions dans la deuxième édition de la Technique clinique médicale Sergent, parue en 1916. Cette opinion est actuellement celle des défenseurs les plus autorisés de la méthode oscillatoire. En effet, j'ai eu l'occasion de lire récemment des articles, tant de M. le Prof. Pachon (Bordeaux) que de M. Delaunay (agrégé de physiologie de Bordeaux) où sont émises des conclusions tout à fait analogues sur la façon de mesurer la maxima oscillatoire (1).

(1) V. Pachon. — L'Oscillométrie, *Journ. médic. Français*, sept. 1919.

H. Delaunay. — La courbe oscillométrique. *Gaz. hebdom. des Sc. méd. de Bordeaux*, 28 oct. 1917 et 24 nov. 1918.

Vous vous rendez compte évidemment que dans la technique de la détermination de la maxima par la méthode oscillatoire, il y a un certain vague, et je serais très heureux s'il m'était possible de vous apporter sur ce sujet un peu plus de précision. Mais cela me paraît tout à fait impossible, car la difficulté est inhérente à la méthode oscillométrique elle-même. Je pourrais cependant vous dire que d'une façon générale, et en dehors des cas où le pouls est petit, on n'est guère autorisé à considérer une variation dans les oscillations comme importante si elle n'atteint pas au moins une division du cadran de l'oscillomètre Pachon, pour une décompression d'1 centim. de Hg. Toutefois cette indication est bien loin d'être formelle. En effet la progression dans l'amplitude des oscillations est fonction de l'amplitude la plus grande qu'elles vont atteindre au voisinage de Mn. Or cette amplitude maxima des oscillations varie à l'état physiologique d'un sujet à l'autre. Aussi présente-t-elle des variations considérables d'un malade à l'autre.

Danger de surestimer la Mx oscillatoire de 2, 4, 5 centimètres de Hg.

J'attire tout spécialement votre attention sur les faits très nombreux d'observation quotidienne, dans lesquels les oscillations présentent les 3 phases que je vous ai signalées. La plupart des médecins ne connaissent que le schéma classique ayant servi à la vulgarisation de la méthode oscillométrique. Au lieu de lire la Mx oscillatoire seulement quand les oscillations sont fortement croissantes, ils la lisent dès que les oscillations ont cessé d'être égales pour augmenter d'amplitude. Ils admettent ainsi pour Mx un chiffre qui est supérieur de 2, 4, 5 cm. Hg ou plus à la vraie Mx oscillatoire. Ces erreurs sont toujours regrettables. Néanmoins on peut à la rigueur s'en consoler quand elles sont faites chez un sujet notoirement hypertendu. *Mais, où cette erreur a des conséquences navrantes, c'est quand elle se produit chez des sujets dont la pression artérielle est normale, car elle conduit à les faire considérer à tort comme hypertendus.* De pareilles erreurs sont malheureusement fréquentes, vous pouvez m'en croire !

La méthode oscillatoire risque de conduire à des erreurs dans deux sens diamétralement opposés.

Bien plus, la méthode oscillométrique risque de vous conduire à des erreurs dans deux sens diamétralement opposés, et cela tient au fait qu'elle table sur des variations dans l'amplitude des oscillations. *On est assez naturellement porté à surestimer la maxima lorsque le pouls a une amplitude qui dépasse la normale*, et on risque ainsi de considérer comme hypertendu un sujet dont la pression est normale. *Par contre, on est exposé à une erreur inverse chez les sujets au pouls petit* : on risque dans ces cas de se montrer trop difficile pour lire l'oscillation différenciée, et de déclarer hypotendu un sujet dont la pression est normale. Passe encore qu'on puisse mal évaluer une pression artérielle pathologique, mais *c'en est trop si l'on est exposé à déclarer hypertendus ou hypotendus certains sujets sains. Or de pareilles erreurs oscillométriques sont banales !*

La progression régulière des oscillations peut rendre impossible la détermination de la Mx oscillatoire.

Je dois enfin faire allusion à des cas dans lesquels les difficultés sont encore bien plus grandes. Vous constaterez parfois que les oscillations progressent d'une façon assez régulièrement croissante. Vous chercherez alors en vain, dans cette augmentation régulièrement progressive, un moment où un accroissement un peu brusque vous permettrait de fixer la Mx oscillatoire, et vous localiserez l'oscillation différenciée un peu au petit bonheur. Heureusement, cette éventualité, saus être rare à proprement parler, n'est pas d'observation quotidienne. Elle s'observe surtout chez les sujets dont les pulsations sont très amples.

Les 4 éventualités dans la détermination de la Mx oscillatoire.

Somme toute, tandis qu'en décomprimant peu à peu un segment de membre, vous vous proposez de déterminer la Mx oscillatoire, vous devez compter avec 4 éventualités distinctes :

1re Eventualité. — Mx = 1re oscillation.

Dans une première série de cas, rares et extrêmement faciles, vous ne voyez d'abord aucune espèce d'oscillation. Ensuite, pour une contrepression de 15 par exemple, il se produit une oscillation, puis à 14 une oscillation beaucoup plus ample. En pareil cas vous passez d'emblée d'une zone sans aucune oscillation à une zone d'oscillations croissantes. Dans ce premier type, relativement rare, vous lisez la maxima oscillatoire au premier battement de l'aiguille oscillométrique.

2e Eventualité. — Mx = 1re Oscillation croissante (début de la 2e phase).

La deuxième éventualité, qui est assez fréquente, correspond au schéma classique que je vous exposais au début de cette leçon (fig. 1). Il y a d'abord une première phase d'oscillations petites et égales, et à la fin de cette première phase les oscillations sont d'emblée fortement croissantes. Dans ces cas vous lisez la maxima à la première oscillation qui dépasse les oscillations précédentes (égales entre elles), et qui commence une série d'oscillations croissantes. C'est

cette éventualité assez fréquente qui a servi de schéma pour la vulgarisation de la méthode oscillatoire.

3e Eventualité. — Mx = 1re Oscillation fortement croissante (début de la 3e phase).

Dans la 3e éventualité, qui est d'observation aussi fréquente que la précédente, vous ne lisez pas la maxima dès que vous voyez une oscillation qui dépasse les précédentes (égales entre elles), et qui commence une série d'oscillations croissantes. Vous attendez que la progression des oscillations ait cessé d'être légère pour devenir importante. Ce détail est très important et doit retenir votre attention. *La Mx oscillatoire doit être lue quand les oscillations, après avoir été d'abord égales* (1re *phase*), *puis légèrement croissantes* (2e *phase*), *deviennent enfin fortement croissantes* (3e *phase*).

4e Eventualité. — Mx oscillatoire impossible à déterminer.

Enfin il y a une 4e éventualité, d'observation non fréquente, dans laquelle on est forcé de renoncer à mesurer la maxima oscillatoire avec précision, parce que la progression des oscillations se fait d'une façon tout à fait régulière.

Les difficultés respectives de ces quatre éventualités.

En somme, la détermination est assez facile dans les deux premières éventualités. Mais elle est difficile dans la 3e éventualité, et impossible dans la 4e. Cette 3e éventualité est assez fréquente, et lorsqu'on la connaît, elle est une source d'hésitations incessantes, qu'on peut qualifier d'agaçantes.

Alors même qu'un médecin a une longue pratique de la méthode oscillatoire, et qu'il connaît bien *toutes* les fautes à éviter, il n'est cependant pas à l'abri des erreurs. Et en tout cas, il est la victime d'hésitations incessantes, voire même agaçantes, tandis qu'il s'évertue à apprécier des yeux si la progression des oscillations cesse d'être légèrement croissante pour devenir fortement croissante !

***

La détermination de Mx à l'aide de courbes oscillométriques.

Ces difficultés dans la détermination de la maxima oscillatoire sont telles qu'on est amené dans certains cas à représenter dans une courbe la succession des battements de l'aiguille oscillométrique. Pour ma part, j'ai eu recours à ces notations graphiques déjà avant la guerre, et, si je vous signale cela en passant, ce n'est pas pour réclamer la priorité par rapport aux communications faites sur ce sujet en 1917-1918 par MM. Delaunay (1) Billard (2) Barré (3). Je pense en effet que bien d'autres auteurs ont dû avoir la même idée. Il me paraît impossible qu'un médecin employant la méthode oscillométrique n'ait pas éprouvé un jour le besoin d'inscrire ses résultats, et de les exprimer en une courbe, dans l'espoir, parfois vain, de mettre un terme à des hésitations irritantes, et d'apporter quelque précision dans la détermination un peu aléatoire de la pression maxima oscillatoire.

Je vais m'inspirer des travaux de M. Delaunay pour vous exposer la façon de construire et d'interpréter de pareilles courbes oscillométriques.

La construction des courbes oscillométriques.

Il vous faut d'abord noter sur une feuille de papier, pour chaque chiffre de contre-pression, l'amplitude des oscillations que vous avez observées.

Vous allez par exemple écrire :

contre-pressions	oscillations
25	1/4
24	1/4
23	1/2
22	3/4, etc.

Vous concevez que cette étude de centimètre en centimètre, et cette obligation où vous êtes de noter les résultats de vos constatations vont allonger la durée de la mensuration oscillométrique. Or c'est un principe à ne pas oublier qu'il faut agir d'une façon très rapide, sinon on fausse les résultats. Aussi, M. Delaunay conseille-t-il aux médecins de faire deux mensurations différentes, à dix minutes d'intervalle l'une de l'autre. Dans la première de ces mensurations on fait la décompression de 2 en 2 cm. de Hg, on lit et inscrit les oscillations pour les chiffres impairs de contre-pression. Dans la deuxième mensuration, on lit et inscrit les chiffres qui correspondent aux chiffres pairs.

Une fois que vous êtes en possession de ces données, vous allez construire votre courbe. Vous vous servez pour cela d'une feuille de papier quadrillé. Sur la ligne horizontale qui constituera le bord inférieur de votre graphique, vous considérez que chacun des carrés correspond à 1 cm. de Hg. Puis, sur la ligne verticale qui va former le bord latéral et gauche de votre graphique, ces mêmes carrés correspondront chacun d'entre eux à 1/2 division du cadran de l'oscillomètre Pachon. Vous avez tous fait des courbes de température, et vous savez qu'on inscrit chaque jour par un point la température du sujet. Ici vous allez marquer par un point la hauteur des oscil-

(1) H. Delaunay. — *Gaz. Hebd. Soc. méd.* Bordeaux 28 oct. 1917.

(2) Billard. — Soc. Biologie, décembre 1917.

(3) Barré. — Soc. Méd. Hôp., 26 avril 1918.

lations correspondant à chaque chiffre de contre-pression. Enfin, comme dans une courbe de température, vous rejoignez tous ces points entre eux par de courtes lignes droites.

Interprétation des courbes oscillométriques.

Je vous ai fait représenter ici une pareille courbe qui correspond à un type d'observation courante. Selon la règle que je vous ai déjà formulée, il y a lieu de placer la Mx au moment où les oscillations, après avoir été égales (1re phase), cessent d'être faiblement croissantes (2e phase), pour devenir fortement croissantes (3e phase). Dans ce schéma, il est facile de reconnaître le début de la 3e phase (figure 3). Mais il n'en est pas

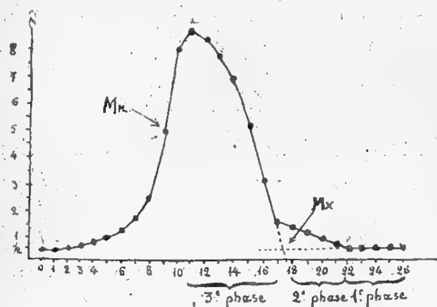


FIG. 3.

toujours ainsi. Même sur un graphique de ce genre, il vous arrivera d'être embarrassés de temps en temps. Vous réfléchirez, et vous ne pourrez pas vous empêcher de penser que la déternation de la maxima oscillatoire est vraiment arbitraire dans certains cas.

Pour couper court à toutes ces difficultés, M. Delaunay a adopté le procédé suivant : « *Pour fixer Mx, il est nécessaire et suffisant.... de prolonger jusqu'à leur intersection la ligne des premières oscillations les plus croissantes* (1) *et celle des très faibles oscillations* (2), *sans tenir compte de la ligne intermédiaire des oscillations moyennes* (3) ». Mx est indiquée sur le graphique par l'intersection du prolongement de ces deux lignes.

Après avoir lu ces conditions nécessaires et suffisantes, chacun peut se représenter les difficultés inévitables, les hésitations fatales lorsqu'il faut se passer de ces courbes, et se contenter de suivre des yeux l'aiguille oscillométrique, pour fixer le moment où les oscillations cessent d'être légèrement croissantes et deviennent fortement croissantes. D'ailleurs, je ne puis m'empêcher de penser que les médecins ne se résigneront pas facilement, et je les en félicite, à consacrer leur temps si précieux à la construction et à l'interprétation de pareilles courbes dans le seul but de mesurer la pression artérielle.

La méthode oscillographique.

Les courbes oscillométriques me conduisent tout naturellement à vous parler d'une variante de la méthode oscillométrique, la méthode oscillographique qui enregistre avec un tambour de Marey et un style inscripteur les pulsations de la manchette en serrant un segment de membre. Je serai très bref, car envisager cette méthode dans le détail serait sortir du cadre de ces leçons. En effet dans la pratique courante, il ne peut être question d'employer pour la mesure de la pression artérielle la méthode oscillographique, qui nécessite une instrumentation coûteuse, volumineuse, et d'un maniement délicat. D'ailleurs, et ceci vous rappellera ce que je vous disais à propos de la Mn, les critères oscillographiques pour la détermination de la Mx diffèrent avec les auteurs : Barré et Strohl (1), Delaunay (2), Mougeot et Petit (3). En tout cas il est intéresssant de noter que *les auteurs ayant étudié cette méthode oscillographique trouvent infidèle une détermination basée sur l'amplitude des oscillations. En proposant ainsi comme critère, non pas l'amplitude des pulsations, mais tel ou tel détail des sphygmogrammes, ils montrent indirectement la fragilité des conclusions cliniques basées sur la lecture des battements d'une aiguille oscillométrique.*

CLINIQUE THÉRAPEUTIQUE

Hôpital Saint-Louis :

M. le professeur agrégé GOUGEROT.

Traitement de la syphilis nerveuse.

Je désire vous présenter aujourd'hui un exposé rapide du traitement de la syphilis nerveuse, en abordant surtout les notions nouvelles acquises dans ces derniers temps sur ce sujet. C'est là une grosse question de thérapeutique et de syphiligraphie, car si la syphilis n'offrait pas les localisations nerveuses, si graves, que vous connaissez, ce serait une maladie beaucoup moins redoutable qu'elle ne l'est.

Le traitement de la syphilis nerveuse a-t-il dans ces dernières années fait quelques progrès ? Une première question se pose. Le traitement spécifique est-il utile, inutile, ou même nuisible en matière de syphilis nerveuse ? Un grand

(1) Il désigne ainsi les oscillations fortement croissantes (3e phase).

(2) Il désigne ainsi les oscillations égales (1re phase)

(3) Il désigne ainsi les oscillations légèrement croissantes (2e phase).

(1) BARRÉ et STROHL. — *Presse Médicale*, 5 mars 1917.

(2) H. DELAUNAY. — *Gaz. Hebd. Sc. méd.* Bordeaux, 24 août 1919.

(3) MOUGEOT et PETIT. — Soc. Méd. Hôp., 23 décembre 1920.

nombre de neurologistes déclarent qu'en pareil cas la médication antisyphilitique est plus dangereuse qu'efficace. Si vous voyez de vieux tabétiques, qui n'ont plus de symptômes en évolution, je crois en effet que cette doctrine doit être acceptée et qu'il est préférable de ne rien faire ou tout au moins d'agir très prudemment. Lorsqu'une cure spécifique, chez un tabétique dans ces conditions, ramène les douleurs fulgurantes ou viscérales, il faut cesser. Je voyais dernièrement un homme de 80 ans, tabétique depuis longtemps, chez lequel un jeune médecin avait voulu faire un traitement arsenical. Le résultat fut le réveil de vives douleurs fulgurantes. Donc, dans le tabès fixé depuis longtemps et qui ne progresse plus, pas de traitement spécifique ou un traitement prudent, que l'on arrête si les douleurs apparaissent. Le traitement risque de congestionner les centres nerveux et de réveiller des lésions rénales, de la néphrite.

La question se pose de la même façon pour la paralysie générale. Les psychiatres rejettent toute cure spécifique dans la paralysie générale confirmée. Le traitement ne donnerait alors rien, ou des désastres. Hudelo, dans un travail sur ce sujet, note, avec l'arsenic comme avec le mercure, des résultats franchement mauvais. Même opinion chez les neurologistes allemands. La plupart des psychiatres n'hésitent pas à déclarer que l'on a des aggravations chez ces malades. Que faire dès lors ? Si vous êtes très prudent, vous ne ferez rien. Je crois cependant que le médecin n'a pas le droit de se déclarer impuissant. D'abord, si exercé soit-on au diagnostic de la paralysie générale, on peut se tromper. Je me rappelle avoir trouvé, autrefois, dans le service du professeur Raymond, à la Salpêtrière, un homme chez lequel le diagnostic de paralysie générale avait été porté. Il était là dans les salles, depuis assez longtemps, sans traitement actif, en vertu du principe dont je parlais tout à l'heure. Je demandai à le traiter. Au bout de deux mois de médication spécifique, il était guéri. Il s'agissait d'une syphilis cérébrale artérielle simulant la paralysie générale. Donc, si habitué soit-on au diagnostic neuro-syphilitique, il faut tenir compte des erreurs possibles et une fois par hasard vous pourrez avoir une guérison.

D'autre part, le paralytique général est un malade condamné et enfin quelques auteurs ont obtenu du traitement des résultats. Aussi, à mon avis, convient-il de tenter au moins une médication d'essai.

Je viens de parler de la syphilis nerveuse à la période confirmée, d'état. A la phase initiale, le problème est différent. Pour les méningopathies commençantes, le prétabès, tout le monde est d'accord sur l'indication d'une médication active. En matière de paralysie générale débutante, la question est discutée. La plupart des syphiligraphes et des neurologistes adoptent alors le traitement actif, mais les psychiatres soutiennent l'opinion inverse et citent des exemples d'aggravation sous l'influence de la cure spécifique. J'ai vu, moi-même, de ces aggravations. J'ai soigné pendant la guerre un homme, paralytique général minime, si peu atteint apparemment qu'il continuait à assurer son service d'une façon normale. Je lui fis faire des injections d'arsénobenzol. A la troisième injection, il eut un ictus, suivi de paraplégie. Dans le service voisin, un malade analogue, traité par les injections de cyanure de mercure, fit également un ictus. Devant ces faits, on tend à partager l'avis des psychiatres. Mais, je vous dois la contre-partie, c'est-à-dire des cas où un traitement actif a obtenu une rémission. C'est ainsi que j'ai observé, il y a quelque temps, un paralytique général au début qui fut amélioré au point de pouvoir reprendre ses occupations normales. Malgré la continuation du traitement, il est vrai, le malade retomba dans la paralysie générale et il eut même alors une forme galopante, comme si le temps de la rémission ne devait pas compter dans le cycle de la maladie. J'ai suivi un autre cas, entièrement similaire.

En somme, je crois préférable, au début de la paralysie générale, de faire un traitement aussi énergique que le malade le tolérera. Vous aurez peut-être des cas malheureux, mais aussi des cas heureux. Néanmoins, jusqu'à ce jour, nous ne connaissons que des rémissions et pas encore de guérisons.

Quelles méthodes allez-vous employer ? Il y a quelques années, on ne disposait que du traitement mercuriel. Actuellement, on ne doit s'adresser au mercure que pour consolider le traitement arsenical d'assaut ou si la cure d'arsenic est impossible.

Le mercure s'emploiera, ici, sous forme de cyanure d'hydrargyre, en injections intra-veineuses, soit 1 centigr. par jour, soit 2 centigr. tous les 2 jours. Il ne faut pas craindre de prolonger les injections plusieurs mois, un an même si nécessaire. Lorsqu'il s'agit d'accidents chroniques graves, comme la névrite optique par exemple, c'est encore au cyanure de mercure qu'il faut avoir recours, 1 centigr. en injection intra-veineuse par jour, avec le moins d'arrêt possible. On cesse seulement lorsqu'il y a intolérance ou bloquage des veines, et l'on utilise en remplacement les frictions mercurielles ou d'autres préparations. Si l'on est obligé, pour des raisons rénales ou gingivales, de suspendre les agents mercuriels ordinaires, on pourra recourir au soufre-mercure colloïdal. Dans les cas d'accidents torpides chroniques ou pour une cure d'entretien, on s'adressera avantageusement au

traitement de Gaucher, dit des trois dizaines. Il consiste à donner, du 1er au 10, des injections de benzoate ou du biiodure de mercure, du 11 au 20 de l'iodure de potassium (n'en prescrire qu'avec prudence aux paralytiques généraux). Du 21 au 31, repos, pas de médicament.

A la vérité, ces traitements sont insuffisants dans la plupart des cas et il ne faut pas hésiter à employer l'arsenic. Ici, nous sommes en présence de deux techniques principales. La technique ancienne, d'abord, celle qui est applicable à tous les cas de syphilis viscérale. On commence par les doses faibles et on les augmente pour arriver le plus tôt possible aux doses fortes. On cherche à frapper fort. Supposons un tabétique. On débute par 10 centigr., dose non dangereuse. Chez les paralytiques généraux, cette dose de 10 centigr. est trop élevée ; elle a suffi, dans deux cas, à entraîner la mort. Le cerveau des paralytiques généraux est bourré de tréponèmes et leur destruction trop massive peut amener une résorption dangereuse. Dans cette affection, on part de 5 centigr. seulement. On injectera donc 5 ou 10 centigr. d'une préparation arsenicale deux fois par semaine. Puis on ira à 20, 25, 30 centigr. Si la tolérance est bonne, s'il n'y a pas de réveil des douleurs chez le tabétique, pas de poussée congestive chez le paralytique général, on pourra arriver à 75, 90 centgr. de 914. On arrête 3 semaines et l'on fait une nouvelle série, partant cette fois d'une dose plus forte et allant au-delà du précédent maximum, à un gramme par exemple. Après 3 semaines de repos, on passe à la troisième série que l'on commence à 45, 50 centigr., et que l'on porte à 1 gr., 1 gr. 50 quelquefois. De même que l'on n'obtient parfois de bons résultats du cyanure de mercure, dans les névrites optiques, comme l'a montré Abadie, qu'en prolongeant très longtemps la cure, de même il faut employer l'arsenic dans les syphilis nerveuses, pendant des mois, et des mois si la tolérance est satisfaisante.

La deuxième technique a été inaugurée assez récemment par Sicard. C'est la technique des petites doses répétées, multipliées. Dsns la paralysie générale, Sicard fait tous les jours une injection, intra-veineuse si possible, de 15 centigr. de 914. Pour simplifier le traitement et le rendre moins onéreux, on peut éduquer une personne de la famille à faire des injections arsenicales sous-cutanées ou intra-musculaires. Je connais un malade qui se fait lui-même ses piqûres à la paroi sus-costale, et le médecin pratique seulement une injection hebdomadaire, intra-veineuse. Avec ces doses multipliées de 0 gr. 15 centigr. de 914, on arrive, en fin d'année, à des quantités considérables de 25 à 30 grammes du médicament. Il faut surveiller soigneusement le sujet au point de vue de l'intoxication, à partir de 5 grammes en particulier. On examinera les réflexes achilléens et surtout patellaires, la paume des mains (hyperkératose), les plis articulaires, les conjonctives (subictère), l'azote uréique du sang. On arrêtera si des troubles apparaissaient.

Chez les tabétiques ou dans les syphilis moins graves, Sicard recommande une injection tous les deux jours, par exemple 2 injections sous-cutanées et une intra-veineuse par semaine. On totalisera ainsi dans une série 6 à 8 grammes de 914, et l'on renouvellera la série trois fois par an. C'est une méthode commode, qui a donné d'excellents résultats.

Une autre question se pose. Malgré tous ces efforts, il existe des cas rebelles. On s'est demandé s'ils n'étaient pas dus à la difficulté d'obtenir la pénétration du médicament, d'où l'idée de faire porter l'action médicamenteuse directement sur les centres nerveux.

Cette question du traitement local des syphilis nerveuses n'est pas encore tranchée. Il n'est pas prouvé d'ailleurs que le mercure et l'arsenic agissent comme parasiticides et il semble bien, même, qu'ils interviennent indirectement, pour provoquer des anticorps. Quoi qu'il en soit, on a d'abord essayé l'injection directe du biiodure d'hydrargyre (un milligr.), de cyanure de mercure (1 à 2 dixièmes de milligr.), et de mercure colloïdal. Puis, on s'est adressé à l'arsenic. Trois techniques ont été proposées. Dans la première, on aspire le liquide céphalo-rachidien, on y ajoute du 914, et l'on injecte. Dans la deuxième, on prend le sérum du malade, qui vient de recevoir une injection arsenicale intra-veineuse et on l'injecte dans le liquide céphalo-rachidien (méthode américaine). Dans la troisième technique, on combine les deux précédentes ; on prend du sérum du malade arsenicalisé, on y ajoute une petite dose de 914 et l'on injecte dans le canal rachidien. Les doses de 914 ajoutées au liquide céphalo-rachidien ont été de un milligramme (Ravaut), de un quart de milligramme (Jeanselme). A ma connaissance, on n'a pas dépassé 6 milligrammes.

Les résultats se sont montrés tout à fait inégaux. Les uns les disent merveilleux, les autres nuls. Il est possible que dans les lésions superficielles, la méthode soit heureuse, alors que dans les lésions anciennes du tabès et de la paralysie générale, elle ne puisse plus rien. La conclusion — provisoire — que je tirerai est la suivante : si vous avez un cas résistant au traitement général, un malade avec des lésions superficielles, vous pourrez tenter la cure intra-rachidienne, en prévenant la famille de ses risques. En présence de syphilis anciennes, myélites, paralysie générale, tabès, méfiez-vous, car la méthode fait courir des dangers. Je n'ignore pas que cette conclusion est encore très discutée. Dernièrement, à la Société de Neurologie,

Sicard et Paraf ont fait connaître que sur 14 cas ils avaient eu 2 morts et aucun résultat favorable, sauf quand on employait parallèlement la méthode intra-veineuse. Lorsqu'il y a indication à troubler la perméabilité méningo-radiculaire, il serait sans doute préférable de faire des injections inoffensives d'eau salée, au niveau de l'arachnoïde. Il me restera, pour terminer, à vous dire quelques mots des injections arsenicales intra-craniennes et de la méthode de von Wagner, de Vienne.

Leçon recueillie par le Dr P. Lacroix.

PHYSIOTHÉRAPIE PRATIQUE

Ces notes mensuelles auront pour but de tenir le praticien au courant des découvertes récentes en thérapeutique physique (rayons X, radium, électricité, air chaud, lumière, mouvement, hydrothérapie).

La technique des agents physiques s'améliore chaque jour, les indications se précisent : chacun doit savoir ce qu'il peut leur demander.

Je sais bien que la bonne clinique n'est pas prêt d'être détrônée, mais la radioscopie et la radiographie viennent souvent lui donner un appui considérable : il y a même des diagnostics qui ne peuvent pas être faits sans leur secours. En attendant que chaque médecin ait sa petite installation, le radiologiste le plus voisin lui sera d'une grande utilité pour débrouiller des cas douteux ou contrôler un diagnostic ; il faut donc bien connaître les indications de cet examen complémentaire.

D'autre part, la physiothérapie, pour être bien faite, n'a pas besoin toujours d'être confiée à un spécialiste ; en dehors de la radiothérapie, nombreux sont les cas où le praticien peut lui-même faire des applications efficaces d'air chaud, de massage, d'hydrothérapie.

Nous espérons rendre service aux médecins, et naturellement aux malades, en donnant ici ces notes succinctes que nous nous efforcerons de rendre aussi pratiques que possible.

Radiographie des calculs biliaires.

Si un malade fait des crises de coliques hépatiques à répétition, s'il souffre au niveau de sa vésicule biliaire ou même s'il se plaint de troubles qui laissent penser à des adhérences possibles avec l'intestin, il faut le faire radiographier pour rechercher la présence de calculs.

Si le diagnostic est cliniquement possible le plus souvent, la confirmation par la radiographie a été parfois précieuse pour le chirurgien ; d'autres fois, la découverte de calculs aux rayons X a éclairé un diagnostic hésitant.

Mais cette radiographie, il ne faut pas l'oublier, ne donne pas toujours de résultat positif, à cause de la nature même des calculs, qui sont très souvent transparents aux rayons. Ne sont visibles sur la plaque que ceux qui contiennent des sels calcaires. Dans un cas personnel, un calcul de la grosseur d'un œuf de pigeon trouvé à l'opération dans une grosse vésicule ne laissait qu'une très faible trace sur l'épreuve, quand il fut radiographié en dehors des tissus ; on conçoit qu'il fût invisible quand il était encore dans le vésicule.

Cependant, quelques artifices récemment étudiés, permettent de diminuer jusqu'à un certain point l'opacité des tissus et de mieux voir la vésicule et son contenu.

Le premier de ces procédés c'est l'*insufflation rectale*, dont Lagarenne a fait une étude approfondie. Avec une simple poire en caoutchouc et une sonde, on insuffle doucement dans le rectum de l'air dont on suit la progression dans l'intestin, à l'écran. Quand il est parvenu au cæcum, on voit nettement le bord inférieur du foie sur fond clair ; on peut ainsi, dans des cas favorables, déceler la vésicule.

Un autre procédé, utilisé surtout en Amérique et depuis peu en France, consiste à insuffler de l'air, de l'oxygène ou de l'acide carbonique, non plus dans l'intestin, mais dans le péritoine par une ponction de la paroi avec un trocart.

Le gaz mettant, suivant sa nature, une demi-heure à plusieurs heures à se résorber, on a tout le temps nécessaire pour faire tous les examens utiles.

C'est évidemment une méthode d'exception qui, malgré son innocuité, doit être réservée à des mains expérimentées. Ce pneumo-péritoine, dont nous aurons à reparler, a permis de mieux voir tous les organes abdominaux qui se détachent nettement sur la plage claire donnée par les gaz ; cependant, son emploi ne paraît pas, d'après Mallet, avoir donné jusqu'ici un résultat supérieur à l'insufflation rectale pour faciliter la recherche des calculs biliaires.

Malgré ces artifices, on n'obtient que dans 50 % des cas l'image de la vésicule biliaire, et beaucoup moins souvent celle des calculs.

Il n'en est pas moins nécessaire de rechercher systématiquement les calculs du foie par la radiographie, et cela, dans plusieurs positions, debout, décubitus ventral ou dorsal, suivant la difficulté de la recherche.

Un résultat positif sera toujours très précieux mais il ne faudra pas conclure à l'absence de calculs devant un résultat négatif.

Ici, la radiographie ne fait qu'aider la clinique et ne la remplace pas.

Traitement physiothérapique des états variqueux.

Extrêmement nombreux, sont les malades arthritiques, thyroïdiens, surrénaux, etc., at-



teints de varices, d'un état douloureux des veines, avec arthrites consécutives au ralentissement de la circulation ; œdème, troubles trophiques de la peau.

S'ils ne font pas de phlébite, ils vont à l'ulcère ou à la sciatique variqueuse : ce sont pour le moins des impotents partiels qui marchent difficilement et de moins en moins, dont les raideurs articulaires augmentent, ainsi que l'infiltration et l'atrophie musculaire.

Ces malades sont éminemment justiciables du traitement physiothérapique qui doit même faire partie de leur hygiène quotidienne.

But du traitement : aider la thérapeutique générale (endocrinienne, ou autre) en activant la circulation locale ; en supprimant les obstacles au cours du sang veineux (hypertension portale, œdème) ; combattre l'hypotension veineuse en rééduquant la paroi musculaire des vaisseaux du membre ; en développant les muscles et mobilisant les articulations.

Moyens à utiliser ;

Le mouvement, le massage, la gymnastique.

L'hydrothérapie ;

L'électricité.

Techniques :

1° Les *exercices méthodiques* :

Le *massage* est à faire avec précaution ; il faudra éviter les paquets variqueux ; il consistera en effleurage des muscles et en pétrissage ; l'effleurage videra les petites veines superficielles du sang noir qu'il refoulera dans des canaux plus larges ; il aura une action des plus nettes sur l'œdème. Le massage abdominal profond sera aussi très utile pour faciliter la circulation porte.

La gymnastique :

En position couchée, on fera exécuter au membre des mouvements *passifs* :

Circumduction de la cuisse sur le bassin, la jambe étant à demi fléchie et tenue par le médecin au niveau du pied et du genou ;

Circumduction et flexion du pied ;

Flexion et extension répétées de la jambe.

Puis, mouvements *actifs à résistance*, comprenant tous les mouvements physiologiques. Commencer par opposer une résistance faible, puis la proportionner à la force musculaire.

La cure de *myothérapie* générale (Heckel) doit être prescrite chaque fois qu'il sera possible de la pratiquer.

La *marche* rapide à petits pas (100 à la minute) ; durée : deux heures par jour, mais en plusieurs séances, car il faut que le malade s'arrête dès qu'il sent la fatigue.

Les sports :

La bicyclette avec selle haute pour pouvoir développer complètement les jambes.

La natation, sport idéal pour les variqueux, en piscine chaude, ou même froide, si la diathèse ne s'y oppose pas.

Le canotage avec siège à glissière ;

Ne jouer ni au billard, ni au tennis, pas de danse.

L'hydrothérapie :

Les bains de piscine à 35°-36° à eau courante de Luxeuil-les-Bains, de Bagnoles-de-l'Orne, ont fait leurs preuves dans le traitement des varices et de leurs séquelles ; mais on peut aussi par un moyen simple obtenir des résultats excellents à domicile :

Je veux parler des affusions et des bains alternants.

On cherche à provoquer la *gymnastique* non plus des muscles, mais des vaisseaux eux-mêmes par la succession rapide de la vaso-dilatation et de la vaso-constriction.

On laisse tomber lentement et sans pression, avec un broc ou un tuyau de douche, de l'eau chaude à 42 ou 45° jusqu'à ce que la jambe entière soit d'une belle couleur rouge ; on lance alors rapidement un jet d'eau froide à 25 ou 20° ; l'application d'eau chaude a duré une à deux minutes, celle d'eau froide seulement deux à trois secondes ; elle a produit une vaso-constriction brusque et énergique. On peut répéter les alternances deux ou trois fois dans la même séance.

Ce procédé simple et que je ne saurais trop recommander, car il m'a donné de brillants résultats, fait fondre les œdèmes, disparaître les troubles trophiques, redonne un aspect normal au membre malade et fait notablement diminuer le volume des varices.

Si l'on ne peut disposer que d'une petite quantité d'eau, on remplacera l'affusion par un bain local de jambe à 42° d'une durée de 10 minutes et l'on fera au cours de ce bain deux ou trois affusions froides.

L'électricité peut aussi jouer un rôle très intéressant dans le traitement des états variqueux.

Sans parler du courant continu, dont on a utilisé l'action trophique, nous avons à notre disposition le courant faradique, qui a une action gymnastique.

Dans la méthode d'électromécanothérapie de Laquerrière, le courant faradique est réglé pour donner des secousses musculaires rapides, mais nettement séparées les unes des autres (100 à 150 par minute), réalisant ainsi une « marche assise et couchée » très rapide et tout à fait propre à exercer un massage profond des veines.

La haute fréquence sous forme d'effluves a permis d'obtenir des diminutions appréciables du volume des varices.

De plus, les séances générales de haute fré-

RENOUVELLEMENT DES ABONNEMENTS

Pour éviter les frais de recouvrement, nous prions nos abonnés de vouloir bien nous adresser le montant de leur abonnement, soit **24 fr.**, par versement à notre compte de chèques postaux PARIS 167-95, versement qui peut être fait dans tous les bureaux de poste.

---

quence sous forme de chaise longue ont permis à Bonnefoy d'améliorer l'état général en même temps que l'état local.

Nos préférences vont au traitement par le mouvement associé aux affusions alternatives. Par ces moyens, faciles à utiliser partout, mais qu'il faut cependant savoir graduer, on arrive à améliorer de nombreux malades.

Dr DAUSSET,
Chef de laboratoire de physiothérapie
de la Clinique médicale
de l'Hôtel-Dieu.

A TRAVERS LA PRESSE

La colique mercurielle.

Sous le nom de colique mercurielle, M. MILIAN décrit le syndrome clinique produit par une intoxication mercurielle massive, à la suite ordinairement d'injections intra-musculaires d'huile grise. Il a adopté cette terminologie par analogie avec la colique de plomb, manifestation aiguë de l'intoxication plombique. (*Paris méd.*, 11 déc. 1920.)

Les accidents, selon leur localisation principale, revêtent deux types, l'un thoracique, le plus fréquent, l'autre, abdominal, cinq fois moins observé que le précédent.

La crise débute tantôt brusquement, tantôt après des manifestations de neurasthénie mercurielle, remarquables par leur intensité. Quand il s'agit de la colique thoracique, le malade éprouve une violente douleur épigastrique ou un violent point de côté qui le cloue au lit où il ne peut faire le moindre mouvement, en proie à une dyspnée accentuée, une toux sèche et incessante, de la fièvre, avec une langue saburrale, de la constipation, un pouls rapide, parfois de l'albuminurie. Le tableau de la pneumonie, avec pâleur du visage, au lieu de congestion, et sans aucun signe stéthoscopique.

Cela dure deux ou trois jours, puis, tout rentre dans l'ordre, laissant un sentiment de fatigue et de dépression.

La forme abdominale localise la douleur autour de l'ombilic, dans les hypochondres ; le ventre est rétracté, presque en bateau, la constipation opiniâtre.

Ce qui fait l'intérêt pratique de cette affection, c'est que, généralement, les malades dissimulent à leur médecin habituel le traitement mercuriel qu'ils suivent, et que le diagnostic devient alors difficile à poser, l'hypothèse de grippe thoracique, d'urémie, d'appendicite, de salpinigte avec réaction péritonéale, pouvant s'imposer à un esprit non prévenu, ainsi qu'il est arrivé dans quelques cas dont l'auteur résume l'histoire.

En présence d'un état qui ne fait pas sa preuve organique, à une époque où les injections mercurielles sont de pratique courante, le médecin devra songer à l'intoxication mercurielle, surtout s'il constate des symptômes de neurasthénie, de la stomatite plus ou moins marquée, de la fétidité de l'haleine, le malade accusant parfois un goût métallique dans la bouche. Le diagnostic sera d'autant plus précisé que la crise aura débuté douze à vingt-quatre heures après une injection d'huile grise.

Il éliminera la colique de plomb par les anamnestiques, les points de côté des alcooliques, par l'aspect même des malades, l'embolie pulmonaire qui apparaît immédiatement après la piqûre, et s'accompagne de toux, suffocation, crachats hémoptoïques, cyanose de la face.

L'explication pathogénique de la colique mercurielle est ainsi résumée par M. Milian : « La colique mercurielle est un empoisonnement aigu du système chromaffine (capsules surrénales et terminaisons nerveuses musculaires lisses) favorisé par une absorption massive du médicament et par l'insuffisance surrénale préalable du sujet ».

Le traitement comporte une alimentation reconstituante, riche en albuminoïdes, un peu de vin et d'alcool, du glycérophosphate de chaux.

Pour calmer la douleur, on prescrira l'aspirine, le pyramidon, la morphine, les grands bains quotidiens à 37°, le chloral en potion, l'extrait de belladone et d'opium en suppositoires pour la nuit.

Pas de purgatifs. En revanche, l'adrénaline à la dose de XX gouttes, trois fois par jour.

On reprendra le traitement spécifique prudemment, en diminuant la dose d'huile grise injectée, en espaçant les injections d'au moins sept jours, en ordonnant pendant la cure, une médication calcico-adrénalinique (1 à 2 gr. de sel de chaux et 40 gouttes d'adrénaline *pro die*).

Evolution des infections puerpérales.

Les traumatismes qui lèsent la vulve et le vagin, au cours de l'accouchement (pression prolongée de la tête ou du ballon de Champetier, action offensante du forceps, irritation due aux examens trop répétés, aux injections trop chaudes) provoquent des plaies qui peuvent s'infecter. L'infection peut rester localisée, les femmes demeurant contagieuses. Elles peut aussi gagner l'utérus.

En d'autres cas, l'utérus est primitivement infecté. Que l'infection utérine soit seule ou associée à une infection vulvo-vaginale, ou du paramètre, c'est la forme la plus fréquente.

L'infection peut commencer le premier jour : elle est habituellement fugace, et cède en 12, 24 ou 36 heures : c'est la fièvre d'un jour. Si elle débute le 3e jour, le cas est déjà plus grave. Au

5e jour, il s'agit le plus souvent de rétention de quelques débris ovulaires putréfiés : la situation est moins grave que précédemment, à moins que le streptocoque ne se mette de la partie. Enfin au 15e jour, il s'agit vraisemblablement de gonococcie. Au début, l'impression est ou bénigne, ou sévère, selon que les symptômes se bornent à une élévation thermique accompagnée de tachycardie, ou qu'il s'y surajoute de l'agitation, des frissons répétés et prolongés, de la dyspnée, etc. Il est cependant difficile de préjuger de ce que durera une poussée fébrile. Tout dépend de l'espèce pathogène en cause. Si c'est le streptocoque, l'évolution est longue, les récidives fréquentes, le pronostic sévère. « Lorsqu'une poussée se prolonge, lorsque les poussées se répètent, il faut penser que l'infection s'étend.

« L'infection puerpérale a des séquelles qu'il faut surveiller ». Ce sont les affections gynécologiques habituelles. Telles sont les indications que donne M. Vignes (*Journ. des Prat.*, 11 déc. 1920) sur le pronostic et l'évolution de la fièvre puerpérale.

Les lipomes de l'intestin.

Ce sont des tumeurs bénignes, rares, dont l'histoire est assez obscure, puisqu'elles constituent des trouvailles opératoires.

Elles donnent lieu en effet, quand elles atteignent un certain volume, à des accidents d'obstruction intestinale, par iléus ou volvulus, qui commandent une intervention d'urgence, qui ne préjuge pas le plus souvent de la cause même qui les a provoqués.

M. Brechot, qui a eu l'occasion d'en observer un cas, en donne une description intéressante. (*Prog. méd.*, 11 déc. 1920.)

Cliniquement, on pourra noter des troubles de compression, soit de l'intestin lui-même, soit des organes voisins, de la constipation opiniâtre, une douleur localisée à la pression ou spontanée. Ces symptômes dépendent de la situation du lipome, lequel peut être sous-séreux ou sous-muqueux. C'est dans ce dernier cas qu'il se développe vers la lumière de l'intestin et donne lieu à des signes qui évoquent l'idée d'une tumeur, habituellement considérée comme maligne, en raison de son retentissement sur l'état général.

Quoi qu'il en soit, ce sont les accidents mécaniques qui mettent le chirurgien en œuvre. Il règlera sa conduite sur l'état dans le quel il trouvera l'anse atteinte. Il semble que, dans la majorité des cas, c'est à la résection pure et simple qu'il sera conduit.

G. D.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

Méningites à staphylocoques.

(MM. Lortat-Jacob et Grivot. — *Société méd. des hôpitaux.*)

MM. Lortat-Jacob et Grivot relatent deux observations de méningites otogènes généralisées à staphylocoques. Les malades, après avoir présenté des phénomènes otiques et mastoïdiens, eurent des signes de méningite que l'intervention chirurgicale fut insuffisante à améliorer. Des examens et des cultures du liquide céphalo-rachidien montrèrent qu'il s'agissait de méningite généralisée à staphylocoques. L'emploi systématique et répété des ponctions lombaires et du vaccin staphylococcique amena la guérison.

Bruit de galop, chez l'enfant, sans lésion rénale.

(M.A. d'Espiné, de Genève.—*Soc. méd. des hôpitaux.*)

M. d'Espine rapporte deux cas de bruit de galop sans lésions rénales, chez des enfants de 3 à 4 ans. Dans un cas, le bruit relevé était un galop du cœur droit.

M. Barié rappelle que le bruit de galop droit a été nié — à tort, selon lui — par Huchard. Cliniquement, ce bruit siège à l'épigastre et prédomine au niveau de l'extrémité inférieure du sternum, vers l'appendice xyphoïde. Lié à la dilatation hypertrophique du ventricule droit, c'est un phénomène contingent, qui apparaît et disparaît en même temps que la dilatation ventriculaire se modifie.

Hoquet épidémique suivi d'encéphalite léthargique.

(MM. Rivet et Lipschitz. — *Soc. méd. des hôpitaux.*)

MM. Rivet et Lipschitz ont observé un patient atteint de hoquet épidémique qui commença quelques jours après une encéphalite léthargique typique. Ce cas est un argument en faveur de l'opinion qui admet l'origine encéphalitique du hoquet épidémique.

M. Sicard a eu l'occasion de voir récemment trois cas intéressants de hoquet, l'un d'eux avec le Dr Noir. Chez les trois malades en question, le hoquet a été précédé ou suivi d'hémiplégie, avec ou sans myoclonies.

Anticolloïdoclasie par le carbonate de soude.

(MM. Sicard et Paraf. — *Soc. méd. des hôpitaux.*)

Widal et ses élèves ont donné le nom de « clasies » ou phénomènes de choc aux crises qui succèdent parfois aux injections intra-veineuses de novarsenicaux (crises nitritoïdes de Milian), aux injections d'albumines hétérogènes (choc protéique, analogue au choc anaphylactique), aux injections, même

d'autres substances (chlorure de sodium, etc.) Ce sont là des colloïdoclasies, semblant résulter de l'agrégation et de la désagrégation de complexes colloïdaux.

On a cherché à prévenir ces phénomènes, à faire de l'anti-anaphylaxie, de l'anti-colloïdoclasie. On connaît la méthode anti-anaphylactique de Besredka. Lumière et Chevrotier ont proposé d'utiliser comme agent d'anti-choc l'hyposulfite de soude. Kopaczewski a étudié l'action des bicarbonates et carbonates de soude à ce point de vue. C'est au carbonate de soude, également, que M. Sicard s'est adressé pour pallier aux accidents du choc novarsenical. Il a pu obtenir des injections de carbonate de soude une action prophylactique du choc arsenical.

M. Milian reconnaît l'exactitude clinique des faits observés par M. Sicard. Mais, il les explique différemment. Pour lui, les crises nitritoïdes relèvent nullement de l'anaphylaxie. Elles seraient dues à l'insuffisance surrénale d'une part et à l'insuffisante alcalinité des humeurs, d'autre part. L'action préservatrice de l'injection préalable de carbonate de soude tiendrait à l'augmentation de l'alcalinité du sang, empêchant ainsi la décomposition du produit arsenical en son sel monosodique, qui est le grand générateur des crises nitritoïdes.

Pleurésie cloisonnée à streptocoques guérie par la vaccinothérapie.

(MM. Dufour et Debray. — *Soc. méd. des hôpitaux.*)

M. Dufour rapporte un cas de pleurésie purulente cloisonnée, à streptocoques, chez une jeune fille de 15 ans, guérie par la vaccinothérapie (injections de 1/2 à 4 cent. cubes de vaccin anti-streptococcique de l'Institut Pasteur).

M. Boidin a fait, depuis un an, de nombreux essais de vaccinothérapie dans des érysipèles graves des pleurésies purulentes streptococciques post-érysipélateuses, des infections puerpérales, et il a eu l'impression que cette thérapeutique n'avait pas une grande action curative.

M. Dufour partage l'avis de M. Boidin sur le peu d'efficacité de la vaccinothérapie au cours de la période aiguë des infections. Mais son sentiment est différent pour ce qui concerne l'effet des vaccins dans les manifestations chroniques des infections.

Radiumthérapie des cancers du col utérin.

(M. Roulland. — *Soc. des chirurgiens de Paris.*)

M. Roulland apporte une statistique de radiumthérapie du cancer du col de l'utérus.

Depuis 1912, l'auteur a ainsi traité 18 malades qui se répartissent comme suit : dix cas très étendus et 8 cas à la limite de l'opérabilité.

Sur les 10 cancers très étendus, un s'est reproduit dans les ganglions pelviens au bout de six mois ;

Deux patientes sont mortes de récidive, 8 mois et demi après la deuxième application ;

Six patientes sont mortes de récidive environ un an après la troisième application ;

Une malade est en pleine récidive (le traitement remonte à onze mois).

Sur les 8 cas à la limite de l'opérabilité, 2 sont encore vivants. La cure, uniquement radiothérapique, date de 1912 et 1913 (8 ans et 7 ans 1/2). Une malade est morte en 1917 de la grippe sans trace de récidive depuis mars 1914. Les cinq autres patientes ont succombé à une récidive, après la dernière application de radium.

M. Roulland estime que le traitement du cancer utérin doit être essentiellement chirurgical, à condition que l'opération soit à la fois très précise et très large. Dans les cas inopérables ou à la limite de l'opérabilité. le radium peut rendre de grands services et donner lieu à des survies prolongées. Il procure toujours une suppression des douleurs et l'arrêt des hémorrhagies. L'auteur n'a observé aucun accident au cours ou à la suite de ses applications de radium et n'a pas constaté dans les cas défavorables d'évolution plus rapide du néoplasme.

Fausse sténose du pylore par calcul biliaire.

(M. V. Pauchet. — *Soc. des chirurgiens de Paris.*)

La malade de M. Pauchet accusait dans son passé des phénomènes douloureux et était atteint d'une stase gastrique complète. Le tubage ramenait un liquide achlorhydrique, légèrement coloré de bile. A la radioscopie, arrêt absolu du repas opaque, au niveau du pylore.

L'opération consista en une gastro-entérostomie postérieure, incision du duodénum scléreux et aminci. On trouva un calcul biliaire du volume d'une noix qui s'était éliminé par le duodénum et arrêté au niveau de la deuxième portion, après perforation spontanée de la vésicule.

Bien que la patiente ait guéri sans incident, l'opérateur conclut qu'il eût été préférable d'opérer en deux temps : d'abord, la gastro-entérostomie, puis, trois semaines plus tard, l'ablation du calcul biliaire. Ceci aurait permis de faire un cliché radiographique du calcul, de remonter la malade très cachectique et de drainer par l'incision latérale.

Chondromes multiples des doigts.

(M. Mayet. — *Soc. des chirurgiens de Paris.*)

M. Mayet présente un exemple curieux de chondromes multiples des extrémités des membres chez un adolescent de 15 ans. Il a pu compter 53 de ces tumeurs : 25 à la main gauche, 9 à la main droite, 10 au pied gauche, 4 au pied droit et 4 aux os de la jambe et du bras.

L'aspect radiographique des néoplasmes est caractéristique. Il ne peut être confondu avec aucune

autre lésion. Les tumeurs intéressaient les diaphyses osseuses et non la région voisine des épiphyses comme le font les exostoses de croissance. Elles étaient très gênantes aux mains qu'elles avaient notablement déformées et elles commençaient à l'être aux pieds. Leur évolution a été très lente. L'analyse histologique a montré qu'il s'agissait de chondromes et de myxochondromes.

M. Mayet considère ces lésions comme des néoplasies à évolution bénigne. Il en a pratiqué l'extirpation aussi complète que possible en évitant de compromettre la continuité des diaphyses. Des cas semblables on été antérieurement publiés. Polaillon a jadis établi une curieuse statistique des chondromes multiples des doigts. Mais les exemples d'une pareille efflorescence de tumeurs cartilagineuses sont rares. L'âge de leur apparition, leur structure, leur systématisation, un certain degré de parallélisme, font penser qu'elles rentrent dans le cadre des affections congénitales.

Cure radiothérapique des névromes plexiformes.

(M. MAYET. — *Soc. des chirurgiens de Paris.*)

M. Mayet a fait soumettre à la radiothérapie, pendant près de 18 mois, un jeune malade auquel il avait enlevé chirurgicalement la plus grande partie d'un névrome plexiforme ayant envahi la moitié interne de la cuisse, le creux poplité et la partie inférieure de la fosse iliaque interne. Les quelques masses que l'auteur avait dû laisser, par suite de leur adhérence aux gros vaisseaux, les infiltrations diffuses musculaires, ont complètement disparu. M. Mayet rapproche l'influence excellente de la radiothérapie dans les névromes plexiformes de celle déjà connue du même traitement dans certaines tumeurs similaires : la neurofibromatose.

Pylorectomie pour cancer : guérison depuis 5 ans.

(M. PÉRAIRE. — *Soc. des chirurgiens de Paris.*)

M. Péraire montre un malade de 68 ans auquel il a pratiqué, il y a cinq ans, pour cancer du pylore, une pylorectomie suivie de gastro-entérostomie postérieure. Il n'y a aucune espèce de récidive. L'intérêt de cette observation réside dans le résultat éloigné obtenu.

P. L.

THÉRAPEUTIQUE APPLIQUÉE

A propos des frictions.

Nous ne nous attarderons pas à définir une pratique que tout le monde connaît. Les instruments dont on se sert le plus souvent pour faire les frictions sont, soit des pièces de flanelle ou de drap, soit des gants de peau ou de cuir, soit des brosses de chiendent ou de soie, mais on peut également se servir de la main seule.

Les frictions peuvent être sèches ou humides.

Beaucoup de personnes croient qu'il est inutile de discuter le choix des instruments et s'imaginent qu'il est également indifférent de pratiquer des frictions humides ou sèches. C'est une erreur. Ainsi, pour les peaux délicates des femmes et des enfants, il est nécessaire de substituer au cuir, les poils de chèvre et même se contenter, pour les tous jeunes enfants, des gants et de la serviette turcs, parfois plus, de la paume de la main seule. Chez les vieillards au contraire, dont la peau est rugueuse, les frictions rudes faites avec du cuir ou du chiendent seront très utiles. Enfin, suivant la forme et l'époque de la maladie, il faudra instituer tantôt des frictions sèches, tantôt des frictions humides.

Quelle que soit d'ailleurs la variété adoptée, la technique est très simple. Que la friction soit faite le matin au réveil ou le soir au moment du coucher, voici comment il convient de procéder. Le malade est étendu sur le lit ; on découvre la partie qui doit être frictionnée (la nuque en premier, quand la friction doit être générale) et on passe la main ou l'instrument doucement d'abord, puis on augmente la pression pendant quelques minutes, jusqu'à ce que la peau commence à rougir. Quand la peau est suffisamment rouge, on cesse brusquement et on recouvre le malade aussitôt.

Après quelques séances, on assiste alors à des phénomènes thérapeutiques intéressants : la peau se débarrasse plus facilement de toutes les impuretés formées par les squames épidermiques mêlées à la sueur, la sensibilité cutanée au froid diminue ; la diurèse s'établit plus rapidement ; enfin, d'une façon plus générale, la vie de tout l'organisme est puissamment stimulée grâce à l'activité de l'excitation imprimée à la circulation et au système nerveux périphérique. En même temps, on constate une augmentation de la faculté d'absorption du tégument, et cette propriété est extrêmement précieuse pour le thérapeute, ainsi que nous allons en juger.

En effet, les frictions peuvent être employées dans deux buts : 1° à titre d'agent purement externe pour produire simplement sur la peau une action stimulante, irritante et révulsive ; 2° pour faire pénétrer, par la voie de l'absorption cutanée, dans la circulation, divers principes médicamenteux que l'on ne veut pas ou que l'on ne peut pas introduire

sans inconvénient dans l'organisme par les autres voies de l'absorption.

C'est ainsi que le mercure, le gaïacol, l'éther, le chloroforme, le salicylate, l'iode, pourront être absorbés à la fois rapidement et abondamment par la voie cutanée, de même la jusquiame, l'huile de camomille, l'ammoniaque, etc. Nous ne citerons pas toutes les formules de liniments, baumes, etc., employés dans ce but ; elles sont légion.

De même, nous ne rappellerons pas la composition des innombrables frictions employées simplement à titre stimulant ou révulsif. Nous nous contenterons de citer une friction dans laquelle rentre une plante dont l'action révulsive est des plus nettes : la petite ortie, dont Trousseau, qui se plaisait aux vieilles pratiques, a fait grand cas. L'urtication est un procédé très ancien. S'il n'a pas été oublié dans les campagnes où la flagellation avec des tiges ou des feuilles d'orties se fait encore très couramment, il n'en est pas de même dans les villes, et cependant, nous pouvons dire que l'ortie est intéressante à plus d'un titre comme agent révulsif.

Sans parler des cas où cette plante peut être mise à profit pour faciliter ou rappeler le développement d'éruptions cutanées telles que la rougeole, il est toute une série d'affections dans lesquelles il peut être intéressant de se servir soit de l'ortie seule, soit mieux, du suc d'ortie, associé à l'alcool dans des proportions variant de 10 à 20 p. 100. C'est la formule que nous employons couramment et dont se rapproche le plus l'embrocation Laour (Duret et Rémy) si l'on veut ordonner un produit spécialisé. Personnellement, la friction au suc d'orties nous a donné toute satisfaction dans la sciatique, le lumbago, chez les asthéniques et les hyposphyxiques. Nous en avons retiré également d'excellents résultats chez les néphrétiques chroniques, et notamment dans les néphrites chroniques azotémiques.

Dr Siguret.

BIBLIOGRAPHIE CRITIQUE

Revue des Thèses.

Thèses de Paris.

Dr Dalsace. — **Etude critique. De l'étiologie des bronchites chroniques avec sclérose pulmonaire.** Paris, Librairie Félix Alcan, 1920.

Parmi les malades qui présentent le syndrome bronchite chronique avec emphysème, l'expectoration des uns contient fréquemment des bacilles de Koch, l'expectoration des autres n'étant pas bacillifère ; il est indispensable, au point de vue de la notion de contagion tuberculeuse et des conséquences sociales qui en résultent, de faire dans tous les cas la discrimination de ces deux classes de malades.

La sclérose pulmonaire, constante, siège au sommet, et joue un rôle important et peut-être prépondérant dans la genèse de l'affection.

La localisation des lésions au sommet, observée à la vérité beaucoup plus fréquemment dans la tuberculose que dans les autres affections pulmonaires chroniques, n'est pas une preuve scientifique précise de la nature tuberculeuse des lésions ; elle est en particulier très fréquente au cours de la syphilis pulmonaire et l'extrême fréquence de la syphilis chez ces malades doit faire suspecter la possibilité d'une origine syphilitique des lésions, et il est raisonnable de supposer qu'*un certain nombre de ces cas relèvent de la syphilis en l'absence de toute tuberculose.*

Pour élucider définitivement l'étiologie de ces états broncho-pulmonaires, on procédera à la confrontation d'une étude clinique approfondie avec inoculation de l'expectoration à plusieurs cobayes, et d'une étude anatomique et histologique, qui sera complétée par l'inoculation à plusieurs cobayes de fragments du parenchyme pulmonaire.

Dr Jean Montange. — **Recherches expérimentales sur le chlorhydrate d'émétine à propos de l'action de ce médicament dans les maladies broncho-pulmonaires.**

« Le chlorhydrate d'émétine introduit dans l'économie à dose thérapeutique se comporte comme un vaso-constricteur, avec prédominance de son action sur l'appareil circulatoire pulmonaire, dans lequel il provoque une augmentation de la pression.

L'accélération de la circulation qui résulte de cette augmentation de pression est encore accrue du fait de l'amplification de la systole cardiaque. Il faut signaler qu'à dose toxique, le cœur est ralenti et son tonus diminué et que le rythme est modifié jusqu'à présenter de la dissociation auriculo-ventriculaire.

L'action décongestionnante est due à l'accélération de la circulation et à l'assèchement du lobule pulmonaire, puis au fait, prouvé par la clinique, que le chlorhydrate d'émétine augmente et fluidifie les sécrétions bronchiques et facilite leur évacuation.

L'action hémostatique est liée au pouvoir vaso-constricteur presque électif du chlorhydrate d'émétine sur les capillaires pulmonaires dans lesquels la circulation est susceptible de s'arrêter complètement comme le montre l'expérimentation ».

Dr Raphaël Pecker. — **La spirillose intestinale** Paris, Imprimerie polyglotte N. L. Danzig, 1920.

Au même titre que nombre d'organes, le tractus intestinal peut être infecté par des spi-

rilles qui présentent des caractères morphologiques variables. Il est probable qu'on se trouve en présence d'espèces différentes, analogues au *spirochæta euryglraa* et établissant la transition entre le *spirochæta dentium* et le *spirochæta* Vincenti.

On constate la présence du spirille intestinal dans les fèces, soit par un examen ultramicroscopique, soit après coloration, ou mieux encore, après imprégnation par des sels d'argent. Il peut devenir pathogène. En effet, il peut seul constituer une parasitose intestinale s'accompagnant de phénomènes morbides variés. En même temps que sous l'influence du traitement, les spirilles intestinaux disparaissent, l'état général et les signes locaux s'améliorent. Si on observe une rechute clinique, elle s'accompagne de la réapparition des spirilles dans les selles.

L'administration par voie buccale du novarsénobenzol enrobé paraît être le traitement spécifique de l'affection.

Dr Maxime Bouniol. — **A propos d'un cas de sporotrichose généralisée à forme pseudo-bacillaire.** Montpellier, Imprimerie Firmin et Montane, 1920.

Dr Ange Bouisseren. — **La Méningite syphilitique à forme hypersomnique.** Montpellier, Imprimerie Firmin et Montane, 1920.

Tous les malades qui présentent, comme seuls symptômes, de la fièvre, de la céphalée, et surtout de la somnolence, ne sont pas nécessairement atteints d'encéphalite léthargique. Si avec ces signes cliniques, le liquide céphalorachidien des sujets examinés présente une réaction de Bordet-Wassermann positive, qu'il y ait ou non dans ce liquide hyperlymphocytose et hyperalbuminose, on instituera sans retard un traitement antispécifique.

Dr A. Calcatoggio. — **De l'inversion du vagin chez les hystérectomisées.** Montpellier, Imprimerie Lavier et Castel, 1920.

Dr Robert Archambault. — **Les pleurésies dites bloquées.** Montpellier, Imprimerie Firmin et Montane, 1920.

La pression physiologique négative dans la plèvre, fonction de la tension élastique permanente du poumon, à l'état pathologique, peut être remplacée par une pression positive. Dans ce cas, l'écoulement du liquide est facile et fréquemment son aspiration devient un luxe inutile. Mais si la pression positive est très minime, pour faciliter l'écoulement, l'aspiration peut rendre service.

Dénommer pleurésies bloquées certaines pleurésies qui s'évacuent peu ou pas, c'est préciser pour ainsi dire au manomètre l'état actuel du vide pleural.

Dr Mercure Colonna de Leca. — **A propos d'un cas de pleurésie purulente à streptocoques guérie par la thoracentèse.** Montpellier, Imprimerie Lavier et Castel, 1920.

Dr Paul-Louis Blondeau. — **Les causes du rétrécissement de l'urèthre chez la femme.**

Cette thèse, ainsi que le dit l'auteur, doit son originalité :

1° A l'étude du rétrécissement tuberculeux de l'urèthre féminin. (Cette variété de rétrécissement n'a été étudiée que chez l'homme) ;

2° A l'étude d'une pathogénie du rétrécissement qui peut-être a été soupçonnée par bien des auteurs, mais qui jusqu'ici ne fut jamais affirmée : c'est de l'onanisme intra-uréthral.

Dr Pierre Gambini. — **Le faux genou à ressort.**

Bien que cette affection soit rare, nous croyons utile de donner en détails le traitement préconisé par l'auteur :

L'immobilisation, le repos, la luminothérapie, l'héliothérapie, la thermothérapie, l'électrothérapie, susceptibles d'améliorer et même de guérir les genoux à ressort vrais, sont absolument inefficaces dans le faux genou à ressort ; cela va de soi, étant donnée la nature des lésions ; l'intervention chirurgicale s'impose absolument.

Les téguments seront incisés au point convenable. L'incision sera verticale, parallèle à l'axe du membre ; elle mesurera de 6 à 10 centimètres de longueur suivant les cas ; il ne faut pas craindre de se donner du jour. Puis, une fois les plans musculaires mis à nu, la jambe sera portée en demi-flexion : cette manœuvre a pour effet de mettre les muscles fléchisseurs dans le relâchement ; les tendons réclinés, on se trouvera en présence de la saillie osseuse responsable. Le ciseau ou la rugine auront tôt fait de niveler l'os. La petite hémorragie qui se produit alors sera facilement arrêtée par le tamponnement. On replace la jambe en extension. Quelques crins de Florence ou quelques agrafes de Michel rapprochent les deux lèvres de l'incision.

L'opération est aseptique, point n'est besoin de drainage. Cette intervention est simple, rapide ; le résultat opératoire est parfait.

G. S.

PARTIE PROFESSIONNELLE

LA VIE SYNDICALE ET PROFESSIONNELLE

I

La loi des pensions et le Corps médical.

Le *Concours médical* voudra bien permettre à un abonné de vingt ans de donner son opinion motivée sur la decision que vient de prendre la Fédération des syndicats médicaux de France à propos de l'abrogation de l'art. 64 de la loi des Pensions. Cette décision me paraît si grave, si grosse de conséquences morales, que dussé-je me faire traiter de « jaune » et attirer sur moi les foudres syndicalistes, je ne peux taire ce que je pense et ce que pensent des foules de confrères effrayés comme moi par l'évolution extrémiste de notre Fédération.

Une première question : L'abrogation de l'art. 64 est-elle un acte si grave en soi qu'il ne comporte qu'une réponse : la déclaration de guerre ? C'est la thèse de la Féderation,qui glisse sur la question tarifs et voit comme principale conséquence de cette abrogation la suppression du libre choix du médecin. Cette suppression serait en effet très grave à tous égards, mais il n'en est nullement question dans ce qui a été voté par le Parlement, et le ministre a formellement déclaré que le libre choix subsistait et ne serait en rien lésé. Nous voilà donc rassurés sur cette importante question de principe ; quant à la question du tarif, pourquoi préjuger de ce qu'il sera, pourquoi cette levée de boucliers contre un danger imaginaire ? Attendons avec confiance ce tarif et s'il n'est pas conforme à ce que nous espérons, aux desideratas formulés, nous avons des moyens *légaux* à notre disposition. Ce sont, à mon avis, les seuls que nous puissions mettre en jeu ; les autres, ceux que préconise la Fédération, ne sont pas de ceux qu'une corporation comme la nôtre ait le droit d'employer.

C'est une loi, ne l'oublions pas, qui a abrogé l'art. 64 — loi rapidement votée, loi qui nous lèse un peu, loi surtout qui froisse l'amour-propre de nos délégués, je vous l'accorde — mais enfin c'est une loi. *Dura lex sed lex* ! Et c'est contre la loi que vous vous insurgez et que vous m'ordonnez de m'insurger ! Je suis médecin, mais je suis citoyen aussi ; demandez-moi ce que vous voudrez, mais ne me demandez pas de me rebeller contre la loi ; tout ce que je peux faire, c'est de la maudire !

Vous exigez que nous fassions payer directement par les pensionnés les visites médicales et que nous les obligions à payer leurs médicaments en ne remplissant pas les feuilles d'ordonnances délivrées par l'administration. Autant dire que 80 pour 100 au moins des pensionnés ne pourront pas se faire soigner. C'est donc en quelque sorte la grève des médecins que vous décrétez contre des malheureux qui ont perdu la santé au service du pays ; contre des malheureux qui ne sont en rien responsables de l'acte qui nous lèse, qui le déplorent comme nous, mais ne peuvent rien d'immédiat pour l'empêcher, puisque c'est la loi. Votre décision est donc non seulement inhumaine, mais encore injuste et elle va à l'encontre des plus belles traditions de notre corporation. Mais plus encore, elle est d'un exemple déplorable, car n'est-ce pas s'associer à la C. G. T. que s'approprier la méthode d'action des révolutionnaires ? Comment pourrez-vous reprocher aux cheminots, postiers et autres, de se mettre en grève lorsque vous, médecins, qui exercez, à juste titre d'ailleurs, un monopole, aurez usé des mêmes armes et de cet argument violent qui n'en est pas un : le refus d'exercer votre profession.

Non, je ne puis croire qu'à part quelques exaltés — qui, le plus souvent d'ailleurs, rendent les plus grands services à la tête des syndicats et sont nécessaires pour secouer les indifférents, mais qui, cette fois, sont allés un peu vite et n'ont pas mesuré toutes les conséquences de leur décision — je ne puis croire que le Corps médical français s'engage dans cette aventure où l'opinion publique sera nettement contre lui et où il risque fort d'abandonner un peu de ce prestige qu'il conserve encore.

Je blâme énergiquement le ministre qui brime sans cesse les médecins et qui a brutalement rompu les négociations en cours ; mais je trouve notre situation moins mauvaise cependant que celle des juges et des professeurs, aux salaires de famine et dont les justes revendications sont sans cesse renvoyées aux calendes ; moins mauvaise aussi que celle des avocats et des avoués sur qui pèse la contribution de plus en plus lourde de l'assistance judiciaire entièrement gratuite. Parlent-ils de cesser leurs services, d'avoir recours aux moyens violents qu'ordonne notre Fédération ? Non. Prenons exemple sur eux et ne cherchons pas dans la guerre une solution à nos maux. Les moyens légaux — action de nos représentants et de nos confrères au Parlement, action des associations de mutilés aussi — me paraissent suffisants. Mais la grève des médecins — et ce n'est pas autre chose que la Fédération nous ordonne — jamais ! Le *Concours médical*, qui, l'an dernier, a vaillamment combattu la thèse du refus de soins aux grévistes, n'est-il pas de mon avis ?

Dr Ravon.

Réponse.

Très franchement non, mon cher Confrère, le *Concours médical* n'est pas de votre avis, et je vous déclare sincèrement, en son nom, qu'il n'est nullement impressionné par votre argumentation.

1° L'Union des Syndicats médicaux n'a pas à s'insurger contre la loi qui, selon vous, reste LA LOI, quelque dure qu'elle soit. Et cela, pour la raison toute simple que, dans le cas particulier, le nouveau texte législatif (art. 51 de la loi du 30 décembre 1920) ne comporte aucun caractère d'obligation à l'encontre des médecins.

Ce texte précise comment sera établi désormais le tarif des soins médicaux aux pensionnés de guerre. Mais il ne saurait avoir, et il n'a pas la prétention, de contraindre le corps médical à accepter ce tarif.

Donc, pas d'insurrection répréhensible, même moralement. L'Union des Syndicats, qui représente le corps médical organisé, prend les mesures qu'elle juge à propos pour défendre ses intérêts. Que vous, et d'autres, ne les approuviez pas, c'est votre droit. Mais, elle demeure parfaitement dans son rôle et ne sort nullement de la légalité.

2° Vous exagérez évidemment quand vous affirmez que 80 % des pensionnés de guerre seront atteints par la décision de l'Union, parce qu'ils ne pourront obtenir les médicaments qu'on leur refusera, s'ils ne sont pas ordonnés sur une formule administrative.

Prétendre en effet que 80 % des pensionnés de guerre sont des indigents, ou, pour le moins, des nécessiteux, cela reviendrait à dire que, dans l'ensemble de la population, il y a 80 % d'indigents ou de nécessiteux, ce qui est manifestement inexact. L'armée, pendant la guerre, a été l'image de la Nation elle-même ; ainsi que je l'ai déjà écrit, elle s'est recrutée dans toutes les classes de la société. Les tués et les blessés n'ont pas été choisis par le trauma de la bataille parmi une catégorie sociale particulière. L'engin meurtrier les a recrutés, lui aussi, dans leur ensemble, sans faire de sélection.

3° Les associations de mutilés, loin de s'en prendre au corps médical de la situation qui leur est faite par la décision de l'Union des Syndicats, prise à la suite du vote du Parlement, se solidarisent avec lui : les documents que nous avons déjà publiés et ceux que nous recevons chaque jour le démontrent surabondamment. Elles ont d'ailleurs été prévenues loyalement de cette décision qui leur a été expliquée, et elles se rallient, en majorité, à la thèse médicale que nous défendons.

4° L'Union des Syndicats a pris soin enfin de bien préciser que tout pensionné de guerre, *même indigent*, même dans l'impossibilité de rémunérer lui-même son médecin, *devait d'abord et avant tout être soigné*. L'ordonnance écrite sur papier libre, en dehors de toute formule administrative, peut être visée à la mairie, et cela suffit à entraîner la délivrance des médicaments prescrits.

Donc, pas de grève de soins : nous la réprouvons énergiquement.

Vos craintes sont donc chimériques, mon cher Confrère ; l'attitude des 14.000 médecins syndiqués de France, marchant pour ainsi dire comme un seul homme à la suite de l'Union, me permet de vous l'affirmer. Et les résultats de cette attitude, que nous pouvons déjà prévoir, ne manqueront pas de confirmer pleinement notre affirmation.

Vous m'excuserez d'avoir répondu aussi longuement à votre lettre, que vous avez eu raison de croire que, fidèles à nos traditions d'impartialité, nous publierions intégralement.

G. DUCHESNE.

II

Admission d'un blessé du travail à l'hôpital. Refus d'opérer.

Nous lisons, dans le *Bulletin officiel du Syndicat général des oculistes français* (Dr COSSE, à Tours), l'extrait suivant du procès-verbal de la séance du Conseil d'administration du syndicat :

Un de nos confrères, Professeur de Clinique ophtalmologique, vient d'avoir un conflit avec la Commission des Hospices de laquelle relève son service d'hôpital.

Un accidenté du travail, assuré à une compagnie d'assurances, est admis dans son service, à son insu, pour être opéré de rétraction cicatricielle de la paupière. Le règlement hospitalier ne permettant pas à notre confrère de s'opposer à l'admission dans son service d'un accidenté du travail, il estima, avec juste raison, que nul ne pouvait l'obliger à adopter un traitement de préférence à un autre, et il déclara qu'il n'y avait pas lieu à opération. La Commission administrative prétendit l'obliger à opérer, mais devant l'attitude énergique de notre confrère n'insista pas et le malade dut quitter l'hôpital sans avoir été opéré.

Le comité félicite notre confrère. Sa conduite est à recommander à tous les chefs de services des hôpitaux. C'est actuellement la seule qui permette aux médecins de lutter contre l'admission abusive des accidentés du travail dans les hôpitaux.

La présence abusive, dans l'asile des pauvres, de malades pouvant payer suscite actuellement bien des conflits. Il n'y a pas que les médecins qui se plaignent de cet état de choses, mais bien les commissions hospitalières elles-mêmes.

(Voir ci-dessus).

En attendant que nos confrères nous aient répondu en assez grand nombre pour tirer de notre *referendum* l'opinion moyenne du corps médical, nous devons pallier, par des moyens de fortune, à l'admission abusive des payants à l'hôpital et surtout à celle des blessés du travail.

Notre confrère a parfaitement bien agi : médecin ou chirurgien d'hôpital, son contrat avec l'établissement l'oblige à soigner indistinctement tout malade, payant ou gratuit, admis dans son service par l'administration. Se refuser à opérer un malade payant, parce que la place de ce dernier n'est pas à l'hôpital, serait s'exposer à un blâme, ou à une mise en demeure d'avoir à démissionner.

Mais, surtout lorsque le cas n'est pas grave et que la vie du sujet n'est pas en danger, il est possible, au chirurgien, de prétendre que le cas ne comporte pas d'opération, ou bien que cette dernière ne doit pas être pratiquée immédiatement.

C'est de la grève perlée, me direz-vous ? Grève, non : parce que jamais dans un cas grave et pressant, un chirurgien ne se refuserait à intervenir pour sauver une vie en danger.

Mais, pour une affection banale, chronique, à évolution lente, ne peut-on faire comprendre au malade, ou à l'assurance qui paye pour lui, que l'hôpital n'est fait que pour les pauvres et que le corps médical n'entend donner ses soins gratuits qu'aux vaincus de la vie qui ne peuvent pas payer ?

Ces conflits, souvent très platoniques, obligent la commission administrative de l'hôpital à sortir de sa douce quiétude et de sa torpeur, pour considérer enfin que les temps sont changés et que l'hôpital de 1921 n'admet pas, comme en 1851, date de la loi qui régit le fonctionnement des hôpitaux, uniquement des indigents. Aussi, les administrateurs sont-ils amenés à causer avec le corps médical, pour trouver le moyen d'admettre, dans certains hôpitaux, des malades aisés : ceux-ci, soignés comme dans une maison de santé à bon marché, devront acquitter un prix de journée suffisamment rémunérateur pour l'établissement. Ils devront, en outre, régler directement les honoraires aux médecins et chirurgiens.

Convient-il alors que cette maison de santé (salles ou chambres, ou pavillons payants) soient ouverts à tous les médecins de la ville ? Voilà, mes chers confrères, le problème que vous avez à résoudre et pour lequel je réclame vos lumières, pour que je soumette à l'Union des Syndicats médicaux un projet de rapport à présenter, au mois de juin, au Conseil supérieur de l'assistance publique.

Dr Paul Boudin.

III

Fédération des Syndicats médicaux de Seine-et-Marne.

Rapport aux Syndicats sur l'année 1920.

Il est bien entendu que, dans ce rapport de Fédération départementale, nous n'avons pas à décrire l'histoire du syndicalisme médical français en 1920. Nous laisserons donc de côté ce qui est du ressort de l'*Union* des Syndicats médicaux de France, dont la féconde activité ne fait que s'accroître chaque jour. Nous nous cantonnerons dans notre rôle, plus modeste, de l'étude des questions *départementales* dont nous avons eu à nous occuper.

1° *Assistance médicale gratuite*. — Quelques mots seulement à ce sujet pour nous féliciter du résultat, enfin obtenu, de la suppression de l'abonnement, système aussi injuste qu'archaïque. Le Conseil général avait d'abord refusé le tarif à la visite, de peur de faire « un saut dans l'inconnu ». La modicité du prix de la consultation et de la visite lui a permis de faire taire ses craintes. La loyauté des praticiens de Seine-et-Marne, dans l'application du nouveau tarif, démontrera qu'elles étaient chimériques, et permettra, dans un proche avenir, d'améliorer le taux de ces prix si modiques et si peu en rapport avec le coût actuel de la vie.

Voté en avril 1920, le nouveau tarif était applicable en juillet. Malgré lettres et démarches personnelles du Président de la Fédération, ce ne fut qu'en octobre que les confrères reçurent le tarif et que les livrets nouveaux apparurent dans les mairies, tandis que la Préfecture annonçait que le tarif ne serait applicable qu'à partir du 1er novembre. Mais tout cela est maintenant du passé. Observons loyalement, scrupuleusement, le nouveau contrat passé avec le département, rendons inutile la *Commission de contrôle*, composée, on se rappelle, moitié de conseillers généraux et moitié de délégués des syndicats médicaux, et nous pourrons ensuite demander et obtenir l'amélioration qui nous est légitimement due.

2° *Réformés de guerre*. — C'est la grosse question, à l'heure actuelle ; qu'on nous permette d'y insister longuement, car, de nationale qu'elle était, elle est devenue départementale par volonté ministérielle. Où en sommes-nous et qu'allons-nous faire ?

1° *Dans les autres départements*. — Dans la grande majorité, des pourparlers ont eu lieu entre les préfets et les syndicats médicaux. Quelques-uns ont abouti à un prix normal de consultation et de visite sur les bases du tarif Breton et parfois supérieur même à celui-ci. Quelques départements ont traité à des taux manifestement trop bas, parfois sans consultation préalable des praticiens intéressés, et qui récriminent maintenant contre ce qui fut fait à leur insu. Dans d'autres, les pourparlers n'ont pas encore abouti.

2° *En Seine-et-Marne.* — Jusque fin août, la Préfecture n'ayant pas encore donné signe de vie, le Président de la Fédération, le 6 septembre, proposait, verbalement et à titre officieux, le tarif Breton comme base minima des pourparlers et l'institution d'une Commission mixte pour établir un tarif, ainsi qu'il avait été fait pour l'A. M. G., Le 14 septembre, le Préfet répondait, par lettre officielle, en proposant *un tarif moyen entre celui de l'A. M. G. et le tarif Breton.* Le Dr Decourt répondait aussitôt que cette proposition était inacceptable, les blessés de guerre devant être, pour le moins, traités sur le même pied que les blessés de l'industrie et que l'État aurait mauvaise grâce à refuser, pour ses propres blessés, le tarif Breton qu'il avait, lui-même, imposé aux patrons et assureurs.

Cette fois plus de réponse. Vers le 15 octobre, le Dr Decourt revenait à la charge. Pas davantage de réponse.

Le 2 janvier 1921, changeant de tactique et agissant cette fois comme simple praticien, il envoyait à la Préfecture sa note établie sur le tarif Breton et demandait une prompte réponse, déclarant qu'il ne reconnaîtrait plus, sans quoi, les papiers administratifs au sujet des réformés de guerre, à partir du 1er février. Le 8 janvier, la Préfecture répondait : « En ce qui concerne le traitement de vos honoraires je n'ai encore reçu aucune délégation de crédits. »

C'est donc le *statu quo indéfini* de cette situation anormale de l'État ne payant pas aux médecins, depuis 18 mois, les frais de traitement des pensionnés de guerre, contrairement à l'engagement pris par lui, d'après la loi du 31 mars 1919.

Or, voici la raison de tous ces atermoiements *réfléchis* et voulus. On avait l'intention de modifier la loi pour imposer une *taxation* des honoraires médicaux et supprimer peu à peu le *libre choix* du médecin aux blessés de guerre. « J'aurai mes médecins à moi » proclamait M. Maginot dans un célèbre discours réclame, où il insultait le corps médical en parlant de « mercantis des mutilés ».

C'est pourquoi, le 30 décembre dernier avait lieu au Sénat un coup de théâtre, un coup d'État plutôt, accompli, dans la pénombre du vote de hâtifs douzièmes provisoires, par M. Maginot, qui effaçait de la loi « l'entente » avec les médecins, afin de *taxer d'office* les honoraires médicaux, ce qui n'avait *jamais* été fait, jusqu'ici, en France, pour des soins donnés.

Répondant aussitôt à cette provocation gratuite, le Conseil de l'*Union* des Syndicats médicaux de France (Union qui comprend actuellement plus de treize mille médecins) votait, dans sa séance du 16 janvier, un ordre du jour invitant tous les médecins, à partir du 1er février, à traiter les pensionnés de guerre *comme des clients ordinaires*, en les faisant payer *directement* quitte à leur délivrer un reçu motivé, pour qu'ils puissent se faire rembourser par l'État, et surtout en invitant les confrères à *ne jamais signer aucune feuille administrative*, comme le carnet par exemple.

Chaque confrère syndiqué a dû, d'ailleurs, avoir été mis au courant, par le bureau de son Syndicat, de cet ordre du jour. Nous n'avons pas à y insister.

Pour en revenir à l'attitude à prendre, en Seine-et-Marne, le bureau de la Fédération conseille donc à chaque syndicat de réunir au plus tôt ses membres, (qui recevront tous d'ailleurs le *Bulletin de l'Union* consacré à ce sujet) et à les engager à suivre exactement les indications de l'Union. *Ce sera la seule façon d'éviter la taxation qu'on veut nous imposer.*

C'est, en effet, là le but que veulent atteindre les Bureaux ministériels. Et cela en vue de l'avenir, en vue de la loi, en préparation, sur l'*Assurance-Maladie.*

Les frais de traitement des pensionnés de guerre sont peu importants relativement, dans notre bilan annuel de médecin praticien, mais la grosse question pour nous (et c'est pourquoi nous devons nous défendre âprement) est celle des honoraires qui nous seront dus pour les malades relevant de l'assurance-maladie. Songeons qu'il s'agira de tous ceux qui ont moins de 8.000 fr. de salaire (assurés obligatoires) et même jusqu'à 12.000 fr. (assurés facultatifs), et cela y compris leurs femmes et leurs enfants, soit 75 à 80 % de nos clients habituels !

C'est là pour nous une question vitale : si nous acceptons dès aujourd'hui des honoraires taxés (et par suite trop bas) pour les pensionnés de guerre, la porte sera grande ouverte pour faire de même quand il s'agira de l'assurance-maladie.

Nous ne pouvons donc pas ne pas nous défendre aujourd'hui et nous devons tous « marcher comme un seul homme ».

Pratiquement, que doit faire, dès aujourd'hui, le praticien de Seine-et-Marne ?

1° Envoyer à la Préfecture sa note d'honoraires basée sur le tarif Breton.

2° Joindre à cette note une lettre déclarant que, ne pouvant accepter d'être taxé, pour des soins donnés, sans que les Délégués du Corps médical aient été consultés dans l'établissement du tarif, ainsi qu'il fut fait pour les blessés du travail, par exemple, lui, médecin praticien, ne pourra plus considérer les pensionnés de guerre autrement que comme des clients ordinaires et qu'il leur délivrara désormais un reçu des honoraires qu'ils auront à verser directemment, reçu qui leur servira à réclamer à l'État le remboursement qui leur en sera dû, en vertu de la loi du 31 mars 1919.

3° Ne *jamais* signer désormais le carnet, ni écrire son ordonnance sur les feuilles qu'il contient à ce sujet.

4° Donner au pensionné de guerre un reçu *motivé*, c'est-à-dire indiquant la nature des soins donnés et le rapport que ceux-ci peuvent avoir avec la cause de la réforme, ceci dans le but d'établir nettement,

pour le pensionné, le droit au remboursement par l'État.

3° *Pupilles de la nation.* — Les divers présidents de syndicats, après avoir reçu dans le début de l'année, une lettre au sujet des pupilles de la Nation, avaient reçu, en septembre, un petit ballot d'imprimés destinés à être distribués aux Confrères de leur syndicat. Il n'y avait qu'à attendre des ouvertures officielles à ce sujet, car il aurait été inconcevable qu'une organisation départementale de contrôle médical fût créée sans *entente* préalable avec les représentants élus des praticiens du département.

Le 14 janvier dernier, le Président de la Fédération recevait de l'office départemental des Pupilles de la Nation, une lettre le priant « de choisir ou de faire choisir dans telle forme qu'il jugerait convenable, 5 médecins pris à raison de un par arrondissement qui seraient chargés de se réunir avec la Commission de l'office, en vue de l'entente à intervenir pour *l'organisationn du contrôle médical des pupilles du département.*

La question changeait d'aspect. Aussi le Dr Decourt répondit immédiatement que le Conseil de la Fédération se réunissant le 23 janvier (1921) la proposition de désigner les 5 médecins serait faite par lui au Conseil. Ce qui eut lieu et furent ainsi choisis en séance, pour l'arrondissement de Melun : le Dr Malvy ; pour celui de Meaux : le Dr Vilpellé pour celui de Coulommiers, le Dr Cochot ; pour celui de Provins, le Dr Jorand, et enfin pour celui de Fontainebleau, le Dr Marry. Le nom de chacun de ces confrères fut aussitôt communiqué au Président de la section permanente de l'office.

4°. *Affaires diverses.*

Essence. — Il y eut, à ce sujet, plus de remue-ménage que de résultats pratiques. Il est juste d'ailleurs de remarquer qu'au moment où tout fut réglé et prêt à fonctionner, la crise de l'essence diminua fortement. Espérons qu'elle ne reviendra pas dans l'avenir. Notons seulement, pour mémoire, que le Président de la Fédération reçut les demandes de 97 confrères (sur 180 environ exerçant) qui réclamaient une moyenne mensuelle formant un total général de 19.400 litres d'essence et 272 de pétrole. Ceci à titre d'indication en vue de l'avenir, si besoin était. Mais nous espérons bien que ce besoin ne se présentera pas et que les praticiens de Seine-et-Marne n'auront pas à craindre, désormais, de manquer de cet auxiliaire précieux si nécessaire pour l'exercice de notre profession à la campagne.

Tribunal d'arbitrage. — Comme président de la Fédération, le docteur Decourt fut demandé comme arbitre dans un conflit entre un confrère de Seine-et-Marne et son syndicat local. L'affaire étant assez complexe, il s'adjoignit 2 autres confrères. Tous trois étudièrent les pièces des deux dossiers (d'accusation et de défense) firent comparaître les parties, allèrent ensuite faire une sérieuse enquête sur place et prononcèrent enfin leur sentence, dans un jugement motivé.

5° *Fonctionnement intérieur de la Fédération.* — Depuis sa fondation, si récente encore, en juin 1919, notre Fédération a fait un gros effort de réalisation, ne fut-ce que la mise sur pied du nouveau tarif d'A. M. G. Néanmoins, le bureau de la Fédération est d'avis que celle-ci n'a pas fourni, en 1920, tout le « rendement » désirable. Il aurait fallu envoyer à diverses reprises des circulaires aux confrères syndiqués par exemple, pour leur donner, dès avril, connaissance de la teneur du nouveau tarif d'A. M. G. —, pratiquer des réferendum ; par exemple pour un relèvement général et concomitant des tarifs de clientèle, envoyer des avis, des rapports ; par exemple pour donner connaissance des pourparlers avec la Préfecture, au sujet des pensionnés de guerre et de la conduite générale à tenir à ce sujet, etc.

Bref, il y a eu manifestement *manque de liaison* entre le bureau de la Fédération, les différents syndicats et les multiples syndiqués du département qui forment aujourd'hui les 4/5 des confrères exerçant.

Pourquoi le bureau ne l'a-t-il pas fait ? Tout simplement faute d'argent. Il n'y a pas un fonds de caisse suffisant pour tenir les syndiqués au courant. Or, devant les graves questions qui vont se poser et d'où dépendra l'avenir du Corps médical, l'assurance-maladie, par exemple, avec ses caisses régionales, il faut que cette pénurie de moyens cesse. *Il faut que la Fédération ait à sa disposition l'argent nécessaire à sa mission de défense professionnelle dans le cadre départemental.*

Il est bien entendu que les fonctions de membre du bureau sont honorifiques et gratuites. Mais, tout en prodiguant leur temps et leur peine, encore faut-il que ces confrères puissent payer, autrement que de leurs poches, les frais d'impression et d'envois des rapports et des circulaires qui vont devenir nécessaires, ainsi qu'il est facile de le prévoir.

Pour cela, il semble qu'il faille que les syndicats versent à la fédération une cotisation de *cinq francs par membre inscrit,* pas moins.

Nous demandons donc, à chaque syndicat, de vouloir bien voter cette cotisation à leur prochaine assemblée générale, avec mise en vigueur pour l'année 1921, et que les trésoriers versent tout ou partie des fonds au plus tôt. Nous avons des raisons de penser qu'il y a urgence, plus peut-être qu'on ne croit, si l'on veut une défense solide contre ce qui se prépare.

Mais ce n'est pas tout. Si l'argent est le nerf de la guerre, il faut aussi des muscles à notre organisation. Pour cela, il faut que les séances du Conseil de la Fédération présentent une vie moins « ralentie » que jusqu'ici. « Ce sont toujours les mêmes qui se font tuer » constatait jadis un général. Chez nous, ce sont toujours les mêmes qui agissent.

Il faut, dorénavant, que, suivant le règlement de

notre fédération, chaque syndicat envoie aux séances *un délégué* par dix syndiqués, ou fraction au-dessus de cinq. Nous demandons qu'à leur prochaine réunion chaque syndicat désigne ces délégués, et même quelques suppléants pour les remplacer en cas de besoin.

Telles sont les deux demandes du bureau de la Fédération, pour le fonctionnement intérieur de celle-ci. Espérons que cet appel sera entendu.

6°. *Une remarque sur ce présent rapport.*

Nous tenons, en terminant, à faire remarquer, de nous-mêmes, que le présent rapport a une certaine allure « belliqueuse » en ce qui concerne la loi des Pensions.

Cette attitude n'est ni dans nos goûts ni dans nos habitudes. Elle est due au manque de doigté, à l'allure autoritaire d'un ministre et de ses bureaux. Nous sommes persuadés que les choses auraient pu facilement ne pas s'envenimer ainsi. Il nous faut pourtant bien nous défendre contre une taxation d'office grosse de menaces contre notre avenir, et aussi défendre, en même temps, les blessés de guerre, nos clients et nos amis, dont on veut supprimer le libre choix et qu'on voudrait ramener à l'embrigadement et au médecin imposé, comme durant la guerre, alors que cela était une nécessité de temps.

Dans notre modeste cadre départemental, au contraire, nous avons pu constater, jusqu'ici, qu'il était aussi facile de s'entendre avec le Conseil général qu'avec l'administration préfectorale, parce qu'on agissait, de part et d'autre, avec le même souci de l'intérêt public auquel doivent toujours être soumis les intérêts corporatifs particuliers. Et c'est pour quoi nous sommes heureux de déclarer ici que les discussions que nous eûmes à soutenir au sujet des questions professionnelles dont la défense nous avait été confiée par nos confrères, ont toujours eu lieu dans une atmosphère de bienveillance et de courtoisie où se montrait manifestement une sympathie réciproque.

(28 janvier 1921).

V

Fédération des Syndicats médicaux de l'Yonne.

En réponse aux communiqués faits à la Presse par un ministre qui semble n'avoir pas suffisamment réfléchi avant de prononcer des paroles désobligeantes pour le Corps médical ;

Les délégués de *la Fédération des Syndicats médicaux et de l'Association des Médecins de l'Yonne* ;

Protestent énergiquement contre les insinuations de ce ministre, qui n'a pas craint de traiter les médecins de *Mercantis des Mutilés* ;

Estiment qu'il est des limites à l'insolence, même et surtout de la part d'un ministre ;

Que les Syndicats médicaux, qui se sont soi-disant montrés trop exigeants ne sont pas ceux de l'Yonne, puisqu'un accord est intervenu, il y a plus de 6 mois, entre eux et la Préfecture, accord ratifié peu après par le ministre ;

Que cet accord, qui ne portait que sur les prix de la visite et de la consultation, n'a pu être établi soit pour le tarif kilométrique, soit pour les différentes interventions et ce, grâce à l'obstruction systématique du ministère des Pensions, qui s'est toujours dérobé à la discussion, malgré l'invite de l'Union des Syndicats médicaux de France ;

Que, quoiqu'en dise le ministre, le libre choix est bel et bien menacé, puisque l'intention non encore ouvertement avouée de ce ministre est d'obliger les blessés à se faire hospitaliser et de les assimiler aux indigents. En d'autres termes, l'Etat fera, si toutefois tel est son bon plaisir, *l'aumône* de soins à ceux qui se sont sacrifiés sans réserve ;

C'est contre ces lenteurs, contre ces négligences, contre ce mauvais vouloir (méprisons les insultes) que rien ne justifie, que les Syndicats médicaux protestent en rompant avec l'administration.

La Fédération compte sur la solidarité des médecins de l'Yonne pour adhérer à la décision du Conseil de l'Union des Syndicats, décision ainsi conçue :

Le Conseil de l'Union des Syndicats médicaux de France prend acte de l'attitude du Ministre des Pensions, repousse toute taxation sur les honoraires médicaux et, conformément au mandat fixé par l'Assemblée generale de décembre 1920, décide :

A partir d'aujourd'hui, aucun médecin ne devra reconnaître à aucun malade ou blessé venu le consulter, la qualité de bénéficiaire de la Loi des Pensions. Les blessés, malades ou mutilés de guerre seront soignés comme des malades ordinaires. Ils paieront directement le médecin ;

Le médecin traitant délivrera un reçu et aura soin d'établir son ordonnance sur son papier personnel ;

Les médecins ne rempliront aucun bordereau, aucune feuille administrative.

Conscient de la gravité de la situation créée par le geste d'un ministre ignorant ou mal informé, le Conseil de l'Union, persuadé qu'en organisant la résistance, il défend les intérêts des bénéficiaires de la Loi autant que les intérêts médicaux, fait un appel aux médecins pour qu'ils exécutent *sans faiblesse* la décision prise par leurs délégués directs à l'Assemblée générale de décembre.

Il compte sur toute leur ténacité et surtout leur énergie.

Le médecin a l'impérieux devoir d'être prévoyant.

Il doit s'assurer contre l'incapacité de travail que peuvent lui causer la maladie ou les accidents.

Il doit s'assurer une retraite pour ses vieux jours.

LA LUTTE ANTI-TUBERCULEUSE

Une impression sur la conférence internationale de la tuberculose.

M. le Dr Noir demandait à ses confrères, dans un de ses articles du *Concours médical*, ce qu'ils pensaient de leur collaboration éventuelle à l'œuvre entreprise par le Comité national de défense contre la tuberculose.

Je ne sais pas ce qu'ils en pensent, mais si j'ai bien compris les directives du Comité National, il n'est pas du tout nécessaire de le savoir. En effet, le programme des travaux comportait deux questions : l'une sur les méthodes scientifiques de diagnostic clinique de l'infection bacillaire aux différents âges. Je ne pense pas que le praticien puisse s'adonner beaucoup à ces recherches qui ne ressortissent pas de la clinique, mais du laboratoire. L'autre, sur la prophylaxie de la tuberculose dans chacun des pays adhérents à la conférence. C'est ici où l'on attend le concours du vulgaire praticien, et son concours consiste à déclarer obligatoirement tous les tuberculeux, en vue de leur enlèvement de leur foyer et de leur hospitalisation dans les sanatoria ou installations similaires dont on demande de nombreuses constructions supplémentaires. Je ne vois pas ici non plus le rôle important du praticien étant donné que tout concierge pourra en faire autant. Il n'aura qu'à coller tous les matins son oreille aux portes de ses locataires et s'en aller après, à la Préfecture, dire : j'ai mon locataire du 3e qui tousse et crache tous les matins, il doit être tuberculeux. — Puis, mise en branle de l'appareil administratif et décision. Cela est évidemment de l'hygiène et se pratique, paraît-il, en Amérique. Il y a même des statistiques qui prouvent, chiffres en mains et qu'un ancien Sous-Secrétaire d'Etat a publiées dans un journal (ils ne font jamais de réclame), que, grâce à ce procédé, la tuberculose a diminué en 15 ans dans des proportions énormes. Comme cela se passe en Amérique, il ne m'est pas possible de regarder les choses d'assez près, mais je vous demande si vous n'avez jamais vu une statistique à qui on ne fasse pas dire ce que l'on veut, chiffres en mains, sans parler des malades qui n'appelleront plus le médecin de crainte d'être signalés. La tuberculose sera ainsi assimilée à la syphilis, et les officines diverses auront de beaux jours en perspective. Ils ont bien aussi supprimé l'alcool, en Amérique et, d'un bond, des milliers de distilleries clandestines ont fleuri.

Donc, je ne vois pas, sur ce deuxième point non plus, la collaboration indispensable du praticien. Et alors ? Alors il n'y a qu'à continuer, comme le nègre, ou s'incliner en envoyant tous les tuberculeux au sanatoria. Quand ils en reviendront *non guéris, vous les enverrez où vous* voudrez. Mais je fais peut-être erreur en affirmant qu'il y en a qui en sortent non guéris ? Si néanmoins cela est, je vous donne un moyen radical : construisez une ville qui ait de quoi loger 300.000 tuberculeux ; établissez autour d'elle un cordon sanitaire ; ne laissez sortir de son vivant personne ; chacun vivra du produit de son travail et de ravitaillement ; expédiez-y tous les tuberculeux. Du coup, il n'y aura plus de tuberculeux ! On a le courage de ses opinions ou on ne l'a pas.

Il y a bien encore un moyen, mais la conférence n'en parle pas : c'est d'essayer de les guérir. Mais que dites-vous là ? C'est de la médecine, ce n'est pas de l'hygiène, et la médecine, c'est la bouteille à l'encre. Il est vrai, je l'ai lu dans un quotidien, que quelqu'un est parti dans l'île des singes (ce n'est toujours pas de la réclame) et que nous devons, à titre d'encouragement, croire qu'une guenon nous apportera dans quelques mois la solution du problème : je vous conseille d'attendre.

Dr Arnold
de l'Inhalatorium,
d'Auteuil.

HYGIÈNE PUBLIQUE

La Révision de la charte française d'hygiène

(*Suite.*)

Par le Dr René Martial,

CHAPITRE V

Hygiène technique. Alimentation. Lait et eau.

La population française étant mise à l'abri de la contagion, il faut protéger sa santé contre les agents pathogènes de diverse nature qui peuvent parvenir à l'organisme sous la forme d'aliments solides et liquides.

Il ne s'agit pas seulement des fraudes alimentaires, mais aussi du contrôle sanitaire des aliments. La nouvelle loi doit grouper au ministère de l'hygiène, en les créant lorsqu'ils n'existent pas encore, le contrôle sanitaire des viandes, des farines, des aliments falsifiés, vins, pâtes, sucre, etc., des aliments importés vivants ou non, animaux ou végétaux, des conserves. Les laboratoires et le service des fraudes doivent être retirés au ministère de l'agriculture et donnés à celui de l'hygiène, les vétérinaires départementaux et municipaux doivent devenir fonctionnaires d'Etat, l'inspection des abattoirs, étables, porcheries exercée par eux.

Il faudrait organiser des laboratoires de contrôle ambulants, qui se transporteraient dans les localités inopinément et feraient des inspections inattendues.

L'industrie laitière doit être l'objet d'articles spéciaux dans la loi, de manière à faire bénéficier le consommateur (enfant, malade) de toutes les meilleures garanties scientifiques et légales.

L'industrie de la distillation doit passer aussi sous son contrôle. Le ministère de l'hygiène pourra, par là, collaborer à la lutte antialcoolique.

Enfin, la surveillance sanitaire des cours d'eau, des sources, des canalisations, captations, etc., doit cesser absolument d'être monopolisée par le ministère des travaux publics. Ce sont la loi d'hygiène et les techniciens du ministère de l'hygiène qui doivent protéger l'eau des rivières et celle des sources. Le ministère des travaux publics n'aura à intervenir que lorsque celui de l'hygiène lui demandera de construire quelque chose. Il ne doit être que l'agent d'exécution des hygiénistes. Trop souvent, les ingénieurs des ponts et chaussées ont été des opposants d'une calme obstination aux progrès de l'hygène en France. On l'a bien vu pendant la guerre. Les problèmes relatifs à l'eau potable : préservation des sources, captation, adduction, distribution, surveillance, sont presque toujours des problèmes municipaux. De même qu'à l'égard des travaux publics, l'étude et la solution de ces problèmes sont retirées aux municipalités et attribuées au ministère d'hygiène dont les directeurs municipaux deviennent les représentants à l'intérieur des villes. A la municipalité seront laissés simplement le vote des finances et l'exécution des travaux. On ne sera plus exposé ainsi à voir une municipalité, comme celle, du temps de guerre à Montpellier, distribuer sciemment aux habitants et à la garnison une eau contaminée. Le ministère de l'hygiène sera qualifié pour mettre en demeure les municipalités d'exécuter les travaux nécessaires à la protection des eaux potables, et pour infliger de lourdes pénalités financières à celles qui ne les feront pas. Le laboratoire du ministère (actuellement celui du conseil supérieur d'hygiène de France) sera l'agent de contrôle des sources, chargé d'une vérification permanente méthodique. Il se tiendra en relations constantes avec les services de prophylaxie, de manière à connaître la marche de toutes les épidémies à étiologie hydrique ou à signaler à ce service les contaminations susceptibles de faire éclore une épidémie. L'expérience de tous les jours le dit, que ce soit en France ou au Maroc, il n'y a pas d'hygiène municipale. Cela n'existe pas à l'exception de deux ou trois villes peut-être. Nous y reviendrons à propos de l'hygiène administrative.

CHAPITRE VI

Enseignement de l'hygiène. Salubrité scolaire. Salubrité des établissements et services publics.

« Après le pain, le premier besoin du peuple est l'éducation, » a dit Danton. Faisons la donc, cette éducation, ainsi que l'a écrit Calmette dans la généreuse et altruiste Préface de « L'Ouvrier » (1). Ce mot historique fut le point de départ de mes études en hygiène, et, depuis dix-sept années, je prêche l'enseignement de l'hygiène à tous les degrés scolaires. Ma prédication s'est adressée à des sourds et à des aveugles volontaires pendant longtemps. Depuis la guerre, les esprits se sont illuminés : il naît des propagandistes de tous côtés, chacun se sent né professeur d'hygiène, et les programmes surgissent à l'envie. Peut-être, en cherchant un peu, retrouverait-on, dans mes publications, quelques-unes des idées produites aujourd'hui avec quelque emphase. Cela prouverait, à tout le moins, qu'on en a reconnu la justesse.

Voici donc tout le monde d'accord sur le principe, on ne discutera plus que sur les programmes. Soit. Mais la nouvelle loi doit imposer l'enseignement de l'hygiène dans tous les établissements scolaires : enseignement primaire et secondaire sans exception, avec un programme spécialement fait et des sanctions probatoires énergiques pour les écoles normales qui forment les instituteurs et les professeurs. En ce qui concerne l'enseignement supérieur, nous verrons à la fin de ce travail comment organiser l'enseignement de l'hygiène chez les médecins. Mais il ne devra pas être oublié dans les diverses branches de l'enseignement universitaire. Trop de travailleurs intellectuels ignorent tout de l'hygiène. La guerre et la marine devront être également obligées à introduire l'enseignement de l'hygiène dans leurs écoles d'officiers et de sous-officiers.

Lorsque pendant trente ans tout le monde aura été ainsi instruit, on verra la France se transformer rapidement en ce qui a trait à la propreté, à la prophylaxie, à la tuberculose et aux maladies vénériennes. Car, bien entendu, les programmes devront comprendre des leçons sur l'hygiène sexuelle, prophylaxie idéale des maladies vénériennes. En 1904, lorsque je proposai au ministère de l'Instruction publique mon « Hygiène féminine populaire » dans lequel livre un chapitre est consacré à l'hygiène sexuelle, le spirituel fonctionnaire qui reçut ma requête s'écria : « Mais, Monsieur, vous voulez donc nous faire perdre toute notre clientèle ! » — Il s'agissait des lycées de jeunes filles. Les idées ont tout de même fait quelque chemin, depuis lors.

A qui appartiendra l'enseignement de l'hygiène ? Les programmes seront établis par le ministère de l'Instruction publique et celui de l'hygiène, en collaboration, l'enseignement sera donné par les médecins désignés par leurs syndicats, suffisamment âgés : 40 ans, pour une période de temps assez longue (cinq années, par exemple) ; mais ces médecins devront faire un stage de trois mois d'étude à la Faculté de leur région afin de se mettre au courant des dernières acquisitions scientifiques et sociologiques de l'hygiène.

(1) G. Doin, éd. 8, place de l'Odéon, Paris.

Cet enseignement devra être très souple et ses programmes devront s'adapter soigneusement aux divers âges scolaires. Pour les tout petits, il consistera en exercices de propreté (corps, vêtements, manière de manger) ; de 7 à 11 ans, on y joindra la propreté ménagère ; plus tard, de petites leçons sur la parasitologie ; dans l'enseignement secondaire, des notions plus étendues et plus développées sur certains points particuliers (alcoolisme, tuberculose, syphilis).

Tout au long de la filière, il faudra faire un usage constant mais raisonné des leçons de choses et du cinématographe.

Il sera peut-être même nécessaire d'entraîner les médecins enseignants à la pratique de la vulgarisation scientifique. Noir, qui a 25 ans d'enseignement dans les écoles municipales d'infirmières del'assistance publique, sait combien il faut rester terre à terre et schématiser. Mon expérience, quoique moins longue que la sienne, m'a démontré la même nécessité.

Quant à la salubrité scolaire (locaux de toute nature), matériel (mobilier, sports), le ministère de l'hygiène en sera l'organisateur et le contrôleur, le ministère de l'instruction publique l'agent d'exécution et le financier.

Nous obtiendrons peut-être ainsi, la coordination d'efforts indispensable pour aboutir à la vie saine de la nation. Il faut le répéter, de cette question de l'enseignement, de la salubrité scolaire jointe à celle de l'inspection médicale des écoles, dépend réellement le succès de la nouvelle loi d'hygiène, et, par enchaînement, de toutes les autres réformes sanitaires. Les mœurs précéderont toujours la loi, mais il est essentiel aussi de prévoir l'accord normal de celles-là avec celle-ci.

Il va de soi que le corps des maîtres tout entier sera dressé avec un soin particulier et qu'on ne verra plus d'instituteurs malpropres, avec des ongles noirs, des habits non brossés, des institutrices avec des cheveux épars tout autour de leur tête, des classes boueuses des enfants, etc., parce que les maîtres auront appris et connaîtront que leur métier ne consiste pas seulement à faire épeler, mais aussi à donner aux enfants de saines habitudes. Les infirmières d'hygiène scolaire dont j'ai parlé au chapitre II (section B) sont de précieuses auxiliaires à ce point de vue. Dans les lycées aussi, l'exemple devra venir d'en haut, les petits des bourgeois ont tout autant à apprendre que ceux des ouvriers.

***

L'Etat a également des devoirs hygiéniques à remplir envers lui-même, de même encore les départements et les communes. Jusqu'à présent, la salubrité des établissements publics a été fort négligée. Nous n'en donnerons pour preuve que les postes et télégraphes ou les ateliers de l'Etat. Cet état de choses doit cesser et, puisqu'il a créé un ministère de l'hygiène, l'Etat doit à la co[illegible]ctivité et à ce ministère le contrôle sanitaire de toutes ses institutions et établissements civils, à tous les degrés : département, arrondissement, commune. C'est le ministère de l'hygiène qui doit contrôler, au moyen du corps des inspecteurs du travail, dont nous aurons à parler au chapitre suivant, la salubrité des P. T. T., des asiles (1), des prisons, des usines, chantiers, locaux administratifs, etc.

Enfin, c'est à lui aussi que revient le contrôle sanitaire de tous les moyens de transport mis à la disposition du public : voitures attelées, automobiles, chemins de fer. Nous avons vu au chapitre IV qu'il est déjà compétent en hygiène navale. Ainsi sera réalisée une partie très importante de la prophylaxie et de la salubrité. Trop souvent les transports, après avoir véhiculé les voyageurs, véhiculent leurs parasites pendant un temps indéfini, et trop souvent aussi, leur malpropreté est intolérable. Il y aura des devoirs à imposer aux entreprises et compagnies de transport, ainsi qu'à leurs médecins, dont le rôle sanitaire est présentement oublié — rôle qui est tout aussi important que leur activité médicale proprement dite à l'égard du personnel. Si, en raison du sucroît de travail, les entreprises et les compagnies trouvent qu'elles n'ont pas assez de médecins, il leur sera facile d'en engager davantage et de charger les nouveaux du travail sanitaire que la loi va leur imposer (chemins de fer, tramways, omnibus, métro.) Ici encore, les syndicats médicaux pourraient coopérer. Il suffirait qu'ils veuillent bien s'en donner la peine. Le corps des inspecteurs du travail aura aussi à intervenir.

(1) Que je ne mentionne pas autrement parce que la question est trop spéciale et n'est plus dans ma compétence.

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations.

— **Syndicat général des médecins des stations thermales et climatiques.** — La prochaine réunion aura lieu le lundi 28 février à 5 h. précises, 18, rue Beaujon, chez M. le Pr A. Robin. — Pour toute correspondance, adhésions, etc., s'adresser au Dr Molinéry, secrétaire général, 30, avenue Sainte-Marie, Saint-Mandé (Seine).

— **IIIe Congrès d'hygiène scolaire de langue française.** — Ce Congrès, organisé par la ligue française d'hygiène scolaire et par la Société des médecins-inspecteurs des écoles de la ville de Paris, aura lieu du 1er au 3 avril 1921, à la Faculté de médecine de Paris.

Il est placé sous le haut patronage des ministres de l'Instruction publique, et de l'hygiène et de la prévoyance sociales.

Les sujets mis à l'étude seront :

1° *L'organisation hygiénique et pédagogique des écoles de plein air.*

2° *L'éducation hygiénique de l'enfant à l'école.*

3° *L'inspection médicale des écoles. Les cantines scolaires.*

On peut dès maintenant adresser toute correspondance relative au Congrès à l'un des membres du bureau du comité d'organisation :

Dr H. Mery, président, professeur agrégé de la faculté de médecine, médecin de l'hôpital des Enfants-Malades.

Dr Genévrier, secrétaire général, médecin de l'hôpital St-Joseph, médecin-inspecteur des écoles, 8, rue du Pré-aux-clercs. Tél : Saxe 35-59.

M. Ladevèze, directeur d'école, 10, avenue de la Motte-Picquet, et Dr Mathé, médecin-inspecteur des écoles, 29 *bis*, rue Demours. Tél : Wagram 61-10, secrétaires généraux adjoints.

Dr E. Leclerc, trésorier, médecin-inspecteur des écoles, 69, rue de Rivoli, Tél : Central 09-03.

— **Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu**. — Un cours de perfectionnement sur les Notions récentes sur les maladies du foie, des voies biliaires et du pancréas sera fait aux amphithéâtres Bichat et Trousseau du lundi 21 mars au samedi 2 avril.

Ce cours essentiellement pratique et placé sous la direction de M. Maurice Villaret, professeur agrégé, comportera les leçons suivantes :

Lundi 21 mars 1921. — Le matin, à 9 h., M. Maurice Villaret. Notions générales sur la physiologie pathologique du foie et sur les grands syndromes qui en découlent. — Le soir, à 14 h. 30, M. Bénard. Les syndromes résultant du vice de fonctionnement de la cellule hépatique. — Le soir, à 16 h. 30, M. Deval. Exploration des fonctions hépatiques par les méthodes de laboratoire.

Mardi 22 mars. — Le matin, à 9 h., M. Herscher. Le syndrome ictère. Cholémie physiologique et pathologique. — Le soir, à 14 h. 30 Chabrol. Le syndrome ictère. Les ictères par hyperhémolyse. — Le soir, à 16 h. 30, M. Chabrol Le syndrome ictère. Les ictères acholuriques symptomatiques.

Mercredi 23 mars. — Le matin, à 9 h., M. Paul Descomps. Le syndrome ictère. Les ictères toxi-infectieux. La spirochétose ictérigène. — Le soir, à 14 h. 30, M. Saint-Girons. L'ictère grave.

Jeudi 24 mars. — Le matin, à 9 h., M. Maurice Villaret. Le syndrome d'hypertension portale. — Le soir, à 14 h. 30, M. Maurice Villaret. Le syndrome d'hypertension portale. — Le so,i, à 16 h. 30, M. Jomier. Le syndrome d'hypertension sus-hépatique.

Vendredi 25 mars. — Le matin, à 9 h. M. Paul Descomps. Kystes hydatiques du foie. — Le soir à 14 h. 30, M. Bénard. Le foie syphilitique. — Le soir, à 16 h. 30, M. Dumont. Le foie dysentérique. Les abcès du foie.

Samedi 26 mars. — Le soir, à 14 h. 30. M. Dumont. Le foie paludéen. — Le soir, à 16 h. 30, M. Coury. Le foie tuberculeux. Les cirrhoses graisseuses.

Mardi 29 mars. — Le soir, à 14 h. 30, M. Maurice Villaret. Le foie alcoolique. Les pyléphlébites. — Le soir, à 16 h. 30, M. Brin. Diagnostic de la syphilis hépatique par les procédés de laboratoire. Le diagnostic biologique du kyste hydatique.

Mercredi 30 mars. — Le matin, à 9 h., M. Paul Descomps. La lithiase biliaire non compliquée. — Le soir, à 14 h. 30, M. Coury. Les complications de la lithiase biliaire. Cirrhoses calculeuses. — Le soir, à 16 h. 30. M. Saint-Girons. Le cancer du foie et le cancer des voies biliaires.

Jeudi 31 mars. — Le matin, à 9 h., M. Herscher. Les cirrhoses biliaires. Le diagnostic clinique des ictères chroniques. — Le soir, à 14 h. 30, M. Bénard. Le cancer du pancréas. Les pancréatites. — Le soir, à 16 h. 30. M. Deval. Le diagnostic de l'insuffisance bliaire et pancréatique par les procédés de laboratoire.

Vendredi 1er avril. — Le matin, à 9 h., MM. Guilleminot, Durey et Dausset. Les agents physiques dans l'exploration et le traitement des maladies du foie et des voies biliaires. — Le soir, à 14 h. 30, M. Okincze. Notions pratiques de chirurgie du foie et des voies biliaires. — Le soir, à 16 h. 30, M. Deval. Les acquisitions nouvelles relatives au diagnostic du diabète par les procédés de laboratoire.

Samedi 2 avril. — Le matin, à 9 h., M. Saint-Girons. Le syndrome diabétique. — Le soir, à 14 h. 30, M. Lippmann. Les acquisitions nouvelles sur le traitement médical des affections du foie des voies biliaires et du pancréas. — Le soir, à 16 h. 30, M. Lippmann. Notions pratiques sur la cure hydrominérale des affections du foie, des voies biliaires et du diabète.

Des sommaires détaillés résumant chaque leçon seront distribués à chaque élève. Un certificat sera délivré aux élèves à l'issue du cours. Le droit de laboratoire à verser est de 150 francs. Seront admis les docteurs français et étrangers, ainsi que les étudiants immatriculés à la Faculté, sur la présentation de la quittance de versement de droit. Les bulletins de versement relatifs à ce cours seront délivrés au secrétariat de la Faculté (guichet n° 3), les jeudis et samedis, de midi à 3 heures.

Le Directeur-Gérant : **Dr GASSOT.**

Clermont (Oise). — Imprimerie DAIX et THIRON.
Thiron et Franjou Successeurs,
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

RECOUVREMENTS D'HONORAIRES MÉDICAUX

M. Louis AUDEBERT, Avocat, *Directeur du Contentieux de Syndicats Médicaux. Administrateur d'immeubles.*

5, rue des Saints-Pères, PARIS, Tél. Saxe 48-53.

Pour toute demande de renseignements écrire à Me Audebert, en joignant un timbre pour la réponse

---

AVIS

Changements d'adresses

Nous rappelons à nos lecteurs que toute demande de changement d'adresse doit être accompagnée de 0 fr. 60 en timbres pour frais de réimpression de bande.



Je suis appelé pour donner mes soins à une femme qui travaille à l'abatage de bois. Elle est payée par un de ses compatriotes qui entreprend l'exploitation d'une coupe (à tant le stère), lequel la tient d'un marchand de bois. Ce marchand de bois ne veut pas payer les frais du sinistre, disant, ce qui est exact, qu'il n'a affaire qu'à l intermédiaire qu'il règle directement et totalement suivant le prix convenu d'abatage, sans s'occuper des ouvriers que cet intermédiaire peut lui-même employer, ouvriers qu'il ne régit pas et ne connaît même pas. L'intermédiaire lui-même, qui n'est qu'un petit exploitant, n'est pas assuré. A qui dois-je m'adresser pour être réglé, et qui est responsable des frais.

La même question se pose de temps à autre par ici, où un particulier (petit ouvrier en général) entreprend, assez souvent lui seul, un travail d'abatage, élagage ou faucardage, après avoir traité du prix avec le propriétaire des bois ou des prés. Quand il y a accident, le propriétaire se récuse, et dit que cet homme n'est pas son employé à proprement parler et qu'il n'est pas assuré pour lui. Comment trancher la question ?

Dr G.

Réponse.

Ainsi que le rappelle le Ministre du Travail, dans une réponse faite à M. Albert Ouvré, député, et publiée au *Journal Officiel* du 10 février, il a été jugé par la Cour de Cassation que le bûcheron payé aux pièces, travaillant à son gré comme il l'entend, sans prendre avis de personne, sans recevoir les ordres de l'adjudicataire de la coupe, qui vient seulement constater une fois par semaine si le travail est fait aux conditions stipulées, ne bénéficie pas de la loi sur les accidents du travail (Cassation Civ. 6 août 1902 S. 1905. I. 174). Le bénéfice de la loi du 9 avril 1889 ne peut être invoqué que par les ouvriers et employés qui sont sous la dépendance d'un patron et qui travaillent sous sa direction en exécution des ordres reçus (Cass. Req. 16 juillet 1914).

Il y a donc lieu, pour chaque espèce, à interprétation du contrat de travail par les tribunaux compétents.

En outre, il y a lieu d'observer que la loi du 15 juillet 1914, qui a étendu aux exploitations forestières les dispositions de la loi du 9 avril 1898 sur les accidents du travail, si elle n'a rien changé aux règles générales que nous venons de rappeler, a établi certaines réserves pour l'application de la législation sur les accidents du travail aux exploitations forestières.

C'est ainsi qu'elle énumère, dans son article 2, les travaux qui sont considérés comme exploitations de bois : ce sont les travaux d'abatage, d'ébranchage, lançage, schlittage, transport à la main en forêt, et lorsqu'ils sont exécutés sur le parterre de la coupe, les travaux de débit, façonnage, sciage, empilage, écorçage et carbonisation.

En outre la loi n'est pas applicable aux terrains boisés, exploités en tout ou en partie, dont la superficie, d'un seul tenant, n'excède pas trois hectares, ni aux arbres plantés hors des bois, lorsque l'opération n'a pas le caractère d'une exploitation, ni aux éclaircies faites dans les plantations de moins de vingt ans.

Il faut avouer qu'il sera souvent difficile au médecin, appelé pour soigner un bûcheron blessé au cours de son travail, de savoir s'il bénéficie bien de la législation spéciale.

Dans l'espèce qui vous intéresse, il ne semble pas douteux qu'il s'agit d'une véritable exploitation, puisque le concessionnaire est un marchand de bois qui a pris lui-même un sous-entrepreneur, et c'est ce dernier qui est responsable à l'égard de la femme que vous avez soignée, si comme il est probable elle travaillait sous sa direction.

Le fait qu'il n'est pas assuré est sans influence sur la responsabilité de l'entrepreneur, et vous êtes fondé à le citer en paiement de vos honoraires devant le juge de paix du lieu de l'accident.

Il serait prudent d'y citer solidairement avec lui la victime, ainsi que son mari, si elle est mariée.

Que sont les « interventions à Tarif spécial » du Tarif Breton.

Depuis la promulgation du nouveau tarif accidents du travail, certaines compagnies (La Protectrice entre autres) interprètent l'article 7 de la façon suivante :

Elles prétendent que lorsqu'un médecin, au cours d'un accident, doit faire plus de 5 pansements ou massages, il doit en donner avis au préalable par lettre recommandée au patron ou à son assureur substitué. Or, l'article 7 ne parle que *d'inverventions à tarif spécial*. Il me semble que l'article 16 indiquant un prix uniforme pour la visite ou la consultation *avec ou sans* pansement, massage, pointes de feu, ventouses, etc., il n'y a pas lieu de considérer ces petites interventions (qui en général sont la raison d'être des consultations ou visites), comme visées par le terme « intervention à tarif spécial », d'autant plus que les massages par spécialiste (article 24) font l'objet d'un tarif spécial.

Pourriez-vous me préciser ce point le plus tôt possible, votre réponse pouvant m'être utile ces jours-ci.

Dr V.

Réponse.

Il nous est déjà parvenu, en effet, des échos de cette singulière, pour ne pas dire plus, prétention de certains assureurs, de vouloir que les massages, même faits par le médecin traitant, et compris dans le prix de la visite, soient des interventions à tarif spécial.

Or, par cette expression « interventions à tarif spécial », il est hors de doute qu'il faut entendre seulement celles qui figurent à l'article

28 (Actes médicaux et chirurgicaux spéciaux), telles que les pansements de brûlures.

Si ces interventions ont été reléguées dans un article spécial, en fin du tarif, et après les spécialités, c'est que, dans le projet, il était question de les soumettre à un contrôle tout particulier, qui a été abandonné et remplacé, pour les interventions susceptibles d'être pratiquées en série, par l'avis préalable exigé par l'article 7.

La prétention de ces Compagnies est illogique et contraire aux intentions non douteuses des auteurs du tarif. Comment pourrait-on soutenir avec vraisemblance que le médecin qui fait six visites avec massages, payées au même prix que 6 visites simples, doit au préalable en donner avis au patron, alors qu'il ne serait obligé de donner aucun avis s'il faisait une série de six visites sans massages ?

Nous sommes donc d'avis que vous pouvez passer outre et citer purement et simplement le patron (et non la Compagnie, avec laquelle vous n'avez pas de lien de droit) devant le juge de paix du lieu de l'accident.

J. D.

Les soins médicaux aux pensionnés de guerre et le Corps médical.

Quelques lettres.

Je viens de lire votre article au sujet de l'attitude des médecins vis-à-vis des réformés et blessés de guerre, et je m'empresse de vous donner mon adhésion sans réserves.

Évidemment, outre le libre choix, intangible, notre droit inprescriptible est de nous faire honorer, et il nous appartient de fixer le tarif de nos soins au prorata de la situation financière de nos malades et si, dans leur surenchère démagogique, nos gouvernants conservaient quelque bon sens, ils exploiteraient ce filon rationnel. Car le mutilé le plus obtus saura bien discerner la différence entre des soins peu, mal ou pas rémunérés et ceux que lui prodiguera un praticien soucieux de sa réputation professionnelle autant que de la juste rémunération de ses peines ; aux indigents qui ne sont point des paresseux et des budgétivores (ils sont heureusement peu rares) gratuité pure et simple, aux autres honoraires raisonnables suivant leurs moyens, contre reçu s'ils le veulent, avec lequel ils demanderont à qui de droit le remboursement total ou partiel. Quant aux paperasseries administratives, ignorons-les systématiquement jusqu'à ce que le vent du bon sens souffle en hauts lieux et autres collines inspirées.

Deux histoires pour illustrer ma thèse : 1° un réformé à qui un coup de pied de cheval a démoli le maxillaire supérieur porte un appareil (du reste fort incommode et lourd) dont un crochet est cassé, il me demande de lui remplacer en m'annonçant que l'État doit payer ; je lui ai dit : mon ami, mes fournisseurs demandent à être réglés mensuellement et

je me conforme à leurs exigences, je vais donc faire remettre un crochet d'or à votre appareil et vous voudrez bien m'en régler le prix que je vous rembourserai aussitôt que l'État ou la préfecture me le payera. ce qui fut fait. Il y a huit mois de cela. J'attends encore que la préfecture m'accuse réception des pièces que j'ai envoyées.

2° Un carrier travaille avec son fils à l'extraction de silex pour les routes. Le garçon (16 ans) reçoit un éclat de silex dans la cornée, perforation de l'œil, etc. Les ouvriers ne sont pas assurés, le maire de la commune ne veut rien savoir, l'agent-voyer qui paye le carrier fait le mort. Qui paiera, évidemment pas l'État, l'ouvrier est un malheureux ...

Toute combinaison avec une administration quelconque de l'État est vouée infailliblement à l'échec. L'État est foncièrement, fondamentalement et *a priori* malhonnête, il exige ce qui lui est dû avec la dernière rigueur, ne paye ce qu'il doit que de la plus mauvaise grâce, quand il paye, bien qu'individuellement ses agents soient les gens les plus courtois et les plus gracieux ; ne faisons rien avec lui, nous médecins, il nous exploitera toujours.

Dr M.
(Maine-et-Loire).

§

Nous voici donc acculés à la grève administrative des médecins en face de la loi des Pensions du 31 mars 1919, de par l'attitude intransigeante du ministre.

Il est entendu que nous continuerons à donner nos soins aux mutilés comme par le passé, mais que ceux-ci devront nous rétribuer directement à charge à eux de se faire rembourser par le département.

Mais comment allons-nous rentrer dans notre dû, pour ce qui est des bulletins de visite détachés du fameux « carnet jaune », et restés impayés depuis plus de deux ans ? Quel tarif allons-nous appliquer, à la visite et au kilomètre, pour établir nos mémoires ?

Et puis, ne plus signer quelque papier que ce soit émanant de l'administration, soit, mais si le mutilé a besoin de médicament, il faudra bien lui signer le bulletin d'ordonnance dudit carnet jaune, pour lui donner le droit de se les faire délivrer gratuitement chez le pharmacien. Enfin, ne serait-il pas nécessaire, pour éviter toute ambiguïté ultérieure dans l'appréciation de notre conduite, de suggérer à nos syndicats professionnels de prévenir officiellement les associations des mutilés de ce nouveau *modus vivendi*, tout en leur décrivant bien la façon de procéder entre médecins et malades bénéficiaires de la loi de 1919 ?

Dr C.
(Marne).

Réponse

1° Les mutilés ont été prévenus par l'Union des Syndicats qui a répandu largement parmi eux un tract d'explication.

BAUME SÉLÉNIA

2° L'ordonnance établie sur papier *non administratif* est visée par la mairie et la délivrance des médicaments aux pensionnés nécessiteux s'effectue automatiquement.

CLIMATOLOGIE

A propos d'un récent article sur la Côte d'Azur.

La *Médecine internationale* du présent mois de février nous apporte un article de climatologie de M. le Dr Frank-Duprat, de Bagnères-de-Bigorre, sur « Les tuberculeux pulmonaires et l'erreur de la Côte d'azur ». M. Frank-Duprat nous parle d'une « légende médicale funeste, et qu'il faut détruire » sur l'indication du climat méditerranéen pour le traitement des phtisiques. Son travail, très documenté, contient des choses absolument justes. Il est malheureusement exact que la trop grande sécheresse de l'air, l'excès de luminosité, les vents trop violents, la chute brusque de la température au coucher du soleil, et les poussières nocives, constituent des contre-indications formelles au traitement des tuberculoses *confirmées*. Peut-être la vaste généralisation de l'interdiction de la Riviera à « toute tuberculose en évolution » est-elle bien rigoureuse ? Il y a des nuances, des transitions, parfois délicates à déterminer, entre les débuts de la tuberculose en évolution et la prétuberculose... Si l'on admet, avec l'auteur, que les tuberculeux pulmonaires confirmés meurent sur la Riviera, il faudrait ajouter que bon nombre d'entre eux y avaient été envoyés mourants ou tout au moins irrémédiablement condamnés. Nous savons tous que les praticiens des pays froids, humides, malsains et privés de soleil, sont parfois tentés de soulager leur statistique au détriment de celles de la Côte d'azur, en autorisant l'essai, pour des clients jugés incurables, d'un séjour aux pays chauds, généralement demandé ou même exigé par ces clients...

Il me paraît, en tout cas, que l'on peut accorder au bon soleil de nos côtes méditerranéennes la guérison fréquente, l'amélioration à peu près constante des prétuberculoses, si voisines parfois des tuberculoses au début, et difficiles à en distinguer.

Enfin, je voudrais souligner surtout la limitation très nette, si justement établie par l'auteur, de la zone dangereuse pour les tuberculoses pulmonaires, c'est-à-dire le littoral s'étendant de Saint-Raphaël à Menton ... et même beaucoup plus à l'est, car la Riviera italienne est exactement dans le même cas.

C'est en effet *le bord même de la mer* qui est funeste aux phtisiques, avec ses vents de tempête changeant de direction brusquement, avec les grains du large remplaçant tout à coup la douce chaleur du soleil par une *humidité glaciale*, avec la baisse rapide du thermomètre au déclin du jour, si terrible à Nice par exemple, avec les poussières de ses corniches incessamment parcourues par l'automobile meur-

trière... La climatologie devient tout à fait différente, aussitôt que le malade quitte le littoral proprement dit et s'établit à distance de la mer, à l'abri des collines qui le protègent contre les souffles glacés des Alpes. C'est cette disposition qui a fait le succès millénaire de notre antique station d'Hyères, recevant la brise marine de quatre kilomètres, c'est-à-dire réchauffée par le soleil de la côte, assainie par l'exhalaison des plantes, tempérée par l'éloignement...

Ici, pas de grains du large violents et instantanés, pas de chute rapide de la température au coucher du soleil, pas de vents du Nord à l'abri des collines auxquelles Hyères est adossée ; circulation automobile peu intense à l'écart de la grande voie ; calme et tranquillité de la vie... Aussi, chaque année, nos sanatoriums, et en particulier celui de l'Œuvre de prophylaxie prétuberculeuse de Villepinte, peuvent-ils enregistrer une énorme proportion de guérisons de jeunes sujets... Et l'on voit passer, nombreux, sur nos promenades, septuagénaires, et même octogénaires qui, débarqués à Hyères à 25 ou 30 ans, porteurs de lésions pulmonaires confirmées, y achèvent paisiblement une verte vieillesse avec leurs poumons cicatrisés depuis longtemps.

En terminant, me serait-il permis d'émettre un vœu, qui pourrait d'ailleurs s'appliquer à bien d'autres points qu'à la médecine ? On nous répète sans cesse : ne faites pas telle ou telle chose !... mais l'on oublie d'ajouter ce qu'il serait souhaitable de faire à la place. N'envoyons pas les tuberculeux pulmonaires sur la Riviera, au bord de l'eau, c'est entendu ! Mais si la mer doit les tuer (ou les laisser mourir ?) la montagne les tuera bien plus sûrement encore, ausssi bien que les brouillards malsains de la ville du Nord.

Où devrons-nous les envoyer, quand ils se refusent à mourir chez eux et voudraient bien essayer d'un autre climat ? Il est bien naturel que les pauvres malades soient attirés par la chaleur du soleil, et rebutés par la brume glacée. Indiquez-nous donc ce que nous devons faire, et non pas seulement ce que nous devons éviter. Jusqu'à preuve absolue et évidente du contraire, il paraît normal de fournir aux tuberculeux pulmonaires de l'air, de la lumière et de la chaleur, quitte à chercher, par un éloignement suffisant de la mer, par des précautions et par des abris, les moyens de leur éviter les inconvénients de ces éléments salutaires, de les protéger efficacement contre leurs excès et leurs variations, en ne leur laissant que leurs avantages bienfaisants.

Dr LA BONNARDIÈRE.
(d'Hyères.)

QUARANTE-TROISIÈME ANNÉE — N° 10 — DIMANCHE 6 MARS 1921

Fondé en 1879 par Auguste CÉZILLY
Rédigé et dirigé par H. JEANNE (1900-1914).

LE CONCOURS MÉDICAL

ORGANE HEBDOMADAIRE DES PRATICIENS
Groupés dans la Société « Le CONCOURS MÉDICAL » *et ses Filiales*

ADMINISTRATION & PUBLICITÉ

C. BOULANGER, administrateur

ABONNEMENTS :

France	24 fr.
Étranger	28 »
Étudiants (*France*)	12 »
Le numéro	50 cent.

Chèques Postaux Paris 167-95

DIRECTION

MM. les Drs A. GASSOT, *Directeur*; A. MAURAT; H. CEZILLY; J. NOIR; P. BOUDIN docteur en droit; M. VIMONT; G. DUCHESNE.

MM. P. CEZILLY, J. DUMESNY, licenciés en droit; C. BOULANGER.

RÉDACTION

J. NOIR, rédacteur en chef

Drs LACROIX et G. DUCHESNE, secrétaires de la rédaction

N.-B. — Les manuscrits, publiés ou non, ne sont pas rendus.

Rédaction et Administration : 132, rue du Faubourg St-Denis, PARIS (10e). Téléphone : Nord 48-17

Quarante-troisième année. N° 10 6 Mars 1921.

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

Office de Renseignements du « Concours »

Membres du Concours exerçant dans les stations hivernales

Nous rappelons à nos adhérents qu'il y a lieu de nous informer chaque année de leur désir de voir figurer leur nom sur cette liste.

MM. les docteurs :

Alger : Picard.
Antibes : Ribes.
Arcachon : Cazaban.
Arguel (Doubs) : H. et J. Bon.
Bandol : Marçon.
Beaulieu : Ricoux, Bertier.
Beausoleil : Audoly, Pizard.
Biarritz : Berne, Clavel Pierre.
Cambo-les-Bains : Colbert, Hamant.
Cannes : Abadie, Argueyrolles, Baradat, Bayle, Caruette, Fournier, Kent-Gazet, Verdalle.
Cannet (Le), près Cannes : Frank-Duprat, Oudaille, Seytre.
Cap-d'Ail : Lyons.
Chambon-de-Tence (Le) : Riou.
Fréjus : Turcan.
Grasse : Bossuet, Durond, Perrimond.
Hyères : La Bonnardière, Muranges, Minelle, Pierrhugues, Vidal.
Juan-les-Pins-Antibes : Stef.
La Seyne : Grandjean J. M., Jaubert.
Menton : P. de Langenhagen.
Monaco : Jolivet.
Monte-Carlo : Vivant, Alfonsi.
Nice : Ardoin, Baillon, Pr S. Baudry (*oculiste*), Gauvin, Constant, Delocque-Fourcaud, Dormoy, Gaudichon (*oto-laryng.*) Gruzu, Henry (*Rayons X*), Larue, Leriche Emile, Liotard, Noble J., Pietri, Seney, Sorel (*gyn. chir.*), Stefani.
Oran : Paire.
Pau : Bajac, Carcy.
St-Raphaël-Valescure : Caldaguès, Vadon.
Toulon : Pignet (*urol. derm.*), Regnault (*chir., gyn., orth.*).

DON. — Nous avons reçu à titre de don à la Société civile du *Concours médical*, de M. le Dr de FOURMESTREAUX à Chartres (Eure-et-Loir), la somme de vingt francs, pour bons offices du journal.

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum, aux* « demandes et offres ».

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne, qui est versé dans la caisse de la Société civile du Concours Médical). *Adresser un mandat ou mieux verser au compte de chèques postaux,* CONCOURS MÉDICAL, *Paris 167-95.*

Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse.**

N° 70. — Doct. à Paris, grand appart. bien situé prendr. enfant 5 à 10 ans. Vie famille. Education, instruction.

N° 71. — A vendre cause double emploi auto Brasier 10 HP 1910. 2 places, pas roulé guerre, 2 phares lentilles Ducellier, 2 lanternes cuivre B.R.C. neuves ; roue secours Stepney garnie, coffre, glace capote, bon état marche : 5000 fr. Dr Liabot à Cluny (S.-et-Loire).

N° 72. — A vendre une roue détachable Renault 1914 complète 815-105 avec enveloppe usagée et bonne chambre à air 300 fr. Dr Petit à Château-Thierry (Aisne).

N° 73. — Boîte de chirurgie gynécologique, miroir frontal. Beniqué, ophtalmoscope, ciseaux, occasion. S'adresser concierge, 31 rue Poliveau, Paris.

N° 74. — Médecin expérim. bon dentiste cherche poste méd. proph. suscept. constituer égal. centre dent. intéress ; le tout assur. rapp. minim. 35.000 fr.

N° 75. — Bonne clientèle dans préfect. région Est à céder sans indemnité, titulaire partant raison de famille. Conditions : reprise du bail expirant 1923. Achat mobilier et auto facultatif.

N° 76. — Torpedo Buire, état neuf, 12 HP Magneto Bosch., carburateur Zenith, jantes Michelin interchangeables. Roues 820-120. S'adresser Dr Jubien, Montreuil-aux-Lions (Aisne). Prix 19.000 fr.

N° 77. — Minndal. Cure d'air Docteur Staïcoff. Ouverte toute l'année. Alt. 566 m. 8 k. de Grenoble. Station tram Villars de Lans à la porte. Orientation sud-est, abritée des vents. Panorama sur Grenoble, vallées du Grésivaudan, du Drac ; chaîne des Alpes, Mont-Blanc. — S'adresser Mme Staïcoff 22 bis, rue Abbé-Grégoire Grenoble.

N° 78. — Très bonne petite clientèle à céder à Paris XVIIIe arr. Rapp. 2000 fr. par mois env. petit loyer, communications nombreuses et faciles. S'adresser Breitel et Goret, 1 rue Dante, Paris.

N° 79. — A céder dans région Ouest, clientèle de spécialité des maladies de l'estomac. Rapp. 60.000 fr. env. maison avec jardin et garage ; affaire très sérieuse. S'adresser à Breitel et Goret, 1 rue Dante, Paris.

N° 80. — Docteur cherche à Lyon collabor. ou situat. chez confr. ou dans clinique partic.

N° 81. — Saône-et-Loire. Raison de santé, à céder bon poste chef-lieu de canton : Rapport 28.000 environ susceptible d'augmentation. Pêche. Chasse. Pays très riche. Indemnité 9000.

CORRESPONDANCE

Les injections de novarsenobenzol.

L'usage du *novarsénobenzol* en injections intramusculaires, grâce à des préparations spéciales, est à l'ordre du jour (méthode Sicard).

J'ai expérimenté depuis six mois ce nouveau mode d'administration de l'arsenic par la méthode Sicard, (en l'occurrence le musclarsénol) et ai obtenu des résultats remarquables, merveilleux dans des cas de syphilis, d'abord, puis de scrofule et même de lupus ulcéreux. Un lupus datant de sept ans est en ce moment en rapide voie de cicatrisation ; mais — et voici l'importance de ma communication — la tolérance du muscle pour le sel arsenical n'a réellement lieu que pour les doses de 0.10 ou 0.15, à partir de 0 gr. 20, on a de grosses tuméfactions qui rappellent celles que produisait le salvarsan au début de sa carrière, en 1910, avant que l'injection intraveineuse ait décidément affirmé son exclusive supériorité.

Au résumé, les injections de 0.10 ou 0.15 intramusculaires sont à utiliser parfaitement ; mais pour les doses supérieures, il faut conserver l'injection intraveineuse par la méthode Ravaut.

Dr Roux.

Domaine de la loi sur les accidents du travail.

Je viens de soigner deux accidentés du travail, quel tarif dois-je leur appliquer : Tarif Breton ou tarif de la clientèle ordinaire ? Les deux patrons sont assurés.

1° Patron agriculteur. Blessé, journalier employé habituellement aux travaux de la culture, l'accident est survenu alors qu'il coupait du bois à l'aide d'une scie circulaire mue par un moteur inanimé.

2° Patron, boucher. Blessé, journalier ne s'occupant pas des travaux de la boucherie, s'est fait une coupure avec une serpe alors qu'il taillait une haie.

Dr C.

Réponse.

1° L'ouvrier agricole blessé par le fait d'une machine mue par un moteur inanimé est garanti par la législation spéciale sur les accidents du travail, bien que cette législation ne soit pas applicable, en général, à l'agriculture.

Par suite, si vous avez été choisi par cet ouvrier pour lui donner les soins nécessités par l'accident, c'est conformément au tarif Breton que vous devrez établir la note à réclamer au patron.

2° Par contre, bien que le boucher, qui est un commerçant, soit assujetti à la législation spéciale sur les accidents du travail pour les accidents survenus à ses ouvriers et employés dans l'exercice de sa profession, il n'en est pas de même pour les accidents survenus aux ouvriers qu'il peut employer pour des travaux de culture ou de jardinage. Le journalier qui a été blessé alors qu'il taillait une haie pour le compte du boucher n'est pas garanti par la législation spéciale et reste soumis au droit commun.

Par suite, c'est le tarif ouvrier local qui doit être appliqué dans l'espèce ci-dessus.

Accident non garanti par la législation spéciale.

Je vous adresse ci-jointe la réponse que m'a adressée la Cie en réponse à l'envoi de ma note concernant les soins donnés à l'ouvrier qui m'arriva avec le bulletin d'avis remis par son patron. A qui m'adresser pour être réglé ? L'ouvrier va sûrement refuser de payer, et puis, est-il solvable ? Veuillez me dire que faire.

Dr T.

Réponse.

S'il est exact, comme le prétend la Cie d'assurances, qu'il ait été jugé entre le patron et l'ouvrier que la loi de 1889 était inapplicable, l'affection dont l'ouvrier a été atteint ne pouvant pas être considérée comme la conséquence d'un accident du travail, vous ne pourriez utilement poursuivre le patron en paiement de vos honoraires en vous basant sur l'art. 4 de la loi, car il a été jugé par la Cour de Cassation que le chef d'entreprise peut opposer au médecin tous les moyens qu'il pourrait invoquer contre l'ouvrier lui-même, notamment celui tiré de l'autorité de la chose jugée dans une instance engagée entre lui et l'ouvrier (Cass. civ., 20 mars 1918).

D'autre part, le bulletin d'avis d'accident qui vous a été remis par l'ouvrier porte seulement que le patron vous informe que l'ouvrier déclare avoir été victime d'un accident et désire rece-

voir vos soins. Il n'y a donc pas d'engagement du patron envers vous et vous ne pourriez non plus avec chance de succès demander judiciairement au patron le paiement de vos honoraires en vertu du droit commun.

Il ne vous reste donc de recours que contre l'ouvrier, mais, comme il arrive souvent, l'insolvabilité de ce dernier peut rendre ce recours illusoire.

Pansements multiples.

Je viens d'être appelé à donner mes soins à plusieurs blessés accidentés du travail, atteints de brûlures sérieuses, d'une surface comparable à celle d'une main.

Me rapportant à l'art. 28 du tarif remplaçant le tarif Dubief, je vois que le prix du pansement est de 15 francs. Je désirerais savoir si le premier pansement seul peut être tarifé 15 fr. ou si tous les pansements suivants peuvent être comptés à ce prix. De plus, cet art. 28 énumère des actes qualifiés d'*actes chirurgicaux et médicaux spéciaux*.

Alors, quoique faisant, en fait, partie des actes que je suis appelé à remplir en pratique courante, me faut-il, malgré l'art. 15, diminuer de 25 % le montant des pansements ?

De plus, puis-je compter deux pansements à mon cabinet, soit 14 fr. par pansement, pour un blessé atteint à l'index droit et pouce gauche ?

Dr B.

Réponse

Chaque pansement de brûlure donne droit à l'allocation de l'art. 28 (15 fr. en 1re catégorie s'il s'agit d'une brûlure moyenne : main, pied, ou surface comparable), mais si le médecin traitant estime nécessaire une série de plus de cinq interventions, il doit, conformément à l'art. 7, en donner avis préalable, par lettre recommandée, au patron ou à son assureur substitué, car les pansements de brûlures sont classés dans les actes médicaux spéciaux.

Vous pouvez également compter deux fois l'honoraire alloué pour la consultation si vous avez effectué deux pansements distincts à deux doigts appartenant à deux mains différentes. Le cas de pansements multiples sur un même segment de membre prévu par l'art. 17 ne s'applique pas en effet. (Il ne s'agit pas de pansements de brûlures, car ce serait alors deux fois 10 fr., en première catégorie, art. 28, petite brûlure.)

Les actes portés à l'article 28 sont soumis à la diminution de 25 % pour la seconde catégorie.

Certificats médicaux exempts de timbre.

Dans le numéro du *Concours* du 6 février 1921, il est question dans les colonnes de la « Correspondance » d'une amende infligée à un confrère par l'inspecteur d'enregistrement pour un certificat non timbré.

Je crois qu'il serait bon, et j'en serais heureux pour moi-même, que vous rappeliez par la voie du *Concours* la liste exacte et complète des certificats à établir sur papier libre et de ceux qui nécessitent le papier timbré.

Dr T.

Réponse.

La liste des certificats exempts de timbre a été publiée dans toutes les éditions de notre Agenda-Memento du Praticien.

Elle figure à la page 168 de l'édition de 1921.

A propos du Tarif Breton.

Permettez à un de vos abonnés de prendre part à vos conversations sur le tarif Breton, ancien Dubief, qui ont paru dans vos numéros d'août à octobre.

Je commence par m'excuser du retard de cette lettre par rapport aux dates de ces numéros, mais mon éloignement en est la cause.

Je m'étonne que mes confrères pensent même à discuter le bien fondé de ce tarif. D'abord ce mot de tarif ! Qu'est-ce qu'un tarif à appliquer à des gens qui exercent une profession libérale, c'est-à-dire libres de prendre les prix qu'ils veulent ? Cela ne peut exister que si ces gens le veulent bien, car nul ne peut forcer un médecin à donner ses soins ; donc les législateurs qui ont pondu ces tarifs ont tablé avec la bonne volonté des médecins à accepter de gaîté de cœur un tarif préjudiciable à eux-mêmes.

Envisagés de cette façon, les tarifs qu'ils soient, Dubief ou autres, doivent être considérés comme inexistants et par conséquent non assurés.

Ceci dit, je vais vous expliquer la façon dont nous avons appliqué nos idées dans une commune du Loiret, où j'exerçais avant la guerre en compagnie d'un confrère.

Nous avons tenu aux compagnies d'assurances le langage suivant : « Etes-vous décidées à nous appliquer le tarif Dubief que nous ne voulons pas reconnaître ? Si oui, nous ne soignerons pas vos accidentés ou du moins nous ne leur délivrerons pas de certificats. Si non, nous vous appliquerons, nous, le tarif local élaboré par notre syndicat. »

Puis, aux accidentés, lorsque la réponse de leur Cie d'assurance n'était pas favorable, nous disions ceci : « Votre Cie refuse de nous payer, nous ne vous donnons pas de certificat, et les frais médicaux sont à votre charge. Vous devriez changer cette Cie

(*Voir la suite page XXXV-717*)



NOUVEAU SEL DE CHAUX
INJECTABLE, INDOLORE

Gaurol

RECALCIFICATION
INTENSIVE

Autofixation
dans les tissus du
Phosphate Tricalcique
naissant et
colloïdal.

Une ampoule de 1 cc
par jour
en injections sous-cutanées
ou intramusculaires.

Laboratoires PÉPIN & LEBOUCQ
30, Rue Armand-Sylvestre, COURBEVOIE (SEINE)

DRAEGER

PROPOS DU JOUR

L'inspection médicale des écoles et l'infirmière scolaire.

De tous côtés l'on cherche en France à organiser l'inspection médicale des écoles. Nous recevons chaque semaine des lettres où l'on nous demande des avis et des conseils. Les renseignements que nous avons pu recueillir de côtés et d'autres nous ont donné l'impression que des administrateurs bien intentionnés veulent tenter quelque chose, mais que pour eux ce quelque chose est souvent imprécis. Il est à craindre que beaucoup de ces tentatives n'avortent ou que, réalisées sans méthode et trop incomplètement, au lieu de constituer un progrès, elles n'en donnent que l'illusion.

Nous n'avons pas l'intention de faire ici un exposé complet de l'inspection médicale des écoles. Tout le monde sait qu'elle consiste d'abord en l'examen et la surveillance des locaux scolaires au point de vue de l'hygiène, mais que la sauvegarde de la santé des écoliers est son but, et que c'est surtout sur ces derniers que doit s'exercer la vigilance du médecin inspecteur. Pour cela le médecin inspecteur doit rédiger les fiches individuelles des nouveaux écoliers qui rentrent à l'école, il doit s'enquérir des motifs des absences de chaque élève quand cette absence est suspecte ou insuffisamment motivée. Il doit, en cas de maladie contagieuse, prendre et faire prendre toutes les mesures prophylactiques réglementaires, s'intéresser aux enfants débiles, à ceux qui présentent quelques tares ou infirmités, s'ingénier à y remédier. Il doit veiller à la propreté individuelle des élèves, à la destruction des parasites, pratiquer les revaccinations, s'intéresser à l'éducation physique, jeter un coup d'œil sur la cantine scolaire et faire, s'il y a lieu, des observations sur les aliments qu'on y prépare, etc., etc. Son rôle, on le voit par ce court et très incomplet résumé, est d'une importance capitale dans une école moderne, s'il est convenablement rempli.

Mais pour bien remplir ce rôle, il est de toute nécessité que le médecin soit aidé. Il convient en outre que son auxiliaire soit une personne intelligente, au courant de tout ce qui concerne l'hygiène en général et l'hygiène scolaire en particulier, qu'elle se consacre uniquement à ses fonctions assez absorbantes, si elle veut bien les remplir. Cet auxiliaire doit être l'infirmière scolaire.

Sans infirmière scolaire, l'inspection médicale sera toujours incomplète et partant peu efficace.

A Paris, avec un dévouement et une complaisance à laquelle nous sommes heureux de rendre hommage, la plupart des directeurs et des directrices s'efforcent de seconder le médecin inspecteur et de remplacer l'infirmière scolaire, mais le médecin, qui connaît l'école, sait la multiplicité des obligations des directeurs, il éprouve un scrupule à leur demander une collaboration trop étendue et, d'ailleurs, ils ne sont pas préparés à remplir le rôle de l'infirmière scolaire.

Quelques exemples feront d'ailleurs mieux saisir la nécessité de l'intervention de cette dernière.

Dans un groupe scolaire de 1.000 enfants environ qu'inspecte un médecin, il y a chaque jour, en temps normal, 30 ou 40 absences. Si ces absences durent plusieurs jours, il est de toute nécessité d'en connaître la cause et de faire une enquête à leur sujet. Souvent l'absence est causée par une maladie, maladie assez souvent transmissible, que les parents, par négligence ou par calcul, ne signalent pas à l'école. Ni le médecin, ni le directeur ne peuvent faire d'enquête, ils ne disposent pas du temps nécessaire. L'on se contente donc de demander aux enfants présents s'ils savent pour quelles raisons leur camarade est absent, ou l'on envoie aux renseignements la femme d'ouvrage. Quelles que soient l'intelligence et les qualités d'une femme d'ouvrage, elle n'est pas apte aux fonctions de visiteuse et d'enquêteuse ; elle rapporte trop souvent les racontars de la rue et des loges de concierge. Quelles mesures prophylactiques sérieuses prendre après avoir reçu pareils renseignements ?

Prenons un autre exemple, entre cent qui nous viennent sous la plume.

Le médecin scolaire constate au cours d'un examen ou d'une visite une déviation marquée de la colonne vertébrale d'une fillette. Il avertit la mère de l'enfant et lui conseille de la faire soigner. Peu aisée, travaillant dans un atelier,

la mère se décide à perdre une demi-journée pour aller consulter le chirurgien d'un hôpital d'enfants. Celui-ci conclut à la nécessité de faire faire de la gymnastique orthopédique et indique à la mère le cours de gymnastique qu'il a fait annexer à son service d'hôpital. L'enfant devra y être conduite une fois par semaine, et la mère pour soigner sa fille, devra perdre une demi-journée, si toutefois ses patrons veulent bien l'y autoriser.

Une séance de gymnastique par semaine pour redresser une colonne vertébrale, c'est évidemment insuffisant. Il conviendrait que la mère fît répéter chaque jour les mouvements qu'elle a vu faire exécuter à la petite infirme. Aura-t-elle le temps, l'intelligence, la volonté nécessaires pour obliger l'enfant à faire chaque jour une gymnastique qui n'est pas récréative du tout ? Or, dans un groupe scolaire, dix, quinze, vingt enfants se trouvent dans ces conditions. Quels services rendrait une infirmière scolaire qui consacrerait une demi-heure ou trois quarts d'heure chaque jour à diriger une séance de gymnastique médicale, à laquelle elle serait initiée et où elle aurait toujours comme guide un médecin scolaire et au besoin un chirurgien de l'hôpital ?

Nous voyons encore l'infirmière visitant tous les jours les classes des écoles dont elle aurait la charge et s'informant auprès de chaque maître des enfants chez qui l'on soupçonnerait quelque chose d'anormal. Elle les examinerait, les interrogerait, noterait ceux qui paraîtraient devoir exiger l'examen médical. Verrait-elle au cours de sa visite un enfant porteur d'un bobo, capable d'être la porte d'entrée d'une infection plus sérieuse ? Elle s'empresserait de lui appliquer un pansement propre. Constaterait-elle des parasites sur une tête ? Elle en débarasserait l'enfant par un lavage approprié et donnerait à ce sujet quelques conseils pratiques à la mère qui, par les soins du directeur ou du médecin, serait convoquée pour les recevoir.

Elle pèserait, toiserait les enfants, mesurerait leur périmètre thoracique, aiderait le médecin dans la rédaction des fiches. Elle irait enquêter à domicile sur les causes d'absences, visiter les enfants malades, elle expliquerait aux parents l'ordonnance du médecin traitant, veillerait à son application, ferait prendre les mesures d'hygiène indispensables. Ce serait elle qui conduirait l'enfant suspect chez le *médecin traitant* de sa *famille*, chez le *spécialiste*, au dispensaire, selon les cas, suppléant la mère dans le cas où celle-ci ne serait pas libre.

L'infirmière scolaire serait en un mot l'agent exécutif du médecin qui, sans son concours, quatre-vingt-dix fois sur cent, prêcherait dans le désert et se débattrait dans le vide.

Mais, pour remplir ce rôle et bien le remplir, il faut une femme intelligente, dévouée et instruite. Il faut même qu'elle ait reçu une éducation spéciale, qu'elle soit une *professionnelle*.

Il convient que sa situation soit assurée, qu'elle touche un traitement suffisant, qu'elle soit tout aussi considérée que les membres du corps enseignant. Elle devra obéir scrupuleusement au médecin, être aussi placée sous l'autorité des directeurs ou des directrices des écoles, avoir assez de tact pour faire silencieusement son utile besogne, sans porter dans les classes le trouble ni le désordre.

Elle ne peut faire tout cela qu'après avoir reçu une instruction professionnelle spéciale solide et une éducation morale élevée.

Cette infirmière scolaire professionnelle ne doit rien avoir de commun avec l'infirmière amateur qui, en gants blancs, en chaussures à hauts talons, légère et court vêtue, vient visiter l'école, pérorer avec les uns et les autres, cajoler les enfants s'ils sont gentils, troubler les classes et qui s'éclipse quand il y a un enfant à épouiller ou toute autre besogne désagréable à faire.

De ces infirmières amateurs, il ne nous en faut pas. De vraies infirmières existent ; il serait facile d'en dresser ; on pourrait, en France, les éduquer par centaines. Il suffirait d'avoir recours à quelques œuvres qui ont fait déjà leurs preuves, comme l'école des infirmières de la rue Amyot à Paris, l'école Florence Nightingal de Bordeaux ; l'on pourrait et l'on devrait multiplier les institutions semblables. Les municipalités ne perdraient pas leur argent en les subventionnant et en leur demandant le personnel dont elles auraient besoin. Ces infirmières scolaires, précieuses à la ville, le seraient encore plus à la campagne, l'expérience faite dans les régions libérées est concluante.

Que nos lecteurs veuillent bien se reporter aux « Propos du jour » que nous avons déjà écrits sur ce sujet ; notamment sur le service d'hygiène du Comité américain de Soissons.

Mais il ne faut pas reprocher à l'utile institution de l'infirmière scolaire les méfaits de femmes sans instruction spéciale et sans éduca-

tion suffisante que l'on a dotées de ce titre et tenté d'employer comme telles. Pour être une bonne infirmière et surtout une bonne infirmière scolaire, il convient de faire au moins deux années d'études spéciales, après avoir reçu déjà au moins une instruction primaire supérieure. Il ne viendra jamais à l'idée d'une personne sérieuse de se servir des méfaits d'un rebouteux pour condamner l'exerciee de la profession médicale, or l'infirmière sans instruction professionnelle et sans éducation, est exactement à l'infirmière véritable ce qu'est le rebouteux au médecin.

J. NOIR.

Les décorations.

Le *Journal Officiel* a publié une longue liste de décorations du ministère de la guerre et un nombre très appréciable de nos confrères se sont vu conférer la rosette d'officier ou la croix de chevalier de la Légion d'honneur.

Nous les en félicitions bien sincèrement. Ceux qui nous connaissent savent que nous n'attribuons aux décorations de toutes sortes, surtout à celles accordées aux civils à force d'intrigues et de démarches, que la valeur qu'elles méritent et que, pour notre propre compte, nous n'éprouverions pas la plus petite satisfaction à être décoré. Mais nous considérons que les confrères qui ont reçu de récentes distinctions sont tous des gens qui se sont volontairement dévoués pour soigner nos soldats, que certains ont fait, pour se rendre utiles, de très lourds sacrifices, auxquels la plupart n'étaient pas tenus, et qu'il était du devoir étroit du gouvernement de la République, de leur exprimer la reconnaissance du pays, en se servant du seul moyen qu'il ait à sa disposition. Aussi nous applaudissons sans réserves au geste de M. le ministre de la guerre, regrettant quelques oublis inévitables qui, nous l'espérons, seront réparés,

J. N.

PARTIE SCIENTIFIQUE

CLINIQUE MÉDICALE

Leçons cliniques sur la pression artérielle (1).

Grande supériorité des méthodes auscultatoire et palpatoire sur la méthode oscillatoire *pour* la détermination de Mx (2).

Par le Dr Camille LIAN,

Médecin des Hôpitaux de Paris
(Consultation de l'Hôpital Tenon).

Après avoir entendu mon exposé sur la détermination si complexe de la Mx par la méthode oscillatoire, votre attention va maintenant se reposer, tandis que je vais vous décrire la technique si simple, si précise, de la méthode palpatoire de Riva-Rocci et de la méthode auscultatoire de Korotkow.

Les notions générales, qui président à l'application de ces deux méthodes auscultatoire et palpatoire, sont tellement simples, qu'elles peuvent s'exprimer en une seule phrase.

Vous gonflez la manchette jusqu'à ce que vous ayez supprimé les pulsations artérielles en aval du segment de membre comprimé. Puis vous décomprimez par *à-coups cette manchette jusqu'à* ce que, par la palpation de l'artère radiale ou par l'auscultation de l'artère humérale, vous ayez noté la réapparition des pulsations artérielles.

C'est un fait d'observation que cette réapparition des pulsations artérielles se produit avec une très grande netteté, et que d'emblée, au moment où les pulsations réapparaissent, elles sont assez franches pour être de constatation facile. Il n'y a pas lieu de commenter, de développer ces notions générales sur la méthode de Riva-Rocci. Elles se suffisent par leur simplicité et par leur précision.

Comparaison, au point de vue pratique, des méthodes auscultatoire et palpatoire avec la méthode oscillatoire.

Nous sommes maintenant à même de comparer, au point de vue pratique, les facilités ou les pifficultés d'application, d'une part de la méthode

---

(1) Ces leçons cliniques du Dr Lian ont lieu à l'amphithéâtre des cours de l'Hôpital Tenon les 2e et 4e lundis de chaque mois à 11 heures.

(2) Fin de la deuxième leçon, recueillie le 10 janv. 1921 par M. Pierre Cahen, externe des Hôpitaux et revue par M. Lian. (Voir les nos 6, 7 et 9 du *Concours méd.* 1921).

oscillatoire, et d'autre part des méthodes palpatoire et auscultatoire, qui ne sont que des variantes l'une de l'autre. *Il me paraît d'une évidence criante que la facilité d'application, la précision des résultats des deux méthodes auscultatoire et palpatoire s'opposent aux difficultés, aux hésitations et même aux erreurs qui sont le lot fatal de la méthode oscillométrique.*

En raison des difficultés d'appréciation que l'on rencontre, de la nécessité de choisir dans une gamme d'oscillations croissantes le moment où la progression va s'accentuer, il n'est pas douteux que *se servir de la méthode oscillatoire pour mesurer la maxima, c'est ouvrir démesurément la porte aux facteurs personnels.*

Or n'a-t-on pas été enthousiasmé, lors de l'apparition des sphygmomanomètres à manchette, pour cette raison principale qu'ils paraissaient faire cesser le facteur personnel, qui intervient si grandement avec le petit appareil Potain. Seules, les méthodes auscultatoire et palpatoire ont répondu à cet espoir. Avec elles, en effet, un chiffre net s'impose. *On n'a pas à discuter, on est obligé de lire la Mx auscultatoire ou palpatoire au moment où les pulsations artérielles, d'abord éteintes, réapparaissent brusquement.*

D'ailleurs, et c'est là une vérité de La Palice, il est évident qu'une méthode qui table sur la présence ou l'absence d'un phénomène, en l'espèce les pulsations artérielles, va fatalement être plus précise qu'une méthode qui table sur les variations d'importance de ce même phénomène, les pulsations artérielles.

Pour trouver pratique la méthode oscillatoire, il faut ignorer ses difficultés et ses erreurs, et ne pas s'être beaucoup servi des autres méthodes.

Après de longues recherches comparatives sur la mesure de la Mx qui m'ont montré l'excellence des méthodes auscultatoire et palpatoire, et la médiocrité de la méthode oscillométrique, j'en arrive même à me demander comment la méthode oscillométrique a pu se répandre.

La principale raison est, je crois, que la quasi totalité des médecins ne connaissent que la formule classique ayant vulgarisé cette méthode. Dans les nombreux cas où les oscillations passent par les 3 phases envisagées plus haut, au lieu de lire la Mx au début de la 3e phase, lecture exacte mais délicate, ils placent la Mx au début de la 2e phase, détermination assez facile mais inexacte. Ils font donc ainsi des erreurs fréquentes de 2, 4, 5 cm. de Hg., mais ne s'en aperçoivent pas, parce qu'ils emploient la méthode oscillométrique sans la contrôler par une autre. Ils continuent à la trouver assez simple et bonne, parce qu'ils ignorent ses difficultés et ses erreurs.

Beaucoup de médecins, cependant, sentent les difficultés et le caractère un peu arbitraire de la détermination de la Mx oscillatoire. Mais ils s'y résignent parce qu'ils croient que seule la méthode oscillatoire permet de bien mesurer la Mn. Or c'est là une autre erreur, puisque, comme je vous l'ai montré, la méthode auscultatoire est aussi bonne et même un peu meilleure que la méthode oscillatoire pour la mesure de Mn.

Il est probable aussi que peu de médecins se sont astreints à employer simultanément chez beaucoup de malades les diverses méthodes sphygmomanométriques. Ils ont appliqué la méthode oscillométrique qui a paru un instant être la seule exacte, et la seule permettant la mesure de Mn. Presque tous les médecins ont été impressionnés en effet par la condamnation solennelle de la méthode de Riva-Rocci que fit le Professeur Pachon, et cependant cette condamnation ne reposait que sur une hypothèse inexacte, comme je l'ai montré depuis.

Conclusion pratique.

Je m'arrête dans ces considérations, et je conclus de toutes les données envisagées que, *pour la détermination de Mx, sujet de la leçon d'aujourd'hui, les deux méthodes auscultatoire et palpatoire se classent cent coudées au-dessus de la méthode oscillatoire : elles sont véritablement les deux méthodes dont l'emploi s'impose.*

Comparaison au point de vue scientifique des méthodes auscultatoire et palpatoire avec la méthode oscillatoire.

Il me reste à envisager si ma conclusion, basée sur des considérations pratiques, est susceptible d'être ébranlée par des considérations scientifiques. Je ne le pense pas, car je crois avoir démontré l'exactitude de la méthode de Riva-Rocci. Tel est le point que je vais aborder maintenant.

Je rappellerai d'abord que la méthode oscillométrique donne pour Mx des chiffres supérieurs, de 2 à 3 cm. de Hg. en moyenne, à ceux fournis par la méthode palpatoire de Riva-Rocci et par la méthode auscultatoire de Korotkow. La raison de cette différence apparaîtra dans le cours de la discussion qui va suivre.

Exactitude des méthodes explorant les pulsations artérielles en aval de la manchette.

Au moment où M. le Pr Pachon fit ses recherches sur la méthode oscillométrique et présenta son oscillomètre, il sembla que l'exactitude de cette méthode était évidente, et que l'exploration des pulsations artérielles en aval de la manchette n'avait pas la moindre valeur. La méthode de Riva-Rocci paraissait avoir reçu le coup de grâce.

En réalité, M. Gallavardin et moi, nous avons remarqué que cette condamnation solennelle de la

méthode de Riva-Rocci reposait exclusivement sur une hypothèse.

M. Pachon, reliant son oscillomètre à une manchette brachiale, nota que les oscillations étaient déjà grandes et d'une amplitude croissante, tandis que les pulsations de l'artère radiale n'étaient pas encore perceptibles. Tel est le fait indiscutable et facile à vérifier.

Hypothèse de M. Pachon condamnant les méthodes auscultatoire et palpatoire.

L'interprétation de M. Pachon fut que, pendant la décompression du brassard brachial, le sang passait à l'avant-bras bien avant que le pouls radial ne fût perceptible, le brassard amortissant les pulsations de l'ondée sanguine. Il en résultait que la méthode de Riva-Rocci donnait des chiffres beaucoup trop faibles, reposait sur une base erronée. Ainsi dans un cas où Mx oscillatoire = 16, Mx auscultatoire et palpatoire = 13, les choses se passeraient ainsi : pour une contre-pression de 19, 18, 17, les oscillations sont petites et égales, la manchette écrase l'artère humérale qui, en amont de la manchette, bat et transmet ses battements au bord supérieur de la manchette. Puis à 16, l'artère humérale n'est plus écrasée, le sang franchit la manchette, il coule à l'avant-bras, mais sans battre, il en est de même à 15, à 14, et c'est seulement à 13 qu'on note des pulsations artérielles humérales et radiales en aval de la manchette.

Telle était l'interprétation, c'est-à-dire l'hypothèse conçue pour expliquer le fait cité plus haut.

Hypothèse de MM. Gallavardin et Lian condamnant la méthode oscillatoire.

M. Gallavardin et moi avons proposé une autre hypothèse : Quand la lumière artérielle est tout juste effacée dans la partie centrale de la manchette, elle ne l'est pas aux extrémités supérieure et inférieure de la manchette. Il y a tous les intermédiaires entre l'artère complètement béante en amont de la manchette, et l'artère complètement écrasée au centre de la manchette. Par conséquent, le sang pénètre un peu sous la manchette, les oscillations augmentent d'amplitude alors que l'artère est encore écrasée sur une partie de son trajet. Au contraire dès que l'artère n'est plus écrasée au centre de la manchette, le sang s'écoule en jet pulsatile en aval de la manchette. Conclusion : la méthode oscillométrique surestime beaucoup la Mx, la méthode de Riva-Rocci est pratiquement exacte.

Ainsi dans un cas où Mx oscillatoire = 16, Mx auscultatoire = 13, les choses se passeraient ainsi : Pour une contre-pression de 16, le sang pénètre seulement sous la portion toute périphérique de la manchette, alors que l'artère humérale est encore écrasée sur une longue étendue. Puis à 15 il pénètre un peu plus loin, à 14 de même : d'où des oscillations croissantes à 15 et à 14. Mais c'est seulement pour une contre-pression de 13 que l'artère humérale cesse d'être écrasée dans la partie centrale de la manchette : en même temps les pulsations artérielles réapparaissent en aval de la manchette dans l'humérale et dans la radiale. Cette hypothèse de Gallavardin et Lian fait considérer la méthode de Riva-Rocci comme exacte, et la méthode oscillatoire comme erronée.

Jusqu'alors les partisans des deux méthodes n'avaient apporté que des arguments, des hypothèses à l'appui de leur opinion. A vrai dire, divers auteurs, comme Dehon, Dubus et J. Heitz avaient introduit chez un opéré, dans une artère, une canule reliée à un manomètre à Hg, et trouvé pour Mx un chiffre sensiblement égal à celui fourni par la méthode de Riva-Rocci. Ces résultats étaient intéressants, mais non décisifs, puisqu'on pouvait objecter que le manomètre à Hg est un mauvais instrument de mesure pour des pressions variant très rapidement, en raison de l'inertie de la colonne de mercure (Marey). Toutefois cette cause d'erreur avait été évitée par Muller et Blauel qui, dans certaines de leurs expériences faites sur l'homme, avaient relié à un manomètre métallique l'artère à explorer.

Expériences démontrant l'exactitude de l'interprétation de Gallavardin et Lian.

C'est dans ces conditions que, par deux séries d'expériences, j'ai établi l'inexactitude de l'hypothèse de M. Pachon, et l'exactitude de l'hypothèse de Gallavardin et Lian.

La première série a été faite sur plusieurs adultes sains ou malades.

Un doigt est entouré, de l'extrémité à la racine, avec une bande de caoutchouc pour en chasser le sang. Pendant que le doigt est ainsi enserré, on introduit dans la manchette brachiale de l'air sous une pression de 20 cm. de Hg. Puis on libère le doigt. Celui-ci est complètement exsangue. On baisse la pression progressivement dans la manchette. De 16 à 13, l'oscillomètre de Pachon, relié à la manchette brachiale, marque des oscillations franchement croissantes, mais le doigt est encore exsangue ou à peu près, l'artère radiale ne bat pas. Enfin, pour une pression de 12 cm de Hg dans la manchette, en même temps que les pulsations radiales apparaissent, le doigt exsangue devient immédiatement d'un beau rose.

Cette expérience tend à prouver : 1° que, dans un cas où la Mx oscillatoire est de 16, lorsqu'on décomprime la manchette brachiale de 16 à 13 cm. de Hg, le sang ne franchit pas cette manchette et n'arrive pas à l'avant-bras ni à la main ; 2° qu'au contraire, il ne franchit la manchette humérale et ne se précipite d'un seul coup jus-

qu'à la main, qu'au moment précis où la méthode de Riva-Rocci indique Mx, soit 12 cm. de Hg.

La deuxième série d'expériences a été faite sur des chiens, avec la collaboration de mon ami L. Morel.

Sur un chien dont l'artère tibiale antérieure a été découverte et liée, et dont la cuisse est entourée d'une manchette reliée à un oscillomètre, on détermine la Mx oscillatoire = 19, et la Mx Riva-Rocci = 15. Lorsque, par la suite, la tibiale antérieure a été sectionnée au-dessus de la ligature, on constate qu'elle ne laisse pas couler de sang, quand pour une contre-pression fémorale de 19 l'oscillomètre indique la Mx oscillatoire. C'est seulement pour une contre-pression fémorale de 15 1/2 ou 15 que le sang s'écoule par l'artère sectionnée, et d'emblée ou à peu près le sang s'écoule en jet pulsatile.

Ces expériences montrent donc que l'exploration des battements artériels en aval d'une manchette renseigne bien sur le moment où l'artère cesse d'être écrasée par la manchette, et que la méthode oscillatoire fait lire Mx pour une contre-pression supérieure de plusieurs centimètres à la contre-pression pour laquelle l'artère cesse d'être écrasée. Or, mesurer Mx, c'est déterminer la contre-pression pour laquelle la manchette progressivement dégonflée n'écrase plus l'artère. Par conséquent les méthodes palpatoire et auscultatoire mesurent correctemeut Mx, tandis que la méthode oscillatoire surestime Mx et, qui plus est, risque de la surestimer d'une façon variable.

En somme, j'ai établi ainsi l'exactitude de la méthode qui se base pour déterminer la Mx sur l'exploration du pouls artériel en aval du segment de membre comprimé. (Méthode palpatoire de Riva-Rocci, et sa variante méthode auscultatoire de Korotkow).

Conclusion générale.

Par conséquent les considérations scientifiques s'ajoutent aux constatations pratiques pour souligner l'excellence des méthodes auscultatoire et palpatoire.

La conclusion de cette étude est donc que pour la détermination de la pression artérielle maxima, la méthode oscillométrique est un procédé médiocre, tandis que les méthodes auscultatoire et palpatoire représentent les procédés de choix, dont l'emploi s'impose.

CLINIQUE INFANTILE

Hôpital des Enfants-Malades :
M. le professeur MARFAN.

La pathogénie de l'hypothrepsie et de l'athrepsie.

Poursuivant l'étude des états de dénutrition infantile, j'aborderai aujourd'hui la question de la pathogénie de l'hypothrepsie et de l'athrepsie. C'est un sujet à la fois complexe et important, qui fournit des données intéressantes quant à l'hygiène alimentaire des enfants du premier âge.

Deux faits fondamentaux sont essentiels à rappeler. Le premier de ces faits est le suivant : la physiologie pathologique de l'hypothrepsie et de l'athrepsie est semblable à celle qui intervient chez l'animal en état d'inanition. Lorsqu'on prive un animal d'aliments, il est amené à vivre sur sa propre substance, par autophagie. Les premiers éléments qu'il consomme sont les hydrates de carbone. Ces hydrates de carbone sont représentés par le sucre du sang, le glycogène des muscles, etc. En réalité, seul le sucre du sang diminue un peu, et encore dans une mesure limitée, selon une réserve assez vite atteinte, la proportion disponible étant minime. L'organisme, à ce moment, attaque son tissu graisseux et consomme sa graisse. Lorsque, après un temps plus ou moins long, la réserve graisseuse est épuisée, ce sont les substances protéiques qui sont touchées, et l'on voit apparaître, comme conséquence, la déminéralisation et la déshydratation. Si nous nous reportons au tableau de l'hypothrepsie et de l'athrepsie, nous remarquons que les choses se passent de la même manière. Nous pouvons difficilement apprécier la diminution des hydrates de carbone, mais nous constatons l'attaque du tissu graisseux, puis la déminéralisation et la déshydratation terminales.

Cependant, entre l'athrepsie et l'inanition, des différences existent. Dans l'hypothrepsie et l'athrepsie, la marche de la dénutrition peut se poursuivre, alors même qu'il n'y a plus de troubles digestifs et que l'enfant reçoit une nourriture normale. Voilà un fait à expliquer.

Le second fait fondamental, en matière de pathogénie de l'athrepsie est celui-ci. Chez l'enfant au sein, on n'observe que des degrés modérés de dénutrition, et la dénutrition avancée se voit seulement chez le nourrisson privé du sein. C'est chez ce dernier uniquement que l'hypothrepsie et l'athrepsie peuvent poursuivre leur marche comme je l'indiquais tout à l'heure, malgré l'absence de troubles digestifs et une alimentation redevenue normale. L'athrepsie vraie, en

définitive, ne se rencontre que chez les nourrissons privés du sein.

L'enfant au sein ne se développe pas comme l'enfant privé de sein. Le premier, même bien portant, diffère du second par une série de caractères. Si vous examinez deux nourrissons du même âge et du même poids, l'un élevé au sein, l'autre au lait de vache, vous constatez des différences. L'enfant au sein a une chair rose, ferme, un bon état de contraction musculaire. L'enfant privé de sein a une chair pâle, molle, et un certain degré d'inertie musculaire. Si vous jugez de l'état de la digestion par les matières fécales, vous notez que, chez l'enfant au sein, les selles sont demi-molles, jaune d'or, sans odeur putride, à réaction acide, avec une flore bactérienne très simple, constituée presque exclusivement par du bacillus bifidus. L'enfant élevé au biberon, au lait de vache, a des selles épaisses, compactes, jaune plus pâle, d'odeur putride, à réaction alcaline ou neutre, à flore bactérienne plus variée, comprenant souvent du bacterium coli, de l'entérocoque, du bifidus, etc.

La croissance aussi n'est pas semblable. L'enfant au sein atteint son poids normal par une courbe régulière. L'enfant privé de sein l'atteint par soubresauts, par une courbe en clochers et en escaliers. Enfin, je vous rappelle que les excrétions de l'enfant au biberon sont également particulières. Le nourrisson élevé au lait de vache a un excès de chaux, de phosphore et de produits azotés dans l'urine, ce qui s'explique aisément, le lait de vache étant plus riche que le lait de femme en caséine et en substances minérales.

Les différences que je viens de signaler ne peuvent pas être attribuées à une absorption insuffisante. On voit, en effet, des enfants nourris au lait de vache faire une croissance normale. L'enfant privé de sein arrive ainsi à se développer, *malgré les irrégularités* dont je parlais il y a un instant, à condition qu'il ne survienne pas d'incident, de trouble, de maladie intercurrente.

Voilà ce que donne l'allaitement artificiel le mieux réussi. Mais ce résultat n'est pas toujours atteint. L'enfant privé de sein est particulièrement disposé aux affections digestives. Elles sont, chez lui, plus fréquentes et plus graves. Il a en outre une réceptivité spéciale aux infections, à la broncho-pneumonie, aux pyodermites. Son sérum a des propriétés bactéricides moindres et il renferme moins d'alexines, moins de cholestérine que le sérum de l'enfant au sein. Enfin, et c'est peut-être là le caractère le plus marquant de son état, il offre une prédisposition spéciale à la dénutrition, une disposition à l'hypothrepsie et à l'athrepsie, quand il est alimenté insuffisamment ou qu'il est malade.

Pourquoi le lait animal ne peut-il pas remplacer le lait humain ? Ce problème, qui nous conduit à la pathogénie de l'hypothrepsie et de l'athrepsie a fait l'objet de nombreux travaux et a donné lieu à des théories assez diverses, dont la plupart contiennent une part de vérité et une part plus ou moins grande d'hypothèse, et dont l'une — celle du lait aliment spécifique — semble plus plausible que toutes les autres.

Pour expliquer l'infériorité du lait animal dans l'allaitement infantile, on a mis en avant, il y a un demi siècle, la théorie chimique. Si nous considérons la composition chimique des laits de vache et de femme, nous remarquons d'abord, une grande différence portant sur la caséine et les azotés. Le lait de vache contient presque trois fois plus de caséine que le lait de femme. Mais, il n'y a pas seulement différence de quantité, il y a aussi différence de qualité. Le caillot du lait de vache, vomi par l'enfant au biberon, est compact et volumineux. Celui du lait vomi par l'enfant au sein est fin et granuleux. De même si l'on fait agir *in vitro* de la présure sur du lait de femme et du lait de vache.

Frappé de ces différences, on a attribué, il y a une soixantaine d'années, à la caséine, toute l'infériorité du lait de vache. De là sont nées les tentatives de modifications de ce lait. On a proposé de le diluer (lait coupé), de le prédigérer (laits humanisés, maternisés). Les essais en question ont donné quelques résultats, sans cependant modifier les caractères généraux observés chez le nourrisson élevé au biberon. Certes, l'excès de caséine est une cause d'indigestibilité du lait, mais on ne saurait aller plus loin dans cet ordre d'idées.

La théorie chimique avait perdu sa faveur, et Parrot était revenu au lait de vache pur, lorsque, à l'avènement des théories microbiennes, on accusa à nouveau et à un autre point de vue la caséine. Les selles de l'enfant au sein sont acides et non putrides, vous ai-je dit, tandis que les selles de l'enfant au biberon sont alcalines ou neutres et putrides. On soutint alors l'idée d'une sorte d'auto-intoxication par la caséine du lait de vache. Là, encore, existe un facteur qui n'est pas à négliger, sans être le plus important. Si on nourrit un enfant ayant des troubles digestifs, avec de la bouillie maltée et peu de lait de vache, les progrès de la dénutrition continuent. Avec le babeurre (qui est un lait modifié, contenant toute sa caséine), le développement se fait mieux. L'excès de caséine et sa qualité interviennent certainement, mais ils ne sont pas les éléments principaux du problème.

Il y a vingt ans, un médecin allemand accusa le beurre du lait de vache de provoquer tous les troubles de l'allaitement artificiel. Il y a dans le beurre du lait de vache plus d'acides gras volatils que dans le beurre du lait humain. Or, ces acides gras sont irritants. Czerny alla plus loin et parla d'une intoxication acide, fondant là-des-

sus une pathogénie de l'athrepsie. Je n'insisterai pas sur cette notion toute hypothétique.

Telles sont les théories chimiques. Il n'est pas douteux que les facteurs invoqués sont des facteurs de troubles digestifs. Mais, les troubles digestifs s'observent aussi chez l'enfant au sein, et n'aboutissent pas à l'athrepsie. De la critique de ces théories chimiques sont sorties les théories biologiques. La première fut émise il y a un quart de siècle par Heubner. Cet auteur partit de ce principe que l'enfant privé du sein a besoin de plus de calories que l'enfant au sein. Il faudrait au premier une ration supérieure parce que la digestion et l'assimilation du lait de vache fatiguent l'épithélium intestinal et les tissus, d'où troubles des échanges et origine de l'hypothrepsie et de l'athrepsie. Il est exact que la digestion et l'assimilation du lait de vache exigent un effort plus grand, mais cela pourrait, tout au plus, expliquer les cas — exceptionnels d'ailleurs — d'atrophie primitive, c'est-à-dire d'athrepsie sans trouble digestif préalable, par seule privation du sein.

Ce qu'aucune de ces théories ne peut satisfaire, la conception du *lait aliment spécifique*, portant en soi ses enzymes propres à l'espèce, peut le donner. Cette conception, j'ai contribué à l'établir depuis une dizaine d'années, et je voudrais vous en donner sommairement les grandes lignes. Le lait ne sort pas de la mamelle inerte, mais vivant, renfermant des enzymes, des enzymoïdes, des substances qui sont des émanations de la vie cellulaire, des amylases, lipases, des alexines, sensibilisatrices, etc. Or, toutes ces substances ne sont pas constantes dans tous les laits et diffèrent suivant l'espèce. On en trouve la preuve dans l'expérience de Bordet. En 1898, Bordet publia dans les *Annales* de l'Institut Pasteur un mémoire sur l'agglutination. Il y expose une expérience qui devint l'origine de toute une série d'études. Ayant injecté à un lapin du lait de vache tous les 3 ou 4 jours, et 3 ou 4 fois de suite, il vit que le sérum du lapin offrait la propriété de coaguler le lait de vache. Le point capital de l'expérience est que cette propriété est spécifique : le sérum n'est précipitant que pour le lait de vache ; il ne l'est pas pour le lait de femme ou le lait de chèvre. De même, si on injecte du lait de chèvre, on obtient un sérum précipitant pour le seul lait de chèvre.

Deuxième point. La muqueuse digestive est capable d'absorber ces substances (enzymes, enzymoïdes, etc.), d'une façon toute spéciale toutefois. C'est ainsi que dans le tube digestif du nourrisson, l'absorption n'est nette que pour les enzymes du lait de femme.

Tels sont les bases sur lesquelles se fonde la doctrine du lait aliment spécifique. Voyons succinctement ce qu'est cette doctrine. Vous savez que la transformation des matières alimentaires est l'œuvre des ferments, au niveau du tube digestif et au delà. Or, particularité importante, ces ferments sont moins actifs chez les nouveau-nés et les nourrissons que chez les adultes. Le nourrisson a une fonction zymogénique faible. Heureusement, la nature a pourvu à cette insuffisance. Le lait de femme, de digestion facile, n'exige pas de ferments très actifs. De plus, ce lait renfermant des enzymes et des enzymoïdes le nourrisson n'en a pas grand besoin. Une des grandes différences du lait de vache et du lait de femme, est la présence de ces substances spécifiques (enzymes, enzymoïdes), déficientes dans le lait de vache.

Cette doctrine éclaire les faits. Je me bornerai à la pathogénie de l'hypothrepsie et de l'athrepsie. La fonction zymogénique, toujours fragile chez l'enfant, sera plus facilement troublée encore chez l'enfant privé de sein. Les conséquences de l'altération ou de la disparition de la fonction zymogénique se présenteront ainsi : un enfant dont les ferments auront été amoindris par une maladie, s'il est au sein, recevra avec le lait de la mère des enzymes et des enzymoïdes ; s'il est privé de sein, il aura, taries, les deux sources d'enzymes et d'enzymoïdes. Il n'en produira plus parce qu'il est malade, et il n'en recevra pas avec le lait. Ceci explique bien la prédisposition à l'athrepsie du nourrisson privé du sein. C'est pourquoi aussi, un enfant très jeune ou peu vigoureux est plus disposé à l'hypothrepsie et à l'athrepsie. La fonction zymogénique, très faible chez l'enfant très jeune, tombera rapidement. L'enfant de 5 ou 6 mois ou l'enfant vigoureux produisant plus facilement ces enzymes souffrira moins de la privation du sein. Ainsi, la doctrine du lait aliment spécifique explique toute une série de faits.

Reste une dernière théorie : l'hypothèse de l'intoxication alimentaire. Je vous en parle parce qu'elle a eu un grand succès en Allemagne avant la guerre. Elle est basée sur cette prémisse que tout aliment qui ne subit pas dans le temps et le lieu les étapes normales devient un poison et cause une intoxication.

L'enfant serait ainsi intoxiqué par l'aliment lui-même. Cherchant quelles étaient les substances les plus nuisibles, à ce point de vue, dans le lait de vache, les promoteurs de cette doctrine ont admis que ce n'était pas la caséine, mais le beurre pour une part, le sucre et les substances minérales pour une autre part. Nous sommes là dans l'hypothèse pure. La conclusion a été la création d'un nouvel aliment, le lait albumineux, où l'on a supprimé le sucre et les éléments minéraux. Ce lait albumineux, considéré d'abord comme une panacée, a perdu peu à peu ses partisans. Nous l'avons essayé ici et il n'a présenté aucun avantage sur le babeurre. Une partie du succès du babeurre dans la thérapeutique a été cause de notre doctrine. Le babeurre a été intro-

duit, vous le savez, empiriquement dans la diététique des troubles digestifs des nourrissons. L'attention fut appelée sur ce produit par un médecin hollandais en 1866, qui remarqua que les paysans, en Hollande, donnaient du babeurre aux enfants atteints de troubles digestifs.

Telles sont les théories émises pour expliquer la pathogénie de l'hypothrepsie et de l'athrepsie. Il était intéressant que je vous en parle. Elles m'ont permis de vous montrer ce qui sépare l'enfant au sein de l'enfant privé du sein et de vous exposer la doctrine du lait aliment spécifique, dont la connaissance conduit dans des voies de recherches nouvelles.

Leçon recueillie par le Dr P. LACROIX.

NEUROLOGIE

L'hyper et l'hypothermie d'origine nerveuse ou réflexe,

Par L. PRON.

Le terme : hyperthermie n'est pas synonyme de fièvre. La *fièvre* consiste en une augmentation de la température du corps, avec une exagération des combustions, une désintégration azotée et des modifications consécutives dans les sécrétions. L'*hyperthermie* n'est que la simple élévation de température, sans perturbations organiques.

La fièvre ne saurait exister en dehors des états infectieux ou organiques. En est-il de même de l'hyperthermie ? Celle-ci peut-elle se montrer, comme conséquence d'une irritation des centres nerveux, cérébro-rachidiens ou sympathiques ?

Ce n'est pas là une question de doctrine, mais de pratique. Devant un malade, qui fait de la température, par accès isolés ou de façon suivie, est-il toujours besoin de rechercher une lésion, une inflammation ou une infection ?

Voyons d'abord quelques faits, en commençant par l'*hyperthermie hystérique*.

Des cliniciens, tels que BARIÉ, BRIAND, CHARCOT, DEBOVE, LABADIE-LAGRAVE, etc... (1), en ont publié des observations ; celles-ci concernent toutes des femmes.

COMBY (2) a publié le cas d'une fillette de 13 ans, chez laquelle survint une élévation de température, qui fit songer à une poussée de péritonite bacillaire et qui alla jusqu'à 44°5, sans que pourtant la santé générale fût très altérée. La guérison eut lieu, sous l'effet d'une suggestion indirecte.

(1) *Traité de pathologie générale* de BOUCHARD, T. III, p. 64.

(2) *Bulletins et mémoires de la Société médicale des hôpitaux de Paris* (1906) p. 493-501.

RAYMOND (1) a vu une jeune fille, atteinte de coxalgie hystérique, présenter de l'hyperthermie, seulement du côté malade.

A l'étranger, César JUARROS, de Ceuta (2), a publié le cas d'une jeune femme, qui avait, chaque soir, une température axillaire de 39° à 40°. Un examen approfondi ne permit de relever que des stigmates de dégénérescence et d'hystérie : voûte palatine ogivale, abolition du réflexe pharyngé, plaques d'anesthésie sur les membres, boule œsophagienne, hyperesthésie du creux épigastrique, tic clonique des commissures labiales. Cette hyperthermie fut observée plusieurs fois pendant le sommeil, ce qui permit d'écarter toute idée de supercherie.

VON VOSS (3), à l'occasion de deux cas de fièvre hystérique, observés dans le service de RYBALKIN, à Saint-Pétersbourg, conclut que l'hyperthermie constitue un symptôme des formes graves de cette névrose. Aux critiques consécutives de STRUMPELL, qui rejetait complètement l'idée et la possibilité de fièvre hystérique, il répondit en rappelant diverses observations, où toute possibilité de fraude ou d'erreur avait été écartée.

SOCA (4), tout en faisant certaines réserves, a cité le cas de LOMBROSO, qui prit lui-même la température, avec des thermomètres différents, et trouva toujours le même chiffre.

Quelques faits, rigoureusement observés, suffisent à légitimer le terme d'hyperthermie hystérique, même si, à côté d'eux, il y a eu des cas artificiels.

D'ailleurs, ce n'est pas que dans l'hystérie qu'on a constaté une élévation de température, d'origine dynamique.

EGGER (5) a observé quatre femmes, sans symptômes physiques ou psychiques d'hystérie, non suspectes non plus de tuberculose (examen radioscopique, tuberculine, etc.), et chez lesquelles la température fut de 37°5 à 38°5 pendant des mois, le soir. Malgré la longue durée de cette fièvre, il n'y eut aucune diminution de poids. EGGER y voit le résultat d'une excitation des centres vasomoteurs.

FARAGGI (6) a relaté les observations de deux enfants qui, à la suite d'une *migration du testicule*, présentèrent des phénomènes thermiques graves.

(1) *Revista de especialidades medicas* (Madrid, 1906) p. 109.

(2) Société de Neurologie (7 janvier 1909).

(3) *Deutsche Zeitschrift fur Nervenheilkunde* (1906) p. 166-170.

(4) Société de Neurologie (7 janvier 1909).

(5) Société suisse de neurologie (12 novembre 1910).

(6) Analyse in *Revue internationale de médecine et de chirurgie* (25 juillet 1902).



La première concerne un garçonnet de six ans, qui avait du sub-délire, un pouls à 140, et une température de 39°6. L'examen le plus minutieux ne permit de découvrir qu'une petite tumeur, légèrement douloureuse, au niveau de l'orifice inguinal droit ; la bourse correspondante était vide. La situation resta inchangée pendant une semaine ; puis, la défervescence se fit brusquement ; on remarqua alors que l'ectopie testiculaire s'était spontanément réduite. Deux mois plus tard, puis, six semaines après, l'ectopie et la fièvre se reproduisirent.

Dans le second cas, il s'agissait d'un garçon de sept ans, qui, dans l'espace de quatre mois, eut trois accès fébriles, analogues au cas précédent. La famille ayant refusé une intervention, on fit confectionner un bandage, obturant le canal inguinal ; depuis, la guérison s'est maintenue.

HŒCKEL (1) a décrit une *fièvre bulbaire*, au sujet de laquelle il s'exprime ainsi : « J'ai pu en montrer plusieurs cas à des confrères. J ai vu, avec M. RÉNON, un cas de névropathie anxieuse, où la température, à 38° tous les soirs, ne pouvait s expliquer par aucun état organique, malgré nos examens méticuleux.

G. LEVEN (2) a publié autrefois trois observations d'hyperthermie chez la femme *par irritation du système nerveux utérin*.

Chez l'une, la température oscilla entre 39°2 et 40°2 pendant cinq jours ; puis, entre 39°2 et 39°8, pendant deux jours ; puis, entre 38°2 et 39°5, les deux jours suivants ; puis, entre 37°2 et 38°7 ; puis, entre 37°2 et 37°7, soit pendant dix-sept jours consécutifs. Objectivement, il n'y avait que de l'hyperesthésie sous-ombilicale ; rien à l'utérus, ni aux annexes, ni au cœur, ni aux poumons, ni à la gorge , ni aux articulations, ni à la peau ; séro-diagnostic négatif. Chez la seconde, qui se plaignait de violentes douleurs sous l'ombilic, la température était de 39°8, à l'entrée à l'hôpital ; creux épigastrique et point de MAC-BURNEY insensibles ; pouls à 108. Rien à l'utérus qu'un petit polype. Mal réglée ; quelques troubles dyspeptiques ; « rien à aucun appareil, ni aucun organe ». La malade venait d'avoir des soucis multiples. Le soir de l'entrée, la température monta à 40°3 ; le second jour, 39°6 et 40° ; le troisième, 38°2 et 38°2 ; à partir du quatrième, 36°8 à 37°1, sauf une fois 37°6. La sensibilité abdominale disparut complètement.

La troisième souffrait de violentes douleurs de ventre et avait des vomissements, au point qu'on la croyait empoisonnée ; elle était toujours mal réglée. La douleur provoquée était extrême dans la région sous-ombilicale. La température axillaire, prise par l'auteur, était de 40°. « Un examen complet, très minutieux, de tous les organes ne nous permit pas de découvrir autre chose que cette hyperesthésie sous-ombilicale. Cette femme approchait du moment de ses règles.... le lendemain, elle était guérie. Le thermomètre était à 37°, et les règles étaient apparues. La température ne s'éleva plus, pendant les jours qui suivirent ».

Ces trois observations sont des exemples de *péritonisme*, à localisation péri-utérine.

Dans les *accès gastralgiques* et les *coliques hépatiques* et *néphrétiques*, on observe souvent une fièvre réflexe.

Il existe également des observations de fièvre nerveuse à la suite de *lésions de la colonne vertébrale* (1).

Dans un domaine plus banal, qu'il me soit permis de dire que j'ai constaté sur moi-même une hyperthermie de quelques heures, à l'occasion d'une simple *névralgie dentaire*, sans abcès.

Mais, ce n'est pas seulement une augmentation de température que peuvent produire les facteurs nerveux ; on peut constater une modification inverse.

RAYMOND (2), a vu un homme présenter de l'HYPOTHERMIE, à la suite d'anémie, ayant créé une symptomatologie hystérique. On ne saurait ici parler de supercherie, ni de truquage du thermomètre.

A. MARIE a communiqué, à la Société clinique de médecine mentale (3), le graphique d'un cas d'hypothermie cyclique, qui allait jusqu'à 33°, chez un paralytique général. MARCHAND, PACTET, FRENEL, ont rapporté des cas analogues. JOFFROY a même observé des cas où la température était descendue jusqu'à 28° ; il avait fallu évidemment faire établir un thermomètre spécial.

Tels sont les quelques faits, que j'ai pu relever, à propos des écarts de température d'origine nerveuse. Avec une bibliothèque bien fournie, il serait facile d'augmenter leur nombre.

Ils n'ont rien, qui doive surprendre.

OTT a, en effet, décrit un centre thermique à la partie antérieure du thalamus, tout près de son point d'union au corps strié ; une piqûre à ce niveau détermine une élévation de température de 3 à 4 degrés 5 Fahrenheit. WHITE a obtenu une augmentation de 2° à 3° par excitation de la couche optique. FRÉDÉRICQ pense que le centre thermique est localisé à la limite de la protubérance et du bulbe. VULPIAN admettait que toute

(1) *La névrose d'angoisse* (1917), p. 80.
(2) *Revue de médecine* (mars 1900.)

(1) *Médecine moderne* (10 décembre 1902).
(2) Société de neurologie (7 janvier 1909).
(3) 20 avril 1916.

la substance grise de la moelle et du bulbe avait une fonction thermogène, opinion qui semble mieux cadrer avec la clinique.

Eulenburg et Landois ont, de même, démontré l'existence de *centres thermo-frénateurs* dans la région motrice de l'écorce (1). Macalister admet l'existence de centres *thermatoxiques*, chargés de maintenir l'équilibre entre la production et la perte de chaleur.

Peu importent, au fond, les localisations. L'expérimentation physiologique a suffisamment prouvé le rôle capital du système nerveux dans les phénomènes de calorification, et l'on comprend aisément que, dans les affections même simplement fonctionnelles du système cérébro-rachidien ou du sympathique — qui est intimement uni au précédent, anatomiquement — il puisse se produire, soit en plus, soit en moins, des modifications dans la thermogénèse.

(1) Grasset. — *Les centres nerveux. Physiopathologie clinique* (1905) p. 537, 538, 541.

A TRAVERS LA PRESSE

Presse françasie.

L'obésité infantile.

L'obésité peut déjà atteindre le fœtus dans le sein maternel, quand les procréateurs, surtout la mère, sont diabétiques. Précoce, l'obésité infantile héréditaire comporte une prédisposition spéciale au diabète ; l'obésité tardive héréditaire ou acquise y prédispose infiniment moins.

L'obésité prépubertaire est pour ainsi dire physiologique. Par contre, l'obésité pubertaire est pathologique et coïncide souvent avee des troubles de l'appareil génital. Une forme particulière d'obésité a reçu le nom de syndrome adiposo-génital, par troubles endocriniens pluriglandulaires, l'hypophyse, le corps thyroïde et les glandes génitales étant les plus fréquemment frappés.

L'obésité infantile diffère sensiblement de l'obésité de l'adulte. On note de la gêne des mouvements. Mais l'intelligence est généralement intacte ; les troubles cardiaques sont rares. Le taux de l'urée urinaire est abaissé, en même temps que la quantité d'eau de l'organisme est diminuée et que les déchets sont imparfaitement éliminés.

« La puberté est le cap dangereux pour l'obèse « infantile précoce. S'il maigrit à ce moment, « la partie est gagnée, pour l'instant du moins, « et la crainte d'une nouvelle poussée d'obésité « doit être reportée vers 35 ou 40 ans. Mais, le « plus souvent, son obésité subit une poussée « du fait du fléchissement de ses glandes endo- « crines. Dans ces cas, le pronostic est plus « sombre, car il comporte souvent le développe- « ment progressif de la dystrophie avec ses « conséquences graves. »

Après avoir exposé ces notions primordiales, M. Mouriquand décrit le traitement de cette diathèse (*Lyon médical*, 10 nov. 1920).

Il sera avant tout prophylactique. A la mère obèse, on rationnera les graisses et les hydrocarbones. Elle pourra nourrir son enfant, mais en évitant toute suralimentation. Au sevrage, éviter l'abondance du sucre et des hydrocarbones.

Dans la deuxième enfance, le régime sera sévèrement surveillé. On changera l'enfant de milieu, en recommandant la campagne et surtout la mer, si la tuberculose n'est pas en cause.

L'exercice physique sera judicieux et dosé : cerceau, raquette, bicyclette sans excès, gymnastique de Hébert, gymnastique suédoise, les séances étant courtes et progressivement augmentées de durée.

L'héliothérapie est un excellent adjuvant des exercices physiques. On insistera sur les exercices respiratoires.

Si l'origine endocrinienne de l'obésité est patente, on ajoutera à l'hygiène et au régime l'opothérapie glandulaire : thyroïdine, à raison d'un milligramme par jour pendant dix jours le premier mois ; cinq milligrammes par jour pendant dix jours le second mois, la tachycardie, la sudation abondante, les rougeurs, la diarrhée profuse étant des contre-indications suspensives.

A la thyroïdine, il y aura souvent intérêt à adjoindre les extraits hypophysaire et ovarien (chez les filles), selon la formule suivante :

Extrait thyroïdien	5 à 25 milligr.
— hypophysaire	0 gr. 10
— *ovarien*	0 gr. 15

Pour un caehet. Un cachet par jour (de 8 à 15 ans), à midi par périodes de dix à quinze jours, interrompues par quinze à trente jours de repos.

L'iodure de potassium (0.10 à 0.20) peut être aussi prescrit pendant dix jours consécutifs, suspendu vingt jours et repris de la même manière.

Enfin, on pourra tenter la décompression ou l'ablation chirurgicale, si l'hypophyse est en cause. La radio et la radium-thérapie de l'hypophyse ont donné quelques succès.

Anémie pernicieuse cryptogénétique.

A côté des anémies graves symptomatiques, dont la cause et l'origine sont parfaitement connues, il en est d'autres que l'on qualifie d'idiopathiques, qui comportent trois types principaux : un type orthoplastique, dans lequel la

moelle osseuse lance dans le sang « des globules qu'elle n'a pas eu le temps de façonner et de retenir juqu'à leur complète maturité » ; un type myoplastique, dans lequel la moelle est incapable de soutenir la lutte avec un organisme avide et ne forme que des cellules mal différenciées ; enfin un type aplastique, très grave, où s'observe « l'absence de tout effort réparateur de la part des organes hématopoiétiques ».

Ces distinctions anatomo-pathologiques ont une grande valeur pronostique. C'est ce qu'établit M. TAPIE (*Toulouse méd.*, 15 nov. 1920), à l'occasion d'une observation qu'il a recueillie, et dans laquelle il n'a pu découvrir la cause de l'anémie.

Après avoir discuté le rôle problématique de la néphrite et de la tuberculose dans la genèse de cette anémie, il conclut en ces termes : « L'étiologie de certaines anémies pernicieuses est « encore aujourd'hui un chapitre d'attente ; « le terme d'anémie cryptogénétique doit retenir « ces cas dans lesquels les facteurs étiologiques « d'ordre banal, et en général incapables de créer « une anémie grave, offrent une disproportion « manifeste avec le résultat observé... Lors donc « que l'anémie pernicieuse est observée, comme « on l'a notée exceptionnellement chez un tu« berculeux ou un syphilitique, sans rejeter le « rôle pathogène de ces infections, il faut ad« mettre l'intervention d'un autre facteur encore « inconnu. »

Le ballon excitateur inextensible de Champetier de Ribes.

Inventé à l'origine pour provoquer l'accouchement prématuré dans les cas de dystocie osseuse, méthode aujourd'hui abandonnée, le ballon n'en rend pas moins de remarquables services en obstétrique. M. VIGNES étudie son emploi actuel (*Presse médicale*, 15 déc. 1920) notamment pour provoquer, entretenir et accélérer le travail, toutes les fois que la partie fœtale n'appuie pas sur le segment inférieur et ne joue pas son rôle physiologique.

Il édicte que « le ballon dilate le segment in« férieur, le col, le vagin et la vulve de haut en « bas à la façon de la poche des eaux ; la présence « du ballon au voisinage de l'orifice interne du col « excite les nerfs moteurs de l'utérus ; le ballon « est le meilleur agent de tamponnement hémos« tatique. »

L'auteur entre ensuite dans les détails techniques de l'application du ballon. L'instrumentation comprenant un ballon de 600 gr. avec sa pince spéciale et une seringue de Guyon, sera préparée avec toute l'asepsie désirable. Le col sera suffisamment ouvert pour permettre son introduction. Sinon, on ferait un début de dilatation avec l'index chez une multipare, avec les bougies d'Hégar, chez une primipare.

« La pose du ballon consistera à en introduire « l'extrémité jusqu'à la limite supérieure du « segment inférieur, à le gonfler et à retirer la « pince... Un ballon bien posé, bien gonflé, « détermine des contractions qui l'expulsent en « quelques heures habituellement et qui réa« lisent la dilatation complète... Très souvent, « il est nécessaire de manœuvrer le ballon. » C'est lorsque les contractions provoquées sont rares, insuffisantes, ou au contraire, qu'elles sont intenses, rapprochées sans rémission. La manœuvre consiste à dégonfler et à regonfler partiellement le ballon jusqu'à ce qu'on arrive au volume optimum pour obtenir le résultat cherché, sans jamais transformer l'opération en accouchement forcé.

L'épilepsie cardiaque.

Niée par certains auteurs, elle est affirmée, quoique rare, par M. Ch. FIESSINGER (*Journ. des Prat.*, 18 déc. 1920) à la faveur de quelques cas qu'il a observés, et qui lui permettent de faire les constatations suivantes. En l'absence de toute maladie infectieuse et de syphilis, il semble bien que le trouble circulatoire cérébral dépendant de la lésion cardiaque est seul en cause. Il s'agit le plus souvent de rétrécissement mitral qui peut se compliquer de dilatation du cœur droit, d'œdèmes des bronches, d'albuminurie. On ne mettra pas les crises convulsives ou leurs équivalents sur le compte de l'urémie : ici, la tension artérielle est basse et la filtration rénale s'opère normalement.

Le traitement consiste à prescrire de petites doses de bromure (1 gr. avant les repas) et la digitaline, qui a une action curative manifeste. On alternera le bromore de potassium (20 jours par mois) avec le tartrate borico-potassique (dix jours). « La digitaline combat la congestion, « le bromure réduit l'excitabilité cérébrale née « en grande partie du trouble circulatoire ». Cette médication est généralement efficace.

Les récidives insidieuses du rhumatisme cardiaque.

M. R. LEGRAND insiste sur la nécessité impérieuse d'une surveillance constante des rhumatisants, alors même qu'ils paraissent guéris. Faute de quoi, on est exposé à trouver ultérieurement des altérations cardiaques dont l'évolution aurait passé inaperçue. (*Gaz. des Prat.* 15 déc. 1920.)

Quand on examine à fond les malades qui offrent de tels exemples d'aggravation d'une lésion organique d'origine rhumatismale, on découvre que, de temps en temps, ces malades ont ressenti quelques malaises, de l'inappétence, de petits frissons, des palpitations, de la dyspnée. Chacune de ces manifestations a correspondu à une poussée de l'infection endormie, mais non éteinte.

La signature de ces poussées, en dehors des phénomènes généraux esquissés, se trouve dans la courbe thermique. En prenant régulièrement la température des malades, on constate qu'elle s'élève à 37°4, 37°8, 38°. L'auscultation du cœur, méthodiquement faite, permet de préciser l'évolution de la lésion.

« Le rhumatisme cardiaque est donc long à « s'éteindre. Il procède par poussées successives, « avec parfois de longues interruptions, d'autant « plus dangereuses qu'elles sont plus difficiles « à surveiller... Pourtant, cette surveillance pro- « longée est indispensable pour avoir chance de « juguler, dès leurs premiers symptômes, ces « récidives... On continuera longtemps cette sur- « veillance, sinon quotidiennement, du moins « fréquemment pendant la convalescence, alors « même que la guérison paraît définitive. Plus « encore que l'auscultation, la courbe thermo- « métrique sera ici précieuse. C'est elle qui « avertira le médecin de la complication. Il est « donc nécessaire de continuer longtemps sa « mesure après l'établissement de l'apyrexie. »

G. D.

Presse anglaise.

La mastoïdite à New-York.

Hays (*Americ. Journ. of Surgery*, sept. 1920) signale une fréquence anormale et une gravité plus grande de la mastoïdite à New-York, pendant l'année 1920. Beaucoup de ces oto-mastoïdites aiguës ont été dues au streptococcus hemolyticus, germe dont la virulence s'est accrue, durant cette période, sans doute sous l'influence épidémique.

Prophylaxie du cancer.

Dans une leçon faite à la *Hunterian Society* (déc. 1920) M. A. C. Jordan présente quelques considérations générales sur la prévention du cancer. Il y a dans l'étiologie du cancer, dit-il, deux éléments, l'un connu, l'autre inconnu. On ne peut tirer actuellement de déductions prophylactiques que du premier. Parmi les bases étiologiques des tumeurs malignes, l'auteur insiste surtout sur les irritations répétées, les inflammations chroniques. L'action irritante est quelquefois facile à mettre en évidence : tel est le cas d'un épithélioma de la lèvre qui survient chez un fumeur au point où il place d'habitude son tuyau de pipe, d'un épithélioma de la langue là où un chicot dentaire a entamé longtemps le bord lingual. En Chine, on voit des malades atteints de cancer de la paroi pharyngée postérieure causé par la déglutition journalière de riz trop chaud. Le « kangri burn » des habitants de Cachemir, qui est une brûlure professionnelle de la partie inférieure de la paroi abdominale, aboutit souvent à la production du cancer : ce serait, dans ce pays, la cause de plus de la moitié des cancers dont cette race est atteinte.

A côté de ces états locaux, l'auteur place des états généraux et même spéciaux à l'origine du cancer. C'est ainsi qu'il fait jouer un rôle important à la stase intestinale dans la genèse non seulement du cancer des voies digestives mais aussi de tous les cancers. On connaît l'importance attribuée, en Angleterre, à la stase, aux coudures intestinales (maladie d'Arbuthnot Lane), à la « diverticulite », affection nouvelle dont nous avons eu déjà l'occasion de parler. Tous ces états morbides intestinaux et la stase qu'ils déterminent interviendraient, selon M. Jordan, dans la génèse du cancer de l'intestin et aussi du cancer des autres organes, par les effets infectieux et toxiques généraux de ladite stase. La prophylaxie des tumeurs malignes devrait donc ainsi s'inspirer de cette double notion, chercher à éviter les irritations locales répétées et traiter la stase intestinale de bonne heure, dès l'enfance même, autant que possible.

Tumeurs malignes du colon.

A la *Société médicale de Londres* (6 décembre 1920), sir Berkeley Moynihan présente une étude sur les tumeurs malignes du colon. Les symptômes de début du cancer du colon sont les suivants : 1° des douleurs qui ne sont quelquefois que de simples sensations pénibles ; 2° des altérations de l'évacuation intestinale, consistant en diarrhée ou en constipation ; 3° des changements dans les fèces, la présence de sang dans les selles étant importante pour distinguer le carcinome de la diverticulite ; 4° de l'anémie à type pernicieux, connu ; 5° une tumeur appréciable au palper ou la sensation de masses fécales accumulées derrière une tumeur. L'examen radioscopique, avec le bismuth, conduit souvent à des erreurs.

Le cancer du colon a une marche assez lente, se localisant longtemps à la paroi intestinale et envahissant peu les ganglions.

Les risques après l'amygdalotomie et l'adénoïdectomie.

Nous avons relaté, il y a quelque temps, un cas d'accident mortel, publié par le Dr Sladden, après amygdalotomie. M. Watson-Williams a repris la question dans un travail intitulé : Les risques après opération pour amygdales et adénoïdes chez les enfants non hospitalisés (*Bristish med. Journ.*, 11 décembre 1920). Le mémoire de M. Watson-Williams a d'ailleurs provoqué toute une série d'observations de spécialistes anglais sur ce sujet.

L'auteur montre que la morbidité des petits



opérés pour végétations adénoïdes ou hypertrophie amygdalienne a été, dans son service, notablement plus forte lorsque les enfants sont renvoyés chez eux aussitôt après l'opération et non hospitalisés. Ainsi, dans un tableau comparatif établi au pavillon d'oto-rhino-laryngologie de la Royal Bristol Infirmary, on voit que la morbidité post-opératoire a été de 1 pour 100 chez les enfants hospitalisés et de 4,6 pour 100 (avec un décès sur 239 opérés) chez les enfants renvoyés aussitôt à leur domicile. La morbidité a consisté surtout en otites aiguës et le décès fut dû à une otite avec méningite fatale.

La statistique de M. Williams paraîtra aux oto-rhino-laryngologistes français ce que l'on appelle, en clinique, une « mauvaise série », et il semble bien que l'auteur le comprenne ainsi puisqu'il remarque que le décès signalé est le premier de ce genre qu'il ait observé. J'ajoute que nombre d'opérateurs anglais ont coutume de pratiquer les interventions en question sous anesthésie générale au chloroforme, ce qu'en France peu de spécialistes font encore, la plupart s'en tenant à l'anesthésie au bromure ou au chlorure d'éthyle ou à l'anesthésie locale, beaucoup moins fatigantes pour l'enfant.

Néanmoins, il n'est pas sans intérêt de connaître ces quelques complications possibles de l'adénoïdectomie et de l'amygdalotomie, et de prendre les précautions convenables pour les éviter dans la mesure où on le peut.

Dans ce but, M. Herbert Tilley remet aux parents, avant et après l'opération, la liste des recommandations suivantes :

1° Donner à l'enfant, le jour de l'opération, 3 heures avant celle-ci, un déjeuner léger, et ne rien lui faire prendre ensuite ;

2° Accompagner l'enfant et se munir d'une couverture pour l'envelopper ;

3° Après l'opération, lorsque le petit malade est en état de partir, le reconduire directement chez lui et le garder au lit pendant deux jours. Diète complète pendant les 4 premières heures. Ingestion, alors, d'un peu de lait ou de bouillon. A partir du lendemain, alimentation sous forme molle.

4° Pendant la journée qui suit l'opération, s'il y a suintement sanguin par le nez ou la bouche, faire prendre de l'eau glacée, à raison d'une cuillerée à café toutes les 2 ou 3 minutes, pendant une heure. Si ce moyen est insuffisant, demander un avis médical.

5° Garder l'enfant à la chambre durant 4 jours, et lui éviter le contact de toute personne malade.

La cure d'air dans le cancer.

Dans une conférence clinique faite devant la *Scheffield Branch* de la *Bristish med. Assoc.* (29 oct. 1920), M. Sampson Handley étudie le cancer du sein au point de vue thérapeutique. Après un exposé de la cure chirurgicale et de la cure radiothérapique, il souligne l'utilité, comme adjuvant, de la cure d'air dans cette affection, particulièrement à titre prophylactique contre la récidive et pour les variétés inopérables. La cure d'air stimule dans le cancer comme dans la tuberculose l'action des forces naturelles de défense et elle est, à ce point de vue, utile chez les cancéreux.

L'injection intra-cardiaque d'adrénaline dans la mort apparente.

M. Cranston Walker (*British med. Journal*, 8 janv. 1921) a essayé l'injection intra-cardiaque d'adrénaline chez des sujets venant de succomber à des affections diverses ou en état de mort apparente. Dans une vingtaine de cas, il a ainsi injecté dans le muscle cardiaque, au niveau de la pointe, une goutte ou deux d'une solution d'adrénaline au millième. La piqûre fut faite avec une aiguille fine, au travers du 5e espace intercostal. Chez les sujets dont la mort était la conséquence d'une affection bien établie, le résultat fut nul. Une fois, chez un enfant en état de syncope chloroformique, les battements du cœur réapparurent et la respiration reprit. Le malade guérit. Le temps écoulé entre l'arrêt du pouls et l'injection d'adrénaline fut de plusieurs minutes. L'auteur conclut qu'il serait tout au moins intéressant d'étudier expérimentalement sa méthode sur l'animal.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

Le hoquet épidémique en province.

(M. G. Railliet. — *Société médicale des hôpitaux.*)

Le hoquet épidémique a sévi en province comme à Paris, sans cependant que l'on possède actuellement des renseignements bien complets à ce sujet. M. Railliet signale différents cas de cette affection dans la région de Reims. M. Roger l'a rencontrée à Marseille. M. Biérent en a observé de nombreux exemples à Lille. Un médecin d'Amiens, élève de M. Achard, après avoir soigné un malade atteint de hoquet, a été pris lui-même de cette maladie, ainsi que sa domestique, pendant vingt-quatre heures. Le hoquet a été commun dans toute la banlieue parisienne, à Versailles, à Alfort (Lafosse, Longuet), etc.

Lésions histologiques dans la rage humaine.

(M. L. Marchand. — *Société méd. des hôpitaux.*)

Le diagnostic non clinique de la rage se fait surtout expérimentalement, par inoculation du bulbe,

et la question anatomo-pathologique reste encore à l'étude. Pour les uns, les diverses lésions notées dans le système nerveux de l'homme ou de l'animal paraissent suffisantes pour pouvoir affirmer la maladie ; selon les autres, ces lésions ne sont pas caractéristiques et peuvent se retrouver dans d'autres infections nerveuses.

M. Marchand a eu l'occasion de pratiquer l'autopsie d'un sujet ayant succombé à la rage, peu de jours il est vrai après le début de l'affection. Les altérations histologiques qu'il a trouvées dans l'encéphale ne lui ont pas paru offrir de caractères suffisants pour permettre le diagnostic rétrospectif de la maladie.

Séquelles et reviviscences de l'encéphalite épidémique.

(MM. Denécheau et Ch. Blanc. — *Société méd. des hôpitaux.*)

MM. Denécheau (d'Angers) et Blanc présentent une note relative à 31 cas d'encéphalite épidémique observés en Anjou. La mortalité a été de 34 p. 100. Les survivants ont tous gardé des suites dont quelques-unes semblent persister à titre de séquelles.

Ces suites ont consisté : en troubles psychiques, chez 6 malades (déficit psychique, crise hypomaniaque transitoire) ; en troubles oculaires ; en parkinsonisme, apparu au 30e jour, au 5e mois, etc. ; en atrophies musculaires ; en crises jacksoniennes.

M. Comby a observé des séquelles assez fréquentes de l'encéphalite épidémique. Il croit peu aux reviviscences de cette affection, mais plutôt à des séquelles latentes réveillées à des occasions diverses (effort, émotion, refroidissement).

M. Netter proteste contre cette interprétation. Pour lui, la persistance du virus de l'encéphalite est un fait indéniable, et de cette persistance découle la possibilité des retours de la symptomatologie.

Contagion de l'encéphalite épidémique.

(M. A. Lemierre. — *Soc. méd. des hôpitaux.*)

M. Lemierre rapporte un cas d'encéphalite épidémique familiale, la transmission probable du virus s'étant faite par une personne atteinte depuis plus de trois ans. Cette observation soulève à nouveau la question de la contagiosité de l'encéphalite épidémique.

M. Sicard n'a jamais vu, pour sa part, de contagion dans l'entourage de l'encéphalitique. Il croit la maladie peu contagieuse au sens où nous entendons classiquement le mot. C'est ainsi que, depuis 18 mois, il a dans son service, d'une façon constante, des encéphalitiques, sans dommage appréciable pour les malades voisins ou le personnel hospitalier. Cependant, cette contagion est possible, puisque des cas en ont été signalés. D'ailleurs, la maladie étant épidémique, doit être contagieuse.

M. Netter a également conservé, dans ses salles, sans les isoler, de très nombreux malades et il n'a pas eu un seul cas intérieur d'encéphalite. Les sujets les plus dangereux semblent même, au point de vue contage, les porteurs de germes sains et les convalescents.

M. Louis Martin, malgré cette rareté des contagions directes, estime qu'il pourrait être bon d'isoler les encéphalitiques épidémiques. Peut-être obtiendrait-on ainsi une diminution de l'affection.

Invisibilité aux rayons X de certains hydrothorax.

(M. André Gendron, de Nantes. — *Société méd. des hôpitaux.*)

M. Barjon a déjà signalé la conservation des mouvements du diaphragme (reconnue à la radioscopie) dans certains cas d'hydrothorax, même abondant, chez des brightiques. M. Gendron a fait une constatation analogue chez des cardiaques. Il a noté, de plus, la transparence complète de l'épanchement. Cette absence de signes à l'écran n'est pas toutefois constante.

En résumé, si la radioscopie est capable de dépister les pleurésies inflammatoires, elle paraît insuffisante quelquefois pour révéler la présence d'hydrothorax chez les cardiaques.

Présentation d'un stéthoscope bi-auriculaire.

(M. Camille Lian. — *Société méd. des hôpitaux.*)

M. C. Lian présente un stéthoscope bi-auriculaire qui offre les avantages suivants :

1° Il rend très facile l'auscultation de la région de la pointe du cœur, chez les sujets placés en décubitus latéral gauche, attitude de choix pour l'auscultation des bruits et *souffles de cette région* ;

2° Il permet l'emploi d'un stéthoscope dans les régions où la surface des téguments offre une certaine dénivellation ;

3° Il est facile à maintenir en place sans exercer une forte pression sur les téguments.

Le sphygmomanomètre de M. Lian.

(M. C. Lian. — *Société méd. des hôpitaux.*)

M. Lian présente un sphygmomanomètre (phonosphygmomètre), qui est l'aboutissant des recherches qu'il poursuit sur la pression artérielle. L'appareil est facilement transportable dans deux poches d'un veston. Il tient, d'ailleurs, dans une pochette de cuir de 14 centim. sur 18. Il permet de mesurer avec facilité et rapidité, avec précision et constance dans les résultats, la pression artérielle maxima et minima dans l'artère humérale.

Tuberculose du nourrisson : importance de l'isolement précoce.

(MM. LÉON BERNARD et R. DEBRÉ. — *Société méd. des hôpitaux.*)

M. Léon Bernard a montré déjà le rôle capital joué par la mère tuberculeuse comme cause de bacillose du nourrisson. Non seulement le contact maternel rend l'enfant tuberculeux, mais encore sa prolongation aggrave progressivement l'état du petit malade. Un nourrisson tuberculeux qui n'est pas séparé de sa mère tuberculeuse n'a pas de chance de guérir. Il peut guérir, au contraire, s'il est éloigné assez tôt et isolé précocement.

L'auteur relate une observation venant à l'appui de cette opinion. Elle concerne une petite fille, contagionnée à la naissance par sa mère, chez laquelle la tuberculose s'est manifestée simultanément par des signes cliniques, radiologiques et biologiques. Grâce à un isolement précoce, la maladie a eu une évolution bénigne.

M. RIBADEAU-DUMAS montre que l'exemple rapporté par M. Léon Bernard est une preuve qu'il ne faut plus considérer la tuberculose du nourrisson comme fatalement mortelle. Le danger réside surtout dans les inoculations massives et prolongées, dans la répétition des surinfections. L'isolement de l'enfant doit suivre le diagnostic, d'où l'importance de celui-ci. Il repose sur la cuti-réaction, l'examen clinique et l'examen radiologique. La cuti-réaction a une grande importance chez le nourrisson, importance qu'elle perd plus tard. L'examen clinique révélera l'atteinte de l'état général, les tuberculides externes quand elles existent. La radioscopie indiquera l'état des ganglions bronchiques et du poumon.

M. COMBY estime qu'il y a grand intérêt, pour préserver le nourrisson de la contamination tuberculeuse, à le séparer, dès la naissance, de sa mère phtisique. Un enfant qui reste en contact, ne serait-ce que quelques jours, avec sa mère atteinte de tuberculose ouverte, devient fatalement tuberculeux.

M. LÉON BERNARD conclut, avec M. Comby, que la prophylaxie de la tuberculose du nourrisson doit consister avant tout à séparer le plus tôt possible l'enfant de l'entourage bacillaire et particulièrement de sa mère tuberculeuse. Cette séparation précoce est aussi un moyen de traitement. Si un nourrisson contaminé est isolé de sa mère tuberculeuse d'assez bonne heure, il a encore quelques chances de guérir. Le placer alors dans un milieu sain.

Séméiologie de l'ulcus duodénal.

(MM. G. PARTURIER et J. AIMARD. — *Société médicale des hôpitaux.*)

La séméiologie objective de l'ulcère du duodénum repose en grande partie sur la radioscopie. De nombreux signes radioscopiques ont été proposés par Coles, Mathieu, Œttinger, Roux et Carman. M. Parturier attribue à deux de ces signes (la tache résiduelle et l'hyperkinésie gastrique avec évacuation rapide de l'estomac) une valeur plus décisive.

Au point de vue clinique, l'auteur montre que l'ulcus duodénal doit être distingué non seulement de l'ulcus stomacal, mais aussi de la colique hépatique, de la colique vésiculaire spécialement, à laquelle il peut ressembler symptomatologiquement.

Le drainage dans les grandes inondations péritonéales.

(M. R. BONAMY. — *Société des chirurgiens de Paris.*)

M. René Bonamy discute la valeur du drainage à la suite des laparotomies pour inondations péritonéales dans les grossesses tubaires rompues.

Contrairement à l'avis de beaucoup de chirurgiens, l'auteur draine toujours dans les grandes inondations péritonéales. Pour lui, l'asepsie ne peut être obtenue que par un assèchement parfait.

P. L.

THÉRAPEUTIQUE APPLIQUÉE

Arséno-benzols et iodo-mercuriques (1).

> L'association du mercure à l'arsenic apparaît de plus en plus comme nécessaire à un traitement curatif.

Nous avons exposé, au cours de deux précédents articles, quelques raisons qui militent en faveur du maintien de la médication mercurielle au cours du traitement de la syphilis. Sans vouloir diminuer l'efficacité ni surtout la portée prophylactique de la médication arsenicale, il faut bien convenir, en effet, que celle-ci ne saurait être administrée sans dommage chez tous les malades. Les dangers de cette puissante médication résident avant tout dans ses contre-indications et dans les intolérances nombreuses que tous les arsenicaux provoquent (Milian). Il est indispensable, avec eux, de s'assurer de la perméabilité de tous les émonctoires et il faut pouvoir surveiller avec soin les moindres signes de saturation. Leur posologie reste encore très délicate dans certaines occurrences, et leur administration ne va pas toujours sans quelques difficultés, qui font que bien des praticiens les appréhendent, et que Queyrat ne croit pas qu'ils puissent sortir des mains du spécialiste, car si les techniques se précisent, aucune découverte de méthode n'a été

(1) *Suite*. Voir *Concours médical*, n° 1, 2 janvier 1921, et n° 6, 6 février 1921.

(3)

THAOLAXINE *Ni purgatif, ni laxatif, mais simple régulateur des fonctions intestinales.*

THAOLAXINE *a remplacé dans le formulaire du praticien tous les laxatifs et purgatifs dont les dangers ont été dénoncés par tous les cliniciens.*

THAOLAXINE *est prescrite et employée dans tous les services des hôpitaux de Paris : St-Antoine, Lariboisière, Andral, Broca, Beaujon, Maison municipale de santé, etc.*

THAOLAXINE *a déjà une littérature médicale importante : Dr Bardet, Dr Paul Carnot, Dr Kolbé, Dr Paul Le Gendre, Dr Martinet, Dr J.-Ch. Roux, etc.* (1).

THAOLAXINE *d'origine exclusivement végétale, est garantie sans addition d'aucun principe chimique obtenu par voie de synthèse.*

THAOLAXINE *est un produit de fabrication française qui ne doit pas être confondu avec les imitations que son succès a provoquées.*

THAOLAXINE *ne devant la faveur dont elle jouit auprès du public qu'aux seules prescriptions des médecins, ne fait de publicité que dans les journaux médicaux.*

LAXAGARINE

M. le Dr Mathieu, médecin de l'hôpital Saint-Antoine, à Paris, nous ayant fait remarquer qu'il y aurait intérêt à graduer l'action des extraits de rhamnée incorporés à l'agar, nous préparons, sur ses indications, sous le nom de Laxagarine, une variété de Thaolaxine sans addition d'aucun extrait.

CHOLOÉKINASE

Dragées ovoïdes kératinisées d'extrait spécial de fiel de bœuf et de kinas spécifique de l'entérocolite muco-membraneuse.

ECHANTILLONS ET LITTÉRATURE SUR DEMANDE ADRESSÉE :

Laboratoires *DURET & RABY,* 5, Avenue des Tilleuls, PARIS

(1) BARDET (*Bulletin de Thérapeutique*, 8 juil. 1908). — CARNOT (*Progrès Médical*, 17 oct. 1908) — KOLBÉ (*Archives des maladies de l'estomac* du Dr Mathieu, 1909, p. 219, et *Presse Médicale*, 11 août 1909). — P. LE GENDRE (*Journal des Praticiens*, 8 mai 1909. — MARTINET (*Presse médicale* 5 déc. 1908 ; 30 mars 1910). — P. LE GENDRE et MARTINET : *Les Régimes usuels*, Paris, Masson et Cie, 1909, page 243. — J.-Ch. ROUX : *Les consultations médicales françaises*, fasc. XIV : La Colite muco-membraneuse (Poinat, édit.).

faite, dit Gougerot, qui a ajouté ailleurs : « La question des accidents par le 606 reste toujours aussi angoissante.... »

En présence de ces divergences et de ces incertitudes, la médication mercurielle, particulièrement sous la forme du composé iodo-hydrargyrique connu sous le nom de *lipogyre*, n'apparaît-elle pas, aussi bien par l'efficacité maintenant bien démontrée de ce nouveau composé, que par sa bonne tolérance, comme donnant aux médecins le maximum de sécurité, au malade le maximum de chances de voir son affection s'éteindre complètement et définitivement par l'expurgation méthodiquement poursuivie de tous ses reliquats tréponémiques ? Le lipogyre, en effet, par son organotropie, fouille tous les tissus, porte partout son action spirochéticide. Aux arsenicaux il ne dispute pas leur place à l'avant, dans le traitement d'assaut, mais il revendique la sienne, plus modeste, après eux, comme dans les tranchées, devaient intervenir les équipes de « nettoyeurs ».

En résumé et pour conclure, sans aller, comme Renault, jusqu'à ne considérer les arsénobenzols que comme « un traitement d'exception », nous dirons que la thérapie de la syphilis ne peut que gagner à s'orienter vers la ligne de conduite suivante : recourir aux arsénos pour le traitement initial, mais ensuite, pour parachever la cure, user des iodo-mercuriels, dont le lipogyre représente un des types accomplis ; y recourir encore, à toutes les périodes de la syphilis, chaque fois que l'on se trouvera en présence d'un état général ou local contre-indiquant une médication plus brutale, chez les scléreux, les cardiopathes, les tuberculeux.

Observation.

Obs. II. — *Syphilis tertiaire chez un sujet de 18 ans ; contamination de la première enfance.*

Pas d'antécédents héréditaires, mais maladie grave dans l'enfance sur laquelle on ne peut avoir d'indications précises. Père, mère et sœurs indemnes de syphilis. En septembre 1919, pneumonie à forme traînante, toux persistante et crachats coexistant avec des signes stéthoscopiques très nets (souffle, vibrations exagérées, pectoriloquie aphone, etc.). Examen bactériologique négatif au point de vue bacilles de Koch. Guérison cependant au bout de deux mois, mais la respiration restait rude et légèrement soufflante.

A cette époque, se forma au niveau d'une articulation métacarpophalangienne une collection ressemblant à un abcès froid, et qui fit admettre l'hypothèse d'une tuberculose osseuse se greffant sur une bacillose pulmonaire. Le traitement de Calot fut appliqué, suivi de séances de radiothérapie. Cependant, la radiographie ne décelant aucune lésion osseuse, l'hypothèse d'une bacillose parut moins probable et un examen plus général fit découvrir au niveau de la fesse et du mollet de petites tumeurs fluctuantes qui s'ouvrirent spontanément. Au niveau du cou-de-pied et sur la malléole externe gauche se forma, à ce moment-là également, un abcès indolore, gênant simplement les mouvements du pied.

La syphilis se localisant volontiers sur les os longs et grêles ; d'autre part, l'absence de lésions du squelette apparentes à la radio tendant à faire rejeter le diagnostic de tuberculose osseuse, et rapprochant les lésions osseuses observées de l'enquête qui fit admettre comme probable la syphilis de la nourrice, on fit un Wassermann. Celui-ci fut nettement positif. Cure de néosalvarsan aux doses de 0,15, 0,30, 0,45, 0,60, 0,75, 0,90, traitement très intensif comme on voit, mais qui n'empêcha pas l'abcès du cou-de-pied de s'ouvrir, laissant une plaie de 15 cm. de longueur sur 3 ou 4 de largeur sur la face externe de la jambe gauche, sans tendance aucune à la cicatrisation.

On entreprit alors une cure par le lipogyre (six comprimés à 0 gr. 30 par jour). Au bout de 25 jours, cicatrisation faite à moitié ; la plaie, bourgeonnante, est divisée par un pont de peau de néoformation. Repos de 15 jours, et reprise du traitement sous une forme injectable (en raison de la légère intolérance gastro-intestinale que les doses élevées de ce médicament, très bien tolérées au début, avaient fini par déterminer vers le 20e jour).

A l'heure actuelle, guérison complète.

La cicatrisation de cette lésion, qui se montra rebelle au salvarsan, ne peut qu'être attribuée au traitement par le lipogyre qui lui fit suite. Ce sont là des échecs assez rares des arséno-benzols, qu'il est utile de connaître, et qui justifient que dans les formes tertiaires d'une syphilis ancienne, le mercure ne doit rien perdre de ses droits ; associé à l'iode, il reste toujours le médicament efficace et sûr, qui a fait ses preuves, et que les arsenicaux, si grands que soient leurs mérites, ne doivent point supplanter.

PARTIE PROFESSIONNELLE

MÉDECINE SOCIALE

Les Pupilles de la Nation.

Dans quelles limites la section permanente de l'Office départemental des pupilles de la nation, institué par le décret du 15 novembre 1917, pour l'application de la loi du 27 juillet 1917, peut-elle organiser le service médical du département, nommer les médecins et arrêter le tarif des visites ?

Ce service médical est prévu par l'article 11 du 3 juillet 1918, portant réglement d'administration publique et fixant les conditions auxquelles devront satisfaire les particuliers, fondations, associations, groupements, demandant à recevoir des pupilles de la nation. Cet article est ainsi conçu :

« Les pupilles de moins de seize ans sont soumis à des visites médicales trimestrielles. Le « médecin-inspecteur est désigné par l'Office « départemental. A chacune des visites, il con- « signe ses observations sur une fiche sanitaire, « où sont mentionnés notamment la taille, le « poids, le périmètre thoracique, l'état de la « vue, de l'ouïe, et de la dentition de chaque « pupille, ainsi que toute affection de nature à « devenir contagieuse,

« La copie des mentions portées sur cette « fiche, est adressée, par le médecin, à l'Office « départemental, qui provoque, le cas échéant, « les mesures nécessaires.

« Indépendamment des visites trimestrielles, « faites par le médecin inspecteur, le particu- « lier, le groupement, ou le chef d'établissement, « à qui un pupille est confié, doit appeler un « médecin, chaque fois que l'état de santé le « justifie. Ce médecin rend compte du résultat « de ses visites à l'Office départemental, chargé « de l'organisation du service médical et phar- « maceutique. La fiche sanitaire doit toujours « conserver un caractère confidentiel. »

Le service médical doit donc répondre à deux buts :

1° Examiner et contrôler, chaque trimestre, l'état de santé des pupilles, non pour donner des soins, mais pour rendre compte à l'administration des résultats des constatations techniques concernant l'enfant. Ce service a donc beaucoup d'analogies avec celui de la protection des enfants du premier âge. Constatons d'ailleurs que l'article 31 du décret, enjoint à quiconque reçoit des pupilles de la nation, âgés de moins de deux ans, de se soumettre aux prescriptions de la loi Roussel.

2° Soigner l'enfant en cas de maladie, mais ne pas observer les injonctions de l'article 378 du code pénal, concernant le secret professionnel, à l'égard de l'administration. Le pupille doit constamment être placé sous la surveillance et le contrôle de ses tuteurs, en l'espèce la section permanente départementale, qui doit être avertie par le médecin traitant, comme le serait un père de famille, en cas de maladie de son enfant.

L'organisation du service médical, concernant la première fonction, celle d'inspecteur, appartient sans conteste, à l'administration. A elle de désigner ses médecins contrôleurs. Il ne saurait y avoir de libre choix du médecin, puisque ce dernier n'est que le représentant technique de la section permanente départementale.

Nous répèterons ici les critiques que nous avons déjà formulées contre l'application pratique des dispositions de la loi Roussel, sur la protection du premier âge (voir *Concours médical*, 1919, pages 502 et 781). Dans l'esprit du public, il y a souvent confusion entre les fonctions de médecin traitant et celles de médecin inspecteur. Les nourrices font appeler, pour soigner le nourrisson, le praticien chargé de le surveiller : d'où une concurrence déloyale au profit du médecin inspecteur et au détriment de ses confrères.

En second lieu, le médecin traitant craint de perdre sa cliente, si, comme inspecteur, il doit rédiger contre elle un rapport peu élogieux, sur la manière dont elle tient son nourrisson. Il s'ensuit que le médecin est quelquefois pris entre son devoir et son intérêt personnel.

Ici, pareil conflit de fonctions va se produire, d'autant que l'Office départemental des pupilles entendra confier aux médecins inspecteurs les soins à donner aux élèves malades.

A notre avis, en attendant que soit organisée la médecine administrative, confiée à des docteurs en médecine, ayant au moins dix ans de pratique médicale, mais ne pouvant plus exercer la profession, du jour de leur nomination dans les cadres de l'administration, nous estimons que le syndicat médical local devrait être chargé de ce service des pupilles. Au syndicat de distribuer , entre les médecins qui le désireraient, les circonscriptions à visiter, le roulement à organiser pour l'attribution des circonscriptions, etc.

Si l'administration veut se réserver le droit de nommer ses médecins inspecteurs, que là se borne son intervention. Le choix du médecin

traitant doit appartenir, en tous cas et toujours, aux pères nourriciers des pupilles.

Citons l'exemple du syndicat médical du Gers, qui, à son assemblée générale du 15 juillet dernier, faisant connaître que le président avait obtenu, de la préfecture, la nomination de tous les syndiqués, pour le service des pupilles de la nation. Les honoraires sont de trois francs par enfant examiné dans les mairies. Le produit de ces honoraires atteindra, pendant une dizaine d'années, 12.000 francs par an. Il semble, à la lecture du compte-rendu, que cette somme doit être allouée à forfait, pour l'ensemble des examens et visites de contrôle.

Quant aux honoraires, dus pour soins donnés aux pupilles, il semble qu'ils doivent être à la charge des parents nourriciers, quitte à se faire rembourser par l'Office, sur présentation des reçus des docteurs traitants.

Conclusions : il appartient aux syndicats médicaux de se proposer à l'Office de leur département pour la protection des pupilles de la nation, afin de participer à l'organisation du service médical et d'apporter la collaboration de leur expérience pratique. Les délégués du syndicat pourront ainsi discuter le mode de fonctionnement du service d'inspection, de celui des soins à donner, du mode de nomination des médecins et enfin de la rémunération de chaque acte médical.

Dr Paul Boudin.

HYGIÈNE PUBLIQUE

La Révision de la charte française d'hygiène

(Suite.)

Par le Dr René Martial,

CHAPITRE VII

Hygiène industrielle ouvrière. Industries insalubres. Hygiène de l'habitation. Habitations à bon marché.

Depuis presque vingt ans, grâce à des hommes comme Fontaine et Picquenard au ministère du travail, comme Griat, Malfait, Craissac, Bustillos, Montélimard, etc. émanés du monde du travail, grâce à l'activité du corps remarquable des inspecteurs du travail, grâce aux efforts de quelques spécialistes en hygiène ouvrière et industrielle, cette branche de la salubrité a fait des progrès considérables, et notre législation, pour imparfaite qu'elle soit encore, a des mérites indiscutables. Vienne l'assurance-maladie obligatoire que je préconise depuis 1909, dont l'idée vient d'être relancée par Borne à la Société de médecine et d'hygiène publiques, vienne l'introduction de la méthode Taylor dans les usines, et l'œuvre sera parachevée.

Mais, ce qui existe est déjà bon. Il faut le garder, le compléter législativement, étendre la compétence réelle et augmenter le nombre des inspecteurs et des inspectrices du travail. Rarement, on a vu une institution aussi sérieuse, aussi consciencieuse, dévouée et compétente. Par sa liaison avec elle, le ministère de l'hygiène aura le contrôle sanitaire sur les établissements et services industriels de l'Etat (voir le chapitre précédent), ainsi que sur toute la salubrité industrielle et ouvrière. Il suffira, pour cela, de multiplier le nombre des inspecteurs, de leur ouvrir les portes des industries d'Etat ou des grandes compagnies. Ils dresseront leurs rapports en double exemplaire, l'un pour le ministère du travail, l'autre pour celui de l'hygiène. Le ministère de l'hygiène sera le conseiller technique de celui du travail, auquel je suis d'avis, non seulement de laisser toute sa compétence actuelle, mais encore de l'étendre en lui donnant le service des établissements dangereux, incommodes ou insalubres qui est demeuré au ministère du commerce. Dans ce cas encore, le ministère de l'hygiène sera le conseiller technique du ministère du travail qui devra toujours tenir un compte rigoureux des observations faites par les autorités sanitaires au moment des enquêtes *de commodo et incommodo.*

***

La loi de 1902 a laissé aux municipalités, armées de règlements types (A ou B) le soin de surveiller l'hygiène de l'habitation neuve, a créé une procédure hérissée d'embûches (pour l'hygiène à l'égard des immeubles insalubres, la loi sur les habitations à bon marché du 12 avril 1906, celles de 1908 et 1912 qui la complètent, excellentes en elles-mêmes, n'ont pas assez approfondi le problème de l'hygiène de l'habitation, les circonstances économiques présentes leur enlèvent toute efficacité, enfin la loi du 17 juin 1916 relative à l'expropriation pour cause d'insalubrité est beaucoup trop timide, elle a été rendue trop peu efficace par la création d'une procédure décourageante.

Toutes ces dispositions légales doivent être reprises, revues, refondues, unifiées, rendues beaucoup plus hardies, faire une place beaucoup plus large à l'intérêt collectif et attaquer résolument ce droit de propriété qui se transforme si souvent en un droit arbitraire et usuraire. La nouvelle loi relative à la salubrité de l'habitation — qui doit faire partie intégrante de la réforme de la loi de 1902 — assurera non seulement la salubrité en tant que constructions, mais l'expropriation des taudis, la transformation radicale des quartiers ouvriers et des quartiers pauvres, et interdira le surpeuplement en obligeant les collectivités départementales et municipales à construire des immeubles simples mais salubres

proportionnellement à leur population et à son accroissement.

Il serait peut-être bon de considérer l'immeuble mis en location comme une entreprise industrielle dont le ou les chefs seraient astreints non seulement aux règlements de construction, mais encore à des règlements d'habitation (surpeuplement) et d'entretien.

Le contrôle de l'application de cette nouvelle loi sera assuré par les autorités sanitaires qui ne peuvent être que d'Etat si l'on veut qu'elles aient réellement l'autorité qu'elles doivent avoir. Il n'y a pas d'hygiène municipale. Il n'y a pas d'hygiène avec les pouvoirs élus. Mais aucune commission ne doit s'interposer entre l'hygiéniste, son ministre et les propriétaires. Je le sais par expérience, les commissions et les délais de procédure tournent 75 fois sur cent à l'avantage du propriétaire. Il faut frapper vite si l'on veut frapper fort et juste. L'action publique s'émousse devant les dix-huit mois ou deux ans que l'on peut facilement faire durer une enquête avec ses contre-enquêtes — et le résultat est nul.

Le corps médical tout entier peut et doit coopérer. Il pénètre partout. A lui de signaler à l'autorité sanitaire de sa ville, de sa circonscription ou de son département, les immeubles insalubres pour une raison quelconque, sans préjudice, d'ailleurs, des plaintes que les intéressés peuvent porter directement.

Toutefois, afin de ne pas jeter sur le praticien une suspicion de délation et de donner en même temps plus de force à son intervention, il y aurait lieu d'étudier de quelle manière pourrait s'exercer l'action collective du syndicat médical dans ces occasions.

Il demeure bien entendu que la coopération du corps médical dans ces questions d'hygiène de l'habitation ne devrait apporter aucune entrave à l'initiative des hygiénistes qualifiés et en fonction.

II

Hygiène scolaire.

La fiche sanitaire individuelle.

L'organisation de la médecine scolaire est tentée dans un peu toutes les régions de France. Nous recevons chaque jour des demandes de renseignements de nos confrères de province, notamment sur la fiche sanitaire. Nous pensons que nous ne saurions mieux faire pour les renseigner que de publier à titre de document, le *fac simile* de la fiche en usage dans les écoles communales de la Ville de Paris, suivie des instructions relatives à son établissement.

A cette fiche est annexée une seconde fiche spéciale pour les enfants atteints de maladie chronique des voies respiratoires ou qui ont donné lieu, lors de l'établissement de leur fiche sanitaire, à des doutes sur l'intégrité de leurs poumons. Ces fiches spéciales relatent les résultats des examens cliniques et radiologiques et comprennent des schémas qui permettent d'indiquer, en ombrant les figures, le siège des lésions que les examens ont révélées.

Les deux premières pages de la fiche sont semblables à celles que nous publions, les autres sont des tableaux, pour les poids, la taille, le périmètre thoracique dans l'inspiration maxima et l'expiration forcée.

J. Noir.

Préfecture de la Seine

Direction Administrative des Services de l'Enseignement.

Inspection médicale des Ecoles.

Instructions relatives à l'établissement de la fiche sanitaire individuelle.

Pour avoir des résultats comparables dans l'établissement des fiches scolaires, il sera bon de se conformer aux indications générales résumées dans cette notice, dans l'ordre même de la formule.

En vue d'abréger la confection de ces fiches, on notera par la lettre N (normal) tout ce qui peut être considéré comme normal.

Page 2. Indiquer la date de l'examen.

Répondre par *oui* ou par *non* aux questions relatives aux *maladies antérieures à l'entrée à l'école.*

Au titre *affections diverses*, il y a lieu de signaler : les troubles nerveux, les convulsions, le nervosisme, les crises épileptiques.

(*Une lettre sera adressée à ce sujet aux parents afin d'obtenir d'eux des renseignements.*)

Etat général. — Porter l'une des mentions suivantes : *bon, assez bon, passable, médiocre.*

Peau. — Mettre le mot *saine*, ou indiquer les affections cutanées constatées.

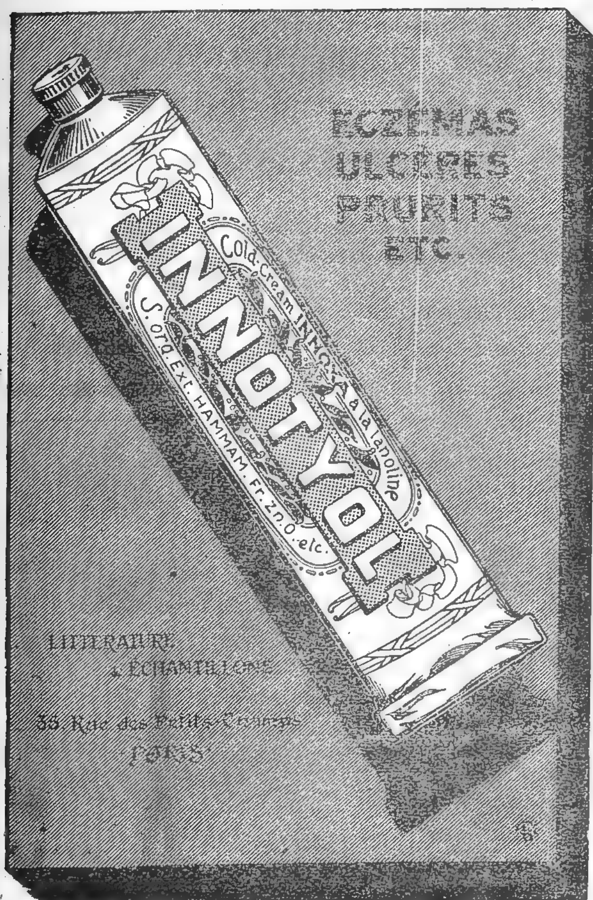
Cuir chevelu. — Mettre le mot *sain*, ou indiquer les maladies constatées.

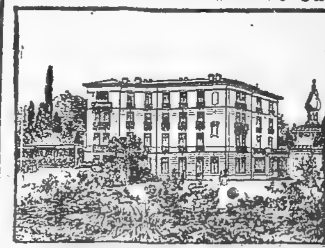
Bouche et dentition. — Noter l'état général de la denture (*bon ou mauvais*) et les particularités observées.

Système lymphatique et ganglions. — Noter l'état des ganglions, notamment des ganglions cervicaux et axillaires.

Rhino-Pharynx. — Noter si les amygdales sont hypertrophiées ; signaler les malformations du voile du palais, les troubles de la phonation (bégaiement, zézaiement, etc.), la présence de végétations adénoïdes.

Squelette et articulations. — Noter la conformation de la tête, l'asymétrie faciale, le prognathisme, le rachitisme, la coxalgie, les pieds bots, les ankyloses, etc.





RENOUVELLEMENT DES ABONNEMENTS

Pour éviter les frais de recouvrement, nous prions nos abonnés de vouloir bien nous adresser le montant de leur abonnement, soit ***24 fr.***, par versement à notre compte de chèques postaux PARIS 167-95, versement qui peut être fait dans tous les bureaux de poste.





Nom .... Prénoms ....

né à .... le 192

demeurant ....

....

....

VILLE DE PARIS

e arrondissement e circonscription

FICHE SANITAIRE

Ecole Communale de garçons

Rue ....

M. le Dr .... Médecin Inspecteur

Nota. — Cette fiche ne doit, sous aucun prétexte, être confiée à une personne autre que le Médecin-Inspecteur de l'École.

Elle sera remise, sous pli fermé, à la famille, lorsque l'enfant ne fréquentera plus l'école.

Examen d'entrée à l'école, le ....

Maladies antérieures à l'entrée à l'Ecole : Rougeole ...., scarlatine ....,

varicelle ...., coqueluche ...., diphtérie ...., oreillons ....,

fièvre typhoïde ...., bronchite ...., affections diverses ....

Etat général ....

Peau ....

Cuir chevelu ....

Bouche et Dentition ....

Système lymphatique et ganglions ....

Rhino-Pharynx
- Amygdales ....
- Végétations adénoïdes ....

Squelette et articulations ....

Colonne vertébrale ....

Poumons
- Droit ....
- Gauche ....

Cœur ....

Système nerveux ....

Etat intellectuel ....

Acuité auditive

Oreilles .... O. D. .... O. G. ....

Acuité visuelle

Yeux .... O. D. .... O. G. ....

Observations et mesures à prendre
....
....
....

Colonne vertébrale. — Noter la cyphose, la scoliose, le mal de Pott.

Thorax. — En raison de son importance et de sa fréquence, l'adénopathie trachéo-bronchique devra surtout attirer l'attention.

Mettre à nu le thorax de l'enfant.

L'inspection montrera les réseaux de circulation veineuse sous-cutanée anormale.

La *percussion* pratiquée avec légèreté permettra de déceler non seulement les différences de sonorité, mais aussi celles de tonalité. Elle portera sur les différentes régions du thorax et plus spécialement sur les régions ganglionnaires (interscapulaire, sternales et parasternales).

Pour *l'auscultation*, l'enfant devra respirer posément, lentement et profondément, la bouche légèrement entr'ouverte. Le médecin devra ausculter surtout l'inspiration, en comparant ses caractères dans les régions symétriques des poumons.

Dans les régions ganglionnaires, on notera les signes de l'adénopathie : inspiration faible, expiration prolongée, retentissement de la voix haute et transmission de la voix basse (signe de d'Espine).

Pour le diagnostic des altérations pulmonaires, on tiendra compte surtout de la valeur des signes suivants :

Inspiration rude, basse, saccadée ; augmentation des vibrations ; notation des bruits adventices pulmonaires ou pleuraux spécialement au niveau du hile — 5e dorsale — et de la partie interne de la fosse sus-épineuse.

Cœur. — Noter si son fonctionnement est *normal ou non* ; indiquer les lésions.

Système nerveux. — Noter s'il est *normal* ou *anormal*. Préciser la nature de l'affection. (*Des instructions détaillées au sujet du système nerveux feront l'objet d'une note spéciale relative aux anormaux*).

Oreilles. — Noter les affections de l'oreille externe ou moyenne (*otite suppurée, etc.*).

Indiquer, après examen par la voix chuchotée, si l'audition est *bonne, faible* ou *mauvaise*.

Yeux. — Noter les affections du globe oculaire et de ses annexes (*conjonctivite, trachome, taies de la cornée, strabisme*) ; rechercher l'acuité visuelle au moyen de l'échelle optométrique de Monnoyer dont on reproduira sur la fiche la notation.

Propositions du médecin-inspecteur :

Mesures à prendre à l'école : place à donner dans la classe. Alimentation spéciale. Exercices physiques.

Mesures à prendre en dehors de l'école : conseils aux parents. Indiquer si l'enfant est à surveiller ou à soigner, à envoyer à une consultation spéciale, à désigner pour les colonies scolaires ou une école de plein air.

Page 8. *Examens ultérieurs*. — Les examens ultérieurs auront surtout de l'importance pour les enfants *suspects* et les *malades*.

Il est intéressant aussi, vers la neuvième année et dans la dernière période de la scolarité, de voir si l'acuité visuelle a diminué.

Mais les examens porteront surtout sur l'état des poumons et sur les organes reconnus faibles.

Noter soigneusement les maladies ayant occasionné des absences répétées et surtout les affections contagieuses connues.

Page 4. *Taille*. — La taille sera prise par le maître ou la maîtresse, la toise fixée verticalement au mur.

L'enfant devra être mesuré sans chaussures, avec seulement ses bas ou ses chaussettes. Toutes précautions seront prises pour que les résultats ne soient pas faussés.

L'enfant aura les talons réunis et touchant le montant de la toise, la pointe des pieds écartée, le corps droit et d'aplomb.

Poids. — La pesée sera pratiquée également avec l'aide du maître ou de la maîtresse.

Placer les enfants par rang de taille. Les garçons ne garderont que leurs chaussettes, leur pantalon et leur chemise ; les filles, leurs bas, un jupon et leur chemise.

Veiller à ce que le plateau de la bascule soit bien en équilibre sur ses couteaux et à ce que l'enfant monte par la partie centrale, car s'il appuie sur le bord le plateau se déplace et le résultat peut être faussé.

Inscrire le poids en kilogrammes et en hectogrammes.

Périmètre thoracique. — Mesurer le périmètre xiphosternal en prenant comme point de repère l'appendice xiphoïde à l'union du sternum et de l'appendice.

Faire tenir l'enfant droit, lui faire soulever les bras, appliquer le ruban métrique à la hauteur xiphosternale, en ayant bien soin de le maintenir horizontal. Faire rabattre les bras le long du corps, faire exécuter à l'enfant une longue inspiration qui sera suivie d'une expiration maxima. Noter les chiffres extrêmes relevés sur le centimètre pendant l'inspiration et l'expiration et les transcrire, ainsi que leur différence, en commençant par le chiffre de l'expiration. Exemple : 54-56-2.

Les enfants suspects seront l'objet de plus fréquents examens dont les résultats seront consignés sur une fiche spéciale.

Cette fiche spéciale est construite sur le modèle suivant :

— *Au recto* :

EXAMEN CLINIQUE

Matité. **Submatité.** **Elévation de Tonalité.** **Inspiration rude.** **Retentissement de la voix** **Signe de d'Espine.** **Râles.**	**En regard schéma des poumons vue dorsale**

Ombrer la région où se trouvent les signes pathologiques et la relier par un trait de crayon au signe correspondant indiqué ci-dessus. En regard schéma des poumons, vue antérieure

Au verso :

EXAMEN RADIOLOGIQUE

Examen antéro postérieur :

		POUMON DROIT	POUMON GAUCHE
1° Hile		....	....
2° Champ pulmonaire. (Parenchyme et ramific. broncho-pulmonaires).	Sommet	....	....
	Partie moyenne	....	....
	Base	....	....
	(Diaphragme Cul-de-sac costo-diaphragm.)		
3° Médiastin		....	....

Examens obliques :
Ganglions intertrachéo-bronchiques.
Médiastin.

Observations :

Examens ultérieurs :

Examen antérieur.	**Examen oblique antérieur droit.** *Schémas*
Examen postérieur.	**Examen oblique postér. gauche.** *Schémas*

EXAMEN CLINIQUE DES VOIES RESPIRATOIRES

Examen du Thorax

Inspection. { **Conformation. Réseau veineux.**

			POUMON DROIT	POUMON GAUCHE
Percussion. intensité, tonalité.	Région sternale...		....	....
	Rég. parasternale.		....	....
	Rég. paravertébr.	Sup.	....	....
		Inf.	....	....
Auscultation. Modification de : inspiration, expiration, transmission vocale, bruits adventices.	Rég. sous-clavicul.		....	....
	Rég. sus-épineuse.		....	....
	Région hilaire....		....	....
Autres régions.				

LA VIE SYNDICALE ET PROFESSIONNELLE

I

Groupe médical parlementaire.

Compte-rendu de la séance du 20 *janvier* 1921.

Le Groupe médical parlementaire s'est réuni le 20 janvier à 17 heures, à la Chambre des Députés, sous la présidence de M. Le Dr Chauveau, sénateur.

Avaient été convoqués à la séance : MM. Bellencontre et Levassort, président et secrétaire général de l'Association générale des médecins de France, MM. Lafontaine et Quivy, de l'Union des Syndicats médicaux.

Avant d'aborder l'ordre du jour, M. Gilbert Laurent donne lecture d'une lettre de M. le Dr Grandjux demandant au Groupe d'appuyer le vœu ci-après :

« La Société de médecine publique et de génie sanitaire, se plaçant exclusivement au point de vue de l'hygiène infantile, déclare qu'en raison de l'importance capitale du pain dans l'alimentation des enfants, il est indispensable que les petits malheureux pris en charge par les œuvres privées aient droit au pain à prix réduit.

« Elle appelle sur ce point l'attention de M. le ministre de l'hygiène publique, et le prie de faire le nécessaire pour amener la suppression d'une mesure en contradiction avec les notions élémentaires de la puériculture, alors que la question de la natalité préoccupe si justement le pays ».

Ce vœu a été voté à l'unanimité, et sera transmis à MM. les ministres compétents.

M. le Professeur Pinard demande la parole. Il explique que tout récemment il s'est opposé à une proposition de M. le sénateur Chéron tendant à obtenir, de la Commission de répartition des fonds du pari mutuel, une somme pour établir deux hôpitaux spéciaux, ou seraient réunis, dans le Calvados, tous les hémiplégiques et paraplégiques par faits de guerre ; tant au point de vue scientifique qu'au point de vue familial et moral, cette institution lui paraissant regrettable.

Le Groupe approuve son président d'honneur et le remercie.

La parole est donnée au Dr Lafontaine secrétaire général de l'Union des Syndicats médicaux.

Dr Lafontaine. — Le docteur Pinard me donne l'occasion de montrer par un exemple, comment nous avons posé, dès le début, le problème.

Nous plaçant sur le terrain technique, nous avons dit : un tarif ne peut être établi sans une organisation de soins. Établir un tarif c'est donc au préalable, créer une organisation de soins, car il faut envisager tous les cas, comme ceux des hémiplégiques dont vient de parler M. Pinard. Il faut aussi envisager les modalités d'application et le contrôle...

C'est ce que l'administration n'a pas voulu faire. Elle voulut seulement discuter les prix de la visite et de la consultation, se réservant d'adresser, pour le reste, tous les malades à l'hôpital.

J'attire également votre attention sur ce fait grave : la modification à l'article 64, obtenue par M. Maginot, lui permet d'établir une taxation sur les honoraires médicaux ; cette taxation, le Corps médical ne peut pas l'accepter.

Le Groupe est au courant de la situation. Le corps médical a pris position, et cette position a été fixée *par la décision du Conseil* conformément au vote de la dernière assemblée générale.

Ainsi les médecins, sont saisis ; ils vont exécuter. Le Conseil de l'Union vient demander alors au Groupe médical parlementaire s'il estime devoir soutenir le corps médical en combinant une action



MARQUE DE FABRIQUE
BB
SCIENCE
PROGRÈS

parlementaire à l'action syndicale ; si oui, sous quelle forme il estime engager cette action ?

De même le Conseil de l'Union ayant envisagé l'action à mener auprès des divers groupes parlementaires de blessés et mutilés, le Conseil n'a pas voulu entamer cette action sans avoir les indications du Groupe médical parlementaire.

M. le Dr Levassort. — L'Association générale des médecins marche d'accord avec l'Union des Syndicats médicaux. Les médecins avaient accepté des tarifs locaux fort réduits ; l'administration a eu tort de ne pas continuer les pourparlers.

Cependant, il ne faut pas, pour l'honneur du corps médical, être d'une intransigeance excessive. Si un indigent vient demander une consultation et ne peut pas payer, on ne peut lui refuser des soins, et aucun médecin ne le fera, car il se placerait dans une situation intolérable pour le public, pour le Parlement et pour le corps médical tout entier. Peut-être serait-il préférable de retarder la date d'application des décisions prises par l'Union des syndicats médicaux.

MM. Quivy et Lafontaine objectent que les positions sont prises et qu'il est trop tard pour revenir en arrière. Jusqu'à ce jour, les médecins ont fait crédit à l'administration, ils ne peuvent continuer.

L'Union des Syndicats vient demander aujourd'hui au groupe médical parlementaire quelle action il peut avoir et quels conseils il peut donner aux médecins.

Selon M. le Dr Peyroux une intervention à la Chambre n'est pas possible et ne serait pas efficace. Il est d'avis de nommer une délégation qui chercherait, d'accord avec le ministre, à mettre fin au conflit. Le ministre a été mal renseigné par son principal chef de service.

Le Dr Regnier croit qu'au lieu de voir le ministre, il vaut mieux s'adresser directement aux intéressés, et spécialement aux deux Groupes des mutiés et des Anciens Combattants de la Chambre des Députés, ainsi qu'à la Commission des Pensions. Il faut leur prouver, ce qui est la vérité, que les modifications apportées à la loi primitive sont préjudiciables plus encore aux anciens combattants qu'aux médecins eux-mêmes. MM. Daraignez et Grinda estiment qu'il est nécessaire de causer avec les intéressés, avant de rompre définitivement avec l'administration. Le Dr Grinda ajoute que si les négociations reprennent, il sera bon, sans y renoncer, d'ajourner les décisions prises au Congrès de décembre dernier.

M. le Dr Lafontaine affirme à nouveau que le corps médical groupé est sur un terrain solide, qu'il ne peut plus ni reculer ni retarder.

M. le Dr Chauveau résumant les débats et comme conclusions propose à l'Union des Syndicats de demander audience aux deux Groupes d'anciens combattants et de mutilés et à la Commission des Pensions ; une délégation du Groupe, à laquelle se serait joint le représentant de ces formations verrait ensuite le ministre des pensions pour aviser à la meilleure solution possible actuellement.

Le Dr Lafontaine insiste pour que le Groupe médical fasse revenir la Chambre et le Sénat sur le vote de surprise de la loi des douzièmes.

M. le Pr Pinard. — Le Groupe médical est tout prêt à donner son concours, aux médecins ; mais si un débat est soulevé à la Chambre, il y a lieu de craindre qu'en raison de la situation budgétaire et de la non compréhension exacte de la question par le Parlement on conclue contre les médecins, en croyant servir les malades et l'État.

Le Dr Chauveau, président, et les membres du groupe parlmentaire estiment qu'un débat ne peut être soulevé actuellement ; il faudra attendre au moins le vote du prochain budget.

Le Dr Pottevin est aussi d'avis que l'Union des syndicats retarde la rupture. On nous demande, dit-il, de venir en conciliateur, nous ne le pouvons pas si l'Union des syndicats refuse d'ajourner ses décisions.

Le Dr Chauveau fait observer à M. Lafontaine que l'article 64 de la loi, qui exigeait entente entre le corps médical et l'administation n'existe plus, nous sommes donc, dit-il, en présence d'un autre texte. Ce dernier texte a été voté par surprise sans qu'il y ait eu de rapport écrit déposé, sans que nous fussions avertis à temps, mais il est voté et c'est la loi actuellement, c'est en face de cette réalité qu'il faut se placer pour aviser.

Le Dr Lafontaine. — Comme conclusion, le groupe médical nous conseille d'agir auprès des mutilés, des anciens combattants et de la commission des pensions. Nous le remercions.

M. Hermabessiere. — Faites-leur comprendre l'intérêt qu'il y a pour eux à conserver le libre choix du médecin et éclairez leur opinion.

MM. Régnier et Pinard abondent dans le même sens.

La séance est levée à 19 heures.

Le Secrétaire général,
Dr Gilbert Laurent.
député.

Le Président,
Dr Chauveau,
sénateur.

II

Fédération des Syndicats médicaux de l'Hérault.

(31 *janvier* 1921)

Assistance médicale gratuite.

a) Au cours de la séance de la commission de contrôle, l'Administration préfectorale, entre autres

critiques formulées, a signalé que certains produits pharmaceutiques coûteux étaient trop largement prescrits. S'ils peuvent, en principe, figurer sur une ordonnance, tant qu'ils seront maintenus sur la liste des médicaments usuels, le bureau des Syndicats intéressés pourra cependant, si quelque abus indiscutable lui était signalé, agir à titre officieux vis-à-vis du médecin ainsi mis en cause.

b) Dans plusieurs communes du département, les inscriptions d'urgence sur la liste des assistés se sont multipliées hors de toute mesure. Il appartient aux confrères injustement lésés par cette pratique d'en saisir, avec toutes précisions utiles, le bureau de la Fédération afin de permettre à son Président d'intervenir auprès du Préfet.

Pupilles de la Nation. — De divers entretiens qui ont eu lieu entre le Président et l'Office départemental des pupilles, il résulte que le soin d'examiner les enfants qui sont confiés à cet office sera, en ce qui concerne l'établissement des fiches touchant leur état pathologique éventuel, confié à des médecins fonctionnaires. Par contre, ceux-ci s'abstiendront avec soin de tout acte de thérapeutique, en vue duquel, au contraire, l'enfant sera aiguillé vers les médecins praticiens.

Soins aux bénéficiaires de l'article 64 de la loi des Pensions. — Après un exposé objectif, par le président, de l'état actuel de la question, depuis le vote par le Sénat, en date du 30 décembre, d'un article 54, en vertu duquel : « les tarifs médicaux et pharmaceutiques seront supportés par l'État : le tarif en sera établi par un décret ... » une discussion s'engage sur l'ordre du jour voté par le syndicat médical de Montpellier le 25 janvier 1921. Deux tendances nettement opposées se font jour.

a) La minorité fait valoir : 1) que la loi a été régulièrement votée par le parlement ; 2) la taxation d'honoraires n'entraîne pas, en principe, la suppression du libre choix ; 3) aussi chaque médecin doit-il être libre de sa ligne de conduite.

b) La majorité objecte : 1) qu'aucune disposition légale ne peut valablement donner à une profession libérale le caractère du fonctionnariat en lui imposant un tarif d'honoraires élaboré en dehors de lui ; 2) toutes les mesures de taxation administrative ont en fin de compte abouti à une limitation effective du libre choix ; 3) d'où la décision de traiter les mutilés en dehors de l'administration, prise le 16 janvier 1921 par l'Union des Syndicats médicaux de France, au sein de laquelle le corps médical de l'Hérault était régulièrement représenté.

c) L'accord entre ces deux tendances n'ayant pu se faire, le conseil décide, par l'application de l'article 3 des statuts de la Fédération, que le délégué des Syndicats médicaux de l'Hérault à l'Union sera entendu sur ce sujet par le Syndicat de Montpellier expressément convoqué à cette fin.

Situation budgétaire du bulletin de la Fédération. — En raison du renchérissement croissant des frais d'impression, l'exercice écoulé se solde par un déficit de 216 fr. 25. Aux termes de l'article 15, paragraphe 5, des nouveaux statuts, cette somme sera imputée à la caisse de la Fédération.

Union régionale des Syndicats médicaux du Languedoc méditerranéen. — Le bureau a reçu plusieurs réponses favorables à ce projet de la part des organisations professionnelles pressenties. Mais le nombre des délégués présents à la réunion et l'heure avancée ne permettent pas la mise au point définitive des questions à étudier de concert (relations du corps médical de la région avec les particuliers et les collectivités privées ou publiques, coopération aux nouvelles lois d'hygiène sociale, etc.) Le Programme en sera repris ultérieurement.

Paul Delmas.

CHRONIQUE DE L'ENSEIGNEMENT

Physique et métaphysique.

En marge d'une leçon inaugurale.

Deinde philosophare...

Décidément, la métaphysique redevient à la mode ! Voici M. le professeur Marcel Labbé (1), dans sa leçon d'ouverture du cours de pathologie générale, qui, tout en déclarant : « Laissons donc maintenant la métaphysique pour nous en tenir à la physique », puisque « l'ère ne s'aperçoit pas encore » où nous pourrons « revenir à l'étude du problème primitif », ne nous propose pas moins un programme d'études basé sur une conception moniste de la vie humaine.

Voici, par ailleurs, M. Stéphen Chauvet (2) qui, à l'opposé, après avoir pris la précaution de se couvrir de la haute autorité de M. le professeur Ch. Richet, nous déclare que « la séméiologie de l'avenir doit être subjective », donc principalement occupée de ce que néglige la pathologie, pourtant générale, de M. le professeur Marcel Labbé.

Voyons si nous pourrons tirer profit de ces directives contradictoires, et si l'objet de notre étude constante, l'homme, l'homme souffrant en particulier, ne gagne pas à être envisagé de façon plus... synthétique.

* * *

M. le professeur Marcel Labbé affirme que « l'on ne saurait vraiment demander à la pathologie générale d'adopter un point de vue plus élevé » que celui qui consiste à considérer « la situation qu'occupent la matière et l'énergie humaines au milieu de la matière et de l'énergie cosmiques. »

(1) Leçon d'ouverture de la chaire de pathologie et de thérapeutique générales. (*Presse Médicale*, 1921, n° 3, p. 21.)

(2) Considérations générales théoriques et pratiques sur la neurologie. (*Monde Médical*, 1921, n° 579, p. 1.)

RECOUVREMENTS

D'HONORAIRES MÉDICAUX

M. Louis AUDEBERT, Avocat, *Directeur du Contentieux de Syndicats Médicaux. Administrateur d'immeubles.*

5, rue des Saints-Pères, PARIS, Tél. Saxe 48-53.

Pour toute demande de renseignements écrire à Me Audebert, en joignant un timbre pour la réponse

AVIS

Nous tenons à la disposition de nos lecteurs les imprimés suivants :

IMPRIMÉS DIVERS

Accidents du travail

Notes d'honoraires médicaux. Mémoires de fournitures pharmaceutiques prévues par l'arrêté ministériel du 8 juillet 1920.

Certificats. — Certificats pour blessés d'accidents du travail.

Mémoires d'expertises. — Accidents. — Mémoires d'expertises médicales concernant les accidents du travail.

Justice criminelle

Mémoires de frais de justice criminelle (honoraires). **Mémoires de frais de justice criminelle** (fournitures).

Ces imprimés sont établis d'après le format officiel.

Feuilles de Comptabilité, servant à établir le compte de chaque client.

(Modèles se trouvant dans l'Agenda-Memento du Praticien, édition 1920).

Ces différents imprimés sont envoyés au prix de franco :

Les 50......	5 fr. »
Les 100.....	8 fr. »
Les 500.....	35 fr. »
Le 1000 ...	60 fr. »

Adresser les commandes accompagnées du montant à M. C. Boulanger, administrateur du Concours médical 132, *faubourg St-Denis, Paris.*





RHOFÉINE

(Aspirine - Caféine)

Dans la ***GRIPPE****, les* ***AFFECTIONS FÉBRILES***
agit comme l'Aspirine et soutient le cœur

ASPIRINE . . En comprimés, cachets, granulée.

ANTIPYRINE En comprimés et en cachets.

PYRAMIDON En comprimés et en cachets.

SALOL . . . . En comprimés de 0 gr. 50.

Préparés et présentés avec le souci de perfection qui caractérise le **Laboratoire des Produits "USINES du RHÔNE".**

L. DURAND, Ph^cien, 21, Rue Jean-Goujon, PARIS (8e).

HÉMORROÏDES

ESCULÉOL

Alcoolé de Marron d'Inde frais de préparation spéciale

(10 à 20 Gouttes 2 fois par jour).

8 fois sur 10 la crise hémorroïdaire est jugulée en moins de 24 heures.

ÉCHANTILLONS et LITTÉRATURE : **A. FOURIS,** 13, Rue Lacharrière, PARIS 11e.

MAISON DE SANTE D'EPINAY (Seine)

Médecins-Directeurs Drs **TARRIUS** et **LE ROY DES BARRES**

MALADIES MENTALES ET NERVEUSES

Grand Parc de 6 hectares.

VILLA BEAU-SEJOUR. — Maladies Nerveuses, Chroniques

Hydrothérapie.— Electrothérapie.— Morphinisme.— Alcoolisme.— Accouchements

3 et 5, rue du Bord-de-l'Eau à Epinay (Seine).—Téléphone : 68, Saint-Denis

Certes, c'est là, effectivement, un point de vue dominant. Est-il vraiment le dernier, le plus général ? C'est l'avis des monistes, parmi lesquels « se rangent la plupart des physiciens, des chimistes et des physiologistes ». Il faut le reconnaître, c'est sur cette conception qu'est édifié le monument imposant de la biologie moderne ; et l'histoire si récente du progrès dans les sciences biologiques n'est que l'ensemble des applications successives et variées de ce principe.

Du fait même, d'ailleurs, les diverses méthodes employées par ces sciences ne doivent pas nous faire oublier l'unité fondamentale d'où elles procèdent. Par exemple, en médecine, il y a, selon nous, quelque injustice à dénigrer l'œuvre de l'école anatomique (« la morphologie ne sert à rien » écrit M. le professeur Richet, d'accord ici avec M. le prof. Marcel Labbé !), à laquelle vous devons la majeure partie des bases de notre pratique médico-chirurgicale. Et M. le prof. Marcel Labbé qui a si bien raillé la « mode scientifique » ne paraît-il pas sacrifier à cette divinité lorsqu'il proclame l'avènement de la « médecine physiologique » ? Pour le moniste, l'anatomie n'est qu'un moment de la physiologie, et la physiologie une anatomie en marche. C'est justement l'intérêt du monisme de constituer une synthèse des deux grands points de vue biologiques, de rapprocher forme et fonction par le facteur temps. Comme un film est composé de clichés dont chacun est une forme, dont l'ensemble, relié par la pellicule, reproduit l'aspect de la vie.

Cette unité de conception, si féconde, encore ne faut-il pas l'émasculer en en opposant les diverses expressions, même pour faire plaisir à ceux qui se flattent d'apporter la physiologie à la médecine. « Nous ne cherchons plus, comme hier, à distinguer une néphrite interstitielle d'une néphrite parenchymateuse, mais à reconnaître un syndrome physiologique de chlorurémie, d'azotémie, ou d'hypertension artérielle, dont la découverte nous conduit secondairement à caractériser une lésion du rein ». Chlorurémie, azotémie, hypertension artérielle, notions plus pratiques que les anciennes, soit, mais qui oserait prétendre qu'elles-mêmes ne seront pas remplacées par des aspects histologiques dont le praticien tirera de plus utiles indications thérapeutiques ? Le laboratoire, comme la clinique, isole des syndromes ; les uns et les autres doivent s'intégrer dans le tourbillon des modifications qui ont pour théâtre « l'enveloppe » que constitue, selon Le Dantec, un être vivant. Et par un incessant va-et-vient du trouble fonctionnel à la lésion et de la lésion au trouble fonctionnel, la science s'élève peu à peu dans la connaissance des causes perturbatrices ; du même coup, elle s'oppose à leur action, en prévient les effets, de façon de plus en plus précoce. Tout cela dans le cadre d'une conception physicochimique de la vie.

***

Mais ce monisme, dont il ne faut pas méconnaître ni stériliser l'effort unificateur, ne nous semble pas le point de vue définitif dans l'étude de l'homme. Et il nous apparaît que c'est gravement mutiler la nature humaine que de la considérer uniquement comme un fragment « de la matière et de l'énergie cosmiques ». Au-delà de ce qu'enserre le monisme dans ses formules, il y a tout le psychisme.

Le phénomène de conscience, avec ses particularités irréductibles, le fait que « nous nous percevons agissants ou modifiés », constitue l'un des pôles de l'activité vitale de l'homme, et la caractéristique vraiment spécifique du règne humain. Que Le Dantec, le chef incontesté du monisme français, considère la conscience psychologique comme un « épiphénomène », cela ne change rien au problème : le dédain des appellations n'a jamais modifié l'essence des choses !

Dès lors, laisser tout ce côté de la réalité dans l'ombre pour les jeunes esprits dont on s'institue le mentor peut, à juste titre, paraître fort dangereux : les enseignés prennent si facilement une méthode didactique pour la réalité même !

Peut-on aussi bien sembler ignorer que la psychiatrie est surtout faite de syndromes subjectifs, d'assemblage d'états de conscience, qu'aucun *substratum* anatomique n'explique jusqu'à présent (ce qui ne diminue en rien leur intérêt individuel et social), et que la neurologie, triomphante est fille du génie des premiers psychiatres dont l'effort antérieur avait réussi à classifier les manifestations délirantes ?

Pour entrer tout à fait dans le domaine pratique, comment ne pas reconnaître, sans aller jusqu'à dire que « la morphologie ne sert à rien », ni même que « la séméiologie de l'avenir doit être subjective », comment ne pas reconnaître que Stéphen Chauvet a raison d'écrire « qu'au lieu d'écouter distraitement les malades qui se plaignent de troubles subjectifs divers et de sensations douloureuses et même, comme beaucoup le font, de couper court à leurs longues descriptions pour pratiquer l'examen physique, il faut s'attacher à écouter patiemment l'exposé des troubles subjectifs, à faire préciser la localisation, les conditions d'apparition, les irradiations des phénomènes douloureux, à examiner attentivement les zones d'hyperesthésie cutanée qu'on observe dans certaines affections viscérales, de façon à arriver à établir une séméiologie subjective qui permette de poser des diagnostics, soit dans les affections qui n'ont pas de signes objectifs, soit avant l'apparition des signes objectifs, lorsqu'il s'agit de maladies susceptibles d'en présenter ! »

Et pour conclure : si nous voulons réaliser pleinement la vieille et toujours bonne formule de notre profession : « Guérir parfois, soulager souvent, consoler toujours », il ne nous faut pas d'emblée tourner nos yeux exclusivement sur « la matière et l'énergie humaines », qui ne sont point susceptibles de consolation !

Dr J. Fiévet.

CHRONIQUE DE LA MUTUALITÉ

MUTUALITÉ FAMILIALE

Combinaison V.
Caisse des veuves et orphelins.

Si, à la Mutualité Familiale, nous avons créé la Combinaison V, c'est que de tous côtés nos confrères nous adjuraient de faire quelque chose pour les veuves et les orphelins, et lorsque nous avons fait, sur cette question, un *referendum*, plus de 400 confrères se déclaraient prêts à adhérer à la Combinaison nouvelle.

Nous avons créé la Combinaison V et les inscrits *apparent rari nantes*. Oh ! combien *rari nantes* ! Depuis 1908, soixante seulement se sont fait inscrire.

Notre trésorier Gassot me racontait que ce piteux résultat avait fait la stupéfaction d'un médecin étranger qui examinait les résultats de notre œuvre avec l'intérêt le plus marqué. A voir en effet le petit nombre des confrères qui demandent des renseignements sur V et surtout de ceux qui s'y inscrivent, on pourrait croire que le corps médical français n'est composéque de célibataires !

Quand, pour ma part, je vois avec quelle désinvolture mes correspondants biffent d'un large trait de plume, sur les bulletins d'adhésion, la ligne qui concerne V, je me demande si tous n'ont pas laissé chez leurs clients ce qu'ils pouvaient posséder d'altruisme ou s'ils ne réservent pas pour leur famille et exclusivement à son usage la dose d'égoïsme que leur a impartie la nature.

Après moi, le déluge ... telle semble leur devise.

Et je me demande souvent à quoi tient une telle indifférence.

Le médecin se croit-il donc immortel ? Habitué à lutter contre la Camarde, ignore-t-il qu'elle l'attend au coin de chaque rue et de chaque lit ? Oublie-t-il qu'il paye chaque année un large tribut à la mort ou bien espère-t-il tout bas qu'en fin de compte il saura vivre assez longtemps pour caser ses enfants ou survivre à sa femme.

Toutes ces amères réflexions, je les communiquais ces temps derniers à un de nos camarades marié, père de famille, mais non inscrit à la Combinaison V, et voici ce qu'il me répondit :

« Votre Combinaison V est vraiment trop peu intéressante : que voulez-vous qu'une veuve, surtout si elle a des enfants, fasse d'une somme de 600 francs ? C'est le double, le triple, le quadruple qu'il faudrait assurer. Moi, j'attends que vous assuriez 1.800 ou 2.400 francs. Ce jour-là je serai des vôtres. » Et il ajoutait : « D'ailleurs, vos cotisations sont beaucoup trop élevées, et la plupart d'entre nous préfèrent, s'ils ne se contentent pas de ce que peut leur donner l'Association générale, s'assurer sur la vie à une compagnie quelconque. »

Or, le médecin étranger dont me parlait Gassot, justifiait son étonnement par le taux peu élevé de nos cotisations, qu'il rapprochait des primes élevées des compagnies d'assurances sur la vie ! Il est vrai que ces questions sont plus familières aux étrangers qu'aux Français.

Ce qui est plutôt vrai, c'est que le plus souvent le médecin dépense chaque année ce qu'il gagne et qu'il se laisse vivre au jour le jour.

Ce que promet l'A. G. c'est un secours, toujours aléatoire puisqu'il dépend de la décision d'une société locale et nous savons que les sociétés locales sont assez dures à la détente lorsqu'il s'agit des veuves, car leurs budgets sont assez limités.

Certes, ce que fait l'A. G. n'est pas à dédaigner et son secours sera toujours le bienvenu quand il s'ajoutera à la retraite de droit ; mais ce n'est pas suffisant.

Ce ne sont donc pas ces arguments qui doivent entraver notre recrutement.

J'attacherais personnellement plus d'importance à l'objection : 600 fr. de rente, ce n'est pas suffisant. Mais pourquoi ne donnons-nous pas plus ? Uniquement parce que nous ne sommes pas assez nombreux. Dans notre projet initial, nous pensions donner 1.200 fr. mais il nous fallait être 300 pour débuter ; or nous étions loin de ce chiffre d'adhérents et, en réduisant à 600 francs, nous avons tout bonnement voulu prouver en marchant la possibilité du mouvement ; nous pensions qu'une fois la combinaison ouverte, les adhésions viendraient et nous permettraient rapidement d'arriver à la pension de 1.200 francs. Or, on sait ce qu'il en est advenu malgré l'exemple de ce confrère, qui est mort après deux versements, et qui, pour 648 francs a assuré à sa veuve une pension de 600 francs !

L'intérêt de tous les jeunes médecins est de venir à nous en nombre imposant pour nous permettre de leur donner satisfaction en élevant le taux de la pension.

Le véritable argument ne serait-il pas que le médecin compte plutôt sur l'avoir personnel présent ou futur de sa femme et espère qu'au jour du veuvage elle n'aurait qu'à y puiser pour vivre et élever ses enfants ? Ce serait donc, en réalité, à la femme du médecin à prendre elle-même ses précautions et à exiger du mari cette assurance qui doit garantir son propre avenir.

J'ai la conviction que toutes les épouses de nos sociétaires de la Combinaison V lisent le *Concours* — peut-être plus attentivement que leur mari. — C'est donc aux femmes des médecins que j'adresse un pressant appel.

Le mari a 32 ans, la femme 25 : la cotisation annuelle est de 194 francs.

Le mari a 35 ans, la femme 27 : la cotisation est de 217 francs.

Et l'on dirait que c'est trop cher !

Confrères, réfléchissez et rendez-vous compte du devoir sacré qui vous incombe à l'égard des vôtres, demandez à vos femmes ce que vous devez faire : communiquez-leur cet article, faites-leur lire nos statuts ... Elles trouveront des arguments meilleurs que ceux que, moi, je pourrais vous donner.

Venez à la Combinaison V : ce jour-là seulement, vous aurez réellement fait votre strict devoir de chef de famille.

H. MIGNON.

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations.

— La situation des savants en Russie bolcheviste. - Un comité vient de se fonder à Londres ayant pour but de venir en aide aux hommes de lettres et aux savants demeurés en Russie du Nord. Un appel de ce comité, publié par les journaux médicaux anglais, donne les indications suivantes, puisées à des sources directes, sur la situation des savants en Russie.

Les bolchevistes, après avor méprisé les intellectuels, ont organisé dans la suite une Maison des Sciences et une Maison de la Littérature et des Arts. Les savants qui avaient pu résister aux privations qui leur furent infligées au début reprirent leurs études dans des conditions matérielles évidemment très pénibles, celles d'ailleurs auxquelles tout le peuple russe est soumis. On cite, parmi les survivants, les noms du physiologiste Pawlow, du géologiste Karpinsky, du botaniste Borodi, etc... Les hommes de science et de lettres russes souhaiteraient recevoir des livres récents, dont ils sont complètement démunis. Ce serait, paraît-il, le seul moyen possible de leur être utile et le comité anglais ouvre une souscription pour l'envoi en Russie des ouvrages scientifiques et littéraires parus dans ces dernières années.

— Facultés de médecine. — LA TITULARISATION DES PROFESSEURS SANS ATTRIBUTION DE CHAIRE. - Le *Journal officiel* du 7 janvier 1921 publie le décret suivant :

« Art. premier, — Le titre de professeur peut être donné sans attribution d'une chaire :

1° Aux chargés de cours et maîtres de conférences titulaires des facultés des lettres et des sciences, aux agrégés des facultés de droit, de médecine et de pharmacie, et, en général, à tous les membres du corps enseignant des facultés actuellement pourvus du titre de professeur adjoint, après avis de la faculté et de la section permanente du Conseil supérieur de l'Instruction publique ;

2° Aux chargés de cours et maîtres de conférences titulaires des facultés des lettres et des sciences, aux agrégés des facultés de droit, aux agrégés des facultés de médecine ayant bénéficié des dispositions de l'article 4 du décret du 4 mars 1914, aux agrégés des facultés de pharmacie s'ils remplissent les conditions d'âge, de stage et de grades exigées par les règlements pour la nomination aux chaires de faculté.

Ce titre est conféré par décret, après présentation par le Conseil de la faculté aux deux tiers des votants et de la section permanente du Conseil supérieur de l'Instruction publique.

Art. 2. — Le nombre des professeurs titulaires sans chaire nommés dans ces conditions dans une même faculté ne peut excéder le tiers des membres du Conseil de ladite faculté pourvus de chaire. Dans les facultés des lettres, ce nombre pourra être augmenté, après avis favorable de la section permanente du Conseil supérieur de l'Instruction publique, sans jamais dépasser la moitié.

Art. 3. — Les chargés de cours et maîtres de conférences des facultés des sciences et des lettres et les agrégés des facultés de droit, de médecine et de pharmacie, nommés professeurs sans attribution d'une chaire, conservent le traitement, les obligations de service et les droits à l'avancement dont ils jouissaient avant leur nomination comme professeur.

Ils sont inscrits pour ordre dans la quatrième classe des professeurs pourvus d'une chaire et leur stage dans cette classe compte à dater du jour de leur nomination comme titulaire sans chaire.

Art. 4. — Les professeurs titulaires sans chaire jouissent de toutes les prérogatives des professeurs pourvus d'une chaire, sous la réserve qu'ils ne peuvent prendre part aux votes pour les demandes de transfert ou la présentation aux chaires vacantes, ni être élus doyen ou assesseur. Un des représentants de la faculté au Conseil de l'université peut être pris parmi eux.

Art. 5. — Sont abrogés l'article 40 du décret du 28 décembre 1885, l'arrêté du 10 juin 1897 et, en général, toutes dispositions contraires au présent décret. »

— Par arrêté du ministre du travail du 4 février 1921, MM. les docteurs Auguste Broca,

Decourt, Noir, Caillaud et Quivy ont été nommés **membres** de la *Commission du tarif* des frais **médicaux** et pharmaceutiques en matière *d'accidents du travail*, comme représentants de syndicats de médecine.

— **Internat des hôpitaux de Paris.** — Sont nommés dans l'ordre suivant :

Internes titulaires : MM. Bernard, Bethoux ; Mlle Déjerine ; MM. Coste, Oury, Bonnecaze, Isch-Wall, Ferrier (Louis), Deroche, Lanos, Denoyelle, Valière-Vialeix, Basch, Aumont, Rousseau (Pierre) ; Mlle Pommay ; MM. Marchal, Lelong, Hermet, Théodoresca, Leroux, (Maurice), Desnoyers, Tisné, Périsson, Chabanier, Foucault, Ollivier (Jean), Girot, Weismann, Broca, Delmas, de Brun du Bois Noir (Roger), Bazert, Debray, Philippe de la Marnière, Niel, Welti, Richon, Dujarrier, Cordey, Grellety-Bosviel, Flormand, Mérot ; Mme Brian-Gorfield ; MM. Turpin, Courtin, Larget, Vigneron, Solente, Viollet, Laurent (Marcel), Metzer, Lefèvre (Paul), Cuvigny, Hillemand, Gueuillette, Godard, Walser, Aris, Vesselle, Le Chaux, Lebré, Lestocquoy, Potez, Froment, Fatou, Dayras, Bonnet (Louis), Mathieu (Pierre), Chevallier (Henri), Chavany, Jousseaume.

Internes provisoires : MM. Dauptein, Marceron, Jacquit, de Brun du Bois-Noir (Pierre), Maleysson, Lacomme, Dessaint, Ravine, Meignant, Engelhard, Lefèvre (Bernard), Bayle, Ducuing, Berthon, Robin (Victor), Roullet, Leflaive, Lafourcade-Cortina, Roland, Tassin, Raiga, Amelin, Casterau (Maurice) ; Mlle Ostwalt (Hélène) ; MM. Doiteau, Féva, Madura, Lévy (Maurice) ; Durand (Paul), Béclère, Huet (Léon), Wallon, Guérin, Veil (Prosper), Barreau ; Mme Génin, née Kamitz ; MM. de Peretti della Rocca, Bourdillon, Piot, Dossot, Andral, Bartet, Laurent (Pierre), Ebrard, Cocault-Duverger, Marchant, Bidermann, Marassi, Cournand, Génin, Derville, Terris, Lautmann, Favory, Flot, Carréga, Largeau, Blanchit, Grenaudier, Baranger (Jacques), Olry, Pareux, Lonjumeau, Le Rasle, Bouthillier, Pollet, Duchon, Grannet, Bouchard, Verger (Georges), David et Remy-Neris.

— **Administration générale de l'Assistance publique à Paris.** — *Liste des laboratoires ouverts aux démonstrations et exercices pratiques.*

A. — *Electrologie.* — Dr Belot, Hôpital Saint-Louis, lundi, mercredi, vendredi à 9 h. 1/2. — Dr Bourguignon, Hospice de La Salpêtrière, Tous les matins à 9 h. 1/2. — Dr Delherm, Hôpital de la Pitié, lundi, mercredi, vendredi à 10 h. — Dr Guilleminot, Hôpital de l'Hôtel-Dieu, lundi, mercredi, vendredi, à 10 h. — Dr Lobligeois, Hôpital Bretonneau, lundi, vendredi à 10 h. 1/2. — Dr Mahar, Hêpital Trousseau, Samedi à 9 h. 1/2.

B. — *Radiologie.* — Dr Aubourg, Hôpital Boucicaut, Tous les matins : de 9 h. à 10 h. 1/2 : Radiographie des membres ; de 10 h. 1/2 à 12 h. : Radioscopie et radiographie des viscères. — Dr Barret, Hospice des Enfants-Assistés, Mardi 9 h. 1/2 ; radiologie de l'estomac. Les autres jours : radiologie infantile. — Dr Beaujard, Hôpital Bichat, Radiothérapie des glandes, Tous les jours à 9 h. 1/2. — Dr Henri Béclère, Hepital Saint-Antoine, Radiographie. Tous les jours à 9 h. 1/2. — Dr Belot, Hôpital Saint-Louis, Radiothérapie. Lundi, mercredi, vendredi à 9 h. 1/2. — Dr Bouchacourt, Maison Dubois, Radioscopie, radiographie. Tous les jours de 9 h. 1/2 à 12 h. — Dr Bourguignon, Hospice de la Salpêtrière, Radiographie du système nerveux. Tous les matins à 9 h. 1/2. — Dr Chicotot, Hôpital Hérold, Radiologie infantile. Lundi, mercredi, vendredi à 10 h. — Dr Delherm et Laquerrière Hôpital de La Pitié, Radiologie générale. Tous les matins à 9 h. 1/2. Radiothérapie du système nerveux. Lundi, mercredi, vendredi à 9 h. 1/2. — Dr Desterne et Baudon, Hôpital Baujon, Tous les matins de 9 h. 1/2 à 12 h. : radiodiagnostic. Mercredi, samedi, de 10 h. à 12 h. : Examens radioscopiques. — Dr Gastou, Hôpital Saint-Louis, Radioscopie, radiographie. Tous les jours de 9 h. à 12 h. — Dr Guilleminot, Hôtel-Dieu, Lundi, mercredi, vendredi à 10 h. — Dr Haret, Hôpital Loriboisière, Tous les jours : radioscopie des poumons, des plèvres, de l'œsophage, estomac, intestin. — Lundi, mardi : radiothérapie des fibromyomes. Mercredi, vendredi : radiothérapie des adénopathies et leucémies. Jeudi : radiothérapie des hypertrophies thyroïdiennes. Samedi : radiothérapie des néoplasies cutanées et profondes. — Dr Ledoux-Lebard, Hospice de la Salpêtrière. Mardi, jeudi, samedi à 10 h. : radiodiagnostic. — Dr Legros et Detré, Hôpital Tenon, Tous les jours de 9 h. 1/2 à 12 h. — Dr Lobligeois, Hôpital Bretonneau, Tous les matins (en semaine) à 10 h. — Dr Mahar, Hôpital Trousseau, Tous les matins : radiographie. Radiothérapie. Lundi, jeudi : radioscopie pulmonaire. — Dr Maingot, Hôpital Laënnec, Lundi : Clinique radiologique générale. Vendredi : tube digestif. Samedi : appareil respiratoire. Tous les jours, à 8 h. 30 : Radiographie ; à 9 h. 30. Clinique radioscopique.

C. — *Curiethérapie - Agents physiques divers.* — Dr Belot et Mme Laborde, Hôpital Saint-Louis, Curiethérapie. Mardi à 9 h. 1/2. — Dr Gastou, Hôpital Saint-Louis, Finsenthérapie. Actinothérapie, à 9 h. — Dr Haret, Hôpital Lariboisière, Curiethérapie. Vendredi, 9 h.

Le Directeur-Gérant : Dr Gassot.

Clermont (Oise). — Imprimerie DAIX et THIRON. THIRON et FRANJOU Successeurs. Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

qui, ne voulant pas payer le médecin, ne doit pas avoir les reins solides et ne vous payera pas non plus. » Lorsque l'accidenté voulait quand même avoir un certificat, il était obligé d'avoir recours à un confrère éloigné, soit en y allant lui-même, ce qui le dérangeait fort, soit en le faisant venir et alors, même au tarif Dubief, la Cie n'y trouvait pas son compte.

Une seule fois, ou deux peut-être, une Cie nous a trompés et nous a appliqué le Tarif Dubief contre lequel nous ne pouvions plus rien, les soins et les certificats étant donnés. Mais la Cie qui a fait cela n'a pas tardé à s'en mordre les doigts, car aucun soin ne fut plus donné à ses assurés, qui l'ont rapidement lâchée. Cet exemple fut salutaire, car depuis, toutes les compagnes nous ont payé au tarif local intégralement et rapidement.

Voilà, je crois, une bonne conduite à tenir contre ces Cies d'assurance, qui s'engraissent outrageusement et qui vont en outre pleurer misère auprès du gouvernement et se faire soutenir par lui au moyen de « tarifs ».

Cette ligne de conduite montre en outre les bienfaits d'une bonne entente entre confrères.

Voilà, Monsieur le directeur, une lettre qui intéressera, je crois, vos abonnés, si vous jugiez à propos de l'insérer dans le *Concours Médical*.

Dr J. (Tonkin).

Réponse

Nous sommes d'accord avec vous lorsque vous dites que nul ne peut forcer un médecin à donner ses soins. Mais il n'est pas tout à fait exact de dire pour cela que les tarifs Dubief ou Breton doivent être considérés comme inexistants, car ces tarifs sont prévus par la loi et n'ont pas pour effet de contraindre le médecin à soigner les blessés du travail, mais seulement de fixer, lorsqu'il a donné ses soins sans avoir été choisi par le patron, le maximum des honoraires qu'il a le droit d'exiger de ce dernier. Le médecin conserve le droit, en principe, de demander à l'ouvrier blessé qui l'a choisi, le paiement de la différence entre le tarif officiel et le tarif ouvrier local.

Vous avez raison lorsque vous indiquez que le médecin peut contraindre les patrons et les compagnies d'assurances à accepter le règlement des honoraires au tarif local.

Nous avons toujours recommandé de faire signer par le chef d'entreprise, un engagement de payer le médecin au tarif local, faute duquel engagement le médecin refuserait purement et simplement de soigner, sauf en cas de nécessité et par humanité, les ouvriers des patrons récalcitrants blessés au cours de leur travail.

La thérapeutique intra-utérine de l'infection utérine post-partum.

J'ai eu assez souvent à traiter l'infection utérine post-partum et n'ai jamais eu de décès par le traitement suivant :

Injection intra-utérine de deux litres avec une solution au 1000e de sublimé ; puis j'écouvillonne fortement, deux fois de suite, avec deux cotons trempés dans de l'essence de térébenthine pure.

Très souvent, 24 heures après, la fièvre a disparu et les lochies n'ont plus d'odeur. Si, par hasard, la fièvre persiste ; je renouvelle les injections et l'écouvillonnage au coton imbibé d'essence.

J'estime, comme le prof. Ferriol et le Dr Vignes que le curettage aggrave l'infection intra-utérine.

Dr J. JOLY.

Sanatorium pour les lésions laryngées.

Vous seriez bien aimable de demander, par la voie du *Concours*, à nos confrères, de m'indiquer un Sanatorium payant, spécialisé pour les lésions bacillaires *laryngées* et pulmonaires.

Dr A.

Les V. E. M.

Pourriez-vous me faire savoir, par votre journal, si les voyages annuels d'avant la guerre, pour Stations thermales, vont reprendre.

Il s'agit, vous vous le rappelez, de caravanes médicales, organisées à forfait, visitant chaque année une région ; c'était mêler l'utile à l'agréable !

Dr D.

Réponse

Les voyages aux Stations d'Eaux Minérales (V. E. M.) doivent reprendre cette année par un voyage aux stations du Centre, ainsi qu'il résulte d'une lettre du Dr M. Jouaust, secrétaire actuel des V. E. M.

Nous ne manquerons pas d'en publier, aussitôt que nous les connaîtrons, la date et le programme.

NOTES DE PRATIQUE QUOTIDIENNE

Récentes acquisitions concernant le traitement des néphrites.

Par le Dr G. SIGURET (Saint-Nectaire).

1920 n'a pas été l'année des découvertes sensationnelles pour le traitement des néphrites. Il est cependant toute une série de faits intéressants à classer dans notre arsenal thérapeutique.

Ainsi, pour les NÉPHRITES HYDROPIGÈNES, nous retiendrons les travaux de L. Blum, de Strasbourg, sur le *chlorure de potassium*. Dans cette variété de néphrites, Blum a constaté que

le KCl était un agent extrêmement intéressant comme diurétique déchlorurant. A doses faibles (3 à 4 gr. *pro die*), le KCl pourra nous servir à renforcer l'action d'autres diurétiques. Si nous désirons l'employer seul, rappelons-nous que pour obtenir de bons résultats, nous devons l'ordonner à fortes doses (20 à 25 grammes *pro die*). Mais comme, à ces doses, le chlorure de potassium est loin d'être inoffensif, notamment chez les cardiaques et les grands hypertendus, il sera bon d'en surveiller l'emploi, et d'en cesser l'usage dès l'apparition de diarrhées, de coliques, de sensation de froid ou de sensation de faiblesse.

Pour les NÉPHRITES AZOTÉMIQUES, nous nous rappellerons les communications de M. Rathery sur les injections hypertoniques de glycose, la thèse de Boucheron sur les diurétiques dans les néphrites azotémiques, enfin les observations du Pr Pouchet relatives à l'emploi de l'allylthéobromine.

M. Rathery et son élève Boucheron se sont attachés à démontrer que les néphritiques chroniques azotémiques ne retirent aucun bénéfice des diurétiques, et en particulier, des *injections intraveineuses hypertoniques de glucose* ; bien plus, ils sont arrivés à cette conclusion que de telles injections sont *nuisibles* chez les malades accusant des lésions avancées des reins.

De même la *scille* qui jusqu'alors était réputée comme un excellent diurétique azoturique, n'avait en réalité qu'une *action* relativement *peu marquée* sur la diurèse et ne faisait augmenter que tardivement l'azote et l'urée ordinaire.

Quant au formiate de soude, dit Boucheron, « il exagère nettement l'excrétion de l'urée et de l'azote total ; il paraît également agir sur la concentration de l'urée. » Il pourra donc nous rendre d'utiles services dans quelques cas. Et voici encore une des formules recommandées par Boucheron :

Formiate de soude .... 1 gr. 50
Sirop d'écorces d'orange amère 60 gr.
Eau distillée ....q. s. p. 120 cc.

A prendre en deux fois dans la journée.

Pour terminer ce court aperçu, retenons un nouveau corps, l'allylthéobromine, théobromine soluble, dont les premiers résultats obtenus s'annoncent pleins de promesses. Ce corps a fait l'objet de la thèse de Richard-St-Yves, de Lyon, qui le prescrit à la dose moyenne de 0.30 *pro die*, et le Pr Ponchet, qui lui a consacré une longue étude, lui attribue les mêmes indications et contre-indications que la théobromine, avec cette différence, précieuse pour nous, qu'il est plus maniable, plus actif, et susceptible surtout d'être employé par voie d'injections.

JURISPRUDENCE

Le droit, pour les dentistes, de se faire délivrer des toxiques et des anesthésiques.

CONSEIL D'ÉTAT

24 décembre 1920.

Le Conseil d'Etat, statuant au contentieux ;

Vu les deux requêtes présentées pour le Syndicat des Chirurgiens-Dentistes de France, dont le siège social est à Paris, et tendant à ce qu'il plaise au Conseil annuler : 1° un décret, en date du 14 septembre 1916, concernant l'importation, le commerce, la détention et l'usage des substances vénéneuses, dans celles de ses dispositions qui visent les chirurgiens-dentistes ; 2° un arrêté en date du 22 mai 1917, par lequel le ministre de l'intérieur a fixé la liste des substances vénéneuses susceptibles d'être délivrées aux chirurgiens-dentistes ou sur leurs ordonnances ;

. . . .

En ce qui concerne le décret du 14 septembre 1916 :

Considérant que la loi du 12 juillet 1916, reproduisant sur ce point la loi du 19 juillet 1845, reconnaît au gouvernement, dans les termes les plus généraux, le pouvoir de réglementer la vente, l'achat et l'emploi des substances vénéneuses ;

Considérant qu'en disposant, par ses art. 19, 28 et 40, que, parmi les substances inscrites aux tableaux A et B, les pharmaciens ne pourront délivrer aux chirurgiens-dentistes ou sur les prescriptions de ces derniers, que celles qui seront énumérées par un arrêté du ministre de l'intérieur, et en interdisant aux pharmaciens de délivrer en nature aucune des substances du tableau B, le décret du 14 septembre 1916 portant règlement d'administration publique n'a pas excédé les limites de la délégation législative en vertu de laquelle il est intervenu : que, par suite, et sans qu'il soit besoin de rechercher si, comme le soutient le pourvoi, les chirurgiens-dentistes jouissaient antérieurement, par application de la loi du 30 novembre 1892, de droits plus étendus que ceux qui ressortent pour eux des articles ci-dessus visés, le syndicat requérant n'est pas fondé à soutenir que le décret attaqué est entaché d'excès de pouvoir ;

En ce qui concerne l'arrêté du ministre de l'Intérieur du 22 mai 1917 :

Considérant, d'une part, qu'en décidant, dans le but de protéger la santé publique, que certains collutoires ne seraient délivrés aux chirurgiens-dentistes qu'additionnés d'une matière colorante, le ministre de l'intérieur n'a porté aucune atteinte aux droits de ces praticiens ;

Considérant, d'une part, que, s'il résulte de l'art. 4 de l'arrêté attaqué que certaines substances, susceptibles d'être employées comme anesthésiques, pourront être délivrées également aux dentistes non pourvus du diplôme institué par la loi du 30 nov. 1892, cette disposition n'a pas eu pour but et ne sau-

rait avoir pour effet de lever, même partiellement, l'interdiction qui est faite à ces derniers par l'art. 32 de ladite loi de pratiquer l'anesthésie sans l'assistance d'un docteur ou d'un officier de santé ; qu'il suit de là que le syndicat requérant n'est pas fondé à demander l'annulation de la disposition attaquée comme prise en violation des prérogatives appartenant aux chirurgiens-dentistes diplômés.

Décide :

Les requêtes susvisées du Syndicat des Chirurgiens-Dentistes de France sont rejetées.

Commentaires.

Cet arrêt du Conseil d'Etat vient à l'appui de la réponse que nous avons donnée, dans le *Concours* 1921, p. 326, à propos du droit de prescription des chirurgiens-dentistes.

Le pourvoi en Conseil d'Etat avait été introduit par le syndicat des chirurgiens-dentistes, pour un double motif : 1° les chirurgiens-dentistes, aux termes de la loi du 30 novembre 1892, doivent-ils être mis sur le même pied d'égalité que les médecins, en ce qui concerne la prescription des médicaments toxiques ?

Or, l'arrêté ministériel du 22 mai 1917, pris en vertu du décret du 14 septembre 1916, apporte des restrictions au droit de prescrire des toxiques, alors qu'un certain nombre de ces substances doivent être additionnées d'un colorant.

Sur ce premier chef, le pourvoi des chirurgiens-dentistes est rejeté.

En effet, la loi du 30 novembre 1892, sur l'exercice de la médecine, n'a pas, en son art. 2 concernant l'exercice de l'art dentaire, abrogé la loi du 19 juillet 1845, sur la vente des substances vénéneuses, ni l'ordonnance du roi du 29 octobre 1846, qui, en son art. 5, ne prévoit la vente de toxiques que sur la prescription d'un médecin, chirurgien, officier de santé, ou vétérinaire breveté.

En droit pur, l'arrêt du Conseil d'Etat est juste, car, contrairement à ce que soutenait le syndicat des chirurgiens-dentistes, le décret de de 1916 et l'arrêté de 1917 n'ont aucunement restreint l'exercice de l'art dentaire.

Mais, en fait, les soins de la bouche ont fait de réels progrès depuis 1845 et certains médicaments toxiques doivent être employés par les dentistes, c'est ce que reconnaît l'arrêté de 1917, en en déterminant la liste.

Nous ne sommes pas idoine dans l'art dentaire pour porter une opinion sur le bien fondé de la réclamation du syndicat des dentistes. Disons cependant que de nombreux docteurs en médecine se sont spécialisés en stomatologie : dès lors, il nous semble prudent qu'au nom de l'intérêt de la santé publique, ces docteurs aient des privilèges, attachés à leur diplôme et à l'approfondissement de leurs études

scientifiques, supérieurs aux droits de ceux qui n'ont obtenu que le diplôme de chirurgien-dentiste.

La deuxième question posée au Conseil d'Etat par le syndicat, était de savoir si les dentistes « patentés » (c'est-à-dire non diplomés, mais autorisés à exercer leur profession, par l'art. 32 de la loi du 30 nov. 1892, parce que patentés avant le 1er janvier 1892, mais qui n'ont pas le droit de pratiquer une anesthésie, sans l'assistance d'un docteur en médecine), avaient le droit de pratiquer toute anesthésie autre que celle au chloroforme, du moment où l'arrêté du 22 mai 1917 permet aux pharmaciens de délivrer aux « patentés » les mêmes anesthésiques qu'aux chirurgiens dentistes, sauf le chloroforme.

L'arrêt du Conseil d'Etat est très net : le « patenté » ne peut pratiquer aucune anesthésie sans l'assistance d'un médecin. Le syndicat des chirurgiens dentistes a donc satisfaction, en fait, sur ce point.

Néanmoins, cela prouve combien l'administration, les pouvoirs publics, les ministres, le parlement, auraient intérêt à s'entourer de l'avis autorisé des praticiens, de ceux qui, dans tous les métiers, dans toutes les professions voient pratiquement la bonne ou mauvaise application des textes législatifs règlementaires.

Cette collaboration éviterait beaucoup de recours en Conseil d'Etat, introduits dans le but de faire annuler des dispositions réglementaires, pour excès de pouvoir, parce que lésant les intérêts d'une profession.

Mais notre gouvernement, à masque républicain, aurait trop peur de voir diminuer son autorité césarienne, s'il s'abaissait à demander collaboration et conseil à ceux qui, par leurs occupations journalières, connaissent les avantages et les défauts de chaque métier ou profession.

Cependant, l'article 6 de la loi du 21 mars 1884, reproduit par la loi du 12 mars 1920, sur les syndicats professionnels, reconnaît à ces derniers la possiblité d'être consultés sur tous les points qui concernent leur spécialité. Encore une loi qui n'est pas appliquée par ceux-là même qui l'ont établie.

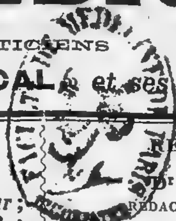
Dr Paul Boudin.

QUARANTE-TROISIÈME ANNÉE | N° 11 | DIMANCHE 13 MARS 1921

Fondé en 1879 par Auguste CÉZILLY
Rédigé et dirigé par H. JEANNE (1900-1914),

LE CONCOURS MÉDICAL

ORGANE HEBDOMADAIRE DES PRATICIENS
Groupés dans la Société « **Le CONCOURS MÉDICAL** » et ses *Filiales*



Quarante-troisième année. N° 11 13 Mars 1921.

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

Office de Renseignements du « Concours »

DON. — Nous avons reçu à titre de don à la Société civile du *Concours médical*, de MM. les docteurs E. Wéber, de Void (Meuse) et Valmont, de Crécy-sur-Serre (Loiret) la somme de dix francs, pour bons offices du journal.

AVIS

Nous recevons assez fréquemment des lettres signées illisiblement, dont le pays d'origine n'est pas mentionné, et qui peuvent, en outre, avoir été déposées dans les gares. Dans ces conditions, toutes les recherches auxquelles nous nous livrons pour identifier l'expéditeur demeurent sans résultat, et nous nous trouvons ainsi dans l'obligation de ne pouvoir répondre à nos correspondants. Tel est le cas pour l'auteur de la lettre datée du 7 mars et timbrée : ligne d'Épinac aux Laumes.

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum, aux* « demandes et offres ».

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne, qui est versé dans la caisse de la Société civile du Concours Médical). *Adresser un mandat ou mieux verser au compte de chèques postaux*, Concours Médical, *Paris 167-95.*

Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse.**

Nº 82. — Dr, 33 ans, au cour. prat. chir. recherche fixe import. préfér. entrepr. industr. dans pays riche permett. de plus bon. client. Gde banlieue Paris, Normandie, Touraine, Midi. S'expatrierait pour belle situation.

Nº 83. — A céder : clinique d'accidents du travail avec salle d'opérations et lits, située aux portes de Paris.

Nº 84. — A vendre, cause livraison voiture, motocyclette side-car Indian, confortable, pare-brise, complètement capoté, acheté neuf 1920, très peu roulé, prix net 5.500 fr. Dr Parmentier, Ste-Cécile, Vendée.

Nº 85. — Spécialiste d'électricité, ray. X., radiumthérapie, cherche grand appartement ou clinique au centre de Paris.

Nº 86. — A vendre torpédo Ford parfait état, Klaxon, éclairage électrique. Dr Gassot à Chevilly (Loiret).

Nº 87. — Dr Kopp, 21, rue Cujas, Paris, ayant acquis la *Revue Médicale*, recherche relations utiles et collaborateurs médecins, étudiants, pour son exploitation.

Nº 88. — Médecin accoucheur, campagne, reçoit dames à toute époque, dispose de nourrices au sein.

Nº 89. — Dr Bourgogne prend en famille, petits pensionnaires, dix francs par jour.

Nº 90. — A vendre d'occasion, port en sus : 1º Appareil port. d'ind. avec tremb. et rh., cond. 4 élec. (Simal). 20 fr. 2º Batt. galv. Gaiffe, boîte 18 él. av. milliamp. et rh., 2 élect. 50 fr. 3º App. galv. caust. (Chardin) av. cautère, 2 piles à souf. 100 fr. T. p. rép., s'adr. Dr David, Salies-de-Béarn.

Nº 91. — A céder bonne clientèle à Lyon, recettes 24.000 fr.

Nº 92. — Auto Zèbre, forme torpédo, 4 cylindres, 2 places, excellent état de marche, tous accessoires. Dr Rayan à Cournonterral (Hérault).

Nº 93. — Dr Germatas, 15 rue d'Isly, Alger, serait obligé à confrère qui indiquerait dans ville ou village, région agréable, sur ligne chemin de fer, logement avec jardin pour y passer l'été avec famille, 5 personnes.

Nº 94. — A vendre 250 fr. (plus envoi) table d'examen général, gynécologie, etc. de « Jayle » par Bruneau, pratiquement neuve, double emploi.

Nº 95. — A vend. au plus off. Diction. Jaccoud 40 vol. parf. ét. Gérardi Van Swieten Commentaria 5 vol. Access. mach. Ramsden, tabour, isol., araignée Truchot, tige à pied, chaine baguettes. S'ad. Dr Nel Granville (Manche).

Nº 96. — Panhard 10 HP. 1914, peu roulé ex. état, 20.000 fr. Renault, 12 HP. état neuf. ex. état, 25.000 fr. S'adresser Dr Le Moal, 3 rue Beauvais, Lorient.

Nº 97. — A vendre : torpédo Georges Roy, 12 chevaux, 4 cylindres, 4 places et strapontin, marche parfaite.

Nº 98. — A vendre : C. double emploi, conduite inter. Zèbre, 8 HP., 4 cylindres sortant de l'usine éclair. et demar. électriques. Faire offre Dr Béglin à Honfleur.

Nº 99. — A vendre, 1 voiture automobile Vinot-Deguingaud 1914, 12 HP. conduite intérieure, 2 places et strapontin, complètement revue à l'usine en octobre dernier, intérieur refait : 11.000 fr. Drouet, 37 rue de Marly, à Rueil (S.-et-Oise).

Nº 100. — A vendre parfait état, cause double emploi voiturette Buchet, 2 places, strapontin, capote rideaux, glace, éclairage acétylène, 5 roues amovibles, 4 cylindres 60 × 100 type 1920, prix 10.000. Dr Marcel Meunier, Sully-sur-Loire (Loiret).

Nº 101. — Dr cherche à Lyon collaboration ou situation chez confrère ou dans clinique particulière.

Nº 102. — Bonne clientèle dans préfecture, région Est, à céder sans indemnité, titulaire partant raison de famille. Condition reprise du bail expirant 1923. Achat mobilier et auto facultatif.

Nº 103. — A céder à Paris dans d'excellentes conditions très ancien poste d'un rapport de 35 à 40.000 fr. Bail de 9 ans. Loyer 1.600 fr. Facilités de paiement. S'adresser à Breitel et Goret, 1 rue Dante, Paris.

Nº 104. — A céder en NORMANDIE poste très important. Rapp. 60.000 fr. env. belle maison avec dépendances. S'adresser à Breitel et Goret, 1 rue Dante, Paris.

CORRESPONDANCE

La loi des pensions et le Corps médical.

Rectification.

Comme suite à la lettre publiée dans le *Concours médical* du 20 février 1921 page 563, et après explications fournies, j'ai reconnu que je n'avais pas été lésé dans mes droits et que les explications fournies par le médecin-chef du C.S.R. de X. n'étaient que l'application stricte du règlement.

C'est du reste à ce règlement que je m'en prenais et non, comme on aurait pu croire, au confrère qui est chargé de l'exécution de ce règlement.

Dr L. (Dordogne).

Un avertissement au sujet de l'urotropine.

Je désire mettre mes confrères au courant d'une observation concernant l'emploi d'une urotropine que j'ai rencontrée dans ma clientèle, et que je crois nocive car, plusieurs fois de suite, elle a causé des accidents de gastrite et d'hématurie chez des malades, alors que, jusqu'à présent, je n'avais jamais entendu formuler de plaintes au sujet de ce médicament.

Ayant eu l'idée d'ouvrir un cachet chez un des malades qui se plaignaient, j'ai constaté que l'urotropine en question était formée de cristaux jaunâtres et nauséabonds ; son impureté m'a paru manifeste.

L'étranger ne nous enverrait-il pas, au détriment des malades, des produits inférieurs comme prix, ce qui ne nous intéresse pas, mais comme efficacité, ce qui est, pour nous, la question primordiale ?

Dr D.

Tarifs à appliquer en cas d'accidents.

Quels tarifs dois-je appliquer :

1° A un cantonnier auxiliaire blessé au cours de son travail ;

2° A des ouvriers agricoles blessés dans la même condition.

Suis-je en droit d'appliquer pour tous le tarif Breton ?

Dr F.

Réponse

1° Un cantonnier auxiliaire, qui n'est pas un fonctionnaire, mais un ouvrier employé au service de l'État, est garanti par la législation spéciale sur les accidents du travail.

En conséquence, le tarif Breton est applicable, lorsqu'il est blessé et que le médecin a été choisi par lui et non par le patron, c'est-à-dire, en l'espèce, par les préposés de l'État.

2° Par contre, comme la législation sur les accidents du travail n'est pas encore applicable à l'agriculture, c'est le tarif ouvrier local qu'il y a lieu d'employer pour les soins donnés à des ouvriers agricoles blessés au cours de leur travail.

Cependant, si les ouvriers avaient été blessés par une machine mue par un moteur inanimé, la loi sur les accidents du travail serait applicable et le tarif Breton en cas de choix du médecin par les blessés.

Placement des malades chez les médecins.

Pour répondre aux demandes réitérées de nombreux confrères parisiens, j'accepte de recevoir plusieurs enfants scrofuleux, lymphatiques, ganglionnaires, débilités, atteints d'affections relevant de la cure marine, à des prix abordables.

Dr CASENAVE.
Hendaye.

A propos de la nouvelle loi sur les loyers.

Les Chambres viennent d'apporter à la loi sur la prorogation des loyers, des modifications dont je ne saisis pas bien les conséquences. Je prends donc la liberté de vous demander quelques explications. J'ai acheté un immeuble que je désire occuper moi-même le plus tôt possible. Cet immeuble est occupé par un mobilisé qui y tient un débit de boissons, et dont le bail finit le 24 juin 1921. Ce locataire, usant de la loi de 1918 a fait par ministère d'huissier, signification qu'il occuperait sa maison (aujourd'hui mienne) pendant cinq années après le 24 juin 1921.

La loi nouvelle réduit-elle son droit à une durée de six mois au maximum, le prix de location étant majoré de x francs par fixation amiable ou fixation par juge de paix, le prix de son loyer, fixé par le bail, étant inférieur à 600 francs ?

Mon locataire jouissait d'un bail fait au nom d'un autre locataire dont il continuait les droits, et ce depuis 1913. Le bail dont il a pris la suite allait de 1912 à 1921.

Dr X.

Réponse.

La nouvelle loi sur les loyers, qui vient d'être promulguée, ne modifie en rien les lois antérieures en ce qui concerne les prorogations accordées aux locataires d'avant-guerre. Elle ne s'applique au contraire qu'aux locations postérieures au 1er août 1914 ou à celles antérieures à cette date lorsque, par suite de l'omission des formalités prescrites par les lois antérieures, le droit de prorogation des locataires n'a pas été exercé en temps utile et les locataires négligents ont par la suite été forclos.

Puisque votre locataire, qui était d'ailleurs en jouissance antérieurement au 1er août 1914, comme cessionnaire sans doute du locataire primitif, vous a fait faire régulièrement la notification, il a droit au bénéfice de la prorogation de la durée des hostilités, comme commerçant, et ce à compter de la fin du bail. Vous ne pouvez augmenter son loyer avant l'expiration de la prorogation.

Inscription sur la liste d'assistance.

C'est en ma qualité d'abonné fidèle du *Concours médical* et en même temps de membre du « Sou médical » que je viens vous exposer la situation suivante :

Je viens d'être victime d'un tel acte d'arbitraire et d'injustice, de la part du service d'assistance médicale gratuite, que je n'hésite pas à vous saisir de cette affaire en vous demandant ce que je dois faire en la circonstance pour obtenir réparation.

Voici : j'ai eu à donner mes soins vers la fin de l'été dernier à un individu qui était à ce moment domestique dans une ferme sise sur une commune voisine.

Le bonhomme se trouvait ce jour-là à A. et pris un peu de boisson a fait une chute et s'est fracturé un poignet. On l'amène chez moi où je lui fais d'urgence la réduction de la fracture et applique un appareil approprié. En même temps il me dit qu'il était domestique dans la ferme indiquée, qu'il n'était pas assuré, et ne possédait absolument rien que ses gages. Je m'informe et apprends en effet que cet homme déjà âgé, gagnait peu, qu'il était un peu buveur et en tous cas *était dans l'indigence absolue*. Je réclame au maire de la commune son admission d'urgence à l'assistance médicale gratuite. On me fait attendre une réponse nette jusqu'à la fin de l'année, où présentant mon état d'assistance et réclamant les bulletins afférents aux soins que j'avais donnés à cet homme, on me répond qu'il n'était pas inscrit sur la liste d'assistance, que c'était la faute de cet homme s'il était tombé et que la commune ne voulait pas prendre à sa charge les soins donnés. J'en réfère au préfet qui me dit que le maire est seul juge, ainsi que le conseil municipal, des gens qui doivent être portés au compte de l'assistance médicale gratuite.

Mais ce qui donne tout son relief à cet acte déjà arbitraire puisqu'il s'agissait là *d'un cas d'urgence* et que le bonhomme relève sans conteste de la loi concernant les indigents, c'est le fait suivant :

L'individu me demandait de le faire entrer à l'hôpital ne pouvant travailler. Je m'informe auprès du maire d'A. qui me dit qu'il ne pouvait être admis que sur une pièce du maire de la commune de X., l'adressant à l'hôpital au titre de l'assistance médicale gratuite, avec responsabilité de la commune. Comme je désirais ne pas encombrer l'hôpital, je dissuade le blessé de s'y faire admettre, lui disant qu'il trouvera certainement à rester à la campagne pour sa nourriture. Il accepte, à condition que je lui continue mes soins. Voyant le maire de la commune de X., peu après, je lui raconte ce qui s'était passé et il m'avoue que dans la circonstance, si le bonhomme avait persisté dans sa demande, il eût bien été obligé de fournir la pièce exigée. Voilà donc un maire *qui devant les exigences de l'hôpital allait s'engager au titre de l'assistance médicale et qui devant le médecin croit devoir se dérober*. Est-ce juste ? Il m'est dû 76 fr. (tant visites que soins chirurgicaux) pour cet accident.

(*Voir la suite page XXXI-781*)

PROPOS DU JOUR

Soyons prévoyants. Ne comptons pas sur la gratitude publique. L'émouvant exemple de Madame le Dr Madeleine Brès, doyenne du corps médical français.

C'est une banalité, répétée depuis bien des années, que d'affirmer que, sauf d'assez rares exceptions, l'exercice normal de la médecine ne conduit pas à la fortune.

Nombreux sont les praticiens qui laissent en mourant leur famille dans la détresse, ou qui, lorsque la vieillesse et les infirmités mettent un terme à leur activité professionnelle, doivent s'imposer les plus dures privations et connaissent même la véritable misère. L'Association générale des médecins de France soulage de son mieux les praticiens qui ont eu la sagesse de s'inscrire au nombre de ses adhérents.

Elle secourt efficacement leurs veuves et leurs orphelins. Mais, étrange constatation ! *à peine la moitié du Corps médical* fait partie de l'Association, qui n'exige qu'une infime cotisation pour s'assurer contre la misère. Quant à ceux qui ont la prudence de faire œuvre de prévoyance réelle et de s'assurer une véritable retraite, ils forment une minorité presqu'insignifiante.

C'est que le médecin praticien se dépense si activement pour les autres qu'il ne songe guère à lui-même. Dans l'agitation de sa vie, il ne voit venir l'âge et les infirmités que le jour où brusquement il en sent tout le poids. Mais alors il est trop tard et il ne peut éviter la misère.

Il s'efforce souvent de cacher sa détresse et, parfois, y réussit jusqu'à la fin de ses jours.

Les veuves, les orphelins espèrent encore que la Société se souviendra des services de celui qui s'est donné sans compter pour secourir les autres; triste illusion ! l'oubli des services rendus, l'ingratitude publique suivent de près la disparition de celui qui s'est dévoué.

Un confrère de la Nouvelle-Calédonie nous adressait récemment une lettre indignée, en nous signalant une délibération du Conseil général de la colonie qui repoussait la demande de secours de la veuve d'un médecin mort à Nouméa, après de longues années d'exercice et de services publics et privés. Pas n'est besoin, hélas ! d'aller aux antipodes pour faire cette triste constatation ; nous pourrions tous les jours relever en France et même à Paris des exemples semblables.

Madame Madeleine Brès, la première française qui conquit le grade de docteur en médecine et exerça dans notre pays, nous en fournit un des plus poignants.

Cette femme qui parvint, il y a quelque cinquante ans, au milieu de difficultés sans nombre, à force de volonté, de travail et d'intelligence à devenir docteur, qui fut pendant toute sa vie un modèle de dignité, de modestie et de dévouement, aujourd'hui complètement aveugle et octogénaire, presque abandonnée, en est réduite à frapper aux portes de l'Assistance publique qui ne peut lui offrir qu'un lit dans un dortoir à l'hospice de la Salpêtrière.

Cependant la vie de Madame Brès ne fut pas banale et les services qu'elle a rendus depuis plus d'un demi-siècle méritaient mieux de la reconnaissance publique.

Nous empruntons au beau livre que Mlle le Dr Lipinska publia en 1900 sur l'*Histoire des femmes médecins*, des renseignements précis sur les débuts de Madame Brès, ils méritent d'être divulgués.

Fille d'un artisan de Nîmes (un charron), Madame M. Brès, enfant, accompagnait fréquemment son père lorsqu'il allait travailler à l'hôpital de cette ville. Les religieuses de Nevers, qui géraient l'hôpital, se prirent d'affection pour cette toute jeune fille, intelligente, qui s'intéressait aux malades.

Elles l'employèrent à l'infirmerie.

Elle se maria une première fois à quinze ans à un employé d'omnibus, incapable de la comprendre, et devint veuve au bout de peu d'années. Elle songea alors à se faire médecin pour élever sa famille.

En 1866, Madame Brès fut demander au doyen de la Faculté de médecine de Paris, Wurtz, l'autorisation de suivre les cours : « Il faut tout d'abord obtenir les diplômes règlementaires, répondit le doyen. Revenez me trouver quand vous les aurez conquis. »

Deux ans plus tard, en 1868, Madame Brès prenait sa première inscription, elle était pourvue de ses baccalauréats ès-lettres et ès-sciences.

En 1870, survint la guerre. Madame Brès

remariée, était en cours d'études et mère de trois enfants. Son mari était garde national.

Elle demanda à remplir les fonctions d'interne dans un hôpital et fut attachée au service du Pr. Broca, à l'hôpital de la Pitié, qu'elle habita pendant le siège. La Pitié fut bombardée, plusieurs obus tombèrent dans le service même du Pr. Broca et y firent des victimes. Nous avons jadis entendu fréquemment raconter l'histoire de ces jours sombres par notre regretté confrère et ami, Petit-Vendol, qui fut, en 1870, interne à la Pitié, et devint plus tard chef de clinique de Trélat.

Voici les notes que le Pr. Broca donna à cette époque à Mme Brès :

« Entrée dans mon service en qualité d'élève stagiaire en 1869. Au mois de septembre 1870, l'absence de plusieurs internes, appelés dans les hôpitaux militaires, nécessitait la nomination d'internes provisoires.

Mme Brès, sur ma proposition, fut désignée comme interne provisoire. En cette qualité, elle est restée pendant les deux sièges de Paris et après jusqu'au mois de juillet 1871. Son service a été toujours très bien fait et sa tenue irréprochable ».

Le directeur de l'hôpital ajoutait :

« Mme Brès s'est toujours fait remarquer par son zèle, son dévouement et son excellente tenue. Elle nous a particulièrement secondé pendant la dernière insurrection. »

Les professeurs Gavarret, Paul Lorain, Sappey et le doyen Wurtz la notaient ainsi :

« Par son ardeur au travail, par son zèle dans le service hospitalier, nous nous plaisons à reconnaître que Mme Brès a, par sa tenue parfaite, justifié l'ouverture de nos cours aux élèves du sexe féminin et obtenu le respect de tous les étudiants avec lesquels elle s'est trouvée forcément en rapport. »

Cela n'empêcha pas qu'en 1871, le Conseil de surveillance de l'Assistance publique lui refusa le droit de concourir à l'internat, pour ne pas créer une innovation indésirable !

Il y avait alors une majorité de maîtres à la Faculté et dans les hôpitaux qui ne voulaient pas permettre l'accès des femmes à la profession médicale. Par une singulière aberration, ils admettaient la création de sages-femmes, ils exaltaient les services et le dévouement des religieuses hospitalières, auprès des malades et des blessés, mais ne pouvaient concevoir qu'une jeune femme, bien élevée, pût soigner ces mêmes malades, pourvue du diplôme de docteur en médecine. Comprenne qui pourra ?

Mme Brès continua néanmoins ses études. En 1875, elle passa sa thèse dont le sujet fut *De la mamelle et de l'allaitement*. Elle exerça dès lors, à Paris, modestement, sans bruit, se consacrant aux maladies des femmes et des enfants ; elle donna des consultations dans des dispensaires, fonda une crèche, fit même de la clientèle pour vivre et cela, pendant cinquante ans. Mais, comme l'écrit M. Léon Balby, dans un article qu'il lui consacre dans l'*Intransigeant*, Mme Brès *ne savait pas se faire payer*, et aujourd'hui, elle vit des secours que lui donnent la mairie du VIIIe arrondissement et un dispensaire de Levallois. Comme elle est complètement aveugle, et que la vie est chère, ces secours sont insuffisants.

Ce fut alors que ses amis songèrent à solliciter une place à l'Assistance publique à laquelle elle rendit jadis bien des services gratuits. Mais cette administration ne put offrir à Mme Brès qu'un lit dans une salle commune à la Salpêtrière, lit qu'elle ne crut pas devoir accepter. Un de nos confrères, le Dr Lacaille, ému de cette détresse, saisit le secrétaire général de l'Association des médecins de France, le Dr Levassort, de la pénible situation de la doyenne du corps médical français. Mais la loi de la mutualité lie l'Association générale qui ne peut secourir personne en dehors de ses membres. Or, Mme Brès n'avait pas adhéré à l'Association. Elle avait vécu isolée, en sauvage, et ne faisait partie d'aucune de nos œuvres de prévoyance. Une démarche du Dr Levassort pour la faire admettre à la *Maison du médecin* fut encore vaine. Les statuts de la Maison du médecin interdisent formellement d'y admettre les grands infirmes, or Mme Brès est complètement aveugle.

La situation reste donc critique. Une femme distinguée et de grand cœur, qui a donné la preuve de sa générosité lors de la souscription de la Caisse d'assistance médicale de guerre, Mme le Dr Alice Sollier, a pris la généreuse initiative de saisir la presse médicale de la détresse de Mme Brès et d'ouvrir une souscription en sa faveur. Nous ne doutons pas qu'un grand nombre de nos abonnés et de femmes de nos abonnés, toujours si promptes à s'émouvoir lorsqu'il y a une misère à secourir, tiendront à répondre à cet appel.

Quant à nous, tout en déplorant qu'un médecin praticien qui, pendant cinquante ans, s'est

sacrifié à secourir les autres, en soit réduit à frapper, à la fin de sa vie, à la porte de l'assistance qui s'entrebâille difficilement et Dieu sait avec quelle parcimonie, nous nous permettrons de tirer de cette pitoyable histoire un enseignement :

Confrères, adhérez à l'Association générale des médecins de France ; avec une insignifiante cotisation, vous vous assurerez contre la misère ; inscrivez vous à toutes les œuvres de bienfaisance et de mutualité médicales. Faites plus, songez à vous constituer une retraite pour vous, pour votre famille.

La *Mutualité familiale du corps médical français* vous permet de choisir entre de multiples combinaisons.

Associez-vous, faites acte de solidarité. Qui de vous peut prévoir ce qui lui arrivera plus tard ? Songez à la détresse imméritée de Mme le Dr Madeleine Brès qui pourrait vous dire prophétiquement :

Hodie mihi, cras tibi.

J. Noir.

Mme le Dr Alice Sollier (*Sanatorium de Boulogne*, 145, *route de Versailles, à Boulogne-sur-Seine*), recevra avec reconnaissance les dons que nos lecteurs voudront bien lui adresser pour la souscription de Mme Madeleine Brès.

PARTIE SCIENTIFIQUE

CLINIQUE INFANTILE

Hôpital S-Louis (annexe Grancher).

M. Jules Renault.

De l'albuminurie de l'enfance.

Durant cette dernière quinzaine, vous avez assisté, Messieurs, à l'évolution d'un certain nombre de cas d'albuminurie qui ont frappé les enfants du service. A première vue, il semble impossible de séparer l'albuminurie aiguë de l'albuminurie chronique, et c'est là un des plus angoissants problèmes de la pathologie infantile. Notez que j'ai dit « albuminurie » et non « néphrite ». Quand on nous amène l'un de ces petits malades, l'on nous dit en effet : « Je vous le conduis parce qu'il a de l'albumine... »

S'il y a albumine, y a-t-il néphrite ? S'il y a néphrite, qu'entend-on par néphrite aiguë et par néphrite chronique ? Je ne saurais trop le répéter : il s'agit là de l'un des problèmes les plus délicats de la médecine infantile.

L'albuminurie aiguë est très fréquente et se retrouve dans un très grand nombre d'affections de l'enfance. Cependant, par ordre de fréquence, je vous citerai : la fièvre typhoïde, la pneumonie, la diphtérie ; puis, la scarlatine, la rougeole, le choléra ; enfin la varicelle, et presque toutes les maladies infantiles. Toute maladie fébrile peut donner de l'albumine, mais il faut ajouter à cette momenclature : l'eczéma, la gale, les révulsifs cantharidiques, les liniments térébenthinés, enfin les sinapismes. Parmi les maladies chroniques, citons la tuberculose et la syphilis.

Toutes ces affections donnent-elles une même variété d'albumine ? Evidemment, non. Il faut établir une grande différence entre la congestion rénale, la néphrite passagère et la néphrite aiguë.

La congestion n'est pas le premier degré de la néphrite, mais un état particulier et transitoire de dilatation vasculaire.

La néphrite passagère est le premier degré de l'inflammation de l'organe. Elle est diffuse, mais intéresse plus les tubes contournés que les glomérules.

Dans la néphrite subaiguë, la totalité de l'organe a souffert : tubes, glomérules et cellules sont fortement modifiés.

L'anatomie pathologique conditionne la symptomatologie.

1) *Congestion rénale* : Chez l'enfant. elle est le plus souvent d'origine médicamenteuse.

Nous avons vu l'an dernier un enfant qui, après une anesthésie, laquelle n'eut rien de particulièrenent long, nous présenta une anurie complète de 7 jours. Il ne s'agissait pas d'une rétention d'urine : la vessie était complètement vide.

Les accidents les plus sérieux ne tardèrent pas à se manifester en même temps que les convulsions faisaient leur apparition. Le pronostic nous semblait fatal, quand une hématurie abondante survint, hématurie signe d'une congestion aiguë : nous vîmes, peu à peu, les urines être plus abondantes et au bout de 8 jours, l'enfant avait repris ses émissions normales.

Ceux d'entre nous qui ont commencé leurs études il y a 25 ans environ, ont vu encore leurs maîtres appliquer de petits vésicatoires cantharidiens de 2/2 ou 5/5. Les grands vésicatoires chers à nos pères avaient disparu devant les accidents très graves, éclampsie et mort, qu'ils avaient maintes fois causés. Je vous conseille de bannir

complètement de votre thérapeutique ce mode de révulsif : le rein de l'enfant étant extrêmement sensible au poison cantharidien. La cantharide ne détermine pas d'ailleurs que la congestion : elle peut causer une néphrite véritable.

2) *La néphrite passagère* : son épithète vous la qualifie suffisamment. C'est l'albuminurie fébrile observée dans tant de maladies : elle n'a pas plus de gravité que la congestion simple dont nous venons de nous entretenir.

Lorsque vous redouterez une typhoïde, la présence de l'albumine sera un bon signe de présomption, car il est précoce. J'en dirai autant pour la pneumonie, tandis que l'albumine n'apparaît que dans 75 % des cas au début d'une diphtérie.

Pourquoi ces affections fébriles s'accompagnent-elles d'albumine ? Pour les uns, la fièvre modifiant l'état humoral permet le passage de l'albnmine du sang dans les urines. Pour d'autres, la fièvre a un pouvoir dilatateur sur les vaisseaux d'où stase et, mécaniquement, passage de l'albumine au travers des tuniques vasculaires...

L'albuminurie fébrile ne donne ni œdème de la face, des jambes, des malléoles, ni œdème du cœur ni du poumon ; jamais d'éclampsie.

Son seul symptôme est la présence d'albumine dans les urines.

Sa disparition vous aidera au pronostic de la maladie en cours.

Ainsi, dans la fièvre typhoïde, vous noterez sa disparition avant la défervescence et vous annoncerez celle-ci toute proche. Dans la pneumonie, l'albumine disparaît le jour même de la chute de la fièvre. Dans la diphtérie, il est habituel de retrouver de l'albumine 3 à 4 jours après que la fièvre a cédé.

Cette albuminurie fébrile est donc très transitoire et ne demande pas une thérapeutique autre que celle qui doit être appliquée à l'affection causale.

La difficulté du pronostic concernant cette albuminurie est réelle, puisque les mêmes affections que nous venons de passer en revue peuvent donner lieu à une néphrite aiguë de longue durée.

Au hasard de nos fiches, je vais vous résumer quelques-unes des observations qui ont été le plus récemment relevées :

Le 21 janvier, un enfant, soigné dans un service voisin, nous est envoyé pour œdème, oligurie. On le traitait pour un psoriasis banal. Il nous présente de l'infiltration de tous ses tissus, cependant, le doigt ne s'imprime pas en godet. L'examen des urines décèle quelques cgr. d'albumine et au microscope, on voit de nombreux globules rouges, des cylindres hématiques granuleux. Le malade perd 3 kgr. en quelques jours, au fur et à mesure que le taux des urines se relève.

Le 21 décembre dernier, un enfant soigné pour tricophytie aux rayons X, fait une petite angine. On l'évacue sur notre service. Œdème généralisé : 1 gr. d'albumine. En 8 jours, le malade perd par sa diurèse 2 kgr.

Le 16 octobre, un enfant, soigné pour une gale quelconque, nous est amené pour des crises convulsives. Il présente de l'obnubilation et le signe de Kernig atténué. Son mutisme est complet. Cependant, pas d'inégalité pupillaire, pas d'irrégularité respiratoire. Donc nous éloignons le diagnostic de méningite. Repos au lit absolu, forte purgation, eau lactosée, constituent tout le traitement. L'urine est rare et noire, hématique pendant 3 jours ; l'albumine de 1 gr. tombe bientôt à 15 cgr. pour disparaître rapidement.

La diminution de poids est parallèle à l'augmentation du taux de l'urine. Il n'y a donc aucun doute : l'enfant a présenté une néphrite aiguë à début éclamptique.

Voici encore l'histoire d'un autre de nos petits malades : il est âgé de 4 ans. Il est convalescent d'une scarlatine. L'éruption fut discrète, la fièvre à 40 degrés dura 4 jours et tout rentra dans l'ordre. Pas d'albumine, la desquamation suit son cours normal quand, subitement, le 26e jour, l'enfant est pris de vomissements verdâtres, les urines deviennent rapidement très rares, l'examen de la gorge est négatif. A l'auscultation nous enregistrons un peu de congestion à la base gauche et à la pointe du cœur, un bruit de galop. L'examen de l'urine décèle sang et albumine. Bien que, suivant l'adage que vous connaissez, la scarlatine n'aime pas le poumon, notre petit convalescent a présenté une bronchite caractérisée avec une néphrite aiguë consécutive, à longue échéance, après sa scarlatine banale.

Ces quatre observations vous montrent donc comment l'albuminurie peut se manifester chez l'enfant pour les causes les plus variables.

Nous résumerons la symptomatologie générale de la néphrite aiguë de l'enfance de la façon suivante :

L'œdème est généralisé : c'est l'anarsaque, que vous connaissez tous. Il y a de l'hydropisie des plèvres, du péricarde, du péritoine. Les bruits du cœur sont mal frappés, soufflants. La pointe est déplacée.

On compte de 110 à 130 pulsations : la tachycardie est de règle. Souvent, vous noterez de l'insuffisance mitrale, symptôme de septicémie et de la dualité de la souffrance du cœur et du rein.

C'est un des points, Messieurs, les plus intéressants de la pathologie infantile que de voir s'installer, dès le début de l'albuminurie, tout cet ensemble symptomatique véritablement effrayant. Chez l'enfant que vous avez vu atteint d'angine post-scarlatineuse, l'anasarque s'installa en 3 heures et au cours de la même journée, nous cons-

LENIFORME

HUILE ANTISEPTIQUE NOUVELLE

Contenant des VARIÉTÉS D'ESSENCES
capables de détruire les Variétés Microbiennes
qu'on rencontre dans les maladies

du **NEZ**
du **PHARYNX**
de la **TRACHÉE**
des **BRONCHES**

et de toutes cavités ouvertes dans ceux-ci.

Rend les plus grands services en injections intra-trachéo-bronchiques

Echantillon : 20, rue de La Rochefoucauld - Paris

LAXOLEOL Paraffine liquide

Huile de Vaseline spéciale pour usage interne

rigoureusement pure, sans goût, sans odeur, débarrassée par un nouveau procédé chimique DE TOUS PRINCIPES NOCIFS.

LAXATIF-MÉCANIQUE **IDÉAL** à employer dans tous les cas où il est indispensable d'obtenir l'évacuation intestinale régulière, sans fatigue, ni coliques, ni douleurs.

Indiqué spécialement dans les cas de **grossesse, appendicite chronique, prostatite, entérite muco-membraneuse, dothiénenterie, suites de laparotomie.**

DOSES : 2 A 3 CUILLERÉES A BOUCHE PAR JOUR, ENTRE LES REPAS.

EN VENTE : LABORATOIRES GABAIL, 3, rue de l'Estrapade, PARIS (V^{e}),
ET TOUTES PHARMACIES.

TRAITEMENT ORGANOTHÉRAPIQUE de la Diathèse Urique

Essentiellement différent des solvants chimiques de l'acide urique
qui sont des substances étrangères à l'économie,

le SOLUROL

(ACIDE THYMINIQUE)

restitue à l'organisme soumis à la diathèse urique, **l'éliminateur naturel**
(acide thyminique) élaboré normalement par l'organisme sain
assure ainsi un **maximum d'activité thérapeutique,**
sans jamais produire la moindre action nuisible.

COMPRIMÉS dosés à 25 centigr. DOSE moyenne : 3 à 4 comprimés par jour.

LABORATOIRES CLIN — COMAR & Cie, 20, Rue des Fossés-Saint-Jacques, PARIS. 1332

tations tous les signes que je viens de vous énumérer.

Les crises épileptiformes, éclamptiques, durent de une demi-heure à une heure (alors que, vous le savez, dans l'épilepsie essentielle, la durée de la crise n'excède pas une à deux minutes). Rarement, il survient une seconde crise le lendemain.

Votre pronostic à ce sujet sera d'autant plus favorable que l'enfant aura passé 24 à 36 heures sans présenter de nouvelles crises.

Retenez donc que, chez l'enfant, le début de la néphrite aiguë est foudroyant ; c'est le contraire chez l'adulte.

Il est un signe auquel nous ne nous sommes pas encore arrêtés : c'est l'œdème glottique. La différence de sa manifestation avec l'angine stridubleuse, c'est que cette dernière est surtout, et peut-on dire exclusivement, nocturne, tandis que l'œdème glottique n'a pas d'heure préférentielle. Cet œdème glottique peut être des plus dramatiques et vous conduire à une trachéotomie.

L'œdème aigu du poumon avec son cortège habituel sera quelquefois précédé de certains prodromes : céphalée, oligurie, pâleur de la face, œdème léger. Au bout de 24 ou de 36 heures vous pourrez affirmer que cet œdème du poumon, que vous avez soigné avec énergie, va enfin rétrocéder.

De tout ce cortège symptomatique, vous ne retrouverez plus rien à la fin de la première semaine. Seule, quelque fois, l'albumine pourra persister 3 à 4 semaines.

Le pronostic est donc favorable dans les 9/10e des cas. Une fois sur 10 seulement l'albuminurie aiguë se transforme en albuminurie chronique.

Diagnostiquer au début une albuminerie « passagère » d'une abuminurie aiguë « durable » est vraiment difficile. A peine peut on se fixer sur l'intensité des phénomènes du premier jour.

Si le rein est véritablement bloqué, pensez à l'albuminurie aiguë durable, véritable albuminurie de complication.

Mais rappelez-vous que, dans la scarlatine, l'albuminurie est moins fréquente et plus grave que dans la diphtérie. Le traitement, vous vous en doutez, sera symptomatique. Le rein est bloqué : faites une copieuse saignée de 250 à 300 grs. Saignée générale et non locale ; celle-ci est manifestement insuffisante ; donnez à boire quelques cuillerées à café d'eau lactosée.

Le lendemain, vous prescrirez une purgation drastique de façon à provoquer une saignée intestinale. Eau-de-vie allemande et sirop d'orgeat : un gramme d'eau-de-vie allemande par année d'âge.

Vous ne commencerez les diurétiques qu'au moment où les urines auront fait leur apparition. Plus tard, seulement, vous ajouterez un peu de théobromine et d'azotate de soude.

Vers le 6e jour, donnez du lait lactosé et coupé d'un peu d'eau de Vals ou d'Evian ou d'eau bouillie. Vous arriverez assez vite au lait pur que vous continuerez plusieurs semaines jusqu'au moment où l'albumine aura complètement disparu.

Je réserve, pour une prochaine leçon, de vous entretenir de l'albuminurie chronique de l'enfant.

(Leçon recueillie par le Dr R. MOLINÉRY, et revue par l'auteur).

MÉDECINE LÉGALE

Faculté de médecine de Paris

M. le professeur BALTHAZARD.

Etude médico-légale sur la défloration.

Les signes du viol sont différents suivant qu'il s'agit d'une vierge ou d'une femme déflorée. Quels sont donc, d'abord, les caractères de la virginité ?

On note chez la jeune fille vierge un aspect spécial des organes génitaux, qui n'est pas caractéristique, d'ailleurs. Vous savez que la vulve comporte deux paires de lèvres (grandes et petites lèvres) et même trois paires de lèvres parfois, l'hymen ayant en effet dans certains cas l'aspect labié.

Chez les vierges, les grandes lèvres sont épaisses, charnues, et recouvrent les petites lèvres. Celles-ci, au contraire, chez les femmes déflorées, sont allongées et débordantes ; elles perdent un peu leur type muqueux pour revêtir une apparence cutanée due au frottement. Avec les rapports sexuels, l'infundibulum s'exagère. Il ne faut pas attacher, il est vrai, à ces données, une valeur absolue. Ainsi, chez les petites filles amaigries, il est des cas où l'infundibulum se prononce. De même, chez des femmes grasses déflorées, il arrive que les grandes lèvres recouvrent les petites. Chez la vierge, le clitoris, sur lequel viennent s'insérer les petites lèvres, est peu volumineux et coiffé d'un prépuce tendu. Au contraire, chez la femme déflorée, le clitoris se développe et le prépuce devient mobile. La fourchette, la fosse naviculaire ne sont pas déprimées chez la vierge. Après des coïts répétés, tout cela s'agrandit, se relâche et il n'y a plus de démarcation nette entre le périnée et l'infundibulum vulvaire.

J'arrive à l'hymen. Un hymen intact n'a pas une signification indéniable, mais un hymen déchiré est un signe de coït. L'hymen est constant. Des médecins-légistes ont jadis déclaré qu'il pouvait manquer et l'on a longuement discuté sur ce sujet. En réalité, sa présence a constamment été démontrée, sauf anomalie exception-

✦✦

nelle. Les médecins ne sont pas toujours — et c'est regrettable — très familiarisés avec l'aspect de l'hymen. Dans les hôpitaux d'adultes, en effet, les hymens intacts sont rares. Dans les hôpitaux d'enfants, on met une certaine discrétion à examiner les organes génitaux. Il arrive, dans ces conditions, que bien des médecins n'ont pas eu l'occasion de voir un hymen normal. A la Morgue, lorsque les circonstances me le permettent, je comble cette lacune en montrant aux élèves les hymens intacts que les accidents divers peuvent y conduire. Je vous ai parlé de ce confrère qui, dans une expertise, avait déclaré que l'hymen (c'était chez une fillette de 25 mois) était « complètement disparu ». Brouardel, appelé en nouvelle expertise, rectifia cette erreur. Ce confrère déclara, aux assises, n'avoir jamais observé un hymen normal au cours de ses études, ajoutant que si, dans les hôpitaux d'enfants, il avait cherché à s'instruire sur ce point, on eût pu l'accuser d'attentat à la pudeur. Question délicate, vous le voyez, mais, en pareil cas, le médecin dira franchement qu'il n'a pas une compétence suffisante, sans donner de conclusions.

L'examen de l'hymen, dans une expertise ou une consultation, n'est pas toujours facile, lorsqu'on a affaire par exemple à une petite fille timorée. Il faut beaucoup de patience, alors, car on ne doit se prononcer qu'après avoir bien vu cet organe. Souvent, il est profondément situé. On mettra l'enfant non sur un fauteuil, mais sur le bord d'un lit, couchée sur le dos, et l'on fera exécuter aux cuisses des mouvements de va-et-vient, d'abduction et d'adduction, qui permettent de voir la vulve s'ouvrir, et la membrane hymen se tendre et se détendre. On peut à ce moment regarder de plus près, écarter doucement les grandes lèvres et essayer de tendre le plus possible la membrane.

Lorsqu'il s'agit de découvrir une déchirure, la difficulté est parfois grande, la déchirure n'étant pas toujours nette. Dans les cas anciens, il est bon de faire un examen à la loupe, en utilisant une loupe à grande ouverture, pour ne pas être obligé de se tenir trop à proximité.

Comment se présente un hymen normal ? Il peut avoir des formes très différentes. Un des types les plus communs est l'hymen annulaire : c'est une petite membrane avec un orifice central. L'hymen, dans le jeune âge, est souvent mince et il faut avoir soin, en recherchant sa perméabilité de ne pas produire soi-même une déchirure. On a pu établir, par exemple, dans une expertise médico-légale, que la déchirure que présentait l'hymen avait été faite au cours d'un examen demandé par les parents et pratiqué par une sage-femme.

Le type annulaire est une forme fréquente d'hymen, mais l'orifice n'est pas toujours central. Il peut être excentrique et même atteindre la périphérie (hymen en croissant). Cet orifice central varie de dimensions. Il permet chez la toute petite fille le passage de la pointe d'un crayon et chez la jeune fille le passage de l'extrémité de l'index avec des variations assez grandes.

Une forme un peu anormale est l'hymen labié, qui comprend deux parties latérales séparées par une sorte de fente. Il est assez fréquent à partir d'un certain âge et il s'associe parfois à l'hymen en croissant. Cet hymen labié est un de ceux qui permettent le plus facilement la pénétration sans blessure. Les lèvres s'écartent alors au moment du passage du pénis, sans déchirure.

Une autre forme propice à la défloration sans rupture est l'hymen plicaturé, en bourse. C'est une membrane dont l'orifice central est plicaturé. C'est également un type d'hymen complaisant.

Telles sont les principales formes de l'hymen, à l'état normal. Il y a quelques anomalies, comme l'hymen à bords frangés, par exemple, l'hymen à encoche congénitale, à deux orifices, l'hymen imperforé. Cet hymen imperforé, assez rare, se reconnaît souvent au moment de la puberté, la rétention des règles provoquant des accidents. Quelquefois, si la menstruation fait défaut, il est toléré et la femme peut se marier. Si le coït ne parvient pas à refouler cette membrane, il aboutit parfois à des erreurs de route, à des dilatations de l'orifice vulvaire, du méat urinaire même. On a vu le coït se pratiquer ainsi dans le canal de l'urèthre jusque dans la vessie.

La consistance de l'hymen est très variable. Il est des cas où l'hymen a une fragilité extraordinaire et forme presque une toile d'araignée. Il est des cas, par contre, où il offre 2 ou 3 millimètres d'épaisseur. Parfois, il est presque fibreux (chez les vieilles filles), cartilagineux, osseux (?) même, a-t-on dit.

J'arrive aux signes de la défloration. Le meilleur de ces signes est la déchirure de l'hymen. Quand elle est récente, surtout si elle est complète, on la reconnaît facilement. Dans l'hymen annulaire, la déchirure se fait fréquemment en 4 points, suivant 4 lignes. Cette déchirure est incomplète quand elle n'arrive pas jusqu'au bord de la vulve. Ceci se voit surtout dans les tentatives de viol chez les petites filles de 4, 5 ans, en raison de l'obstacle causé par la petitesse de la vulve. La cicatrisation des déchirures se fait assez rapidement, en 4 ou 5 jours, mais les coïts successifs peuvent les reproduire et la cicatrisation est alors retardée (6, 8 jours), surtout si des phénomènes d'infection se surajoutent.

La cicatrisation est susceptible de se faire par accolement des lambeaux dans la profondeur. Il est bon alors, pour apprécier cet état, de ramener les lambeaux hyménéaux avec la sonde mousse, en prenant de grandes précautions. On peut aussi utiliser le procédé de Brouardel: intro-

duire dans le vagin un petit ballon de caoutchouc vide et y injecter de l'eau, ce qui déplisse la membrane. On doit pratiquer ces manœuvres avec une grande délicatesse et s'abstenir si l'on rencontre des difficultés.

Lorsque les coïts se multiplient, les lambeaux détachés deviennent mousses, pour constituer les caroncules myrtiformes. Vous les trouverez toujours, même après plusieurs accouchements.

Dans certaines circonstances, vous serez sollicités de pratiquer une défloration médicale, instrumentale. Il faut toujours être prudent en pareil cas, comme pour tout ce qui a trait aux questions génitales. Ainsi, un médecin reçut un jour la visite d'une femme, accompagnée de son mari, qui demanda une défloration opératoire, prétendant que son hymen était trop résistant. Or, le médecin apprit ultérieurement l'histoire suivante. Le mari était impuissant et la femme, lasse d'attendre, avait décidé de prendre un amant. Le mari était consentant, mais il avait demandé à sa femme, pour ne pas trop trop l'humilier, une défloration artificielle. Dans un autre cas, une femme de 50 ans, sur le point de se marier et ne voulant pas que son futur époux s'aperçoive qu'elle était encore vierge à cet âge, sollicita de son médecin une défloration opératoire. Vous voyez qu'il y a, dans les demandes de ce genre, une infinité de motifs à côté, susceptibles quelquefois d'être une source de désagréments. Pensez-y et n'intervenez qu'avec prudence. De même pour les reconstitutions de virginité, les points de suture sollicités dans des buts variables. Vous pouvez être complices de petites combinaisons contre lesquelles il est bon de se tenir en garde.

L'hymen peut-il subsister après le coït ? Oui. La présence d'un hymen non déchiré ne prouve pas la virginité. Sur des femmes enceintes, Budin a trouvé plusieurs fois un hymen intact. Ce sont surtout les hymens labiés et les hymens en bourse qui ont cette complaisance. Vous pouvez y mettre un et deux doigts sans difficulté. Vous direz simplement que vous avez constaté un hymen non déchiré, mais suffisamment perméable pour permettre d'introduire des corps assez volumineux.

Les signes cliniques des déchirures sont au nombre de deux, la douleur et l'hémorrhagie. Toutefois, vous n'aurez pas ce préjugé que la défloration s'accompagne toujours d'hémorrhagie. Il est des hymens qui ne se rompent pas, par conséquent ne saignent pas. De même les sensations du premier coït sont insuffisantes pour renseigner sur la virginité. Il ne faut pas s'imaginer que la difficulté du premier coït est un indice nécessaire et sûr. Il y a des vierges dont l'hymen relâchable et les sphincters peu serrés permettent une pénétration facile. Il y a, au contraire, des femmes déflorées depuis longtemps qui ont du vaginisme et un coït pénible. Le vaginisme, lié souvent à une ulcération vulvaire ou vaginale, serait plutôt même un argument inverse. Si bien que l'histoire de cet individu dont parle Hildebrand, qui la nuit de ses noces, après avoir franchi la vulve, resta pris au piège et ne put pas se dégager, indique seulement un vaginisme intense, une contraction violente des sphincters et nullement la virginité.

L'hémorrhagie est variable. Il est des cas où elle fait défaut ou presque, se réduisant à quelques gouttes (hymens très minces). Il est des cas, au contraire, où elle est très abondante et on a vu, chez des hémophiles, des hémorrhagies mortelles.

On a observé quelquefois des phénomènes assez bizarres.

On connaît des observations où le premier coït a été suivi de désinsertion de l'hymen au niveau de la vulve, constituant une plaie importante. D'un autre côté, il est des femmes qui arrivent au moment de l'accouchement avec un hymen intact. On pourrait admettre une fécondation au travers de l'hymen conservé après coït vestibulaire. Je crois qu'il s'agit plutôt en général d'hymens dilatables. On a même signalé le cas d'une fille publique ayant son hymen : cette fille avait, en réalité, le pubis enfoncé vers le sacrum et dans le coït, le pénis déviait vers l'anus.

Il convient de se demander si la défloration est toujours le fait du coït ? Non. Tout d'abord, l'onanisme digital peut la déterminer à la rigueur. L'onanisme instrumental est susceptible, plus encore, de déchirer l'hymen. On cite le cas de Richet, qui retira du vagin d'une jeune fille, différents objets les plus hétéroclites, et en particulier un chapelet entier ; le cas de Segond où une jeune femme conserva longtemps, même mariée, un pot de pommade dans le vagin qu'elle avait introduit bien avant son mariage : un abcès du cul-de sac de Douglas s'étant produit, Segond trouva le corps du délit. La défloration peut ainsi être effectuée par des instruments très variés. Certaines jeunes filles déflorées déclarent que la déchirure s'est produite en tombant les membres inférieurs écartés (grand écart). Je crois peu à la réalité d'une telle explication, l'hymen ne faisant alors que se tendre. Plus réelle serait l'action d'une chute à califourchon sur un corps dur.

Vous le voyez, en cette matière, le médecin légiste doit être prudent. Il n'existe pas de signe pathognomonique de la virginité. Les anciens se basaient encore sur l'air modeste, timide, de la jeune fille. Evidemment, nous ne tirerons de nos jours aucune déduction de cet examen psychique. Nous nous en tiendrons aux constatations matérielles.

Leçon recueillie par le Dr P. LACROIX.

PATHOLOGIE MÉDICALE

A propos des poussées congestives prémenstruelles chez les tuberculeuses.

Nombreuses sont les réactions toxiques que le bacille de Koch localisé aux poumons est capable de produire sur les différents appareils de l'économie ; et, bien entendu, chez la femme, « qui vit et qui sent par son utérus », le système génital est particulièrement soumis à l'influence bacillaire.

SABOURIN, DAREMBERG, NOUCHER, et avec eux, nombre de phtisiologues, ont remarqué et signalé les poussées fébriles précédant ou accompagnant les époques. L'apparition de ces fébricules menstruelles est après tout normale chez les tuberculeuses. La ponte ovulaire en effet, qui chaque mois révolutionne l'organisme féminin, perturbe la sensibilité et trouble le débit circulatoire ; comment n'impressionnerait-elle pas ce mécanisme extra-sensible et éminemment instable qu'est la régulation thermique chez les femmes en puissance de tuberculose ?

Mais il y a plus : ces étincelles fébriculaires ne sont pas de simples incidents épisodiques ; elles accompagnent très souvent, pour ne pas dire toujours, une poussée congestive plus ou moins légère du côté des poumons.

C'est ainsi qu'il nous est donné d'observer des malades à lésions pulmonaires discrètes et non évolutives, marquées seulement par des anomalies respiratoires (obscurité du murmure vésiculaire, inspiration granuleuse) et parfois quelques râles secs quelquefois perceptibles après la toux. Apyrexie complète d'ailleurs, la température rectale oscillant de 36°8 le matin à 37°3 le soir.

Or, à l'approche des règles, en général quatre, cinq ou six jours avant, ces femmes voient leur température qui s'élève de quelques dixièmes de degrés : 37°1 le matin, 37°5 et 37°8 le soir. Elles n'accusent du reste le plus souvent aucun symptôme : ni toux, ni hémoptysie, ni crachats. L'état général demeure bon et l'appétit est conservé.

A l'auscultation, on se rend alors nettement compte que les lésions se sont pour ainsi dire précisées et amplifiées, et l'on a sous l'oreille, au niveau de foyers d'auscultation, nets jusqu'alors de bruits surajoutés, des bouffées de petits râles sous-crépitants plus ou moins humides.

Chez d'autres malades, dont les lésions sont surtout pleurales, la poussée prémenstruelle se manifestera par des douleurs thoraciques, assez violentes parfois, traduites à l'auscultation par quelques frottements.

Dès les règles apparues, tout rentre dans l'ordre. La température revient à la normale en même temps que les râles diminuent de timbre et de fréquence. Quelques jours encore, et il n'y aura plus trace de ce petit réveil congestif des lésions qui vont de nouveau sommeiller jusqu'au mois prochain.

De ce fait, assurément bien banal, nous devons, semble-t-il, retenir quelques déductions pratiques.

En premier lieu, nous croyons utile d'insister à nouveau sur la profonde corrélation qui existe chez la femme entre l'appareil génital et la tuberculose pulmonaire.

Les troubles de la menstruation : ménorrhagies, métrorrhagies, etc., ne sont pas sans avoir une influence défavorable sur l'évolution lésionnelle, abstraction faite d'ailleurs de l'état d'anémie créé par des pertes sanguines trop abondantes ou trop fréquemment répétées.

D'autre part, si les phénomènes physiologiques ovulaires influencent directement les lésions de l'arbre respiratoire, il est réciproquement exact que la tuberculose pulmonaire a bien souvent une répercussion marquée sur le bas-ventre, à tel point qu'il lui arrive, à ce protée de la pathologie, de prendre le masque d'une affection génitale. N'a-t-on pas quelquefois, en présence de troubles utéro-ovariens mal caractérisés, parlé de leucorrhée, métrite, voire salpingo-ovarite, alors qu'une auscultation attentive eût révélé quelque part, à l'un des sommets, l'épine, point de départ du reste ?

C'est dans le même ordre d'idées que se pose le problème, si controversé d'ailleurs, de l'influence de la grossesse sur la tuberculose. Chacun de nous n'a-t-il pas observé des tuberculeuses avérées mener à bien une ou plusieurs grossesses en maintenant à peu près leur équilibre organique précisément pendant la période d'inactivité de l'ovaire ? Par malheur il y a trop souvent la contre-épreuve si bien mise au point par Sergent. Ces tuberculeuses arrivent à la fin de leur grossesse, déminéralisées, décalcifiées. Les fatigues de l'accouchement, celles parfois de la lactation, achèvent de préparer un terrain où une tuberculose jusqu'alors latente a toutes chances de devenir évolutive.

De toute manière, nous devons, chez les tuberculeuses, tenir le plus grand compte de l'état de l'appareil génital ainsi que des incidents physiologiques et pathologiques qui s'y rapportent. D'autre part, chez les femmes qui nous viennent consulter pour de vagues troubles génitaux, ne manquons pas de pratiquer une consultation minutieuse et méthodique.

Et puis, pourquoi ne pas utiliser systématiquement ces poussées congestives prémenstruelles pour le diagnostic précoce de la tuberculose ? Dans les cas douteux, pour avoir des signes de certitude, on a multiplié les épreuves artificielles capables de mettre en évidence des lésions la-

tentes (épreuve de l'iodure, cuti et ophtalmo-réaction, etc.). Ces procédés ne sont pas toujours inoffensifs et exigent d'ailleurs des compétences spéciales.

Quoi de plus simple au contraire, chez une femme dont le diagnostic demeure incertain, de la revoir à la période des trois, quatre ou cinq jours qui précèdent ses époques ? Très souvent, on sera profondément surpris de découvrir dans une aire pulmonaire où il semblait « ne pas y avoir grand'chose » des foyers nets, loin d'être éteints, foyers qu'il sera dès lors bien facile de repérer.

Grâce à ce procédé de diagnostic tout physiologique, on pourra, pour le plus grand bien de la malade, établir précocement un traitement efficace.

Dr Coubard (de Menton).

A TRAVERS LA PRESSE

La rupture de l'urètre membraneux dans les fractures du bassin.

M. F. Papin publie l'observation d'un blessé atteint de fractures traumatiques du bassin compliquées de rupture de l'urètre (*Gaz. des Sc. méd. de Bordeaux*, 19 déc. 1920.)

Il en prend texte pour étudier cette affection. En présence d'un blessé incapable d'uriner et dont le méat laisse échapper du sang, on ne pourra penser qu'à la rupture de la vessie ou à la rupture de l'urètre.

Le diagnostic repose sur le cathétérisme, possible et facile dans le premier cas, difficile ou impossible dans le second, les urines, dans la rupture vésicale, étant rares et sanglantes. En même temps, on recherchera le globe vésical : il est absent dans la rupture de la vessie, présent et marqué, perceptible par le palper et le toucher rectal, dans la rupture urétrale.

La conduite opératoire semble la même dans les deux éventualités. Dans un premier temps, on pratiquera la cystotomie sus-pubienne, qui confirme le diagnostic, évacue l'organe et le met au repos. Dans un second temps, on intervient sur l'urètre lui-même par l'incision de la prostatectomie périnéale. Les deux bouts de l'urètre rompu étant découverts, on placera une sonde à demeure, sans chercher à faire une réunion par sutures, qui ne tiendrait pas.

« Ces lésions de l'urètre membraneux par « fractures du bassin sont des lésions très im« portantes à bien connaître et à bien traiter. « Il faut toujours les rechercher, au cas de trau« matisme pelvien important. Toute rupture « diagnostiquée de l'urètre postérieur commande « l'intervention ; il n'en reste pas moins que, « même opérée, cette rupture de l'urètre membra« neux est de toutes la plus grave par les désordres « dont elle s'accompagne et par la complexité « du rétrécissement qu'elle laisse à sa suite. »

Le sérum antidiphtérique dans le traitement des oreillons.

L'orchite ourlienne s'observe assez fréquemment au cours des oreillons, vingt fois pour cent, disent les statistiques ; un cas sur deux est suivi d'atrophie testiculaire, d'où l'intérêt primordial de prévenir cette complication.

C'est l'avis de MM. Bonnamour et Bardin, qui ont employé pour leur compte une méthode inaugurée par Salvaneschi et qui consiste à pratiquer des injections de sérum anti-diphtérique. Sur 65 malades ainsi traités, trois fois apparurent des douleurs testiculaires, mais l'orchite resta bénigne et légère. Dans cinq autres cas, la complication testiculaire avait éclaté avant l'instauration de ce traitement. Néanmoins, l'injection sérique détermina chez ces cinq malades une sédation des douleurs, en même temps que l'orchite paraissait arrêtée dans son évolution.

Les auteurs ont recours à une et au plus deux injections de 20 cmc.

« Les inconvénients (de cette méthode) sont « minimes ; nous n'avons eu que deux éruptions « sériques généralisées, dont une sans fièvre. « Par contre, outre la rareté des orchites, nous « pouvons noter également l'absence de toutes « autres complications si fréquentes dans les « épidémies d'oreillons dans le milieu militaire. »

Le sérum anti-diphtérique n'agit pas ici comme spécifique. Il s'agirait d'une modification humorale qui empêcherait l'hyperleucocytose, qui se produit dans les oreillons, au moment des complications, en même temps qu'il augmenterait le nombre des globules rouges.

Des résultats analogues ont été constatés dans la pneumonie traitée par le même sérum, et on pourrait peut-être trouver là un procédé d'empêcher ou tout au moins d'atténuer les complications des maladies infectieuses. (*Presse médicale*, 22 déc. 1920.)

Fièvre bilieuse hémoglobinurique.

Affection très rare en France, mais dont des cas isolés pourraient être observés, chez des sujets impaludés au cours de leur séjour à l'armée d'Orient, elle se caractérise cliniquement par la fièvre, la *biliosité* et les urines d'aspect sanglant.

M. Sorel, qui en a observé un exemple, la considère comme une forme clinique du paludisme. « Les bilieuses paludéennes sont tantôt in« termittentes, rémittentes, continues, tantôt « hémorrhagiques, tantôt hémoglobinuriques ; « c'est un échelonnement de formes *cliniques*



» de virulence croissante autorisant le rattachement des bilieuses hémoglobinuriques aux « autres bilieuses. »

Quant à la cause même de l'hémoglobinurie, il faut la chercher peut-être dans l'action de la quinine sur le globule rouge.

On trouve, dans cette affection, des troubles hépatiques avec polycholie, des troubles digestifs, avec vomissements, selles bilieuses, ictère progressif, urines riches en pigments biliaires, hémoglobine, etc.

On fera le diagnostic avec la rémittente bilieuse palustre, où l'on note l'absence d'hémoglobinurie, et la présence fréquente de mélanose et de pigments biliaires dans les urines. La fièvre jaune, la spirochérose ictéro-hémorragique, l'hémoglobinurie essentielle paroxystique, la simple hémoglobinurie quinique sont également à distinguer de la bilieuse hémoglobinurique. (*Toulouse médical*, 15 oct. 1920.)

Essai sur les dermatoses des émotifs intoxiqués.

A côté des dermatoses qui sont causées par le traumatisme, les toxiques, les parasites animaux, végétaux et microbiens, il en est d'autres, dont le type qu'il a en vue actuellement, qui, selon M. Brocq ont une étiologie imprécise, et où il faut s'attacher à découvrir les dominantes étiologiques et les dominantes objectives. (*Bulletin méd.*, 22 et 25 déc. 1920.)

Il s'agit habituellement de malades émotifs, dont la peau est devenue un *locus minoris resistentiæ*, et qui, à l'occasion d'une intoxication, font des poussées éruptives du côté du tégument. « Les phénomènes morbides qu'ils présentent du côté des téguments sont de la « même catégorie que les accès d'asthme, les « accès de rhino-bronchite spasmodique, les « crises biliaires, les crises diarrhéiques qui surviennent sous l'influence d'une émotion, des « coups de froid, de l'ingestion de substances « non tolérées par certains organismes. »

Les lésions cutanées que présentent ces malades sont l'urticaire, l'érythème, plus ou moins œdémateux, qui peut aller jusqu'à la vésiculation, la phlycténisation, réalisant ainsi ces dermatoses redoutables connues sous le nom d'herpétides malignes exfoliatrices ou d'érythrodermies exfoliantes généralisées.

L'auteur met en évidence l'aspect clinique déroutant qu'offre de tels malades quand des poussées congestives plus ou moins figurées, analogues à celles dont la peau est le siège, se font vers les bronches, les poumons, les muqueuses digestives, utérines, vers les voies biliaires.

Cet aspect demande une sagacité aiguisée pour être parfaitement diagnostiqué dans ses causes, car il en impose pour des troubles d'une exceptionnelle gravité et particulièrement redoutables, alors qu'il s'agit en réalité d'alternances morbides qui évoluent comme « des « orages passagers, lesquels disparaissent dès « que les accidents congestifs se produisent du « côté d'un autre système de l'organisme, en « particulier du côté des téguments. »

Le traitement est général et local. Au point de vue général, il comporte « le calme moral, « dans le repos physique, dans un milieu ap« proprié ».

La résidence, l'habitation, l'alimentation, le vêtement, doivent faire l'objet d'attentions particulières qui varient selon les sujets. Le régime n'est pas univoque : tantôt végétarien absolu, tantôt lacto-végétarien, tantôt lacté exclusif, tantôt carné, tantôt mixte, il se réclame de l'opportunité qui ne se découvre souvent qu'après une période de tâtonnement.

Le fonctionnement des grands appareils, et spécialement du tube digestif et des glandes éliminatrices, doit être surveillé. Les troubles endocriniens soupçonnés demandent l'opothérapie spécifique (ovarienne, surrénale, hypophysaire).

Le tartre stibié, la quinine, à très petites doses administrées avec prudence, sont utiles dans certains cas.

Localement, la thérapeutique sera dominée par l'aphorisme : *primum non nocere*.

L'auteur recommande la poudre de talc sous la forme de grands enveloppements dans un drap largement saupoudré, l'axonge fraîche non benzoïnée, le cérat sans eau, le cold-cream sans odeur, les crèmes rafraîchissantes, le liniment oléo-calcaire, le glycérolé d'amidon.

Les croûtes que forment les poudres avec les exsudations cutanées sont traitées par des enveloppements humides à l'eau bouillie. Dès qu'elles sont tombées, on reprend l'emploi de la poudre.

Des topiques plus actifs peuvent être indiqués pour modifier les téguments. Ce sont, en l'espèce, la pommade au collargol au 15e à base d'axonge, la solution aqueuse d'ichtyol au 10e ou au 5e, le goudron de houille brut lavé pur.

En terminant, nous citerons les lignes suivantes, qui ont un intérêt déontologique capital : « Il faut que le médecin suive de près son « malade... le malade ne doit jamais changer « de médecin. Lorsqu'il en a choisi un, il doit « s'y attacher, le conserver toute sa vie et ne « consulter d'autres thérapeutes qu'accompagné de son médecin habituel, qui met le « consultant au courant des particularités du « cas et des idiosyncrasies du sujet. »

Procédé pratique d'injection intra-trachéale par la voie nasale.

Nous avons analysé récemment et publié divers travaux sur la pratique des injections intra-trachéales, appliquées particulièrement au traitement de la tuberculose.

Bien que finalement accessible au praticien de médecine générale, cette méthode nécessite une technique toujours quelque peu délicate, qui peut rendre hésitant dans son application.

Or, MM. LAVRAND viennent de publier (*Journ. des Sc. méd. de Lille*, 2 janv. 1921) la description d'un procédé d'une simplicité d'usage incontestable et qui consiste à recourir à la voie nasale pour faire pénétrer le liquide médicamenteux dans la trachée. Ce procédé repose sur la physiologie du larynx et de l'œsophage, pendant la déglutition et en dehors d'elle.

Pendant la déglutition, la glotte est fermée par l'opercule épiglottique tandis que la bouche œsophagienne, sollicitée par le bol alimentaire, s'ouvre largement. Au contraire, si le patient respire largement la bouche ouverte, l'orifice glottique bâille,tandis que la bouche œsophagienne demeure close.

Pour utiliser la voie nasale comme voie d'accès des voies respiratoires, il suffira de maintenir les arcades dentaires écartées au moyen d'un objet mousse, manche de cuiller, bouchon, etc., la tête étant renversée en arrière.

« Verse-t-on du liquide dans une fosse nasale, « il gagne facilement les parties déclives, c'est-à-« dire l'infundibulum pharyngé au fond duquel « se trouve l'ostium œsophagien en état d'occlu-« sion permanente et l'entonnoir glottique qui « s'ouvre sous l'effet de la respiration. Un liquide « dans ces conditions pénètrera forcément dans « la trachée, si les arcades dentaires sont tenues « écartées, avec un écarteur n'importe lequel, « deux à trois minutes. »

Cinq observations sont apportées à l'appui de leur exposé par les auteurs, qui ont obtenu des résultats satisfaisants de leur procédé dans la tuberculose pulmonaire et la laryngite chronique.

Asthme et tuberculose.

Jadis, ces deux affections étaient considérées comme antagonistes l'une de l'autre. Les travaux modernes, et notamment ceux de Landouzy, ont réduit à néant cette conception. Asthme et tuberculose peuvent se rencontrer chez le même malade. Ils peuvent même coexister, ainsi que MM. BEZANÇON et DE JONG l'ont vérifié chez trois sujets dont ils rapportent l'histoire clinique et bactériologique, « l'exa-« men des crachats montrant la présence paral-« lèle du bacille de Koch, signature de la tuber-« culose et de cellules éosinophiles, signature « de l'asthme. » (*Paris méd.*, 1er janv. 1921.)

Leurs conclusions contiennent, résumés, les résultats de leurs recherches : « L'asthme et la « tuberculose évolutive, disent-ils, peuvent se « voir chez un même malade, mais le fait est « relativement rare et il s'agit toujours alors de « tuberculose évolutive du type de la phtisie « fibreuse.

« D'autre part, ce n'est pas en raison de son « infection tuberculeuse, que le malade est « asthmatique. Sans préjuger de la question du « rôle de la névropathie, de la sensibilité vago-« tonique, comme cause prédisposante de l'asth-« me, et du choc hémoclasique comme méca-« nisme déterminant de la crise, il nous paraît « certain qu'il existe le plus souvent chez l'asth-« matique une épine pulmonaire qui localise la « cause inconnue de l'asthme, cause probable-« ment variable d'un individu à l'autre. La tu-« berculose étant le facteur étiologique le plus « fréquent de la sclérose pulmonaire plus ou « moins étendue, elle apparaît comme la créa-« trice la plus habituelle de cette épine pulmo-« naire... Il est certain que d'autres causes « de sclérose pulmonaire (broncho-pneumonie « grippale, intoxication par les gaz) jouent le « même rôle localisateur ; il est même possible « qu'un jour la syphilis nous apparaisse, elle « aussi, comme facteur important de sclérose « pulmonaire, et par conséquent d'asthme. »

G. D.

THÉRAPEUTIQUE

La dystrophie péri-articulaire adipeuse des genoux chez la femme âgée. Son traitement par les injections intra et péri-articulaires de sels de mésothorium.

Chez la femme aux approches de la ménopause, s'installent souvent une déformation particulière de la région des genoux et des états douloureux au niveau des jointures, états mal définis que l'on qualifie dans leur ensemble du terme vague de rhumatisme chronique. Certains mouvements sont l'occasion d'une gêne douloureuse, tels les mouvements de l'épaule dans l'élévation du bras pour se peigner, le redressement du tronc après un mouvement de flexion en avant ; les mouvements de flexion ou d'extension du genou au cours de la marche. Ces douleurs, nées d'un mouvement, sont attribuées à des modifications articulaires, mais comme elles ne sont pas ressenties lorsque ces mêmes mouvements sont exécutés d'une manière passive, il apparaît qu'elles doivent avoir leur siège principal dans les tissus péri-articulaires, et surtout dans les gaines synoviales des tendons d'attache des muscles. Tout un ensemble de troubles peut apparaître et coexister : douleurs des mouvements, douleurs non systématisées sur le trajet des filets nerveux, dilatations variqueuses des jambes ; mais ce qui est caractéristique de l'état que je veux décrire, ce sont les transformations tout à fait particulières du ge-

nou : son aspect est modifié, les méplats effacés, la région volumineuse et bosselée de chaque côté de la rotule, surtout en dedans. Les coussinets adipeux ou paquets graisseux latéraux de l'articulation ont subi une inflammation chronique qui les a rendus saillants et durs (maladie de Hoffa).

En les comprimant, on provoque une vive douleur. En outre, la marche est gênée, parfois jusqu'à la boiterie. Dans la jointure elle-même, on peut trouver une véritable hydrarthrose ; mais le plus souvent, avec un épanchement léger du cul-de-sac synovial sous-tricipital, coexistent dans la jointure des craquements et des frottements. La présence de varicosités et de grosses varices, jambières ou remontantes, est la règle ; on voit surtout les grosses dilatations sinueuses de la veine saphène interne. Aussi, beaucoup de médecins sont portés à croire que cette symptomatologie est la conséquence de troubles circulatoires d'origine veineuse. Il est inutile de dire que tout traitement anti-variqueux est d'effet nul et que le port d'un bas à varices, souvent conseillé, est pour le moins inutile. Depuis longtemps, j'appliquais à cet état douloureux du genou un traitement purement local consistant en une espèce de révulsion vive pratiquée de la façon suivante : matin et soir, avec une pompe aspirante et foulante, la pompe à main à doucher les chevaux, on projette avec force sur la région douloureuse le contenu d'un seau d'eau excessivement chaude, fortement minéralisée et gazeuse, obtenue en versant dans le seau d'eau un mélange de sel de cuisine, sulfate de soude, carbonate de magnésie, bicarbonate de soude, acide tartrique commercial. Ce traitement donne des résultats rapides et persistants ; il m'a valu la reconnaissance de malades que n'avaient jamais soulagées auparavant ni les restrictions alimentaires, ni les régimes anti-uricémiques, ni la teinture d'iode intus et extra. Cet état de dystrophie péri-articulaire qui est propre à la femme, au moment de la ménopause, ne semble devoir trouver d'explication pathogénique que dans ce qui est le propre de la femme, la sécrétion ovarienne ou les sécrétions synergiques, ou plutôt dans leur disparition. Il ne semble pas néanmoins que l'ingestion d'extraits ovariens modifie beaucoup l'état local, soit parce qu'il n'est pas sous la dépendance directe de l'absence de la fonction ovarienne, soit que l'ingestion d'extrait ovarien n'introduise pas dans l'organisme les facteurs dont la carence provoque l'état dystrophique articulaire. Dans un cas de cette catégorie, j'ai employé les sels solubles de mésothorium avec un plein succès, et je crois devoir rapporter cette observation :

Madame G.., 45 ans, présente les troubles du début de la ménopause : irrégularités menstruelles, nervosisme, troubles vaso-moteurs du visage ; en outre, au point de vue articulaire, existe chez elle au complet la symptomatologie ci-dessus décrite : genou droit bosselé, paquets adipeux péri-rotuliens saillants, indurés, grenus, douloureux à la pression ; en outre, hydarthrose très abondante : d'où gêne douloureuse à la marche avec sensation de dérobement de la jambe ou de dislocation du genou. A cette symptomatologie habituelle, s'ajoutent des signes particuliers à cette malade, nerveuse et impressionnable à l'excès : ce sont des douleurs qui naissent la nuit dans la fesse gauche et dans le membre inférieur gauche, entre les épaules, dans les reins, douleurs très vivement ressenties au point d'empêcher le sommeil. Contre l'état douloureux, j'eus recours aux piqûres biquotidiennes intra-veineuses de 2 centimètres cubes d'une solution de bromure de mésothorium à 1 microgramme par cc.

Dans la jointure elle-même, on peut noter quelquefois une véritable hydrarthrose, mais plutôt, bien souvent, un épanchement léger du cul-de-sac sous-tricipital que n'exclut pas l'existence de craquements intra-articulaires.

Après l'injection de 30 centimètres cubes de solution, soit 30 microgrammes en un mois, le douleurs avaient disparu. Mais l'hydarthrose résistait à tout traitement. A ce propos, je m'arrête sur un traitement qui vient d'être préconisé par le docteur Rocher, professeur à la Faculté de Bordeaux : l'injection d'éther dans l'articulation. C'est une idée qui a dû très probablement venir à beaucoup de médecins ou chirurgiens, comme elle m'était déjà venue à moi-même, mais je me plais à croire qu'ils y ont tous renoncé comme moi-même, en présence de la réaction extrêmement douloureuse que provoque ce procédé. Si quelqu'un était tenté de l'employer, je lui conseillerais vivement : 1° de n'injecter qu'une très petite quantité d'éther ; 2° de ne pas retirer aussitôt l'aiguille.

L'éther enfermé dans la jointure produit une sensation de distension et une douleur excessivement intense qui ne nous feront pas bénir des patients, et vous ne risquez pas d'être autorisé à recommencer. Guidé par la reconnaissance des transformations fibreuses qui accompagnent l'action de l'irradiation, je pensai injecter dans la jointure une solution de bromure de mésothorium. Après avoir retiré dans une première ponction environ 1/2 verre d'un liquide synovial clair et filant, j'injectai 5 centimètres cubes d'une solution isotonique contenant 5 microgrammes de bromure de mésothorium, puis 2 centimètres cubes de la même solution furent injectés dans l'épaisseur des coussinets adipeux ; au bout de 48 heures, le liquide s'étant reformé, je retirai autant de liquide que la première fois et j'injectai la même quantité de solution mésothoriée. Un bandage roulé fut appliqué des orteils au genou et un appareil à la gélatine

de Unna fut roulé autour du genou. Huit jours après, la douleur disparue, l'appareil trop grand pour le genou dégonflé, fut enlevé. L'épanchement intra-articulaire avait disparu, la déformation de la région était atténuée, les points douloureux auparavant à la pression ne se trouvaient plus. Après une période de raideur articulaire qui persista 7 à 8 jours, la malade récupéra, et conserve encore 4 mois après, le fonctionnement normal parfait, et indolore, de son articulation.

J'ai tenu à signaler cette médication active, rapide dans ses effets, facile dans son application.

Dans cet état pathologique si particulier, propre à la femme et propre à une période de la vie féminine, état confus dans sa dénomination, qui varie entre les termes de rhumatisme chronique, arthrite chronique déformante, varices internes, etc., la thérapeutique est eherchée vainement dans la mise en pratique des médications inspirées par des théories hypothétiques. Elle n'est efficace, cette médication, que si elle est locale, douches minéralisées chaudes, application d'ambrine, cataplasmes de boues radio-actives. J'ajouterai que ce sont ces malades que l'on envoie, si elles sont fortunées, aux eaux minérales mais qui n'en retirent aucun bénéfice. Quelquefois, si au lieu de les adresser aux sanctuaires du soufre, paradis promis aux rhumatisants, on les envoie dans des stations dites à eaux indifférentes, l'amélioration peut se produire. On estime aujourd'hui qu'il faut peut être attribuer l'action de telles eaux à la radio-activité.

Je crois donc utile de faire connaître pour la guérison de l'affection décrite ci-dessus un mode très actif de traitement dans l'emploi des solutions de sels de mésothorium. Ces sels peuvent agir sous trois formes d'introduction : 1° par voie intra-veineuse, les injections répétées de petites doses font sentir un effet général de sédation ; 2° les injections intra-tissulaires dans les coussinets enflammés adipeux du genou ont une action manifeste sur l'élément douleur et sur l'élément inflammatoire ; 3° enfin, l'injection de quantités assez importantes de sels dissous (10 microgrammes par exemple) dans la cavité synoviale du genou fait disparaître l'épanchement intra-articulaire et modifie suffisamment les surfaces séreuses pour empêcher le retour du liquide. Il y aurait là un procédé de guérison de l'hydarthrose chronique « essentielle », de l'hydrocèle «essentielle » qui mériterait d'être expérimenté plus longuement. Au point de vue de la physiologie expérimentale, il y aurait lieu de rechercher quelle est l'action des radiations sur sur les séreuses.

Docteur Paul LAURENS (Béziers).

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

Paris.

La loi sur la santé publique. Les centres de recherches biologiques.

(*Académie de médecine.*)

L'Académie de médecine discute actuellement, d'une part, la communication de M. DELORME, relative aux centres de recherches biologiques appliquées à la thérapeutique, et, d'autre part, le rapport de M. LÉON BERNARD sur le projet de révision de la loi du 15 février 1902 concernant la santé publique. Des observations sont présentées sur ces deux questions par MM. Cazeneuve, Hanriot et H. Vincent.

La fièvre typhoïde avant et après la guerre.

(M. Emile SERGENT. — *Académie de médecine.*)

M. Emile Sergent apporte, à la suite de MM. Chauffard et Achard, une statistique comparative dan les deux sexes des cas de fièvre typhoïde dans son service, avant et après la guerre.

Avant la guerre, à l'hôpital de la Charité, le nombre des cas de dothiénentérie observés chez la femme s'élevait à 35 % en moyenne, alors que chez l'homme le chiffre atteignait 65 %. Depuis la guerre, on trouve une proportion inverse, la courbe des cas féminins s'étant élevée pendant que s'abaissait parallèlement la courbe des cas masculins. L'auteur aboutit à des conclusions semblables à celles de M. Chauffard. Pour lui, le rôle préventif de la vaccination antityphoïdique apparaît incontestable.

Sur l'ouabaïne Arnaud.

(M. TIFFENEAU. — *Académie de médecine.*)

La question si complexe des strophantines s'est considérablement simplifiée, au point de vue médical, depuis que le professeur Vaquez a introduit dans la thérapeutique, sous le nom d'ouabaïne, la strophantine cristallisée du *strophantus gratus.* L'identité de cette strophantine avec l'ouabaïne de l'*Acokanthera ouabaïo* a été établie en 1888 par le chimiste Arnaud.

M. Tiffeneau a étudié ce glucoside et il conclut que l'ouabaïne Arnaud, tirée du *strophantus gratus,* constitue un produit bien défini, toujours identique à lui-même, dont les solutions aqueuses peuvent dans certaines conditions être conservées sans subir d'altération. Le nom d'ouabaïne, définitivement admis pour cette substance, est une sûre garantie contre toute confusion avec les diverses strophantines. Il reste cependant à élucider les quelques divergences que présentent les chiffres de toxicité signalés pour un produit analogue de Merck.

Résultats éloignés de la radiothérapie dans la leucémie myéloïde.

(MM. L. Rénon et Degrais. — *Académie de méd.*)

Depuis 1910, MM. Rénon et Degrais ont eu l'occasion de traiter 8 cas de leucémie myéloïde par la radio et la radiumthérapie. Les effets immédiats ont toujours été remarquables. Des rates qui occupaient toute la cavité abdominale ont diminué, avec le traitement, et fondu pour ainsi dire de jour en jour, pour récupérer leur volume normal. Le nombre des globules blancs est tombé de 320.000, à 70.000, à 20.000, à 7.000. L'état général s'est modifié, le poids s'est accru et les forces sont revenues. Après 4 à 6 semaines, les malades ont semblé guéris. Mais il fallait attendre pour connaître les résultats éloignés, le temps seul autorisant une opinion à ce sujet.

En réalité, après 2, 3, 12, 18 mois de cessation du traitement, les signes de la leucémie myéloïde sont réapparus et, malheureusement l'action première de la radiumthérapie ne s'est plus retrouvée. Les malades ont finalement tous succombé. Les myélocytes ont paru présenter une radio-résistance analogue à l'accoutumance médicamenteuse. Aussi, MM. Rénon et Degrais, qui conseillaient autrefois de poursuivre la cure avec peu d'arrêts, pensent-ils aujourd'hui que le mieux serait au contraire de faire des irradiations espacées mais chaque fois aussi intenses que possible.

Opothérapie et démence précoce.

(MM. A. Marie et Fourcade. *Soc. de méd. de Paris.*)

MM. A. Marie et Fourcade attribuent aux altérations des glandes endocriniennes (ovaires, testicules, thyroïde, particulièrement) une part importante dans la genèse des psychoses de la puberté. D'où l'utilité quelquefois dans ces états morbides, du traitement opothérapique. Il importe, il est vrai, pour obtenir un résultat, d'intervenir d'assez bonne heure : ce sera le praticien, beaucoup plus que l'aliéniste, qui aura des chances d'observer des succès de la médication. Celle-ci n'a plus guère d'action sur le malade d'asile.

M. Lematte pense qu'il faut accueillir avec intérêt les suggestions de M. Marie, la thérapeutique des maladies nerveuses n'étant guère riche en moyens actifs. L'opothérapie, malheureusement, est une méthode encore imprécise et hésitante, et beaucoup de médecins y renoncent parce que la posologie, le mode d'administration et les indications ne sont pas assez bien établies. L'auteur convie la Société de médecine de Paris à mettre à son ordre du jour cette question dont l'importance pratique est prépondérante.

M. Lévy-Darras demande à M. A. Marie comment il comprend le trouble glandulaire provocateur des psychoses de la puberté. Est-ce une déviation ou une suppression de la fonction glandulaire ? Observe-t-on de la démence chez les castrés par exemple ?

M. A. Marie a constaté, au Caire, divers cas de démence précoce chez les eunuques égyptiens. De même, à la consultation externe de Sainte-Anne, il a vu nombre de femmes castrées présentant de la confusion mentale. Les relations entre les altérations des glandes génitales et certains accidents mentaux sont intéressantes à retenir en clinique et en thérapeutique. (1)

Les injections de lait en thérapeutique oculaire et générale.

(M. Jocqs. — *Société de médecine de Paris.*)

On se rappelle qu'en 1901, MM. Albert Robin et R. Blondel préconisèrent l'emploi du petit lait (lacto-sérum) comme modificateur de la tension artérielle chez les artério-scléreux. Ces injections de lacto-sérum furent ensuite essayées par M. Robin et M. Maygrier dans quelques affections inflammatoires, péritonites, pneumonie, fièvre typhoïde.

On s'est adressé ultérieurement au lait complet lui-même. En 1916, Müller et Thanner, de Vienne, eurent recours aux injections de lait dans les affections oculaires graves et, en 1918, M. Thiroloix recommandait les injections de lait dans la grippe.

Quelques oculistes, dont M. Jocqs, dès 1916, ont appliqué régulièrement cette thérapeutique dans les affections aiguës septiques de l'œil. Au mois de septembre 1920, un médecin espagnol, le Dr Marin-Amat, put réunir dans un volumineux manuscrit un nombre considérable d'observations recueillies en Espagne sur l'emploi des injections de lait dans les maladies des yeux et dans les maladies générales : grippe, pneumonie, érysipèle, péritonite, salpingite, etc.. M. Jocqs estime que, dans ces conditions, cette méthode doit être diffusée parmi les praticiens français.

Les injections de lait (bouilli) se font profondes ou mieux intramusculaires. Comme doses, il paraît inutile de dépasser cinq centimètres cubes chez l'adulte, bien que les doses supérieures soient facilement tolérées. La piqûre est répétée tous les jours ou tous

(1) Les psychoses par troubles endocriniens génitaux, à la puberté et à la ménopause, que signale M. Marie, ont frappé également certains observateurs, en dehors du milieu médical. Un avocat très distingué du barreau de Paris, Me Charles Cointe, nous racontait récemment que plusieurs fois il a reçu dans son cabinet des personnes, jusque-là parfaitement équilibrées, qui, au moment même de la ménopause, avaient accusé une jalousie morbide violente pour des rivales-fantômes de leur imagination, avec toutes suites conjugales, divorce, séparation, que peut comporter un tel état psychique, quand il se prolonge.

P. L.

les deux jours, jusqu'à 5 ou 6 injections. Les injections sont inoffensives, mais déterminent cependant une certaine réaction générale, variable selon les sujets.

Le tétanos déclaré doit guérir.

(MM. ETIENNE et BENECH, de Nancy. — *Société médicale des hôpitaux.*)

Si l'action préventive du sérum antitétanique est aujourd'hui admise par tout le monde, son action curative est encore très discutée. M. Etienne pense que l'on peut guérir dans nombre de cas le tétanos déclaré. L'auteur emploie la sérothérapie à hautes doses, 100 à 150 cmc. (en injections sous-cutanées, généralement suffisantes, ou associées aux injections intrarachidiennes et intraveineuses), le chloral (12 grammes par jour) et les tonicardiaques.

Les syphilis méconnues par le Wassermann négatif.

(M. Marcel PINARD, — *Soc. méd. des hôpitaux.*)

Le Wassermann, moyen puissant de dépister les syphilis ignorées, est aussi parfois une cause d'erreur, lorsqu'il est négatif, malgré une syphilis évolutive, si on lui accorde une valeur absolue. M. Marcel Pinard a observé une femme atteinte de paralysie faciale syphilitique, chez laquelle le Wassermann recherché à plusieurs reprises s'est toujours montré négatif. La malade accoucha même d'un enfant hérédo-syphilitique avec accidents multiples de syphilis héréditaire. Le Wassermann resta encore, malgré cela, négatif. Cette observation montre une fois de plus que la clinique doit sans doute tenir compte de l'examen sérologique, mais ne pas y rester absolument subordonnée.

P. L.

BIBLIOGRAPHIE CRITIQUE

Revue des Livres.

A. MALOINE et fils, éditeurs.

E. ESCAT. — **Technique oto-rhino-laryngologique**, 3e édition.

Manuel destiné à servir de guide à l'étudiant et de memento au médecin praticien, ce précis se cantonne exclusivement dans l'oto-rhino-laryngologie pratique, et laisse volontairement de côté la chirurgie d'avant-garde qui ne s'adapte pas encore à la pratique journalière, ainsi que les chapitres de pathologie relatifs au crâne et à l'orbite, au plancher lingual et aux glandes salivaires.

Après un exposé très complet de la technique instrumentale, l'auteur passe successivement en revue la sémiotique des fosses nasales, des sinus, de l'oto-pharynx, du larynx, de l'oreille, les différentes méthodes d'examen, le diagnostic médico-légal, et enfin la thérapeutique respective des différents compartiments de la spécialité O. R. L.

L'auteur décore modestement son ouvrage du nom de Manuel. Manuel en effet par la facilité de son maniement et de sa lecture, c'est un travail très complet, dans lequel le praticien trouvera un aliment substantiel pour la curiosité qu'il ne peut manquer d'avoir, à notre époque, des notions élémentaires, tout au moins, de toutes les spécialisations de la médecine.

Traité de pathologie médicale et de thérapeutique appliquée, publié sous la direction de E. SERGENT, RIBADEAU-DUMAS et L. BARBONNEIX.

Cette importante collection vient de faire paraître deux nouveaux volumes. Par leur tenue générale ils confirment les espérances que les directeurs nous ont fait entrevoir lorsqu'ils ont annoncé qu'ils se proposaient de faire œuvre pratique tout en restant fidèles aux grandes traditions scientifiques et cliniques qui sont la marque des publications dignes de retenir l'attention des médecins cultivés.

Ces deux volumes contiennent tous les éléments d'une étude complète de la tuberculose dite médicale. Se conformant à l'esprit de l'ouvrage, les auteurs se sont attachés surtout à décrire, avec un grand luxe de détails, toutes les données relatives à la symptomatologie, au diagnostic, à la prophylaxie et à la thérapeutique.

Il est impossible d'analyser séparément ces deux volumes Ils forment un ensemble et se complètent réciproquement.

Le premier est réservé aux généralités ; le second, à la tuberculose de l'enfant et aux diverses localisations de la tuberculose de l'adulte, à l'exclusion de la tuberculose cutanée, qui sera traitée dans le volume consacré à la Dermatologie.

O. FONTECILLA et M. A. SEPULUEDA. — **Le liquide céphalo-rachidien. — Ce livre est à la fois l'exposé des recherches personnelles des auteurs et le résumé des connaissances actuelles sur l'anatomie, la physiologie et la pathologie du liquide céphalo-rachidien.**

C'est un ouvrage qui se recommande à l'attention des praticiens et des étudiants.

G. S.

PARTIE PROFESSIONNELLE

LA VIE SYNDICALE ET PROFESSIONNELLE

I

Le livret sanitaire individuel

Le « Propos du jour » du Dr Noir paru dans le *Concours* du 27 février contient une proposition qui est pleine de conséquences.

Malgré les objections que peut soulever l'établissement d'un carnet sanitaire, j'estime qu'il faut s'arrêter à ce projet et l'examiner sous toutes ses faces, avant qu'un étranger à notre profession veuille s'en emparer.

Pour ma part, je déclare souscrire à cette proposition et j'en donne les motifs.

Un client se présente à mon cabinet. Est-il un nouveau malade, je perds beaucoup de temps à l'interroger. Est-il un ancien, je retrouve son observation sur la fiche que j'ai antérieurement établie.

Or, bien souvent, mes fiches sont incomplètes, parce qu'il me manque les résultats d'examens de laboratoire, ou de spécialistes, surtout lorsque le malade a la mauvaise habitude de changer fréquemment de médecin.

Je vois donc parfaitement l'instauration d'un livret individuel, que le patient pourrait me présenter au début de tout entretien professionnel.

J'y trouverai consignées les indications suivantes (si les examens ont déjà été pratiqués) : réaction du sang (Bordet-Wassermann, et autres), présence de bacilles dans les crachats, examens radioscopiques ou radiologiques, examen des urines, la constante d'Ambard, la pression sanguine, etc., etc.

Egalement, je trouverai des indications sur des examens antérieurs, sur la réfraction, sur l'état des fosses nasales, des oreilles, etc.

Que d'erreurs de diagnostic me seraient évitées, quelle rapidité pour la découverte de la cause d'un malaise, voire même d'une maladie au début, par l'examen de ce carnet.

J'y trouverai également quelques renseignements sur les antécédents héréditaires et familiaux.

Il faut bien nous persuader que la médecine a beaucoup évolué, peut-être plus encore que la chirurgie. Sans vouloir donner la prédominance au laboratoire sur la clinique, il faut bien avouer que les examens spéciaux deviennent de plus en plus indispensables, pour faire de bonne médecine. Je n'insiste pas sur ce point.

Mais, ce carnet me mettra en garde contre les erreurs involontaires, que les malades peuvent m'inciter à commettre. Les uns sont ignorants et incapables de dire le résultat d'un examen du sang, qu'ils savent qu'on a pratiqué ; ou bien encore, ils veulent faire montre d'un embryon de science et ils emploient des termes scientifiques, dont ils ne connaissent ni la signification ni la portée.

D'autres mentent volontairement, niant contre toute évidence une syphilis antérieure ; d'autres enfin sont de bonne foi, en dissimulant une ancienne vérole, parce qu'un jour, le Wassermann a été négatif.

Allant même plus loin, le livret sanitaire individuel pourrait être utile, au moment de la conclusion d'un mariage : les parents, les futurs époux, consentent bien à discuter, devant notaire, les intérêts pécuniaires du futur ménage, mais notre civilisation, plus ou moins hypocrite, trouve moral que chacun cache le plus possible les tares physiques, dont auront à pâtir l'autre conjoint et les enfants à venir.

J'entends d'ici les protestations : que faites-vous du secret professionnel ? me dira-t-on.

Je ferai remarquer que j'ai un livret militaire, que je ne laisse pas traîner ; j'ai souvent été obligé de fournir un extrait de mon casier judiciaire : ma situation militaire, mon passé judiciaire, ont-ils moins d'intérêt secret que mon passé pathologique ?

De plus, remarquons que le secret professionnel n'est institué que dans le seul intérêt du malade et jamais dans celui du médecin. C'est donc au malade à garder secret ce carnet sanitaire, qu'il n'aura à montrer qu'à son docteur, ou aux autorités prévues et indiquées par la loi.

Je suis un de ceux qui proclament l'intangibilité du secret professionnel : je déclare que, dans tous les cas, le médecin doit taire les secrets qu'il a appris, ou surpris, dans l'exercice de sa profession.

Mais, dans le cas particulier, c'est au malade à garder secret son livret sanitaire et à ne le communiquer qu'aux personnes liées, par le Code, ou par la loi, au secret professionnel.

Néanmoins, il faut convenir que l'institution d'un tel document pourrait entraîner de sérieux inconvénients. Les chefs d'industrie, les administrations, exigeraient la production du livret sanitaire, avant l'embauchage, ou avant la signature d'un contrat de travail. Des troubles graves, au sein des familles, pourraient surgir, si madame lisait, dans le carnet, l'infidélité de son époux, proclamée par le spirochète. Des altérations, des

falsifications de diagnostic pourraient être introduites frauduleusement sur le livret.

Ce sont là objections sérieuses d'application pratique, qu'il conviendrait d'étudier ; mais qui ne modifient pas mon opinion sur le principe même de l'utilité et de l'utilisation du livret sanitaire.

Ne voyons-nous pas d'ailleurs que, depuis la guerre, les populations sont moins peureuses des mots ? Le vocable « tuberculose » n'est plus un spectre effrayant, comme jadis et beaucoup de tuberculeux parlent froidement de leur maladie et du nombre de leurs bacilles dans un champ microscopique. De même pour la syphilis, qui n'est plus un épouvantail, incitant les malades à un premier mouvement d'effroi, qui leur faisait penser au suicide.

Disons encore que, dans le *Concours* de 1919, page 502, nous avons analysé un projet de M. Paul Strauss, sénateur de la Seine, qui, le 27 décembre 1918, a déposé au Sénat, une proposition de loi, instituant un carnet d'élevage obligatoire, pour tout nourrisson sans exception.

Carnet de la protection du premier âge, puis carnet ou fiche scolaire, enfin conseil de révision : voici trois étapes d'examens sanitaires et obligatoires. Est-ce donc une utopie que d'étendre la protection aux adultes ?

Un dernier mot pour finir : alors que les procès en responsabilité professionnelle menacent nos confrères, ceux-ci ne pourraient-ils pas puiser un élément de défense, dans la production, par le plaignant, à des médecins experts, de son livret sanitaire ? Par exemple, un accident est imputable à une intraveineuse de 914 : si le carnet sanitaire fait la preuve de l'examen préalable des urines et du fonctionnement du foie, le docteur sera en grande partie déchargé de l'inculpation.

Je conclus en retenant l'idée fort intéressante, comme d'habitude, du syndicaliste avisé qu'est Noir et je demande à mes confrères de réfléchir à ce projet, qui sera peut-être la vérité de demain. Etudions donc la question, avant qu'un parlementaire plus ou moins incompétent des choses médicales ne vienne à en faire le texte d'une proposition de loi.

Dr Paul BOUDIN.

II

Société civile du « Concours médical ».

Réunion du Conseil de direction du 8 février 1921.

Présents : MM. Gassot, président ; Maurat, Noir, Vimont, Duchesne et Boudin, secrétaire.

M. Maurat, trésorier, donne communication des comptes provisoires de l'exercice écoulé. Il en résulte que la situation financière de la Société est satisfaisante.

— Le Conseil prend connaissance de l'article que M. Noir a rédigé pour faire connaître à ceux qui l'ignorent et rappeler à ceux qui ont pu l'oublier l'organisation et le fonctionnement d'ensemble de ce qu'on appelle le « Concours médical » : Société civile, journal, filiales : « Sou médical », Mutualité familiale, etc., Services, et lui donne son entière approbation (1).

— A propos du conflit qui s'est élevé entre l'Union des Syndicats et le ministère des pensions, par suite du vote de l'article 51 de la loi du 30 décembre 1920, qui prétend imposer au corps médical un tarif élaboré en dehors de lui, pour les soins à donner aux mutilés de guerre, le Conseil de direction décide de continuer à appuyer dans le *Concours*, comme il a été fait jusqu'à présent, les ordres du jour votés par l'Union, qui donnent comme ligne de conduite aux médecins syndiqués le conseil de considérer désormais et de traiter les pensionnés de guerre comme des malades ordinaires, sans utiliser les formules administratives et de réclamer aux bénéficiaires de la loi le paiement de leurs honoraires, dont ils leur délivreront simplement reçu.

— Par suite des procès retentissants qui viennent de se dérouler avec des fortunes diverses, la question de l'assurance de la responsabilité civile est de plus en plus à l'ordre du jour. Le « Concours » et le « Sou » sont souvent sollicités de couvrir une somme plus élevée que celle de 10.000 francs, à laquelle le « Sou » a depuis un an porté sa garantie.

Le Conseil de direction est d'avis qu'il y a lieu d'étudier de près cette question, d'accord avec le conseil du « Sou », de manière à donner satisfaction aux adhérents du « Concours » et de ses filiales, sans toutefois se lancer dans des combinaisons trop hasardeuses.

— M. Boudin rappelle l'intérêt que présente pour les médecins, et même pour ceux qui ne sont pas médecins d'hôpitaux, la question, qui viendra en discussion à la prochaine séance du Conseil supérieur de l'Assistance publique, de la modification du règlement modèle des hôpitaux. Il a été chargé par le Conseil supérieur de lui présenter un rapport et demande instamment que les lecteurs du *Concours* veuillent bien prendre la peine de lui envoyer leurs réponses au referendum qu'il a ouvert pour se documenter (2).

III

Syndicat des médecins d'Ille-et-Vilaine.

24 novembre 1920.

Extraits.

Soins aux victimes de la guerre : état de la question.

. . . .

Le Dr Patay dit qu'il a été ému en lisant dans les

(1) Voir « Propos du Jour » du n° 8, du 20 février 1921.
(2) *Concours*, n° 3, du 16 janvier 1921, p. 181.

journaux politiques les injures adressées au Corps médical par M. le Ministre des Pensions; dans une réunion tenue à Lyon, il a osé traiter les médecins de mercantis des mutilés, alors que l'Etat ne les a jamais payés et qu'ils continuent à donner leurs soins aux victimes de la guerre.

Le Dr Boivin donne lecture de la protestation adressée à ce sujet, au *Matin*, par les docteurs Quivy et Lafontaine.

Le Dr Bordeau dit que le Syndicat de Fougères a également envisagé la situation créée par le mauvais vouloir de l'Administration dans la question de la loi des Pensions. Celui-ci a décidé que si, d'ici le 1er janvier, aucune solution n'est intervenue, les médecins se feront payer de leurs soins directement par les victimes de la guerre. Le Syndicat a décidé en outre d'adresser une protestation à *L'Ouest-Eclair*, peut-être pourrait-on lui demander l'insertion de la protestation des docteurs Quivy et Lafontaine.

....

Demande de réduction d'honoraires en faveur des familles nombreuses. — Le 16 septembre, M. Ogée, avocat, président de l'Association « La plus grande famille » (Section d'Ille-et-Vilaine), a écrit au Président pour le prier de vouloir bien soumettre au Syndicat une demande de réduction d'honoraires en faveur des familles nombreuses, comptant au moins cinq enfants, *résidant à la maison*. M. le Dr de Sallier-Dupin, conseiller général, a adressé la même demande au président.

Le Dr Lautier dit que cette demande doit être examinée avec la plus grande bienveillance ; un grand nombre de commerçants ont déjà consenti la réduction demandée, il estime que le Corps médical ne peut faire moins. Il propose de fixer cette réduction à 10 %. Après observation de plusieurs membres de l'Assemblée, la motion du Président : réduction de 10 % en faveur des familles nombreuses comptant au moins cinq enfants à la maison, est adoptée avec cette restriction : *sauf pour les familles riches*. Cette décision sera applicable à partir du 1er janvier prochain.

Soins médicaux aux Pupilles de la Nation ; Contrôle médical. — L'année prochaine, doit être organisé un service de soins médicaux pour les Pupilles de la Nation ainsi qu'un service de contrôle médical de leur santé.

Le Dr Lautier développe l'ensemble du projet :

Le contrôle médical s'exercera deux fois par an. Pour les enfants trop jeunes pour aller à l'école et pour ceux l'ayant quittée et vivant dans leurs familles, celles-ci prendront à la Mairie une fiche et feront examiner les enfants par les médecins de leur choix. Le médecin remplira la fiche et la remettra à l'Office départemental.

Les enfants fréquentant les écoles publiques ou privées seront examinés collectivement dans ces écoles par des médecins proposés par l'Inspection académique pour les écoles publiques et par l'Inspection diocésaine pour les écoles privées. Les nominations des médecins seront faites par l'Office départemental.

Deux visites annuelles seront faites dans les écoles où il y a des pupilles. Les médecins feront l'examen individuel de chaque pupille et rempliront une fiche de contrôle qui sera envoyée à l'Office départemental.

Une commission médicale chargée de donner son avis sur les détails techniques de l'organisation du contrôle médical semestriel des Pupilles de la Nation a été nommée. Elle comprend les docteurs Lautier, Dayot, Véron, Robin, Follet, Chevrel, Le Damany ; MM. Lenormand, professeur à l'Ecole de pharmacie, Jouault, président du Syndicat des pharmaciens, le Dr Simonneaux, secrétaire génral de l'Office départemental. Cette commission s'est réunie à la Préfecture le 18 octobre dernier, sur la convocation de M. Leroux, président de la section permanente de l'Office départemental. Celui-ci a proposé de désigner pour la présidence le Dr Lautier, président du Syndicat général des médecins. Ont été élus à l'unanimité : Président, Dr Lautier ; vice-président, Dr Véron ; secrétaire, Dr Simonneaux.

Le Dr Lautier a fait remarquer qu'il existe deux autres syndicats médicaux dans notre département et qu'il serait à propos de désigner leurs présidents, les docteurs Page et Bordeau, pour faire partie de la Commission. Cette proposition a été adoptée.

Le Dr Lautier a déclaré que le Syndicat général d'Ille-et-Vilaine a toujours été partisan du libre choix du médecin et qu'il soumettra le projet d'organisation du contrôle médical des Pupilles de la Nation à la prochaine réunion du Syndicat qui aura lieu en novembre.

Certains membres de l'Assemblée seraient d'avis de désigner un médecin contrôleur par canton et un suppléant pour chacune des catégories d'écoles.

M. le Président de la commission a soumis des modèles de fiches, l'un adopté par l'Office départemental de la Seine, l'autre en usage pour l'Orphelinat des cuirs et peaux de France et communiqué par le Dr Véron. Celui-ci, beaucoup plus simple que le premier, a été adopté après quelques modifications.

En ce qui concerne la rémunération des médecins contrôleurs, la Commission, d'accord avec son président, a été d'avis d'établir un tarif pour les visites collectives et les visites individuelles et un tarif kilométrique.

M. le Président de la section permanente a insisté pour que le bureau du Syndicat fasse connaître les chiffres le plus tôt possbile à cause des prévisions budgétaires de l'Office.

Dans cette réunion il n'a été question que du contrôle médical et nullement de l'organisation du service des soins médicaux.

Après cet exposé du projet de contrôle médical, le Dr Lautier continue en disant qu'étant partisan du libre choix du médecin, il croit que le fonction-

VALS SOURCE REINE

TRAITEMENT de

l'ARTHRITISME

et de la DYSPEPSIE



MODE D'ADMINISTRATION

UN VERRE LE MATIN A JEUN,
UN SECOND VERRE AU BOUT D'UNE HEURE SI POSSIBLE,
UN VERRE AVANT LE DÉJEUNER,
UN VERRE AVANT LE DINER,
LE RESTE DE LA BOUTEILLE ÉTANT CONSOMMÉ AU REPAS.

N.-B. — Pour éviter *les substitutions*
AVOIR SOIN DE BIEN SPÉCIFIER
Vals SOURCE LA REINE

L'Eau de la Reine se trouve dans toutes les pharmacies, chez tous les marchands d'Eaux et dans les dépôts de la Cie fermière de Vichy. On peut également s'adresser à M. CHAMPETIER *à* VALS-LES-BAINS *(Ardèche).*

VALS SOURCE REINE

nement du service de contrôle médical pourrait être assuré par roulement entre tous les médecins ayant accepté d'y participer. Les médecins nommés se retireraient au bout d'une année et seraient remplacés par d'autres médecins. Il demandera à l'autorité académique et à l'autorité diocésaine d'accepter ce roulement.

Le Dr Bordeau prévoit une objection de l'Administration, qui prétendra que le contrôle sera mieux assuré, s'il est toujours fait par le même médecin. Plusieurs membres de l'assemblée sont d'un avis contraire et disent que le contrôle sera assuré d'une manière plus effective. Le Dr Boivin signale que, dans le Gers, le syndicat a organisé le service du contrôle médical et que seuls les médecins syndiqués peuvent y participer. Pourquoi ne tenterions-nous pas la même chose ?

Le Président consulte l'Assemblée pour savoir si elle désire lui confier le mandat de demander le service par roulement entre les médecins. (Adopté à l'unanimité).

En ce qui concerne les soins médicaux, l'Administration semble disposée à faire soigner les Pupilles de la Nation au tarif de l'Assistance médicale gratuite. Le Président fait observer à juste raison que les Pupilles ne sont pas des indigents, et il propose de leur appliquer le tarif accordé pour les victimes de la guerre, c'est-à-dire 6 francs par consultation et 8 francs par visite. (Adopté à l'unanimité).

Projet de statuts de la Fédération départementale des syndicats médicaux.

Le Dr Lautier donne lecture, article par article, des statuts qu'il a élaborés et soumis aux deux autres commissaires, MM. Bordeau et Rolland, nommés dans la dernière réunion.

ART. 1er. — Il est institué, à la présente date, une Fédération des syndicats médicaux d'Ille-et-Vilaine, comprenant le Syndicat général des médecins d'Ille-et-Vilaine, le Syndicat des médecins de l'arrondissement de Fougères et celui des médecins de l'arrondissement de Saint-Malo.

ART. II. — La Fédération des syndicats médicaux d'Ille-et-Vilaine a pour but exclusif la défense des intérêts professionnels communs à tous les médecins du département et elle sert à grouper en un faisceau unique toutes les forces syndicales du Corps médical d'Ille-et-Vilaine.

ART. III. — La Fédération n'enlève aucune des conditions d'indépendance et d'autonomie propres à chacun des syndicats constituants et elle n'entre en jeu que lorsque les syndicats se sont mis pleinement d'accord sur la question ou les problèmes qui justifient son intervention.

ART. IV. — La Fédération désigne chaque année un président qui est choisi par ordre de roulement dans le Bureau de chacun des syndicats.

Le président s'adjoint deux vice-présidents qui sont nommés par chacun des deux autres syndicats.

ART. V. — Lorsque le Bureau d'un syndicat juge opportun de faire intervenir la Fédération dans une question déterminée, il fait appel au Président de la Fédération, lui expose son point de vue, et ce dernier met au courant de la question les bureaux des autres syndicats. Ceux-ci délèguent leur représentant à la Fédération pour se mettre en rapport avec le président et prendre une décision commune qui sera communiquée aux trois syndicats.

ART. VI. — En cas de divergence d'opinion, le bureau de la Fédération s'entendra pour préciser les termes de la question qui fait l'objet du litige et qui, en cas de nécessité, pourra être tranchée par un referendum adressé à tous les médecins du département. La Fédération agira alors pour préconiser et faire prévaloir la décision prise par la majorité des votants.

ART. VII. — La Fédération est constituée pour une période de trois années. Les présents statuts pourront être modifiés ou complétés par entente commune entre les trois syndicats constituants.

Ces statuts ont déjà été discutés et adoptés par les syndicats de Saint-Malo et de Fougères. Le syndicat de Saint-Malo a demandé qu'à la fin de l'article 1er soient ajoutés les mots : ou tout autre syndicat formé ultérieurement dans le département. (Adopté à l'unanimité).

Au nom du syndicat de Fougères, le Dr Bordeau fait observer que les statuts ne prévoient ni recettes ni dépenses et propose l'adjonction suivante : Les dépenses nécessitées pour le fonctionnement de la Fédération seront partagées entre les divers syndicats constituants au prorata du nombre de leurs adhérents. (Adopté à l'unanimité).

Projet de loi, dit Vincent, sur l'exercice de la pharmacie (médecins pro-pharmaciens). — Le Dr Boivin donne lecture du rapport suivant :

Ce projet de loi intéresse tous les médecins ; les articles qui augmentent les droits des pharmaciens de délivrer sans ordonnance médicale un certain nombre de médicaments, et limitent par contre les facilités données aux médecins, trouveront ailleurs des défenseurs autorisés et ne peuvent faire ici l'objet d'une étude particulière ; mais il y a un article 13, qui intéresse directement les médecins de campagne, les pro-pharmaciens, menacés dans leurs intérêts immédiats, dans leur existence même, en tant que médecins, et qui touche de façon non douteuse à l'intérêt des populations rurales.

Article 13. — « ... Toutefois, le médecin peut fournir des médicaments aux malades près desquels il est appelé, s'il réside dans une commune ou dans une agglomération où il n'y a pas de pharmacien, et si les malades résident à une distance de 8 *kilomètres au moins de toute pharmacie.*

Il ne peut délivrer de médicaments aux malades qui viennent le consulter dans son cabinet que *si son domicile et celui du malade sont distants de 8 kilomètres au moins d'un pharmacien.* »

Sollicité par un certain nombre de confrères pro-pharmaciens, il y en a 40 en Ille-et-Vilaine, dont 25 syndiqués, et intéressé moi-même à la question, mais de façon plutôt minime, je vous demande de bien vouloir vous intéresser aux conséquences qui résulteraient de ce projet de loi, s'il était adopté,

Je ne puis mieux faire pour vous documenter et vous permettre de juger en toute connaissance de cause (bien que presque tous vous ayez déjà compris et jugé l'importance de la menace pour vos confrères), je ne puis mieux faire que de vous communiquer les appréciations portées sur ce projet de loi par le *Concours médical*, organe de défense professionnel éclairé et documenté.

(Lecture du *Concours médical* nº 44, 31 décembre 1920, p. 2688).

Nous vous demandons d'accorder votre appui moral aux pro-pharmaciens et de voter la motion suivante qui sera transmise à l'Union générale des syndicats médicaux pour qu'elle puisse être soumise à la discussion de l'Assemblée générale du 3 décembre et aux députés et sénateurs d'Ille-et-Vilaine :

« Le syndicat général des médecins d'Ille-et-Vilaine, réuni en assemblée générale le 24 novembre 1920, ému des conséquences certaines de l'article 13 du projet Vincent sur l'exercice de la pharmacie, article tendant à limiter à 8 kilomètres la distance à partir de laquelle le médecin pro-pharmacien aurait seulement le droit de délivrer des médicaments à ses malades, déclare que, si cet article était voté, il aurait pour résultat de supprimer plus des deux tiers des médecins pro-pharmaciens qui, en France, sont au nombre de près de 3.000 et de 40 dans le département. Ces médecins qui, dans la campagne, exercent une profession particulièrement dure et pénible et rendent des services incontestables tant comme médecins que comme pharmaciens, ne trouvent dans la fourniture des médicaments qu'un modeste appoint leur permettant d'équilibrer leur budget et de vivre.

Si l'article était voté, ils se verraient obligés d'abandonner leur situation à la campagne où beaucoup d'entre eux exercent depuis 15 ou 20 ans, et il est certain que la diminution toujours plus accentuée du nombre des pharmaciens jointe à l'abandon de leurs postes par les médecins ruraux aurait pour conséquence de priver totalement ou presque les populations des campagnes de soins médicaux et pharmaceutiques immédiats et utiles.

Si même la suppression des médecins de campagne devait augmenter le nombre des pharmaciens, ceux-ci ne pourraient en aucune façon remplacer le médecin.

Pour toutes ces raisons, le Syndicat général des Médecins d'Ille-et-Vilaine proteste contre ce projet de limitation, le déclare antisocial et contraire à l'esprit de la loi de germinal qui n'avait envisagé que l'intérêt général ;

Demande que la distance kilométrique limitant le droit du médecin à la fourniture des médicaments soit abaissée *à 4 kilomètres*, toute limitation supérieure rendant difficile, souvent impossible, la livraison des médicaments prescrits aux populations rurales dont les moyens de communication sont précaires.

Le Bureau du Syndicat général approuvant la campagne menée contre le projet Vincent par le *Concours médical* et l'organe des médecins pro-pharmaciens « *Le Pro-pharmacien* », demande à l'Union des Syndicats de s'intéresser à cette campagne, de prendre en mains la défense des médecins pro-pharmaciens, laquelle sera aussi celle des populations rurales, et de l'appuyer auprès des pouvoirs publics et de la commission parlementaire. »

Ce vœu, mis au voix par le Président, est adopté à l'unanimité. En conséquence, il sera adressé à l'Union des Syndicats médicaux, ainsi qu'aux députés et sénateurs du département.

Relations avec les Sociétés de secours mutuels. — Le Président estime que le moment est venu de relever le taux des honoraires demandés aux mutualistes. Le Dr Boivin dit qu'une tarification insuffisante est un gros danger à la veille de la discussion de la loi assurance-maladie, comme l'ont montré récemment les objections de M. le Préfet dans la question de l'Assistance médicale gratuite, celles des assureurs à la commission du tarif Dubief, celles de l'administration pour l'adoption du tarif dans la loi des pensions. Il y a donc une nécessité absolue de relever le taux des honoraires pour les mutualistes. Après discussion, l'assemblée décide à l'unanimité d'appliquer aux mutualistes, à partir du 1er janvier 1921, le tarif ouvrier minimum, c'est-à-dire 5 francs par consultation et 6 francs par visite, sauf aux mutualistes de situation aisée auxquels sera appliqué le tarif des clients de même situation.

Tarif Dubief-Breton ou tarif ouvrier local. — Dans la réunion du 21 avril 1914, le syndicat avait décidé d'appliquer en matière d'accidents du travail le tarif ouvrier minimum local. Le tarif Breton, remplaçant l'ancien tarif Dubief, vient d'être publié et est applicable depuis le 1er septembre dernier.

Le Dr Boivin, après avoir félicité les confrères, membres de la Commission du tarif Dubief et notamment le Dr Decourt, et les avoir remerciés de leur dévouement et de leur obstination, croit que nous devons les engager à poursuivre leur tâche et à continuer leurs efforts pour obtenir des améliorations, surtout au point de vue de la clarté du tarif et du taux de l'indemnité kilométrique. Il consulte l'assemblée pour savoir si elle entend maintenir sa décision ancienne, c'est-à-dire l'application du tarif ouvrier minimum local, ou adopter le tarif Breton. Un membre de l'assemblée demande lequel est le plus avantageux. Le Dr Boivin répond qu'après une étude sérieuse, il a constaté que, dans l'ensemble, le tarif Breton est plus avantageux. En conséquence, l'assemblée décide d'accepter l'application de ce tarif en matière d'accidents du travail.

L'Assurance invalidité-maladie. — Les deux tiers de la clientèle médicale seront assujettis à cette loi, surtout avec la faculté qu'auront les salariés jusqu'à 8.000 francs d'en obtenir le bénéfice. Les mutualités

vont faire tous leurs efforts pour prendre en mains les soins à donner aux bénéficiaires de la loi.

Pour le Dr Lafontaine, il est absolument nécessaire d'obtenir que la nouvelle loi contienne des dispositions fondamentales consacrant le libre choix des médecins et le contrat collectif.

Les médecins devront parfois sacrifier leur clientèle privée et se contenter d'honoraires moins élevés. Ils perdront en outre une grande partie de leur liberté d'action.

Il appartiendra aux syndicats de fixer le taux de leurs honoraires de façon qu'ils atteignent au moins celui de la clientèle moyenne.

Le Président met aux voix les conclusions du Dr Lafontaine : libre choix du médecin avec contrat collectif. Adopté à l'unanimité.

L'organisation de la lutte antituberculeuse et antisyphilitique.—En ce qui concerne l'organisation de la lutte antituberculeuse et antisyphilitique, le Syndicat se contente d'émettre le vœu que cette lutte se continue avec la collaboration du Syndicat.

HYGIÈNE PUBLIQUE

Dangers de la « Transmigration ». Le remède.

Deux articles intéressants, relatifs aux dangers créés par les migrations de peuples, viennent d'être publiés l'un par MM. Loir et Legangneux dans les *Archives médico-chirurgicales de Normandie*, sous le titre : « Immigration et Typhus », et l'autre, par M. René Martial, dans le *Concours médical*, sous celui de « Révision de la Charte française d'hygiène. »

Ayant fait fonction de médecin de la Santé à Cherbourg, pendant les quinze années qui ont précédé la guerre, et ayant été, pendant cette période, également médecin des compagnies transatlantiques étrangères, j'ai été amené à me préoccuper de toutes ces questions de préservation sanitaire de notre pays. Si, depuis mon retour du front, j'ai, comme tant d'autres, perdu mes fonctions, je ne me désintéresse pas pour cela d'études auxquelles je m'étais particulièrement attaché.

Je désire donc, après MM. Loir et Legangneux, après M. René Martial, exprimer mes idées sur quelques points spéciaux de la prophylaxie sanitaire de notre pays.

Longtemps avant la guerre, l'Amérique avait pris des mesures rigoureuses pour se protéger contre le danger que lui faisait courir l'émigration. Elle redoutait particulièrement le trachoma, refusant impitoyablement l'entrée de son territoire à ceux qui en étaient atteints ou même seulement suspects. Pour chacun de ces cas, elle infligeait aux compagnies de navigation une forte amende et les obligeait à rapatrier les malades à leurs frais. Les compagnies restaient, même, pendant un délai de 3 ans, je crois, responsables des passagers qu'elles avaient transportés aux Etats-Unis.

Aussi, les compagnies attachaient-elles la plus grande importance à ce qu'un examen sérieux des passagers de 3e et de 2e classe eût lieu au départ. Elles demandèrent au médecin de l'émigration de les surveiller au point de vue du trachoma, et lui allouèrent une indemnité spéciale pour ce service. Elles me chargèrent, comme étant leur médecin particulier, d'examiner de même les passagers de seconde classe, dont le médecin de l'émigration n'a pas à s'occuper.

Les fonctions de médecin de l'émigration, instituées par une loi très ancienne, sont assez imprécises. Il fait partie, en principe, d'une commission composée d'un commissaire spécial, de capitaines au long cours, ou de l'inspecteur de la navigation. Quand on a créé cet organisme, on se proposait de surveiller les agissements coupables des mercantis de la navigation, qui faisaient une véritable *traite des émigrants*, les entassant comme du bétail, sur de petits voiliers. Depuis les émigrants sont transportés pour la plupart, du moins ceux qui transitent par Cherbourg, sur des paquebots immenses. La commission d'émigration n'a plus qu'un rôle nul, qu'une autorité inexistante Elle persiste à exister par la force de l'habitude.

L'intervention du médecin, qui n'est d'ailleurs requis que lorsqu'il y a au moins 45 émigrants, est rémunérée par une très modeste vacation qui ne peut se rapporter qu'à un service sans importance.

Aussi le seul rôle que nous remplissions alors, le médecin de l'émigration et moi, consistait-il à veiller, en France, à l'exacte application des lois américaines, dans l'intérêt des compagnies de navigation étrangères.

Aujourd'hui les médecins chargés de ce service ne font pas autre chose, mais ils agissent sous le contrôle d'un médecin américain, et les compagnies qui, sous la férule américaine, exigent un examen minutieux de leurs passagers, ont donné aux médecins des honoraires très élevés.

Il est édifiant de voir l'autorité dont jouit le médecin américain. Alors que les compagnies de navigation ont toujours affecté de considérer les médecins sanitaires français comme des fonctionnaires sans importance, elles préviennent les moindres désirs du médecin américain, elles ne reculent pas une seconde à engager des dépenses formidables pour répondre à ses instructions, et elles construisent en ce moment, à

Cherbourg, un hôtel pour émigrants, dont on estime le prix de revient à plus de dix millions.

C'est qu'elles savent qu'en Amérique, la Loi est la Loi, et que le fonctionnaire chargé de la faire appliquer est investi de pouvoirs dont la puissance se fait durement sentir. Elles savent que la moindre infraction à ses ordres se traduira par la mise en quarantaine de leurs navires à New-York ou par des amendes élevées. Si les compagnies n'ont, par contre, aucune considération pour les médecins français, c'est parce qu'elles savent qu'en France la Loi n'est pas la Loi, que si le médecin sanitaire français se montre *grincheux* (on désigne sous ce nom chez nous les fonctionnaires qui prennent leur rôle au sérieux), une démarche bien conduite au ministère aura vite fait de tempérer son zèle, et au besoin de lui apprendre, par un déplacement d'office, à ne pas confondre le devoir avec la fonction.

Et c'est ainsi que nos services sanitaires sont uniquement occupés, en fait, à veiller à l'application des lois américaines.

Les Américains savent faire la loi chez eux ; ils savent même la faire chez les autres. Ils imposent aux passagers de provenance douteuse un séjour plus ou moins prolongé dans le port d'embarquement, augmentant ainsi, à leur profit, les chances de contamination que court notre pays. Ils imposent bien plus encore : se constituant comme les seuls détenteurs de la vérité scientifique, ils imposent leurs méthodes et leurs produits : la seule bonne manière de vacciner est la leur, le seul bon vaccin est le leur, et le seul rôle des médecins français de l'émigration est d'exécuter leurs ordres. Il y aurait, ce me semble, un moyen bien simple, pour notre Gouvernement, d'empêcher ce rôle d'être humiliant pour nous : ce serait de décréter la réciprocité et de décider que nul Américain ne pénétrera en France s'il n'a été vacciné à New-York, avant son départ, par les méthodes françaises, avec du vaccin français, sous le contrôle d'un médecin français.

J'estime que notre rôle n'est pas de servir de « sas sanitaire » à l'Amérique, ni de cobayes aux Américains. C'est parce que nous avons joué trop longtemps ce rôle qu'à Paris le quartier de l'Hôtel-de-Ville est infecté de trachoma ; demain l'application de ces méthodes nous amènera le typhus, la peste, etc...

Je ne critique pas le système américain, bien loin de là : je l'admire. Mais je le trouve dangereux pour nous tant qu'il n'est appliqué que par la seule Amérique. Je demande à ce que la France se protège aussi bien qu'elle, mieux si possible, et *par les mêmes moyens.* Prenons les mêmes mesures que l'Amérique, exigeons de nos fonctionnaires sanitaires des visites rigoureuses à nos *frontières d'entrée*, cessons ces visites ridicules aux *frontières de sortie.* C'est un contresens de payer, très insuffisamment d'ailleurs, des médecins français pour surveiller des passagers à leur départ de France. Il est de plus choquant de voir ces fonctionnaires, qui ne gagnent pas assez pour vivre, à loin près, toucher de fortes prébendes des compagnies de navigation qu'ils sont chargés de surveiller.

Supposons notre défense sanitaire organisée dans l'esprit des lois américaines, il nous deviendra indifférent d'héberger quelques jours les émigrants à destination des Etats-Unis, dans nos ports de départ, puisqu'il ne s'agira plus que de sujets sains, ne faisant courir presque aucun danger à notre population. Les Américains pourront, si cela leur plaît, les revacciner à nouveau avec leurs méthodes, à l'aide de leurs vaccins. C'est leur affaire. La nôtre, c'est d'exiger l'application de ces mêmes mesures à notre frontière d'entrée, ou, bien mieux encore, *avant le franchissement de notre frontière.*

Supprimons la fonction caduque de médecin de l'émigration dans les ports de sortie. Créons des médecins d'immigration, ou mieux, car on immigre peu chez nous, un service sanitaire pour les transmigrants, à nos frontières d'entrée de terre et de mer *et au delà.*

En ce qui concerne les frontières de mer, le service existe déjà. Oh ! il est très imparfait, à peine ébauché, comme le dit M. René Martial. Il ne dispose que de moyens matériels insuffisants ; l'autorité des médecins de la santé, du fait de nos tristes « combines » politiques, n'a pas la toute puissance de celle des médecins de la santé à l'étranger ; mais enfin le cadre existe : il n'y aurait qu'à le perfectionner. Dans ces ports, le service de transmigration doit faire bien évidemment partie intégrante du service sanitaire maritime et le médecin de l'émigration doit être le médecin de la santé. A Cherbourg, le fait est acquis depuis quelques mois, toutefois le médecin de l'émigration n'est toujours qu'un membre de la commission, sous les ordres du commissaire spécial et si les fonctions de médecin de la santé et de médecin de l'émigration sont assurées par la même personne, ces dernières ne lui confèrent aucune indépendance, aucune initiative.

Imitons donc les Américains. Si notre bureaucratie n'a pas su prévoir, qu'elle ne mette pas un amour-propre mal placé à ne pas vouloir copier.

Exigeons donc, nous aussi :

1° Que les transmigrants soient groupés quelques jours, pour mise en observation, soit dans leur pays d'origine, *soit, ce qui serait mieux, dans un pays intermédiaire, non contaminé.*

2° Que cette mise en observation se fasse sous le contrôle d'un médecin du gouvernement *français.*

3° Que les transmigrants soient désinfectés et épouillés par des méthodes *françaises*.

4° Qu'ils soient immunisés, non seulement contre la variole, mais contre la typhoïde, le choléra, la peste, par des méthodes *françaises* et avec des vaccins *français* ; qu'ils ne soient admis à entrer chez nous qu'une fois les délais d'immunisation révolus.

5° Qu'ils soient reconnus indemnes de trachoma par un médecin *français*.

Voilà la seule protection efficace de notre territoire ; et c'est la méthode américaine, comme vous le voyez.

La tâche de nos médecins des postes frontières sera dès lors singulièrement facilitée. Ce ne sera plus guère qu'une tâche de vérification de passeports sanitaires. Comment d'ailleurs exiger d'un médecin de gare ou d'un médecin de port d'escale autre chose qu'un service de pure façade, un « bourrage de crâne » pour l'opinion publique !

Le triage à la frontière d'entrée, s'il n'a pas été fait à tête reposée, préalablement, dans le pays d'origine, ne saurait être qu'une formalité sans la moindre importance, s'il est rapide, ce qui est fatal. Il deviendrait dangereux s'il avait la prétention d'être sérieux. En effet, il nécessiterait le groupement sur notre territoire pendant plusieurs jours de passagers suspects. C'est ce que veulent éviter les Américains, c'est ce que nous devons éviter nous-mêmes.

Si l'observation, l'immunisation, ont par contre été pratiqués au-delà de nos frontières, il n'y aura plus qu'à surveiller les quelques cas de maladies qui auraient pu échapper à nos médecins ou se seraient déclarés depuis leur examen.

Certes, il filtrera toujours des malades à travers les triages les mieux organisés, ne serait-ce que les porteurs de germes, mais notre système en réduira le nombre au minimum Dès lors, plus ne sera besoin d'une organisation frontière formidable, d'hôpitaux organisés à grands frais, destinés à rester le plus souvent vides, mais parés pour tous les besoins. *Ce n'est pas à nous à supporter de pareilles charges pour des passagers qui ne font qu'emprunter notre territoire pendant sa traversée.* Tenons aux compagnies de navigation ou d'émigration le langage que leur tient l'Amérique : « Vous voulez emprunter mon territoire pour le passage de vos émigrants : voici mes conditions, vous n'avez qu'à vous y conformer *à vos frais.* »

Et, tout comme les compagnies transatlantiques le font à Cherbourg, les compagnies d'émigration édifieront, *à leur frais, à l'étranger, dans les points que nous leur désignerons, sous la surveillance de médecins français*, les coûteux hôpitaux que l'on conseille de construire en deça de nos frontières, aux dépens de nos finances et de l'hygiène de notre population.

Que coûte à l'Amérique son système de protection si logique et si efficace ? Rien ou presque : les honoraires de quelques médecins qu'elle entretient à Cherbourg et dans d'autres villes, et c'est tout. *Tous les frais de sa protection sont à la charge des compagnies de navigation, tous les dangers qu'elle comporte sont aux risques des pays qui consentent à leur servir de lazaret.*

Je ne conçois rien de plus logique, ni de plus scientifiquement efficace que d'adopter sa manière de faire. Protégeons-nous à sa façon, presque sans bourse délier : Messieurs les Ministres de l'Hygiène et des Finances se mettront vite d'accord, je l'espère, dans ces conditions.

Dr LE DUIGOU,
Médecin sanitaire maritime.

CHRONIQUE DE LA MUTUALITÉ

I

Effort de mutualiste.

En parcourant un numéro de la *Revue de la Prévoyance et de la Mutualité*, je suis frappé de la composition du Conseil d'administration de la Fédération nationale de la mutualité française élu par l'assemblée générale du 4 octobre 1919.

Je ne parle pas du groupement dans ce conseil de gens tous éminents, à commencer par M. Léopold Mabilleau son président. Ce qui m'a frappé, c'est de voir la maladie dont sont atteints ces remarquables personnages : la galonnite. Ce conseil se compose de 60 membres, condition d'un excellent travail. Sur ces 60 membres, il y a un président, 15 vice-présidents, un secrétaire général, six secrétaires, un archiviste, un trésorier, un trésorier adjoint, au total 26 membres du bureau sur 60 membres. Avec un tel état-major, voilà une société qui doit être bougrement bien administrée, comme dirait le père Duchesne, et qui doit obtenir des résultats surprenants. Heureusement pour la Mutualité qui crie partout sa misère, qu'elle ne donne pas de jetons de présence à ses administrateurs, car alors quelle ruine. Elle serait encore obligée de mendier pour eux, mais ceux-ci se contentent de toucher des subventions de l'État pour leurs déplacements.

Mais aussi quelle source de difficultés dans les préséances : comment choisir le vice-président remplaçant le président dans cette nuée de vice-présidents ? est-ce le doyen d'âge, est-ce par ordre alphabétique, est-ce par tirage au sort, ou bien selon le nombre de décorations, ou par la taille, ou par la couleur des cheveux ou de la barbe ? Je ne sais quelle solution prendre. Une séance de ce conseil ne doit surtout pas manquer d'attrait.

Je vois, quand une question est mise en discussion, les 60 membres prenant à tour de rôle la parole ; quelle limpidité doit sortir de ces palabres ! Aussi je ne suis plus étonné de savoir que, par exemple, la question des tables de morbidité est à l'étude depuis, je crois, 1852. Il n'y a qu'un cas où il n'y a pas discussion et où la question est vite réglée, c'est quand il s'agit d'exploiter les médecins. Mais malgré tout, malgré le nombre de coursiers attelés, quelquefois le conseil aboutit à faire établir des choses sensationnelles.

Ainsi dans la dernière assemblée générale de la Mutualité (1919) on a admis le principe de la constitution d'un budget fédéral. Dans un article, M. Maze dit : « L'importance de ces décisions « ne saurait échapper. De leur application doit « dépendre l'effort de la Mutualité française, « la généralisation de ses pratiques et la diffusion « de ses méthodes. » Et plus loin : « Une sem« blable organisation ne se fait pas sans argent. « Disons-le, crions-le sans fausse honte. C'est un « devoir impérieux. Trop longtemps, par un « excès de pudeur respectable, sans doute, mais « erroné, on s'est abstenu dans nos groupements « d'envisager les contingences pratiques sans « lesquelles il n'y a pas d'action efficace. Nos « adversaires sur le terrain social nous ont dès « longtemps donné l'exemple ; leur laisserons« nous le monopole de cette discipline spéciale « et féconde ? ». Après de tels préliminaires, il y a tout lieu de supposer qu'il s'agit d'un appel de fonds important, et comme les mutualistes ont l'habitude, non de donner, mais de recevoir, il faut, pour essayer de les amener à verser, de grandes précautions oratoires. Or, savez-vous de quoi il s'agit ? Quelle cotisation comparable à celle des syndicats ouvriers est en cause ? Une *somme de cinq centimes* PAR TETE ET PAR AN.

Et quand l'auteur a osé risquer cette demande, il a presque regret de son acte et il s'écrie : « Pour « un si noble but, quel est le mutualiste qui reste« ra sourd à l'appel, lorsque les présidents de « société auront pris soin d'exposer la question « sous son véritable jour en assemblée générale. « A tous les soldats de notre grande armée paci« fique, à tous les adeptes de la Mutualité, de dire « si pour faire vivre et grandir l'œuvre en la« quelle ils ont foi, si pour que sa vertu pénètre « et vivifie le pays tout entier, le sacrifice est trop « lourd ? Son avenir est à ce prix. »

Sans commentaires. C'est à préparer de tels projets que s'évertue le conseil de 60 membres de la Fédération nationale, sous la direction des 26 membres de son bureau.

Dr M. VIMONT.

II

Mutualité Familiale.

Ses diverses combinaisons.

Au *Concours médical*, mon domaine spécial est celui des œuvres de prévoyance confraternelles : rien d'étonnant donc si j'y parle souvent de la Mutualité familiale.

Je demandais naguère à un confrère s'il n'allait pas y entrer ; il parut hésiter puis me déclara : « c'est trop compliqué, je n'y comprends rien ». Un autre auquel je posais la même question me répondait : « On se perd dans toutes vos combinaisons » et comme je lui demandais s'il les avait étudiées, franchement, il m'avouait que non.

C'est trop compliqué, le mot est bientôt dit, mais encore faudrait-il avoir cherché à comprendre une question qui est pourtant des plus simples.

Que peut désirer le futur sociétaire ?

L'indemnité en cas de maladie, une pension de retraite pour lui-même ou pour sa femme, une pension viagère à sa veuve ou à ses enfants orphelins s'il vient à mourir avant eux.

Est-ce donc tellement compliqué ?

Mais puisque certains déclarent s'y perdre, je vais reprendre l'étude complète des combinaisons.

1° *Indemnité maladie.*

Il faut qu'il soit entendu, une fois pour toutes :

1° Que l'indemnité s'applique, non pas à la maladie, mais à l'incapacité de travail causée par la maladie. Il y a lieu ou non à indemnité selon qu'il y a ou qu'il n'y a pas impossibilité d'exercer la profession médicale ;

2° Que cette indemnité s'applique à l'incapacité causée par les accidents aussi bien qu'à ceux causés par la maladie, par toutes les maladies quelles qu'elles soient, aiguës ou chroniques, et quelle qu'en soit la durée.

3° Que l'indemnité commence le 5e jour seulement de l'incapacité de travail, qu'elle est journalière pendant soixante jours et mensuelle à partir du 61e jour.

Prenons un exemple :

Un sociétaire, est arrêté, par la maladie ou par un accident, le 10 janvier et il ne peut reprendre l'exercice de sa profession que le 25 avril. Il aura droit à une indemnité journalière de 60 jours (du 14 janvier au 15 mars) et à une indemnité mensuelle du 16 mars au 24 avril inclus.

Ceci posé, disons que deux combinaisons sont offertes au sociétaire :

Dans la première, il reçoit 10 francs d'indemnité journalière et 200 francs d'indemnité mensuelle. Dans l'exemple précédent, il recevrait donc 600 fr. + 100 + 27,75 = 727 fr. 75.

Dans la seconde, il reçoit 20 francs d'indemnité

journalière et 100 francs d'indemnité mensuelle : dans l'exemple choisi, il recevrait 1.200 fr. + 200 + 55,50 = 1455 fr. 50.

Il n'y a, on le voit, aucune complication, et le postulant n'a qu'à demander la combinaison qui lui agrée ; le reste est l'affaire du secrétaire général qui lui donnera les moyens pratiques de réaliser son désir : il lui indiquera le chiffre de sa cotisation annuelle, les conditions dans lesquelles il devra subir l'examen médical d'entrée, etc.

Que lui importe de figurer sur les registres dans la catégorie MA ou MAD ou MA + 1/2 MAD ? Il sait qu'il a droit à 10 fr. ou 20 fr. par jour, et cela lui suffit.

2° *Pensions de retraite.*

La participation à l'indemnité maladie cesse à 65 ans, le sociétaire a tout avantage à la voir remplacée par une pension annuelle et viagère qu'il touchera le lendemain même du jour où il n'aura plus droit à cette indemnité-maladie.

C'est pour cette raison que la Mutualité familiale avait créé tout d'abord une combinaison donnant, à partir de 65 ans, une pension annuelle et viagère de 1.200 francs. Cette combinaison existe toujours, mais actuellement il est loisible de ne s'inscrire que pour une somme moins élevée, par tranches de 120 fr. savoir 120 fr., 240 fr., 360 fr., 480 fr. 600 fr., 720 fr., 840 fr., 960 fr., 1080 fr., 1200 fr. C'est, à notre avis, la combinaison de choix lorsqu'elle est associée à l'indemnité maladie et nous ne saurions trop la recommander. Mais de nombreux confrères, trouvant l'âge de 65 ans trop élevé, ont demandé la retraite à 60 ans ; la Mutualité familiale a donc créé une combinaison identique donnant cette retraite à partir de 60 ans.

Donc, à volonté, retraite à 60 ou à 65 ans.

Il est d'ailleurs loisible de combiner les deux, soit en prenant chacune des deux pensions entières, soit en prenant une fraction de chacune d'elles.

Disons encore que ces deux combinaisons sont ouvertes aux femmes des sociétaires, et ajoutons, pour terminer, que les adhérents ont la faculté de contre-assurer leurs versements de telle sorte que, s'ils venaient à mourir avant d'avoir touché leur première annuité de pension, le total de ces versements serait restitué à leurs ayants droit. La cotisation annuelle est alors un peu plus élevée.

3° *Pensions à la veuve et aux orphelins.*

Enfin la Mutualité Familiale a complété son œuvre en créant une combinaison destinée, en cas de prédécès du sociétaire, à assurer à sa veuve une pension annuelle et viagère, pension réversible sur les orphelins mineurs de moins de 18 ans.

Notre secrétaire général Mignon insistait naguère sur les avantages offerts par cette combinaison, je n'ai donc pas à y revenir. Qu'il me suffise de dire qu'elle répond à un besoin et que, mieux connue, elle serait plus en faveur près du Corps médical.

Et maintenant, chers confrères, permettez-moi de vous demander ce qu'il peut y avoir de si compliqué dans notre organisation ?

Vous voulez l'indemnité maladie seulement ? Libre à vous.

Vous la voulez associée à la pension de retraite ? Vous n'avez qu'à le dire.

Ces deux combinaisons ne vous suffisent pas et vous voulez en plus la pension à la veuve ? Très bien.

La pension seule vous intéresse ? Parfaitement.

En un mot, toutes les combinaisons vous sont ouvertes, soit isolées, soit groupées, selon votre désir.

Il suffit que vous demandiez au secrétaire général, Dr Mignon, au Vésinet (Seine-et-Oise), ce qui vous convient et il se fera un devoir de vous renseigner aussi complètement que possible.

Mais, véritablement, vous n'avez pas le droit de dire que *vous n'y comprenez rien* et de donner pareille raison pour vous abstenir.

A. Gassot.

III

Mutualité médicale française de retraites.

On nous communique, avec prière d'insérer, le document suivant :

Les médecins soussignés, réunis à l'Hôtel de Ville de Saumur le 29 décembre 1920, sur la convocation du docteur Péton, ont décidé d'envoyer au docteur Simonin la lettre suivante avec prière de l'insérer dans le *Bulletin* de janvier.

« Croyant exprimer la pensée d'un grand nombre de sociétaires de la Mutuelle médicale française de retraites, et bien que partisans de faire certaines réformes, nous protestons contre les nouveaux statuts parce qu'ils changent complètement les principes fondamentaux de la Société et ne répondent plus à ce que voulaient les fondateurs, donner aux sociétaires une retraite s'approchant le plus possible du maximum de 1500 fr. Ce résultat était possible.

1° En supprimant les retraites proportionnelles sous effet rétroactif (pour rester honnête).

2° En fixant l'âge de la retraite à 50 ans pour les femmes et à 55 ou 60 pour les hommes.

3° En supprimant le cumul, c'est-à-dire la femme ne pouvant toucher la retraite du vivant du mari.

Tous les autres articles des anciens statuts pouvaient être conservés et il est même probable qu'avec ces seules modifications, on se serait trouvé un jour dans l'obligation d'augmenter le maximum, les fonds disponibles pour les retraites se trouvant trop considérables. Le but des fondateurs, c'était que le médecin, qui a travaillé presque jusqu'à son dernier jour, pour entretenir un peu de bien-être à son foyer, sache qu'après lui sa femme âgée recevra un secours appréciable.

Avec les nouveaux statuts, l'argent sera absorbé

par les retraites proportionnelles, c'est -à-dire par les jeunes qui pendant 15, 20, 30 et même 40 ans toucheront une somme infime qui ne leur rendra aucun service. Dans tous les cas, il n'est pas admissible qu'on ne distribue pas tous les ans aux retraités une somme au moins égale aux intérêts du capital.

Dr Pétin	Dr Tabaraud
Dr Maillet	Dr Devallet
Dr Poingt	Dr Péronelle
Dr Seigneur	Dr Boivin
Dr Baudriller	

Les signataires engagent fortement à assister à l'Assemblée générale.

Ils offrent, à tous ceux qui voudront bien envoyer leur pouvoir au docteur Tabaraud, de les faire représenter.

VARIÉTÉS

Le Médecin et la Société, d'après Théophile Bordeu (1722-1776).

« Si notre doctrine, nos opinions, nos mœurs, nos prétentions, nos usages, n'étaient contenus dans de justes bornes, nous pourrions devenir les ennemis les plus à craindre des peuples.

Il nous faut de la liberté, mais nous avons besoin de frein.

Il nous faut des règles, mais elles ne peuvent être si générales qu'elles embrassent tous les cas particuliers. Notre état qui semble nous humilier devant tous les hommes et qui nous rend esclaves de chaque particulier, nous élève aussi au-dessus de tous : notre élévation pourrait se changer en tyrannie, puisqu'elle soumet le monde à nos décisions journalières ... mais la Justice veille sur la Médecine... »

Bordeu polémiste.

« Quelqu'un comparait ces têtes à des essaims de mouches qui volent et qui vont toutes se coller à un mur frotté de miel ... où l'on s'assemble, où l'on gruge, où l'on bourdonne, sans s'apercevoir que l'on s'y colle, qu'on y périt, enfin, et qu'on y pourrit. »

Bordeu éclectique.

Parlant des vrais praticiens de Paris et de la Province, également éloignés de tout excès et de toute secte, Bordeu écrit :

« Voilà la vraie souche des médecins et voilà les vrais éclectiques, nos modèles et nos maîtres »

Puis, mettant Sydenham et Barbeirac sur le même pied (?), Bordeu continue :

« Ils occupent le premier rang parmi les médecins du second ordre, qui est assurément le plus utile. Ils n'étaient pas savants, au contraire, mais ils étaient sages, ce qui vaut beaucoup mieux pour l'exercice journalier de l'art. »

R. MOLINÉRY.

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations.

— **La Maison du Médecin** a tenu son Assemblée générale annuelle le dimanche 6 mars, à la Faculté de Médecine de Paris, à 5 heures de l'après-midi, sous la présidence de M. le Dr Schwartz membre de l'Académie de Médecine, président de l'œuvre.

L'ordre du jour comporta comptes-rendus moral et financier pour les deux exercices 1919 et 1920 ; modification aux statuts (élévation du taux de la cotisation) ; élection de neuf membres du Conseil d'administration en remplacement de six sortants, deux décédés et un démissionnaire.

— **Service oto-rhino-laryngologique de l'hôpital Saint-Antoine.** — Sous la direction de M. Lermoyez, médecin des hôpitaux, chef de service, MM. Hautant et Moulonguet oto-laryngologistes des hôpitaux, MM. Ramadier, Paul-Boncour et Bloch, assistants du service, feront, du 18 *avril* au 21 *mai*, un cours élémentaire de clinique et de thérapeutique oto-rhino-laryngologique. Les conférences auront lieu dans le service tous les matins à 9 heures et traiteront de toutes les questions de la spécialité. Les élèves seront exercés individuellement au maniement des instruments et à l'examen des malades.

Le nombre des places étant limité, prière de s'inscrire d'avance auprès du Dr Ramadier, assistant du service.

Droit d'inscription : 150 fr.

— **Société amicale des anciens élèves de l'Ecole de Médecine et de pharmacie de Reims.** Tous nos camarades : élèves et anciens élèves ; professeurs et anciens professeurs de l'école, *faisant ou non partie* de l'Association, sont priés instamment d'envoyer au plus tôt leur adhésion au Dr Louis Lenglet, rue de Venise à Reims.

Ils voudront bien signaler à ce dernier les noms des camarades disparus et de ceux qui ont obtenu une distinction au cours de la guerre.

Le Directeur-Gérant : Dr GASSOT.

Clermont (Oise). — Imprimerie DAIX et THIRON, THIRON et FRANJOU Successeurs, Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

AVIS

Nous tenons à la disposition de nos lecteurs les imprimés suivants :

IMPRIMÉS DIVERS

Accidents du travail

Notes d'honoraires médicaux. Mémoires de fournitures pharmaceutiques prévues par l'arrêté ministériel du 8 juillet 1920.

Certificats. — Certificats pour blessés d'accidents du travail.

Mémoires d'expertises. — Accidents. — Mémoires d'expertises médicales concernant les accidents du travail.

Justice criminelle

Mémoires de frais de justice criminelle (honoraires). **Mémoires de frais de justice criminelle** (fournitures).

Ces imprimés sont établis d'après le format officiel.

Feuilles de Comptabilité, servant à établir le compte de chaque client.

(*Modèles se trouvant dans l'Agenda-Memento du Praticien*, édition 1920).

Ces différents imprimés sont envoyés au prix de franco :

Les 50......	5 fr. » »
Les 100.....	8 fr. » »
Les 500.....	35 fr. » »
Le 1000 ...	60 fr. » »

Adresser les commandes accompagnées du montant à M. C. Boulanger, administrateur du Concours médical, 132, faubourg St-Denis, Paris.

Faut-il que je les perde de façon aussi arbitraire ? La requête que je fais ici intéresse tous mes confrères, qui peuvent tous se trouver devant pareil cas. En dissuadant cet homme d'entrer à l'hôpital j'ai agi dans l'intérêt général, à la fois de l'hospice qui immobilisait inutilement un lit, à la fois dans l'intérêt du service d'assistance qui eût eu une charge beaucoup plus lourde qu'en acquittant simplement les frais du médecin. Voilà le fait et j'attends avec confiance votre avis éclairé.

Dr L.

Réponse.

Aux termes de la loi du 15 juillet 1893, la liste d'assistance est dressée un mois avant la première session ordinaire du Conseil municipal, par la Commission administrative du Bureau d'assistance et il est procédé à la revision de cette liste un mois avant chacune des trois autres sessions.

La liste est arrêtée par le Conseil municipal et déposée au secrétariat de la mairie.

Pendant un délai de vingt jours, à compter du dépôt, les réclamations en inscription ou en radiation peuvent être faites par tout habitant ou contribuable de la commune.

En cas d'urgence, dans l'intervalle de deux sessions, le bureau d'assistance ou le maire peuvent admettre provisoirement un malade non inscrit sur la liste. Le maire doit en rendre compte au Conseil municipal dans sa plus prochaine séance.

Si donc le maire, sur la demande qui lui en a été faite, refuse d'admettre le malade à l'assistance, les intéressés (le malade ou un habitant ou un contribuable de la commune) n'ont que le droit de réclamer, dans la forme prévue par la loi, pendant les vingt jours qui suivent le dépôt au secrétariat de la mairie, de la liste révisée, s'il s'agit d'une inscription postérieurement à l'établissement de la liste annuelle.

Comme les faits qui sont énoncés dans votre lettre se sont passés au cours de l'été dernier, il semble qu'il soit trop tard actuellement pour faire utilement une réclamation en inscription du vieillard que vous avez soigné.

Il y a en effet quatre sessions ordinaires du Conseil municipal par an : en février, mai, août et novembre.

Nous pensons donc que vous n'avez aucune chance de vous voir payer vos honoraires au compte de l'Assistance médicale gratuite et que vous serez dans l'espèce victime de l'intérêt que vous avez voulu porter au bien public.

Les brûlures par la chaux sont des accidents du travail.

Je désirerais avoir l'avis du *Concours médical* sur un cas soumis en ce moment au Comité de conten-

tieux de notre syndicat, avant d'ouvrir une procédure quelconque.

Un de nos confrères a soigné un ouvrier blessé dans son travail et atteint, comme le précise son mémoire, de brûlures par chaux des paupières, des deux régions axillaires, de la région lombo-sacrée. (20 jours de chômage).

La compagnie d'assurances a écrit sur le mémoire du confrère l'annotation suivante :

« Brûlures par chaux. Maladie professionnelle. Loi de 1898 non applicable. Accident refusé. »

Je vous serais très reconnaissant de bien vouloir me donner votre avis à ce sujet. Le syndicat désirerait être fixé, en droit, avant d'intenter une action.

Dr B.

Réponse.

Les brûlures par la chaux peuvent être considérées, dans certains cas tout au moins, comme des accidents du travail.

Il a été jugé, par exemple, qu'il en était ainsi des brûlures occasionnées à un ouvrier en transportant des sacs de chaux vive sur le dos (Justice de paix de Marseille, 31 octobre 1911, Recueil du ministère du travail, XV, 19).

Dans le même ordre d'idées, la dermite de la main droite causée, chez un ouvrier teinturier en peaux, par le contact journalier des substances caustiques, a été considérée comme un accident du travail (Cour d'appel de Grenoble, 25 janvier 1907, même Recueil, VIII, 77 ; trib. civ. de Charleville, 23 juin 1910, même recueil XIV, 67 ; trib. civ. de La Flèche, 5 juillet 1910, même Recueil, XIV. 69).

Nous pensons donc qu'on peut soutenir avec chances de succès que, dans le cas qui fait l'objet de votre lettre, il y a eu accident du travail garanti par la loi de 1898.

Certificats pour les pupilles de la Nation.

Pourriez-vous me faire savoir si les certificats qui nous sont demandés pour l'application de la loi sur les pupilles de la Nation sont exempts de timbre ?

Réponse.

L'article 31 de la loi du 27 juillet 1917 sur les pupilles de la Nation dispose que « tous les actes ou pièces ayant exclusivement pour objet la protection des pupilles de la nation sont dispensés de timbre ».

Il en est certainement ainsi des certificats qui sont demandés aux médecins pour l'application de la loi et des décrets qui l'ont suivie.

NOTES DE MÉDECINE PRATIQUE

L'anthracose des mineurs.

Les vieux mineurs crachent, presque tous, du charbon.

Médecin divisionnaire des mines, il y a quelque vingt ans, je me suis efforcé de les aider à le cracher facilement. Beaucoup sont emphysémateux. Pour aider leurs fibres pulmonaires à se contracter et à expulser le contenu des alvéoles encombrées, je prescrivais couramment :

1° Caféine	} ââ 0 gr. 10
Extrait mou de kola	}
Extrait de belladone	0 gr. 01

Pour 1 pilule f. s. a. 12 idem ; 3 par jour.

Or, chez l'emphysémateux, le cœur lutte. Je le fortifie comme ceci :

2° Teinture de noix vomique	5 gr.
Teinture de lobélie	10 gr.
Teinture de belladone	2 gr.
Teinture de digitale	XLV gout.
Sulfate de spartéine	0 gr. 20
Arséniate de soude	0 gr. 10
Strophantine cristallisée	1 milligr.
KBr	} ââ 5 gr.
KI	}
Sirop d'écorces am.	210 gr.
Eau de fleur d'oranger	40 gr.

F. s. a. potion filtrée de 250 cc.. 3 cuillerées à dessert *pro die*, mais, lorsque le cœur renaît, lorsqu'il bat régulièrement, il faut profiter de l'aubaine pour faire expectorer le poumon.

Et alors, j'administre au patient, trois pilules, une 1 heure avant chaque repas, de celles dont voici la formule :

Pentasulfure d'antimoine	0 gr. 03
Calomel	0 gr. 02
Nitrate de pilocarpine	0,001 mil.
Sulfate neutre de strychinne	0,001 mil.
Extrait de coca	0 gr. 10

F.s. a. 1 pilule: 15 idem. Mais, si par hasard, chez ces vieux emphysémateux, le cœur n'est pas « compensateur », il se produit, par asthénie cardiaque — ou rétention chlorurée — de l'œdème des jambes.

C'est le moment de recourir à la thérapeutique exclusivement cardiaque, et alors, sans abandonner complètement les formules ci-dessus, j'ordonne :

Colchicine	0,001 mil.
Extrait de strophantus	0 gr. 01
Scillitine	0,001 mil.
Sulfate de spartéine	0 gr. 40
Diurétine	0 gr. 20

Pour un cachet, 1 à 3 *pro die*.

Dr GALAND, de Cambrai.

DOCUMENTS OFFICIELS

A L'OFFICIEL

Frais de justice criminelle.

Les honoraires du médecin qui a été régulièrement requis en vertu des articles 43, 44 et 45 du Code d'instruction criminelle, ont toujours le caractère de frais de justice criminelle et doivent, en conséquence, être taxés par le magistrat compétent et imputés au budget de la justice.

C'est la solution qui résulte de la réponse faite à une question posée, sur notre demande, par M. le Dr Grinda, député, à M. le ministre de la Justice, question et réponse dont on lira le texte ci-après.

Nous espérons que cette réponse mettra fin aux refus opposés par les Parquets aux médecins qui, légalement requis et par suite obligés de procéder aux constatations qui leur étaient demandées, avaient conclu à un suicide ou à un accident, détruisant ainsi la présomption de crime ou de délit, qui, suivant de nombreux magistrats, devait subsister, même après la constatation médicale, pour légitimer l'allocation d'honoraires au titre de frais de justice criminelle.

7175. — M. Grinda, député, demande à M. le ministre de la justice pourquoi les parquets se refusent à ordonnancer les mémoires d'honoraires médico-légaux, à des docteurs en médecine régulièrement requis par une autorité judiciaire compétente en vertu des articles 43, 44 et 45 du code de procédure criminelle, alors que le résultat de l'expertise médicale a permis de constater qu'il s'agissait d'un suicide par exemple ou d'un accident, et non d'un crime, ajoutant que le médecin est tenu par l'article 23 de la loi du 30 novembre 1892, à déférer aux réquisitions de la justice, que s'il est requis de prêter son art, pour un crime présumé, et si son expertise conclut au crime, il sera payé, mais que s'il conclut qu'il n'y a pas eu crime, le procureur refuse le payement des honoraires du docteur, que ce n'est cependant que le travail du médecin qui permettra de conclure à l'existence ou non d'un crime et que ce travail devrait, en bonne justice, être payé dans tous les cas. (*Question du 3 février 1921*).

Réponse. — Le concours du médecin régulièrement requis en vertu des articles 43, 44 et 45 du code d'instruction criminelle a pour but de servir de base à une information judiciaire. Il s'en suit que les honoraires auxquels il a droit ont incontestablement le caractère de frais de justice criminelle et, à ce titre, doivent être imputés sur le chapitre du budget de la justice affecté aux dépenses de cette nature, sans

qu'il y ait lieu de faire de distinction suivant que l'expertise permet de constater l'existence d'un crime ou d'un délit, ou qu'elle aboutit au résultat contraire. Jusqu'à présent, le garde des sceaux n'a pas été saisi de réclamations de médecins-légistes contre le refus des parquets de requérir payement de leurs mémoires dans les cas visés par les articles 43, 44 et 45 déjà cités du code d'instruction criminelle. Si des difficultés de ce genre venaient à lui être signalées, elles recevraient une solution conforme à la jurisprudence ci-dessus exposée.

(*J. O.*, 23 février 1921.)

L'imputation des taxes sur les autos sur les dommages de guerre.

6161. — M. Crespel demande à M. le Ministre des Finances si les sinistrés peuvent invoquer le paragraphe 9 de l'article 46 de la loi du 17 avril 1919 et réclamer l'imputation sur leurs dommages de guerre des taxes dont ils sont redevables pour leurs voitures ou camions automobiles, dont la perception est actuellement confiée au service des contributions indirectes. (*Question du* 15 *décembre* 1920.)

Réponse. — Un projet de loi relatif aux conditions d'application de l'article 46, paragraphe 9 de la loi du 17 avril 1919 va être déposé par le gouvernement. En attendant, l'administration a prescrit de ne pas exercer de poursuites contre les sinistrés, propriétaires d'automobiles, autres que les entrepreneurs utilisant leurs véhicules à des transports publics, s'ils n'acquittent pas les taxes dont ils sont redevables et demandent l'imputation sur leur indemnité de dommages de guerre.

(*J. O.*, 1er mars 1921.)

La mobilisation continue !
Ceux qui se cramponnent !

6765. — M. Gay, député, demande à M. le Ministre de la Guerre : 1° le nombre des médecins inspecteurs, médecins principaux de 1re et 2e classes du cadre complémentaire, maintenus en stage ; 2° la date à laquelle ce stage cessera d'une façon définitive ; 3° le montant du crédit inscrit au budget de 1921 pour assurer le fonctionnement de ce stage. (*Question du* 20 *janvier* 1921.)

2e *réponse.* — 6 officiers du corps de santé appartenant au cadre complémentaire ont été maintenus en stage en vue d'assurer les fonctions de présidents de commissions de réforme, par application des dispositions de la loi du 18 juin 1919, savoir : 1 médecin inspecteur, 2 médecins principaux de 1re classe, 3 médecins principaux de 2e classe. En outre, 1 médeein princi-

pal de 1re classe est maintenu en stage à la tête d'un service chirurgical de Paris ; 2° ces stages doivent cesser le 24 octobre 1921 (art. 2 de la loi du 30 octobre 1919 relative à l'organisation provisoire du service de santé militaire après la cessation des hostilités). Toutefois, ils prendront fin dès le 24 mai 1921 pour 2 médecins principaux de 1re classe et 1 médecin principal de 2e classe ; 3° une somme de 115,238 fr. est comprise dans les prévisions budgétaires afférentes au traitement des personnels du service de santé pour 1921 (intérieur), pour assurer l'entretien des médecins dont il s'agit.

(*J. O.*, 1er mars 1921.)

Hygiène administrative

— Un concours pour l'emploi *d'inspecteur départemental des services d'hygiène des Ardennes* aura lieu à Paris.

Ce concours, sur titres, sera accompagné d'épreuves pratiques.

Le programme de ces épreuves pourra être demandé à la préfecture des Ardennes (3e division).

Les candidats devront être Français, âgés de vingt-huit ans au moins et de cinquante ans au plus, au 1er janvier 1921, et pourvus du diplôme de docteur en médecine.

Les demandes tendant à prendre part à ce concours, établies sur papier timbré, devront être adressées à M. le préfet des Ardennes et accompagnées :

1° De l'acte de naissance des candidats ;

2° D'un certificat médical d'aptitude physique ;

3° D'une copie, certifiée conforme, de son diplôme de docteur en médecine ;

4° D'un exposé des titres du candidat comprenant ses états de services et le résumé de ses travaux ;

5° D'un exemplaire de chacune de ses principales publications ;

6° De l'engagement, pour le cas où il serait nommé, de renoncer à faire de la clientèle, de se consacrer exclusivement à ses fonctions, de ne prétendre, en conséquence, à aucune autre fonction ou mandat public.

Le registre portant inscription des candidatures sera clos *trois mois* après la date de la publication du présent avis.

Le traitement annuel attaché à cette fonction est fixé à 15.000 fr. auxquels s'ajouteront les frais de déplacement (le crédit est prévu au budget départemental pour une somme de 6.000 fr.) et diverses indemnités.

QUARANTE-TROISIÈME ANNÉE — N° 12 — DIMANCHE 20 MARS 1921

Fondé en 1879 par Auguste CÉZILLY
Rédigé et dirigé par H. JEANNE (1900-1914),

LE CONCOURS MÉDICAL

ORGANE HEBDOMADAIRE DES PRATICIENS
Groupés dans la Société « Le CONCOURS MÉDICAL » et ses Filiales

ADMINISTRATION & PUBLICITÉ
C. BOULANGER, ADMINISTRATEUR

ABONNEMENTS :

France	24 fr.
Étranger	28 »
Étudiants (*France*)	12 »
Le numéro	50 cent.

Chèques Postaux Paris 167-95

DIRECTION
MM. les Drs A. GASSOT, *Directeur* ; A. MAURAT ; H. CEZILLY ; J. NOIR ; P. BOUDIN docteur en droit ; M. VIMONT ; G. DUCHESNE.
MM. P. CEZILLY, J. DUMESNY, licenciés en droit ; C. BOULANGER.

RÉDACTION
Dr J. NOIR, RÉDACTEUR EN CHEF
Drs P. LACROIX et G. DUCHESNE SECRÉTAIRES DE LA RÉDACTION
N.-B. — Les manuscrits, publiés ou non, ne sont pas rendus.

Rédaction et Administration : 132, rue du Faubourg St-Denis, PARIS (10e). Téléphone : Nord 48-17

Quarante-troisième année. N° 12 20 Mars 1921.

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

Office de Renseignements du « Concours »

Membres du Concours exerçant dans les stations hivernales

Nous rappelons à nos adhérents qu'il y a lieu de nous informer chaque année de leur désir de voir figurer leur nom sur cette liste.

MM. les docteurs :

Alger : Picard.
Antibes : Ribes.
Arcachon : Cazaban.
Arguel (Doubs) : H. et J. Bon.
Bandol : Marçon.
Beaulieu : Ricoux, Bertier.
Beausoleil : Audoly, Pizard,
Biarritz : Berne, Clavel Pierre.
Cambo-les-Bains : Colbert, Hamant.
Cannes : Abadie, Argueyrolles. Baradat, Bayle, Caruette, Fournier, Kent-Gazet, Verdalle.
Cannet (Le), près Cannes : Comoy, Oudaille.
Cap-d'Ail : Lyons.
Chambon-de-Tence (Le) : Riou.
Fréjus : Turcan.
Grasse : Bossuet, Durond, Perrimond.
Hyères : La Bonnardière, Muranges, Minelle, Pierrhugues, Vidal.
Juan-les-Pins-Antibes : Stef.
La Seyne : Grandjean J. M., Jaubert.
Menton : P. de Langenhagen.
Monaco : Jolivot.
Monte-Carlo : Vivant, Alfonsi.
Nice : Ardoin, Baillon, Pr S. Baudry (*oculiste*), Cauvin, Constant, Delocque-Fourcaud, Dormoy, Gaudichon (*oto-laryng.*) Gruzu, Henry (*Rayons X*), Larue, Leriche Emile, Liotard, Noble J., Piétri, Seney, Sorel (*gyn. chir.*), Stefani.
Oran : Paire.
Pau : Bajac, Carcy.
St-Raphaël-Valescure : Caldaguès, Vadon.
Toulon : Pignet (*urol. derm.*), Regnault (*chir., gyn., orth.*).

DON. — Nous avons reçu à titre de don à la Société civile du *Concours médical*, de MM. les docteurs RABEC, de Chizé (Deux-Sèvres) et RIBEROLLES, de Grenoble, la somme de vingt francs pour bons offices du journal.

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum, aux* « demandes et offres ».

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne, qui est versé dans la caisse de la Société civile du Concours Médical). *Adresser un mandat ou mieux verser au compte de chèques postaux,* CONCOURS MÉDICAL, *Paris 167-95.*

Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse.**

No 105. — Auto Zedel, 4 cylindres 8 HP., 2 places. Bon état, 5.500 fr. Dr Pellé à Vezelise (M.-et-M.)

No 106. — A céder bonne clientèle à Lyon, recettes 24.000 fr. Appart. avec long bail.

No 107. — A céder salon Louis-Philippe, 1 canapé, 2 fauteuils, 4 chaises, guéridon, console, bahut velours rouge, palissandre. S'adresser concierge, 138, rue de la Roquette, Paris.

No 108. — On recher. pour dame fatiguée, fam. méd. pouvant offrir chambre conf., nourr. saine, serv. bien fait. Le pays doit être joli, à la fois riant et calme, sans être une sol., offrir des prom., des exc. peu fatig., quelques sociétés, situé dans un des dépar. suiv. : S.-et-O., Eure, Calvados, E.-et-L., Loiret, L.-et-Ch., I.-et-L. Durée du séjour de trois à cinq mois à compter de juin. Prière ind. cond. Ecrire Dr René Martial, à Fez, Maroc.

No 109. — Torpedo 2 places et strapontin, 8 HP., Ponette 1914, 4 cyl., parfait état de marche, cause nouvel achat, moteur Chapus-Dornier, carb. Zenith, magnéto Bosch, 4 pneus neufs, 8.000 fr. Dr Cheynel, à St-Agrève (Ardèche).

No 110. — Très bonne pharmacie campagne à prendre immédiatement par suite décès titulaire, affaires 37.000 fr., prix 18.000 fr., facilités de paiement. S'adresser au Dr Verdier, St-Laurent-en-Caux (Seine-Inf.).

No 111. — Docteur, dans pays salubre pittoresque et d'altitude, belle maison et vaste jardin sur grande ligne entre le Centre et le Midi, prend toute l'année enfants convalescents et chroniques, même grande personne, surveillance médicale.

No 112. — Le Dr Bazot, de Joigny (Yonne), dé-

sire céder un lot d'instruments de chirurgie assez important à des conditions avantageuses. Prière de lui en demander la liste.

Nº 113. — A vendre BB. Peugeot entièrement remise à neuf, capote, glace, lanternes. Essais sur demande. Joulin, 42, av. Pasteur, Bécon-les-Bruyères (Seine)

Nº 114. — A vendre torpedo Buchet 1920, 6 HP., éclairage Magoudeaux, capote spéciale vitrée formant conduite intérieure amovible 12.000 fr. Dr Galliot, 74, rue de Rome, Paris.

Nº 115. — Etuve Poupinel 20 × 14 × 12 intérieure, thermomètre régulateur mercure pour gaz. Plus offrant. Dr Bedin, à Dammartin-en-Goële (S.-et-M.).

Nº 116. — Doubs, à céder à prix dérisoire, cause double emploi, auto 4 cylindres, 9 HP., 2 places, 1914, en très bon état.

Nº 117. — Paris, docteur 46 ans, ayant plusieurs heures libres par jour cherche occupation médicale ou para-médicale.

Nº 118. — Paris. De Dion 12 HP. 1914, conduite intérieure 4 places, excellent état, Bébé Peugeot 1914, excellent état.

Nº 119. — A vendre, moto Sumbeam 1920, sidecar G. L., avec accessoires, n'ayant pas fait 1.000 km., garantie comme neuve, parfait état, au plus offrant à partir de 5.500 fr. S'adresser docteur Duclerq, La Flocellière (Vendée).

Nº 120. — A vendre, 1 voiture automobile Vinot-Deguinguaud 1914, 12 HP., conduite intérieure, 2 places et strapontin, complètement revue à l'usine en octobre dernier, intérieur refait ; 11.000 fr. Drouet, 37, rue de Marly, à Rueil (S.-et-Oise).

Nº 121. — A vendre parfait état, cause double emploi, voiturette Buchet, 2 places, strapontin, capote, rideaux, glace, éclairage acétylène, 5 roues amovibles, 4 cylindres 60 × 100 type 1920, prix 10.000. Dr Marcel Meunier, Sully-sur-Loire (Loiret).

Nº 122. — Très bon poste à céder dans chef-lieu de canton à 2 h. de Paris, ligne du Nord. Rapp. 56.000 fr., gros fixes, poste très ancien, tenu depuis 20 ans par le vendeur, proximité de gde ville, maison agréable. S'adresser Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris.

Nº 123. — Excellente clientèle très ancienne, à céder dans petite localité sur ligne P. L. M. Rapp. 50.000 fr. Médecin du chemin de fer, gde maison. S'adresser Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris.

Nº 124. — Poste à prendre dans l'Aisne dans chef-lieu de canton, à 4 heures de Paris. Rapport d'avant-guerre 16.000 fr., cheval ou bicyclette suffit.

CORRESPONDANCE

Sphygmomanomètre du Dr Lian.

Pour répondre à de nombreuses demandes de nos correspondants, nous annonçons que cet appareil est fabriqué et vendu par M. SPENGLER, 16, rue de l'Odéon, pochette et stéthoscope compris.

Le prix en est de 195 fr. Toutefois, si l'acquéreur fournit un manomètre type Potain, on l'incorpore à l'appareil dont le prix est alors diminué de 40 francs.

Traitement de la coqueluche.

Le jugement de Franck est-il sans appel et pourrait-on affirmer encore aujourd'hui qu'« on peut faire mourir le coquelucheux avant le terme de sa maladie, mais le guérir, jamais » ?

Non. Les résultats obtenus par le sulfo-benzol constituent précisément la preuve du contraire.

Fasciné par l'élément spasmodique de la coqueluche, le thérapeute a jusqu'ici trop exclusivement dirigé contre lui les armes dont il dispose et belladone, brome, antipyrine, opium, ont régné en maîtres. C'est à l'élément catarrhal que le sulfo-benzol s'est attaqué. Expectorant et anti-congestif par son soufre colloïdal, antiseptique par son noyau benzoïque, il amène en peu de temps une diminution du nombre et de l'intensité des quintes et abrège considérablement la durée de la maladie.

Ce sont du moins les résultats que j'ai personnellement enregistrés et je ne saurais trop recommander à mes confrères ce nouveau et précieux médicament.

D[r] Robillard.
Pellevoisin (Indre).

Le sulfo-benzol sous forme de gouttes est un éther éthyl sulfo-benzoïque absolument inoffensif se prescrivant à la dose de 30 gouttes toutes les 2 heures chez l'adulte, et X à XX gouttes selon l'âge chez l'enfant. Dans certains cas rebelles, ces doses peuvent être doublées. Les premières expériences faites à l'hôpital des Enfants-Malades en 1906 dans le service de M. le D[r] Méry ont donné les plus heureux résultats. On peut dire que c'est maintenant un véritable spécifique de la coqueluche. En ce qui concerne les affections des voies respiratoires, toux, rhumes, bronchites, catarrhes etc., même chroniques, on prescrira les comprimés de sulfo-benzol contenant le principe actif de l'éther éthyl-sulfo-benzoïque dosé à 0 gr. 10 par comprimé et associé à 0 gr. 0025 de codéïne par comprimé. La dose est de 8 à 12 comprimés par 24 heures, pris deux par deux. Enfants : demi-dose.

Les suppurations consécutives aux injections aseptiques.

Permettez-moi d'apporter ma contribution d'observations dans l'affaire Mazel.

Depuis vingt ans, j'emploie beaucoup la médication hypodermique, surtout le cacodylate de soude dans toutes les convalescences, les injections d'eucalyptol-gaïacol-idoformé pour les bronchites chroniques et les tuberculoses au début. J'ai fait, non des centaines, mais des milliers d'injections de ce genre sans compter celles d'huile camphrée, de caféine, de morphine, mercurielles, sérums, etc., qui sont employées moins souvent.

Tout à fait au début, j'employais des solutions en flacon préparées dans les pharmacies; j'ai eu quelques ennuis avec ces solutions qui étaient

douloureuses et souvent laissaient des noyaux indurés. Depuis que j'emploie des ampoules, je n'ai pas eu d'ennuis.

Sur plus de 2000 injections au minimum de toute nature, je n'ai eu que deux abcès pour le sérum D., l'un chez un enfant de l'assistance médicale gratuite, dans une maison où tout était d'une malpropreté dégoûtante, et l'autre chez une jeune femme, je ne sais pour quelle cause. Une injection de gaiacol iodoformé pratiquée sur une femme donna un abcès. Cette femme, immédiatement après l'injection, alla travailler très dur dans les champs, elle sua beaucoup. J'attribuai l'abcès à ce que la sueur avait détaché la petite pellicule de collodion iodoformé que je mets pour boucher le trou de l'aiguille.

Pour les injections de cacodylate (les plus nombreuses), je n'ai vu qu'un abcès chez un jeune homme qui fit plus de 30 km. à bicyclette à toute allure, immédiatemtent après l'injection.

Par contre, j'ai eu, au début de 1919, pendant la grande épidémie de grippe, dite espagnole, un enfant de 12 ans qui fut très malade et dont nous attendions la mort d'un instant à l'autre. J'avais fait un abcès de fixation qui avait réussi, mais comme le cœur flanchait, je fis plusieurs injections de caféine et d'huile camphrée. La moitié à peu près de ces injections (quatre) firent des abcès, mais l'enfant guérit très bien. Il fit même un abcès à la marge de l'anus, emplacement où je n'avais point fait d'injection. J'estimai que ces abcès étaient dus à l'infection grippale, je les ai considérés comme une bonne chose continuant et renforçant l'action de l'abcès de fixation.

J'eus la chance que l'enfant fût sauvé. Tout l'entourage fut persuadé que l'abcès de fixation et même les autres abcès avaient contribué à la guérison. Mais souvent, il suffit d'insinuations malveillantes, d'ennemis ou d'imbéciles pour changer du tout au tout les idées des clients quand ils sont mécontents ou éprouvés par le malheur.

Dr BAYSSELLANCE.

P. S. — J'ajouterai que beaucoup de clients, par économie, voyant comment je fais les injections, se les font eux-mêmes, probablement sans grand souci de l'asepsie et que je n'ai jamais vu d'abcès de ce chef, à moins qu'ils n'osent pas venir se plaindre, ce qui est peu probable parce qu'ils ne peuvent s'inciser eux-mêmes des abcès souvent volumineux.

La prescription a été suspendue pendant les hostilités.

Un client me doit une note d'honoraires pour soins donnés de mars à juin 1914, et s'élevant à 593 fr. ; je lui ai adressé ma note d'honoraires en février 1921 ; ce client me répond en invoquant la prescrip-

tion. En a-t-il le droit ? Quelle est la marche à suivre pour arriver au paiement de la dite note ?

Dr Q.

Réponse.

Les prescriptions, en matière civile, ont été suspendues pendant toute la durée des hostilités. Il ne faut donc pas compter, dans leur calcul, la période comprise entre le 2 août 1914, date de la mobilisation, et le 24 octobre 1919, date de la cessation des hostilités.

Par conséquent, puisqu'il s'agit d'une note d'honoraires de droit commun, pour laquelle le délai de prescription est de deux ans, votre client n'est pas fondé à invoquer la prescription, car en ajoutant les deux périodes de juin au 2 août 1914 et du 24 octobre 1919 à ce jour, on n'arrive pas à une durée de deux ans. Et ce, sans avoir à examiner si la prescription ne pourrait pas être combattue par d'autres moyens.

Vous n'avez donc qu'à citer votre client de mauvaise foi devant le juge de paix de son domicile, qui est compétent, puisque la note est de 593 fr., mais sauf appel.

Dates d'application des Tarifs-accidents.

Je vous serais très obligé de vouloir bien me donner les renseignements qui me sont nécessaires pour établir mes notes d'honoraires des accidents du travail.

A partir de quelle date doit-on doubler le tarif Dubief, le tarif Henri Breton ne recevant son application, je crois, qu'à partir du 1er septembre 1920.

Dr B.

Réponse.

La majoration de 100 % du tarif Dubief est applicable depuis le 1er avril 1919 jusqu'au 30 août 1920 inclusivement, le tarif Breton ayant pris effet le 1er septembre 1920.

Nous vous mettons en garde, contre la prescription, qui, en cette matière, ainsi que l'a décidé la Cour de Cassation, est d'un an.

Prorogation de bail.

Je viens encore vous demander une consultation.

1° Le fait d'avoir signifié par huissier à mon propriétaire mon intention de prolonger mon loyer d'une durée égale à celle des hostilités *non dans les 20 jours qui ont suivi la signification de mon propriétaire* d'avoir à cesser ma location verbale le 29 sept. 1920, mais *avant cette signification*, n'a sans doute aucun inconvénient pour mon droit à la prorogation.

2° Celle-ci est-elle de 4 ans, de 3 ans ou de la durée des hostilités c'est-à-dire de 5 ans et quelques mois.

Dans ce dernier cas, ma prorogation de 5 ans et quelques mois me donnerait-elle le droit de passer une 6e année dans mon logis, sous prétexte qu'en fait de loyer, toute année commencée est considérée

(Voir la suite page XXXV-853)

PROPOS DU JOUR

Nos efforts pour créer et développer les relations médicales entre la France et les pays amis et alliés. L'Assemblée générale de l'A. D. R. M.

Le *Concours médical*, parmi les organes de la Presse médicale française, a été l'un des premiers à s'intéresser au développement des relations du Corps médical français avec les médecins étrangers. Il s'en est occupé avec d'autant plus de spontanéité et de franchise, que son but était absolument désintéressé, car notre journal, consacré en partie aux intérêts professionnels, n'a pas cherché jusqu'à ce jour à étendre sa clientèle hors de nos frontières. Mais quel Français, digne de ce nom, pourrait à l'heure actuelle rester indifférent au bon renom de sa Patrie dans le monde ? Quel médecin français ne comprendrait pas la nécessité de faire connaître, estimer et aimer la France, et se refuserait de contribuer, dans la mesure de ses moyens, à étendre le rayon, nous ne dirons pas d'influence, mais d'affection que nous désirons voir grandir autour de notre pays ?

L'Association pour le développement des relations médicales (A. D. R. M.) sur l'organisation de laquelle nous avons déjà plusieurs fois renseigné nos lecteurs, a tenu tout dernièrement (le 9 mars) une Assemblée générale extraordinaire à la Faculté de médecine, sous la présidence du Pr Hartmann, assisté du doyen de la Faculté, M. le Pr Roger.

A l'encontre de ce qui se passe dans beaucoup d'assemblées de ce genre, on a fait à l'A. D. R. M. peu de discours et pris d'importantes décisions. Cette Association paraît vouloir parler peu et agir beaucoup.

Le secrétaire général, Dr Cesbron a, dans un très bref rapport, énuméré les travaux des six derniers mois, et souhaité en anglais la bienvenue à un distingué confrère américain qui assistait à la séance.

Puis notre ami Molinéry, secrétaire de l'importante commission de propagande à laquelle son président, le Pr Vaquez, consacre avec lui beaucoup de temps et d'activité, a exposé les moyens qui seront mis en œuvre pour atteindre le but poursuivi, dans un rapport que nous nous faisons un plaisir de publier :

***

A diverses reprises, a écrit le Dr Molinéry, M. le Président de la Commission, Pr Vaquez, a insisté sur le fait qu'il serait de toute nécessité qu'un médecin, membre de l'A. D. R. M., fût attaché au Bureau de notre permanence. Notre secrétaire dactylographe malgré une intelligence, une bonne volonté et un zèle auxquels nous sommes heureux de rendre un public hommage, ne peut toujours donner les renseignements techniques que demandent nos correspondants étrangers. Deux exemples très récents démontrent la nécessité de la présence d'un médecin.

Un confrère, Américain du Nord, apprend, par hasard, l'existence du Bureau de renseignements créé par l'A. D. R. M. Il a trois semaines à passer à Paris. Il veut « dépenser » ces trois semaines au mieux de sa curiosité médicale. Il nous indique ses desiderata. L'un de nous, utilisant les fiches déjà réunies, établlt à notre confrère un plan de visites des services de médecine, de chirurgie, de spécialités, de laboratoires. Mais en causant, ce confrère nous apprend, qu'à son départ de Paris, il va gagner Vienne pour y suivre l'enseignement de la clinique de dermatologie de cette ville. Nous avons été assez heureux pour lui démontrer que la Clinique de l'Hôpital Saint-Louis constituait un ensemble unique au monde et nous lui en avons donné les preuves.

Autre fait : un Argentin arrive à Paris désirant suivre le service de M. le Prof. Morestin, clinique de chirurgie esthétique de la face. Nous apprenions à notre confrère argentin le décès de M. Morestin et lui donnions les noms de ceux qui, à Paris, continuent la technique de ce maître.

Il ne suffit pas de donner des renseignements techniques, il faut encore pouvoir accompagner les étrangers. M. le Secrétaire général nous a suggéré une idée qui a été aussitôt acceptée par la Commission. Durant 7 mois de l'année, les médecins hydrologistes séjournent à Paris en grand nombre et peuvent, de leurs occupations habituelles, distraire quelques heures par jour.

Il sera facile (la chose est en voie de réalisation) d'organiser un service de roulement, si je puis m'exprimer ainsi, qui mettra tous les jours, à la disposition de l'A. D. R. M. un ou plusieurs confrères accompagnateurs. Ceux ci, connaissant bien les hôpitaux, les chefs de service, seront d'un très utile concours. Ce que M. Sollier a fait pour les Hollandais, ce qui, pendant la

guerre, a été réalisé pour les Espagnols et les Uruguayens nous montrent l'importance de cette façon de procéder.

Une objection se présente : il vient souvent à la Salle Béclard un médecin et non un groupe de médecins. Mobilisera-t-on *un* médecin accompagnateur pour *une* unité étrangère ? Au début, il n'y a pas de doute, la chose devra être ainsi faite. Mais, très rapidement, nous pourrons grouper 2, 3, 5 médecins. Quand il s'agira d'une mission, rien ne sera plus facile, et il sera procédé comme il a déjà été dit.

Le service de presse de l'A. D. R. M. doit comprendre diverses modalités. 1° Vis-à-vis de la presse française : lui communiquer le plus souvent possible, sous forme de notes très brèves, les manifestations de notre vitalité. Réunions, réceptions, etc.

2° Vis-à-vis de la Presse étrangère avoir des correspondants, connus personnellement de nous, qui feront insérer dans leurs organes les communications que nous leur adresserons.

3° Votre comité directeur, Messieurs, et la Commission de propagande, ont étudié la très importante question d'avoir un organe qui serait l'émanation directe de l'A. D. R. M. Les difficultés ne sont pas insurmontables. Les difficultés d'ordre matériel ? Nous croyons savoir qu'elles peuvent être levées assez facilement. Les difficultés de rédaction ? Ce sont celles-là qui pourraient nous arrêter.

Plusieurs organes (la *Presse Médicale, Paris Médical*, le *Concours Médical*, d'autres encore, donnent un memento chronologique des cours et conférences de la semaine. Ce memento, si bien fait soit-il, est forcément incomplet. Or, plusieurs d'entre nous ont été frappés du succès que trouve eu Angleterre l'organe de la « *Fellowship of Medicine* » dont la première page contient les renseignements concernant la vie de l'Association et dont les autres feuilles sont remplies par les indications des cours, conférences, travaux pratiques, démonstrations des hôpitaux, des cliniques, des laboratoires. Les indications sont données par nom de maladies et pour chaque maladie l'horaire de la semaine est indiqué.

Nous pourrions y joindre les jours et heures des réunions de nos sociétés savantes, de nos réunions professionnelles ou syndicalistes.

Ce *Bulletin* serait d'abord envoyé à tous les médecins du département de la Seine. En même temps, en raison des communications rapides que nous avons maintenant, le *Bulletin* serait envoyé en Angleterre, en Espagne, en Italie, en Belgique, en Hollande, en Suisse. A qui serait adressé ce *Bulletin* ? Aux clubs anglais, aux maisons médicales belges, aux sociétés savantes, aux organisations corporatives d'étudiants, à nos correspondants étrangers que la Commission, Messieurs, choisira avec votre collaboration; *correspondants étrangers dont le rôle devra être considérable.* M. Léonhardt, d'Amsterdam, présenté par M. le Prof. VAQUEZ, M. Rusford, présenté par M. Gastou, M. Turo, de Barcelone, sont déjà acceptés pour leurs Etats respectifs. Un correspondant pourra exister dans chaque grande ville. *Vous avez reconnu combien l'initiative individuelle portait de fruits et combien les appels lancés collectivement dans la Presse restaient hélas ! sans écho ...*

Vous savez quels beaux résultats ont été acquis par l'*action directe* de M. SOLLIER en Hollande et en Belgique. De multiples conférences ont été faites par le soin du Comité « France-Hollande ». MM. SOLLIER, COMMANDON, CABANÈS, le prof. J.-L. FAURE, d'autres encore y ont été acclamés dans divers milieux. Mieux encore : le D[r] LÉONHARDT, à Amsterdam, va créer une sorte de filiale de notre œuvre qui, pour commencer, sera centralisée chez lui.

Pour l'Angleterre, M. MONOD-WALTER qui a longtemps séjourné dans ce pays nous a suggéré des directives que vous mettrez en œuvre.

Les relations avec la « *Fellowship* » y sont envisagées avec une très grande ampleur.

Vous savez comment l'Université de Bordeaux a réalisé de façon pratique « l'exchange professor ». Nous devons également favoriser l'échange des étudiants.

Comment entretenir une correspondance assidue avec tous les membres étrangers de l'A. D. R. M. ? Pour un certain nombre d'entre vous cette correspondance sera directe. Pour beaucoup d'autres, qui serez débordés par vos occupations quotidiennes, le secrétaire de la propagande y pourvoiera : vous donnerez nom et adresse de vos correspondants, sens de vos relations personnelles, une lettre sera faite et soumise à votre signature.

4° Susciter ces lettres de votre part ne sera pas une des moins importantes occupations du secrétaire de la propagande.

Il est un autre moyen d'expansion française à l'étranger qui, en particulier, en ce qui concerne les pays de langue espagnole, a été admirablement développé par notre collègue M. DARTIGUES.

Vous avez su que deux théories ont été en présence : on nous a présenté une formule de journal où nous n'aurions pas eu toute notre indépendance. Nous nous sommes ralliés, à l'unanimité, à la conception de M. Dartigues : pas de journal nouveau, mais nous faire accorder dans les journaux espagnols un certain nombre de colonnes ou, *à côté de nos collègues*, nous pourrions écrire tels articles qui conviendraient. La formule allemande est pour nous irréalisable et contraire à notre esprit de libre examen. Pour réaliser la conception de M. DARTIGUES, il faut permettre aux Journaux espagnols d'augmenter leur volume.

On en étudie les moyens. La réalisation est imminente et dans une forme telle qu'elle satisfera les plus difficiles.

La commission de Propagande, en accord avec le Comité directeur, se tiendra en relations constantes avec le service de la Propagande du Ministère des Affaires Etrangères, et je n'ai pas besoin de développer l'utilité de cette liaison.

Enfin, Messieurs, votre Commission a l'intention de susciter (dès que les circonstances européennes le permettront) une réunion générale à Paris de tous nos correspondants de la Province et de l'Etranger. Cette réunion, qui sera comme la consécration de vos efforts, nous fera sentir encore davantage combien nous est nécessaire la création de la *Maison Parisienne du Médecin français* à la réalisation de laquelle M. Noir veut consacrer sa ferme volonté.

***

Le rapport de Molinéry qui fut unanimement approuvé et applaudi, montre bien l'esprit que nous désirons voir régner dans l'A. D. R. M.

Chez nous, il n'est pas question de propagande, ni de suprématie, nous ne voulons pas nous imposer aux confrères étrangers, nous désirons les connaître, nous faire connaître d'eux, *nous* faire estimer d'abord, aimer ensuite.

Il est parmi nous des hommes de haute valeur et de grande science, mais nous reconnaissons qu'il en est à l'étranger et nous désirons aussi vivement entendre chez nous les médecins réputés des Amériques, d'Angleterre, de Belgique, d'Italie, d'Espagne, de Hollande, des Pays Scandinaves que de faire connaître aux confrères de ces pays les maîtres les meilleurs de nos Facultés françaises.

Nous désirons établir entre le corps médical français et ceux des autres pays des liens confraternels, basés sur les principes d'égalité, de respect et d'affection mutuels.

Nous ne voulons en rien prendre les allures du vainqueur qui s'impose.

L'Assemblée de l'A. D. R. M. a ensuite abordé le détail de son organisation pratique. En temps que conseil juridique, le Dr P. Boudin a exposé les diverses formes d'association qui permettraient le fonctionnement le plus facile de la nouvelle institution. Il préconisait la forme syndicale qui laisse à une société le plus de droits avec le plus de liberté d'agir, tout en reconnaissant la possibilité d'obtenir pour l'Association dans sa forme actuelle, la reconnaissance d'utilité publique, ce qui lui permettrait d'acquérir des dons et des legs.

Les Prs Balthazard et Sébileau ont demandé que l'on fît le nécessaire pour obtenir la reconnaissance d'utilité publique. Certes la forme syndicale a plus de souplesse et présente des avantages, mais l'A. D. R. M. est surtout une œuvre d'intérêt national et non d'intérêt professionnel et la reconnaissance d'utilité publique lui donnerait l'approbation, le patronage en quelque sorte de l'Etat dont une association de ce genre ne peut se passer. Cet argument, qui a en effet sa valeur, a impressionné la majorité des membres de l'Assemblée, l'A. D. R. M. ne sera pas un syndicat, mais restera une Association qui sera vraisemblablement avant peu reconnue d'utilité publique.

M. Sébileau a insisté sur la nécessité de se mettre en relations avec des Comités d'ordre général dont l'action est étendue et la puissance considérable, comme celui de France-Amérique présidé par M. Hanoteaux. M. le Dr Dartigues a aussi insisté sur l'appui qu'on pourrait trouver dans ce comité dont il fait partie.

M. le doyen Roger a mis en garde contre l'inefficacité de la propagande par l'intermédiaire de nos agents diplomatiques et consulaires.

3.000 brochures sur la Faculté de médecine de Paris ont été envoyées à l'étranger par cette voie officielle. Il est certain que pas une n'a été distribuée. Il importe donc comme le préconise Molinéry d'avoir recours à des correspondants personnellement connus par le Comité de l'A. D. R. M.

M. le Dr Forestier indiqua le grand intérêt qu'il y aurait à faire parvenir nos livres et nos publications médicales aux maisons médicales belges, hollandaises et scandinaves, aux clubs médicaux anglais et américains. Il a pu se rendre compte, au cours de ses voyages, que ce procédé de divulgation serait réellement efficace.

M. le Pr Gariel, au nom du Touring-Club de France, et M. Famechon, le Président de l'Office national du tourisme, présents à l'Assemblée, promettent à l'A. D. R. M. le concours et l'appui de leurs puissantes organisations.

M. le Dr Paul Sollier a intéressé l'Agence Cook à l'Action de l'A. D. R. M.

Cette agence propose de mettre à la disposition des médecins, dans les bureaux de ses stations, en commençant par celui d'Amsterdam, tous les renseignements qu'on voudra lui faire parvenir et le Pr Vaquez a obtenu la promesse de l'Agence Lubin de se tenir à la

disposition des médecins étrangers recommandés par l'A. D. R. M. pour leur faciliter le séjour à Paris et les voyages en France.

Enfin, il a été décidé que pour faciliter l'accès de l'A. D. R. M. aux médecins français, une troisième classe de membres adhérents serait créée avec une *cotisation de 20 francs.*

Il y aura donc désormais à l'A. D. R. M. des membres bienfaiteurs dont la cotisation est de 100 francs, des membres actifs qui cotisent 50 francs et des membres adhérents qui versent 20 francs.

Nous engageons vivement ceux de nos lecteurs qui s'intéressent à cette œuvre utile, d'envoyer leur adhésion sans tarder *au Secrétariat de l'A. D. R. M. salle Béclard, à la Faculté de médecine de Paris.*

En somme, l'Association pour le développement des relations médicales à l'étranger est entrée dans la voie active des réalisations pratiques.

Grâce à l'esprit large, dépourvu de préjugés de ceux qui sont à sa tête, cette société, aidée par le Touring Club et l'Office national du tourisme, en relation avec de grandes agences de voyages, pourra faciliter matériellement le séjour des médecins étrangers en France, leur faciliter l'organisation de visites et d'excursions et, en attendant la création de la Maison parisienne du médecin français que nous ne cesserons de réclamer, l'A. D. R. M. s'efforcera de faire aux Missions médicales étrangères qui viendront en France un accueil digne de notre pays. J. NOIR.

PARTIE SCIENTIFIQUE

CLINIQUE MÉDICALE

Leçons cliniques sur la pression artérielle (1).

La méthode auscultatoire est le procédé de choix pour la mesure de la pression artérielle maxima et minima (2).

Par le Dr Camille LIAN.

Médecin des hôpitaux de Paris (Consultation de l'hôpital Tenon.)

I. — Comment explorer les pulsations artérielles en aval d'une manchette compressive ?

Dans la dernière leçon, où j'ai étudié la technique de la mesure de la pression maxima, je suis arrivé à cette conclusion que la méthode de Riva-Rocci et ses variantes, c'est-à-dire les méthodes explorant les pulsations artérielles en aval d'une manchette compressive, ne sont pas seulement de cent coudées supérieures à la méthode oscillatoire, mais en outre représentent la méthode dont l'application s'impose pour la mesure de la maxima.

(1) Ces leçons cliniques du Dr Lian ont lieu à l'amphithéâtre des cours de l'hôpital Tenon, les 2e et 4e lundis de chaque mois à 11 heures.

(2) 3e leçon recueillie le 24 janvier 1921 par M. Pierre Cahen, externe des hôpitaux, et revue par M. Lian. Les leçons précédentes ont été publiées dans les nos 6, 7, 9 et 10 du *Concours médical*, 1921.

Il me reste à envisager avec vous quelle est la meilleure façon d'appliquer la méthode de Riva-Rocci et ses variantes, c'est-à-dire de noter la réapparition des pulsations artérielles en aval d'une manchette d'abord fortement gonflée, puis dégonflée par à coups.

La méthode palpatoire.

Tout naturellement on a fait appel d'abord à la palpation de l'artère radiale, et cela constitue la méthode de Riva-Rocci proprement dite. Il est certain que cette méthode palpatoire est une excellente manière de noter la réapparition des pulsations artérielles. En effet, c'est une constatation de fait que ces pulsations artérielles, après avoir été supprimées, réapparaissent avec beaucoup de netteté : d'emblée la première pulsation qu'on perçoit a assez d'amplitude pour s'imposer en quelque sorte au doigt qui palpe l'artère radiale.

L'emploi d'une 2e manchette reliée à une aiguille sensible.

Cependant on s'est efforcé de noter cette réapparition des pulsations artérielles par d'autres moyens. En particulier, on a cherché s'il ne serait pas profitable d'appliquer à l'avant-bras une 2e manchette qui serait reliée à une aiguille très sensible. C'est dans ce but qu'on avait proposé le *Sphygmo signal de Vaquez*, et ultérieurement le dispositif qui est connu sous le nom de *dispositif Pachon-Lian.*

Dans un travail antérieur, j'ai été amené à comparer ces deux façons d'appliquer la méthode de

Riva-Rocci. Voici les conclusions que j'avais adoptées alors, et que je maintiens.

La méthode palpatoire, excellente pour mesurer Mx, peut cependant laisser des hésitations.

Il est certain que la méthode purement palpatoire laisse parfois le médecin un peu hésitant. Cette éventualité se présente chez certains sujets dont les pulsations radiales sont un peu petites. Vous concevez facilement qu'en pareille circonstance on puisse être hésitant.

Il y a encore d'autres cas dans lesquels le médecin se trouve un peu gêné. Il en est ainsi lorsque, en palpant la gouttière radiale du malade, il sent les pulsations de sa propre pulpe digitale, fait qui n'est pas extrêmement rare. Si, par exemple, le médecin qui pratique l'examen est dans une période digestive, ou vient de faire un effort, ou encore s'il est, ce jour-là, un peu fébricitant, les pulsations de sa pulpe digitale peuvent constituer une gêne pour la détermination de Mx.

L'utilité d'une 2e manchette reliée à une aiguille sensible.

Aussi, tout en regardant la méthode palpatoire comme un très bon moyen de noter la pression maxima, je considère que dans certains cas elle peut amener des hésitations, et exceptionnellement même être inapplicable. Il est donc bon que le médecin qui applique habituellement la méthode palpatoire ait à sa disposition un moyen de lever les hésitations qui surgissent de temps en temps : or ce but peut être atteint par une aiguille sensible reliée à une manchette exploratrice située en aval de la manchette compressive.

C'est ainsi que j'ai conçu le dispositif Pachon-Lian. L'oscillomètre Pachon y est relié par un tube en T à une manchette brachiale compressive, et à une manchette anti-brachiale exploratrice, cette dernière est la manchette habituelle de l'oscillomètre Pachon. Ainsi il est très facile d'interrompre la communication entre l'oscillomètre et la manchette brachiale, et de déterminer pour quelle pression dans la manchette brachiale compressive les pulsations artérielles réapparaissent dans la manchette anti-brachiale exploratrice.

La méthode auscultatoire est le procédé de choix.

Mais après avoir ainsi proposé un adjuvant nécessaire à la méthode palpatoire, j'ai été amené à étndier la méthode auscultatoire, la méthode de Korotkow. J'ai constaté qu'avec une bonne instrumentation, cette méthode supprime les hésitations qui surviennent de temps en temps lorsqu'on applique la méthode palpatoire. Je ne crois pas avoir dans mon esprit le souvenir d'un cas où il m'ait été impossible de déterminer la maxima humérale par la méthode auscultatoire, même quand le pouls était très petit. Par contre, j'ai le souvenir net de quelques cas dans lesquels les pulsations étaient assez petites pour que, en cherchant à déterminer la pression maxima avec un oscillomètre, je n'aie pas pu déterminer la pression, et dans lesquels par contre il était facile de déterminer la maxima par la méthode palpatoire et par la méthode auscultatoire.

Je me souviens en particulier du fait suivant : il s'agissait d'un cardio-rénal dans une situation très précaire et chez lequel, voulant prendre la pression artérielle avec un oscillomètre Pachon, les battements de l'aiguille oscillométrique étaient si faibles que je n'avais pas pu mesurer la pression. Je décidai de faire une saignée, et, puisque j'avais un oscillomètre sous la main, j'eus l'idée de me servir de sa manchette pour exercer au bras la compression dont j'avais besoin pour faire la saignée. Je fis varier la pression dans la manchette de façon à écraser les veines et non l'artère humérale. Je constatai alors qu'il était facile chez ce malade de saisir le moment où les pulsations artérielles, après avoir été écrasées, réapparaissaient. Il était donc très simple dans ce cas de déterminer la maxima par la méthode palpatoire, alors que l'oscillomètre ne m'avait pas permis de conclure.

Ultérieurement, j'ai fait des constatations de ce genre en comparant les méthodes auscultatoire et oscillatoire. En somme, la méthode auscultatoire, par la netteté constante de ses résultats, lève les hésitations qui surviennent parfois dans la méthode palpatoire.

Dans ces conditions, il est tout à fait inutile de se servir de l'instrumentation complexe nécessitée par l'emploi d'une 2e manchette reliée à une aiguille oscillométrique. Cette complication est d'autant plus inutile que les méthodes palpatoire et auscultatoire, loin de s'exclure, gagnent beaucoup à être appliquées simultanément, et rien n'est plus simple. Il suffit que la membrane phonendoscopique soit automatiquement fixée sur l'humérale. Ainsi, tandis que le médecin ausculte les bruits artériels huméraux en aval de la manchette brachiale, il palpe d'une main l'artère radiale, et il manœuvre de l'autre main la poire à compression et la vis de décompression. Ainsi, les deux sortes de sensations, tactiles et auditives, sont perçues simultanément. Je vous montrerai d'ailleurs, en envisageant plus en détail le maniement des syphygomomanomètres auscultatoires, qu'à mon avis il n'est pas seulement avantageux, mais qu'il est indispensable d'employer simultanément les deux méthodes auscultatoire et palpatoire, pour être sûrement à l'abri de toute cause d'erreur dans la détermination de la Mx auscultatoire.

Ma conclusion sera donc que pour appliquer la méthode dite de Riva-Rocci, la meilleure techni-

◆◆

que consiste à noter la réapparition des pulsations artérielles par l'auscultation aidée de la palpation.

II. — *De la méthode de choix pour mesurer Mx et Mn.*

Dans les leçons précédentes, nous avons envisagé successivement les diverses méthodes de mesure de la maxima et de la minima. Nous voilà donc en mesure de formuler une opinion d'ensemble qui va porter sur la méthode à appliquer d'une façon générale pour la mesure de la pression artérielle tant maxima que minima. Des conclusions partielles va se dégager heureusement une conclusion globale très nette.

Conclusions partielles visant Mn.

Je vous rappelle que pour la minima, j'ai conclu : 1° que les trois méthodes auscultatoire, palpatoire et oscillatoire étaient bonnes ; 2° que la palpatoire était d'application assez délicate, alors que l'auscultatoire et l'oscillatoire étaient toutes deux d'application facile ; 3° que si l'on voulait comparer ces deux dernières méthodes entre elles, il y avait lieu de marquer une légère préférence en faveur de la méthode auscultatoire.

Conclusions partielles visant Mx.

Pour la pression maxima, mes conclusions ont été : 1° qu'au double point de vue scientifique et pratique, la méthode oscillatoire se révélait comme un procédé médiocre, et que les méthodes palpatoire et auscultatoire se présentaient comme deux excellents procédés ; 2° que le meilleur de ces deux procédés est l'auscultatoire ; 3° qu'il est mieux encore et très facile d'appliquer simultanémant les méthodes auscultatoire et palpatoire.

Conclusion globale. La méthode auscultatoire est le procédé de choix.

La conclusion globale qui se dégage des données précitées s'impose avec la plus grande netteté. La méthode de choix est la méthode auscultatoire, et il est indiqué de l'employer simultanément avec la méthode palpatoire lorsqu'on veut déterminer la pression maxima.

Il est très heureux que cette conclusion nous amène à considérer comme la méthode de choix, celle qui nécessite l'instrumentation la plus simple et la moins embarrassante.

La méthode oscillatoire peut apporter un utile supplément d'information.

Je crois cependant que pour le médecin qui veut s'entourer d'un maximum de garanties, il est très bon d'associer un sphygmomanomètre auscultatoire avec un oscillomètre. Il est extrêmement facile de relier le brassard brachial d'un sphygmomanomètre auscultatoire à un oscillomètre. On obtient ainsi un supplément d'information qui n'est pas négligeable. Mais il est bien entendu que l'oscillomètre ne va pas intervenir ici comme un moyen supérieur, constituant une sorte de contrôle de l'autre méthode. Cette interprétation serait bien loin de ma pensée, puisque dans l'étude comparative des diverses méthodes j'ai été amené à conclure que la méthode oscillatoire était pour la détermination de Mx un procédé très inférieur à la méthode auscultatoire, et qu'elle était à peine égale à la méthode auscultatoire pour la détermination de Mn.

D'ailleurs, avec une pareille instrumentation à la fois auscultatoire et oscillatoire, je considère que la Mx doit être mesurée exclusivement par les méthodes auscultatoire et palpatoire combinées, sans se servir de l'oscillomètre. C'est seulement pour la mesure de Mn que l'oscillomètre peut apporter un peu d'aide. En effet, la détermination de Mn présente quelques difficultés par toutes les méthodes. Or, en face d'un problème difficile, on ne peut que gagner à accumuler les renseignements.

La hiérarchie des méthodes syphygmomanométriques.

En somme, si je voulais schématiser mes conclusions dans une phrase, je vous dirais : La méthode auscultatoire est excellente pour Mx, et excellente pour Mn ; la méthode palpatoire est excellente pour Mx, assez bonne pour Mn ; la méthode oscillatoire est médiocre pour Mx et excellente pour Mn.

SÉMÉIOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE CLINIQUES

L'hyper et l'hypo-chlorhydrie.

Éminemment protéiformes et d'un diagnostic délicat, les maladies de l'estomac sont, le plus souvent, d'un traitement difficile. Cela tient à la diversité du siège du mal : suivant que celui-ci intéresse le muscle stomacal, sa muqueuse, ses glandes, ses vaisseaux, ses nerfs, ou leur ensemble, il est permis de croire que, de ce fait, les malades éprouvent des sensations spéciales. Ce que le malade éprouve, voilà, précisément, ce qu'il n'exprime pas toujours clairement. Analysez les urines du patient, informez-vous de son passé pathologique : la dyspepsie peut être liée à la goutte, au diabète, à l'anémie, à la chlorose, à la tuberculose, d'où, en traitant les causes, on fera disparaître les effets : *sublatâ causâ, tollitur effectus.*

Parmi les dyspepsies, l'hyper et l'hypo-chlorhydrie groupent, autour d'elles, un certain nombre de *signes* qui permettent d'en faire les deux types des maladies de l'estomac.

Bien que, fréquemment, lorsqu'elle est chronique, l'*hyper-chlorhydrie* soit le symptôme d'une lésion

parenchymateuse, elle peut, exceptionnellement, n'être qu'un trouble secrétoire.

L'*hypo-chlorhydrie* elle, existe, le plus souvent, lorsque la muqueuse est gravement lésée.

Toutefois, dans certaines névropathies, affections cardiaques, pulmonaires, néphritiques, cette lésion peut coexister.

***

La symptomatologie de l'hyper et de l'hypo-chlorhydrie n'est point univoque. Elle présente des variantes.

En général, l'hyper-chlorhydrique souffre, plus ou moins, suivant l'ancienneté de sa maladie, suivant ce qu'il mange et ce qu'il boit.

Cette remarque n'est pas absolue, mais, le plus souvent, il s'agit d'un malade qui, souffrant depuis sa jeunesse, ne s'est pas soigné.

Chez beaucoup, l'affection a débuté par une sensation de pesanteur, une douleur, plus ou moins vive, au creux de l'estomac.

Cette douleur se produisait, soit de suite, soit plusieurs heures après les repas.

Tout un cortège de symptômes les accompagnaient.

Chez l'un, c'était de l'anxieté, chez l'autre, des troubles psychiques ; chez celui-ci, de l'agoraphobie ; chez celui-là, des vertiges ; chez cet autre enfin, des palpitations, des intermittences cardiaques, de la tachycardie, de l'arythmie, de l'asystolie, de l'angine de poitrine.

Plus tard, la douleur au creux de l'estomac s'accentue ; elle se complique d'une sensation de brûlure que soulage, souvent, l'ingestion de liquides ou d'aliments : il peut coexister des régurgitations acides — pyrosis — extrêmement pénibles.

A un stade plus avancé, il se produit d'abord de petits rejets d'acide chlorhydrique qui laissent, sur leur passage (œsophage, pharynx, bouche, gencives, dents), des lésions de muqueuses, de destruction de l'émail dentaire.

Dès que l'hyper-chlorhydrie est devenue chronique, il n'est pas rare de voir survenir des vomissements muco-glaireux, soit immédiatement, soit plus ou moins longtemps après les repas.

Le plus souvent douloureux, rarement indolores, ces vomissements soulagent le patient.

Dans la plupart des cas, l'hyper-chlorhydrie chronique provoque ou détermine du spasme pylorique avec rétention des aliments.

Il s'ensuit que cette stase d'aliments hyper-acidifiés amène l'altération de la muqueuse, d'où imminence d'*ulcus rodens*.

Avant d'en arriver à cette lésion, le malheureux — dilaté par les fermentations — s'est rendu compte de la difficulté qu'éprouve le bol alimentaire à franchir le pylore contracté.

Il souffre, tout d'abord, de la brûlure qu'il ressent au creux de l'estomac.

Il a la sensation, très nette, d'un poids, d'une pesanteur. Le soir, au lit, il se tourne, se retourne, perçoit très bien le clapotement des liquides absorbés et fait ses efforts pour les rejeter. Il y parvient, soit en se massant l'estomac, soit en se penchant sur un récipient quelconque à sa portée.

Il n'est pas rare que cette période de la digestion soit accompagnée de vertiges, céphalée, arythmie, accès d'asthme.

L'hyper-chlorhydrique est fréquemment un faux cardiaque. Chez lui, les troubles du rythme du cœur peuvent être liés, soit à la stase alimentaire, soit à l'intoxication qui en est la conséquence.

Notons que le pylore est, fréquemment, le siège d'ulcérations plus ou moins sérieuses, et il n'est pas téméraire de penser que le contact prolongé du bol alimentaire avec elles exaspère encore le spasme de ce sphincter.

Comment survient l'hyperchlorhydrie ? On a fait, à ce sujet, de nombreuses hypothèses : mais ce ne sont que des hypothèses. Or, comme l'écrivait, si justement, le mathématicien Poincaré : « les hypothèses scientifiques ne sont pas vraies, elles sont commodes ».

On a donc attribué l'hyperchlorhydrie à une alimentation exagérément épicée, trop exclusivement carnée ; il est incontestable que la présence de viande rouge, dans l'estomac, y provoque immediatement une hypersécrétion acide. L'usage immodéré du vin et des spiritueux est également un facteur pathogène.

La suralimentation carnée conduit à la dyspepsie, qui est la grand'route menant à l'hyperchlorhydrie. *Aphorisme que nous ne devons pas perdre de vue* lorsque nous « suralimentons » les tuberculeux.

La viande de fraîcheur douteuse, le gibier, certains crustacés facilement altérables : écrevisses, langoustes, homards, crabes ; les truffes, pâtés de foie gras, fromages faits, tels le Roquefort, le Dauphin, etc., produisent des toxines qui empoisonnent le sang, le déglobulisent, le chargent de déchets qui vont, comme une rouille, altérer les parois des artères et déterminer l'artériosclérose. Voici alors venir la goutte, le rhumatisme. Le foie, tissu noble, est touché, ses fonctions hématopoiétiques ou glycogéniques sont perturbées ; comme corollaire, le diabète ou la cirrhose entrent en scène.

Les reins, eux aussi, sont lésés, d'où : néphrite, albuminurie possibles. Mais le sang charrie ces toxines à la périphérie, et, alors, l'asthme essentiel, la dyspnée, les vertiges, la cardio-sclérose, la migraine, les névralgies et les dermatoses viennent témoigner de l'intoxication alimentaire. L'alimentation carnée serait, de l'avis de nombreux physiologistes et cliniciens, l'une des causes essentielles des dyspepsies et, notamment, de l'hyperchlorhydrie. Il est de fait que si, — comme Huchard, je crois, l'a écrit — l'on examine l'appareil digestif de l'homme et, surtout son système dentaire, il nous apparaît plutôt comme un frugivore.

« L'homme, comme j'ai cherché à le démontrer, a écrit Darwin, descend, certainement, de quelque simien » ; or, les singes sont frugivores.

Nous pouvons, immédiatement objecter que, à notre avis, rien, en l'espèce, n'a vérifié la justesse ni l'exactitude de cette assertion.

L'anthropologie a pu risquer quelques timides comparaisons : l'identification entre le crâne humain et celui des anthropomorphes les plus élevés dans l'échelle zoologique, est encore à faire. Et, quand même, prétendre que l'homme ne deviendrait ni dyspeptique, ni surtout hyper-chlorhydrique, s'il était exclusivement frugivore, c'est là avancer ce qu'on ne peut prouver, et le médecin avisé *nil affirmat quod non probet.*

Ah ! je sais bien, les végétariens ont, à leur disposition, toute une littérature qui plaide en faveur de leur thèse. Le meilleur régime, affirment-ils, est le régime végétarien.

A l'appui de leurs assertions, ils citent une pléiade de grands hommes de tous les âges et de tous les lieux, qui auraient dû, disent-ils, leur bonne santé et leur exceptionnelle longévité au régime exclusivement végétarien : Fontenelle, Chevreul, etc.

Voyez, proclament-ils, les athlètes antiques ! Ces hommes-là étaient végétariens. Ils étaient rigoureusement abstèmes ; et, cependant, quelle perfection physique dans leurs formes, quelle plastique, quel éclat dans leur teint, quelle robustesse dans leurs muscles ! Ils étaient à la fois, beaux, forts et doux. Car, si le régime carné rend cruel et sanguinaire, au contraire, le régime végétarien produit la vigueur alliée à la mansuétude. Et poursuivant leur idée, ils ajoutent, en substance : l'usage du lait, du beurre, des œufs, donne un teint incarnat et pur.

Les mangeurs de viande, eux, ont le visage pâle et la conjonctive sub-ictérique (?)

Ils citent encore les anachorètes, les solitaires de la Thébaïde qui, se nourrissant de racines et s'abreuvant d'eau de source, vivaient très vieux, comme, également, vivent la plupart des Carmes, Chartreux et Trappistes de notre époque.

Je dois dire, à ce propos, que s'il est exact que nombre de Trappistes vivent jusqu'à un âge très avancé, il suffit de parcourir les cimetières de leurs abbayes, monastères ou couvents, comme je l'ai fait, pour constater que beaucoup d'entre eux, quittent ce monde de misères plutôt jeunes.

C'est que, en effet, la règle extrêmement sévère, d'une part, l'alimentation lacto-végétarienne, d'autre part, le *struggle for life* physiologique — cet antagonisme éternel, chez tout individu, entre l'assimilation et la désassimiliation — font qu'une sélection s'établit entre les individus et que, seuls, les « résistants » arrivent à s'adapter à un régime excellent pour les uns, mais dangereux pour les autres.

D'ailleurs, les Trappistes se recrutent parmi les hommes d'âge, de classes, d'éducation, de rang social différents. A côté d'individus qui ont vécu, c'est-à-dire connu ce qu'on appelle « la vie », on trouve de tout jeunes gens, entrés dans le cloître avec toute la foi et la ferveur de la vingtième année, et des quadragénaires, quinquagénaires, voire des sexagénaires, dont l'existence a, parfois, été tout un roman :

..... La Trappe c'est le fort
où pleurant et brisé, plus d'un se réfugie
où, méprisant la vie, l'on ne craint plus la mort.
C'est l'Asile entrevu, le calme monastère
où l'âme, qui s'ignore et le cœur qui sait tout
se donnent — o contraste ! — en une joie austère,
l'accolade de paix et le pieux rendez-vous.
Vierges privilégiées, hommes courbés par l'âge,
échappés au danger ou frappés du malheur ;
de l'avenir lointain on n'y craint plus l'outrage,
car la Trappe est l'abri de l'éternel bonheur ! (1).

Je demande pardon à mes confrères de transcrire, dans un article si étranger à ce sujet, ces vers de ma jeunesse, dédiés, jadis, à un officier français, de mes amis, qui mit, entre lui et le monde, cette clôture sévère, que j'ai plusieurs fois franchie pour aller lui serrer la main.

Mais, poursuivons : la sobriété fait les robustes. D'où viennent les coltineurs, les forts de la halle ? Par quelles régions sont fournis les soldats les plus résistants ? Ils arrivent — affirment les végétariens et, Huchard, je crois encore parmi eux, — ils arrivent du Centre, de la Creuse, de la Drôme, de l'Auvergne où l'on mange peu de viande ; ou bien encore, de la Bretagne, de la Corse, où l'on vit surtout de legumes et de laitage.

Et les Indiens, si résistants à la famine ; les Japonais, si souples et si robustes ; les coolies chinois, si sobres, si infatigables ; ne sont-ce pas des végétariens ?

Les corps gras et les végétaux sont, à la fois, calorigènes et dynamogènes.

De deux savants, le végétarien aurait des chances de l'emporter sur l'autre, grâce à son genre d'alimentation, puisque le cerveau a surtout besoin de phosphore pour travailler avec profit, et que ce phosphore, fourni par le régime végétarien, fait défaut ou presque dans le régime carné.

C'est peut-être un peu trop d'absolutisme. En toutes choses, il faut une juste mesure : *in medio stat virtus... et veritas.*

Si l'on peut, avec un vieux poète, répéter cet antique conseil :

« Amis, bannissons de nos tables
Ces mets savamment détestables,
Enfants du luxe et de l'orgueil
Qui nous conduisent au cercueil
Par des coliques honorables. »

On peut aussi penser et admettre que le régime *végétarien mixte* donne les meilleurs résultats, pour la production de la force musculaire et du travail intellectuel. Il est possible que, s'ils avaient toujours été végétariens, les dyspeptiques ne seraient devenus dyspeptiques, ni hyper-chlorhydriques, mais, dès qu'ils le sont, il est douteux que le régime végétarien leur convienne et leur soit exclusivement

recommandable. En effet, il semble ressortir des recherches de Linossier et Lemoine que les albuminoïdes et la viande, en fixant, comme elles le font, l'HCl à l'état de combinaison, rendent cet acide moins mordant pour la muqueuse, calment la douleur, et sont rapidement digérées.

Pour l'être, le pain et les légumes demandent plus de temps et, de ce fait, fatiguent la muqueuse de l'organe, par le contact plus prolongé qu'ils ont avec elle. Le beurre, la crème, les graisses fraîches modèrent la sécrétion gastrique. Aussi sont-ils recommandables.

On se trouverait bien, suivant certains gastrothérapeutes, de prescrire une cuillerée à bouche d'huile neutre très fraîche (d'œillettes, d'olives ou d'amandes douces) à la fin des principaux repas.

Cette huile, en lubrifiant les parois de l'organe, faciliterait le passage du bol alimentaire dans l'intestin.

***

Voulez-vous maintenant, après des prolégomènes un peu longs, que nous parlions du traitement de l'hyper et de l'hypochlorhydrie ?

En ce qui concerne celui de l'hyperchlorhydrie, il y a lieu de considérer le degré de gravité des cas auxquels on a affaire.

Dans celui d'intolérance complète et de rejet, par vomissements, des aliments, des liquides et même du lait, il faut mettre l'organe au repos complet.

C'est là mon avis, non seulement basé sur une auto-expérimentation, mais sur une poly-thérapeuthique personnelle. Le malade sera donc mis au lit et purgé légèrement avec 30 ou 40 grammes de sel de soude, pendant 2 à 3 jours de suite. Les deux premiers jours, il ne mangera pas, mais pourra boire d'un demi à un litre d'eau de source ou très légèrement alcaline.

A partir du 3e jour, suppression de tout liquide, par la bouche, sauf quelques cuillerées à café d'eau pure en cas de soif ardente.

On alimentera le malade à l'aide de lavements.

Nous nous sommes très bien trouvé de lavements de lait administrés au moyen d'une poire de 250 cc., quoiqu'en ait dit mon maître le professeur Lemoine.

On peut en injecter rectalement 6 à 8 en 24 heures, et incorporer à chacune d'elles un jaune d'œuf.

Nous rejetons l'emploi de la peptone de viande, incorporée à ces lavements, bien qu'elle soit préconisée par des confrères très en vue, parce que nous avons constaté que, parfois, cette peptone —peut-être à cause d'une préparation défectueuse — attaque la muqueuse intestinale et anale et y produit des lésions très douloureuses, telles que la fissure.

Si le malade est assez résistant pour observer un jeûne d'une semaine, on pourra, au huitième jour, lui donner du lait, par prises minimes et rapprochées, par exemple 125 cc. de 3 en 3 heures.

Il serait, à mon avis, très imprudent, même si le malade le réclamait impérieusement, de dépasser cette dose initiale de lait, dose qui sert à tâter la tolérance de l'estomac et qu'on augmente, ensuite, au fur et à mesure de celle-ci.

En effet, il ne faut pas perdre de vue que le lait est souvent mal supporté par les hyperchlorhydriques, parce que, sous l'influence du ferment-lab (ferment d'Hammarsten), la coagulation est retardée en milieu acide. Mes contemporains ont certainement encore en l'esprit le souvenir de la fameuse thèse : *les Victimes du Lait*, qui souleva, à l'époque où nous étions étudiants, des discussions passionnées.

Il sera bon que chaque prise de lait soit additionnée, soit d'une pincée de bicarbonate de soude, soit de lab-ferment.

Par la suite, lorsque l'état se sera amélioré, on augmentera la quantité de lait jusqu'à atteindre deux litres *pro die*.

Nous ne sommes pas d'accord avec ceux qui veulent aller au delà, parce que, s'il est vrai que l'estomac a pu se rétracter — est-ce, d'ailleurs, exact ? — pendant un jeûne d'une semaine, jeûne qui, en cas d'amélioration insuffisante, pourrait être prolongé 15 jours, 3 semaines et plus, il n'en reste pas moins vrai que cet estomac a été auparavant dilaté et peut le redevenir facilement.

Après 4 à 5 jours de lait exclusif — nous supposons la disparition de la douleur, des vomissements, en un mot la restitution *ad integrum* de l'organe — on donnera des purées de pommes de terre, de pois, des nouilles ou macaronis cuits à l'eau, peu salés et accommodés à la crème fraîche, des purées de légumes verts cuits, des compotes, des flans, des crèmes. Comme boissons : infusions très légères (2 à 3 minutes) de tilleul, camomille, feuilles d'oranger, chaudes non sucrées. Puis, petit à petit, un peu de vin blanc, Chablis, Graves, Sauternes, coupé de 3/4 d'eau de source.

Évidemment, j'ai, sous la plume des sources à désigner, mais je ne veux pas, à l'instar de certains grands maîtres, les désigner pour l'instant.

Dans les cas où l'hyperchlorhydrie est moins accentuée et les symptômes plus bénins, le traitement sera, également, d'une sévérité moindre.

Ce ne sera plus le repos absolu, mais le demi-repos de l'organe.

Le repas du matin sera supprimé. De préférence, le malade restera au lit, très tard, jusqu'à 11 heures par exemple, et dans le *décubitus dorsal.*

En admettant, et c'est mieux, qu'il se lève à midi, il prendra, à 8 heures du matin, un lavement à 35°, de 500 cc. d'eau bouillie, après la garde-robe normale qu'il aura dû avoir.

Si ce lavement a été nécessaire pour obtenir une selle, il ne comptera pas. On en prendra un à 9 heures, et un second une heure avant le dîner. Étant entendu que le malade n'a pas déjeuné, comme prescrit plus haut, on lui fera prendre une infusion chaude aromatique (tilleul, fl. d'oranger) une demi-heure avant le dîner.



Dans l'hypothèse d'un patient à douleur permanente, très intense, au creux de l'estomac, on administrera, vers midi moins le quart, dans un verre à vin, d'eau de fleurs d'oranger : 20 grammes de carbonate de bismuth chimiquement pur.

Le malade se mettra cinq minutes sur le ventre, cinq sur le côté droit, cinq sur le côté gauche, cinq sur le dos.

Ainsi, la poudre pourra toucher chaque partie de l'organe.

On a établi des *menus* à l'usage des dyspeptiques. J'ignore si, au temps des Vatel et des Brillat-Savarin, nos Maîtres allaient consulter ces *Augures du Fourneau et de la Broche* pour leur demander leur avis, mais ce que je sais, c'est qu'un *Chef* des plus réputés de la capitale, M. Montagné, si j'ai bonne mémoire, s'est ingénié, récemment, à donner à un agrégé de la Faculté de Paris les meilleurs « tuyaux » pour que les estomacs les plus difficiles pussent tolérer les mets les moins appréciés des gourmets, peut-être, mais, éminemment utiles aux malades de l'estomac ?

Notre formule est plus simple : on vit, non pas de ce qu'on mange, mais de ce qu'on digère, ceci n'est pas de nous, mais on peut et l'on doit manger ce que l'on prend volontiers et que l'on digère facilement.

Formule simpliste, évidemment, mais combien vraie, et combien vérifiée par l'expérience quotidienne !

Ceci nous éloigne du sujet.

Vous désirez un menu pour dyspeptique hyperchlorhydrique.

A. — *Pas de potage* (il ne faut pas diluer le suc gastrique, généralement pauvre en pepsine chez les hyperchlorhydriques).

B. — 125 grammes de viande fraîche (pas de frigo, parce que le frigo est une viande éminemment altérable et dangereuse chez laquelle le froid a rompu le sarcolème et fait sortir le jus en dehors des cellules). Cette viande fraîche : bœuf, cheval, mouton, porc frais, sera pulpée ou rissolée.

C. — 200 grammes purées de légumes verts cuits. 60 grammes compote.

D. — Un flan ou crème. Gâteau de riz, petits beurres.

E. — 50 grammes pain grillé. Une grappe de raisin.

Vers 4 heures de l'après-midi, 250 cc. d'une infusion chaude, légère, non sucrée, de feuilles d'oranger.

Supposons le souper à 8 heures ; à 7 1/2, boire encore 125 cc. de camomille romaine, très légèrement infusee, bien chaude et non sucrée.

Immédiatement après ce repas composé comme ci-dessus, mais plus léger qu'au dîner, prendre, dans un verre à vin d'eau de Vichy ou de Vals, une petite cuillerée à café de la poudre suivante, fraîchement préparée :

Magnésie hydratée..............	20 gr.
Sous-nitrate de bismuth.........	10 gr.
Poudre d'anis vert..............	10 gr.
Phosphate neutre de soude.......	10 gr.
Craie préparée..................	5 gr.
Bicarbonate de soude............	30 gr.
Lactose	60 gr.
Fluorure de calcium.............	2 gr.
Essence de badiane..............	XX gout.

F.s. a. poudre porphyrisée et tamisée au tamis de soie (n° 1).

Cette poudre est à la fois absorbante, cicatrisante, analgésique, carminative et légèrement laxative. Évidemment, elle peut paraître complexe. J'ajouterai que cette complexité chez les hyperchlorhydriques — où il y a hypo-pepsie — n'est pas un obstacle à ce qu'on y ajoute encore — dut-on m'accuser d'être polypharmaque — quelques grammes (cinq en moyenne pour la masse sus-indiquée) de pepsine, pancréatine et diastase.

De cette poudre, on conseillera l'usage, non seulement après chaque repas, mais aussi souvent qu'il sera nécessaire pour faire disparaître l'élément douleur, gêne, pesanteur, ce à quoi elle excelle, l'usage le prouvera.

L'hyperchlorhydrique sera, par ailleurs, soumis à une diététique sevère.

D'autant plus sévère que cette catégorie de malades se recrute principalement chez les « indisciplinés de l'esprit », les discuteurs, les contradicteurs, par essence, je veux dire les intellectuels ; mais de même qu'il est excellent de passer par l'*Ecole des Chartes* pour interpréter correctement certains manuscrits, par l'*Ecole des langues orientales* pour connaître le *Send* et le *Sanscrit*, déchiffrer les hiéroglyphes (Ιερος sacré, γλυφω je grave) ; de même, il est bon, d'avoir traversé la Faculté de médecine — même en médiocre étudiant, comme je le fus — pour discerner ce qui peut être utile ou nuisible, juger, comparer, déduire et traduire en prescription nette, claire et impérative, ce que nous ordonnons.

En thèse générale, à tous ces gens-là, on recommandera l'abstention de mets trop épicés, de vins généreux, de crudités, de légumes acides : tomates, oseille ; ou fermentescibles : choux, choux-fleurs, choucroute ; d'excitants : café, spiritueux. A tous, la marche sera bonne. De même, l'exercice physique varié, *footing*, haltères, boxe, etc. Le tabac est interdit.

Les hyperchlorhydriques se trouveront bien, soit de suite, suivant les cas, soit après la promenade, de faire une heure et demie à deux heures de chaise longue ou de basculante (transatlantique) ; à la rigueur, l'application d'une compresse humide très chaude, au creux épigastrique, soulagera beaucoup.

***

Caractérisée, comme son nom l'indique, par une insuffisance d'HCl dans la sécrétion gastrique,

l'*hypochlorhydrie* bien souvent accompagnée d'*hyposthénie* ou paresse de la paroi musculaire de l'estomac, réclame, à la fois, un traitement et un régime différents.

Au degré le plus atténué de la maladie, l'hypochlorhydrie se traduit par une pesanteur épigastrique après les repas. Cette pesanteur peut s'accompagner de somnolence et de céphalée.

A un degré plus grave, il existe de l'anorexie, du dégoût des viandes, une stase alimentaire, qui provoque des fermentations, éructations, météorisme. L'analyse accuse un suc gastrique pauvre en HCl, lent à digérer les albuminoïdes et les viandes.

En conséquence, il y aura lieu d'être sobre en liquides, pour ne pas diluer ce suc indigent.

Fleischer prétend guérir ces malades en les privant de liquides et en les obligeant à mastiquer longuement. Dans son Institut, on mâche à la seconde : un métronome ou pendule règle chaque abaissement de la mâchoire. Suivant les cas, le malade reçoit un morceau plus ou moins volumineux, qu'il ne doit avaler qu'après que le dit morceau a reçu le nombre de coups de dents indiqué. Cette méthode s'appelle le *Fleischérisme* ; elle date d'avant-guerre. C'est d'ailleurs, depuis la guerre, que cette influence salutaire de la mastication s'est traduite sous une forme essentiellement pratique.

Connaissez-vous les *Wrigley's Spearmint Pepsin gum* (*the Flavour Lats*) ? C'est un masticatoire anglais (notez qu'il y a, à Paris, une vieille, très réputée, je dirais séculaire pharmacie, qui, depuis cinquante ans, prépare des dragées masticatoires bien supérieures). Eh ! bien, ce masticatoire anglais vient appuyer la thèse de l'Américain Fleischer, laquelle se résume en la nécessité de fournir en plus d'abondance le ferment diastasique à nos aliments pour les rendre assimilables ; ce qui s'obtient par une mastication prolongée, laquelle provoque une hypersécrétion de la salive, c'est-à-dire de la diastase. Donc, en résumé, l'hypochlorhydrique doit ne pas boire et beaucoup saliver. Cela ne suffit pas ; il faut, aussi lui restituer l'acide déficient.

Dans ce but, on peut administrer, de suite, après le dîner et le souper, une cuillerée à soupe de *limonade chlorhydrique* du Codex, préparation à laquelle, en cas d'échec, on substituera une cuillerée à dessert de *limonade phosphorique*.

J'ai, dans ma pratique personnelle, jugé bon d'obvier à un échec possible en conjuguant l'action de ces deux acides et je prescris :

Acide phosphorique officinal..... }	ââ 5 gr.
Acide chlorhydrique officinal..... }	
Eau de fleurs d'oranger	125 gr.
Glycérine........................	25 gr.
Sirop de fleurs d'oranger..........	50 gr.

Une cuillerée à bouche dans un verre à vin d'eau de Vals, Vichy ou Vittel de suite avant les dîner et souper.

Remarque importante : il n'est pas absolu de faire prendre cette solution après les repas. On peut la faire prendre avant, surtout lorsqu'il s'agit d'hypopeptiques, chez lesquels on prescrira, ou plutôt on conseillera la solution dont je viens de donner la formule, avant les repas, pour, après ceux-ci, prescrire les cachets de ferments diastasiques, pepsique et pancréatique.

D'un autre côté, pour réveiller la motricité de l'estomac, il est bon d'employer les toniques amers. J'ai prescrit, avec succès, une cuillerée à café, avant et après le dîner et le souper, du mélange suivant, où je me suis efforcé d'allier les toniques aux stimulants, aux aromatiques et aux carminatifs ;

Teinture de noix vomique ......}	ââ cinq gr.
— de quassia amara......}	
— de colombo.........}	ââ 20 gr.
— de badiane ....}	
— de cascarille.........}	
— de cardamone.......}	
— de gentiane.........}	
— d'écorces d'or. am....}	
— de condurango ......}	

Comme le faisait justement observer Huchard, les alcalins, le bicarbonate de soude, entre autres, qui saturent l'hyperacidité stomacale, lorsqu'on les fait prendre après le repas, jouissent de la propriété contraire de provoquer la sécrétion acide, lorsqu'on les donne avant les repas. Comme conséquence, on se trouvera bien de prescrire aux hypochlorhydriques un des paquets suivants, de suite avant le dîner et le souper :

Bicarbonate de soude	3 gr.
Phosphate de soude..............	2 gr.

Également, pour réveiller la tonicité de l'estomac on conseillera les douches froides ou tièdes, à jet brisé, douches données par des professionnels et, aussi, le massage stomacal.

Les malades se trouvent, souvent, bien d'un massage digital avec pétrissage effectué à jeun (il y a contre-indication formelle dans l'*ulcus* et le cancer), puis d'un massage superficiel de suite après le repas, et d'un autre, plus profond, deux heures après.

Restent à traiter la dilatation, les flatuosités, les gaz.

Les cachets absorbants ci-après peuvent rendre service :

Charbon de peuplier...........	15 gr.
Benzo-naphtol................	5 gr.
Espèces carminatives du Codex pulvérisées................	30 gr.
Lactose.....................	100 gr.
Essence de badiane.........}	ââ X gouttes
— d'anis.............}	
— de menthe Mittcham...	V gouttes

on utilise aussi le fluorure d'ammonium ; Robin conseille :

Eau distillée	300 gr.
Fluorure d'ammonium	0 gr. 10

Une cuillerée à soupe à la fin du repas. S'il existe des douleurs par trop vives, et celles-ci se produisent fréquemment chez les sujets atteints d'ulcère rond ou de cancer, on tentera de calmer ces douleurs.

Dans ce but, nous avons prescrit avec succès :

Chlorhydrate de morphine	} ââ cinquante cgr.
Chlorhydrate de cocaïne	
Eau de menthe	} ââ 7 gr. 50
Eau de laurier-cerise	

Dix gouttes tous les quarts d'heure, pendant la première heure, puis dix gouttes toutes les heures jusqu'à concurrence de soixante gouttes *pro die* chez l'adulte.

Dans certains cas nous avons formulé :

Sirop d'éther	} ââ 60 gr.
— de morphine	
— d'anis	
Eau bromoformée	} ââ 40 gr.
Eau chloroformée	
Eau de fl. d'oranger	
Eau de laurier-cerise	30 gr.
Bicarbonate de soude	20 gr.
Salicylate de soude	2 gr.
Chlorhydrate de cocaïne	vingt cgr.

F. s. a. une potion filtrée : une cuillerée à bouche chaque quart d'heure, pendant une heure, puis une toutes les heures en espaçant jusqu'à sédation.

Pour les douleurs tolérables, il suffira de recourir à la poudre bicarbonatée sodico-magnésienne dont nous avons, plus haut, donné la formule dans le traitement de l'hyperchlorhydrie.

Dans le but de diminuer la sécrétion hyperacide, nous avons formulé et prescrit, non sans quelques résultats, les pilules suivantes :

Extrait gras de Haschisch	un centigr.
Dionine	un milligr.
Sulfate neutre d'atropine	un demi-milligr.
Picrotoxine	un demi-milligr.
Veratrine	un demi-milligr.

pour 1 pilule à prendre une demi-heure avant le dîner et le souper.

Il nous reste à esquisser la diététique ou régime de l'hypochlorhydrique.

A vrai dire, vu les allures protéiformes de la maladie, il est bien difficile de tabler sur un *menu* dressé par le médecin; c'est un peu, beaucoup même, au malade qu'il appartient de discerner ce qu'il digère ou non. Nous sommes là, nous, pour donner les directives générales. On peut, néanmoins, proscrire d'emblée les crudités, épices, condiments, conserves, excitants ; les légumes acides : tomate, oseille ; fermentescibles : choux, choux-fleurs, choucroute ; les haricots verts, choux de Bruxelles, aubergines, concombres, cornichons.

On leur préfèrera les purées de pommes de terre, pois, lentilles, légumes verts en purée, nouilles, macaronis.

Il est bon de bien cuire les viandes. Elles seront mangées grillées ou rôties sans sauces, ni gras, voire même hachées chez les édentés ou à machoire défectueuse. Pour un dessert : flans, crèmes brûlées, petits beurres, compotes, raisin. Les plus valides seront autorisés à boire un peu de Graves ou de Chablis coupé largement d'eau légèrement alcaline, et même, à l'occasion, deux doigts de champagne, voire une « fine » étendue d'eau.

Dr A. Galand.
Cambrai-Anzin.

A TRAVERS LA PRESSE

La carie dentaire chez le tuberculeux.

Signe particulier de décalcification, la carie dentaire est-elle plus fréquente chez le tuberculeux que chez les autres sujets ? A la réponse affirmative faite à cette question par P. Ferrier, d'autres auteurs sont venus, au nom d'une statistique établie dans des conditions suspectes, opposer une négation.

Or, la question vient d'être réexaminée à l'instigation de M. Fargin-Fayolle, et les recherches qu'il a fait faire lui permettent de formuler les propositions suivantes :

« 1° Le rôle étiologique de l'état général dans « la fréquence de la carie dentaire semble in« contestable.

« 2° Cette fréquence est de 20 % chez les « sujets de santé moyenne pris au hasard dans « le milieu ouvrier parisien. Elle est de 28 % « chez des sujets du même milieu atteints d'affec« tions médicales diverses. Elle atteint 33 % « chez les tuberculeux.

« 3° En résumé, le nombre des caries den« taires est de plus de 50 % supérieur chez le « tuberculeux par rapport à des sujets de santé « moyenne, et de plus de 15 % par rapport à des « malades atteints d'affections diverses. »

Ces notions ont un intérêt pratique indiscutable en ce que la carie dentaire peut mettre sur la voie d'un diagnostic hésitant, et fournir un élément de pronostic « par les données four« nies sur la calcification du malade. » (*Presse méd.*, 15 janv. 1921.)

Les cholagogues.

M. Fiessinger fils étudie les médicaments réputés cholagogues, en s'appuyant sur nos connaissances actuelles de la pathologie hépatique en général et des ictères en particulier. (*Journ. des Prat.*, 1er janvier 1921.)

En dehors des ictères dus à une obstruction mécanique des voies biliaires (cancer de la tête du pancréas), on s'accorde aujourd'hui à ne plus admettre l'existence d'ictères par rétention. Tous les ictères, infectieux, catarrhaux, toxiques, cirrhotiques, dérivent habituellement d'un processus d'hépatite dégénérative.

En conséquence, « dans les ictères, qu'ils « s'accompagnent de décoloration des matières « ou non, les cholagogues ne seront d'aucune « utilité... Les cholagogues peuvent et doivent « être prescrits : 1° quand on est certain que « l'atteinte hépatique n'est ni intense, ni an- « cienne ; 2° quand les voies biliaires sont per- « méables ; 3° quand il n'existe pas d'ictère « franc. »

Les cholagogues s'adresseraient surtout de préférence à la constipation habituelle, à l'entérite muco-membraneuse, aux dysenteries aiguës ou chroniques.

Le meilleur des chlolagogues est la bile, bile de porc, de mouton, de chien ou de bœuf, administrée soit en lavement, difficile à supporter, en raison des coliques qu'il provoque, soit mieux par la bouche, en capsules kératinisées, de manière à éviter qu'elles soient attaquées dans l'estomac.

Parmi les petits cholagogues, l'auteur cite la plupart des drastiques : l'aloès, la rhubarbe, le podophyllin, la coloquinte, le séné, et surtout l'évonymine.

Le calomel jouit à cet égard d'une réputation usurpée. Les purgatifs salins sont inconstants, convenant surtout aux hépatiques anorexiques.

Le benzoate de soude, le salicylate de soude et le bicarbonate de soude produisent volontiers des décharges biliaires. On les peut associer aux purgatifs salins.

Le boldo en infusion (2 gr. de feuilles) au moment de se coucher, serait un excellent médicament, de même que toutes les huiles, exception faite de l'huile de vaseline. Les huiles donnent souvent lieu à de l'intolérance gastrique : leur emploi doit être dosé et surveillé.

Les lavements froids, enfin, agissent sur la cellule hépatique et favorisent la polyurie azoturique.

L'épreuve de l'hémoclasie digestive dans l'insuffisance hépatique.

La biologie moderne désigne sous le nom d'hémoclasie la perturbation qu'apporte à la formule cytologique du sang l'introduction dans le torrent circulatoire de certaines substances étrangères, telles que les albumines, dans des circonstances déterminées. L'hémoclasie explique aujourd'hui les phénomènes du choc anaphylactique.

Chez les sujets normaux, l'absorption, à la faveur de la digestion, de substances albuminoïdes étrangères passe à peu près inaperçue, parce que le fonctionnement normal des organes de la digestion et du foie en particulier transforme ces albumines et les rend assimilables.

Mais, que le foie, considéré comme un organe de défense organique, soit atteint dans sa constitution ou dans ses fonctions, et la crise hémoclasique pourra devenir saisissable.

C'est ce que MM. Rénon et Blamoutier viennent d'établir, à la suite d'une série de recherches qu'ils ont faites sur quatorze malades examinés par eux. (*Gaz. des hôp.*, 1920, n° 190.)

Voici comment ils procèdent dans leurs recherches : « Après avoir établi le bilan vasculo- « sanguin chez tous nos malades, mis à la diète « hydrique depuis douze heures, nous leur avons « fait absorber une quantité de lait variant « de 200 à 300 gr., et nous avons suivi de demi- « heure en demi-heure les modifications sangui- « nes constituant les divers éléments de la crise « hémoclasique. Chez quelques-uns, les varia- « tions de la tension artérielle, l'augmentation « de la coagulabilité sanguine, les modifications « de la formule leucocytaire, ont été systéma- « tiquement notées ; chez les autres, nous avons « seulement recherché les variations de la leuco- « cytose. La diminution du nombre des leuco- « cytes nous a semblé l'élément le plus constant, « le plus caractéristique de la perturbation « sanguine. »

L'épreuve positive leur a permis de reconnaître une altération hépatique là où on ne la soupçonnait pas. L'épreuve négative a permis de réformer un diagnostic qui avait précédemment mis en cause une lésion du foie inexistante.

« Grâce à sa sensibilité extrême, l'épreuve de « l'hémoclasie digestive fournit au médecin un « moyen sûr et précis d'apprécier la valeur « fonctionnelle du foie ».

Symptômes et traitement du décollement prématuré du placenta normalement inséré.

Il s'agit d'un accident qui peut passer presque inaperçu aussi bien qu'il peut au contraire avoir les plus graves conséquences, et pour l'enfant, plus immédiatement menacé, et pour la mère.

Il doit être distingué du décollement du placenta *prævia*, plus facilement accessible et plus facilement curable dès lors.

Le décollement prématuré du placenta normalement inséré s'observe, soit au cours de la grossesse, soit au cours du travail, généralement chez les femmes albuminuriques. (Bourret, *Gaz. des hôp.*, 1921, n° 1.)

Les signes auxquels on le reconnaîtra sont : les douleurs continues, non rythmées ; un écoulement sanguin vaginal, des troubles généraux ressortissant à l'anémie aiguë ; l'état de l'utérus, qui augmente progressivement de volume, celui-ci étant exagéré relativement à l'âge de la gros-



sesse et qui est et demeure dur comme du bois, uniformément.

L'enfant, généralement, succombe.

Le traitement varie nécessairement selon que le cas est simple ou compliqué. Dans la première éventualité, on peut être amené à dilater manuellement le col dilatable et à terminer rapidement l'accouchement par un forceps ou une basiotripsie, puis par une délivrance artificielle.

Si la situation est grave, on en préviendra l'entourage de la parturiente. Puis, on agira selon que l'anémie aiguë est menaçante, ce qui est la règle, ou que l'évacuation de l'utérus pour tarir la source hémorragipare peut être immédiatement effectuée. Pour mieux dire, les deux interventions doivent marcher de pair.

Contre l'anémie, repos absolu, la tête basse, injections d'huile camphrée, d'éther, de sérum glycosé, transfusion sanguine citratée.

Ne pas donner de chloroforme.

L'évacuation de l'utérus sera réalisée autant que possible par les voies naturelles, après dilatation manuelle du col et basiotripsie. Si ces manœuvres sont impraticables, on tentera soit une césarienne abdominale, soit une hystérectomie en bloc, soit une hystérectomie après césarienne.

La césarienne vaginale doit être préférée, quand la femme est très anémiée : elle évite la perte de sang opératoire de l'abdominale et les risques d'infection péritonéale.

L'accident envisagé par l'auteur survient habituellement chez des albuminuriques. On pourra le prévenir en faisant suivre à ces gestantes le traitement prophylactique qui leur convient.

La chute rapide de la pression artérielle dans l'angine de poitrine.

Ce phénomène, au dire de M. Lutembacher, possède une valeur pronostique considérable. Lorsqu'il survient au cours d'une crise angineuse, il annonce la mort à très brève échéance.

La chute de la pression artérielle coïncide avec une tachycardie extrême, la faiblesse et l'inégalité des battements du cœur, et la disparition des douleurs caractéristiques de l'angine.

Cet ensemble de symptômes s'observe particulièrement chez les hypertendus angineux, qui reçoivent un coup de froid.

La chute de la pression artérielle est considérable. Celle-ci peut tomber de 25 - 28 à 8 - 9, en même temps que le cœur s'accélère jusqu'à 150 et 200 battements par minute.

Anatomiquement, ces faits s'expliqueraient par une dilatation aiguë des cavités cardiaques succédant à une distension douloureuse.

Au froid considéré comme la cause prochaine de cette distension, il faudrait, selon l'auteur, ajouter un accident tel que l'oblitération soudaine d'une coronaire, ainsi qu'il l'a constaté nécropsiquement chez un malade. La rupture de la coronaire serait un accident du même ordre.

A côté de ces aperçus quelque peu hypothétiques, il y a lieu de retenir surtout l'indication que donne, au point de vue de la gravité et de la fatalité du pronostic, la brusque chute de la pression artérielle chez un angineux en état de crise. (*Presse méd.*, 5 janv. 1920.)

G. D.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

Projet de révision de la loi sur la santé publique.

(M. Cazeneuve. — *Académie de médecine.*)

M. Cazeneuve discute le rapport de M. Léon Bernard relatif au projet de révision de la loi du 15 février 1902 sur la protection de la santé publique.

M. Léon Bernard s'est montré partisan, pour diminuer les oppositions locales à l'application des mesures d'hygiène (celle des maires, en particulier), de la création de services *régionaux*, devant remplacer les services départementaux. M. Cazeneuve estime qu'une transformation de ce genre n'est pas nécessaire. L'arsenal législatif de l'hygiène publique, en France, est selon lui suffisant, et il n'y aurait qu'à l'appliquer pour obtenir de bons résultats. Dans le département du Rhône, où la loi de 1902 est régulièrement en vigueur, toutes les mesures d'hygiène publique convenables ont, dans la majorité des cas, pu être mises en œuvre. C'est une arme suffisante lorsqu'elle est maniée par des hommes compétents et convaincus.

Le sucre dans la thérapeutique du nourrisson.

(M. P. Nobécourt. — *Académie de médecine.*)

Indispensable aux nourrissons bien portants, le sucre l'est également aux bébés malades ; de fortes doses de sucre sont même souvent nécessaires à ces derniers. M. Variot a observé le fait et M. Nobécourt l'a constaté également dans maintes circonstances.

Pratiquement, c'est le sucre ordinaire (saccharose) qu'il convient d'utiliser. Les autres sucres (lactose, maltose, glucose, lévulose) n'ont pas d'avantages et parfois même sont mal tolérés. On obtient des régimes hypersucrés en ajoutant 10 grammes ou 15 grammes de sucre à 100 gr. d'aliment (eau, eau de riz, lait de vache pur ou coupé, képhir, babeurre, bouillies maltosées, bouillon de légumes). Si l'enfant est au sein, on fait prendre au moment des tétées, quelques cuillerées à café d'eau bouillie très sucrée.

On emploiera ces aliments hypersucrés dans les mêmes conditions où on les emploie non sucrés : dans les vomissements habituels (lait, képhir), chez les hypotrophiques (lait sucré), au cours des affec-

tions gastro-intestinales aiguës (eau, eau de riz), dans diverses maladies (où l'alimentation est difficile à assurer). Le sucre intervient par sa valeur énergétique et il semble avoir une action favorable sur la diarrhée. Il ne faut pas s'attendre, cependant, à obtenir toujours des succès de l'alimentation hypersucrée. L'importance et la gravité de l'état morbide en cause ne le permettent pas dans tous les cas.

L'insuffisance hépatique des gastropathes.

(M. P. Le Noir. — *Académie de médecine.*)

Entre l'estomac et le foie existent de nombreuses relations pathologiques. Des maladies du foie peuvent retentir sur l'estomac (vomissements, hématémèses, dans la lithiase biliaire et les cirrhoses) et réciproquement (hypertrophie du foie dans les dyspepsies). Dans d'autres cas, une maladie hépatique et une gastropathie évoluent sous la dépendance de la même cause (alcoolisme, syphilis).

Sans s'arrêter à ces faits connus, M. Le Noir attire l'attention sur les lésions hépatiques et les troubles fonctionnels du foie cliniquement latents des gastropathies, dont l'existence ne peut être décelée que par des recherches de laboratoire. Cet état d'hépatisme latent s'observe surtout dans l'ulcère de l'estomac. On peut le mettre en évidence par la recherche de la glycosurie digestive (indice contesté d'insuffisance hépatique) de l'urobilinurie, par l'épreuve de l'hémoclasie digestive, etc. M. Le Noir a d'ailleurs eu l'occasion, chez plusieurs sujets, de constater anatomiquement cet hépatisme latent au cours d'examens nécropsiques.

En thérapeutique, cette donnée est intéressante. Elle pourra amener à modifier le régime et le traitement médicamenteux d'un gastropathe. Au point de vue opératoire, elle conduira à reculer quelquefois une intervention chirurgicale non urgente, à réduire la durée de l'anesthésie, à éviter le chloroforme, et à choisir de préférence l'éther, ou mieux, l'anesthésie rachidienne ou régionale, chez les malades en question.

Foyers gangréneux multiples : guérison par les sérums anti-gangréneux.

(MM. de Massary et Boulin. — *Académie de méd.*)

M. de Massary a observé un cas de gangrène du pharynx compliqué de foyers gangréneux secondaires disséminés sur le corps (membres, verge, etc.). Le traitement par le sérum antigangréneux (anti-vibrion, anti-perfringens, anti-œdematiens) appliqué chez ce patient, dont l'état était déjà très grave, a amené la guérison, au bout de quelques jours, L'auteur conseille d'user très largement du sérum dans toutes les gangrènes, cutanées ou viscérales.

Boissons chaudes et boissons froides : indications.

(M. M. Boigey. — *Académie de médecine.*)

Pour calmer la soif et la déshydratation dans les pyrexies, les hémorrhagies, après les exercices violents, les boissons chaudes sont-elles préférables aux boissons froides ? M. Boigey, qui est médecin-chef de l'école de Joinville, a soumis plusieurs élèves de l'école de gymnastique à une série d'expériences, dans le but de déterminer la vitesse d'absorption et d'élimination de l'eau froide et de l'eau chaude. Il a fait ingérer pour celà, 600 gr. d'eau sucrée à 1/20 contenant 0 gr. 10 de bleu de méthylène, et il a mesuré le moment d'apparition du bleu dans l'urine et la fin de l'élimination.

De ces expériences, il conclut que l'absorption des boissons chaudes (à 38°) est notablement plus rapide que celle des boissons froides et que leur élimination se fait également plus vite. Il conviendrait donc, chaque fois que l'on veut agir promptement, pour remplacer les liquides dont l'organisme a pu être spolié, de recourir à l'ingestion de boissons chaudes de préférence aux boissons froides.

M. Langlois a vu également que pour favoriser la régulation thermique, les boissons chaudes, en provoquant une diaphorèse plus rapide, étaient plus avantageuses que les boissons froides. Il en est de même dans le traitement des coups de chaleur. L'évaporation de 125 gr. d'eau par sudation a un pouvoir réfrigérant 10 fois plus grand que l'absorption de 250 gr. d'eau froide à 10°.

Mycose de l'huître comestible.

(M. Auguste Pettit. — *Académie de médecine.*)

Pendant l'année 1920, les parcs d'huîtres, en France et à l'étranger, ont été décimés par une épizootie qui a sévi d'une façon intensive et alarmé de ostréiculteurs. Chargé de procéder à une étude de cette épizootie, M. Auguste Pettit a découvert, dans les huîtres malades, un mycélium du genre *Nocardia*, qu'il propose d'appeler, en hommage au professeur Matruchot, N. *Matruchoti.*

Point important. L'ingestion d'huîtres malades ne paraît pas présenter d'inconvénient pour l'homme. Depuis plus de six mois, de nombreux spécimens atteints par l'épizootie ont été absorbés sans qu'aucun trouble consécutif ait été encore signalé.

La fièvre typhoïde à l'hôpital Dubois, 1919-1921.

(MM. Courtois-Suffit et F. Bourgeois. — *Académie de médecine.*)

Du 1er juillet 1919 au 1er janvier 1921, M. Courtois-Suffit a observé à l'hôpital Dubois 118 cas de fièvre typhoïde, dont 41 hommes et 77 femmes, notant ainsi, à la suite de M. Chauffard, la prédominance actuelle de la maladie dans le sexe féminin.

M. Courtois-Suffit montre également la gravité de l'affection lorsqu'elle est d'origine ostréaire. Dans les formes d'origine ostréaire (35 cas) la mortalité a été de 17 % et les complications de 71 %. Dans les formes d'origine non ostréaire (81 cas), la mortalité et les complications ont été seulement de 1,2 % et de 9,8 %.

Influence curative du choc anaphylactique dans les infections expérimentales.

(MM. ARLOING, DUFOURT et LANGERON. — *Académie de médecine.*)

Des recherches sur l'infection pyocyanique expérimentale ont conduit les auteurs à la conclusion qu'il est possible de guérir expérimentalement certaines infections à la suite de la production d'un choc anaphylactique.

Thérapeutique des gastropathies.

(M. HAYEM. — *Société médicale des hôpitaux.*)

A l'occasion de sa communication intitulée : Nouvelle contribution à l'étude des liquides stomacaux extraits à jeun, M. Hayem rappelle les grandes lignes de la thérapeutique des gastropathies qu'il préconise.

L'auteur est arrivé à condamner tous les médicaments, à l'exception des solutions salines. Il en est revenu, même pour l'ulcère, des régimes sévères. La manière de manger a plus d'importance que le choix des aliments. Il faut insister sur la mastication, la quantité des aliments, le nombre des repas et leur espacement.

Les solutions salines représentent les médicaments princeps dans les états gastropathiques. La formule nº 1 s'adresse aux hyperpeptiques et à l'ulcère de l'estomac (une fois les douleurs calmées par le bismuth ou le kaolin) :

Chlorure de sodium...........	1 gr.
Bicarbonate de soude..........	2 gr. 50
Sulfate de soude...............	3 gr.
Eau distillée...................	1000 gr.

Boire, le matin à jeun, en 3 fois, 250 cmc. de cette solution, tiédie au bain-marie à 40°. Augmenter chaque jour de 50 cmc. jusqu'à 500 cmc. Rester à cette dose de manière à faire une cure de 25 jours. Vingt minutes après le dernier verre, on pourra prendre le premier repas.

La formule nº 2 s'adresse aux états hypopeptiques :

Bicarbonate de soude..........	2 gr.
Chlorure de sodium .... Chlorure de magnésium cristallisé	} ââ 2 gr. 50
Eau distillée	1000 gr.

P. L.

Toulouse.

Etat parkinsonien consécutif à l'encéphalite léthargique.

(*Société de médecine de Toulouse.*)

MM. LAFORGUE, SOREL et PUJOL communiquent l'observation d'un malade qui, ayant eu en février 1920, une encéphalite léthargique classique et bien caractérisée, présente actuellement tous les symptômes d'un état parkinsonien : douleur générale de tout le corps, avec accentuation au niveau de la colonne cervicale, facies impassible par immobilité des muscles de la nuque, parole scandée, troubles mentaux légers, troubles sphinctériens, semi-tremblement à rythme lent du côté droit. L'état du malade paraît s'aggraver progressivement. Les auteurs insistent ensuite sur l'évolution de l'encéphalite léthargique et montrent que cette affection n'égratigne pas les centres nerveux mais laisse au contraire des lésions profondes, dont la terminaison ne se voit qu'au bout de plusieurs mois.

Traitement des polypes vésicaux par la haute fréquence.

MM. SIROL et DEBEAUX rapportent 9 cas de tumeurs de la vessie qui ont été traitées soit par la fulguration, soit par l'électrocoagulation. Ils ont pu constater quelques échecs avec le premier procédé, le second ne leur a jamais donné que des résultats favorables.

Pyopneumothorax guéri par l'arsénobenzol.

MM. LAFORGUE et PUJOL communiquent une observation de pyopneumothorax putride ayant succédé à une broncho-pneumonie, relevée chez un soldat, ancien syphilitique, soigné à l'hôpital militaire. L'examen bactériologique de l'expectoration ayant montré la présence de nombreux spirilles et la réaction de Wassermann étant positive, on décida de traiter le malade par l'arsénobenzol. Au bout de quelques injections, on obtint une guérison complète.

Hoquet épidémique.

M. MOSSÉ ayant eu l'occasion d'observer quelques cas de hoquet, en profite pour exposer l'état actuel de cette question. Il rappelle d'abord les différents travaux parus, puis il rapporte et analyse les cas qu'il lui a été donné d'observer. Il étudie ensuite les rapports que certains auteurs ont essayé d'établir avec la grippe et l'encéphalite léthargique et termine en discutant la question de la contagiosité du hoquet.

M. ROQUES communique et discute un certain nombre d'observations de hoquet où la notion de contagion ne lui semble que très rarement prouvée.

M. V. BADIN. rapporte une très intéressante auto-observation de hoquet ayant duré pendant 4 jours avec de très courtes rémissions.

Etude médico-légale des brûlures constatées sur le cadavre.

M. SOREL donne lecture d'un travail sur les caractères particuliers que présentent les brûlures des corps morts et qui permettent d'affirmer, en médecine légale, si la mort naturelle a ou non précédé des lésions produites par le feu.

Hémiplégie au cours d'épanchements pleurétiques.

MM. SERR et LAPORTE présentent les observations de trois malades atteints d'hémiplégie orga-

MICTASOL

SPÉCIFIQUE DU

PROSTATISME

EST UN DÉCONGESTIF EXTRÊMEMENT PUISSANT, UN ANTISEPTIQUE ÉNERGIQUE ET UN SÉDATIF CERTAIN ET IMMÉDIAT. SA TOLÉRANCE EST PARFAITE ET SON INOCUITÉ ABSOLUE. SANS CONTRE-INDICATION.

IL EST TOUT INDIQUÉ DANS LES

BLENNORRAGIES — URÉTHRITES
CYSTITES — PYÉLO-NÉPHRITES
URETÉRITES — CONGESTIONS RÉNALES
AVEC OU SANS ALBUMINURIE —
HYPERTROPHIE DE LA PROSTATE.

Littérature et échantillons sur demande.
LABORATOIRES JOCYL
COUDERC & ROZIÈS, Pharm. de 1re cl.
39, RUE St GEORGES
PARIS

CHAQUE COMPRIMÉ TITRE :

Camphre monobromé	0,02
Héxaméthylènetétramine	0,05
Noix de Sterculia purpuéra pulv.	0,25
Sucre vanillé	Q.S.

MODE D'EMPLOI :
CROQUER 6 COMPRIMÉS PAR JOUR
MATIN — MIDI — SOIR

PRIX : 8 FRANCS LE FLACON



Pub. J. B. de Puybelle

AIX-LES-BAINS

(SAVOIE)

à 9 h. de Paris sur la ligne directe **PARIS-ROME**

AU BORD DU LAC DU BOURGET

TRAITEMENT PAR LE MASSAGE SOUS LA DOUCHE

Sciatique — Rhumatisme — Goutte
Syphilis & Suites de Blessures de Guerre

Eaux Sulfureuses chaudes (47°) radio - actives

ÉTABLISSEMENT THERMAL OUVERT TOUTE L'ANNÉE

Traitement interne comme adjuvant par les Eaux Diurétiques
Deux-Reines
Saint-Simon
Massonat

INSTITUT ZANDER
Physiothérapie.
Station d'Altitude : Mont-Revard, 1.600 mètr.

SOURCES DE MARLIOZ
Eaux Sulfureuses fortes pour les affections de la gorge et des bronches.

— *Pour tous renseignements, s'adresser au* **Comité d'Initiative**, *place de l'Hôtel-de-Ville.* —

nique au cours d'épanchements pleurétiques. A l'occasion de ces trois cas, les auteurs, après avoir rappelé les principaux travaux parus sur cette question, montrent l'intérêt clinique et thérapeutique de ces faits et insistent sur la pathogénie très variable (hystérie, embolie, infection, accidents épileptiformes) des hémiplégies au cours des épanchements pleuraux.

(*Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Toulouse.*)

Nouvelle observation de placenta prævia central.

M. Laurentie communique le cas d'une femme âgée de 30 ans, enceinte de 8 mois 1/2, qui présentait depuis 2 mois des hémorragies génitales assez abondantes. L'utérus, assez volumineux, contenait un fœtus mort en présentation du siège, le placenta recouvrait complètement le col. Il fallut procéder sous anesthésie chloroformique à la dilatation artificielle, puis à l'extraction du fœtus en passant à travers le placenta.

Eléphantiasis de la vulve.

M. Tourneux rapporte l'histoire d'une malade présentant de l'hypertrophie des grandes lèvres, hypertrophie réactionnelle et due à la stase lymphatique causée par une adénopathie inguino-crurale double.

Prolapsus utérin.

M. Dambrin présente l'observation d'une jeune femme atteinte de prolapsus utérin par allongement hypertrophique du col compliqué d'annexite bilatérale. Par suite de l'existence de cette dernière lésion, on ne put se borner à une simple amputation du col, mais il fallut procéder à une hystérectomie abdominale totale. L'auteur discute ensuite les indications opératoires des diverses variétés de prolapsus utérin.

Grossesse chez une myxœdémateuse.

MM. Audebert et Claverie, au sujet de cette observation, relativement rare, par suite de la dysovarie qui existe généralement chez les femmes présentant du myxœdème, insistent sur les modifications apportées au corps thyroïde du fait de la grossesse et qui ont consisté en une augmentation de volume. Cette hypertrophie n'a été que passagère, car elle tend à disparaître depuis l'accouchement.

J. T.

BIBLIOGRAPHIE CRITIQUE

Revue des Livres.

MASSON, éditeur.

Dr Marcel Labbé. — Le diabète sucré. — Ce livre est le fruit d'un long travail personnel et a pour base les recherches faites par l'auteur depuis une dizaine d'années. Les nombreux travaux du professeur Marcel Labbé, ses études cliniques publiées dans les journaux médicaux, ses leçons faites dans les hôpitaux, appellent l'attention du monde scientifique sur le nouvel ouvrage qui paraît, et dans lequel l'auteur a résumé des années d'études et d'expérience.

Se basant sur une méthode d'observation précise qui consiste à établir le bilan de la nutrition, le Pr Labbé distingue deux grands types morbides : le diabète sans dénutrition et le diabète avec dénutrition azotée. Il montre comment on peut reconnaître ces deux types, établir le pronostic dans chaque cas particulier et le traitement qui convient ; dans la thérapeutique, il fait au régime alimentaire la part principale.

Il étudie ensuite quelques formes spéciales de diabète : hépatique, pancréatique, hypophysaire, infectieux. Il passe en revue les principales complications : nerveuses, cutanées, infectieuses, et il consacre un long chapitre à la tuberculose et surtout à son traitement chez les diabétiques.

Enfin, l'auteur expose d'une façon complète la question de l'acidose et du coma diabétique, avec ses symptômes, sa pathogénie et sa thérapeutique, et rapporte l'exemple de deux cas de coma diabétique guéris par l'alcalino-thérapie.

Ces études intéresseront à la fois le physiologiste et le médecin praticien. — De cet exposé scientifique et pratique à la fois, le traitement des malades se trouvera certainement amélioré.

Dr Gilbert Pignet (de Toulon). — **Le diagnostic clinique de la syphilis.** — L'auteur est trop modeste quand il nous dit que « son livre est écrit sans aucune prétention littéraire ou scientifique ». L'ouvrage aura du succès, car il est instructif, clair, précis et attrayant. Selon les paroles de M. le Pr Nicolas, « ce livre arrive à son heure, il rendra les plus grands services aux médecins praticiens » (1).

(1) La Maison française d'art et d'édition, Paris.

PARTIE PROFESSIONNELLE

LA VIE SYNDICALE ET PROFESSIONNELLE

Le tarif étatique des soins médicaux aux pensionnés de gurere.

Le tarif étatique établi conformément au vote du Parlement, sur la proposition de M. Maginot, a paru à l'*Officiel* du 10 mars dernier.

Nous le publions ci-dessous, à titre documentaire, et pour que nos lecteurs puissent se rendre compte du degré d'incompétence auquel peut atteindre l'administration française, quand elle se mêle de traiter des questions intéressant directement une profession à laquelle elle est complètement étrangère.

Disons-le nettement : *ce tarif est inacceptable.* Si, sur la foi de certains racontars bien intentionnés, mais d'origine douteuse, nous avions pu croire que l'entente, repoussée par M. Maginot avec l'Union des Syndicats médicaux, pourrait être réalisée quand même, tout au moins officieusement, nous sommes profondément déçus. Mais devons-nous en être surpris ? N'est-il pas dans les habitudes du Pouvoir de prétendre faire prévaloir son omnipotence absolue sur des terrains où l'on se trouve cependant deux de jeu ?

Nous publions la décision de l'Union des Syndicats médicaux, en présence de cet insolent défi adressé au corps médical, qui méritait mieux, après les exemples de dévouement, d'abnégation, d'esprit de sacrifice, de science et de conscience, et même d'héroïsme qu'il a donnés en grande majorité, au cours de la guerre.

Pour notre compte, nous répétons qu'aucun médecin n'est tenu d'accepter un tarif qui ne lui convient pas, pas plus qu'il n'est contraint de donner ses soins à quiconque, s'il juge à propos d'agir autrement.

Qu'on ne me rétorque pas que je dis ici précisément le contraire de ce que j'ai maintes fois proclamé, à propos de la Grève des soins.

Nous sommes unanimes, au *Concours médical*, à la condamner, lorsqu'elle revêt un caractère politique, et représente une action concertée à l'avance et systématiquement déclenchée.

Mais, par contre, dans certains cas très particuliers d'espèce, nous restons libres de nous-mêmes, absolument libres.

Vous voyez-vous, contrères qui exercez dans les communes de moins de 50.000 habitants, et vous êtes légion, vous voyez-vous contraints de recevoir une sorte d'aumône de 4 à 6 francs, pour les soins que vous donnerez au commerçant, à l'industriel, à l'employé supérieur d'une administration publique ou privée, au bourgeois, et même au châtelain, pensionnés de guerre, quand ils vous appelleront pour une manifestation pathologique résultant de leur invalidité militaire, tandis que vous auriez le droit de leur réclamer, selon votre tarif local, infiniment plus s'ils recouraient à vous pour une affection indépendante de cette même invalidité ?

En posant la question sous cette forme concrète, nous sommes bien assurés de faire apparaître à vos yeux l'incompatibilité foncière qui existe entre votre dignité et une soumission aveugle et dégradante aux volontés du Prince.

Nous redirons sans nous lasser : *ce tarif est inacceptable ; vous ne devez pas l'occepter, quoiqu'il arrive.*

Notez que je ne m'arrête pas, pour ne pas prolonger ces commentaires, à l'inconséquence que représente l'absence de tout tarif chirurgical, les pensionnés ayant besoin d'une intervention devant systématiquement être hospitalisés.

C'est à dessein que nous disons : *quoiqu'il arrive*, même si, devant votre volonté nettement exprimée de ne pas vous soumettre, l'État envisage la suppression du libre choix légal et la création d'un corps de médecins fonctionnaires.

Nous allons même plus loin, et nous n'hésitons pas à déclarer que nous le souhaitons.

Les pensionnés, aveuglés en partie par la pression démagogique dont ils sont l'objet, pression à laquelle concourt, c'est triste à dire, certaine grande presse qui prouve ainsi sa liberté d'action (!), ouvriront alors les yeux. Ils comprendront que leur créance sur l'État, cette créance que Clémenceau avait formellement et solennellement reconnue en plein Parlement, risque fort d'être compromise, et que l'État, finira par s'acquitter de sa dette par un procès-verbal de carence.

Un mot pour finir : quand nous avons baptisé les tarifs successifs pour les accidents du travail : *tarif Dubief, tarif Breton*, nous avons voulu manifester ainsi notre gratitude aux hommes d'État qui ont eu la volonté d'entrer dans la voie d'une meilleure organisation d'une branche de la médecine sociale.

Nous baptisons aussi, mais avec une signification diamétralement opposée, le tarif étatique des soins aux pensionnés de guerre, *tarif Maginot.* Il importe, en effet, pour l'édification des masses, que le nom de M. Maginot reste accolé à tout jamais à cette élucubration : cela fera la contre-partie des titres de gloire que certains lui reconnaissent.

G. DUCHESNE.

***

Voici la note que veut bien nous communiquer l'Union des Syndicats médicaux de France.

Le tarif publié hier par le *Journal Officiel* ne peut qu'aggraver le conflit existant depuis le 1er février entre le Corps médical et le Ministère des Pensions.

On se rappelle que l'Union des Syndicats médicaux de France demandait :

1° Une organisation de soins, c'est-à-dire une nomenclature complète des actes médicaux, chirurgicaux et de spécialités, un véritable statut précisant les modalités d'application et de fonctionnement du tarif ;

2° L'établissement d'un contrôle sérieux ;

3° Un tarif suffisant pour permettre aux médecins, qui ont besoin de vivre, de faire convenablement leur métier.

Au cours du conflit, l'Union des Syndicats médicaux avait dit que le Ministère entendait ne pas créer cette organisation de soins, se borner à tarifer la visite et la consultation et, pour le reste, envoyer systématiquement à l'hôpital les malades qui auraient besoin d'une intervention quelque peu importante, soit de médecine, soit de chirurgie, soit de spécialité.

Nous avions dit que l'Administration voulait calquer le service médical pour les Bénéficiaires de la loi des pensions sur son service d'assistance publique.

Or, le décret publié hier confirme pleinement ce qu'avait prévu l'Union des Syndicats médicaux. Le tarif publié est d'une insuffisance complète ; *il ne comporte aucun tarif chirurgical, aucun tarif pour les actes médicaux*, en dehors de la visite et de la consultation, exception faite de quelques petites interventions dont la nomenclature n'est même pas donnée et qui sont évidemment insignifiantes.

Ainsi, il est démontré que l'Administration veut systématiquement adresser les malades à l'hôpital, leur retirant par cela même *la liberté de se confier au médecin de leur choix*.

Le décret ne comporte aucune *organisation de contrôle*, il fait simplement allusion à un décret antérieur qui, lui-même, est d'*une telle insuffisance sur ce point qu'il n'est défendu par personne*.

Enfin les prix proposés par l'Etat sont tels qu'il est impossible à un médecin qui veut faire consciencieusement son métier, de vivre dans les conditions qui lui sont offertes, sauf pour la première catégorie.

Le Corps médical, cédant à des sollicitations d'ordre budgétaire, avait fini par accepter que les prix appliqués aux honoraires pour soins donnés aux Bénéficiaires de la Loi des Pensions, soient les mêmes pour la visite et la consultation, que ceux qui ont été acceptés pou r le tarif des accidents du travail. Le Corps médical avait fait cette concession pour affirmer sa bonne volonté et pour démontrer qu'il ne s'agissait pas seulement pour lui d'une question d'argent. Le Ministère, au lieu de cela, a divisé les médecins en cinq catégories, dont la première est payée deux fois plus cher que la cinquième ! Cette division, qui ne repose sur rien, qui met les médecins des campagnes et des petites villes dans un état d'infériorité notoire, ne peut être acceptée par le Corps médical.

Par conséquent, le conflit continuera jusqu'à ce que satisfaction ait été donnée sur les trois points suivants ;

1° Organisation de soins qui garantisse le libre choix du malade et lui permette, dans les cas les plus graves, de donner sa confiance au médecin qu'il aura librement désigné ;

2° Organisation d'un contrôle sérieux ;

3° Tarif établi d'accord et suffisant pour permettre aux médecins de faire honnêtement la médecine.

L'Union des Syndicats médicaux s'étonne qu'on demande à une profession libérale, très lourdement frappée, de faire des sacrifices qu'elle ne pourrait consentir qu'au détriment des malades eux-mêmes ; elle s'étonne d'autant plus que la crise des professions libérales est aujourd'hui officiellement reconnue et que les médecins ne comprennent pas, dans leur sein, un seul des profiteurs de guerre.

Les Médecins n'acceptent donc pas un tarif qui n'a pas été etabli d'accord avec eux et que l'Etat *ne peut leur imposer*. Ils ignoreront le décret du 9 mars et ils continueront à ne pas reconnaître aux blessés, malades et mutilés de guerre la qualité de bénéficiaires de la loi. Ceux-ci seront soignés comme des malades ordinaires, selon la décision prise par l'Union des Syndicats médicaux, dans l'intérêt même des blessés, malades et mutilés de guerre.

***

CONFÉDÉRATION GÉNÉRALE DE TOUTES LES VICTIMES DE LA GUERRE.

PROTESTATION

Les soins aux réformés.

La Confédération Générale de toutes les victimes de la guerre, 24, rue Taitbout, Paris,

PROTESTE contre le décret du 9 mars réglementant l'application de l'article 64 de la loi du 31 mars 1919 ;

DÉNONCE qu'il porte une atteinte grave au libre choix du médecin par le réformé ;

SIGNALE qu'il n'assure pas d'une façon impérative la gratuité des soins médicaux et pharmaceutiques ;

S'ÉTONNE qu'il ne contienne aucune disposition tendant à rembourser aux réformés ou à leurs ayant droit, les dépenses occasionnées aux bénéficiaires de l'article 64, pour se procurer les soins ;

ASSURE le corps médical de sa reconnaissance pour avoir prodigué, jusqu'ici sans rétribution aucune, ses soins aux victimes de la guerre.

Rapport au Président de la République Française.

Paris, le 6 mars 1921.

Monsieur le Président,

La loi du 31 mars 1919 sur les pensions militaires par son article 64 met à la charge de l'État les soins médicaux, chirurgicaux et pharmaceutiques dont les militaires et marins, bénéficiaires de cette loi, peuvent avoir besoin pour les accidents ou complications résultant de la blessure ou de la maladie qui a donné lieu à pension.

Le règlement d'administration publique du 26 septembre 1919 a fixé l'organisation et le contrôle des soins à donner en vertu de cet article 64.

Le présent projet de décret a pour objet de déterminer les tarifs auxquels ces soins doivent être payés.

Le paragraphe 5 de l'article 64 de la loi du 31 mars 1919 était ainsi conçu :

« Les frais des soins médicaux et pharmaceutiques seront supportés par l'État. Le tarif en sera établi par un décret d'administration publique pris après entente avec les représentants autorisés des organisations et des syndicats professionnels intéressés. »

L'entente avec les représentants des médecins prévue par ce texte et à laquelle était subordonné l'établissement des tarifs, n'ayant pu, après un an et demi de négociations, être réalisée ni par le ministère de l'intérieur, ni par le ministère des pensions en raison des prétentions émises par les syndicats médicaux, les Chambres ont modifié le paragraphe 5 de l'article 64 par l'article 54 de la loi des finances du 31 décembre 1920, ainsi conçu :

« Les frais des soins médicaux et pharmaceutiques seront supportés par l'État. Le tarif en sera établi par un décret rendu en la forme des règlements d'administration publique. »

Aussitôt le vote de cette loi, le conseil d'État a été saisi d'un projet de décret fixant les tarifs prévus par l'article 64.

Le texte adopté par le conseil d'État établit des tarifs pour l'ensemble de la France. Ces tarifs, en ce qui concerne la visite et la consultation médicale, varient suivant le chiffre de la population. L'indemnité kilométrique sera fixée par arrêté interministériel sur propositions des préfets sans pouvoir excéder 1 fr. 50 par kilomètre.

Quant aux tarifs pharmaceutiques, ils seront également fixés par un arrêté interministériel après avis de la commission spéciale prévue par l'article 7 du présent projet de décret.

Le projet de décret dont les dispositions viennent d'être brièvement résumées permettra de rémunérer les médecins et les pharmaciens pour les soins qu'ils ont donnés et pour les médicaments qu'ils ont fournis aux invalides de la guerre dans le passé. Des crédits vont être immédiatement délégués aux préfets afin qu'ils puissent, sans tarder, effectuer le règlement des sommes dues par l'État à ce double titre.

Le décret permettra en même temps d'assurer aux médecins pour les soins qu'ils donneront aux mutilés dans l'avenir, une rétribution équitable, très supérieure à celle qui résulterait de l'application des tarifs de l'assistance médicale et qui représente pour l'État, dans les circonstances actuelles, le maximum de l'effort financier qu'il peut faire.

Si vous approuvez la teneur du projet de décret ci-joint, nous avons l'honneur de vous prier de vouloir bien le revêtir de votre signature.

Veuillez agréer, Monsieur le Président, l'hommage de notre respectueux dévouement.

Le ministre des finances,
Paul DOUMER.

Le ministre des pensions, primes et allocations de guerre,
MAGINOT.

Décret du 9 mars 1921.

Le Président de la République française,

Sur le rapport du ministre des pensions, primes et allocations de guerre et du ministre des finances,

Vu la loi du 31 mars 1919 et, notamment le paragraphe 5 de l'article 64 modifié par l'article 54 de la de la loi de finances du 31 décembre 1920 ainsi conçu : « Les frais des soins médicaux et pharmaceutiques seront supportés par l'État. Le tarif en sera établi par un décret rendu dans la forme des règlements d'administration publique » ;

Vu le décret du 26 septembre 1919, portant règlement d'administration publique pour l'application de l'article 64 de la loi du 31 mars 1919 ;

Le conseil d'État entendu,

Décrète :

TITRE Ier

TARIFS MÉDICAUX DE CONSULTATION ET DE VISITE

Art. 1er. — Le prix de la consultation et de la visite médicale, y compris les menues interventions telles que pansement simple, petits massages, pointes de feu, ventouses, injections hypodermiques, est fixé comme suit :

Communes de 5.000 habitants au plus :	
Consultation	4 fr.
Visite	5 fr.
Communes de 5.001 à 50.000 habitants :	
Consultation	5 fr.
Visite	6 fr.
Communes de 50.001 à 100.000 habitants :	
Consultation	6 fr.
Visite	7 fr.
Communes de 100.001 à 200.000 habitants :	
Consultation	7 fr.
Visite	8 fr.
Communes au-dessus de 200.000 habitants :	
Consultation	8 fr.
Visite	10 fr.

Lorsqu'il sera procédé à une visite, le billet de visite devra faire connaître les motifs qui ont empêché l'intéressé de se transporter chez le médecin.

Le tarif applicable est celui qui répond à la population du domicile du bénéficiaire de la loi de 1919.

Art. 2. — Si le médecin traitant estime qu'il y a lieu d'appeler en consultation un autre médecin, notamment un spécialiste, il en avise immédiatement le préfet et lui fait connaître les motifs pour lesquels la consultation est demandée. Le médecin consultant est rémunéré au moyen d'un billet de visite en travers duquel sont inscrits les mots : « médecin appelé en consultation », signé à la fois par le médecin traitant et par le médecin consultant. Ce dernier est rémunéré au tarif de la commune qu'il habite, majoré de 50 p. 100.

Art. 3. — Le prix de la visite est doublé lorsque, dans les cas d'urgence, elle doit avoir lieu entre vingt-deux heures et six heures.

Les circonstances qui justifient l'urgence doivent être mentionnées sur le bulletin de visite.

TITRE II

FRAIS DE DÉPLACEMENT DES MÉDECINS

Art. 4. — Les indemnités de déplacement auxquelles peuvent avoir droit les médecins appelés à donner des soins à domicile sont établies pour chaque département, sur *la proposition des préfets*, par

RENOUVELLEMENT DES ABONNEMENTS

Pour éviter les frais de recouvrement nous prions nos abonnés de vouloir bien nous adresser le montant de leur abonnement, soit **24 fr.**, par versement à notre compte de chèques postaux PARIS 167-95, versement qui peut être fait dans tous les bureaux de poste.

arrêtés concertés entre le ministre des pensions et le ministre des finances. Les tarifs tiendront compte des régions, parcours et modes de transport.

Les indemnités ne pourront être supérieures à 1 fr. 50 par kilomètre effectivement parcouru, sans que le montant total de l'indemnité puisse excéder celle attribuable au médecin ou au spécialiste le plus rapproché.

L'indemnité kilométrique n'est allouée en aucun cas ni pour les parcours de moins de 2 kilomètres, ni dans les limites d'une agglomération, ni dans les communes de 100,000 habitants et au-dessus.

Lorsqu'un médecin visite plusieurs malades échelonnés sur un même parcours, l'indemnité kilométrique n'est décomptée qu'une fois, en tenant compte du parcours effectué. Le montant de l'indemnité est décompté sur la feuille de visite du malade le plus éloigné avec référence réciproque entre la feuille de visite des différents malades visités.

TITRE III

Interventions opératoires

Art. 5. — Les interventions opératoires nécessitant l'hospitalisation sont assurées gratuitement aux frais de l'État dans les hôpitaux appropriés, aux conditions fixées par le paragraphe 6 de l'article 64 de la loi du 31 mars 1919.

Art. 6. — Les opérations de petite chirurgie et les menues interventions qui ne nécessitent pas l'hospitalisation et ne rentrent pas néanmoins dans les actes médicaux usuels indiqués à l'article 1er sont tarifées au prix de deux ou de trois consultations ou visites, suivant la distinction qui sera faite par une instruction ministérielle prise après avis d'une commission spéciale.

La nature et le prix de l'intervention sont portés par le médecin sur le bulletin de visite, qui est alors spécialement soumis au contrôle prévu par l'article 19 du décret du 26 septembre 1919.

TITRE IV

Produits pharmaceutiques

Art. 7. — Le tarif des produits pharmaceutiques à livrer au bénéficiaire de l'article 64 de la loi du 31 mars 1919 sera établi par arrêté concerté entre le ministre des pensions et le ministre des finances après avis d'une commission spéciale de cinq membres comprenant au moins un médecin et un pharmacien.

Ce tarif comportera le prix des examens bactériologiques, analyses et réactions ordonnés par les médecins et pour lesquels on ne pourrait recourir aux laboratoires publics.

Art. 8. — Le ministre des pensions, primes et allocations de guerre et le ministre des finances sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française et inséré au *Bulletin des lois*.

LÉGISLATION PRATIQUE

Nouvelle loi et nouveau projet de loi sur les loyers.

La loi du 1er mars 1921 « relative au maintien provisoire en jouissance des locataires de bonne foi de locaux d'habitation » a eu pour effet d'émouvoir un certain nombre de nos correspondants, qui ont pensé qu'elle remettait en question les prorogations de baux accordées antérieurement par la loi du 9 mars 1918 et celles qui l'ont suivie.

Or, il n'en est rien, et cette loi nouvelle ne modifie en aucune façon les droits acquis ou en puissance en vertu des lois antérieures. Elle n'a eu pour but au contraire que de régler, provisoirement, la situation des locataires qui n'ont à bénéficier d'aucun droit de prorogation ou de ceux qui, appelés à en bénéficier, ont négligé de remplir les formalités légales en temps utile, et ont ainsi encouru la forclusion de leur droit.

Par l'article 1er de la loi nouvelle, il est accordé au locataire d'un local à usage d'habitation personnelle, dont le contrat est arrivé ou arrive à expiration avant le 1er juillet 1921, le droit, à défaut d'accord amiable avec son bailleur, de demander judiciairement, dans le mois de la promulgation de la loi, c'est-à-dire au plus tard le 1er avril prochain, son maintien provisoire dans les lieux loués, durant un délai maximum de six mois à compter de l'expiration du terme en cours au moment de la décision à intervenir.

Les médecins qui se trouvent dans ce cas peuvent bénéficier de cette disposition, attendu que la maison ou l'appartement dans lequel ils exercent leur profession est, en même temps qu'un local professionnel, un local à usage d'habitation personnelle.

La demande doit être faite devant le Président du Tribunal civil statuant en référé ou, pour les loyers inférieurs à 600 fr., devant le juge de paix.

Pour qu'elle puisse être favorablement accueillie, il faut que le locataire :

1° Justifie qu'il a rempli toutes les conditions imposées par son contrat, par les usages locaux ou par décision judiciaire ;

2° Occupe ou s'engage à occuper dans la plus grande partie l'immeuble donné à bail, soit par lui-même, soit par les membres de sa famille qui l'occupaient antérieurement avec lui ;

3° Prenne l'engagement de payer, en sus du loyer, une majoration qui, à défaut d'accord amiable, sera fixée par le juge en tenant compte de l'aggravation des charges subies par le propriétaire.

Ne pourront bénéficier de la loi les locataires

ayant été imposés à la contribution pour bénéfices de guerre. Ses dispositions ne seront pas opposables aux veuves de guerre ni aux titulaires des pensions militaires ou civiles accordées par les lois des 31 mars 1919 et 24 juin 1919, à moins que le locataire ne soit lui-même une veuve de guerre, un de ces pensionnés ou un réfugié des régions libérées ne pouvant réintégrer son local d'habitation d'avant-guerre.

Elles ne seront pas non plus opposables au propriétaire qui prouvera qu'il va occuper réellement le local à titre d'habitation par lui-même, par ses ascendants ou ses descendants, ou par ceux de son conjoint.

La loi ne pourra être invoquée par le locataire ayant plusieurs logements, à moins qu'il ne justifie que sa fonction ou sa profession l'y oblige.

Elle ne pourra être invoquée, enfin, que par des Français, ou par des étrangers ayant servi dans les armées alliées.

***

La loi du 1er mars 1921, n'a, comme on le voit, qu'un caractère provisoire. Elle ne provient que de l'impuissance du Parlement à trouver une transition acceptable entre la situation anormale provenant de la guerre et de la législation exceptionnelle qu'elle a nécessitée et le régime normal des locations. Nos législateurs ont trouvé expédient de laisser aux juges, pour six mois, en attendant mieux sans doute, le soin de choisir une solution de nature à contenter à la fois propriétaires et locataires.

On peut espérer que le projet de loi que vient de déposer le Garde des Sceaux, et qui remplace celui de son prédécesseur, s'il n'est pas, ce qui semble très probable, adopté *ne varietur* par les Chambres, servira de base à une loi qui sera la dernière des lois d'exception en cette matière.

Dans son titre premier, ce projet règle la liquidation des prorogations accordées par les lois antérieures, d'une part, en décidant qu'elles prendront fin au terme d'usage qui suivra la date de leur expiration ; d'autre part, en obligeant les locataires à réclamer, à peine de forclusion, dans le mois de la promulgation de la loi, le bénéfice de la prorogation à laquelle ils auraient droit et qu'ils n'auraient pas encore demandé.

Cette dernière disposition aurait pour effet de fixer de suite la durée totale de la jouissance, alors que l'interprétation que la Cour de Cassation a donnée à la loi du 9 mars 1918 permet de la laisser incertaine jusqu'à l'échéance de trois mois avant l'expiration du bail.

Le délai d'un mois prévu par le projet pour la notification de prorogation paraît bien court ; il semble que celui de trois mois pourrait sans inconvénient être adopté.

Le titre II prévoit que de courtes prorogations nouvelles, avec majoration du loyer, pourront être accordées, mais seulement dans les communes dont le Conseil municipal l'aura réclamé, dans le mois de la promulgation de la loi, et vu l'insuffisance des locaux d'habitation dans la commune.

Dans ces communes, des prorogations de durée variable, suivant des catégories fixées par la loi, pourraient être accordées aux locataires qui auraient exécuté tous leurs engagements et dont la location expirerait au plus tard le 1er janvier 1922, que ce soit par l'effet de la convention, d'un délai accordé par le juge, ou d'une prorogation légale.

Sauf accord amiable, cette prorogation devrait être réclamée dans le mois de la mise en application de la loi, par lettre recommandée avec avis de réception, adressée au bailleur et indiquant le montant du loyer offert.

En cas de désaccord, manifesté par la même voie (le silence équivalant à une acceptation), le juge des référés ou le juge de paix, suivant que le loyer annuel était ou non supérieur à 600 fr., serait saisi par la partie la plus diligente.

Les deux autres titres concernent l'application de la loi sur la spéculation illicite à cette matière et la restriction du bénéfice de la loi aux Français et aux étrangers ayant servi dans les armées alliées.

Nous rappelons qu'il ne s'agit là que d'un projet et que la loi à laquelle il aboutira en différera peut être du tout au tout. Nous ne manquerons d'ailleurs pas de la commenter aussitôt qu'elle aura vu le jour.

J. DUMESNY.

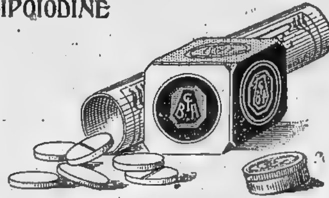
HYGIÈNE PUBLIQUE

La charte sanitaire universelle.

Dans un article paru dans le *Concours médical* du 13 mars sous le titre : « *Les dangers de la transmigration. Le remède* », j'ai étudié la question sous un angle déterminé et indiqué un moyen efficace, économique et immédiatement applicable de préserver notre pays, en mettant les compagnies d'émigration en demeure de ne présenter à nos frontières que des passagers « *sanitairement préparés* » sous notre surveillance.

Dans mon esprit il ne s'agit en cela que de parer au plus pressé, mais je crois qu'il faut envisager d'une façon bien plus large la protection sanitaire du monde entier. A quoi riment les mesures de protection telles que les prend l'Amérique, si ce n'est à assurer par elle-même sa propre sécurité parce qu'elle manque de con-


MÉDICATION IODURÉE
SANS IODISME
LIPOIODINE
CIBA
GRANDE ACTIVITÉ
TOLÉRANCE PARFAITE
41 o/o d'Iode
ABSORBÉE PAR LES CHYLIFÈRES INTESTINAUX
ACTION ÉLECTIVE SUR LES TISSUS GRAS ET NERVEUX
ÉLIMINÉE D'UNE FAÇON LENTE ET PROGRESSIVE
COMPRIMÉS DE SAVEUR AGRÉABLE
TUBES DE 10 ET 20 COMPRIMÉS.
INDICATIONS
RHUMATISME
ARTÉRIO-SCLÉROSE
HYPERTENSION
ASTHME
OBÉSITÉ
SYPHILIS
ARTHRITISME
LYMPHATISME
EMPHYSÈME



fiance dans les mesures prises par les gouvernements étrangers ? C'est la même considération qui guidera la France si, comme je le demande, notre gouvernement se décide, pour sa protection, à user des mêmes moyens.

Chaque pays sera amené par contre-coup à agir de même. Qui ne voit combien les pérégrinations des émigrants seront dès lors rendues plus longues, plus pénibles. Si chaque gouverment, à l'instar des Etats-Unis, exige une observation de quelques jours, de chaque caravane, dans un pays indemne et une immunisation des émigrants par ses propres méthodes et ses propres vaccins, ce sera un véritable calvaire que devront gravir tous les émigrants se rendant de Constantinople à New-York à travers les divers pays de l'Europe centrale. Ce seront des mises en observation quatre ou cinq fois répétées et leur histoire rappellera celle de l'*éternel vacciné* qui fit notre joie dans une revue du front jouée par je ne sais plus quel régiment de zouaves.

Et pourtant il est bien à présumer que par réciprocité — j'allais écrire : par représailles — les autres pays prendront des dispositions analogues quand l'un de ceux du continent aura décidé d'imiter l'Amérique.

Toutes ces mesures particularistes procèdent d'un état d'esprit unique : le manque de confiance qu'a chaque pays dans l'organisation sanitaire des autres.

L'Amérique va certes un peu fort lorsqu'elle s'arroge l'infaillibilité pour ses méthodes et ses vaccins. Je ne crois pas que les médecins qui, aux armées, ont eu à utiliser ses produits, quand les nôtres manquaient, partagent les mêmes enthousiasmes.

Dans le domaine médico - chirurgical tout comme dans le domaine industriel (locomotives, navire de la flotte d'Etat, etc...), nous avons trop souvent été amenés à apprécier la proportion un peu élevée de « bluff » que comporte toute production américaine. Peut-être ne tient-elle pas d'ailleurs trop fortement à maintenir ses prétentions dans ce domaine et accepterait-elle l'emploi de nos vaccins nationaux. Je ne crois pas notamment qu'à Cherbourg, elle ait maintenu sur ce point l'intégralité de ses exigences.

Par contre, je crois qu'elle n'a aucune confiance dans notre organisation sanitaire, tant au point de vue du matériel que du personnel. Et je ne saurais, pour mon compte personnel, lui tenir rigueur de sa méfiance.

En ce qui concerne le matériel d'abord, il est incontestable qu'il est inexistant : cette constatation en abrègera la critique. En ce qui concerne le personnel, entendons-nous bien. Je ne crois pas le moins du monde que les Américains nient la valeur professionnelle de nos médecins. Bien au contraire, je sais en quelle estime ils nous tiennent et le très aimable médecin américain qui, à Cherbourg, assure l'application des lois américaines, M. le Dr Brunelle, m'a toujours parlé dans les termes les plus élogieux de la science française.

Ce qu'ils nous dénient, ce n'est donc pas la valeur scientifique, c'est la faculté d'organisation, et ce qui ne leur inspire pas confiance, c'est le manque d'autorité des médecins sanitaires français. Ils savent trop bien la toute puissance de la politique chez nous, et que toute mesure sanitaire édictée est vouée à être rapportée si elle lèse, si peu que ce soit, les intérêts du haut commerce.

Pour des raisons analogues, les mesures sanitaires que pourraient prendre vis-à-vis des émigrants soit leur pays d'origine, soit les gouvernements des Etats successivement traversés par les caravanes ne nous inspirent à nous-même aucune confiance. Pourquoi, par exemple, comme le fait bien justement observer M. René Martial, les déclarations des médecins sanitaires maritimes navigants sont-elles accueillies avec scepticisme par les autorités des ports ? C'est parce qu'au lieu d'être, comme les agents des postes à bord, des représentants autorisés de leur gouvernement, nommés par lui, payés par lui, ils ne sont que les employés salariés des compagnies de navigation, qui leur feront payer cher toute déclaration lésant leurs intérêts. Les soustraire dès maintenant à l'arbitraire des compa*gnies de navigation est une nécessité urgente.* Mais cela fait, on n'aura supprimé que la néfaste influence commerciale qui actuellement les domine. Devenus les employés de l'Etat, ils ne seront pas libres davantage d'exprimer leur opinion en toute sincérité.

Les puissantes compagnies, qui ne pourront plus leur donner directement des ordres les atteindront encore par les influences politiques dont elles disposent au ministère. Sans sortir de chez nous, nous pouvons voir comment, soit pour ne pas léser des intérêts commerciaux, soit tout simplement par la crainte enfantine de ne pas alarmer l'opinion publique (politique de l'autruche), on supprime les épidémies *par ordre*. Ce n'est que longtemps après qu'elle est terminée qu'on se décide à avouer officiellement qu'il y a eu, l'an dernier, une épidémie de peste à Paris. Quand nos gouvernements cesseront-ils ainsi de nous traiter comme des enfants, au lieu de nous regarder comme des hommes, de nous signaler le danger au lieu de nous le cacher, nous mettant ainsi dans l'impossibilité de nous en préserver ?

Pour que les déclarations des médecins sanitaires maritimes fussent admises comme sincères, il faudrait donc non seulement qu'ils fussent soustraits à l'autorité des compagnies, mais même à la pression de leur propre gouvernement.

La chose est-elle possible ? Je le crois fermement, mais il faudrait voir grand, très grand pour cela et, au lieu de préparer la révision de la *Charte sanitaire française* seulement, il faudrait prévoir pour un jour très prochain la *Charte sanitaire universelle*.

Le terrain a été préparé dans cet ordre d'idées, pendant et depuis la guerre, par une foule d'organisations internationales.

Si jadis on était arrivé, après combien d'efforts infructueux, à mettre sur pied le premier organisme du genre : la Cour de La Haye, l'après-guerre fourmille de groupements internationaux investis d'une autorité qui leur permet de rendre leurs décisions applicables dans divers pays. Il n'y a qu'à développer un premier embryon d'organisation dont on trouve le germe dans la *Société des Nations* et à faire bénéficier au plus vite la santé publique des bienfaits de cette nouvelle Internationale.

J'avais déjà envisagé, dans un rapport que j'adressai à M. le ministre de l'hygiène en cessant mes fonctions de médecin de la santé, la création d'un corps international de médecins sanitaires maritimes navigants, garantissant à tous les pays la sincérité de leurs déclarations. L'idée n'a pas paru tellement subversive puisqu'en me remerciant de ce rapport, Monsieur le Ministre m'annonçait le renvoyer, pour étude, à la Direction de l'Assistance.

Mais ce n'est là qu'un des côtés de la question, que je veux aujourd'hui envisager dans son ensemble.

S'il est une chose d'intérêt international au premier chef, c'est bien la santé publique, s'il est une chose qui n'a pas de patrie, c'est bien la maladie. C'est pourquoi je prétends qu'aux fléaux internationaux seule peut faire face une organisation internationale.

Dès lors se trouveraient pour ainsi dire supprimées, au point de vue des grands mouvements de transmigration, les frontières politiques des Etats, remplacées qu'elles seraient par des frontières sanitaires judicieusement fixées par l'autorité sanitaire internationale.

Avec le système particulariste qu'on peut prévoir se généraliser, que je préconise moi-même dans mon précédent article, on peut prévoir le jour où un émigrant quittant Constantinople le 1er janvier devra s'estimer heureux d'arriver à New-York le 31 décembre. Son voyage sera très long en tout cas si chaque pays, ce qui est son droit incontestable, entend se protéger par l'emploi de la méthode américaine. Combien le trafic sera simplifié au contraire si les divers pays font confiance au médecin complètement indépendant qui aura « préparé », à Constantinople, la caravane. Un examen sérieux, digne de foi, au départ, une vérification rapide de l'état sanitaire, à des relais bien choisis, et le flot peut sans crainte, sans danger, parcourir le monde. Plus de vexations à toutes les frontières, plus de ces refus désastreux, de ces drames poignants que j'ai vus, parfois finir par le suicide d'un malheureux, séparé et pour toujours des autres membres de sa famille ; plus d'enfants en bas-âge abandonnés, isolés, sur les quais de Cherbourg, quand leurs parents sont à New-York et qu'ils ne connaissent plus personne au monde.

Je conçois donc une Société des Nations comportant une section permanente internationale d'hygiène, investie d'un mandat et d'une autorité donnés par tous les gouvernements associés, disposant d'un budget fourni par divers Etats au prorata de leur importance et de la consommation des services.

A l'aide de ce budget, elle pourra avoir du matériel et du personnel. Le matériel comportera des camps, des hôpitaux, des lazarets, des laboratoires, établis en des endroits désignés par elle et judicieusement choisis sur le trajet des grandes routes internationales.

Le personnel comprendra des médecins, des bactériologistes des différents pays et dont elle validera les diplômes. Nommés par elle dans leurs fonctions, payés par elles, ne relevant que de son autorité, ne pouvant être révoqués que par elle, ces médecins jouiront dans le monde entier de l'autorité que leur confèrera un recrutement choisi et une complète indépendance. Médecins établis à poste fixe, médecins sanitaires maritimes navigants, appartiendront tous à cet organisme, placé bien au-dessus de l'étroite politique des gouvernements particuliers et hors d'atteinte des louches influences.

Telles sont les bases de l'organisation sanitaire internationale que j'entrevois dans l'avenir et dont je souhaite la réalisation pour le plus grand bien de la santé publique universelle.

Dr Le Duigou
Médecin sanitaire maritime.

II

L'hygiène dans les régions libérées (1).

Les services d'hygiène sociale du ministère des Régions libérées prennent actuellement un essor intéressant dans le département du Pas-de-Calais ; l'activité des œuvres y fut très remarquable depuis l'armistice, mais il est apparu que les organisations officielles avaient aussi une tâche importante, à assumer là où l'initiative privée ne s'était pas exercée. Toutes ces activités bienfaisantes, officielles et privées, agissent d'ailleurs en parfaite entente sous le contrôle de l'inspectrice déléguée attachée à la préfecture, qui a pour mission de coordonner leurs efforts.

(1) *Bulletin des Régions libérées*, 28 déc. 1920.

Des postes officiels d'hygiène sociale ont été créés à Arras, Vimy, Avion, Rœux ; d'autres sont en voie d'organisation.

A Arras, les infirmières des Régions libérées ont été spécialement affectées aux écoles, en parfait accord avec le corps enseignant et la municipalité et sous la direction du médecin inspecteur, elles assurent les visites de propreté et d'hygiène, la tenue des fiches, les visites à domicile ; chaque école est pourvue d'une salle de douches et d'une petite salle de consultation où les enfants sont envoyés par roulement. Près de 2.000 enfants sont examinés, soignés et guidés par des conseils éclairés.

A Vimy, où la vie a repris avec une intensité remarquable, les infirmières des Régions libérées rendent des services hautement appréciés par la population. Sous la direction du médecin, elles assurent le service du dispensaire, de la consultation de nourrissons, d'une petite maternité, des visites scolaires et d'une hospitalisation provisoire pour les cas urgents.

Le dispensaire donne un grand nombre de consultations pour les cinq communes que dessert le poste ; la petite maternité a déjà vu naître plusieurs bébés. Les consultations de nourrissons, qui ont lieu trois fois par semaine, sont suivies par toutes les mamans du secteur ; devant les nombreuses naissances constatées on a pu dire, déjà, que les écoles de Vimy seront trop petites en 1926.

Lors d'une causerie faite aux écolières de Vimy, sur la puériculture, par l'inspecteur primaire, une intéressante initiative a été prise : à tour de rôle, les fillettes les plus âgées sont admises aux consultations de nourrissons, assistant aux soins donnés aux bébés, aux conseils donnés aux mamans, apprenant à faire la toilette des petits. Chez ces fillettes on constate un amour réel des enfants qu'elles sauront désormais soigner avec intelligence. Ainsi est née, très simplement, une petite école de puériculture.

Dans les écoles, une visite mensuelle des enfants, complétée par des douches, donne les meilleurs résultats. Un ouvroir donne du travail aux femmes qui se trouvent dans une situation difficile.

Vimy a eu la bonne fortune d'intéresser des dames suisses qui lui ont donné, à différentes reprises, une aide efficace ; les wagons du « Comité de secours à Vimy » fondé à Vevey, apportant vêtements et chaussures, lait et chocolat, layettes et graines potagères, et du matériel pour le dispensaire, furent toujours les bienvenus. Le comité a voulu intéresser les enfants suisses au sort des petits Français dont la jeunesse se passe dans les ruines ; il y a réussi, car la plus grande partie des dons provient des écoles et une correspondance touchante est échangée avec les enfants de Vimy.

Dans un rapport du comité de Vevey on peut lire : « Il est naturel qu'à Vimy, comme ailleurs, on voue une attention toute spéciale à l'enfance ; elle représente l'avenir de la nation et la France héroïque, qui a perdu la fleur de sa jeunesse, veille sur les petits êtres destinés à lui succéder. »

Nos amis suisses nous ont compris et nous le prouvent.

A Avion, centre important, très peuplé, le poste à peine ouvert a rendu de signalés services ; une épidémie de diphtérie s'étant déclarée dans une école et commençant à s'étendre, le médecin a organisé une lutte énergique contre le danger menaçant. Avec le concours des infirmières, un service improvisé de vaccination fut rapidement mis en œuvre et le mal enrayé.

Le poste d'Avion apporte aux nombreux travailleurs de cette région une aide très appréciée. Les infirmières du ministère des Régions libérées ont déjà gagné leur confiance. Le dispensaire, les consultations de nourrissons, sont très fréquentés ; une petite maternité a été inaugurée par une première naissance et quelques lits d'hospitalisation provisoire ont déjà permis de recevoir des cas urgents en attendant leur évacuation. Les 500 enfants des écoles sont visités régulièrement et une installation de douches a été créée pour leur usage ; les visites et soins à domicile sont toujours assurés. Tous ces services fonctionnent sous la direction du médecin.

Le travail social n'est cependant pas négligé. Un ouvroir, avec machines à coudre, réunit de nombreuses jeunes filles et jeunes femmes qui ont répondu avec empressement à l'appel des infirmières ; une personne expérimentée leur donne ses conseils. Une garderie d'enfants sera bientôt à la disposition des mamans obligées de travailler hors de chez elles.

A Rœux, un petit poste a été créé, à la demande de la municipalité. La population n'est pas très nombreuse ; elle était, jusqu'ici, éloignée de toute assistance. Un poste complet a été institué sur le modèle réduit des autres ; il comprend le dispensaire, la consultation de nourrissons, des lits pour hospitalisation provisoire des cas urgents ou des mamans trop mal installées pour donner, chez elles, le jour à leurs enfants. Les consultations scolaires s'ajoutent à ce travail, qui s'exerce, comme toujours, sous la direction du médecin.

Un ouvroir s'ouvrira prochainement, complétant le cycle habituel des activités dans les postes d'hygiène sociale créés par le ministère des Régions libérées.

III

Conférence d'Hygiène.

Sous la présidence de M. Leredu, *ministre de l'hygiène*, M. Lallemand, *préfet de la Seine-Inférieure, expose l'***organisation de l'hygiène sociale** *dans son département.*

Le 2 mars, dans la salle de réunion du Musée social, nous avons assisté, pour les lecteurs du *Concours médical*, à une conférence de M. Lallemand, Préfet de Seine-Inférieure, sur l'armement hygiénique social de son département, conférence dont l'intérêt ne saurait échapper au médecin.

Après un éloge du ministre de l'Intérieur, ancien Préfet à Rouen, M. Lallemand entre dans le vif de son sujet. Est-il possible, demande-t-il, avec la législation actuelle, d'obtenir des réalisations d'hygiène sociale assez larges ? Le conférencier répond : oui, et il en donne pour preuve les résultats obtenus en Seine-Inférieure. Certes, les lois sont nombreuses et pas toujours en harmonie les unes avec les autres. Néanmoins, dans le milieu départemental, avec un Conseil général bien intentionné et un préfet persuasif, l'arsenal actuel des lois suffit. En matière militaire, l'unité qui sert de base au groupement des forces est la division. En matière d'hygiène sociale, l'unité de base doit être le département, et M. Lallemand rejette le groupement régional, dont la création est à l'ordre du jour. On sait, en effet, qu'un projet de réforme de la loi sur la santé publique, appuyé sur l'unité *régionale*, est en cours de discussion, et dans l'auditoire du conférencier, nous avons précisément aperçu un des défenseurs les plus autorisés de cette nouvelle conception, M. le professeur Léon Bernard.

Comment fonctionne l'organisation de l'hygiène sociale dans le département de Seine-Inférieure et quelles réalisations a-t-elle permis ? Tout d'abord, l'entente entre le Conseil général et le Préfet est absolue à ce sujet. La loi de 1871 donne aux Conseils généraux tous pouvoirs dans le département et l'on peut ainsi tout obtenir. Le Conseil général de Seine-Inférieure, inspiré par son éminent président, M. Paul Bignon, accepte les dépenses nécessaires, avec économie sans doute, mais sans jamais lésiner. En Seine-Inférieure, le nœud, le pivot de l'organisation de l'hygiène, est représenté par l'*Office social départemental*, qui est qualifié pour tout ce qui touche à l'hygiène sociale. Bien que l'Office siège à la préfecture, il n'a rien du visage sévère que l'on attribue généralement à M. Lebureau. Il est au contraire accueillant. Il ne dit jamais non et même, quoique en Normandie, il dit souvent oui. Le rôle principal de l'Office en question est de guider les bonnes volontés, de les solliciter au besoin, de servir de trait d'union entre les différentes organisations publiques ou privées et, pour cela même, le chef de l'Office devient souvent secrétaire ou secrétaire-adjoint desdites organisations. Il arrive bien des fois que deux ou plusieurs œuvres poursuivent le même but sans se connaître. Repoussant l'action fragmentaire, l'Office social jette des ponts entre ces œuvres parallèles et le résultat, pour un effort qui n'est pas augmenté, devient double. C'est le système Taylor appliqué à l'hygiène sociale, donnant le rendement maximum.

Avant la guerre, l'hygiène-assistance sociale se contentait d'une certaine prophylaxie et d'aider les faibles, vieillards, enfants, malades, infirmes, incurables. Aujourd'hui, son but est infiniment plus vaste. Il faut revivifier la race, appauvrie par la guerre, par la faible natalité, et il devient nécessaire d'intervenir incessamment en faveur de l'enfance, de l'adolescence, de la famille, de lutter contre toutes les maladies sociales. Les principaux fléaux à combattre sont le taudis, l'alcoolisme, la débauche, le vice, les maladies sociales (tuberculose, syphilis), la faible natalité, etc...

Pour agir contre le taudis, le Conseil général de Seine-Inférieure a voté un crédit de deux millions destiné à la construction d'habitations à bon marché et il a demandé au législateur l'autorisation de contracter des emprunts locaux de complément. L'Office départemental n'absorbe en cette matière aucune initiative, isolée ou non. Son but, au contraire, est d'aider les initiatives privées et de s'effacer devant elles : c'est un amorceur, un metteur en train.

Lorsque la loi de 8 heures fut promulguée, pour éviter l'entraînement à l'alcoolisme et à la débauche, qu'aurait pu produire l'augmentation des loisirs de l'ouvrier, le Conseil vota un crédit de 100.000 fr. consacré à procurer des distractions saines et utiles aux travailleurs. Des terrains furent loués ou achetés et mis à la disposition des groupements de jeux, de sports, de culture physique. Des installations fixes, avec cinéma, phonographes, accompagnés de causeries, furent établies dans les agglomérations assez importantes et des tournées de cinéma automobile sont faites dans les villages. Une bibliothèque circulante départementale permet, en outre, aux travailleurs, d'occuper leurs loisirs à la culture intellectuelle. Enfin, on institua des écoles, fixes et mobiles, dites de formation ménagère de la femme, pour resserrer le foyer familial et intéresser la femme à la puériculture, à la lutte contre l'alcoolisme et la tuberculose.

Pour combattre les maladies sociales, l'Office départemental créa des centres d'examens médicaux, avec les cinq sections suivantes : 1° affections des voies respiratoires (dispensaires anti-tuberculeux) ; 2° affections cutanées (syphilis) ; 3° hygiène maternelle ; 4° surveillance des nourrissons ; 5° surveillance des écoliers.

Les médecins, dit le conférencier, se rendirent compte que ces centres ne faisaient pas en réalité de médecine, qu'ils cherchaient seulement à dépister le tuberculeux qui ne se soigne pas, à son début, par exemple, pour l'envoyer au médecin traitant à la période encore curable.

L'institution de Maisons familiales rendit de grands services. Ces maisons accueillent les familles entières et comprennent à la fois des maternités, asiles, écoles, hôpitaux, etc. Qu'une mère de famille veuille accoucher, elle est reçue à la maternité de la Maison familiale, pendant que ses enfants sont admis à la crêche, à l'asile infantile, et conduits à l'école, tout cela groupé dans des bâtiments connexes. Le mari a toujours libre accès auprès de sa femme et de ses enfants, après son travail, et l'esprit familial se trouve ainsi conservé. De même, une fille-mère pourra être accueillie en allaitant son enfant. Si les enfants sont malades, l'hôpital annexe les reçoit.

M. Lallemand ajoute enfin quelques mots sur l'inspection médicale des écoles, la mutualité maternelle (Dr Merlin), les gouttes de lait (Dr Dufour), etc., et il conclut ainsi :

Avec une bonne organisation, une entente fructueuse entre les préfets et les Conseils généraux, la législation actuelle est suffisante, avec le département comme unité d'hygiène, pour permettre les plus larges réalisations.

Ce qui a été fait en Seine-Inférieure pourrait être obtenu partout ailleurs. Il n'y a pas carence de la législation, si l'on veut bien aider la loi ; le cadre départemental s'y prête très bien. En matière d'hygiène sociale, il faut d'abord vouloir : les collaborations latentes sont nombreuses et il suffit de les rechercher, de les coordonner, de les guider. D'ailleurs, l'hygiène sociale ne tardera pas à englober bientôt tout le monde, comme artisans et comme administrés.

P. Lacroix.

Rectification.

Dans l'article du Dr René Martial, sur la Revision de la charte française d'hygiène, publié dans notre no du 27 février dernier, lire, page 640, première colonne, 35e ligne : « inconsciemment » au lieu de « sciemment ».

La phrase se trouve donc rétablie comme suit :

« On ne sera plus exposé ainsi à voir une municipalité, comme celle du temps de guerre à Montpellier, distribuer *inconsciemment*. aux habitants et à la garnison une eau contaminée. »

CHRONIQUE DE LA MUTUALITÉ

I

Expropriation médicale.

Dans un précédent article, je montrais que la grande difficulté actuelle de lutter contre les monopoles médicaux était le respect des situations dites acquises. Le médecin détenteur d'un monopole, ne s'intéressant pas à l'intérêt corporatif, se croyant lésé par la suppression des pseudo-avantages qu'il possède, refuse de voir et d'entendre et s'abstient dans son droit de propriété. Je disais que le seul procédé pour éclairer la situation, c'était l'expropriation telle qu'elle se pratique pour la suppression d'une charge notariale déficiente, le rachat du monopole par tous les confrères intéressés à la voir disparaître.

Les modes pratiques de réalisation sont multiples et varient avec chaque département, chaque groupement, selon les usages et l'entente locale. A la base doit exister un contrat réel entre le ou les médecins pseudo-fonctionnaires, mutualistes, etc. et leurs confrères. Les premiers doivent s'engager à se démettre de leurs fonctions, à ne pas les reprendre sous quelque prétexte que ce soit, même pas en cas d'augmentation des honoraires et cela avec la garantie de dommages-intérêts fixés en cas de violation du contrat. Les seconds doivent s'engager à indemniser leurs confrères, de telle sorte qu'ils soient assurés de retrouver l'équivalent de ce qu'ils ont abandonné sans vouloir réaliser un bénéfice de cette cession.

Ou bien le rachat sera analogue à celui d'une clientèle médicale ordinaire, mais au lieu d'un acquéreur unique, il y aura une collectivité. Le fixe rapportait tant par an, la somme due est représentée par ce fixe multiplié par x années, par cinq années, terme habituel.

Cette somme sera versée au prorata entre tous les médecins, ou par une caisse syndicale créée *ad hoc*. On peut aussi assurer aux confrères démissionnaires le produit de ce qu'il touchent pendant un certain nombre d'années. Ils feront la preuve de ce qu'ils touchaient avant l'expropriation et de ce qu'ils touchent par la suite. Le syndicat médical ou le groupement intéressé pourra parfaire la différence s'il y en a une. Si au contraire le syndicat a passé avec les mutualités locales un contrat collectif, le trésorier recevra les notes de ses confrères, les encaissera puis après versera le montant de la différence, s'il y en a, aux confrères expropriés ; il répartira le reste aux médecins au prorata de leurs visites et consultations.

S'il existe un contrat, comme dans le Lot-et-Garonne, contrat intéressant bien que basé sur

le forfait et ayant pour but de consacrer à des œuvres de prévoyance médicale, retraites, caisse des veuves, etc., les honoraires reçus de l'État ou du département, nos confrères privés de leurs traitement ou indemnités pourront également se trouver indemnisés par la caisse syndicale. En effet, si un certain nombre d'années, 25 ans par exemple, sont nécessaires pour la retraite, si les veuves ne peuvent être pensionnées qu'après 5 années de participation de leur mari, les médecins expropriés peuvent voir ce temps diminué pour eux, la société versant par exemple, à leur compte, la cotisation de plusieurs années. Il va sans dire que si les confrères le préfèrent, ces sommes, au lieu de leur être versées, peuvent faire l'objet d'une inscription sur un livret de retraite ou d'assurance à la caisse des retraites sur la vieillesse.

Dans les diverses combinaisons qui sont peut-être à étudier, car je tiens à le répéter, ce sont là des idées purement personnelles, aucun intérêt ne peut être lésé, le médecin exproprié est indemnisé, les confrères qui doivent participer à cette expropriation n'auront rien à verser, puisque ce versement se fera en réalité sur une augmentation des tarifs d'honoraires. Au point de vue moral, tous les avantages. D'abord et avant tout l'indépendance du médecin affranchi du joug d'une collectivité, relèvement par suite de son prestige moral et de sa dignité professionnelle. Inutile d'ajouter que l'intérêt du malade est sauvegardé puisqu'il n'existe aucun intermédiaire entre lui et le médecin, qu'il a en face de lui le médecin qu'il a choisi et non un fonctionnaire imposé par une administration.

Dr M. VIMONT.

II

Mutualité Familiale.

Réunion du Conseil d'Administration

(1er *février* 1921)

Présents : MM. MAURAT, *Président* ; MIGNON, GASSOT, NOIR, DUCHESNE, DE LA ROCHEFORDIERE et MAZEROUX.

En l'absence de M. BOUDIN, M. DE LA ROCHEFORDIÈRE remplit les fonctions de secrétaire.

Sur le rapport du secrétaire général, le conseil prononce les admissions suivantes :

Combinaison MA.

MM. les Docteurs :
LOMBARD à Marseille.
DAUTRY à Vignory, (Haute-Marne).

Combinaison MAD.

M. le Dr Weill, à Paris.

Combinaison 1/2 *MAD.*

MM. les Docteurs :
MALOUVRIER à la Rivière St-Sauveur, (Calvado).
LACHEZE à Hautefort (Dordogne).
VIARD à la Chambre (Savoie).
DELMAS à Montpellier.
POIREL à Chartres.
CASENAVE à Hendaye (Basses-Pyrénées).
PERRET à Romans (Drôme).
VERNE à Rians (Var).
VIGOUROUX à Montpellier.
ARNOUX à Marseille.
BOULADE-PERIGOIS à Neuvy St-Sépulcre (Indre).
SOUVET à la Seyne-sur-Mer (Var).

L'admission provisoire de ces membres partira du 1er janvier 1921, mais leur admission définitive ne sera prononcée que fin juin en raison des délais de publication.

L'ordre du jour étant épuisé, la séance est levée.

Le secrétaire, Dr DE LA ROCHEFORDIÈRE, *Le Président.* Dr MAURAT.

VARIÉTÉS

En glanant...

Largement ouverts, les robinets coulent...

Le budget français d'après guerre est un tonneau des Danaïdes, d'aspect particulier. Le fond subsiste encore, mais il est percé d'un certain nombre de robinets laissés constamment ouverts « en grand » et ceux-ci le vident sans discontinuer, ainsi que doit être vidé, comme chacun sait, un tonneau des Danaïdes qui se respecte.

Parmi ces multiples robinets, nous allons aujourd'hui en considérer deux : celui des pensionnés de guerre et celui des réfugiés. Nous pourrons aisément constater qu'à côté des dépenses légitimes — sacrées — il y a, dans les deux cas, des *fuites* véritablement scandaleuses.

Voyons d'abord les pensionnés de guerre. Ainsi que le faisait remarquer Duchesne, dans un des derniers numéros du *Concours*, de nombreux pensionnés de guerre n'ont fait qu'apparaître, que « toucher barre », si je puis dire, quelques semaines, parfois quelques jours, dans un arrière-front, loin des lignes, ou dans un vague dépôt aux environs de Lyon, de Bordeaux ou de Carcassonne. Car il n'y a pas que les *Mutilés* parmi les pensionnés ; il y a aussi — et c'est la grande majorité — les *Malades*. Or, au

début, dans les examens de dossiers de réforme pour les malades, on a pratiqué une sélection sérieuse, ne retenant, pour la pension, que ceux qui furent véritablement victimes de la guerre. Mais, dans la suite, un himalaya de dossiers s'élevant, et des « exhortations » à se montrer « large dans les appréciations » étant arrivées du pouvoir central, on réforma de plus en plus facilement avec pension. « L'aggravation » de la maladie par suite de mobilisation devint monnaie courante de pension et le robinet, d'abord entr'ouvert, fut mis peu à peu à la grande vitesse, amenant une inondation que nul ne songea désormais à endiguer. « Pourquoi hésiter ? » répondait-on à ceux qui s'effrayaient pour l'avenir, les Boches payeront!... »

Certes, il n'est jamais venu à l'idée de personne de lésiner sur une pension que *doit* la Nation à quiconque a subi un dommage physique certain, par le fait de la guerre. Les Mutilés, les infirmes, les gazés, etc., ont là une première hypothèque que l'on ne devra jamais laisser protester. Mais, à côté de cette glorieuse phalange de *rentiers naturels de l'Etat*, il y a une armée de pensionnés devenus, en quelque sorte, des « profiteurs de guerre », en ce sens que les tares dont ils sont porteurs — et dont ils étaient porteurs avant 1914, je ne parle que de ceux-là — leur ont valu, de l'Etat, une rente dont ils n'auraient jamais été titulaires si la guerre n'avait pas eu lieu.

Sans doute, j'entends bien qu'il y a eu la fameuse *aggravation*. Ce fut un titre légitime pour certains. Mais combien d'autres n'ont pu avoir leur état antérieur aggravé du fait de la guerre, alors qu'ils n'ont fait que passer quelques mois, quelques semaines, quelques jours même (il y a des exemples) dans le farniente relatif d'un dépôt qui les dispensait de leur labeur du temps de paix ? Et l'on cite pourtant de ces derniers, réformés (pour la vie, par exemple) à 80 %, alors que des mutilés, des estropiés, des amputés n'ont que 60 ou 75 % !...

C'est le lieu de remarquer combien toutes ces pseudo-victimes pensionnées font de tort aux vraies victimes de la guerre. Par ces temps de vie chère, il aurait été légitime d'augmenter les pensions ... mais où trouver le moyen avec ces myriades de pensions qui sont si nombreuses, que la plus légère augmentation a des répercussions fantastiques sur le budget national. Les Boches payeront, c'est entendu... mais, en attendant que nous voyions la couleur de leur argent, nous n'établissons notre bilan annuel qu'à grands renforts d'emprunts.

*
* *

Dans notre tonneau des Danaïdes, un autre robinet est encore ouvert : c'est celui des allocations aux réfugiés.

Pendant la guerre, la manne budgétaire jaillissait comme d'un geyser pour retomber, tels des flocons de neige, sur quiconque tendait son giron. Là encore, le *principe* était juste, normal, légitime. Il était du devoir strict de la Nation d'aider ceux qui avaient dû fuir leur village devant les hordes envahissantes et de leur donner de quoi subsister, en attendant la victoire libératrice. Mais à côté de cela que d'abus! Je connais des familles réfugiées dont le *gain annuel* atteignait près de 20.000 francs et qui, malgré cela, touchaient, en allocation, 500 fr. par mois ! J'en connais qui venaient chaque année passer 8 mois sur 12, et depuis longtemps, pour les betteraves et la moisson, dans le pays où ils se sont proclamés « réfugiés » et qui s'y trouvant naturellement en août 1914 trouchèrent ainsi des allocations jusqu'en 1920. Que dis-je ? Il y en a bon nombre qui les touchent encore !..

Hier soir, ce n'est pas vieux (et c'est ce qui m'a incité à écrire ces notes) je voyais une jeune femme qui, me tendant le livret d'assistance médicale gratuite, se vantait à moi de toucher encore en 1921 l'allocation de réfugiée.

« Mais, lui répliquai-je, un peu estomaqué, car je connais bien son pays, pourquoi ne retournez-vous pas chez vous ? Il y a deux ans que vous pourriez y être revenue, puisqu'il n'a pas été endommagé par les Boches !

— Ici, remarqua-t-elle en souriant, mon mari gagne bien sa vie et nous élevons facilement nos deux enfants. Nous n'avions rien là-bas, pourquoi y retourner ? Et puis, nous n'aurions plus ni l'allocation, ni les soins gratuits.

— Mais si vous êtes restés volontairement ici, comment se fait-il que vous touchiez encore une allocation de réfugiés ?

— Ah ! j'avoue que j'en suis épatée (*sic*), mais vous devez bien penser que je ne vais pas la refuser ! »

Et le robinet coule, coule ainsi dans toute la France... parce que dès qu'il s'agit de l'Etat, dès que c'est la princesse qui paye, tout le monde s'en f...iche.

*
* *

Ne croyez pas que j'exagère. Je vais vous citer quelques exemples dont *je certifie l'authenticité*. Prenons des familles nombreuses :

La famille X.., avec dix enfants, a touché, en 1919, 580 francs par mois, soit près de 7.000 fr. Fort bien, mais ... sur ces dix enfants, les aînés avaient 16, 20, 23 et 28 ans : les fils gagnaient 15 fr. par jour, ainsi que le père, les filles 8 à 10 fr., soit une moyenne de 12 fr. par jour, soit, pour cinq travaillant : 60 fr. par jour, ou 21.600 francs par an + les 7.000 francs de l'Etat. Et deux mois de l'année les gains journaliers étaient doublés, je suis donc resté au-dessous de la réalité.

La famille Y.., 8 enfants : avec le père, 5 à travailler, donc 12 × 5 = 60 fr. par jour. Allocation de 480 fr. par mois.

Famille Z.., 4 enfants (15, 17, 10, 21 ans) plus le père, soit encore 60 francs par jour. Allocation de 360 fr. par mois.

Famille W.., 7 enfants (11, 14, 17, 20, 24 ans) plus le père, soit 72 fr. de gain par jour. Allocation de 400 francs par mois.

Famille XX.., 2 enfants (21 et 30 ans !!) plus le père, soit, cette fois, 45 fr. par jour de gain. Allocation de 190 fr. par mois.

Et remarquez que certaines familles, comme cette dernière, *habitaient avant la guerre la commune même* où ils touchent cette allocation de réfugiés.

Comme pseudo-réfugiés de cette sorte, habitant la commune 8 à 9 mois par an, depuis de longues années, citons : une famille YY... qui touche encore, *en février* 1921, une allocation mensuelle de 190 fr. ; une famille ZZ... qui touche encore 130 fr. par mois, une famille XY..., 108 fr. et enfin la jeune femme dont je parlais ci-dessus qui touche encore 90 fr. par mois, etc. etc....

Ces exemples sont pris dans une même commune. Et ce ne sont là *que quelques notes prises dans le tas.* Considérez le fleuve de « monnaie » qui coula et coule encore, rien que dans ladite commune. Multipliez cela par des milliers de communes et estimez-en le total !!!

***

Ainsi le robinet des *Allocations* coule encore, à débit réduit maintenant, mais continue quand même à couler et à arroser des gens qui en sont les premiers « épatés », comme disait hier ma bonne femme.

Ainsi le robinet des *Pensions* coule..., largement ouvert puisque son degré d'ouverture fut réglé lors des conseils de réforme et ne s'éteindra qu'à la mort des titulaires. Ah ! celui-là, je l'aurais voulu d'un débit encore plus grand ... et cela aurait été possible si les flots qui s'en échappent n'avaient pas été divisés en trop de ramifications et n'avaient servi qu à secourir les *véritables* victimes de la guerre — elles seules...

***

Et maintenant, dira-t-on, pourquoi tous ces détails sociaux dans un journal médical ?

Simplement, confrères, pour mettre en regard de cette danse de milliards, manne sacrée parce qu'électorale, les trois faits suivants :

1° Tous les réfugiés font partie, de droit, de l'assistance médicale gratuite et sont soignés par les médecins au prix de celle-ci ... que l'on connaît.

2° Depuis 18 mois, les médecins n'ont pu toucher de l'Etat les honorares qui leur sont dus pour soins donnés aux pensionnés de guerre.

3° Le ministre des Pensions déclare n'avoir pu s'entendre avec le corps médical sur un tarif quelconque, à ce sujet, trop de médecins n'étant que « mercantis des mutilés ».

Dr Fernand Decourt.

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations.

— **Société amicale des anciens élèves de l'Ecole de Médecine et de Pharmacie de Reims.** — Tous nos camarades : Elèves et anciens Elèves, Professeurs et anciens Professeurs de l'Ecole, *faisant ou non partie* de l'Association, sont priés instamment d'envoyer au plus tôt leur adhésion au Docteur Louis Lenglet, rue de Venise, à Reims.

Ils voudront bien signaler à ce dernier les noms des camarades disparus et de ceux qui ont obtenu une distinction au cours de la guerre.

— **Hôpital Saint-Antoine.** — *Enseignement de la Radiologie médicale.* — Par le Dr A. Béclère, médecin de l'hôpital St-Antoine, avec la collaboration de MM. les docteurs Solomon, Pierquin et Bisson.

Cours quotidien, du dimanche 3 au dimanche 17 *avril.* — *Matin* 9 *heures* : Enseignement des notions théoriques et techniques indispensables à la pratique de la Radioscopie, de la Radiographie et de la Radiothérapie.

Matin : 10 *heures* : Exercices pratiques de radioscopie, particulièrement appliqués à l'exploration des organes thoraciques et abdominaux

Soir 2 *heures* : Exercices pratiques de radiographie, simple et stéréoscopique, des diverses régions.

Le cours théorique est librement ouvert à tous les Etudiants et Docteurs en médecine ; il commencera le *dimanche* 3 *avril et par exception à* 10 *heures du matin,* dans la salle de conférences de la Maternité de l'hôpital St-Antoine.

Le droit d'inscription pour les exercices pratiques de radioscopie et de radiographie est de 150 fr. et sera acquitté entre les mains du chef du laboratoire, M. le Dr Solomon. Ces exercices auront lieu à partir du lundi 4 avril. (En raison du nombre forcément restreint des personnes qui pourront y participer simultanément, on est prié de s'inscrire le plus tôt possible.)

(*Communiqué par l'A.D.R.M.*)

Le Directeur-Gérant : Dr GASSOT.

Clermont (Oise). — Imprimerie DAIX et THIRON.
THIRON et FRANJOU Successeurs.
Maison spéciale pour publications périodiques médicales

RECOUVREMENTS D'HONORAIRES MÉDICAUX

M. Louis AUDEBERT, Avocat, *Directeur du Contentieux de Syndicats Médicaux. Administrateur d'immeubles.*

5, rue des Saints-Pères PARIS, Tél. Saxe 48-53.

Pour toute demande de renseignements écrire à Me Audebert, en joignant un timbre pour la réponse.

AVIS

Accidents du Travail

Note d'honoraires médicaux ;
Mémoires de fournitures pharmaceutiques ;
Certificats ;
Mémoires d'expertises ;
Mémoires de frais de justice criminelle ;
Feuilles de comptabilité ;

Nous tenons à la disposition de nos lecteurs les imprimés suivants :

1° **Notes d'honoraires médicaux.**

2° **Mémoires de fournitures pharmaceutiques** prévues par l'arrêté ministériel du 8 juillet 1920.

3° **Certificats.** — Certificats pour blessés d'accidents du travail.

4° **Mémoires d'expertises. — Accidents.** — Mémoires d'expertises médicales concernant les accidents du travail.

Justice criminelle.

5° **Mémoire de frais de justice criminelle** (honoraires). **Mémoires des frais de justice criminelle** (fournitures).

Ces imprimés sont établis d'après le format officiel.

6° **Feuilles de comptabilité**, servant à établir le compte de chaque client.

Modèles se trouvant dans l'Agenda-Memento du Praticien, édition 1920).

Ces différents imprimés sont envoyés au prix de franco :

Les 50.........	5 fr. »»
Les 100........	8 fr. »»
Les 500........	35 fr. »»
Les 1000.......	60 fr. »»

Adresser les commandes accompagnées du montant à M. C. Boulanger, administrateur du Concours Médical, 132, faubourg St-Denis, Paris.

comme devant s'écouler tout entière dans les locaux loués.

3° Quelles sont les réparations que j'ai le droit d'exiger pendant cette prorogation ? Aucune ? ou bien les réparations de nécessité absolue (clôture et couverture) ou bien toutes celles que j'aurais le droit d'exiger au cours d'un bail ordinaire.

Dr X.

Réponse.

1° La notification que vous avez faite à votre propriétaire avant la réception de votre congé est parfaitement valable. En effet, l'article 58 de la loi du 9 mars 1918, complété par la loi du 4 janvier 1919, dit que, pour les locations verbales, le locataire peut faire sa notification à toute époque de la location. Le délai de vingt jours après la réception du congé, visé par ce même article, indique simplement la date extrême à laquelle la notification doit être faite lorsque le congé a été donné postérieurement à la promulgation de la loi du 4 janvier 1919.

2° Pour les locaux à usage professionnel, tels que la maison dans laquelle un médecin exerce sa profession, la durée de la prorogation est égale à celle des hostilités, c'est-à-dire de cinq ans et 84 jours.

En réalité, elle doit se terminer avec un terme d'usage et il est même question, dans le projet de loi que vient de déposer le Gouvernement, de l'indiquer législativement.

Si la durée de la prorogation légale prend fin entre deux termes d'usage dans votre localité, vous serez en droit de rester en jouissance jusqu'au terme suivant.

3° Vous devez avoir les mêmes droits et les mêmes devoirs pendant la prorogation que pendant la durée de la location conventionnelle. Par suite, vous pouvez, en principe, exiger les mêmes réparations que la loi et les usages locaux, à défaut de bail, vous donnaient le droit d'exiger pendant votre location verbale.

Calcul des revenus soumis à l'impôt.

Pourrez-vous me faire donner le renseignement suivant au sujet des impôts que je dois payer pour l'année 1920 :

Impôts sur le revenu. Tous frais déduits (assurances, réparations) j'ai un revenu net de 3,238 fr. Je suis marié et ai deux enfants de 4 et 6 ans. Il me semble que de ce chef, je n'ai rien à payer ?

Impôt sur les bénéfices des professions non commerciales. Tous frais déduits, j'ai un bénéfice net de 4750 fr. J'habite une localité de 5,800 habitants. Combien dois-je payer ?

Dr L.

Réponse.

Vous nous dites que vous avez un revenu net, pour l'impôt général, de 3.238 fr. et un bénéfice professionnel net de 4.750 fr.

Bien que le fait ne soit pas absolument impossible, car il peut y avoir des déductions sur le revenu global, qui ne portent pas sur le revenu professionnel, votre déclaration n'est pas sans nous surprendre, car le revenu professionnel n'est qu'une partie du revenu global, et nous nous demandons si vous n'avez pas pensé au contraire qu'il ne devait pas y figurer.

Quoiqu'il en soit, voici les renseignements que vous nous demandez.

Sur le revenu global, vous avez droit, comme étant marié, à une déduction spéciale de	3.000
Puis, pour chacun de vos enfants, à une déduction de 2.000, soit	4.000
La portion du revenu net, ensuite, est entièrement exonérée jusqu'à	6.000
Soit un total exempt d'impôt de	13.000

supérieur à votre revenu, même si les deux chiffres que vous avez indiqués doivent être ajoutés l'un à l'autre.

En ce qui concerne les bénéfices professionnels, vous ne devez l'impôt que sur la moitié du bénéfice excédant 4.000, soit sur la moitié de 750 ou sur 375 fr., soit à 6 % .... 22 fr. 50

En outre, vous avez droit à une réduction de 15 % du chef des deux enfants à votre charge (revenu ne dépassant pas 10.000) soit .... 3 fr. 37

Reste donc à payer .... 19 fr. 13

Les propharmaciens et le projet de loi Vincent.

Je suis médecin propharmacien. Vous savez qu'un projet Vincent veut fixer à 8 km. d'une pharmacie, la distance nécessaire pour faire la propharmacie. Il paraît, selon le journal *Le Propharmacien*, que le groupe médical parlementaire, présidé par M. le Dr Chauveau, sénateur de la Côte-d'Or, a adopté à l'unanimité un contre-projet limitant cette distance d'une pharmacie à 4 km.

Or, je suis à 3 km 500 d'une pharmacie ; pour une question de 500 mètres, je serai donc obligé de cesser de fournir des remèdes à mes clients, ce qui me gênera dans l'accomplissement de mon service de médecin, et gênera également beaucoup mes clients.

Quand je me suis installé ici, le pharmacien voisin (qui est mort d'ailleurs et qui a un successeur) refusait systématiquement mes ordonnances, en disant,

même pour du sulfate de soude, qu'il n'avait pas ce qu'il fallait. J'ai donc fait la propharmacie, soutenu par mes clients. J'ai entretenu de cette question le « Sou médical » en l'année 1913, et vous m'avez répondu favorablement. Et maintenant, après avoir été forcé de faire la propharmacie, voilà que j'en serai empêché par la corporation des pharmaciens. Je trouve que cette contradiction est illogique et vexatoire pour moi.

J'avais donc une situation acquise, que j'ai laissée pendant la guerre, et que j'ai reprise ensuite. Il est certain qu'après la guerre on avait le choix des postes ; et si le projet Vincent, même amendé, était passé à ce moment-là, je n'aurais pas repris mon poste actuel et maintenant je ne sais si je pourrai le conserver.

Je fais la propharmacie raisonnablement, pour les clients venant en consultation, et en visite pour ceux plus près de moi que d'un pharmacien. Dans le cas contraire, je les envoie aux pharmaciens. Si la propharmacie m'est supprimée, j'y perdrai des consultations, les gens allant au canton pour y trouver médecin et pharmacien et éviter un double dérangement. Et si une consultation nécessite des visites ultérieures, je perdrai peut-être ces visites, le client continuant à être soigné par le même médecin.

Voici les inconvénients pour moi. Voici maintenant, les inconvénients, encore plus graves, pour mes clients. Les habitants d'un rayon rapproché autour de moi auront un dérangement plus grand pour aller chercher leurs remèdes. Si je n'ai pas sous la main du sérum antidiphtérique ou de l'ergotine, les malades attendront à leurs risques et périls. De plus, j'ai souvent, dans un rayon rapproché, des visites à 8 h. ou 9 h. du soir, ou même la nuit ; pour peu qu'ils aient intérêt à être servis de suite, aussitôt rentré, je fais à mes clients les prescriptions nécessaires, et si je ne pouvais les faire, ils seraient obligés d'attendre au lendemain, parce que le pharmacien est plus éloigné, et parce qu'il est couché. Dernièrement j'ai ainsi vu à 9 heures du soir et soulagé à 10 heures par une potion calmante un petit pneumonique qui délirait, au grand désespoir de ses parents, et qui a guéri dans la suite.

Donc la suppression de la propharmacie est pour moi une gêne, un empêchement de la médecine. Pour mes clients, c'est la suppression d'une commodité, un dérangement supplémentaire, et un retard dans les cas pressants.

Pour le pharmacien, c'est évidemment un avantage. Mais doit-on rechercher l'intérêt du pharmacien ou celui des malades ?

Pour cette question de 4 kilomètres, j'ai lu dernièrement dans le *Propharmacien* que le rédacteur, le Dr Carayon, estimait à *peut-être moins de dix* le nombre *des propharmaciens* de France éloignés de *moins de 4 kilomètres* d'une pharmacie. Va-t-on faire voter une loi pour supprimer dix propharmaciens ? Cela supprimera peut-être dix postes de médecin, embêtera le public, et n'enrichira guère la corporation des pharmaciens.

Pour terminer, je me permets de vous soumettre des propositions au sujet du projet Vincent : le *statu quo*, ou à défaut, la limitation de distance à 2 km., ce qui permettrait au médecin isolé de rendre service aux gens dans son entourage, ou bien qu'on permette au médecin isolé la *propharmie* à *son cabinet* de consultation, et en outre dans *ses visites*, sous la *condition essentielle que les clients soient plus rapprochés de lui* que d'un pharmacien.

Je vous serais reconnaissant de me dire si vous pourez faire quelque chose à ce sujet, et si moi je puis y faire quelque chose.

Dr J.

Réponse.

Le *Concours médical* a publié, vers la fin de 1920, toute une suite d'articles sur les projets de modification de la loi sur la pharmacie, et notamment, dans le no 45 du 7 novembre 1920, un projet de loi, dont l'article 13, visant la délivrance de médicaments par les médecins à leurs clients, serait susceptible de vous donner satisfaction.

Cet article dispose en effet que les médecins pourraient délivrer des médicaments aux malades qu'ils visitent, si ces derniers habitent à plus de deux kilomètres d'une officine et qu'ils pourraient en outre délivrer des médicaments dans leur cabinet, s'ils habitaient eux-mêmes une commune dépourvue d'officine.

Il n'apparaît pas d'ailleurs que la loi soit sur le point d'être votée, le Parlement ayant actuellement beaucoup d'autres préoccupations plus urgentes. Si elle vient en discussion, vous pouvez compter que les associations professionnelles et notamment l'Union des Syndicats médicaux feront leur possible pour défendre les intérêts des médecins propharmaciens.

NOTES DE MÉDECINE PRATIQUE

Massage et expression prostatiques.

Lorsqu'un homme jeune a eu, successivement, plusieurs blennorrhagies, peut-on assurer que la première a été complètement guérie ?

That is the question !

Je laisse, à plus expérimenté, d'y répondre.

- Mais, ce que nous constatons, c'est qu'une blennorrhée récidivante se complique, neuf fois sur dix, de prostatite.

La prostate est une trimourti : ses trois lobes font une unité, tellement intime que, lorsque le médian est pollué, les latéraux échappent rarement à la contamination.

C'est peut-être ainsi que, lorsque Brahma, ayant mangé du chou, avait la colique, Vichnou avait des vents et Siva la diarrhée !

Vous êtes-vous jamais objectivé la prostate ? Vous me répondrez : Je l'ai disséquée. Un bon point, Monsieur !

Pour moi, elle me fait l'effet d'un œuf de pigeon, flanqué de deux œufs de grives.

Cette petite coquine ne se laisse pas toujours facilement palper.

Lorsque votre index, coiffé d'un double gant de caoutchouc et de baudruche, va à sa recherche, elle s'y dérobe bien souvent.

Quand vous l'aurez sous votre indicateur, trempé, au préalable, dans un corps gras, rendez-vous un compte exact de son état de chaleur, turgescence, mollesse ou dureté.

Elle m'a toujours fait l'effet, dans les prostatites jeunes, d'une grappe de raisin, à grains avortés, mais fluents et compressibles.

Dans ces prostatites jeunes, je conseille d'employer l'expression douce et lente de préférence au massage, parfois dangereux. Bien faite, elle fera sourdre, au méat, une goutte opalescente, après 60 à 120 secondes d'expression.

Désinfectez, corollairement, l'appareil génito-urinaire. Conseillez une diététique sévère avec exclusion de poisson, charcuterie, gibier, conserves, épices et condiments.

Prescrivez une douche rectale, matutinale, à 45°, à la poire.

Et, bien vite, on vous remerciera, parce que le malade, sinon guéri, sera très amélioré.

Dr GALAND.

DOCUMENTS OFFICIELS

A L'OFFICIEL

Hygiène administrative.

— Aux termes du décret en date du 3 juillet 1905, portant règlementation des bureaux municipaux d'hygiène, les directeurs de ces bureaux doivent être nommés par les maires, parmi les personnes reconnues aptes, à raison de leurs titres, par le conseil supérieur d'hygiène publique de France.

Conformément à cette disposition et aux prescriptions de la circulaire ministérielle du 23 mars 1906, destinées à en assurer l'application, la vacance de *directeur du bureau municipal d'hygiène de Tourcoing* est déclarée ouverte.

Le traitement alloué est fixé à 15.000 fr. par an.

Les candidats ont un délai de vingt jours expirant le 23 mars 1921, pour adresser au ministre de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales leurs demandes, accompagnées de tous titres, justifications ou références permettant d'apprécier leurs connaissances scientifiques et administratives, ainsi que la notoriété acquise par eux dans des services analogues ou des fonctions antérieures. Cette candidature s'applique exclusivement au poste envisagé.

A la demande doit être jointe une copie certifiée conforme des diplômes obtenus ; l'exposé des titres doit être aussi détaillé que possible et accompagné d'un exemplaire des ouvrages ou articles publiés. Les candidats peuvent, en outre, demander à être entendus par la commission du conseil supérieur d'hygiène.

ANTHOLOGIE MÉDICALE

Sonnets Hippocratiques.

III. La Chlorose....?

(Cf Dieulafoy, Manuel).

— Notre fille a perdu son joli teint de rose !
On voit, de jour en jour, décliner ses appas...
— Madame, encore un coup, ne vous effrayez pas,
Ce sont là, simplement, des signes de chlorose.

— Docteur, alors pourquoi cet appétit morose,
Ces subites rougeurs qui suivent ses repas ?
Son pauvre cœur palpite au moindre de ses pas ;
Ses jambes ont enflé..! — Madame, la Chlorose !

— Ce dernier serait-il un symptôme alarmant ?
Vous êtes notre ami (du moins je le suppose) ;
Je suis fort courageuse ; ainsi, rien ne s'oppose
A ce que vous disiez pourquoi ce gonflement ?
— Pour la troisième fois, morbleu ! c'est la Chlorose !
Je vous l'ai dit en vers ; le redirai-je en prose ?

Dr Emile Junès (de Sfax, Tunisie).
(Prix *Leconte de Lisle*,
Jeux floraux du Languedoc.)

LE LIVRE D'OR DU CORPS MÉDICAL FRANÇAIS

Légion d'Honneur — Croix de guerre.

« Hallot (Gabriel-Louis-André-Joseph), docteur « en médecine installé à Noyon. Titres exceptionnels. « Est resté volontairement à la tête de l'hôpital temporaire qu'il dirigeait pendant l'occupation allemande et a rendu par son dévouement, son zèle et « son courage, les plus grands services aux blessés « prisonniers.

« Après l'évacuation du dernier de ses blessés, « s'est consacré à secourir la population civile par« ticulièrement éprouvée dans les villages voisins « du front.

« Enlevé comme otage en février 1917, a assuré « le service médical d'un camp de prisonniers en « Allemagne.

« Rapatrié en 1917, a rempli les fonctions de médecin-chef de l'hôpital 88 à Biarritz. »

(*Communiqué*)

QUARANTE-TROISIÈME ANNÉE N° 13 DIMANCHE 27 MARS 1921

Fondé en 1879 par Auguste CÉZILLY
Rédigé et dirigé par H. JEANNE (1900-1914),

LE CONCOURS MÉDICAL

ORGANE HEBDOMADAIRE DES PRATICIENS
Groupés dans la Société « Le CONCOURS MÉDICAL » et ses Filiales

ADMINISTRATION & PUBLICITÉ
C. BOULANGER, ADMINISTRATEUR

ABONNEMENTS :

France	24 fr.
Etranger	28 »
Etudiants (*France*)	12 »
Le numéro	50 cent.

Chèques Postaux Paris 167-95

DIRECTION
MM. les Drs A. GASSOT, *Directeur*; A. MAURAT ; H. CEZILLY ; J. NOIR ; P. BOUDIN docteur en droit ; M. VIMONT ; G. DUCHESNE.
MM. P. CEZILLY, J. DUMESNY, licenciés en droit ; C. BOULANGER.

RÉDACTION
Dr J. NOIR,
RÉDACTEUR EN CHEF
Drs P. LACROIX et G. DUCHESNE
SECRÉTAIRES DE LA RÉDACTION
—N.-B. — Les manuscrits, publiés ou non, ne sont pas rendus.

Rédaction et Administration : 132, rue du Faubourg St-Denis, PARIS (10e). Téléphone : Nord 48-17

Quarante-troisième année. N° 13 27 Mars 1921.

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

Office de Renseignements du « Concours »

DON. — Nous avons reçu à titre de don à la Société du « Sou médical », la somme de vingt francs pour bons offices de cette société.

AVIS

Société amicale des anciens élèves de l'Ecole de médecine et de pharmacie de Reims.

Assemblée générale : réunion annuelle à l'Ecole le dimanche 3 avril à 10 heures du matin. Banquet à 12 h. 30, salon Degermann (20 fr.).

Tous nos camarades : élèves et anciens élèves ; professeurs et anciens professeurs de l'Ecole, *faisant ou non partie* de l'Association, sont priés instamment d'envoyer au plus tôt leur adhésion au Dr Louis Lenglet, rue de Venise à Reims.

Ils voudront bien signaler à ce dernier les noms des camarades disparus et de ceux qui ont obtenu une distinction au cours de la guerre.

Au nom du Comité : le Président :
COLLEVILLE.

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum, aux* « demandes et offres ».

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne, qui est versé dans la caisse de la Société civile du Concours Médical). *Adresser un mandat ou mieux verser au compte de chèques postaux,* CONCOURS MÉDICAL, *Paris 167-95.*

Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse.**

Nº 125. — A vendre, bon état, torpedo Delage, 4 places, 2 cyl. de Dion, carburateur Claudel, magn. Bosch, accessoires. Appareil stéréo-panoramique 9 × 18 obtur. Ernemann. Dr Laplume, à St-Brieuc.

Nº 126. — Docteur Monier, à Coudekerque-Branche, Nord, désire placer aux environs de Paris tuberculeux 30 ans, bonne famille, dans sanatorium ou chez particuliers.

Nº 127. — Jeune médecin cherche place d'assistant auprès confrère âgé. Prendrait succession. Ecrire 29, rue Monge. Federowsky.

Nº 128. — Conf. du Médoc offre vins de sa récolte 1920 garantis, 400 fr. la bque, port et régie en plus, fût vide repris pour 100 fr. S'adr. Dr Meignié, à Lesparre (Gironde).

Nº 129. — Docteur désire place rétribuée assistant dans clinique chirurgie infantile ou générale.

Nº 130. — Torpedo Darracq 8 HP. 1913, 2 places spider, éclairage élect. 8.500 fr. Dr Regnier, à Eclaron (Haute-Marne).

Nº 131. — On recherche institutrice de bonne éducation pour fillette de 9 ans, anglais et piano si possible. Vie de famille. Ecrire au Dr Balmelle, à Fondettes près Tours.

Nº 132. — Charron, 6-8 HP., 1920, torpédo 2 pl. et strap., écl., démarr. électr., très peu roulé.

Nº 133. — 100 km. Paris, grande ligne, poste seul médecin, bon rayon. Reprise long bail, loyer peu élevé. Maison entièrement remise à neuf. Indemnité 4.500 fr.

Nº 134. — Veuve de docteur vendrait canapé-lit



spéculum, visible chez M. Simoneton, 41, rue d'Alsace, Paris, 10e.

N° 135. — 1 nécessaire en boîte pour irrigation des plaies, méthode Dakin, 20 frs. ; 1 lavabo pliant, cuvette aluminium, réservoir 20 litres, 125 frs. ; 1 laveur injecteur à roulettes, à élévation, complet, 125 fr. ; 1 armoire à instruments sur pieds, fer laqué, 250 frs. ; 1 transformateur cautère et lumière, altern. 110 v., 195 frs. ; 1 appareil faradique et accessoires, 45 frs.

N° 136. — A vendre, 1 voiture automobile Vinot-Deguingnaud 1914, 12 HP., conduite intérieure, 2 places et strapontin, complètement revue à l'usine en octobre dernier, intérieur refait ; 11.000 fr. Drouet, 37, rue de Marly, à Rueil (S.-et-Oise).

N° 137. — A vendre, machine électrostatique Wirmshurst, 2 plateaux, moteur alternatif 110 volts, accessoires, prix : 800 fr.

N° 138. — A céder maison de santé dans chef-lieu de canton centre Bretagne, clientèle 40.000 fr. environ. Maison avec dépendances.

N° 139. — A vendre 4 lapins argentés de Champagne, pure race, 3 mois, 50 fr. Les 32 dernières années du « Concours médical » au plus offrant. Dr Bichon, à Blain (Loire-Inf.).

N° 140. — A céder en Seine-et-Marne, petit poste seul médecin, susceptible de gros développement. Petit loyer, onze ans de bail. Indemnité 4.500 fr. S'adresser Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris.

N° 141. — A céder dans chef-lieu de canton du Nord-Est, 2 h. de Paris, poste le plus important de la région, tenu depuis 20 ans. Gros fixes transmissibles. Maison remise à neuf, confort moderne. Affaire urgente. S'adresser Breitel et Goret, 1 rue, Dante, Paris.

N° 142. — A vendre : 1° 200 fr., 5 casseroles nickel pur, valeur 350 fr. ; 2° harnachement complet artillerie troupe très bon état, 200 fr. ; 3° sacoche état-major noire.

CANCER. — L'action puissamment antinévralgique du **Pyréthane**, donné aux doses de 25, 50, 80 gouttes, en eau bicarbonatée, à renouveler, permet de garder en main médicale l'emploi de la morphine, d'en diminuer la dose ou de l'espacer.

CORRESPONDANCE

Les propharmaciens ne sont pas commerçants.

Je viens de recevoir de la direction générale des contributions directes, de N., deux avis pour déclarer mon chiffre d'affaires pendant les années 1917 et 1918, pour servir à l'établissement de l'impôt sur les bénéfices industriels et commerciaux, pour ma profession de pharmacien. Je vous envoie ci-contre la copie d'un de ces avis, le deuxième est semblable, sauf l'année.

La question est celle-ci :

Je suis propharmacien, car j'habite une bourgade de 600 habitants dépourvue de pharmacien. Il n'y en a pas à moins de 12 km. Dans ce cas, dois-je être considéré, oui ou non, comme commerçant, car je ne vends de médicaments qu'à mes clients ?

L'année dernière, je me suis laissé faire et ai payé 104 fr. Dois-je encore payer pour 1917 et 1918 ?

A-t-on le droit de visiter mes livres ou mon journal ?

Ai-je le droit de ne pas avoir de comptabilité, si

ancienne surtout ? En cas de refus de payer, a-t-on le droit de m'imposer d'office, comme on m'enprévient ?

Si cette imposition est injuste, à quelle autorité recourir et quels frais ?

Enfin, veuillez me donner tous renseignements utiles.

Dr R.

Réponse.

Puisque vous ne délivrez des médicaments que comme propharmacien, c'est-à-dire, à défaut d'officine de pharmacie existant dans la localité où vous résidez et seulement à vos clients, vous n'êtes pas un commrçant, ainsi qu'il a été maintes fois reconnu par la jurisprudence, et par suite ne sauriez être soumis à l'impôt sur les bénéfices industriels et commerciaux.

La délivrance par vous de médicaments à vos clients n'est que l'accessoire de l'exercice de votre profession médicale, et vous n'êtes soumis, de ce chef, qu'à l'impôt sur les bénéfices des professions non commerciales, les bénéfices que vous pouvez faire comme propharmacien devant être simplement ajoutés à ceux de votre profession principale.

Vous avez eu tort certainement de payer l'année dernière cet impôt que vous ne devez pas. Mais ce n'est pas une raison pour que vous le payiez maintenant pour les exercices antérieurs et aussi, sans doute, pour celui de 1920 et les suivants, car le fisc, trouvant en vous une proie complaisante, ne vous lâcherait pas.

Nous vous engageons donc à répondre, par lettre recommandée, à l'invitation qui vous est adressée, que n'étant pas commerçant, vous ne devez pas faire la déclaration de vos bénéfices commerciaux, ni payer l'impôt y afférent, et qu'au surplus, les bénéfices que vous avez réalisés dans la cession à vos clients des médicaments que vous leur prescrivez, ont été comptés dans la déclaration de vos bénéfices médicaux.

Si l'administration des contributions directes passe outre et si vous êtes taxé d'office, vous devrez, après la publication du rôle, et dans les trois mois de cette publication, former une demande en décharge dans les formes indiquées au dos des avertissements, c'est à-dire, par mémoire adressé par lettre recommandée au sous-préfet, et rédigé sur papier timbré si le montant de la cote dépasse 30 francs.

Nous sommes à votre disposition pour la rédaction, s'il y a lieu, de votre demande en décharge.

Dans tous les cas, vous n'êtes nullement obligé de communiquer votre comptabilité, pas plus que vous n'êtes obligé, n'étant pas commerçant, d'en tenir une.

L'abus des admissions à l'hôpital.

L'immense majorité des hôpitaux ont été fondés par des gens charitables qui ont légué des biens pour permettre aux dits établissements de soigner les pauvres de tel pays ou de soigner les pauvres sans désignation. Cette destination précise est énoncée dans tous les actes de donation, quelquefois il est ajouté les vieillards et les incurables.

Donc le législateur qui prétend imposer aux hôpitaux de soigner pour une somme ridicule les accidentés du travail dilapide le bien des pauvres.

Les donateurs des hôpitaux sont tous morts, mais souvent leur famille habite encore le pays et il pourrait se produire, ce qui a eu lieu au sujet des biens paroissiaux, que certaines familles intentent des procès aux commissions en restitution pour détournement de la destination des dites donations.

Le fait suivant s'est produit : un ouvrier reçoit un choc sur le ventre, anurie et issue de sang par la verge donc éclatement probable de la vessie : le malade est transporté à l'hospice, et les médecins du pays ne voulant pas se risquer à une intervention aléatoire demandent à la commission administrative de l'hospice de faire venir un chirurgien de la ville voisine. On opère et 3 jours après le malade meurt. Ce malade a séjourné 4 jours à l'hospice et l'assurance a payé royalement $4 \times 5 = 20$ fr. La commission a fait venir un chirurgien qui a reçu 300 fr. Le bien des pauvres a donc été grevé de $300 - 20 = 280$ fr., sans compter les autres frais. La compagnie d'assurances a donc économisé cette somme et si cela se répète souvent il arrive que les biens donnés aux hôpitaux servent à assurer de bons dividendes aux actions des compagnies d'assurances.

Il existe cependant un tarif d'intervention, il ne serait applicable qu'à domicile (tout comme pour l'assistance médicale gratuite). Si on veut être payé, il faut se mettre dans les mauvaises conditions de l'opération à domicile.

Quand c'est un employé de chemin de fer, les compagnies se font des économies sur le dos des indigents du pays, c'est immoral et illégal (influence des financiers sur les politiciens). Pour mon compte, faisant la chirurgie dans mon petit pays, je m'oppose tant que je peux à l'admission d'un blessé du travail : s'il entre quand même, je prie la compagnie d'envoyer un chirurgien qu'elle paye, mais je ne veux pas être dupé. Pour l'assistance, j'envoie les indigents à opérer à O. où des chirurgiens, avides de réclame consentent à opérer pour tant par an. Il y a des tarifs opératoires et pour les blessés et pour les indigents : tant qu'ils ne seront pas appliqués, je passe la main aux *poires*.

Dr M.

Réponse.

Nous sommes absolument de votre avis : les hôpitaux sont faits pour les pauvres ; mais ces établissements de bienfaisance sont exploités par des collectivités âpres au gain. L'hôpital

devient maintenant la concurrence de la maison de santé, quelle qu'elle soit ; il empêche souvent, par des admissions trop faciles, la création de cliniques, où seraient opérés les malades payants et même les petites gens.

Cependant le patrimoine des pauvres est actuellement insuffisant pour que les hospitalisés indigents puissent recevoir tout le confort voulu : aussi les commissions hospitalières voudraient-elles se créer de nouvelles ressources, grâce à l'admission des payants, mais cette admission ne doit pas se faire au détriment du corps médical. Celui-ci doit pouvoir vivre honorablement de sa profession, surtout actuellement, où les progrès de la chirurgie font que beaucoup d'affections doivent se traiter chirurgicalement, étant bien entendu qu'on ne peut faire de bonne chirurgie au domicile du malade.

C'est donc dans le but d'éclairer le conseil supérieur de l'assistance publique sur les conditions d'admission de ces malades payants à l'hôpital que j'ai demandé à tous mes confrères de France de m'adresser leurs réflexions sur le sujet. Plus j'aurai de réponses et plus mon argumentation aura de poids.

Confrères je sollicite de vous, une fois de plus, vos conceptions sur l'admission des malades aisés dans les hôpitaux, le mode de rémunération des médecins par ces malades, la nomination et le choix des docteurs susceptibles de donner leurs soins à l'hôpital, faisant fonction de maison de santé à bon marché.

Réponse urgente, s'il vous plaît.

Dr P. Bgudin.

Application du Tarif Breton.

Sous ce pli, je vous envoie une note d'honoraires pour accidents du travail, en vous priant de vouloir bien me faire savoir, avec l'autorité du « Sou médical » dont je fais partie, si cette note est conforme au tarif Breton, et dans la négative me dire comment il faut la rédiger.

La Compagnie d'assurances à qui je l'ai adressée me répond que j'ai pratiqué le cumul et qu'elle me réduit ma note à 210 fr.

Dans la note que j'ai adressée à la Compagnie d'assurances, je me suis trompé dans l'addition : au lieu d'avoir compté 324 fr., chiffre que donne l'addition bien faite de ma note, j'ai compté seulement 312 fr. L'erreur provenant de mon inattention, je fais volontiers cadeau de ces 12 fr. à la Compagnie, laquelle s'est certes bien gardée de me signaler l'erreur. Je passe outre.

Avant d'accepter la réduction que me propose la Compagnie d'assurances, je voudrais savoir s'il est

(Voir la suite page XXXV-925)

PROPOS DU JOUR

L'expansion continue du domaine de la médecine. A propos du dernier livre de Cabanès : L'histoire éclairée par la clinique.

Ici l'énumération des institutions et des œuvres devenues tributaires de la médecine est une redite. Nous avons souvent répété que toute manifestation de l'activité humaine, tout ce qui touche de près ou de loin à la vie individuelle ou collective, a recours à la médecine et au médecin.

« Pourquoi, nous écrivait un vieux praticien à la vue un peu courte, parlez-vous d'hygiène sociale, de médecine sociale ? Nous nous contentions à notre époque de dire : hygiène et médecine tout court, car nous ne connaissions que nos clients. »

A quoi nous répondons :

« L'évolution des choses est si rapide qu'avant peu, on ne dira plus en effet hygiène sociale, médecine sociale, mais hygiène et médecine tout court, car il ne sera plus possible de séparer la médecine de toutes les manifestations de la vie sociale. »

La guerre nous a démontré la place de plus en plus prépondérante que prenait le service de santé dans l'armée. C'est lui qui préside à son organisation, qui fait la sélection de ses éléments, les soldats. C'est lui qui préside ou devrait présider à leur répartition en appréciant leurs aptitudes physiques.

C'est lui qui doit ou devrait surveiller leur habitation, leur alimentation, leur vêtement, régler leur entraînement physique.

Et cette tâche du temps de paix, qui prend une importance plus considérable encore en temps de guerre, se double alors des secours aux blessés, de leur évacuation, de leur rétablissement le plus prompt possible, et de leur récupération, après l'élimination méthodique et scrupuleuse des hommes frappés d'incapacité.

Mais, si l'armée est un exemple qui, à notre époque, attire tout d'abord l'attention et où le champ, primitivement très restreint du corps de santé, a pris un développement formidable, il est d'autres exemples nombreux et encore plus importants de cette expansion.

Le médecin, à notre époque, prend l'homme avant sa naissance et ne le quitte qu'après la mort.

Nous ne reproduirons pas ici le programme que le professeur Pinard a tracé de la puériculture.

Il se préoccupe de l'enfant, non seulement avant la naissance, mais, avant même la conception, et le temps n'est sans doute pas éloigné où l'on exigera pour le mariage une sorte de révision, d'examen médical, qui permettra d'éliminer les déchets de notre pauvre humanité et de mettre un terme à la procréation des dégénérés, des criminels, des infirmes et des idiots. Lorsqu'on se donne la peine de réfléchir, on est stupéfait de penser que la société, qui fait de si lourds sacrifices pour se préserver de dangers problématiques, ne prend aucune mesure contre le plus grand qu'elle court, celui de la dégénérescence !

Le médecin protège la première enfance librement ou en vertu de la loi. Il continue de suivre l'enfant à l'école, et nous savons les progrès que la médecine scolaire est partout en voie de réaliser. En dehors du régiment, la médecine ne se borne pas à étendre sa surveillance tutélaire à la famille et à la cité, elle pénètre et pénètrera de plus en plus dans la vie professionnelle.

En bonne logique, l'armée du travail a besoin d'un corps de santé aussi vigilant que l'armée proprement dite.

Lorsque nous serons vraiment des hommes civilisés, un examen d'aptitude sera imposé à l'entrée de chaque profession comme à l'entrée de l'armée. Peut-on concevoir qu'un tuberculeux puisse être cuisinier ou boulanger, tant dans son intérêt que dans l'intérêt public ? Et cependant, ces deux professions, à l'heure actuelle, sont de celles qui comptent la plus forte proportion d'ouvriers bacillaires.

Le médecin parfera l'étude de l'organisation physiologique du travail. Cette étude, qui se poursuit depuis plusieurs années, arrivera peu à peu à atténuer les conflits sociaux, sinon à les faire disparaître.

La tâche de l'ouvrier sera limitée à ses forces et, par une réglementation scientifique, l'on parviendra à faire rendre le maximum de travail à la machine humaine, avec un minimum d'usure, c'est-à-dire de fatigue.

Les sciences médicales détruiront sans peine les modernes préjugés, tel que celui de la journée de huit heures, basée sur l'incompétence et l'ignorance. Elles montreront que les temps des pauses, les périodes de repos, doivent varier avec chaque profession, et que les minutes de délassement, qui entrecoupent les heures de travail, ont une bien plus grande importance pour la santé de l'ouvrier que la fixation, absurde dans son uniformité, de la durée du travail à 8 heures.

Les études médico-physiologiques amèneront la modification de l'outillage, et créeront une sorte de gymnastique rationnelle pour l'exécution de chaque labeur. Mais nous nous laissons aller à répéter des choses aujourd'hui connues, qui sont déjà passées à l'état de truismes, et sur lesquelles on pourrait écrire des volumes sans épuiser le sujet.

***

Le rôle de la médecine ne se borne pas à la préservation et au rétablissement de la santé. Il s'est encore considérablement élargi dans le domaine de la pensée.

Hippocrate, dans son livre de la *Bienséance*, assimilait déjà le médecin au philosophe. Pendant une longue période, alors que les connaissances scientifiques des hommes étaient fort restreintes, le médecin était seul à les posséder toutes ; l'on ne trouvait pas, avant la période moderne, de savant qui ne fût médecin. Copernic étudia la médecine à Padoue, Galilée à Pise, et Léonard de Vinci se passionna pour l'anatomie à Pavie.

Depuis, les sciences ont pris une extension inouïe ; le temps des hommes aux connaissances universelles, des Pic de la Mirandole, est définitivement passé. Le médecin, même en se spécialisant, ne peut connaître à fond une seule branche de son art. Mais il n'est pas un ordre de manifestations de l'intelligence et de la pensée qui ne soit devenu plus ou moins tributaire de la médecine.

Dans son nouveau livre, intitulé *l'Histoire éclairée par la Clinique*, Cabanès fait une démonstration remarquable des services que peut et doit rendre la médecine dans les recherches historiques.

Il faut lire ce livre, où Cabanès réunit les leçons qu'il a professées en 1919 et 1920 à l'Institut des hautes études à Bruxelles.

Jusqu'alors, en feuilletant le *Cabinet secret de l'histoire* ou les *Mœurs intimes du passé*, nous nous étions bornés à trouver dans leur auteur un aimable conteur d'anecdotes, très érudit, qui savait, avec une fécondité inconcevable, charmer nos loisirs, en trouvant sans cesse de l'inédit dans son inépuisable magasin de curiosités.

Cependant, son beau livre : *Chirurgiens et blessés à travers l'histoire : des origines à la Croix-rouge*, qui obtint un prix important de l'Académie, nous avait averti que Cabanès était un peu plus qu'un savant amuseur, doué d'un remarquable sens critique, qu'il avait encore les qualités d'un véritable historien.

En lisant les « Leçons sur le rôle de la critique médicale dans l'histoire », nous avons constaté que Cabanès s'y révèle un véritable philosophe.

Pendant une longue période de sa vie de chercheur, il a accumulé des matériaux toujours intéressants, mais d'apparence quelque peu disparates ; maintenant il arrive à l'âge, où, dans un travail de synthèse fécond, il construit un bel édifice, aux lignes à la fois majestueuses et harmonieuses, édifice qui lui survivra.

Comme nous en avons déjà exprimé le vœu, nous espérons que ce ne sera pas seulement à Bruxelles, mais à Paris qu'il fera de nouvelles leçons. Ce n'est pas une chaire à la Faculté de médecine, que nous désirons pour lui : l'auditoire de notre vieille école est trop spécialisé pour son vaste talent ; c'est au Collège de France ou à la Sorbonne qu'il conviendrait qu'il enseignât. Pourquoi n'y créerait-on pas un cours de Critique médicale de l'histoire, relevant de l'Ecole des Hautes Etudes ? Il sortirait de cette institution nouvelle plus de travaux sérieux, à la fois intéressants et utiles, que des nombreuses officines, fondées aux Hautes Etudes un peu à tort et à travers, au hasard des influences politiques. Nous ne déflorerons pas ici les Leçons de Cabanès par une analyse forcément sommaire et insuffisante, mais, après avoir constaté, au début de cet article, l'expansion de la médecine sociale, nous sommes heureux de profiter de l'occasion qui nous est offerte, de saluer son entrée dans le domaine supérieur des ouvrages de l'esprit, tout en notant en passant que sa porte d'accès est celle de l'histoire, qui confine de plus près au terrain de la vie sociale.

J. Noir.

PARTIE SCIENTIFIQUE

CLINIQUE MÉDICALE

Leçons cliniques sur la pression artérielle (1)

Les sphygmomanomètres auscultatoires (2)

Par le Dr Camille LIAN.
Médecin des hôpitaux de Paris.
(Consultation de l'hôpital Tenon).

Je vais maintenant quitter le domaine des notions générales sur les méthodes sphygmomanométriques, pour aborder l'étude des divers sphygmomanomètres.

Pour chaque groupe d'appareils, j'envisagerai successivement :

1° Quelques détails techniques qui, en s'ajoutant aux notions générales déjà formulées, vous aideront à éluder toutes les difficultés pratiques susceptibles de se présenter ;

2° Les qualités que doivent présenter les sphygmomanomètres du groupe étudié, pour permettre une bonne application de la méthode en question ;

3° La description et le mode d'emploi des appareils eux-mêmes.

J'étudierai d'abord les sphymomanomètres auscultatoires, puisqu'ils représentent la méthode de choix pour la mesure de la pression artérielle.

Quelques détails techniques pratiques pour l'application de la méthode auscultatoire.

La manchette compressive s'applique au bras, l'auscultation porte sur l'artère humérale au pli du coude, en aval de la manchette.

On gonfle la manchette jusqu'à un chiffre supérieur à la Mx. On se rend compte qu'on a dépassé ce chiffre lorsque les doigts qui palpent l'artère radiale, et les oreilles qui auscultent l'artère humérale, montrent que les pulsations artérielles sont éteintes. Puis, on dégonfle la manchette par à-coups, de centimètre en centimètre de Hg. Tout d'abord, il y a une phase de silence, aussi bien des sensations auditives que des sensations tactiles, car les artères ne battent pas en aval de la manchette brachiale. Puis, tout d'un coup, réapparaissent les bruits artériels qui sont perçus avec le stéthoscope bi-auriculaire, et en même temps, le doigt qui palpé la radiale sent de nouveau les pulsations artérielles. Cette réapparition se fait toujours avec la plus grande netteté.

Il est bon de ne pas faire une pareille détermination dans le brouhaha : ce pourrait être préjudiciable lorsque les malades ont un pouls très petit, et que par suite, leurs bruits artériels sont faibles. Cependant, pour la généralité des cas, un silence religieux n'est pas du tout nécessaire, tant les premiers bruits artériels indiquant la Mx sont le plus souvent bien frappés.

Pour ne laisser absolument rien dans l'ombre, je mentionnerai 3 petites causes d'erreur dans la détermination de la Mx auscultatoire. Elles ne sont pas susceptibles d'intervenir souvent. De plus, elles sont très faciles à éviter, si l'on est mis en garde contre elles et si l'on fait attention. Enfin, il est impossible de faire ces erreurs si l'on recourt à cette manœuvre bien simple qu'est la palpation de l'artère radiale, tandis qu'on ausculte l'artère humérale.

Il faut prendre garde, et c'est très facile, à bien placer la membrane phonendoscopique.

La première faute consisterait à mal placer la membrane phonendoscopique qui doit recueillir les vibrations de l'artère humérale. Pour ne pas tomber dans cette erreur, il suffit de se rappeler que l'artère humérale chemine dans la branche interne du V du pli du coude. Par conséquent. il ne faut pas, à mon avis, appliquer la membrane phonendoscopique exactement au milieu du pli du coude. En faisant ainsi, on la met surtout en contact avec le tendon du biceps qui forme un relief médian, et pour peu que ce relief soit fortement saillant, on ne percevra que peu ou pas les bruits artériels. En somme, la région du pli du coude présente deux versants, l'un interne, l'autre externe, aboutissant tous deux à un tout petit plateau surélevé, constitué par le tendon bicipital. C'est sous la partie supérieure du versant interne que passe l'artère humérale. C'est donc sur le versant interne du pli du coude qu'il faut appliquer la membrane phonendoscopique. Toutefois, on la disposera pour qu'elle atteigne la ligne médiane, ou même qu'elle la déborde un peu. En procédant ainsi, il est à peu près fatal que la membrane phonendoscopique soit au contact de l'artère humérale.

D'ailleurs, si par hasard on avait mal placé la membrane vibrante, comme on doit toujours pal-

(1) Ces leçons cliniques du Dr Lian ont lieu à l'amphithéâtre des cours de l'hôpital Tenon, les 2e et 4e lundis de chaque mois à 11 heures.

(2) 2e partie de la 3e leçon recueillie le 24 janvier 1921, par M. Pierre Cahen, externe des hôpitaux, et revue par M. Lian. Les leçons précédentes ont été publiées dans les nos 6, 7, 9, 10 et 12 du *Concours médical* 1921.

per l'artère radiale tandis qu'on ausculte l'humérale, on s'apercevrait sûrement de son erreur. En effet, on noterait la réapparition des pulsations radiales avant d'entendre celle des bruits huméraux,

Le trou auscultatoire.

Une autre cause d'erreur pourrait être la conséquence du phénomène désigné par mon ami le Dr Tixier (de Nevers) sous le nom de trou auscultatoire. Habituellement, après les bruits nets traduisant la réapparition des pulsations artérielles (1re phase), on note, tandis qu'on continue la décompression, que les bruits artériels deviennent soufflants (2e phase), et ensuite, qu'ils deviennent très intenses et vibrants (3e phase). Dans certains cas, la phase des bruits soufflants est remplacée par une phase de silence. Tel est le phénomène du trou auscultatoire.

Vous avez constaté, par exemple, pour 20 cm. de Hg, la réapparition des bruits artériels : la Mx est donc 20. A 19, vous entendez encore les bruits artériels. Puis, à 18, et à 17, vous n'entendez plus rien. Et de nouveau à 16, 15, 14, etc., les bruits réapparaissent avec une intensité croissante. Il s'est produit un trou auscultatoire pour une contre-pression de 18 et 17 cm. de Hg.

MM. Gallavardin et Tixier, qui se sont intéressés au trou auscultatoire, considèrent que c'est un phénomène rare, et que c'est un signe du rétrécissement aortique.

Pour ma part, je connais ce phénomène depuis les premières mensurations que j'ai faites avec la méthode auscultatoire, méthode que j'avais déjà définitivement adoptée quand j'ai eu le plaisir de rencontrer pendant la guerre, en 1916, mon ami Tixier. Mais je ne partage pas l'avis de MM. Gallavardin et Tixier sur la rareté et sur la valeur diagnostique du trou auscultatoire.

Je considère, en effet, que le trou auscultatoire n'est pas rare du tout. Je l'ai trouvé chez de nombreux hypertendus, en l'absence de tout rétrécissement aortique.

Je ne m'arrête pas sur le mécanisme intime et la valeur séméiologique du trou auscultatoire, questions complexes encore discutées, mais je veux envisager les cas où ce phénomène pourrait devenir une cause d'erreur dans la détermination de la maxima auscultatoire.

D'ailleurs, il ne constitue pas en général une cause d'erreur. Tandis qu'on dégonfle la manchette brachiale, on note la réapparition des bruits artériels, avant de constater ensuite le phénomène du trou auscultatoire. Mais il faut envisager le cas où l'on aurait pu gonfler insuffisamment la manchette. Représentez-vous un cas comme celui que j'ai pris plus haut à titre d'exemple. Supposons que vous ayez gonflé seulement la manchette jusqu'à une pression de 18 cm. de Hg. Vous n'entendez rien. Il en est de même pour 17, et c'est seulement à 16 que vous notez des pulsations très franches. Vous pourriez donc croire que la pression maxima est de 16, quand en réalité elle est de 20.

Cette erreur est extrêmement simple à éviter. Il suffit de palper l'artère radiale pendant qu'on ausculte l'humérale. Pendant toute la période du trou auscultatoire en effet, on perçoit des pulsations à la radiale, par conséquent on se rend compte qu'on n'a pas suffisamment gonflé la manchette. On pousse donc plus loin la contre-pression, et alors, pendant la décompression on constate la réapparition des pulsations artérielles (à 20 selon l'exemple choisi), avant de tomber dans le trou auscultatoire (à 18 dans l'exemple choisi).

La persistance exceptionnelle de bruits artériels faibles en aval de la manchette brachiale soumise à une pression supérieure à la Mx.

Je dois vous mentionner enfin une troisième cause d'erreur, qui est exceptionnelle, et qui, peu à peu, s'est imposée à mon attention, petite cause que je n'ai pas encore formulée, sauf dans mon enseignement à la consultation. Il arrive parfois, lorsque vous examinez un sujet dont le pouls est très ample et bondissant, qu'après avoir gonflé au maximum la manchette brachiale, vous entendiez cependant, en aval de la manchette, un bruit artériel bien rythmé par chaque contraction cardiaque. Cette constatation paraît *a priori* tout à fait invraisemblable, et j'ai été très surpris les premières fois que j'ai noté ce phénomène. J'ai pensé que probablement la petite plaque phonendoscopique était en contact avec la manchette de caoutchouc du brassard brachial, et j'ai supposé que cette manchette brachiale, recevant sur son bord supérieur le choc des pulsations de l'humérale en amont, pouvait les transmettre en aval à la membrane phonendoscopique, avec laquelle elle se trouvait en contact.

Dans un cas récent, j'ai pu me rendre compte que ce contact n'était pas nécessaire. Il s'agissait d'un malade qui présentait un anévrysme artério-veineux de la sous-clavière droite, se traduisant par un thrill et un souffle continu à renforcement systolique et à foyer maximum dans la partie externe de la région sous-claviculaire droite. Je mesurai la pression artérielle dans les deux membres supérieurs pour voir s'il y avait une différence du fait de l'anévrysme : il y avait en effet une diminution de la pression artérielle dans le membre supérieur droit. Pendant cette mesure, lorsque j'eus écrasé l'humérale, je constatai que je continuais à percevoir, toujours avec beaucoup de netteté, le souffle continu en aval de la manchette. Je pensai à l'hypothèse du contact entre la membrane vibrante et la manchette brachiale. Pour résoudre le problème, je plaçai la membrane vibrante à l'extrémité de l'avant-bras, et je con-

tinuai à percevoir le souffle artériel continu, même lorsque l'humérale était sous une contre-pression de 35 cm., alors que la pression maxima était seulement de 13 cm. Il n'est donc pas douteux que l'on puisse entendre des bruits artériels en aval d'une manchette écrasant complètement l'artère principale du membre, et cela, sans qu'il y ait le moindre contact entre le stéthoscope et la manchette.

Revenons donc aux conséquences pratiques de ce phénomène, qui ne pourra se produire que chez des sujets dont les pulsations sont très amples, bondissantes, par exemple chez certains malades atteints d'insuffisance aortique, ou chez certains hypertendus. Dans ces cas, les bruits qu'on entend en aval de la manchette sont des bruits extrêmement légers, lointains en quelque sorte ; il faut dépenser de l'attention pour les percevoir. Ils sont faibles et rigoureusement égaux entre eux, depuis la contre-pression la plus haute qu'on puisse exercer dans la manchette jusqu'à la contre-pression qui correspond à la Mx. Pendant qu'on les entend, on ne sent aucune pulsation à la radiale. Après avoir continué la décompression, tout d'un coup on entend très brutalement des bruits huméraux très vibrants, très nets, qui s'imposent à l'oreille, et en même temps, on note par la palpation la réapparition des pulsations radiales. On est donc arrivé à la Mx. Ce phénomène ne peut pas constituer l'ombre d'une cause d'erreur, du moment qu'on le connaît.

Conclusion

Ainsi donc, les 3 petites causes d'erreur, que j'ai tenu à vous signaler pour ne rien laisser dans l'ombre, ne peuvent intervenir que rarement, et ne sont pas susceptibles de vous tromper, si vous avez soin de palper la radiale en même temps que vous auscultez l'humérale.

Telles sont les petites précautions, extrêmement simples à prendre, pour déterminer dans d'excellentes conditions la maxima auscultatoire.

En ce qui concerne la détermination de la Mn auscultatoire, je n'ai rien à ajouter aux règles générales que j'ai déjà formulées dans ma leçon sur la mesure de la pression minima.

CLINIQUE CHIRURGICALE

Hôpital Saint-Louis : Dr Albert MOUCHET.
Chef du service de chirurgie infantile.

Rétraction musculaire de Volkmann (1).

Je désire vous entretenir aujourd'hui d'un syndrome observé presque exclusivement dans l'enfance, peu ou pas décrit dans les ouvrages classiques, bien qu'il ait été signalé dès 1872 par Volkmann. Il est de grande importance de bien connaître cette affection, due presque toujours à la constriction du membre par un appareil de fracture trop serré, afin de l'éviter d'abord, de la soigner, au début quand il est temps encore, et d'avertir, en connaissance de cause la famille de sa gravité.

Un cas récent, vu dans le service, servira de type à la description de cette maladie de Volkmann qu'il faut se garder d'appeler *paralysie* parce que les lésions nerveuses ne sont pas constantes, et qu'il faut dénommer *rétraction musculaire* de Volkmann ou syndrome de Volkmann, sans préjuger même, par l'adjonction de l'épithète *ischémique*, d'une notion étiologique qui n'est pas certaine.

Tableau clinique.

Durant les premières heures qui suivent l'application de l'appareil, on est averti que celui-ci est trop serré par des *douleurs* variables, qui vont des simples fourmillements à des souffrances atroces, *par le gonflement et par la cyanose* des extrémités découvertes de la main.

L'enfant que vous avez vu dans la salle Bouglé ne nous a été amené que plusieurs semaines après avoir été atteint d'une fracture supra-condylienne de l'humérus gauche, immobilisée dans un appareil plâtré trop serré ; je vous ai fait remarquer les cicatrices d'escharres sur l'avant-bras et la cicatrice profonde du pli du coude, toutes cicatrices témoignant de la striction excessive de la gouttière plâtrée qui fut maintenue pendant un mois.

Sa main était fléchie sur le poignet, les doigts dans la paume. Les deux dernières phalanges, étaient seules en flexion, les fléchisseurs, n'agissent pas sur les premières phalanges. Quelquefois les ongles pénètrent dans la peau de la face palmaire de la main. Les premières phalanges restent en extension.

Généralement, les doigts ne sont pas tous également fléchis parce que tous les faisceaux musculaires ne sont pas atteints au même titre, et le

(1) Leçon recueillie par M. Carle RŒDERER, assistant d'orthopédie du service, et revue par M. Albert Mouchet.

pouce, qui a un fléchisseur propre ; est d'ordinaire indemne.

Cette position de flexion est irréductible, mais on arrive à redresser plus ou moins la griffe digitale en fléchissant le poignet sur l'avant-bras, ce qui restitue un peu de longueur utilisable aux tendons, car tout se passe comme si les fléchisseurs de la main et des doigts étaient trop courts.

L'impotence fonctionnelle, variable selon les malades, est à peu près totale pour l'extension. Le malade peut parfois un peu serrer les doigts après avoir fléchi activement le poignet.

La main se trouve en attitude de pronation. La supination est souvent totalement perdue si les muscles rond et carré pronateurs sont rétractés. Un cal vicieux aboutirait au même phénomène, il faut à ce sujet faire un diagnostic causal sérieux.

Quelques signes accessoires sont en outre à noter: ce sont des troubles trophiques. — Outre les cicatrices d'escharres au point d'application de l'appareil, il demeure une atrophie notable des muscles de l'avant-bras et des éminences thénar et hypothénar et aussi du glossyskin (doigts luisants).

Des troubles sensitifs : consistant surtout en une diminution de la sensibilité tactile des doigts et de la main.

Les réactions électriques sont variables. — Normales parfois, elles témoignent le plus souvent de la dégénérescence des fléchisseurs.

De plus, il peut y avoir association de la paralysie des lombricaux, des interosseux. *Les nerfs médian et cubital sont pris secondairement.*

En règle habituelle, les troubles nerveux ne sont pas limités à un territoire défini mais diffusé.

Au point de vue de l'âge. — Le syndrome de Volkmann se montre dans 85 % des cas au-dessous de 20 ans et affecte plus particulièrement les garçons, plus exposés que les filles aux traumatismes.

C'est le plus souvent à la suite d'une fracture de l'avant-bras que l'appareil a été confectionné ou, à l'occasion d'une fracture supra-condylienne de l'humérus. A ce propos, les seuls appareils plâtrés (les circulaires bien entendu sont surtout coupables) ne sont pas seuls en cause. On a vu des syndromes de Volkmann succéder à des appareils à liens élastiques et même, un cas récent de Reinbold (1), en fait foi : une contusion violente, un écrasement du membre sans fracture, mais ayant déterminé une infiltration considérable, peut être la cause d'un syndrome de Volkmann.

(1) *Revue Suisse de Médecine*, 24 décembre 1919.

Anatomie pathologique. — L'étude anatomique du membre atteint montre que les fléchisseurs profonds des doigts sont principalement atteints, mais les superficiels peuvent être frappés aussi, de même que le grand et le petit palmaire et les pronateurs.

Le muscle est rarement atteint de myosite diffuse fibreuse ; on voit surtout des îlots, des bandes longitudinales ou transversales de myosite, les lésions n'étant nullement limitées à un groupe de muscles innervés par le même nerf.

Au point de vue microscopique. — L'aboutissant de la sclérose musculaire est la dégénérescence vitreuse des fibres musculaires qui perdent leurs stries ; les noyaux musculaires se fragmentent ; la myosine se résorbe. Le tissu conjonctif prolifère abondamment autour de ces fibres sclérosées.

Les artères sont diminuées de calibre ; les nerfs sont enserrés dans une gangue fibreuse.

Pathogénie. — L'ensemble de ces phénomènes est d'une interprétation difficile. Les théories se sont succédé depuis 50 ans. Voici ce que vous devez retenir.

Théorie de l'ischémie. — C'était l'hypothèse première, celle de Volkmann. Cet auteur pensait qu'une interruption partielle de la circulation artérielle, insuffisante pour produire la gangrène, pouvait amener un processus de coagulation dans les fibres musculaires privées d'oxygène, processus auquel succédait une dégénérescence vitreuse, puis la myosite scléreuse.

Les lésions nerveuses seraient secondaires, consécutives à l'étranglement des nerfs par la prolifération scléreuse qui amènerait une gêne dans leur nutrition.

Théorie nerveuse. — Les nerfs, au contraire, auraient, pour Hildebrand, une certaine part dans la production de la lésion ; c'est un peu l'avis de M. Kirmisson.

Théorie actuelle. — Denucé (1) attribue une grande importance au sympathique dans la production du syndrome. Il fait observer que celui-ci est exceptionnel au membre inférieur dont le sciatique est isolé du faisceau vasculaire et surtout fréquent dans l'enfance à cause de la grande activité nutritive des tissus. Le syndrome pourrait donc être provoqué par des irritations traumatiques s'exerçant sur les nerfs périphériques et les gaines périvasculaires des membres. Les nerfs les plus riches en fibres sensitives et sympathiques (médian et cubital) seraient surtout frappés.

Il y aurait donc plus que de l'ischémie, il y aurait une irritation véritable de la gaine sympa-

(1) Congrès français d'orthopédie, 1920.

thique péri-artérielle ou des fibres sympathiques d'un nerf rachidien ; la sclérose musculaire traduirait le déséquilibre trophique des tissus.

Le diagnostic ne présente plus actuellement de grandes difficultés. L'élément essentiel réside dans l'observation de la griffe des deux dernières phalanges et dans la constatation de l'impossibilité de l'extension passive des doigts sans mise en flexion préalable de la main sur l'avant-bras.

La rétraction congénitale des doigts est infiniment rare, *la rétraction de l'aponévrose palmaire* appartient à un autre âge, *la rétraction isolée* d'une gaine tendineuse a une histoire clinique bien apparente (phlegmon, tuberculose). La contracture pithiatique « réflexe », de Babinski et Froment, si fréquemment observée pendant la guerre, s'accompagne d'exagération des réflexes. Les paralysies des nerfs de la main, peuvent, de loin, donner le change, mais les mouvements passifs sont possibles et le tableau clinique fort différent.

Ce diagnostic précoce a d'autant plus d'importance que le *pronostic* demande à être immédiatement indiqué aux parents. Exception faite de quelques cas qui guériront aisément, on peut dire que l'affection est grave, non seulement parce qu'elle représente une difformité inesthétique mais surtout parce qu'elle représente la perte de la fonction de la main.

Le pronostic doit être d'autant plus réservé que le traitement comporte de grosses incertitudes.

Traitement. — Aussi, la première notion qui se dégage des remarques précédentes est-elle d'éviter les causes occasionnelles du syndrome de Volkmann. On doit bannir de sa pratique l'appareil plâtré circulaire, surveiller soigneusement tout appareil d'avant-bras ou de bras et l'enlever à la première menace, telle que changement de coloration des téguments, œdème, perte de la sensibilité, du tact, douleurs vives non imputables à la fracture qui, immobilisée, devrait être indolore.

Une alerte a-t-elle lieu ? L'appareil doit être enlevé de suite ; un massage léger, des applications chaudes doivent être mises en œuvre, le membre doit être placé en position verticale élevée.

En présence d'un syndrome de Volkmann confirmé, le praticien se trouve en face de deux situations : *ou il y a des lésions nerveuses graves* (troubles de la sensibilité, modification quantitative du courant) *ou ces lésions nerveuses manquent*.

1° *Il y a des lésions nerveuses* : la libération du nerf s'impose aussitôt. Nous l'avons pratiquée sur ce malade dont le nerf médian était littéralement entamé par la cicatrice fibreuse de l'escarre du coude, et l'amélioration est réelle, mais insuffisante.

Il n'y a pas de lésions nerveuses ou il y a des lésions peu marquées : un *traitement médical* peut être essayé : au début, sous forme de bains d'eau et d'air chauds et de bains galvaniques. On ne s'y attardera pas trop et l'on recourra rapidement soit au traitement orthopédique, soit au traitement opératoire.

Le traitement orthopédique consiste soit en des redressements progressifs à l'aide d'appareils plâtrés successifs, traitement long et délicat, soit, et mieux, en une traction élastique continue exercée à l'aide d'un appareil amovible.

Dans ce but, divers appareillages ont été préconisés. Celui de Claude Martin modifié, qui consiste en une manchette d'avant-bras continuée par un portique qui passe au-dessus de la main et se rattache par des liens élastiques avec un rouleau placé dans la paume est le plus simple. Il a donné de bons résultats à Nové-Josserand et à Rendu (de Lyon). D'une façon générale, le traitement orthopédique exige de la patience de la part du chirurgien, de la docilité de la part du patient.

Le traitement opératoire fondé sur ce principe que les fléchisseurs sont trop courts pour le squelette de l'avant-bras, se résume en deux méthodes chirurgicales : *a*) raccourcir le squelette. *b*) Allonger les tendons.

A) *Raccourcir le squelette* : pour obtenir un résultat, il faut recourir à la résection diaphysaire des deux os de l'avant-bras, suivant une longueur que l'on calcule, au cours de l'intervention, après la section osseuse et qui doit être telle que l'extension de la griffe est facilement obtenue. Une ostéosynthèse et un plâtre maintiennent les fragments en présence. La section des deux os n'est pas faite à un même niveau pour éviter une synostose ultérieure.

Ultérieurement, il peut être indiqué de désinsérer le carré pronateur si la pronation est irréductible.

Cette intervention, préconisée par Veau, par Jean Berger a donné des résultats parfois insuffisants, compromis qu'ils sont par la mauvaise nutrition du membre et, d'autre part, par la croissance ultérieure du squelette, malgré l'adjuvant obligatoire d'un long traitement consécutif.

Elle expose, par contre, à la pseudarthrose, étant donné le mauvais trophisme, et à la synostose opératoire (évitable en réséquant les deux os à des hauteurs différentes).

B) *Allonger les tendons* est une intervention fort longue et compliquée. Le nombre des tendons intéressés est parfois très considérable. Ces tendons sont fort petits chez l'enfant, des adhérences souvent les unissent.

Des conditions multiples rendent difficultueuse

l'opération et comme les tendons sont mal nourris, les résultats sont fort aléatoires.

Néanmoins, à condition de faire un soigneux « manchonnage» au fascia lata, afin d'éviter les adhérences ultérieures, d'allonger le rond pronateur, de désinsérer le carré pronateur, on peut obtenir des résultats intéressants. C'est là l'opération de choix, pour Denucé. Encore, faut-il savoir que l'allongement d'un tendon diminue sa puissance.

Les ténoplasties sont, en tous cas, plus favorables, s'il y a peu de muscles intéressés.

En résumé, la maladie de Volkmann, myosite scléreuse des fléchisseurs de la main et des doigts, (fait anatomique dominant), caractérisée par le raccourcissement de ces muscles (fait clinique dominant) est une affection fort grave, heureusement évitable avec des précautions.

Elle se traite, ou bien *opératoirement*, avec des résultats plus ou moins brillants, ou bien par des *procédés orthopédiques* exigeant une longue patience et qui sont d'autant plus efficaces que le cas n'est pas trop avancé et que les lésions nerveuses associées ne sont pas trop graves.

En cette dernière occurrence la neurolyse est de rigueur.

RADIOLOGIE CLINIQUE

Diagnostic radiologique de l'appendicite et de ses indications opératoires.

L'examen radiologique de l'appendice, pratiqué méthodiquement dans tous les cas suspects d'appendicite chronique, peut rendre de remarquables services ; il est regrettable que certains spécialistes, et même des chirurgiens éminents, traitent avec autant de scepticisme cette méthode de choix. Très souvent, en effet, des malades conseillés avec la plus scrupuleuse impartialité sont fâcheusement impressionnés et même détournés d'une opération nécessaire, parce que tel médecin leur a assuré sans valeur et même impossible tout diagnostic radiologique de l'appendicite.

Nous verrons plus loin que, dans bien des cas, l'examen radioscopique peut seul permettre un diagnostic certain. Le clinicien peut être affirmatif en face d'une appendicite aiguë, ou après une crise nette ; il hésite au contraire en face d'une appendicite chronique : la douleur localisée à certains endroits précis (points de Mac Burney, Moriss, Lanz) correspond souvent à des lésions d'organes assez éloignés (pylore, vésicule biliaire, duodénum, reins, uretère, ovaire et trompe) et il est plus difficile encore de distinguer l'appendicite chronique des lésions de voisinage, et en particulier de l'entérocolite localisée au cæcum.

Enfin, de même, lorsque le diagnostic peut être posé avec certitude à l'aide des seuls moyens ordinaires d'investigation, l'examen radiologique rend des services éminents dans la détermination du siège de l'appendice, de la forme clinique de ses lésions et dans l'étude des lésions concomitantes du voisinage (brides, adhérences, collections plus ou moins enkystées, etc.).

Depuis assez longtemps déjà, je pratique méthodiquement avant toute intervention l'examen radiologique des cas suspects d'appendicite. J'ai recours à la haute habileté pratique du Dr Aimé, chef adjoint du service radiologique de l'hôpital Saint-Antoine, un des premiers protagonistes de cette méthode en France. Je pourrais apporter nombre d'exemples où les rayons m'ont révélé de véritables surprises, toujours contrôlées au cours de l'intervention. Je me souviens en particulier d'une jeune fille atteinte de lésions pulmonaires peu étendues, mais présentant une fièvre continue dépassant souvent 39° le soir, et faisant suspecter l'existence de lésions centrales inaccessibles à l'auscultation (sans doute masquées aux rayons par l'ombre du médiastin).

Le diagnostic d'appendicite chronique avait été soulevé par un confrère qui avait probablement vu cette malade dans un moment plus favorable. Mais, d'éminents professeurs l'avaient examinée par la suite et, comme moi-même, avaient recherché vainement des signes positifs d'appendicite dont ils avaient énergiquement nié l'existence. L'examen radiologique, pratiqué sur mes conseils après 18 mois de tâtonnements, permit de déceler les signes d'une appendicite rétro-cæcale, avec adhérences directes du cæcum aux annexes, ne laissant pas atteindre à la palpation l'organe suspect.

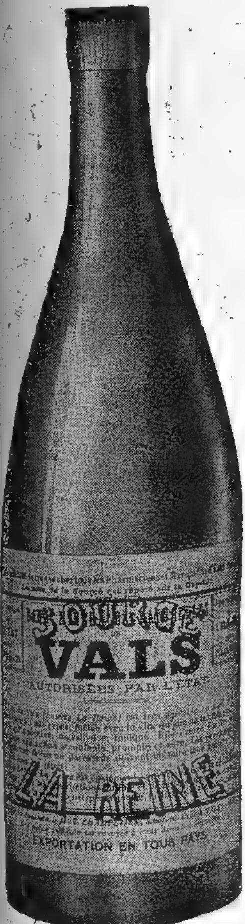
L'intervention, confirmant le diagnostic, eut pour conséquence la chute immédiate de la température et l'amélioration progressive des lésions bacillaires.

Historique. — On a cru longtemps que l'appendice n'était pas visible aux rayons X. Béclère, en 1909, a présenté à la Société de radiologie de Paris la première image d'appendice. Puis, les observations de cet ordre se sont multipliées (Aubourg, Belot, Fayard, Desternes, etc.). Enfin, depuis quatre ou cinq ans, les radiographes anglais et américains ont publié de nombreuses études sur cette question et ont réalisé de sérieux progrès. (Mémoires de Jaisson et de Spriggs).

Technique. — Le diagnostic de l'appendicite sera avant tout radioscopique et non radiographique ; il se basera sur le déplacement simultané du cæcum et du point douloureux (appen

VALS SOURCE REINE

TRAITEMENT de l'ARTHRITISME



Cure de Printemps

Mode d'administration de la REINE de Vals dans le traitement de l'arthritisme

L'eau de **Reine de Vals** est la véritable boisson des **arthritiques** ; qu'il s'agisse de manifestations **articulaires** ou de manifestations **viscérales**, son emploi est formellement indiqué, et les malades en retirent le plus grand bien.

Ils peuvent la prendre d'une manière habituelle comme **eau de table**, car son usage, prolongé même pendant des années, ne présente aucun inconvénient.

Ils peuvent aussi la prendre à la manière d'une **cure hydrominérale**, savoir :

UN VERRE LE MATIN A JEUN,
UN SECOND VERRE AU BOUT D'UNE HEURE SI POSSIBLE,
UN VERRE AVANT LE DÉJEUNER,
UN VERRE AVANT LE DINER,
LE RESTE DE LA BOUTEILLE ÉTANT CONSOMMÉ AU REPAS.

Ce mode de faire continué pendant **trois semaines** est particulièrement recommandable au **commencement du printemps** et à l'**automne**.

N.-B. — Pour éviter *les substitutions*
AVOIR SOIN DE BIEN SPÉCIFIER
Vals SOURCE LA REINE

L'Eau de la Reine se trouve dans toutes les pharmacies, chez tous les marchands d'Eaux et dans les dépôts de la Cie fermière de Vichy. On peut également s'adresser à M. CHAMPETIER *à* VALS-LES-BAINS (*Ardèche*).

VALS SOURCE REINE

diculaire) dans les différentes positions du malade; une image radiographique n'interviendra donc que pour fixer une forme intéressante (1), une phase de l'examen.

Préparation du malade. — Administrer préalablement une purgation (de préférence du citrate de magnésie). Douze heures après, faire ingérer au malade une bouillie bismuthée classique ou un tapioca de sulfate de baryte. Il nous paraît inutile d'y mélanger du lait fermenté comme pratiquent ordinairement les Américains, mais nous n'avons pas assez l'expérience de ce procédé pour le juger. L'examen du cæcum devenu opaque sera pratiqué douze heures après ; mais il n'aura pas été inutile au diagnostic général de suivre l'évolution du repas à travers les autres organes.

A première vue, un lavement opaque semble plus simple et plus rapide, mais il déforme le cæcum et modifie les mouvements péristaltiques et réflexes. Il devra cependant être employé, en cas d'évolution anormale de la bouillie, lorsqu'elle ne séjournera pas dans le cæcum, dont on ne parviendra pas à examiner l'image opaque.

Résultat. — En cas d'appendice normal, on observera assez souvent une image vermiculaire épousant la forme de la cavité de cet organe et qui souvent se vide et se remplit alternativement.

Cette image se trouve fréquemment masquée par le cæcum opaque, ou même par la dernière portion du grêle, d'où la nécessité de faire varier la position du malade en tous sens avant de conclure à l'invisibilité de l'appendice.

L'appendice enflammé devient imperméable, mais il est impossible de conclure d'après ce symptôme : d'abord parce que l'appendice sain peut être accolé au cæcum et devenir invisible en toutes positions ; ensuite parce qu'un appendice malade peut rester relativement perméable.

On tirera des conclusions d'une valeur beaucoup plus certaine de la recherche du point douloureux et de sa migration dans les différents décubitus. Il faudra d'abord s'assurer que le point douloureux correspond bien à la position exacte de l'appendice (extrémité cæcale) ; l'entéro-colite et la péri-entéro-colite, qui donnent aussi fréquemment un point douloureux localisé au Mac Burney, ne donnent pas les mêmes impressions à la radiographie. La douleur est beaucoup plus étendue. Elle se trouve sur le cæcum plus haut et plus en dehors.

En faisant mettre le malade dans toutes positions possibles, voire même en position de Trendelenbourg, c'est-à-dire en faisant varier au maximum les positions du cæcum dans l'abdomen, on arrivera à un résultat indiscutable. On pourra poser un diagnostic de certitude lorsqu'on trouvera toujours la douleur localisée à l'extrémité d'un cæcum mobile, quelle que soit la position que l'on fasse prendre au malade.

Exceptionnellement, on pourra trouver dans la lumière appendiculaire, ou mieux à sa place, un calcul opaque.

En cas de cæcum plus ou moins immobilisé par des adhérences, le diagnostic clinique est déjà posé et ne demande aux rayons qu'une confirmation ; la localiastion exacte du point douloureux suffira.

Lorsque le diagnostic de l'appendicite sera positif, soit qu'il s'impose d'après l'examen clinique, soit qu'il résulte de l'examen radiologique, on tirera de l'étude radioscopique les plus précieux renseignements :

1° Sur la *position exacte* et sur la *mobilité* du cæcum, et par suite de l'appendice.

2° Sur les *adhérences* de ces organes.

3° Exceptionnellement, sur la forme de l'appendice et sur la *gravité* de ses lésions (un appendice visible étant en généralité moins atteint).

4° Sur les *lésions de voisinage* souvent concomitantes, et en particulier l'entéro-colite et la péri-entéro-colite, la dilatation du cæcum, les coudures et brides du côlon ascendant, l'insuffisance de la valvule iléo-cæcale, les anomalies de l'angle hépatique, l'accolement pathologique du côlon ascendant et du transverse, etc...

Toutes ces données permettent :

1° *D'éviter des opérations inutiles* (les ablations d'appendice sains étant avouées par tous les chirurgiens qui n'emploient pas méthodiquement l'examen radiologique préalable).

2° *D'aborder l'appendice là où il se trouve, par une incision de choix* (1), à laquelle on pourra donner d'emblée l'étendue nécessaire, puisque le chirurgien sera prévenu de l'importance des adhérences et des lésions de voisinage (données importantes pour les chirurgiens, aujourd'hui assez nombreux, qui pratiquent l'*incision sus-pubienne latérale* que nous préconisons depuis plus de six ans, dans tous les cas d'appendicite facile et sur les avantages de laquelle nous reviendrons dans un autre article).

(1) La meilleure position pour prendre une image d'appendice est évidemment le décubitus ventral, le malade étant légèrement incliné à droite; mais il faut d'abord conserver la position la meilleure pour la visibilité du phénomène que l'on veut mettre en évidence.

(1) Ce procédé m'a permis, il y a 6 mois environ, de recherher et de réséquer un appendice ptosé dans le cul-de-sac de Douglas où il avait occasionné une collection abordable par le vagin. Sans la radiographie, je n'aurais même pas soupçonné la présence de cet appendice sphacélé et je n'aurais pas songé à l'extraire par l'incision de la colpotomie alors que ce travail fut d'une extrême facilité dans le cas rapporté.

3° *D'éviter les désillusions des opérés.*

Combien de malades ayant subi avec raison l'appendicectomie souffrent encore dans la région par suite de la persistance des lésions du voisinage !

Le chirurgien ne sera plus accusé d'insuccès, s'il a prévenu son malade de la possibilité de persistance de certaines douleurs en lui en expliquant les causes.

4° *De faire les opérations plus larges nécessaires* (destruction des brides et des adhérences, rétrécissement du cæcum dilaté, etc.) et par conséquent, d'obtenir des résultats plus complets.

Conclusion. — *Il est formellement indiqué de pratiquer méthodiquement l'examen radiologique* 1° *de tout malade suspect d'appendicite,* 2° *avant toute appendicectomie jugée nécessaire par la clinique.* Il permettra de *poser avec certitude le diagnostic* et d'*éviter* ainsi bien des *opérations inutiles* ; il *renseignera exactement* le chirurgien sur le *siège*, la *mobilité* et souvent la *forme de l'appendicite* ; il le préviendra des *adhérences, brides* et *collections* souvent ignorées ; il l'avertira des *lésions de voisinage* et lui permettra, soit de pratiquer des *opérations plus complètes* et plus larges, soit de prévenir son malade de la possibilité de persistance de lésions inopérables et par suite de certaines douleurs extra-appendiculaires.

Dr A. Combault.

A TRAVERS LA PRESSE

Un cas de maladie de Vaquez.

Bien que la littérature médicale renferme à cette heure une centaine de cas de cette affection, elle est encore assez peu connue pour justifier la publication que MM. Serr et Pujol viennent de faire d'un cas qu'ils ont personnellement observé, et qui leur permet de se livrer à quelques aperçus des plus intéressants. (*Toulouse méd.*, 1er janvier 1921.)

Cette affection, dénommée encore érythrémie, « se caractérise par une rougeur spéciale de la « peau et des muqueuses, par de la pléthore vis- « cérale avec distension des veines superficielles, « accessoirement par une grosse rate et par des « phénomènes douloureux d'un type spécial. »

La coloration de la peau du visage va du rouge-cerise ou rouge vermeil au rouge violacé, les parties habituellement colorées tranchant sur ce fond d'une façon plus accusée, lèvres, conjonctives, pommettes, celles-ci présentant en outre de fines varicosités très développées.

Le malade qu'ils ont soigné ne présentait pas à proprement parler d'hypertrophie de la rate, mais il était albuminurique, et ils se demandent s'il n'existe pas une corrélation entre la néphrite existante et l'érythrémie.

Quoi qu'il en soit, il s'agit en réalité d'une hyperglobulie liée à un trouble de fonctionnement des organes hématopoiétiques, sous l'influence d'une irritation toxique ou infectieuse. Cette dernière interprétation s'appuie sur cette constatation que, dans un tiers des cas relatés, on avait noté une tuberculose confirmée.

Le mécanisme même de l'affection n'en demeure pas moins mystérieux, et son traitement pour ainsi dire illusoire.

Traitement de la goutte articulaire par l'air chaud.

Le traitement classique de l'accès de goutte articulaire est d'effet si problématique en bien des cas qu'il nous paraît utile de faire connaître à nos lecteurs le procédé décrit par M. Darricau (*Journ. de Méd. de Paris*, 8 janv. 1921), qui consiste à faire des applications locales d'air chaud, en commençant à 70° avec une pression d'un demi-kilo, pour atteindre progressivement 80° et 90° et 2 à 3 atmosphères de pression.

Il faut surveiller les effets de ces applications qui doivent tendre à obtenir la limitation maxima des lésions inflammatoires.

Au bout de trois à quatre applications, l'article devient indolore.

Le même traitement peut être appliqué à la goutte chronique. En même temps que le tophus est facilement éliminé, l'articulation malade retrouve sa souplesse, et les lésions articulaires et péri-articulaires s'arrêtent dans leur évolution, puis rétrocèdent.

Au dire de l'auteur, ce traitement « est doux « et, bien appliqué, ne peut présenter aucun « inconvénient ; il est rapide. Un nombre très « restreint de séances suffisent à amener les « résultats indiqués. Il est radical : les crises « s'espacent de plus en plus et la guérison est « souvent définitive. On évite en tous cas les « formes traînantes évoluant par poussées et « qui finissent par l'installation de lésions « chroniques. »

Le sérum sérique anti-hémorragique.

C'est le sérum que préparent MM. H. Dufour et Le Hello et dont ils exposent les nouveaux succès qu'il leur a procurés, depuis leur première communication que nous avons précédemment analysée ici même.

L'expérience apprend que le choc anaphylactique ou choc sérique ou crise hémoclasique, ainsi que la maladie sérique, augmentent la coagulabilité du sang et arrêtent par là même les hémorragies.

Les auteurs obtiennent ces résultats en injectant à leurs malades du sérum de lapins sensibilisés, introduisant ainsi dans le sang de ceux-

LENIFORME

HUILE ANTISEPTIQUE NOUVELLE

Contenant des VARIÉTÉS D'ESSENCES
capables de détruire les **Variétés Microbiennes**
qu'on rencontre dans les maladies

du **NEZ**
du **PHARYNX**
de la **TRACHÉE**
des **BRONCHES**

et de toutes cavités ouvertes dans ceux-ci.

Rend les plus grands services en injections intra-trachéo-bronchiques

Echantillon : 20, rue de La Rochefoucauld – Paris

ATOPHAN-CRUET

Produit Français

Fabrication Française



Rhumatismes articulaires

CACHETS de 0,50

3 à 8

par 24 heures.

GOUTTE

CACHETS de 0,50

3 à 8

par 24 heures

Littérature et échantillons . 13, rue des Minimes, PARIS

RENOUVELLEMENT DES ABONNEMENTS

Pour éviter les frais de recouvrement nous prions nos abonnés de vouloir bien nous adresser le montant de leur abonnement, soit **24 fr.**, par versement à notre compte de chèques postaux PARIS 167-95, versement qui peut être fait dans tous les bureaux de poste.

là les substances coagulantes développées dans le sérum des animaux, à la faveur des phénomènes anaphylactiques.

Tous les états hémorragipares sont justiciables de cette méthode, y compris les hémoptysies relevant d'une poussée de tuberculose évolutive.

On injecte par la voie sous-cutanée, dans la fesse habituellement, 10 à 20 cmc. de sérum sérique, en renouvelant l'injection les jours suivants, si l'hémorragie ne cède pas tout de suite on récidive. On peut aller ainsi jusqu'à 60 cmc. et plus au total.

D'excellents résultats ont été aussi obtenus par des chirurgiens qui ont injecté, la veille de l'opération, 10 cmc. de ce sérum à des malades auxquels ils devaient faire subir une intervention sur des régions particulièrement saignantes. (*Presse médicale*, 12 janv. 1921.)

Traitement de l'adénite cervicale tuberculeuse.

Selon M. J. Calvé (*L'Hôpital*, janv. 1921 A), en dehors du traitement général, qui comprendra notamment la climatothérapie appropriée, on agira directement et activement sur la lésion, soit qu'il s'agisse de monoadénite dure, soit qu'on ait affaire à une monoadénite molle.

La cause immédiate de l'infection ganglionnaire étant connue et traitée (carie dentaire, végétations, plaques lupiques) on pratiquera des injections interstitielles destinées à obtenir soit la résorption soit la fonte du contenu du ganglion.

Deux liquides sont proposées par l'auteur.

Quand le ganglion est douloureux avec réaction inflammatoire, il conseille une huile iodoformée selon la formule suivante :

Iodoforme	5 gr.
Éther	10 gr.
Gaïacol	2 gr.
Créosote	2 gr.
Huile d'olives stérilisée...	100 gr.

Quand le ganglion est dur, non douloureux, il propose le thymol camphré, à 50 gr. de thymol pour 100 gr. de camphre, dilué dans le tiers de son volume d'éther.

L'huile iodoformée demande 4 à 5 injections de 2 à 3 cmc. à 6 ou 8 jours d'intervalle, après quoi la résorption ou la fonte sont réalisées.

Le thymol camphré provoque une réaction intense qu'on peut être amené à calmer avec des pansements humides : une, deux injections de un cmc. au plus déterminent la fonte du ganglion.

Celle-ci existant d'emblée ou étant provoquée par les injections interstitielles, on videra l'abcès froid par ponction pratiquée au moyen d'un trocart court (4 à 5 cm.) ayant comme diamètre 0,0018, celui-ci étant enfoncé à 2 ou 3 cm. en dehors de la glande, de manière à ce qu'il traverse d'abord les tissus sains loin des zones dangereuses (nerfs et vaisseaux), et de préférence dans un pli ou se dissimulera plus tard la petite cicatrice opératoire.

Quand le contenu de l'abcès s'écoule difficilement, on cherche à le fluidifier avec un liquide modificateur, selon les formules déjà données, à moins que la peau ne soit rouge, amincie, auquel cas on préfèrerait le Dakin qui ne distend pas les tissus. Si l'on se borne à de simples ponctions répétées, on pratiquera le séton ou drainage filiforme.

Quand enfin, il existe des décollements superficiels étendus, on les fendra dans toute leur longueur, puis on curettera les fongosités.

L'adénite fistuleuse réclame l'expression et l'évacuation de la poche, puis des attouchements à l'iode, au nitrate d'argent, à l'acide lactique. L'adénite multi-ganglionnaire peut commander une intervention chirurgicale. Celle-ci devra attendre que la poussée aiguë soit éteinte. En tout cas, le traitement général s'impose.

La radiothérapie convient surtout aux lymphomes tuberculeux. L'adénite banale n'en retire pas plus de profit que de la cure climatique. Elle est inefficace dans les adénites fistuleuses et les polyadénites.

L'héliothérapie enfin est un puissant agent de guérison, quelle que soit la forme clinique, quel que soit le climat. La cure solaire artificielle en est un succédané.

Traitement médical de l'ulcère de l'estomac.

L'auteur, M. Cade, prend soin de préciser qu'il n'envisage dans son travail que l'ulcère simple, non compliqué, caractérisé par des douleurs tardives, accompagnées de quelques brûlures, de pyrosis, de salivation, de régurgitations pituiteuses et quelquefois, de vomissements aqueux et acides. L'appétit est conservé, mais le malade maigrit parce qu'il évite de manger pour ne pas souffrir ; l'estomac est dilaté ; il y a toujours hyperchlorhydrie ; la pression épigastrique médiane est douloureuse, avec des points fixes d'exacerbation ; la constipation est la règle ; les selles contiennent des traces de sang, parfois du mélæna typique.

C'est à cette forme que convient le traitement médical, même si l'ulcère est récidivant. Il en sera de même de l'ulcère chronique invétéré, avec cependant moins de chances de succès, L'échec de la médication commande l'intervention chirurgicale.

Le traitement médical comporte d'abord le repos autant que possible au lit, et le régime alimentaire : lait à la base, pur ou coupé d'eau de chaux ou d'une eau alcaline, — ordonné seul dans les formes très douloureuses, — bouillies de

farines au lait, œufs délayés dans les potages, purées, œufs à la coque, pâtes, riz, légumes en purée, flans, marmelades, confitures, crème fraîche, beurre frais cru, sucre, peu de pain grillé, viandes, surtout tendres et blanches, en petite quantité ; eau pure et infusions chaudes sucrées.

Comme médicaments, la belladone à raison de XXX à XL gouttes par jour, ou le sulfate neutre d'atropine en injections hypodermiques, en commençant par 1/4 de milligr. et en augmentant d'un quart par jour, jusqu'à un milligrammes en deux fois, exceptionnellement un milligr. 1/2 : on surveillera attentivement les réactions du sujet pour éviter l'intoxication atropinique.

On alternera la cure belladonée avec la cure bismuthée réalisée avec le carbonate de bismuth (5 gr. une demi-heure avant chacun des 3 repas) ; le kaolin est un succédané du bismuth. Ces substances font un véritable pansement de la muqueuse gastrique. On peut les remplacer par la gélose, associée ou non à la gélatine, et même mélanger le bismuth à ces derniers matériaux.

Les alcalins seront conservés comme saturateurs. On donnera la préférence au mélange bi-carbonate de soude, craie préparée et magnésie à parties égales, par demi-cuillerées à café.

Les solutions alcalines sulfatées, type Bourget, sont recommandables.

Les phénomènes particulièrement douloureux peuvent indiquer les calmants : eau chloroformée, morphine, codéine, cocaïne.

Le traitement de l'ulcus simple doit être continué longtemps, même après que tous les symptômes paraissent disparus. Les recherches hémocoprologiques, ainsi que les explorations radiologiques, sont d'excellents moyens de contrôle.

« L'échec du traitement médical constitue « d'une façon générale et indépendamment de « toute complication, un indice indéniable que « l'heure de l'acte chirurgical a sonné. » (*Lyon méd.*, 10 janvier 1921).

***

MM. Le Noir et Agasse-Lafont envisagent de leur côté l'ulcère de l'estomac non compliqué qui vient d'être diagnostiqué et qui n'a pas encore été traité. Au cas d'ailleurs où un traitement aurait déjà été institué, même avec un diagnostic exactement fait, on commencerait par en faire table rase d'une façon absolue pour reprendre la cure à pied d'œuvre (*Bull. méd.*, 29 janv. 1921).

Cette cure ne vaut en effet que par la façon dont elle est menée ; elle nécessite une surveillance constante et avertie du médecin, une docilité parfaite du malade, une collaboration expérimentée de l'entourage de celui-ci.

On commencera généralement par le traitement médical, en considérant l'ulcère et en le montrant au patient comme une plaie interne comparable à une plaie externe, fracture, entorse, ulcère variqueux. La première prescription est donc celle du repos le plus complet au lit, les mouvements de toute nature étant réduits au strict minimum, les préoccupations intellectuelles et morales étant elles-mêmes supprimées : lecture, écriture, conversations, etc. La demi-obscurité et le silence sont indiqués. Durée de cet alitement : de quatre à six semaines, plus que moins.

Pendant les premiers jours, de 4 à 8, on aura recours autant que possible à la diète absolue, en alimentant les malades avec des lavements alimentaires et des injections sous-cutanées de sérum glycosé à 40 0/00. Les lavements alimentaires peuvent être suppléés dans une certaine mesure par le goutte à goutte de Murphy. Enfin, de simples lavements aqueux introduisent dans l'organisme l'eau nécessaire au fonctionnement des émonctoires : les urines doivent se maintenir au taux minimum de 500 à 600 gr. par jour.

Au bout de quelques jours, si les douleurs stomacales sont bien calmées, on commencera à faire absorber au malade de l'eau pure, bouillie de préférence, à raison de deux cuillerées à soupe d'heure en heure pendant l'état de veille (un demi-litre par jour). On passera ensuite à l'usage du lait, considéré par certains comme une sorte de spécifique de l'ulcère. Le lait sera de provenance parfaite, cru ou bouilli, s'il n'est pas pris immédiatement après la traite, chaud ou froid, de préférence sucré. On commence par un demi-litre par jour en augmentant progressivement jusqu'à un litre et demi et deux litres maximum, pris lentement par petites gorgées, à la cuillère par conséquent, en dix doses, chaque heure et demie.

Prises de lait, lavements alimentaires et injections sous-cutanées doivent être combinés de manière à obtenir l'alimentation suffisante du malade, en diminuant tel élément si l'on augmente l'autre.

Au bout d'un mois de régime lacté absolu, on pourra commencer à varier le régime, si tout va bien, en incorporant au lait des farines, des pâtes, du riz, du cacao. On permettra les purées de pommes de terre, les compotes de fruits cuits et finement tamisés, les fromages frais sucrés, les bananes, par petits repas 4 ou 5 fois par jour.

Ce régime ne sera ensuite que très lentement modifié, le lait continuant à en être la base.

Comme moyens thérapeutiques proprement dits, les auteurs recommandent les applications externes sur le creux épigastrique de petits sinapismes, de compresses chaudes, d'un véritable pansement humide. A l'intérieur, les sels de bismuth (sous-nitrate, carbonate) ou le kaolin : 10, 20 et 30 gr. par jour, pendant trente jours.

La belladone et l'atropine leur paraissent utiles pour calmer les spasmes douloureux et diminuer les sécrétions. L'opium et la morphine, particulièrement surveillés et dosés, calmeront la sensation de faim et de soif et plongeront le malade dans une demi-somnolence qui lui permettra d'observer facilement le repos radical qui lui est indispensable.

On entretiendra la bouche dans un parfait état de propreté, de même que les muqueuses rectales et anales, la peau, pour éviter les escarres sacrées dues au décub.tus. La constipation sera combattue avec des suppositoires glycérinés, de petits lavements d'huile, les compotes de pruneaux, les laxatifs doux.

En dehors de ces moyens, les auteurs signalent l'emploi qui a été fait par certains médecins de nitrate d'argent en pilules ou en lavages, des alcalins à petites doses, de la gélose et de la gélatine.

Le traitement chirurgical ne doit être proposé, d'une façon générale, qu'après un essai loyal du traitement médical. Dans les formes chroniques ou récidivantes, l'intervention voit au contraire ses indications se préciser et se multiplier : à la gastro-entérostomie, à l'exclusion du pylore, à l'excision, il semble que c'est la gastrectomie que préfèrent actuellement les chirurgiens.

Ce que nous devons retenir surtout de ces intéressants travaux, c'est que le traitement médical de l'ulcère ne donne le summum de résultats qu'à la condition qu'aucun des détails qu'il comporte ne soient négligés.

Céphalalgie de cause oculaire.

La céphalalgie provoquée par les vices de réfraction des yeux est bien connue des praticiens. Il en est une autre cause que met en lumière M. J. Gonin (*La Médecine*, janvier 1921). Elle réside dans certains défauts d'équilibre musculaire des yeux, appelé encore divergence latente ou convergence latente.

Pour dépister cette anomalie, on prie le sujet de fixer alternativement de l'un et de l'autre œil le bout du doigt dressé à 0,30 devant lui. Selon que l'œil primitivement masqué, puis découvert, est l'objet d'un mouvement d'adduction ou d'abduction, il existe de la divergence latente ou de la convergence latente des axes oculaires.

On peut en obtenir la correction au moyen de verres prismatiques : le résultat n'est pas durable. La cure radicale, selon l'auteur, consiste à avancer l'insertion oculaire des droits internes ou externes suivant le type auquel on a affaire. Les résultats sont excellents, à telles enseignes que les sujets déclarent que leur vie en a été transformée.

G. D.

FAITS CLINIQUES

Fracture spontanée d'une côte au cours d'un œdème aigu du poumon chez un tabétique.

Par le Dr G. Salles.

Les fractures spontanées chez les tabétiques siègent en général aux membres inférieurs ; il est classique de les expliquer par l'ostéite raréfiante et la décalcification du tissu osseux.

Il est utile de signaler les fractures siégeant ailleurs, afin d'éviter à la fois une erreur de diagnostic et une erreur de traitement.

Nous donnons, succinctement résumée, l'observation clinique d'une fracture spontanée de la cage thoracique, ayant fait suite à un effort de toux pendant une crise d'œdème aigu du poumon.

Sur le thorax, rare est la localisation de cette variété de fracture. Elle a été constatée par Dufour chez les femmes enceintes ayant un certain degré d'ostéomalacie.

I. — *Observation clinique*. — M. C... Paris, 45 ans. — Syphilis acquise en 1896 : mercure, arsenic. Vu pour la première fois à notre consultation, fin 1919 : tabès à la période de début d'incoordination sensitivo-motrice, insuffisance aortique type Hodgson ; tachycardie et cœur *assourdi, emphysème bilatéral généralisé ; râles* de congestion œdémateuse des bases. Depuis un mois, il se plaint de névralgie intercostale, surtout nocturne, en dehors et très bas de la pointe du cœur, sur la ligne axillaire antérieure. Bordet-Wassermann très positif. Au début de novembre 1919, il fait, dans la nuit, une crise d'œdème aigu du poumon : expectoration séro-albumineuse et rosée très abondante, toux déchirante, oppression ; sous une saignée très copieuse, les symptômes s'amendent bien vite.

Depuis cette époque, le malade tousse, et chaque fois, invariablement, il porte la main au-dessous du sein gauche, afin de se maintenir la poitrine.

Intrigué à plusieurs reprises par cette attitude, nous avons examiné le malade avec la plus grande attention : *à chaque effort de toux*, il se produit, au niveau de la 7e côte gauche, un peu en dehors de la ligne axillaire antérieure, une tumeur arrondie, rénitente, plus grosse qu'une orange, faisant saillie pendant tout l'effort et rentrant spontanément à la fin de l'effort : c'est un véritable sac herniaire réductible.

Au moment de l'inspiration, on peut insinuer, dans l'intérieur du thorax, quatre doigts réunis, jusqu'à la *première* phalange, en déprimant la paroi. De part et d'autre du hiatus, on perçoit les



deux bouts de la 7e côte, dont la partie fracturée semble avoir été résorbée.

II. — *Discussion.* — Le siège de la lésion étant assez loin de l'articulation chondro-costale, on ne peut invoquer ici le mécanisme à grand déplacement constaté dans certaines arthropathies syphilitiques.

Cette tumeur réductible peut évoquer l'idée d'empyème : certains empyèmes en bissac présentent quelquefois des trajets anormaux et décevants ; mais cette tumeur se réduit spontanément ; elle cesse après la toux, il n'y a pas d'expansion synchrone à la systole ; elle date de plusieurs mois et le malade n'a jamais fait de pleurésie purulente ; la pointe du cœur est décalée vers la gauche en raison de la dilatation des cavités droites.

Il ne peut être question d'un anévrysme de l'aorte ayant usé le tissu osseux : nous sommes trop loin de l'aorte descendante et nous aurions de par ailleurs une symptomatologie médiastinale ou intra-thoracique spéciale.

Il n'y a aucun signe de pneumothorax, communiquant avec une poche d'emphysème sous-cutané, pas plus que d'un abcès sous-phrénique.

Tout au plus pourrait-on hésiter à l'idée qu'on peut trouver un abcès froid d'origine costale ou pleurale, abcès en besace, ou en bouton de chemise, mais l'exploration de l'orifice permet d'éviter cette erreur.

Ce malade, syphilitique tertiaire, a fait un foyer d'ostéite, donnant l'étiologie de la névralgie intercostale pour laquelle il était venu consulter : au cours d'un effort de toux pendant sa crise d'œdème aigu, il a fait sauter le fragile pont osseux, déterminant ainsi un orifice thoracique par où s'insinue la hernie pulmonaire.

III. — *Traitement.* — Que faire à ce malade ? Un traitement chirurgical avec une greffe osseuse ? C'est une opération bien illusoire sur un sujet dont l'étoffe est bien mauvaise ; d'ailleurs, il vaut mieux ne pas toucher un tabétique déjà avancé pour des interventions de ce genre.

Un traitement médical ? Il est nul.

Nous avons simplement conseillé au patient le port d'une sangle thoracique : il pourra ainsi contenir sa hernie, aussi longtemps que son aortite syphilitique ou son tabès lui laisseront la possibilité de vivre avec ou sans mercure.

SOU MÉDICAL

Les membres du Sou médical sont instamment priés de bien vouloir régulariser leur situation en envoyant la cotisation de l'année* 1920 *au trésorier* Dr *Gassot, à Chevilly (Loiret).

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

Résultats éloignés de la laryngectomie.

(M. E. J. Moure, de Bordeaux. — *Ac. de Médecine.*)

M. Moure fait connaître les résultats éloignés de 31 laryngectomies qu'il a pratiquées pour cancer du larynx. Vingt-neuf de ces malades ont pu être suivis. Chez 12 d'entre eux, une récidive s'est produite sur place assez rapidement, entraînant la mort dans un délai de 6 mois à 1 an. Huit opérés ont succombé d'accidents intercurrents au bout de 2 et 3 années. Onze paraissent guéris, la survie s'étendant à 1, 3, 4, 7 et 9 années. Quoique privés de leur larynx, les malades peuvent arriver à parler d'une voix claire en se servant d'un appareil partant simple. L'auteur insiste sur les avantages de l'opération précoce.

Les régimes de grande restriction chez les diabétiques.

(M. F. Rathery. — *Académie de médecine.*)

Les régimes de grande restriction, dans le diabète, sont de deux ordres : la cure de jeûne relatif et la cure de jeûne absolu.

La cure de jeûne relatif est prescrite depuis longtemps. Elle est indiquée chez les diabétiques obèses, gros mangeurs, prenant peu d'exercice, atteints de la forme simple du diabète, sans acidose. Elle consiste en une restriction alimentaire globale.

La cure de jeûne absolu est d'un ordre tout différent. Elle a été préconisée en France par Guelpa, qui l'associe à la purgation, et en Amérique par Allen. Cette cure doit être surveillée. Le malade sera mis au lit, chaudement couvert, et la quantité de liquides à ingérer devra être rigoureusement établie. La cure en question n'a d'indication que dans le diabète consomptif, chez certains diabétiques à fortes glycémie, glycosurie et acétonurie. Ses résultats, quelquefois très appréciables, ne sont pas, il est vrai, constants. Il peut, d'autre part, survenir des accidents au cours de cette méthode. Aussi, ne doit-on la considérer que comme un traitement d'exception, qu'il ne faut pas prolonger plus de 2 ou 3 jours, d'une façon générale.

Les médicaments hémostatiques.

(M. P. Émile-Weil. — *Académie de médecine.*)

M. P. Émile Weil expose quelques remarques physiologiques sur les médicaments hémostatiques.

Les médicaments hémostatiques peuvent être divisés en agents vaso-moteurs (ergotine, adrénaline, pituitrine) et en agents coagulants (gélatine, sérums sanguins, peptone). Quelques corps, cependant, dont l'action hémostatique est réelle, ne semblent ni vaso-moteurs, ni coagulants : c'est le cas de l'émétine.

Comme test physiologique de l'action hémostatique d'un médicament, M. P. Émile-Weil a pris pour base la durée d'un saignement expérimental, dans le cas où ce saignement est anormalement long (saignement de 10 à 15 minutes). Il a vu que les agents vaso-constricteurs diminuaient le volume des gouttes de sang, que les agents coagulants diminuaient le saignement, les uns de façon immédiate et durable (pituitrine), les autres de façon lente et prolongee (sérums sanguins).

L'épidémie de peste à l'hôpital Claude-Bernard.

(MM. Teissier, Tanon et Gastinel. — *Soc. méd. des hôpitaux.*)

M. Teissier présente quelques remarques sur l'épidémie de peste observée à l'hôpital d'isolement Claude-Bernard.

Le nombre des cas reçus à Claude-Bernard, du 8 août au 9 novembre 1920, a été de 66, dont 43 seulement ont réellement offert les caractéristiques cliniques et bactériologiques de la peste. Il s'agissait dans tous les cas de peste bubonique. Les décès se sont élevés à 3, l'épidémie ayant été en somme plutôt bénigne et ayant comporté d'ailleurs des formes frustes, ambulatoires, souvent difficiles à reconnaître.

Le diagnostic s'est appuyé sur la bactériologie et sur la clinique. Les quatre procédés de laboratoire (examen bactériologique, ganglio-culture, hémoculture, inoculation à la souris) furent toujours mis en œuvre et complétés par la recherche de la réaction de fixation. Mais, comme le contrôle bactériologique est quelquefois négatif (formes frustes) une analyse attentive des symptômes cliniques resta le premier guide.

L'apparition d'un bubon, sans autre cause appréciable, chez un malade qui offre des piqûres de puces, est un élément de présomption. Le bubon se forme brusquement, au milieu d'un syndrome général intense, sauf dans les formes ambulatoires où il se produit lentement. Les auteurs anglais ont insisté sur l'importance de la périadénite. Une seconde masse ganglionnaire, reliée à la première par des troncs lymphatiques volumineux et durs, se rencontre au voisinage (fosse iliaque pour le bubon inguinal). Le bubon a suppuré dans la moitié des cas.

La rate s'est montrée, augmentée de volume, mais les réactions viscérales ont paru modérées. M. Teissier a noté de l'hypotension artérielle.

La serothérapie à hautes doses a donné de bons résultats.

Traitement des myoclonies par le bromhydrate de cicutine.

(MM. Pierre Marie et Bouttier. — *Société médicale des hôpitaux.*)

MM. Pierre Marie et Bouttier ont obtenu des effets satisfaisants de l'emploi du bromhydrate de cicutine dans le traitement des myoclonies et des raideurs parkinsoniennes, et spécialement des myoclonies consécutives à l'encéphalite léthargique.

Le bromhydrate de cicutine est un sel stable, cristallisé, très soluble, inodore et incolore. Il possède une action paralysante sur les membres dont la circulation est conservée et il a joui, d'ailleurs, autrefois, d'une certaine réputation dans le traitement des manifestations convulsives.

M. Pierre Marie emploie la solution au millième (un milligramme pour un centim. cube) et, après avoir vérifié l'état des reins et du système circulatoire du malade, il procède de deux façons. Si les accidents sont très marqués, il commence par injecter le premier jour, 1/2 milligramme et il continue, à raison d'une injection quotidienne, en augmentant les doses jusqu'à 2 ou 3 milligr., selon l'état du malade et l'effet obtenu. Le traitement est repris, après une courte suspension.

Si les accidents sont moins accusés, mais rebelles, M. Marie fait des injections trihebdomadaires, à des doses analogues ; il prolonge la cure longtemps, sans période d'interruption.

M. Lesné remarque que l'emploi de la liqueur arsenicale de Boudin a une influence sur certaines manifestations de l'encéphalite épidémique, les secousses myocloniques en particulier.

M. Sicard signale les essais thérapeutiques qu'il a eu l'occasion de faire dans l'encéphalite épidémique. Le sérum de convalescents, les injections d'huile goménolée, l'abcès de fixation, les injections intraveineuses d'iodure de potassium ne lui ont pas paru exercer une action *bien appréciable. Plus actives*, par contre, lui ont semblé les injections de vaccin pédonculo-strié (émulsion de pédoncule et de corps strié de virus encéphalitique).

La contagion hospitalière de l'encéphalite épidémique.

(MM. Henri Claude et de Laulerie. — *Société médicale des hôpitaux.*)

MM. Netter et Sicard faisaient dernièrement observer que malgré les nombreux malades hospitalisés (sans isolement) dans leurs services pour encéphalite léthargique, ils n'avaient jusqu'alors remarqué aucun cas de contagion intérieure. MM. Henri Claude et de Laulerie rapportent, aujourd'hui, deux observations concernant des sujets entrés à l'hôpital pour des affections diverses (paraplégie pottique, crises comitiales) qui furent atteints, dans les salles, d'encéphalite épidémique due en toute probabilité à une contagion hospitalière.

M. Hallé a traité dans son service une femme admise avec son nourrisson qu'elle allaitait. Le nourrisson contracta auprès de sa mère, autant que l'examen clinique ait permis d'en juger, une encéphalite à laquelle il succomba.

MM. H. Roger, de Marseille, et André Blanchard ont observé deux cas d'encéphalite épidé-

mique survenus chez deux soldats qui couchaient dans la même chambrée et travaillaient ensemble, comme élèves-caporaux dans le même bureau. Le premier malade eut une forme moyenne (diplopie, parkinsonisme) ; le second — frappé peu de temps après — eut une forme grave et succomba.

Hoquet épidémique et encéphalite léthargique.

(MM. Netter, Rathery et Bordet. — *Société médicale des hôpitaux.*)

M. Netter revient sur la question de l'origine commune du hoquet épidémique et de l'encéphalite léthargique. Il a rencontré la succession de ces manifestations chez le même sujet, sous des aspects divers.

MM. Rathery et Bordet ont vu, de leur côté, une encéphalite léthargique évoluer en trois phases assez distantes : hoquet, myoclonie et léthargie.

Zona de la région anale avec début de méningite aiguë.

(MM. Rénon et Blamoutier. — *Soc. méd. des hôp*.)

MM. Rénon et Blamoutier rapportent un cas de zona de la région anale offrant les particularités suivantes :

1° Localisation (rare) des placards zonateux, strictement limités à la région de la marge de l'anus, sans vésicules sur les organes génitaux ;

2° Intensité des symptômes méningés ayant précédé le zona (rachialgie, kernig, exagération des réflexes) ;

3° Variations de la leucocytose rachidienne (polynucléose, puis lymphocytose).

P. L.

BIBLIOGRAPHIE CRITIQUE

Revue des Livres.

Dr Lemanski. — **L'art pratique de formuler. — 5e édition. — Cette 5e édition sera consultée avec fruit ; l'étudiant et le jeune praticien y trouveront réunis et groupés des renseignements épars dans les livres et difficiles à assembler ; ainsi condensés, ces documents seront facilement assimilables, et nul doute qu'au sortir de cette lecture, ils sauront, ainsi que le dit l'auteur, « faire une ordonnance ».** (1) G. S.

Dr E. François. — **Les Phares** (La France héroïque de 1914 à 1918). Poèmes (2).

Le Dr Eugène François, de Chambly (Oise), vient de faire paraître la 2e édition d'un recueil de sonnets qu'il écrivit, entre 1914 et 1918, lors d'une villégiature imposée par son état de santé à Travanenc (Côtes-du-Nord).

Le Dr Eugène François n'a pas écrit de vers sur les médecins aux armées, parce qu'il les a confondus, nous dit-il, dans son admiration avec les poilus. Les *Phares* sont pour le médecin poète la symbolisation des hommes d'énergie ou des évènements qui ont éclairé, au milieu de l'épouvantable tempête de la grande guerre, la France, qui, comme un grand navire, luttait contre les vagues et cherchait au milieu de la nuit orageuse à gagner le port de la Victoire.

Parmi ces sonnets, riches d'inspiration et remplis d'un noble et patriotique sentiment, nous reproduirons celui dédié à notre confrère regretté, le sénateur et aviateur qui mourut en héros, le Dr Emile Reymond :

Un aviateur.

A la mémoire
du Dr Emile Raymond, sénateur.

Il avait d'un soldat l'âme ainsi que les traits,
Et sentant qu'il faudrait bientôt tirer le glaive,
Son regard clair disait tous les espoirs secrets
Qu'en nos cœurs aujourd'hui la bataille soulève.
Quand l'ennemi cherchait pour nos esprits distraits
A masquer le péril qui grandissait sans trêve,
Il montra quels pourraient être un jour nos regrets
Si, sacré roi de l'air, il poursuivait son rêve.

Puis, sonna l'heure grave où l'âme d'un héros
Qui croit à la Patrie et meurt pour son idole
Tient à mettre d'accord le geste et la parole...

En plein vol... il trouva... le suprême repos...
Pareille au grand oiseau qu'il conduisait vers elle
La gloire maintenant le couvre de son aile.

(Octobre 1914.)

Et le poète, qui a coutume de faire suivre chaque sonnet d'un quatrain, a écrit au verso du sonnet de l'aviateur :

Il a le cœur vêtu d'un triple airain,
Celui qui vers l'azur s'élance,
Et qui pour fouiller des yeux le terrain
A mille mètres se balance.

L'auteur a eu l'idée de publier, à la fin du volume, une œuvre pleine de fraîcheur de sa vingtième année : *Fleur de neige,* idylle lorraine, qui fut dédiée à Jules Lemaître. L'éminent critique répondit au jeune étudiant que sa Fleur de neige « possédait un parfum de poésie qu'il avait eu plaisir à respirer dans la retraite rurale — et de neige — où il était venu passer les fêtes du nouvel an. »

Nous ne saurions rien rien ajouter à l'appréciation de Jules Lemaître et notre confrère, Eugène François, a le droit d'être fier d'avoir eu un tel parrain pour le tenir sur les fonds baptismaux de la Poésie.

J.N.

(1) Maloine, éditeur, Paris.
(2) Jouve et Cie, édit.

Revue des Thèses.

Thèse de Paris.

Dr A. Jouisse. — **L'allylthéobromine**, 1920.

Se basant sur les propriétés chimiques et pharmacologiques de l'allylthéobromine et sur les résultats des expériences faites sur les animaux (Pr Pouchet, *Gaz. des Hôpit.* 23 nov. 1920 et Richard St-Yves, thèse de Lyon, 1920), l'auteur a expérimenté l'allylthéobromine sous forme de solutions administrées par la voie buccale, et surtout sous forme de solutions stérilisées administrées par voies sous-cutanée, intramusculaire et intraveineuse (théobryl).

Cliniquement, on obtient avec l'allylthéobromine tous les résultats favorables qui ont été enregistrés avec l'emploi de la théobromine, mais de plus, il semble que les phénomènes d'intolérance, et en particulier les vomissements, sont beaucoup plus tardifs, même à la suite de l'administration de solutions concentrées d'allylthéobromine, et qu'ils sont totalement absents lorsqu'on procède par injections intramusculaires.

Les injections intramusculaires ont été pratiquées dans la région fessière, à la face externe de la cuisse, et jamais les malades n'ont accusé la moindre douleur de même que jamais on n'a observé de phénomènes locaux.

Dans certains cas graves, M. Jouisse a eu recours à l'injection intraveineuse. La technique de ces injections est celle que l'on pratique pour toutes les injections analogues. Signalons seulement que, à l'occasion de plusieurs incidents de ponction, embrochage des veines, injections poussées en dehors du vaisseau, on a pu constater que ces erreurs de technique ne déterminaient aucun accident local et que, à part une très légère douleur, l'allylthéobromine se résorbait facilement sans déterminer aucun accident d'inflammation ou de nécrose. Les doses moyennes utilisées ont été de 40 à 60 centigr. d'allylthéobromine, soit 2 à 3 ampoules de théobryl.

Au cours des maladies de la nutrition (goutte, rhumatisme chronique, obésité), il est hors de doute que l'action de l'allylthéobromine, soit comme diurétique, soit par son action voisine de la caféine, soit comme agent désintoxiquant, donne des résultats intéressants. Chez un malade obèse pesant plus de 100 kilogr., gros mangeur et gros buveur, aux tissus infiltrés de graisse et d'eau, l'auteur a pu, tout en instituant un régime peu sévère, obtenir une déshydratation rapide par l'administration d'allylthéobromine.

Chez les cardiaques, l'allylthéobromine continue très favorablement l'action de la digitale, et c'est chez ces malades qu'il est souvent indiqué d'avoir recours aux injections intramusculaires ou même intraveineuses, car beaucoup d'asystoliques présentent de l'intolérance pour la plupart des médicaments administrés par la voie buccale ; les épanchements liquides (ascite, hydrothorax, hydropéricarde), qui sont le corollaire de l'insuffisance cardiaque, sont également influencés par cette médication et disparaissent en général aussi rapidement que les œdèmes de membres.

Mais l'affection pour laquelle l'allylthéobromine est véritablement le médicament de choix est la néphrite chronique hydropigène, caractérisée par une rétention chlorurée souvent assez considérable, par de gros œdèmes marqués dans le tissu cellulaire des membres, ou bien encore au niveau des séreuses viscérales (plèvre, péritoine, péricarde, etc.) Chez ces malades, on obtient par l'administration du théobryl de véritables résurrections.

Enfin, à titre accessoire, nous signalons l'utilisation possible de ce médicament au cours des maladies infectieuses aiguës s'accompagnant d'oligurie.

Dr A. Auerbach. — **Hémorragie méningée dans l'encéphalite léthargique épidémique.** (Jouve et Cie, éditeurs.)

L'auteur conclut à l'existence, à côté des autres formes de l'encéphalite épidémique, d'une forme hémorragique, se traduisant cliniquement par des hémorragies méningées ou cérébro-méningées.

L'existence de cette hémorragie méningée au cours de l'encéphalite épidémique, dit-il, amène à penser que certains cas anciens d'hémorragie méningée, non classés étiologiquement, n'étaient que des formes de l'encéphalite ;

La polio-encéphalite hémorragique supérieure et inférieure, aiguë ne paraît pas devoir constituer une maladie bien individualisée ; on l'a rencontrée au cours de bon nombre de maladies infectieuses et un certain nombre d'observations de polio-encéphalite primitive paraissent se rapporter à des cas d'encéphalite épidémique.

Dr René Hervouet. — **Contribution à l'étude des états lymphadéniques** (Jouve et Cie, éditeurs.)

Thèse intéressante à plus d'un titre ; nous retiendrons les conclusions de l'auteur :

Il n'y a pas d'états lymphadéniques : il y a une lymphadénie.

Un groupe de symptômes cliniques caractérise bien cette entité : quelques-uns peuvent manquer, l'évolution peut être plus ou moins rapide ; au fond, le tableau d'ensemble est à peu près le même.

Les formes transitoires avec changement total de la formule sanguine (obs. III) sont nettement à l'appui de cette thèse d'unicité.

2° Les étiologies qu'on invoque sont trop nombreuses pour qu'aucune ait une valeur réelle.

Les infections, la tuberculose, la syphilis ne jouent qu'un rôle favorisant.

Le Wassermann, devenant négatif alors que la lymphadénie débute, est un exemple typique.

Etant donnés :

a) Le coup de fouet donné par l'opération commun à la lymphadénie et à certains cancers (sarcome mélanique),

b) La communauté du mycosis fongoïde à la lymphadénie et à la sarcomatose cutanée,

c) La généralisation rapide (métastase),

d) L'action nulle du traitement et la *fatalité* immuable de maladie,

Nous concluons : la lymphadénie est un cancer lymphoïde, d'une évolution proche de celle du sarcome.

Dr Gabriel Guerry. — **Contribution à l'étude du traitement des bubons chancrelleux.** (Jouve et Cie éditeurs.)

Les meilleures méthodes semblent être les méthodes médico-chirurgicales qui préservent des infections secondaires tout en stérilisant la poche bubonienne.

Parmi les substances employées pour les injections modificatrices, il faut donner la préférence à la vaseline iodoformée.

Dr Pierre Ratel. — **De la prophylaxie de la fièvre typhoïde.** (Arnette, 2, rue Casimir-Delavigne.)

La fièvre typhoïde, dit Pierre Ratel, se transmet à l'homme soit indirectement par l'eau, les aliments, les mouches, etc., soit plus simplement par le contact des mains souillées.

Les sujets atteints de formes frustes, ambulatoires, les convalescents, les porteurs de germes sains, sont les principaux agents de contamination.

L'organisation scientifique de la lutte contre la fièvre typhoïde telle qu'elle est pratiquée au moyen de stations sanitaires en Alsace et en Lorraine est désirable en France.

On pourrait améliorer et étendre la campagne de prophylaxie en favorisant la vaccination antityphoïdique de la population civile, mais il faut se rappeler que l'isolement et la désinfection restent les armes les plus puissantes que nous ayons.

Dr Pierre-Armand Digeon. — **Traitement des fractures des os longs par la méthode de Parham et Martin.** (Arnette, 2, rue Casimir-Delavigne).

La méthode d'ostéosynthèse par cerclage, au moyen des bandes de Parham et Martin, possède, en plus des indications générales d'intervention dans les fractures, des indications particulières qui la font préférer aux méthodes jusqu'ici employées et basées sur ces faits : qu'étant souspériostée, elle ne porte atteinte à l'os, ni dans son développement, ni dans sa solidité ; qu'elle permet une réunion et une conglomération parfaite de toutes les parties osseuses existant au niveau du foyer de fracture et qu'enfin, elle est exempte des ennuis ultérieurs, habituels aux ostéosynthèses métalliques.

Dr Maurice Quesnel. — **Les dysbasies fonctionnelles du vieillard.** (Arnette, 2, rue Casimir-Delavigne.)

Dr Charles Filleul. — **Contribution à l'étude des stomatites.** (Legrand, 93, boulevard St-Germain.)

L'auteur recommande, comme traitement, le traitement de Gaillard, dont voici la formule :

Bicarbonate de potasse..	q. s. pour saturer. (*cristaux en excès*).
Acide chlorhydrique....	2 grammes.
Eau distillée...........	100 grammes.

Le mode d'emploi est d'une simplicité extrême. Un peu d'ouate fixé sur une petite tige quelconque suffit. On imbibe de solution le tampon et on badigeonne la muqueuse sans se préoccuper si la solution s'étend sur les parties saines. Après l'opération, on fait rincer la bouche au patient avec *de l'eau bouillie* (avec d'autres composés, l'eau oxygénée par exemple, on transformerait la bouche du patient en encrier ! !).

Les avantages d'un tel traitement sont multiples :

Il agit immédiatement avec une rapidité surprenante.

Il s'emploie d'une façon curative dans toutes les variétés de stomatite.

Il est d'une manipulation simple.

Il n'est pas caustique.

Il est absolument indolore.

G. S.

PARTIE PROFESSIONNELLE

LA VIE SYNDICALE ET PROFESSIONNELLE

I

Le tarif étatique des soins médicaux aux pensionnés de guerre.

J'espère bien que le *Concours Médical*, défenseur des praticiens en général, des villes comme des campagnes, ne laissera pas passer sans protester le singulier principe admis par le Conseil d'État dans la taxation des soins médicaux aux mutilés et réformés de guerre.

Pourquoi les tarifs sont-ils différents suivant la population de la localité ? Les soins ne seront-ils pas les mêmes, les médecins n'ont-ils pas tous fait les mêmes études ? N'ont-ils pas les mêmes frais généraux ? Si certains frais sont plus élevés dans les grandes villes d'une façon générale, loyer, nourriture, etc., et encore, il y a des petites villes où c'est l'inverse ; il ne faut pas oublier que le médecin de campagne a de gros frais de locomotion... ; avec une clientèle qui se soigne peu et n'est pas très généreuse, avec de mauvaises routes, cela se compense.

Dans nos syndicats, je ne sache pas qu'on ait jamais basé des tarifs sur le chiffre de la population, mais uniquement sur la situation du client.

Alors qu'en Meurthe-et-Moselle, nous avons adopté un tarif minimum de 8 fr. par consultation et 10 fr. par visite, nous devrons donc soigner les mutilés à demi-tarif, dans les localités en dessous de 5.000 habitants ? Est-ce que l'État demande un pareil sacrifice aux boulangers , bouchers, tailleurs, etc., des mutilés ?

Nous soignons déjà les indigents au quart du tarif minimum ; à quand la fin de ces cadeaux à l'État ? Nous en fait-il, quand il nous fait payer la taxe de luxe sur une voiture exclusivement réservée à notre profession ?

Aux réunions syndicales, on parle toujours d'augmentation de tarif, mais dès qu'une collectivité nous propose des honoraires au rabais, tout le monde accepte.

Dr T.
(Meurthe-et-Moselle)

Réponse.

Vous avez pu lire notre protestation indignée dans le dernier numéro du *Concours médical.*

Aujourd'hui, nous vous répondons : NON, *vous ne devez pas soigner les mutilés à demi-tarif.*

Il est inadmissible que le corps médical, de par la volonté de M. Maginot, soit divisé en cinq catégories.

Ce serait la réalisation d'une sorte de hiérarchisation professionnelle dont nous ne voulons à aucun prix, parce qu'elle ne répond à aucun besoin et qu'elle serait, au contraire, en opposition avec la réalité des faits.

C'est déjà avec regret que nous avons vu le nouveau tarif pour soins médicaux aux accidents de travail, le tarif Breton, admettre deux catégories, selon l'importance numérique des localités ; et nous ne sommes pas éloignés de mener campagne pour obtenir la suppression de cette division.

Mais les 5 classes de M. Maginot !

Ah non ! Jamais de la vie ! Dites-moi ? L'essence coûte-t-elle moins cher à Lisieux qu'à Rouen ? L'impôt sur le revenu est-il moins élevé à Rennes qu'à Nantes ? Les pneus sont-ils facturés à plus bas prix au médecin de Bourg qu'à celui de Lyon ?

Pourquoi dès lors cette échelle d'honoraires à 5 degrés, qui ne s'appuie sur rien de solide ?

Inutile d'insister. La cause médicale est tellement juste que les pensionnés de guerre s'émeuvent, de plus en plus nombreux, et associent leurs protestations à celles des praticiens.

J'ajoute, d'ailleurs, que la question des honoraires n'est pas la seule qui nous préoccupe, et que l'organisation générale des soins, complètement *méconnue par le Pouvoir, réclame à bref* délai l'abrogation du tarif Maginot, et son remplacement par un ensemble de mesures où chacun trouvera son dû : le pensionné, blessé ou malade, *créancier de l'État* ; le médecin qui le soignera, dont les intérêts sont respectables à tant de titres, et qui contribuera à provoquer l'établissement d'un régime de conscience et de loyauté, en se refusant obstinément, selon la décision de l'U.S.M., à accepter l'inacceptable tarif Maginot.

G. DUCHESNE.

II

Nous lisons dans **La Voix du Combattant,** du 6 mars dernier :

L'abondance des matières nous oblige à reporter à un numéro ultérieur les commentaires sur les conséquences de la modification apportée par le ministre à l'article 64.

Au reste, l'U.N.C. n'est pas restée inactive et notre ami Charles-Bertrand a eu de nombreuses entrevues à la Chambre avec les députés combattants.

Certains ont compris le pourquoi de notre attitude et nous approuvent.

Comme nous, ils veulent.

1° Le libre choix *réel* du médecin ;

2° Un tarif d'honoraires médicaux et chirurgicaux établi *d'accord* avec les délégués du corps médical ;

3° Une commission de contrôle surveillant l'application loyale de la loi avec l'aide des représentants des associations de combattants, et des représentants *élus* du corps médical ;

4° Pas d'intervention du préfet dans la désignation de l'hôpital.

D'autres n'ont pas encore compris où veut les conduire le ministre, ils sont indifférents ou occupés ailleurs.

D'autres enfin sont des amis, intéressés, du ministre actuel...

Il faut que toutes nos sections de province et de Paris profitent de leurs assemblées pour nous envoyer des ordres du jour résumant leurs désiderata.

Il faut aussi que tous les Combattants fassent comprendre à leurs députés qu'ils n'ont pas le droit de rester indifférents.

Nous avons reçu de nombreuses lettres de pensionnés de guerre et de nombreuses lettres d'encouragement. Nous ne pouvons répondre à tous, nous remercions ici nos camarades de leur geste. Certains nous suggèrent de prendre à partie M. Maginot. Nous ne voulons pas faire de polémique, ni de questions de personnes. Nous essayerons d'être impartial et de placer la question plus haut que les ministres périssables et que tous ceux qui les entourent.

Ce que nous voulons, c'est d'abord le retour à l'article 64 primitif de la loi Lugol, si odieusement cambriolé. C'est l'interprétation dans le sens le plus large du principe du libre choix du médecin.

Les pensionnés de guerre ne veulent pas être des indigents : ils veulent pouvoir s'adresser à leur médecin, en offrant à celui-ci, pour paiement, un bon de visite, assurant des honoraires modestes, et non un salaire de famine. Ils veulent pouvoir être soignés chez eux, dans l'équitable limite du possible.

Aidez-nous tous, mes camarades, et envoyez-nous les votes et les ordres du jour de vos sections, parlez à vos députés, agissez sur eux par tous les moyens en votre pouvoir, il faut faire abroger un article de loi inique dont vous serez les victimes, faites vite !

Dr CHICANDARD.

CHRONIQUE DE L'ENSEIGNEMENT

Programme pour le développement de l'influence et de la prééminence de la science médicale française en Espagne.

Mon Cher Rédacteur en Chef,

Vous êtes le premier qui ait fait connaître par le Concours médical *l'Association pour le développement des relations médicales entre la France et les pays alliés ou amis*, l'*A.D.R.M.*, auprès du grand public médical.

Vous participez d'une façon active et *clairvoyante* aux délibérations de son comité de propagande présidé par le Pr Vaquez et vice-présidé par vous. Il appartient au *Concours Médical* de continuer d'instruire ses lecteurs, c'est-à-dire la masse médicale et praticienne française, de l'œuvre que nous avons entreprise pour faire en sorte que le rayonnement de notre gloire guerrière acquise en sauvant notre sol, notre pensée, notre langue, notre race : la patrie, soit doublé d'une gloire intellectuelle. Les armes sont déposées, le sang n'est plus versé, mais nous nous devons, nous Français, de rester dans la lutte et le combat continus. Cette lutte et ce combat ont leur grandeur et leur beauté ; leur but est légitime et incontestable, car il se poursuit par des moyens nobles et pacifiques.

Nous voulons continuer à lutter pour la prééminence de la pensée française et de la science médicale française dans le monde dans la mesure de notre intelligence, de nos découvertes et de l'effort matériel à accomplir pour imposer les manifestations de l'une et recueillir le fruit des autres. Le plus modeste praticien ne doit pas se désintéresser de cette œuvre, et par idéal patriotique et par intérêt bien compris, car il bénéficiera moralement, intellectuellement, *matériellement* de la répercussion sur son individualité, qui semble isolée, mais qui est en réalité inséparable de notre belle collectivité, de la conquête scientifique que nous saurons réaliser à l'étranger.

C'est pour persuader nos milliers de confrères, que cette œuvre, qui va parallèlement avec une lutte économique, est absolument *utile à tous*, que je vous envoie, mon cher vice-président du Comité de propagande de l'A.D.R.M., l'exposé que j'ai fait au Comité et au Conseil d'administration de l'A.D.R.M où on a bien voulu lui faire bon accueil et où vous lui avez donné votre approbation avertie et raisonnée.

Dans cet exposé, plus qu'un programme pour un objet déterminé et sur un terrain donné, c'est surtout la mentalité nouvelle, source de directives nouvelles et fécondes que j'ai tenu à cœur de préciser pour qu'elle animât notre activité dans le *sens des réalisations* guidé par un haut idéal.

Recevez, mon cher Rédacteur en Chef, etc.

Dr DARTIGUES.

On m'excusera de développer ce programme en posant tout d'abord certains principes qui, faisant abstraction de toute idée préconçue et d'habitudes anciennes de penser, respectables mais périmées, doivent à mon sens donner le plus de clairvoyance possible dans le sujet.

I

Il faut se persuader, et, ce n'est pas là un vain cliché, que dès la fin de la guerre, l'univers entier est entré dans une ère vraiment nouvelle de pensée et d'action.

Hommes dont l'existence appartient en grande partie à un monde fini, nous sommes passés dans un monde nouveau et nous devons nous renouveler si nous voulons être de quelque utilité pour notre pays et la science française.

Donc, plus de scrupules erronés qui n'engendrent que pusillanimité, inactivité et impuissance. En combattant ici, laissez un instant vos âmes de purs savants et descendez sur la terre, car il faut agir, en pensant juste, face à la réalité.

Nous ne reconnaissons comme frein à notre action que l'honnêteté foncière qui, étant simple, ne doit pas se confondre avec les oscillations d'une conscience auto-observatrice et timorée.

II

Ceci dit, je crois pouvoir énoncer que :

1) Notre association (A.D.R.M.) est née pour lutter (comme cherche à le faire chaque peuple, légitimement d'ailleurs) pour la prééminence de la pensée scientifique française.

2) Ce but culminant et idéal, vers lequel nous dirigeons toujours la hauteur de notre regard, ne reste pas cependant dans le domaine platonique.

3) En le poursuivant et en l'atteignant, nous servons la cause de l'intelligence française, du savoir français, de la création française, nous y trouvons notre récompense morale et matérielle :

Morale, distributrice de célébrité et de gloire individuelle.

Matérielle, distributrice de puissance, d'influence, d'aisance et même de richesse pour les ouvriers pratiques et travailleurs de cette œuvre supérieure.

4) L'idée ne prédomine que si elle a une base matérielle et une force matérielle.

5) Quand on fait une campagne de guerre, il faut de l'argent ; de même quand on fait une campagne d'intellectualité, il faut de l'argent. L'avenir du monde appartiendra à ceux qui sauront faire cette campagne intellectuelle qui manifeste une puissance équivalente à la force des armées. Messieurs, nous sommes en guerre intellectuelle, non seulement avec nos ennemis, mais avec nos alliés sur le terrain des neutres.

III

Ceci étant accepté, j'ajoute :

La guerre qui verse le sang des hommes est finie, mais il existe et continue une lutte indéfinie, c'est la lutte économique, qui décide de la richesse ou de la pauvreté des peuples, c'est-à-dire en dernière analyse, de la richesse ou de la pauvreté des individus composants.

En disant ceci, Messieurs, j'énonce le grand principe qui doit nous guider.

Dans cette enceinte ou nous semblons réunis seulement pour faire prévaloir un idéal, sachons que nous sommes engagés dans une lutte, que cette lutte est économique sous son aspect scientifique, et que si nous l'emportons nous serons alors pleinement vainqueurs, c'est-à-dire que la pensée française aura triomphé en même temps qu'aura triomphé le matériel français

Il n'y a pas d'idéalisme intégral ni de matérialisme intégral ; les deux vont de pair, nous ne croyons pas au dualisme. Une victoire est ou elle n'est pas, elle est globale et non scindée, et les moyens pour l'atteindre vont de front.

IV

Ceci étant affirmé, il faut savoir que :

L'Espagne, actuellement, est un pays qui, au point de vue économique, est ouvert à toutes les initiatives étrangères.

L'Allemagne, l'Angleterre, les États-Unis, l'Italie, le savent bien et se disputent et nous disputent aussi et sa terre et son esprit, sa culture et sa clientèle.

L'Espagne a besoin, pendant une longue période encore, de l'apport étranger, jusqu'à ce qu'elle puisse, comme elle peut l'espérer légitimement, se suffire à elle-même.

Malgré l'effort inouï fait pour l'attirer vers des formes d'activité et de mentalité étrangères, l'Espagne reste indéniablement pénétrée d'un esprit qui est essentiellement le sien : latin ; c'est-à-dire qu'elle est plus près de nous, et qu'étant plus près de nous, il lui sera facile de s'adapter à nous, parce qu'elle n'aura pas à opérer de changement essentiel de pensée.

Ne pas profiter de cet avantage que nous avons, nous Français, c'est rester dans une expectative stérile et c'est vraiment une erreur impardonnable.

Il ne s'agit pas de savoir si un produit est indiscutable : il faut voir les questions au-dessus de leurs petitesses, tellement au-dessus, que ces petitesses doivent nous rester invisibles pour atteindre le résultat supérieur.

Il s'agit de savoir qui, en Espagne, sera maître du marché : la France ou l'Allemagne ?

Pour ce qui nous regarde, nous médecins, il y a un marché, qui est en même temps un marché intellectuel, auquel nous ne saurions rester indifférents et où nous avons quelque compétence : c'est celui du laboratoire biologique, du laboratoire pharmacologique, c'est-à-dire biochimique, c'est celui du livre, du journal, de l'appareil, de l'instrument, etc.

Sera-ce le produit allemand, sera-ce le produit français qui l'emportera ? Tout est là. Si c'est le produit français qui l'emporte, c'est qu'auront triomphé la pensée et l'initiative françaises.

Ne nous y trompons pas, Messieurs, c'est là la question, la question de concours, oserai-je dire ! Et ainsi, par des voies matérielles, nous aurons atteint l'idéal cherché pour la plus grande gloire de la France.

V

Pour conclure, avant d'exposer un programme de propagande proprement dite, je suis d'avis que :

1) Notre association ne compte pas seulement sur les allocations plus ou moins élevées que lui donnera le gouvernement : il ne faut pas considérer son argent comme le seul acceptable et comme suffisant.

2) Qu'elle se doit d'accepter tous les concours et toutes les ressources, pourvu qu'ils soient honnêtes. Ne confondez pas, cependant, je vous en supplie, désintéressement et honnêteté. Un intérêt peut guider, guide même presque toujours une *initiative*. Que m'importe, si cette initiative est créatrice, pro-

ductrice ! Pour ma part, j'admets cet intérêt d'autrui qui nous aide à sortir du néant, et du moment qu'il rend l'association forte et agissante pour l'intérêt supérieur français, je le considère comme un allié précieux.

3) Acceptons donc l'argent : allocation de l'État, donations, apports même intéressés, afin de réunir une somme assez forte pour assurer le budget nécessaire. Nous veillerons à ce que les sources pécuniaires soient suffisamment pures pour que les plus blanches consciences dont nous avons l'orgueil d'être ne soient pas effarouchées.

Voici maintenant comment je comprends le programme de propagande scientifique en Espagne.

I

Propagande par le journalisme médical.

L'effort allemand par la presse est formidable. Les Allemands éditent des journaux conçus, écrits, dirigés en Allemagne, mais imprimés en langue espagnole. Les plus grands noms de l'Allemagne savante médicale sont en façade compacte sur le frontispice de ces journaux, et ce sont en définitive les signatures du fameux manifeste des intellectuels germains. *La Vox Médica* en est l'exemple typique. Les Allemands savent fort bien que leur langue ne sonne pas très compréhensible aux fines oreilles espagnoles et ils prennent comme vecteur de leurs idées le langage castillan. C'est en somme la pensée allemande cherchant à passer sous la cape de Cervantès ! Ils n'ont pas peur, les professeurs allemands, dû qu'en dira-t-on du scrupule excessif ! Ils ne craignent pas, les représentants de la science allemande, de voir leurs noms aller de pair avec les produits et le matériel allemands. Ils travaillent pour leur pays ; on ne peut le leur reprocher.

Nos savants faisaient cela autrefois aussi. Et avant que nous ne fussions des vaincus et des timorés, on a vu jadis en France des membres de l'Institut et de l'Académie patronner des découvertes et des produits, sans être traités d'agioteurs. On estime à un million l'effort de l'Allemagne fait en Espagne par la presse dans le milieu médical.

Qu'avons-nous opposé jusqu'ici à cet effort allemand ? Rien ! Qu'avons-nous osé ? Rien !

Nous pouvons cependant quelque chose.

Il est piquant, et attristant aussi, que l'Allemagne vaincue, dite insolvable, trouve des subsides pour conquérir l'Espagne au point de vue médical et que la France ne soit aidée en rien pour s'opposer à cette conquête d'un pays qui est à nos portes et qui pourrait nous être si fraternel, avec utilitaire réciprocité d'ailleurs, s'il n'était merveilleusement travaillé contre nous.

Nous ne pouvons penser trouver l'équivalent du million et lutter pour le moment à coups d'argent, et puis il est élégant pour nous Français de ne pas plagier les moyens allemands, après tout grossiers.

Mais nous pouvons tourner la difficulté : voici comment :

Par l'infiltration du journalisme médical espagnol existant par les savants et travaux français. La puissance de ces journaux espagnols réside dans ce fait qu'ils ont des abonnés dans toute l'Espagne, abonnés payants. Les journaux allemands en langue espagnole, distribués à profusion, n'ont à côté de cette presse nationale qu'une valeur de prospectus. La presse médicale espagnole représente comme la nôtre, la pensée et le travail médical du monde entier. Elle a donc une base ancienne, agissante et considérable : elle offre la pâture intellectuelle aux praticiens d'Espagne. Le mieux donc pour nous est de nous incorporer à elle, de vivre dans sa promiscuité et de la prendre comme la vectrice la meilleure et la plus acceptée par le public espagnol, de nos recherches, de nos travaux français. Et cela est très possible, et les Espagnols s'y prêteront volontiers.

La Presse médicale espagnole compte près de 300 journaux : 1) journaux d'intérêt général ; 2) journaux de province ; 3) journaux de spécialités ; 4) journaux de publicité.

Mais il reste comme presse agissante, effective, scientifique, un certain nombre de journaux qui répondent, comme en France, aux besoins des diverses classes de médecins.

I. Journaux centralistes.

El Siglo médico (Le Siècle médical) (de Madrid). C'est un organe officiel très ancien. Il correspond à notre *Presse médicale* ; c'est l'organe des savants en vue et de l'Académie de médecine. Son Directeur est le Pr Cortezo, président de l'Académie.

Los Progresos de la Clinica (de Madrid), dirigé par le Dr Nunez Grimaldos, absolument francophile, ayant fait envers et contre tous un effort exclusivement en faveur du monde médical français et des produits français. C'est un journal tout à fait indépendant, se rapprochant de notre *Journal des Praticiens.*

La Medicina Ibera (de Madrid) représentant l'élément intellectuel jeune pouvant être comparé à notre *Paris Médical.*

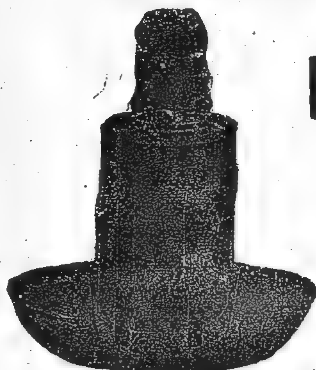
Espana Medica (de Madrid) sorte de Je-Sais-Tout médical.

II. Journaux de Province.

La Catalogne doit être considérée comme un peu en dehors, parce que séparatiste.

1) *La Revista espanola de medicina y cirurjia* (de Barcelone). Elle appartient à l'éditorial Manuel Marin. C'est un journal très indépendant, de haute tenue littéraire, riche en collaborateurs de choix, et qui prend toutes les allures d'un journal d'intérêt général. Ce journal a été fort ému, à juste titre, du peu d'enthousiasme avec lequel les éditeurs français ont répondu à sa demande d'échanges.

2) *La Gaceta Catalana* (Barcelone). C'est le plus ancien journal médical de la Catalogne. Mais est entré dans une période de déclin ; a de plus été quelque peu taxé de germanophilie.



3) *El laboratorio* (de Barcelone). Journal très spécial, s'adresse à une clientèle de biologistes.
4) *La Clinica castellana* (de Valladolid).
5) *Aragon médico* (de Saragosse).
6) *Revista de Higiene y Tuberculosis* (de Valence).
7) *Policlinica* (de Valence).

III. Journaux de spécialités.

1) *Revista espanola de Obstricia y ginecologia* (de Madrid). Dirigée par le Pr Recasens, doyen de la Faculté de Madrid.
2) *Archivos de Pediatria* (de Madrid).
3) *La Pedriatria espanola de l'hôpital modèle de l'Enfant Jésus* (Madrid).
4) *Archivos de las enfermedades de la nutricion* (Madrid). Dirigé par le Dr Don Luis Yague.
5) *Archivos de cardiologia y hematologia* (Madrid) du Dr Pittaluga.
6) *Archivos de Medicina, cirurgia y especialidades* (Madrid), du Dr Madinaveita.

En somme, il y a 15 journaux qui comptent vraiment, détiennent la clientèle des médecins espagnols et peuvent nous permettre d'accéder à cette clientèle praticienne, si nous obtenons notre entrée dans cette presse choisie et si nous y avons pouvoir de collaboration.

Dans cette voie, le Dr Nunez Grimaldos, directeur de *los Progresos et de Plus Ultra*, dont j'ai l'honneur d'être le représentant scientifique, nous a apporté une aide précieuse en publiant à côté des travaux espagnols, uniquement des articles français, et en réservant une publicité exclusive au matériel français, les Allemands étant systématiquement écartés. Il a fait là un acte francophile au plus haut chef et qui mérite d'être considéré d'autant qu'il a été entraîné à des frais considérables qui l'obligent maintenant à réduire son action s'il n'est soutenu par nous.

Le concours que le comité de Propagande doit envisager peut donc aller de la simple aide d'encouragement aux frais partiels ou totaux de la propagande française menée dans les journaux suivant les dispositions et disponibilités des éditeurs.

On voit donc que nous pouvons, quant à la propagande si efficace et si nécessaire, au moyen de la presse, tourner la difficulté et par notre incorporation au journalisme espagnol existant déjà et tout puissant, faite relativement à peu de frais (25.000 à 30.000 fr. environ), lutter victorieusement contre l'effort allemand, qui, agissant par une presse créée de toutes pièces, exclusivement allemande en son essence, mais rendue accessible par l'adoption de la langue espagnole, est évalué, comme je l'ai dit plus haut à un million. Notre association à la presse espagnole est la solution la plus élégante, la plus originale, sera la mieux vue et acceptée de nos voisins à qui nous ne porterons pas ombrage et dont nous ne froisserons pas l'amour-propre scientifique et national, en même temps qu'elle sera la plus agissante et je dirai même la plus *pénétrante* dans le monde médical espagnol.

Inutile de dire que la presse médicale peut agir par d'autres modes et que nous ne sommes pas hostilement opposés à d'autres initiatives, comme la création d'autres périodiques, à condition qu'ils soient intelligemment compris et ne soient pas les organes de petites chapelles hermétiques.

II

Propagande par l'enseignement.

Les Espagnols sont voués, pour un temps, partiellement tout au moins, à l'enseignement étranger. Ils n'ont pas chez eux actuellement les élements de développement suffisants. Ils sont tributaires des représentants du pays qui saura attirer et absorber leur clientèle. Mais il ne faut pas oublier que leur esprit est imprégné de latinisme et que tous comprennent notre langue avant toute autre. Leur enseignement livresque est presque entier puisé en France.

Il faut donc faire l'effort voulu pour qu'ils viennent à nos Facultés de France et aux centres d'enseignement et de recherches scientifiques.

Pour cela il est deux moyens :

1° Organiser des *cours de perfectionnement* avec explications et résumés en espagnol aux époques particulièrement favorables qui correspondent à leurs vacances, c'est-à-dire en juin et juillet, cours d'un mois si possible permettant de réunir plusieurs spécialités complémentaires et dont l'horaire, calculé pour la matinée et l'après-midi, permettra aux docteurs espagnols de suivre plusieurs cours ou tout un enseignement. L'annonce de ces cours doit être faite par la voie des journaux et des Facultés avec, au moins, six mois d'anticipation.

2° Organiser des conférences à Madrid ou dans les autres centres universitaires espagnols, faites par les maîtres dont les noms sont particulièrement connus à l'étranger. L'orgueil espagnol est tout à fait sensible au déplacement de nos célébrités en pays espagnol.

Les frais de ces déplacements devraient être en partie assumés par la propagande. Toutefois, il est possible que l'on puisse obtenir du ministère de l'Instruction publique espagnol une indemnité de séjour pour les maîtres français que les Espagnols désireraient particulièrement recevoir et entendre.

A ce sujet, à mon avis formel, vous n'obtiendrez de résultat appréciable et vous ne créérez des liens durables, qui si vous rejetez, comme je vous l'ai dit bien souvent, ce nom de propagande qui sonne mal et blesse des susceptibilités bien légitimes, que si vous tenez compte de l'amour-propre bien naturel de ceux dont nous voulons acquérir la sympathie, l'estime et l'admiration. En dehors de la sympathie s'alliant harmonieusement avec l'intérêt commun et bilatéral, vous travaillerez dans le néant. Il faut que l'Espagne sente que vous estimez et appréciez ses savants, et elle a des savants et elle a des intelligences incomparablement vives et intuitives. Il ne

faut pas qu'elle sente chez vous un désir unilatéral et orgueilleux de l'accaparer. Il faudra donc user de réciprocité et demander à ses maîtres les plus qualifiés de venir chez nous en leur offrant dans nos Universités une hospitalité intellectuelle bien comprise. Je vous assure que si un maître espagnol faisait dans l'amphithéâtre de la Faculté une conférence, en castillan au besoin, pour qu'il soit plus à l'aise dans sa propre langue, conférence traduite immédiatement au public, puis reproduite dans les journaux, si vous organisez autour de sa personne et de son nom un concours flatteur et une affluence nombreuses de docteurs et d'étudiants, qui ne se laisseraient pas aller à notre fâcheuse ironie trop manifestée quand nous entendons quelqu'un parler avec un accent exotique, vous feriez plus en deux heures de succès à cet homme pour le rapprochement scientifique franco-espagnol, que des centaines de mille francs de propagande paperassière.

Il ne me déplairait pas non plus qu'on chargeât à la Faculté de Paris, quelqu'un de réellement compétent par ses études antérieures, ses travaux , ses livres, de faire un cours de médecine historique ou d'histoire de la médecine, où serait particulièrement mis en lumière l'apport fait par l'école espagnole à la médecine pendant plusieurs siècles. C'est ainsi que je verrais volontiers le très érudit et très lettré Dr Cabanès faisant un cours sur l'histoire de la médecine en Espagne, sur l'histoire de la médecine en Italie, en France, sur l'histoire de la médecine latine en un mot.

III

Propagande par des voyages et des missions et des prix.

Il faut organiser :

1° Des voyages pour visiter les Universités de France ;

2° Des voyages pour visiter les stations thermales françaises (à titre gratuit, avec le concours des compagnies des stations intéressées et sur invitation, en caravanes de 20 docteurs).

3° Des missions de jeunes docteurs espagnols en France (susciter du gouvernement espagnol l'envoi en France de jeunes gens chargés de venir en France étudier une question sur laquelle ils feraient au retour un rapport).

4° Des prix français, accordés par nos principales sociétés savantes, et à distribuer aux docteurs espagnols les plus méritants qui auraient fait connaître dans leur pays les principales découvertes françaises à l'ordre du jour.

IV

Propagande par le développement en France, dans notre milieu médical, surtout milieu étudiant, de la connaissance de la langue espagnole.

L'Union médicale Franco-Ibéro-Américaine ou U M F I A, que je fondai en 1912, fut basée sur l'idée d'un rapprochement scientifique de la France avec l'Espagne et les Républiques Centro et Sud-américaines au moyen de l'adoption par les sociétaires de la connaissance de la langue castillane. C'est ainsi que je pus réunir les 200 médecins français qui parlent espagnol.

L'U M F I A continuera son œuvre et apportera son concours à l'A.D.R.M.

Et ceci me suggère l'idée suivante :

Pour encourager ces relations scientifiques franco-hispano-américaines, dans le milieu étudiant, il faudrait inciter les jeunes gens à apprendre l'espagnol : ils seraient ainsi les interprètes de science tout trouvés pour nos maîtres dans les différents services hospitaliers et ailleurs.

De même qu'à Polytechnique, Saint-Cyr, je crois, on donne quelques points supplémentaires à ceux qui font preuve de la connaissance d'autres langues que celle qui est exigée, de même devrait-on en faire autant pour les concours d'externat, d'internat, de clinicat.

On ne devrait, à mon avis, si on veut faire de nos jeunes gens des forces actives et irradiantes, qu'on me permette cette forte expression, on devrait exiger d'eux un certificat prouvant qu'ils savent l'anglais ou l'espagnol.

Je trouverais que nos professeurs et nos chefs de service feraient preuve d'initiative, en attendant, s'ils donnaient une prime de préférence à ceux des élèves briguant une place auprès d'eux qui connaissent des langues. N'oubliez pas qu'après l'anglais, l'espagnol est la langue la plus parlée du monde : elle est la langue de 110 millions d'êtres sur la terre.

Les centres universitaires pourraient créer quelques bourses de voyage pour les plus méritants qui iraient, grâce à leur connaissance linguistique, faire de petites missions dans les pays de langue espagnole.

Je termine en disant qu'il faut en permanence à la Faculté, siège de l'A.D.R.M. un bureau (avec secrétaire médical, secrétaires de renseignements, dactylographes, interprètes, guides) pour se mettre à la disposition de nos visiteurs.

C'est pour cela qu'il faut de l'argent et pas des sommes dérisoires et infertiles ; et prendre cet argent là où il est, là où on nous l'offre.

Messieurs, j'espère ne pas vous avoir parlé un langage creux de rhétorique ; et si j'ai posé quelques principes au début, c'est qu'ils me paraissent *pratiquement* directeurs de notre pensée qui aurait tendance à conserver quelques archaïsmes d'avant-guerre.

J'espère vous avoir exposé un certain nombre d'idées ; à vous de les accroître et surtout de les faire vivre en les réalisant.

Dr Dartigues.

A. D. R. M.

(*Communiqué*)

Cette Association a pour but primordial d'assurer par le monde à la science médicale française le rayonnement auquel elle a droit, et pour cela :

1° Attirer en France, en missions et en voyages d'étude, les médecins et étudiants étrangers, de les recevoir cordialement et de les guider dans nos laboratoires et hôpitaux, voire même d'organiser spécialement pour eux des séances d'enseignement rapide, groupant en quelques leçons les professeurs et les sujets qui les intéressent le plus dans leur spécialité ; des voyages dans les Facultés de province, et dans nos stations thermales.

2° D'envoyer à l'étranger des missions d'étude et d'enseignement, d'y répandre nos périodiques, de publier dans les revues médicales du monde entier le plus grand nombre d'articles, traduits ou non, de nos principaux auteurs, enfin de faire mieux connaître notre vie médico-sociale et nos œuvres d'assistance et de prévoyance.

3° D'avoir dans chaque pays un correspondant médical ou mieux, un groupement médical correspondant, en même temps que chacun de ces pays aurait au sein de l'A. D. R. M. un ou plusieurs correspondants connaissant la langue et si possible la mentalité médicale de ce pays.

L'A. D. R. M. réunit tous les groupements médicaux qui se sont occupés, avant ou pendant la guerre, des relations médicales franco-étrangères.

Elle a son siège à la Faculté de médecine, salle Béclard, téléphone Fleurus 07-16.

Son Conseil d'administration, sous la présidence d'honneur du doyen et la présidence effective du professeur Hartmann, comprend à côté de nombreux professeurs, médecins et chirurgiens des hôpitaux, des praticiens connus dans tous les milieux professionnels organisés. Son esprit est des plus large, son but unique : servir la Patrie.

Le travail déjà effectué est important. Un bureau de renseignements très complet et tenu constamment au courant est ouvert tous les jours salle Béclard de 9 h. à 11 h. et de 2 h. à 5 h. Un annuaire va paraître très prochainement.

L'Association est en liaison constante avec le Ministère des Affaires étrangères qui seconde utilement son action.

Cette œuvre d'intérêt national a besoin du concours de tous les médecins français. Les adhésions sont présentées au Conseil d'administration par deux parrains.

La cotisation annuelle est de 50 frs pour les membres actifs ; 100 frs pour les membres bienfaiteurs ; 20 frs pour les membres adhérents.

JURISPRUDENCE

TRIBUNAL CIVIL DE LA SEINE (1re Ch.)

(14 *décembre* 1920)

(*Gaz. Trib.*, 9 janvier 1921.)

Assistance publique. — Responsabilité. — Médecins et chirurgiens. — Opération chirurgicale. — Consentement de l'opérée. — Opération nécessaire. — Débouté.

I. Les médecins et chirurgiens ne sont à aucun titre les préposés de l'Assistance publique au sens légal du mot, ceux-ci étant choisis au concours et l'Assistance publique n'exerçant sur eux, quant à la pratique de leur art, ni autorité ni contrôle. Il suit de là que l'Assistance publique ne saurait être responsable des conséquences des actes commis par ces médecins et chirurgiens dans l'exercice de leur profession.

II. Les médecins et chirurgiens ne peuvent être soumis à une responsabilité civile et même pénale que lorsqu'il y a de leur part négligence grave, impéritie grossière, méconnaissance des règles de prudence courante.

« Le Tribunal ;

« Attendu que la dame N... a formé contre l'Assistance publique une demande en payement de la somme de 35.000 francs de dommages-intérêts pour réparation du préjudice qu'elle aurait éprouvé à la suite d'une opération qu'elle a subie pendant qu'elle était en traitement à l'hôpital Tenon ;

« Attendu que postérieurement à cette demande, la dame N... a appelé en cause le docteur L..., qui a pratiqué l'opération, pour s'entendre condamner solidairement avec l'Assistance publique au même chiffre de dommages-intérêts ;

« Attendu que ces deux instances sont connexes et qu'il échet de les joindre pour statuer sur elles par un seul et même jugement ;

« En ce qui concerne l'Assistance publique :

« Attendu que la dame N... se plaint d'avoir subi contre son gré une opération dont les conséquences auraient été graves pour elle ; que, par suite, le préjudice qu'elle prétend avoir subi proviendrait du fait du praticien qui l'a opérée ; que la dame N... a d'ailleurs reconnu elle-même le fait en appelant en cause le docteur L... ;

« Attendu que les médecins et chirurgiens ne sont à aucun titre les préposés de l'Assistance publique au sens légal du mot ; que ceux-ci sont choisis au concours, et que l'Assistance publique ne saurait être tenue des actes reprochés par la dame N... au docteur L... ; que, dans ces conditions, il convient de mettre l'Assistance publique purement et simplement hors de cause ;

« En ce qui concerne le docteur L... :

« Attendu que la dame N... prétend qu'elle est entrée à l'hôpital Tenon, le 12 mars 1914, pour y faire remédier à une légère rétroversion de matrice consécutive à un accouchement ; qu'elle fut admise dans le service du docteur L... et qu'il lui fut alors affirmé qu'aucune opération grave n'était nécessaire et qu'il ne s'agissait que d'une intervention sans importance ; que contrairement à ces assurances, et à sa volonté exprimée formellement et à plusieurs reprises, le docteur L... a pratiqué sur elle sans nécessité l'opération de l'ovariotomie ;

« Attendu que ces faits ainsi énoncés par la dame N..., que celle-ci est d'ailleurs dans l'impossibilité la plus absolue de prouver, sont formellement contredits par les mentions portées sur la fiche établie en son nom par l'Assistance publique ;

« Attendu que cette fiche relate toutes les déclarations qui ont été faites par la dame N... à son entrée à l'hôpital, et toutes les constatations et investigations auxquelles s'est livré le docteur L... pour se rendre compte de son état ; que la dame N... a notamment déclaré au docteur L... que depuis treize mois, date de la naissance de son enfant, elle ressentait des douleurs dans le ventre ; que, mise en surveillance, elle fut l'objet d'examens suivis, et que c'est après avoir constaté la nécessité d'une opération que le docteur L... l'a pratiquée à la date du 28 mars, soit plus de quinze jours après l'entrée de la dame N... à l'hôpital ;

« Attendu qu'il est invraisemblable d'admettre que la dame N... n'a pas connu son état, dans les limites où une malade de son genre pouvait être renseignée ; qu'elle a été certainement prévenue qu'une opération était nécessaire (intervention sans importance, dit-elle) et qu'elle n'a pas manifesté la volonté de s'y soustraire puisqu'elle s'est laissé chloroformer ;

« Attendu qu'il résulte de la fiche administrative que le docteur L... n'a pas procédé immédiatement à la laparotomie ; qu'il a commencé par la colporraphie antérieure, qu'il a ensuite constaté que l'utérus était en rétroversion, et qu'il existait en outre une dégénérescence kystique des deux ovaires ; à droite l'ovaire avait le volume d'un petit œuf avec des kystes multiples ; à gauche, il y avait un kyste principal dont le volume était d'une poire ;

« Attendu que c'est en présence de ces constatations que le docteur L... decida de faire l'hystérectomie supravaginale au lieu de l'hystéropexie projetée ;

« Attendu que l'opération réussit complètement et que la dame N... sortit guérie de l'hôpital le 18 avril suivant :

« Attendu qu'on ne saurait mettre en doute les énonciations qui précèdent et qui sont consignées sur la fiche de la dame N..., étant donné qu'elles émanent d'un praticien de la valeur du docteur L..., chirurgien des hôpitaux, agrégé de la Faculté, membre de la Société de chirurgie, chef d'un service d'hôpital depuis l'année 1912 ; que ces notes n'ont pas été prises pour les besoins de la cause et qu'elles offrent à la justice toute garantie de véracité et de sincérité ;

« Attendu que tous les maîtres de la science médicale sont unanimes à affirmer qu'à moins de contre-indication, tout kyste de l'ovaire ayant acquis un certain volume doit être enlevé par ovariotomie le plus tôt possible, pour éviter une issue fatale qui n'excède pas deux années ;

« Attendu, dès lors, que la nécessité de l'opération s'imposait pour sauver la vie de la dame N..., et que celle-ci est d'autant plus mal fondée à se plaindre d'une opération, sans laquelle elle n'existerait probablement plus aujourd'hui ;

« Attendu que si les médecins peuvent être soumis à une responsabilité civile et même pénale quand il y a de leur part négligence grave, impéritie grossière, méconnaissance des règles de prudence courante, on est obligé de constater dans l'espèce que non seulement le docteur L... n'a commis aucune faute dommageable dans la pratique de son art, mais qu'il a, au contraire, fait bénéficier la dame N... de ses connaissances scientifiques et d'une longue expérience ; que la demande de la dame N... est donc dépourvue de toute espèce de fondement ;

« Par ces motifs ;

« Joint les instances, vu leur connexité ;

« Met l'administration de l'Assistance publique hors de cause sans dépens ;

« Déclare la dame N... mal fondée dans sa demande ; l'en déboute et la condamne aux dépens, qui seront recouvrés conformément à la loi sur l'assistance judiciaire. »

Commentaires.

Il faut distinguer la situation juridique du médecin d'hôpital, soit lorsqu'il se présente comme chef technique de son service médical, soit lorsqu'il est sous la dépendance du règlement administratif de l'établissement.

Comme chef de service médical, le docteur n'est le préposé de personne : son diplôme de docteur en médecine lui donne le droit de soigner, d'opérer, sous sa propre responsabilité.

L'administration hospitalière ne saurait donc être tenue pour responsable des faits et gestes professionnels du chef de service médical, puisque les administrateurs, n'étant pas eux-mêmes docteurs en médecine, n'auraient aucune qualité pour conseiller, ordonner, défendre, interdire tel ou tel acte opératoire, ou traitement médical.

C'est ce que déclare le jugement ci-dessus.

Les décisions de justice ci-dessous, concluent dans le même sens : Trib. civ. Seine, 27 décembre 1894 (*Pand.* 1895. 2, 93 ; *Gaz. Pal.* 1895, 1, 39 ; *Gaz. Trib.* 28 déc. 1894 ; *Le Droit,* 28 déc., 1894).

« Si le Directeur de l'assistance publique de « Paris a sous ses ordres le personnel de l'administration centrale, de l'inspection et des établissements, conformément à l'article 6 du « règlement d'administration publique du 24

AVIS

Accidents du Travail

Note d'honoraires médicaux;
Mémoires de fournitures pharmaceutiques ;
Certificats ;
Mémoires d'expertises ;
Mémoires de frais de justice criminelle ;
Feuilles de comptabilité ;

Nous tenons à la disposition de nos lecteurs les imprimés suivants :

1° **Notes d'honoraires médicaux.**

2° **Mémoires de fournitures pharmaceutiques** prévues par l'arrêté ministériel du 8 juillet 1920.

3° **Certificats.** — Certificats pour blessés d'accidents du travail.

4° **Mémoires d'expertises. — Accidents.** — Mémoires d'expertises médicales concernant les accidents du travail.

Justice criminelle.

5° **Mémoire de frais de justice criminelle** (honoraires). **Mémoires des frais de justice criminelle** (fournitures).

Ces imprimés sont établis d'après le format officiel.

6° **Feuilles de comptabilité**, servant à établir le compte de chaque client.

Modèles se trouvant dans l'Agenda-Memento du Praticien, édition 1920).

Ces différents imprimés sont envoyés au prix de franco :

Les 50..........	5 fr. »»
Les 100..........	8 fr. »»
Les 500..........	35 fr. »»
Les 1000..........	60 fr. »»

Adresser les commandes accompagnées du montant à M. C. Boulanger, administrateur du Concours Médical, 132, *faubourg St-Denis, Paris*.

« août 1849, cette disposition ne s'applique pas « aux médecins et chirurgiens des hôpitaux, qui « sont, chacun dans leur sphère, les véritables « chefs de leurs services, agissant pour le trai-« tement des malades avec la plus entière indé-« pendance et n'ont à recevoir, à ce point de vue, « ni ordres ni instructions de l'administration « de l'assistance publique ; ils ne sont point dès « lors les préposés de celle-ci, qui ne peut, par « suite, à titre de commettant, être déclarée « responsable de leurs actes (C. civ. art. 1384). »

Dans le même sens, trib. civ. Seine, 15 déc. 1900 (*Le Droit*, 16 déc. 1900 ; *Gaz. Gaz.* 1901, 1, 113).

Trib. civ. Seine (1° ch.) 6 juillet 1906, (S. 1907, 2, 22 ; *Gaz. Pal.* 1906, 2, 334 ; *Gaz. Trib.* 1907, 2, 7).

Cour de Bordeaux, 6 fév. 1900, (D. 1900, 2, 470 ; *Gaz. Trib.* 17 août 1900).

Cour de Paris, 6 mars 1905, (Rec. *Gaz. Trib.* 1905, 1er sem. 2, 443).

Mais, *en sens contraire*, il a été jugé que le « médecin, chef de service d'un hôpital, quelle « que soit sa haute situation, n'est que le pré-« posé de l'administration des hôpitaux et dès « lors, celle-ci est civilement responsable » : Trib. civ. Bordeaux, 22 juin 1898, (*Gaz. Trib.* 28 juin 1898 ; *La Loi*, 8 juillet 1898 ; *Le Droit*, 12 août 1898).

Dans certains cas particuliers, l'attribution de responsabilité est discutable. Ainsi, un chef de service accomplit ses fonctions d'une manière très irrégulière : il ne vient que rarement dans son service, examine ses malades d'une façon hâtive et abandonne presque complètement le traitement des malades à un élève, non docteur en médecine. L'administration de l'hôpital est-elle responsable des résultats, dommageables pour les malades, de pareilles négligences ? Oui, dit la jurisprudence, car l'administration doit exercer une surveillance, non pas technique et médicale, mais bien portant sur la présence des médecins, la régularité dans l'accomplissement de leurs fonctions, etc.

« Le fait, allégué par un malade, traité dans « un hôpital, que le médecin de l'établissement « l'aurait laissé plusieurs jours sans l'examiner, « ce qui aurait amené une aggravation de son « état et une ankylose de la jambe, demeurée « dans la même position depuis l'entrée à l'hô-« pital, constitue, non pas un manquement à « l'exercice technique de la médecine, que la « commission administrative de l'hôpital n'au-« rait pu ni complètement empêcher, ni même « critiquer, mais une négligence, dont une sur-« veillance plus vigilante de la commission admi-« nistrative aurait évité les conséquences. »

Dijon, 18 mars 1903 (D. 1904, 2, 134 ; S. 1906, 2, 17 ; *Gaz. Pal.* 1903, 1, 727).

Allant même plus loin, la décision suivante étend la responsabilité aux administrateurs eux-mêmes ; « Les personnes qui font partie de « l'administration d'un hospice sont respon-« sables civilement des dommages causés aux « malades, par tous ceux, médecins, infirmiers, « ou autres, que le règlement soumet à leur sur-« veillance. » (Cass. Italie, 10 déc. 1896, *Pand.* 1899, 5, 1,).

En tous cas, observons bien qu'il faut que la négligence du médecin fût de droit commun et non professionnelle. Serait débouté de sa demande envers la commission d'un hospice le malade qui prétendrait n'avoir pas reçu les soins nécessaires, ou qui se prétendrait victime du défaut de surveillance médicale du chef de service par rapport à ses élèves (Trib. civ. Seine, 15 déce. 1900, précité ; Trib. civ. Seine, 6 juillet 1906, précité).

Quant aux *internes des hôpitaux*, qui doit être rendu responsable de leurs fautes, commises dans l'exercice de leurs fonctions?

D'une manière générale, c'est l'administration hospitalière : « Les internes des hôpitaux, quoi-« que nommés au concours, sont les préposés « de l'administration des hospices et cette der-« nière est civilement responsable des fautes « qu'ils commettent dans l'exercice de leurs « fonctions. » Trib. civ. Marseille (2e ch.) 2 juin 1909, (Juris. civ. Marseille, 1909, 483).

Néanmoins, il convient de distinguer les cas professionnels, médicaux, pour lesquels l'administration est incompétente, alors que des ordres ont été donnés par le médecin, chef de service. Ce serait ce dernier qui aurait à répondre de la manière scientifique de traiter le malade, à moins qu'il n'y ait eu faute lourde, négligence grave, ou même impéritie de la part de l'interne.

Dr Paul Boudin.

AUTOMOBILISME PRATIQUE

I

Le véhicule médical en 1921...

IX

Nous disions dernièrement que certaines petites voiturettes de l'ancien temps à cadrans transversaux rendraient des points pour la suspension à beaucoup de voitures modernes ; mais qu'il y avait encore une grande amélioration si l'on supprimait la barre d'accouplement des roues qui subsiste sur ces vieux modèles comme sur les types modernes classiques qui ont adopté ce mode de transmission.

A ce propos, nous sommes obligé de prendre position dans une controverse parfois pénible qui s'est déroulée dernièrement dans deux jour-

naux médicaux assez répandus : un confrère, auquel nous rendons hommage pour sa compétence indiscutable en matière automobile, et dont nous partageons sur beaucoup de points les idées, a condamné catégoriquement et définitivement les cadrans transversaux ; c'est un anathème gros de conséquences, tout au moins pour les profanes — qui sont en majorité — habitués à suivre aveuglément les conseils de leur mentor, ce en quoi ils ont raison, car ses conseils sont fort justes, mais, pour une fois, savez-vous, nous sommes en conscience tenu de signaler l'inconvénient qu'il y a à rejeter tout de go ces cardans transversaux, car c'est le système employé pour les deux solutions extra-modernes qui, en matière de suspension, supplantent toutes les autres.

Notre confrère, dans son raisonnement, s'appuie surtout sur le fait qu'une grande maison a abandonné ce système ; qu'il est par conséquent moins bon que le classique ; le rendement serait aussi grandement affecté par suite des inclinaisons trop fortes imposées aux bras de cardans sur les mauvaises routes avec usure forcément rapide des articulations. — Tout le monde sait que les ménagères emploient beaucoup d'huile de coude et que les coureurs cyclistes s'usent prématurément les genoux...

Disons de suite que nous n'attachons pas grande importance au premier argument, car nous savons par expérience que les grandes maisons particulièrement se soucient fort peu du confort de leurs clients et que la mode, souvent aveugle,l'abaissement de leur prix de revient — mais non de vente — entrent pour beaucoup trop dans leurs conceptions. Un exemple typique est cette roue en tôle emboutie qu'on a mise à toutes les sauces ; bonne sur les poids lourds où la vitesse réduite et le poids suspendu considérable changent complètement l'aspect du problème, elle est franchement mauvaise pour le tourisme, surtout pour les voitures légères ; or, on continue à nous l imposer, parce que, évidemment, elle est bien moins chère (pour le constructeur),qu'elle évite l'effort de chercher un moyeu amovible et que le nettoyage en est facile.

Les bons gogos applaudissent et réclament à l'envi la roue *up to date*, sans laquelle la silhouette du véhicule moderne n'est plus possible ... et ainsi nous voyons de plus en plus des ressorts cassés, des ponts arrière défaillants, des roues voilées, des pneumatiques à la vie éphémère, sans compter le confortable moindre, la plus grande consommation d'essence, la résonnance énervante des tôles, la fatigue des engrenages du couple conique, mais qu'est-ce que tout cela, pensez donc, ça se lave si facilement !..

Eh bien, non ! puisqu'il s'agit de voiturette médicale, donc légère, nous la condamnons à notre tour dans ce cas particulier, parce que nous avons fait des expériences concluantes, contre lesquelles aucun argument d'ingénieur des plus grandes maisons ne saurait prévaloir.

Toute cette digression a pour but de combattre un raisonnement ,assez impressionnant en vérité, par le moyen d'une comparaison ; cependant, pour mettre la question au point, remarquons à nouveau qu'il est très possible que sur de grosses voitures de 1.500 à 2.000 kilos l'avantage des cardans transversaux ne soit pas très sensible, la différence des poids suspendus et non suspendus étant assez grande ; on s'explique donc à la rigueur que dans un but de simplification la solution ait été abandonnée de même que la roue tôle pleine adoptée pour ce type de voitures ; mais pour un véhicule médical qui devra rester bien au-dessous de ces poids, il faut admettre que les dispositifs optimum ne sont pas forcément les mêmes. C'est ainsi que nous avons déjà signalé sur la voiturette extra-légère à voie étroite et transmission classique l'avantage de la suppression du différentiel, suppression que nous condamnons naturellement dès qu'on arrive à un certain poids, 5 à 600 kgr. par exemple : de plus, si nous supprimons la barre d'accouplement des roues qui subsistait dans la grande firme citée, l'amélioration devient si nette qu'on s'aperçoit vite de l'inconvénient qu'il y a à condamner un mode de transmission dont on n'a pas pu apprécier sans doute les différentes solutions.

Par contre, nous ne nierons pas que,théoriquement du moins, le rendement des cardans sous forte inclinaison ne soit médiocre et que leur usure ne doive être rapide ; cependant il ne faut rien exagérer et nous connaissons des cardans transversaux qui ont plus de vingt mille kilomètres, c'est-à-dire deux ans de pratique médicale et qui iront plus loin, mais là comme partout, la qualité parle ainsi que le degré de protection ; exposés directement à la poussière, sans lubrifiant, les frottements sont des plus meurtriers ; rien d'étonnant dans ces conditions qu'on ait des déboires et que le rendement devienne déplorable ; les meilleurs roulements à bille subiraient les mêmes inconvénients si on ne les entourait pas de quelques précautions ; mais si le constructeur s'en donne un peu la peine, il arrive dans une grande mesure à mettre ces précieuses articulations à l'abri, de sorte que, pratiquement — et nous insistons sur ce mot qui est la directive de ces chroniques — l'entretien est minime et le rendement pas mauvais du tout.

Il y a près de quatre ans, nous circulions avec une voiturette munie de cardans transversaux dans un terrain épouvantable, à bonne allure, et ce avec un modeste mono de cinq chevaux ; évidemment ces résultats ne venaient pas des

cardans et *peut-être* aurions-nous obtenu mieux avec la transmission classique, mais dans cette période déjà difficile, on ne jugea pas à propos de démolir en quelques minutes une voiture honorablement connue qui donnait toute satisfaction sur très bonne route...

Hélas ! ces dernières sont devenues si rares qu'il faut se mettre au diapason, s'armer en conséquence et nous dirons pour la millième fois qu'il est lamentable de voir de luxueuses soixante HP se traîner à vingt-cinq à l'heure sous peine de bris de ressorts ou de ponts arrière, alors qu'il est possible à des voiturettes de cinq cents kilos de leur filer au nez à cinquante à l'heure sans rien casser.

Ce résultat suppose une tenue de route remarquable, donc une moindre usure de pneumatiques ; et que nous importe de remplacer tous les 20.000 kilomètres quatre cardans, si sur ce parcours nous économisons quatre bandages ; et ne comptez-vous pas pour rien le confortable et la moindre fatigue de tout le mécanisme ; que de réparations et de migraines évitées !

Quant au rendement global, nous prétendons qu'il est supérieur avec les cardans transversaux appliqués selon la bonne manière, car rien ne ralentit plus une voiture que les secousses et les embardées.

Si l'on a des ressorts appropriés au poids moyen transporté, et il est facile d'y arriver avec un système à boudin, les bras de cardans se trouveront sensiblement horizontaux en marche normale, d'où encore une grosse critique à supprimer.

Dans tout ceci, nous sommes entièrement d'accord avec les plus grands experts en mécanique qui commencent un peu partout à célébrer les vertus extraordinaires de deux voitures nouvelles à roues indépendantes qui ont, ironie du sort, des cardans transversaux à jamais enterrés par ailleurs... il s'agit sans doute de phœnix modern style qui savent fort bien s'adapter aux circonstances.

Remarquez qu'à la rigueur, dans ces solutions extraordinaires, on pourrait se passer de cardans et se servir de chaînes. Mais, ayant vu cette réalisation, nous savons qu'il serait difficile d'arriver à autant de souplesse ; si l'on ne veut pas voir la chaîne sauter et s'user prématurément, on est obligé de réduire l'amplitude des oscillations verticales, les axes de pivotement des bras de leviers des roues étant trop différents de celui des chaînes d'où tension et flottement exagérés de ces dernières, sans compter d'autres inconvénients.

Par contre, il y a plusieurs méthodes de disposer les cardans transversaux et les ressorts à boudin et les deux réalisations que nous connaissons se comportent bien ; leur description nous entraînerait trop loin ; peut-être aurons-nous ultérieurement l'occasion d'en reparler ; nous en avons déjà beaucup dit ; qu'on ne nous reproche pas cependant d'être trop partial — réflexion grosse de sous-entendus — nous avons fait au début les réserves suffisantes ; mais nous ne pouvions pas ignorer ce qui va apparaître demain une solution tant cherchée.

(*A suivre.*) Dr DE VAUBERCEY,
Miribel (Ain.)

II

Nous avons reçu la lettre suivante que nous nous empressons de publier.

Je vois avec étonnement, sur le *Concours médical* de ce jour, 20 février, une référence de moi que fait publier M. Gauthier, constructeur de l'Auto-Fauteuil à Blois.

La référence est exacte, mais je n'avais point autorisé M. Gauthier à publier mes lettres ; il me serait profondément désagréable, en effet, de passer pour un courtier complaisant d'une maison d'automobiles.

Comme je ne peux répondre personnellement à tous les confrères qui m'écrivent à ce sujet, c'est par la voie du *Concours médical* que je tiens à leur faire connaître mon appréciation sur la nouvelle voiturette Gauthier.

En 1916, aux prises avec les difficultés de réparations que me présentait une grande marque automobile dont j'étais client depuis 16 ans, je me suis mis en rapport avec M. Gauthier auquel j'ai acheté une moto-voiture d'occasion 5 HP monocylindrique qui m'a donné complète satisfaction par la souplesse de son moteur, l'infime entretien du mécanisme et le confortable d'une très ingénieuse suspension. Avec cette voiturette, j'ai eu les ennuis de la transmission par chaîne et les inconvénients des commandes par câbles, mais c'était pour moi un cycle-car pratique, supérieur à tout ce qui se faisait et dans les principes duquel j'avais remarqué l'acheminement d'une idée nouvelle vers un but déterminé que poursuivait et perfectionnerait l'inventeur pour arriver à la véritable solution de la voiturette de travail.

Quand j'ai su que M. Gauthier avait mis au point sa voiturette 8 HP monocylindrique, j'en ai immédiatement commandé une dont je me sers depuis six semaines.

Aujourd'hui, sur cette voiturette, je crois pouvoir donner utilement mon avis. Le bloc moteur possède la souplesse de marche et le son d'un 4 cylindres et permet le même ralenti en prise directe à 6 à l'heure. Il grimpe facilement les côtes de 6 à 8 % en prise directe, sans fatigue, ni trépidation, à tel point que des amis automobilistes ont été ébahis de découvrir un mono sous le capot.

L'accessibilité du groupe est telle que d'un seul

coup d'œil on embrasse toute la partie mécanique de la voiture enfermée dans un cadre d'aluminium facilement démontable soi-même sans le secours d'un garagiste.

Sa vitesse en palier atteint 50 km. à l'heure ; sa vitesse en côtes de 6 à 8 % avec descentes de même déclivité est de 36 km.

Arrêts compris et Dieu sait si un médecin en fait ! j'ai dépensé exactement 7 litres aux 100 km. dans un parcours demi-cotier par routes mauvaises et détrempées.

Ma dépense d'huile est d'environ 1 litre par 350 km. et celle de graissage insignifiante.

A l'heure actuelle, les médecins, devant les difficultés de l'existence et la cherté de la vie, ont besoin souvent de supprimer l'organisme inutile et dépenseur qu'est le chauffeur. : cette condition est réalisée avec la voiturette Gauthier dont l'entretien est peu pénible.

Toutes dépenses comptées : essence, huile, pneus, entretien général, impôts, assurances et amortissement, le km. peut revenir à 0 fr. 28.

Inutile de vous parler de la suspension Gauthier, nul ne peut l'apprécier s'il n'en a fait usage.

Dans un article du *Concours médical*, le Dr de Vaubercey (L'automobile médicale en 1921, numéro du 13 février) prétend que l'avenir de la voiture automobile en est à la suppression des essieux et des ponts, à l'indépendance absolue des 4 roues et que les ressorts doivent être règlables à volonté selon le poids, je suis complètement de son avis. Toutes ces conditions sont réalisées par la voiturette 8 HP Gauthier, qui présente des garanties de solidité de ressorts indiscutables.

La 5 HP possédait des ressorts gros comme un manche à balai et je n'ai jamais eu à m'en plaindre ; la 8 HP a des ressorts gros comme un bras ordinaire et la robustesse n'enlève rien à la souplesse.

Pour terminer, je puis certifier qu'on ne ressent nulle fatigue à la fin de sa journée, c'est la véritable Rolls Royce du Travail.

Dr Fié.

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations.

Décoration posthume. — M. le Dr Gairal, ancien président de l'Union des Syndicats médicaux, a été promu, à titre posthume, au grade d'Officier de la Légion d'Honneur.

Ses obsèques ont été célébrées solennellement mercredi dernier à Carignan, en présence des délégués de l'Union des Syndicats, de l'Association Générale des Médecins de France, du Concours Médical, etc.

— **Office public d'hygiène sociale.** — Le préventorium du Plessis-Robinson (Seine) établissement de l'Office, est réservé aux enfants, garçons et filles, d'âge scolaire.

Le poste de médecin-directeur de ce préventorium est vacant.

Messieurs les docteurs en médecine de nationalité française désirant poser leur candidature sont priés d'adresser, avant le 20 mars prochain, une demande, accompagnée d'un extrait de leurs titres, à Monsieur le préfet de la Seine (Office public d'hygiène sociale, 9, place de l'Hôtel de Ville.)

Les candidats devront indiquer exactement leur état-civil et leur situation de famille.

— **IIe Congrès international d'histoire de la médecine.** — Sous la présidence des professeurs Jeanselme et Ménétrier, le Congrès aura lieu du 1er au 15 juillet 1921, à la Faculté de médecine. Il comprendra trois sections : médecine, pharmacie, art vétérinaire.

Sont inscrits au programme : séances de communication le matin, conférences-promenades aux hôpitaux et musées l'après-midi, inauguration d'un musée d'histoire de la médecine et d'une exposition rétrospective médicale, excursion au château de Saint-Germain-en-Laye, réception à l'hôtel de ville.

Le bureau du Congrès prie vivement les confrères qui ont des pièces (instruments, médailles, gravures, tableaux, sculptures, livres, etc.) intéressant l'histoire médicale, de bien vouloir les prêter à l'exposition rétrospective temporaire.

Pour tous renseignements, s'adresser à M. Laignel-Lavastine, secrétaire général du Congrès, 12 *bis*, place de Laborde, Paris (VIIIe arrond.). Téléph. : Wagram 21-08.

— **L'exercice de la médecine par les médecins Alsaciens et Lorrains.** — Le Sénat a adopté le projet de loi, ayant pour but d'accorder le droit d'exercer la médecine et l'art dentaire, sur tout le territoire français, aux médecins et chirurgiens dentistes alsaciens-lorrains, pourvus de diplôme et reintégrés dans la nationalité française ou qui ont obtenu cette nationalité.

— **Le Congrès des aliénistes et neurologistes de France** et des pays de langue française se réunira cette année à Luxembourg du 1er au 6 août.

Questions à l'ordre du jour : 1° « La conscience de l'état mental chez les psychopathes. » Rapporteur : M. Logre.

2° « L'épilepsie traumatique. » Rapporteur M. P. Béhague.

3° « La simulation des maladies mentales » Rapporteur : M. Parot (d'Alger).

Le Directeur-Gérant : Dr Gassot.

Clermont (Oise). — Imprimerie DAIX et THIRON, Thiron et Franjou Successeurs.
Maison spéciale pour publications périodiques médicales

exact que j'aie pratiqué le cumul interdit par les article 13 et 14 du tarif.

Ainsi, pour le 10 novembre, la Compagnie d'assurances me dit « les trois abcès étant sur le même segment de membre, vous ne devez compter qu'une opération » ;

De même pour le 14 novembre, la Compagnie d'assurances me dit : « vous comptez un pansement au médius droit et une ouverture d'abcès à l'index droit, comme il s'agit d'un même segment de membre, vous ne devez compter qu'une intervention » ;

De même pour les 11, 12, 13, 15, 16, 18 novembre, la Compagnie d'assurances me dit : « vous comptez deux pansements chaque fois, or ces pansements ont été faits le même jour, vous ne devez compter qu'un pansement. »

Je vous serais reconnaissant de vouloir bien me dire si cette interprétation du tarif Breton, donnée par la Compagnie d'assurances, est celle qui doit être admise, ou bien au contraire, si c'est celle que j'ai appliquée.

Enfin, s'il en est une troisième, la vôtre, à laquelle je me rangerai, veuillez me le faire savoir.

Dr L.

Réponse.

1° En vous disant, à propos de 3 abcès superficiels à l'auriculaire, pouce et index de la main gauche, que « les trois abcès étant sur le même segment de membre, vous ne devez compter qu'une opération », l'assurance confond *intervention* et *pansement*. Il est facile de s'en assurer en lisant l'art. 14, qui dit : « Dans le cas de blessures multiples, hors le cas prévu de pansements sur un même segment de membre, les soins donnés sont tarifés pour *chacun* des pansements ou chacune des interventions, etc. ». Il n'est nullement parlé ici des interventions sur même segment de membre. Le « cas prévu » rappelé se trouve Art. 17, alinéa 5 et on n'y parle également que de pansements.

2° Le 14 novembre vous avez droit à deux pansements puisqu'ils sont à deux mains différentes (ce qui n'est pas le même segment), plus, naturellement l'ouverture d'abcès superficiel.

3° Pour même raison, vous pouvez compter deux pansements du 11 au 18 novembre.

Dr F. DECOURT.

NOTES DE PRATIQUE QUOTIDIENNE

De l'isolement fonctionnel, systématique, des organes des sens, mis au service de la clinique,

Par le Dr Ed. CROUZEL, Le Buisson (Dordogne).

Chacun a pu remarquer que, lorsqu'il est distrait, c'est-à-dire lorsque l'attention est égarée

involontairement, dans le vague, en dehors de ce qui se passe autour de soi, ce qui est susceptible d'être perçu par l'un ou plusieurs de nos organes des sens peut nous échapper totalement ou en partie par une sorte d'obnubilation.

Il apparaît, *à priori*, que l'appel de la volonté au fonctionnement d'un organe des sens donné produit un effet variable, selon que les autres sens sont tenus à l'écart de cette sollicitation, ou si la sommation est divisée à plusieurs de ceux-ci ou même à leur ensemble. L'influx nerveux est ainsi canalisé dans un sens unique, sans dérivation, ou bien il est lancé dans plusieurs directions, en pomme d'arrosoir, à la faveur des plexus nerveux, d'où concentration ou division de l'intensité totale libérée par l'encéphale.

On sait que les neurones sont considérés comme des sortes de réseaux télégraphiques dont les fils sont constitués par les cylindraxes des cellules, sous forme de nerfs, les poteaux par la névroglie, et les stations par les ganglions nerveux et par l'agglomération des cellules du centre du cerveau,. Dans cette hypothèse, chaque organe des sens est considéré ocmme le point terminus de l'intensité de l'effort nerveux développé. Cette vision théorique est susceptible d'être matérialisée, réalisée et vérifiée par l'expérience. Ainsi, considérons par exemple le sens de l'*ouïe*. Produisons ou observons un bruit d'*intensité* et de *timbre* permanents. Nous le percevons d'autant plus distinctement que notre attention sera concentrée *uniquement* sur cette manifestation physique ; c'est-à-dire que les autres organes des sens seront mis au repos, par une volonté impérieuse et soutenue, provoquant une sorte d'inhibition. On voit, tout de suite les heureux résultats dont on peut faire bénéficier l'auscultation, la *percussion* ou la *palpation* du cœur et du poumon. Les diverses investigations cliniques (analyse et synthèse) effectuées à l'aide de nos sens sont ainsi rendues plus faciles et plus précises par l'application systématique de ce principe général d'isolement fonctionnel des organes des sens mis en œuvre, et par intensification réactionnelle de ceux-ci avec suspension temporaire de l'activité des autres sens, momentanément inutilisés et soustraits aux impressions de voisinage, de contact, d'affinité, de suggestion ou d'influence impondérable ou imprévue de l'organe des sens en activité.

J'ai établi (*De la suppléance cérébrale, dans la cécité accidentelle, Concours médical* du 3 août 1919) que les organes des sens sont susceptibles de bénéficier de la carence fonctionnelle (objective ou subjective) d'un ou plusieurs autres organes des sens. C'est ici le cas d'appliquer ce principe dans un but d'observation clinique. Il est rationnel d'admettre que le coefficient du

rendement physiologique d'un organe des sens est fonction de l'intégrité de cet organe et dépend aussi du voisinage et des rapports des noyaux d'origine des nerfs (sensitifs, moteurs, mixtes) qui commandent celui-ci et les territoires qui en dépendent.

Donc, lorsque vous auscultez un cœur ou un poumon, fermez les yeux, cessez de respirer, du moins par le nez, pour éviter les sensations olfactives ; appliquez la face palmaire de la main sur l'épaule, ou un autre plan résistant, immobile, et non, par exemple, sur le thorax, pour éviter la perception tactile des vibrations et des mouvements de celui-ci. De même, il faut mettre au repos tous les autres organes des sens et suspendre leur solidarité fonctionnelle habituelle, lorsqu'il s'agit de mettre en œuvre l'un de ceux-ci dans un but déterminé et pour en obtenir le maximum de rendement, quant à la précision des données scientifiques.

CLIMATOLOGIE

A propos de la Côte d'Azur.

Je réponds avec un peu de retard, dont je m'excuse, à la note parue, sous la rubrique *Climatologie*, dans votre numéro 9 du 27 février 1921, dans laquelle le Dr La Bonnardière, d'Hyères écrit :

« Enfin je voudrais souligner surtout la limitation très nette de la zone dangereuse pour les tuberculoses pulmonaires, c'est-à-dire le littoral s'étendant de Saint-Raphaël à Menton et même breaucoup plus à l'est... »

Or, ceux qui l'ont visitée, cette région dangereuse, savent que nous avons ici une gamme de stations variées aussi bien par l'altitude (de 0 à 1500 m) que par leur éloignement de la mer (de 0 à 50 km), stations aussi « millénaires » qu'Hyères (Antibes, Nice, Monaco, Cimiez, La Turbie, Peira Cava) protégées du mistral (le seul vent qui est à craindre ici, et qui ne vient pas des Alpes, mais de la vallée du Rhône), par plusieurs chaines de montagnes, ainsi qu'on peut s'en rendre compte par la simple vue d'une carte physique de la France. J'ajoute que, dans cette région, vivent très nombreux, en particulier dans la profession médicale, d'anciens malades guéris ; c'est un fait bien connu.

On fait à l'heure actuelle, contre la Riviera, une campagne dont nous n'avons pas encore pu discerner les mobiles. Nous répondrons en bloc et avantageusement, je l'espère, à nos détracteurs mais en attendant, je vous serais reconnaissant de bien vouloir publier ma lettre.

Dr DESTRÉS (Nice).

DOCUMENTS OFFICIELS

A L'OFFICIEL

L'imputation des taxes sur les autos sur les dommages de guerre.

7570. — M. Lemire (Nord), député, demande à M. le Ministre des Finances si un propriétaire d'auto, sinistré de guerre, peut imputer la taxe sur automobile, à valoir sur sa créance de dommages de guerre, et comment il pourra établir cette exception de payement vis-à-vis des agents des contributions indirectes. (*Question du* 17-2-1921).

Réponse. — L'administration s'abstient, pour le moment, d'exercer des poursuites contre les sinistrés propriétaires d'automobiles, autres que les entrepreneurs utilisant leurs véhicules à des transports publics, lorsqu'ils demandent l'imputation sur leur indemnité de dommages de guerre, des droits dont ils sont redevables en vertu de l'article 100 de la loi du 25 juin 1920. Dans les cas de l'espèce, les permis de circulation sont annotés d'une mention précisant que le recouvrement est provisoirement suspendu. Une solution définitive est subordonnée au vote d'un projet de loi qui est en préparation pour régler les conditions d'application de l'article 46, paragraphe 9 de la loi du 17 avril 1919.

(*J. O.*, 11 mars 1921).

Les autos qui ne circulent pas ne sont pas soumises à la taxe.

I

7455. — M. Blanquet, député, demande à M. le Ministre des Finances s'il est possible, lorsqu'un propriétaire de plusieurs voitures automobiles déclare n'en mettre qu'une seule en circulation et conduite exclusivement par lui-même, de calculer l'impôt sur la voiture la plus forte à l'exclusion des autres voitures. (*Question du* 15 *février* 1921).

Réponse. — Sous le régime institué par la loi du 25 juin 1920, l'impôt n'atteint les automobiles qu'à l'occasion de leur mise en circulation. Par conséquent, une voiture qui ne sort pas du garage échappe au payement des droits pendant les périodes trimestrielles où elle est immobilisée si, toutefois, son propriétaire a souscrit à la recette buraliste les déclarations utiles. Mais le possesseur de plusieurs automobiles mises alternativement en service, dans le même trimestre, doit être muni d'un permis et acquitter les taxes pour chacune d'elles.

(*J. O.*, 16 *mars* 1921)

II

7768. — M. Lamy, député, demande à M. le ministre des finances si une voiture automobile n'est pas soumise à la taxe pendant le temps qu'elle ne circule pas, moyennant le dépôt du permis de circulation à la recette qui l'a délivré. (*Question du* 26 *février* 1921.)

Réponse. — Réponse affirmative. Il convient, toutefois, de remarquer que les droits étant exigibles par trimestre et d'avance, l'exemption d'impôt n'est acquise que si l'automobile demeure immobilisée pendant toute la durée d'un trimestre.

(*J. O.*, 16 *mars* 1921).

Les prestations restent dues sur les autos.

4103. — M. Raynald, sénateur, demande à M. le ministre des finances si le fonds commun à répartir entre les départements et les communes, organisé par la loi du 25 juin 1920, et constitué par une partie des droits sur les automobiles n'est pas destiné à remplacer les prestations qui disparaissent de plein droit en ce qui concerne les automobiles. (*Question du* 5 *novembre* 1920.)

Réponse. — La loi du 25 juin 1920, ayant simplement transformé en impôt indirect la taxe directe précédemment perçue au profit de l'État sur les voitures automobiles, ces véhicules continuent à être passibles, dans les mêmes conditions que par le passé, de la taxe des prestations établie pour le compte des communes. Le produit du fonds commun institué par l'article 100 de ladite loi est d'ailleurs réservé aux départements.

(*J. O.*, 11 *mars* 1921.)

Les diplômes de sage-femme de 2e classe délivrés depuis la suppression de cette classe.

7608. — M. Delory, député, demande à M. le ministre de l'instruction publique : 1° comment il se fait que trois mois après la promulgation de la loi du 5 août 1916 (*Journal officiel*, 6 août 1916) supprimant les diplômes de sage-femme de 2e classe, un diplôme de cette catégorie ait pu être délivré ; 2° s'il n'y a pas lieu d'attacher à ce diplôme, soi-disant de 2e classe, les mêmes prérogatives qu'au diplôme de sage-femme tel que l'instituait la loi du 5 août 1916. (*Question du* 18 *février* 1921.)

Réponse. — Le décret du 9 janvier 1917, pris en exécution de la loi du 5 août 1916, a autorisé les élèves qui avaient, antérieurement à la promulgation de la loi précitée, commencé leur scolarité en vue du diplôme de sage-femme de 2e classe, à poursuivre leurs études en vue de ce dernier titre. Le diplôme ainsi obtenu ne donne droit à exercer la profession de sage-femme que dans le département pour lequel il a été délivré.

(*J. O.*, 16 *mars* 1921.)

Sur l'application de la qualification de « mutilé ».

5427. — M. Georges Ancel, député, demande à M. le ministre de la guerre si, d'après son contentieux, la qualification de « mutilé » est réservée aux seuls amputés, ou si, au contraire, elle ne doit pas s'étendre à tous les militaires blessés, qui, sans avoir subi d'amputation proprement dite, éprouvent, du fait de leurs blessures, une impotence fonctionnelle sérieuse et une réduction de capacité appréciable- (*Question du* 16 *novembre* 1920).

2e *réponse.* — Le législateur n'a généralement pas différencié les significations des divers termes de « invalides », « mutilés », « grands blessés », qui ont été employées dans la réglementation des pensions d'une manière interchangeable et sont considérés comme équivalents. La qualification de « mutilé » s'applique non seulement aux amputés proprements dits, mais également aux blessés qui ont une invalidité définitive, comportant dans certaines conditions une diminution effective de leurs moyens physiques, sauf toutefois dans les cas prévus à l'article 14, paragraphe 5, de la loi du 31 mars 1919, où l'extension du droit à réversion ne joue qu'en faveur des mutilés, *stricto sensu*, atteints d'une invalidité égale ou supérieure à 80 p. 100.

(*J. O.*, 12 *mars* 1921).

La limite d'âge des médecin des asiles.

Décret du 1er mars 1921.

La limite d'âge des fonctions de médecin des asiles publics d'aliénés est fixée à soixante-cinq ans. (*J. O.*, 15 *mars* 1921.)

Le VIN GIRARD

IODOTANNIQUE PHOSPHATÉ

SUCCÉDANÉ DE L'HUILE DE FOIE DE MORUE

est le véritable

SPÉCIFIQUE DU LYMPHATISME

chez les Enfants et les Adultes

Le **VIN GIRARD,** de l'aveu des milliers de praticiens qui le prescrivent journellement, est un des modes d'administration de l'iode les plus parfaits. L'iode, en combinaison avec le tanin, est facilement assimilable, très actif, et n'occasionne *jamais ni irritation* des voies digestives, ni accidents d'iodisme. D'un dosage rigoureux, d'une conservation parfaite, le **VIN GIRARD** est, de plus, d'un goût fort agréable et toujours pris avec plaisir.

Sa haute teneur en lacto-phosphate de chaux lui permet de lutter contre cette déminéralisation de l'organisme, dont le professeur ROBIN a montré le rôle prédisposant à la tuberculose.

LYMPHATISME, MALADIES DE POITRINE

ENGORGEMENTS GANGLIONNAIRES

TUBERCULOSE



UN VERRE A MADÈRE
AVANT LE REPAS

VIN GIRARD

48, Rue d'Alésia, PARIS

QUARANTE-TROISIÈME ANNÉE — N° 14 — DIMANCHE 3 AVRIL 1921

Fondé en 1879 par Auguste CÉZILLY
Rédigé et dirigé par H. JEANNE (1900-1914),

LE CONCOURS MÉDICAL

ORGANE HEBDOMADAIRE DES PRATICIENS

Groupés dans la Société « **Le CONCOURS MÉDICAL** » et ses *Filiales*

ADMINISTRATION & PUBLICITÉ

C. BOULANGER, ADMINISTRATEUR

ABONNEMENTS :

France	24 fr.
Étranger	28 »
Étudiants (*France*)	12 »
Le numéro	50 cent.

Chèques Postaux Paris 167-95

DIRECTION

MM. les Drs A. GASSOT, *Directeur*; A. MAURAT ; H. CEZILLY ; J. NOIR ; P. BOUDIN docteur en droit ; M. VIMONT; G. DUCHESNE.

MM. P. CEZILLY, J. DUMESNY, licenciés en droit ; C. BOULANGER.

RÉDACTION

Dr J. NOIR, RÉDACTEUR EN CHEF

Drs P. LACROIX et G. DUCHESNE SECRÉTAIRES DE LA RÉDACTION

N.-B. — Les manuscrits, publiés ou non, ne sont pas rendus.

Rédaction et Administration : 132, rue du Faubourg St-Denis, PARIS (10e). Téléphone : Nord 48-17

// LE CONCOURS MÉDICAL
GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

Office de Renseignements du « Concours »

Membres du Concours exerçant dans les stations hivernales

Nous rappelons à nos adhérents qu'il y a lieu de nous informer chaque année de leur désir de voir figurer leur nom sur cette liste.

MM. les docteurs :

Alger : Picard.
Antibes : Ribes.
Arcachon : Cazaban.
Arguel (Doubs) : H. et J. Bon.
Bandol : Marçon.
Beaulieu : Ricoux, Bertier.
Beausoleil : Audoly, Pizard,
Biarritz : Berne, Clavel Pierre.
Cambo-les-Bains : Colbert, Hamant.
Cannes : Abadie, Argueyrolles. Baradat, Bayle, Caruette, Fournier, Kent-Gazet, Verdalle.
Cannet (Le), près Cannes : Comoy, Oudaille.
Cap-d'Ail : Lyons.
Chambon-de-Tence (Le) : Riou.
Fréjus : Turcan.
Grasse : Bossuet, Durond, Perrimond.
Hyères : La Bonnardière, Mauranges, Minelle, Pierrhugues, Vidal.
Juan-les-Pins-Antibes : Stef.
La Seyne : Grandjeau J. M., Jaubert.
Menton : P. de Langenhagen.
Monaco : Jolivot.
Monte-Carlo : Vivant, Alfonsi.
Nice : Ardoin, Baillon, Pr S. Baudry (*oculiste*), Cauvin, Constant, Delocque-Fourcaud, Dormoy, Gaudichon (*oto-laryng.*) Gruzu, Henry (*Rayons X*), Larue, Leriche Emile, Liotard, Noble J., Piétri, Sorel (*gyn. chir.*), Stefani.
Oran : Paire.
Pau : Bajac, Carcy.
St-Raphaël-Valescure : Caldaguès, Vadon.
Toulon : Pignet (*urol. derm.*), Regnault (*chir., gyn., orth.*).

DON. — Nous avons reçu à titre de don à la Société civile du *Concours médical*, de MM. les docteurs Verron, de Cérizay (Deux-Sèvres) et Thuillié, de Berthenonville (Eure), la somme de vingt francs pour bons offices du journal.

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum, aux* « demandes et offres ».

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne, qui est versé dans la caisse de la Société civile du Concours Médical). *Adresser un mandat ou mieux verser au compte de chèques postaux,* Concours Médical, *Paris 167-95.*

Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse.**

N° 143. — Jeune médecin, 39 ans, actif, marié, sans enfants, cherche situation médicale ou paramédicale à Paris, comportant logement.

N° 144. — A Merlimont-Plage, 5 kil. et climat de Berck, chalet 6 chambres, 9 lits, eau de source, gaz, téléphone, à louer 2.800 fr. pour la saison. Dr Audy, Senlis (Oise).

N° 145. — Docteur demande situation dans clinique, Paris ou banlieue immédiate.

N° 146. — Veuve, 40 ans, ancien. infirm., cherche place gardienne ou concierge, œuvre quelconque à la campagne, au pair, à condition de garder avec elle son enfant de 5 ans. Dr Ciuciu, Sevran (Seine-et-Oise).

N° 147. — A céder, raison de santé, dans chef-lieu de canton centre Bretagne, clientèle 40.000 fr. environ. Maison avec dépendances.

N° 148. — A vendre, 1 voiture automobile Vinot-Deguingnaud 1914, 12 HP., conduite intérieure, 1 places et strapontin, complètement revue à l'usine en octobre dernier, intérieur refait ; 11.000 fr. Drouet, 37, rue de Marly, à Rueil (S.-et-Oise).

CORRESPONDANCE

A propos de certificats exempts de timbre.

Le *Concours médical* récemment parlait de la question des certificats de maladie pour contributions indirectes et postes (agents du service actif) sur papier libre.

On lit précisément dans le *Manuel Encyclopédique* des contributions indirectes et des octrois, par Louis Fourcade, 4e édition, librairie administrative P. Oudin, 1914, Poitiers :

« Tous les 20 jours, les employés malades, soit à leur résidence, soit au dehors, doivent justifier de leur situation au moyen de certificats médicaux établis sur *papier libre* (circul. n° 5 du 11 mai 1854, loi du 29 mars 1897, art. 4 et circul. n° 206, du 7 avril 1898).

Dr M.

Réponse

L'article 4 de la loi du 29 mars 1897 exempte de timbre « les certificats de maladie délivrés par les médecins non assermentés, quand ces documents concernent des agents accomplissant un service actif de l'État. »

Ces certificats figurent d'ailleurs dans la liste des certificats exempts de timbre qu'ont publiée les diverses éditions de notre Agenda-Memento.

La circulaire visée dans l'extrait que vous nous signalez a sans doute eu notamment pour but de porter à la connaissance des agents du fisc, la disposition de la loi du 29 mars 1897.

Sanatorium pour les lésions laryngées.

En réponse à la demande de renseignements (page 718 du *Concours médical*) au sujet d'un sanatorium payant spécialisé pour les lésions bacillaires laryngées et pulmonaires, je signale le sanatorium des Pins, à Lamotte-Beuvron, (L.-et-Ch.) où fonctionne un service special de laryngologie, dans lequel toutes les ressources actuelles de la thérapeutique (médicale, chirurgicale, héliothérapique et climatothérapique) sont mises en œuvre.

Dr Legourd.

Le choix du radiographe dans les accidents du travail.

Je vous serais très obligé de me fournir si possible le renseignement suivant :

Je demande il y a quelques jours à une Compagnie d'assurances l'autorisation de faire faire une radio-

graphie du pied, craignant une fracture de métatarsien, suite d'accident du travail. La Compagnie me répond qu'elle autorise cette radiographie en me priant de la faire faire par le Dr X. Suis-je tenu de m'adresser à ce docteur ou puis-je passer outre et m'adresser au confrère qui travaille habituellement pour moi ?

Dr F.

Réponse.

Pourvu de l'autorisation du patron ou de l'assurance, le médecin traitant est en droit absolu de s'adresser au radiologiste qu'il aura choisi, de concert avec le blessé, le dit radiologiste devant naturellement ne se faire régler que d'après le tarif Breton et non suivant ses prix habituels de clientèle.

Dr F. Decourt.

Prorogation de bail.

Les Chambres viennent d'apporter à la loi sur la prorogation des loyers des modifications que je n'ai pas bien comprises. D'autre part, j'ai vent que mon propriétaire parle d'augmenter mon loyer, copieusement. Pourriez-vous me fixer sur ma situation ?

Mon loyer finissait le 31 décembre 1920, mais usant de la loi de 1918, j'ai fait en 1920, en temps voulu, par ministère d'huissier, signification à mon propriétaire que j'entendais bénéficier de la loi qui m'accordait une prolongation de bail egale à la durée des hostilités, je suis donc resté dans ma maison où j'exerce ma profession. Est-ce que la nouvelle loi donne à mon propriétaire le droit de m'augmenter de x pour cent ? Ou bien au contraire puis-je être tranquille et continuer à user de mon habitation au prix d'avant-guerre jusqu'au terme de la prolongation accordée par la loi de 1918 ?

Dr X.

Réponse

La loi du 1er mars 1921 n'a rien changé aux lois antérieures sur les loyers, et les locataires qui avaient droit, en vertu de ces lois, à une prorogation, ont conservé ce droit s'ils ont accompli, en temps utile, les formalités prescrites par elles, c'est-à-dire s'ils ont fait procéder en temps voulu à la notification, par ministère d'huissier, de leur intention de bénéficier de la prorogation.

En ce qui vous concerne, puisque vous avez fait en temps voulu, c'est-à-dire plus de trois mois avant l'expiration de votre bail, la notification légale, vous avez droit à la prorogation de la durée des hostilités, comme exerçant votre profession dans les locaux loués, et ce à compter de l'expiration de votre bail.

Pendant toute la durée de cette prorogation, votre propriétaire n'a pas le droit d'augmenter votre loyer, ni de modifier les conditions du bail primitif.

Examen d'un blessé du travail en vue de la révision.

Un agent d'assurances me prie d'examiner un ouvrier qui a été blessé il y a 3 ans et qui touche une rente de 65 francs par an, afin de savoir si son état ne s'est pas amélioré et si on ne doit pas diminuer le taux de la rente qui lui est allouée.

Veuillez, s'il vous plaît, me faire connaître le prix du certificat que j'ai établi, car sur le tarif Breton il n'est pas question d'expertises et sans être désigné par le tribunal, il me semble cependant que j'ai établi un certificat d'expertise.

Dr M.

Réponse.

L'examen d'un pensionné du travail en vue de la révision de sa rente, et le rapport qui le suit, ne sont soumis à aucune tarification légale et ne relèvent pas du tarif Breton.

D'ailleurs, ils n'en sauraient relever, le médecin, dans ce cas, étant toujours choisi par la Compagnie, et non par le blessé.

Vous pouvez donc demander le prix qui vous semble rémunérer légitimement le travail que vous avez fait.

A défaut d'indication spéciale sur votre tarif local, vous pourriez compter comme s'il s'agissait d'une expertise en matière civile. Actuellement, comme il n'y a plus de tarif officiel pour ces expertises, la nouvelle réglementation consistant à s'en rapporter, pour la fixation des honoraires de l'expert, au juge taxateur, vous pourriez compter suivant l'ancien tarif, en doublant, à cause de la vie chère, le prix des vacations, et en le portant de 6 à 12 francs.

La délivrance de certificats de décès est-elle obligatoire pour le médecin ?

Dans une localité où il n'y a aucun médecin spécialement choisi pour l'état-civil, les praticiens sont-ils obligés de délivrer, à la demande de la mairie, après chaque décès, un certificat indiquant la nature de la maladie qui a entraîné la mort ?

Dr L.

Réponse.

L'article 77 du Code civil prescrit qu' « aucune inhumation ne sera faite, sans une autori- « sation, sur papier libre et sans frais, *de l'offi-*

BAUME SÉLÉNIA

« *cier de l'état-civil,* qui ne pourra la délivrer « qu'après s'être transporté auprès de la per- « sonne décédée, pour s'assurer du décès ».

Par conséquent ce service de constatation des décès incombe complètement aux maires et non aux médecins. Ces derniers sont absolument libres de se refuser à faire le constat d'un décès ou le certificat.

Mais, depuis longtemps, les maires des grandes villes se sont soustraits à cette obligation et ont confié aux hommes de l'art le soin de constater les décès.

A Paris, le service de la vérification des décès est règlementé par les arrêtés préfectoraux du 21 vendémiaire an IX et par celui du 31 décembre 1821.

Pour les départements, une circulaire du ministre de l'intérieur, en date du 24 décembre 1866, prescrit aux maires de désigner un ou plusieurs docteurs, chargés de vérifier les décès et d'en déterminer la cause.

Deux problèmes se posent :

1° Un médecin peut-il être requis, alors qu'il se refuserait à constater un décès, ou à délivrer un certificat ? Non, sauf les cas exceptionnels de calamité publique, ou de présomption de crime. Dans ces cas, le médecin requis le serait comme expert criminel et non plus comme auxiliaire de l'officier de l'état-civil.

2° Le médecin, qui a donné ses soins pendant la dernière maladie, peut-il se refuser à délivrer un certificat de décès, en se retranchant derrière le secret professionnel ?

Oui, parce que les termes de l'article 378 du Code pénal sont impératifs et très précis : le médecin ne saurait se soustraire à l'obligation du silence.

C'est pour cette raison que, dans les très grandes villes, les fonctions de médecin de l'état-civil sont réservées aux médecins âgés, ne faisant plus de clientèle ou n'ayant que peu de clients.

Mais, dans les localités secondaires, où les docteurs sont en petit nombre, il arrive que le médecin de l'état-civil doit contrôler les décès dans sa propre clientèle. Notre confrère serait, à notre sens, fort bien inspiré, en déclarant au maire, lors de sa nomination comme médecin de l'état-civil que, pour les décès dans sa propre clientèle, les vérifications et certificats devraient être faits par un autre confrère, à cause du secret professionnel.

Conclusion, dans votre cas particulier, vous pouvez vous refuser à constater et à certifier les décès.

Dr Paul BOUDIN.

(Voir la suite page XXXV-997)


ΙΟΔΟΓΕΝΟΛ
ΠΕΠΙΝ
RENÉ VINCENT
DRAEGER

PROPOS DU JOUR

La translation des cendres du Dr Jules Gairal à Carignan.
L'apothéose du premier Praticien de France mort pour la Patrie.

Tous les médecins praticiens savent qu'en octobre 1916, les Allemands emmenèrent en captivité à Celle Schloss, dans le Hanovre, le meilleur de nos chefs et de nos amis, notre vénéré président, le Dr Jules Gairal.

Un des premiers fidèles et des meilleurs conseillers du *Concours médical*, président de l'Union des Syndicats médicaux de France, vice-président de l'Association générale, président d'honneur de notre Mutualité familiale, représentant élu de nos syndicats au Conseil supérieur de la Mutualité, président de tous nos congrès professionnels, dont il dirigea les débats avec une maîtrise sans pareille, le Dr Jules Gairal a été incontestablement, parmi les médecins praticiens, la plus haute personnalité et le confrère le plus populaire, le plus écouté, le plus aimé du corps médical français.

Maire de Carignan, dans les Ardennes, conseiller général, le Dr Gairal resta à son poste lors de l'invasion. Avec la belle et loyale énergie que nous lui avons tous connue, il tint tête aux exigences de la soldatesque allemande et subit, sans perdre son sang-froid ni son énergie, toutes les brutalités des autorités tudesques.

Emmené en captivité dans le Hanovre, ce vieillard ne put supporter les privations et les persécutions raffinées que les Allemands savaient, avec une habileté diabolique, mettre en œuvre pour user les meilleures santés et déprimer les volontés les plus énergiques.

Le courage du Dr Gairal ne faiblit jamais, mais ses forces de septuagénaire ne purent résister au régime que lui imposèrent pendant six mois ses tortionnaires.

Il mourut le 15 mars 1917.

Dès la signature de l'armistice, la noble femme qui fut la fidèle compagne de sa vie et nos deux confrères les Drs Simon, de Reims, et Guerbé, de Carignan, ses gendres, multiplièrent les démarches pour arracher à la terre ennemie les dépouilles du héros et du martyr. Ils se butèrent à l'incurie des administrations françaises et à l'indifférence des autorités allemandes.

Après de longs mois, leurs efforts finirent par être couronnés de succès, et Mme Gairal et les siens purent enfin récemment ramener de Celle à Carignan le cercueil du Dr Gairal qui reposera désormais en terre française.

La translation des cendres, nous allions dire des reliques, du Dr Gairal, donnèrent lieu, le mercredi 23 mars, à Carignan, à une imposante cérémonie à laquelle nous avons assisté comme délégué du *Concours médical* et ancien ami et intime collaborateur de notre vénéré président.

***

Ce ne furent pas des obsèques. Ce fut une apothéose.

Dès le lever du jour, les délégations et la population entière se pressaient sur la vaste place qui sépare la demeure du Dr Gairal de l'église de Carignan.

La municipalité de la ville avait eu la délicate inspiration de faire apposer sur la maison mortuaire, durant la nuit, à l'insu de la famille une plaque de marbre blanc où le nom de Gairal, suivi de la mention de ses services, de sa captivité et de sa mort, commémorera aux générations futures celui qui doit leur servir d'exemple et exciter leur respectueuse admiration.

D'ailleurs, à l'église même, le Dr Gairal *ouvre* le premier la liste des cinquante citoyens de Carignan, morts pour la France au cours de la terrible guerre, dont les noms sont gravés en or sur une table de marbre.

A 9 heures 1/2, le cercueil, couvert de couronnes et de fleurs, fut porté à bras à l'église voisine, suivi de la famille, des autorités, des délégations sans nombre au milieu d'une foule compacte et recueillie.

Parmi les délégations, la plus importante était la délégation médicale composée du Dr Bellencontre, président de l'Association générale des médecins de France, des Drs Decourt, vice-président, et Quivy, secrétaire général de l'Union des Syndicats médicaux de France, des Drs Vimont et Noir, du *Concours médical.*

A cette délégation, venue de Paris, qui avait

déposé sur le cercueil une grande palme de bronze portant l'inscription :

LES MÉDECINS PRATICIENS
AU PRÉSIDENT GAIRAL,

s'étaient joints les confrères délégués par les sociétés médicales ardennaises, le Dr Pillière, président de la société locale des Ardennes, le Dr Rozoy, secrétaire de la Fédération départementale des Syndicats ardennais, le Dr Lapierre, président du Syndicat médical de Sedan.

Les sociétés des anciens combattants avec leurs drapeaux frémissants, les sociétés mutuelles de la région aux bannières richement brodées, précédées par la fanfare municipale, donnaient au cortège une note pittoresque.

La vieille église, insuffisante à contenir le quart des assistants, fut en un instant envahie et la cérémonie religieuse se termina par une oraison funèbre d'une éloquence sobre, pleine de tact et d'émotion, que prononça en chaire M. le curé de Carignan.

Puis par un soleil éclatant et sous un ciel d'une pureté absolue, le cortège prit la direction du cimetière.

La foule immense, respectueuse et recueillie, suivait le corbillard aux chevaux caparaçonnés, cherchant à s'en rapprocher le plus possible dans un désordre silencieux et émouvant.

Devant la porte du champ de repos, la famille et les délégations se rangèrent en cercle autour du cercueil et chacun vint à son tour rendre hommage au héros et au martyr.

Ce fut d'abord M. Turquet, maire de Carignan, qui rappela tout ce que devait la commune au Dr Gairal, son ancien maire, et annonça qu'une des principales places de la ville porterait le nom de « Place du Dr Jules-Gairal. »

Vint ensuite M. le sous-préfet de Sedan qui, au nom du gouvernement de la République. déposa sur le cercueil la croix d'officier de la Légion d'honneur. M. le sénateur Charpentier parla au nom du Conseil général des Ardennes, où Gairal rendit tant de services comme rapporteur du budget départemental.

Puis vint la série médicale. Decourt, vice-président de l'Union des Syndicats médicaux, prononça l'éloquent discours suivant :

« Au nom de l'Union des Syndicats médicaux de France, qui groupe aujourd'hui près de quinze mille praticiens, nous venons ici rendre un dernier hommage à notre vénéré président le Dr GAIRAL, qui fut à notre tête depuis 1903 jusqu'à ce que l'agression allemande fût venue brusquement l'arracher à nos réunions corporatives.

Nous pensions alors que cette séparation ne serait que provisoire, mais notre espoir devait être cruellement déçu. Resté dans les pays envahis, fidèle à son double poste de médecin et de premier magistrat de la commune, notre cher Gairal ne pouvait que se consacrer, de tout son esprit et de tout son cœur, à ses multiples fonctions. Nous le savions et ce fut une grande joie pour nous quand, au cours de la guerre, nous eûmes l'occasion d'avoir de ses nouvelles, quoique d'une façon vague et détournée. Sans doute, nous étions inquiets de le savoir au milieu des ennemis, mais nous restions assurés cependant que tout mauvais traitement lui serait épargné, tant par son âge que par ce caractère de médecin, toujours respecté par les belligérants. Aussi fut-ce avec stupeur que, dans la suite, nous apprîmes que, lâchement, il avait été emmené en Allemagne et interné dans un camp de prisonniers. Il faut s'attendre à tout de la part des Boches... Il est mort là-bas et la terre ennemie a gardé sa dépouille trop longtemps, jusqu'à ce jour où nous pouvons enfin nous pencher pieusement sur cette tombe entr'ouverte où il va désormais reposer, dans son pays, auprès des siens, là même où il était tenu par toutes les fibres de son cœur.

Ainsi donc, il n'est plus, notre cher et vénéré ami, le « président-type », le « président à vie », comme nous l'appelions affectueusement, alors qu'il était toujours réélu, sans même de concurrent, au milieu d'unanimes acclamations. Il ne nous apportera plus l'aide féconde de sa lumineuse intelligence et de son clair bon-sens, ni le réconfort de son inaltérable bonne humeur qui soulignait l'agrément, le charme de sa parole vive, enjouée, familière d'habitude, mais qui, parfois, haussait de ton et se montrait d'une éloquence entraînante et d'une puissante beauté.

Par la pensée, nous le voyons encore, dans nos assemblées corporatives, planant au-dessus des discussions, ou plutôt les dirigeant discrètement afin de ramener les uns dans les limites de leur sujet, ou de modérer les ardeurs des autres, calmant d'un mot, d'un geste, un orage prêt à éclater, dans l'impétuosité, parfois excessive, de nos débats syndicaux. Certains jours, dans la confusion amenée par de trop nombreux orateurs alors que l'atmosphère commençait à devenir assez trouble pour obscurcir aux yeux de chacun tant le point de départ de la discussion que le but à atteindre, nous l'entendons encore réclamer la parole à son tour, puis, se levant du fauteuil présidentiel, remettre les choses au point, en quelques phrases nettes et incisives, résumer les débats et en préciser les conclusions, obtenant bientôt un accord qui paraissait im-

possible. Et cela sans effort, sans grands gestes, ni rhétorique grandiloquente, rien que par la logique émanant de ses paroles et l'idéal de loyauté et de bonté qui s'exhalait de tout son être.

Aussi, lorsque certains courants impétueux secouèrent le corps médical français, lorsque, comme la grande houle du large amène parfois une vague de fond, se fit entendre la puissante voix de la foule médicale, dans les congrès des praticiens, en 1907, 1908, 1910, 1914, ce fut Gairal qu'unanimement on porta chaque fois à la présidence. Et ce n'est que lui rendre justice d'affirmer qu'il fut l'un des artisans les plus qualifiés du succès retentissant de ces grandes assises médicales qui marquèrent, en quelque sorte, une ère nouvelle, par la généralisation, parmi les praticiens, de l'étude des questions de médecine sociale.

Cette popularité du Président Gairal fut unique, jusqu'ici, dans le monde médical. Partie des milieux syndicaux, révélée publiquement dans l'apothéose des Congrès des Praticiens, elle s'étendit, peu à peu, jusque dans les sphères dites officielles et dans les milieux les plus fermés d'ordinaire à ceux qui ne sont pas chamarrés de titres universitaires. Dès 1903, il avait été nommé membre du Conseil supérieur de la Mutualité et constamment réélu depuis. En 1910, au Congrès de médecine légale, le doyen Brouardel, qui devait le présider, tomba malade. Ce fut Gairal qu'il pria de diriger les débats, au grand étonnement pour ne pas dire plus, de tant de « maîtres » de la Faculté. Notre ami présida le Congrès officiel avec la même bonhomie et aussi la même autorité que nos réunions syndicales, faisant l'admiration de ceux mêmes qui, de prime abord, avaient montré envers celui qui n'avait pas de toge à triple rang d'hermine une curiosité défiante.

En toute occasion, d'ailleurs, en tous milieux, il savait se montrer « the right man ». En 1908, lorsqu'à la suite du Congrès de Lille, nous fûmes reçus à Londres par le lord-maire, avec quel brio, avec quel tact et quelle aisance, il sut lui répondre et représenter dignement le corps médical de notre pays, ou plus spécialement — et cela pour la première fois, croyons-nous, à l'étranger — le simple médecin traitant, rural ou citadin, celui qui grimpe les étages dans nos grandes cités ou parcourt les routes dans nos campagnes : ce vrai praticien français, dont il était, du reste, le type le plus complet et le plus flatteur.

Le 13 novembre 1909, l'Union des Syndicats médicaux de France, fondée le 27 juillet 1884, fêtait son 25e anniversaire. Ce fut, pour tous ceux qui se pressaient ce jour-là autour du président Gairal, l'occasion de se réjouir du ruban rouge qui venait enfin d'être placé sur un cœur qui en était si digne. Au banquet qui suivit les fêtes d'anniversaire, le Dr Jeanne, le regretté directeur du « Concours médical », offrait à notre cher Gairal, un objet d'art, produit d'une souscription ouverte parmi les praticiens français. En le lui présentant, Jeanne, parlant au nom de tous, prononçait une allocution dont nous sommes désireux de détacher ces quelques mots : « Je suis donc ici, Messieurs, « pour vous dire tout ce que nous devons au « président Gairal. Mais n'est-ce pas chose inu- « tile ? Qui de vous ne connaît sa serviabilité et « son dévouement sans borne ? Qui peut ignorer « les peines par lui prises, les charges qu'il s'est « imposées pour sa tâche ? Qui n'a fait l'essai « de son esprit de conciliation, de sa bonté per- « sonnelle, de ses sentiments de confraternité « agissante ? Qui n'a pas apprécié le courage et « l'habileté du pilote que l'Union des Syndicats « s'est donné depuis six ans, et, hier encore pour « trois nouvelles années ?... »

Est-il besoin d'ajouter quelque chose à ces paroles ? Nous voudrions cependant, à côté de ses brillantes qualités et de son dévouement professionnel, en proclamer ici d'autres, que nous lui connaissions, et plus attachantes encore. Il n'est pas dans notre rôle de rappeler combien il était bon et tendre envers les siens ; d'autres sont mieux qualifiés pour le faire. Mais nous voudrions, tout au moins, montrer que, même parmi nous, il était facile de le pressentir. Nous rappellerons donc le toast qu'au congrès de Lille, il porta, à la fin d'un banquet, « A la femme du médecin ». Pauvre Madame Gairal, vous y étiez, à nos côtés ce jour-là, ainsi que les compagnes de certains d'entre nous. Combien toutes furent touchées de ses paroles et fières d'entendre ainsi hautement apprécier leur vie de labeur et de tendre collaboration avec celui qu'elles secondaient dans la vie. Oui, vous y étiez ... et je vois encore les larmes d'émotion qui perlaient dans vos yeux, ainsi que dans ceux de vos voisines. Nous aussi, les hommes, nous étions délicieusement émus, mais en outre, combien nous savions gré au président Gairal des chaudes paroles de tendresse et de gratitude que lui dictait son cœur et qui résonnaient dans les nôtres en un écho rendu plus vibrant et plus harmonieux encore par le charme du verbe...

Tous ces souvenirs se présentent en foule à notre esprit, en ce jour où nous venons rendre hommage à notre regretté président. Mais il n'était pas besoin de cette triste cérémonie pour le faire revivre devant nous. Que de fois, depuis la guerre, dans nos réunions syndicales, nous rappelant le grand rôle qu'il jouait parmi nous, avons-nous profondément ressenti le vide causé par son absence, tandis que nos regards se reportaient avec émotion, avec tristesse, sur ce

fauteuil présidentiel où, depuis de longues années, nous avions l'habitude de rencontrer sa bonne figure souriante !..

Aussi, est-ce un honneur que nous ressentons vivement, mes camarades et moi, d'avoir été désignés pour venir ici déposer sur cette tombe une modeste palme, bien faible témoignage de l'estime, du respect et de l'admiration que ressentaient, pour leur cher président, les praticiens groupés dans l'Union des Syndicats médicaux de France.

Mais ce ne sont pas les seuls. Les deux autres grands groupements corporatifs, composés en majeure partie, il est vrai, des mêmes membres, mais poursuivant des buts parallèles d'utilité pratique, ont désiré se joindre à nous et confondre leur pieuse offrande avec la nôtre. J'ai nommé l'Association générale des Médecins de France, dont le Dr Gairal était vice-président, et le « Concours médical », dont il était membre et où il ne comptait que des amis. Ainsi donc, tous, nous avons tenu à nous associer, en ce jour, à la douleur de Madame Gairal et de ses enfants, auxquels nous adressons l'hommage de notre respectueuse sympathie et à unir nos regrets à ceux de tous ses nombreux amis qui ont pu, comme nous, apprécier les hautes qualités morales et l'esprit d'élite de celui qui restera toujours, dans notre cœur, l'inoubliable président Gairal.

Puis, Bellencontre dit, en son harmonieux langage, la place qu'il tint dans les conseils de l'Association générale. Voici le passage le plus émouvant de son discours :

Le Docteur Gairal fut successivement administrateur et vice-président de l'Association générale des Médecins de France. Là comme ailleurs, il montra une claire intelligence, un jugement sûr, un inlassable dévouement.

Je le vois encore dans nos assemblées, droit, la tête haute, le regard loyal, soit qu'il dirigeât les débats avec une inimitable maîtrise, soit qu'il y discutât dans une superbe forme oratoire.

Devant la tombe de ce martyr de l'oppression allemande, nous pouvons, nous et les milliers de confrères qui s'associent par la pensée à cette manifestation ultime de regret, nous pouvons nous montrer attristés, mais fiers aussi de compter dans nos rangs, au milieu de tant d'autres, une telle victime. Il n'en fut pas de plus noble.

Car, ne l'oublions pas, si Gairal avait voulu pactiser, fléchir, il eût vécu ; mais il résista.

Et ce fut pour lui la persécution d'abord, puis l'exil, la prison, la souffrance physique et morale. Là-bas, au pays des supplices, on ne put briser l'âme ; elle était de belle trempe ; mais on brisa le corps et, au moment où nous attendions la libération, nous apprîmes la mort de notre digne confrère, dans un triste lazaret boche.

Gairal, votre nom appartiendra à l'histoire la plus belle, à la légende qui ne retient que les grands actes des hommes et les transmet aux générations étonnées et admiratives.

Tout ce qu'il y a dans notre cœur d'émotion, d'affection, de respect et de reconnaissance, je l'offre pieusement, au nom de mes collègues de l'Association générale des médecins de France, à la mémoire de notre vaillant et cher ami.

Le Dr Pillière nous montra Gairal dirigeant les bienfaisants efforts de la Société locale des Ardennes. Le Dr Lapierre, président du Syndicat de Sedan, fit un tableau très intéressant de sa vie professionnelle de médecin de campagne.

M. Flippoteaux, ami d'enfance de Gairal, au nom de l'Association des anciens élèves du collège de Sedan, conta les origines, l'enfance et la jeunesse du vieux camarade qu'il ne cessa de suivre et d'aimer. Il nous le montra faisant en 1870 son devoir de Français et prenant contact une première fois avec les Prussiens dont il devait être la victime.

Puis M. Bernard, compagnon de captivité de notre président, avec une éloquence d'une simplicité touchante, arracha des larmes à l'assistance par l'exposé de la vie des prisonniers de Celle-Schloss.

Il montra avec quel art de persécution les Allemands traitaient Gairal et ses camarades ; comment ils savaient réveiller l'espoir d'une libération prochaine, pour jouir de la douleur que devait amener une cruelle déception.

Il nous vanta Gairal, opposant toujours une dédaigneuse sérénité à ses persécuteurs, ne voulant pas leur donner la satisfaction d'une minute de faiblesse.

Lui qui, après notre victoire de la Marne, avait repoussé avec mépris la pétition que la commandanture de Carignan voulut lui faire signer pour supplier le gouvernement français, au nom des populations des régions occupées, de faire une paix prématurée et onéreuse, refus qui fut la cause principale de sa déportation, ne voulut jamais fléchir devant les menaces allemandes.

Le récit dramatique des circonstances de la mort de Gairal à l'hôpital, privé du secours tout au moins moral de ses compagnons qui l'aimaient et le vénéraient, termina cette allocution émouvante.

Madame Mathieu, au nom de l'Union départementale des sociétés de secours mutuels, MM.

Chéneau pour les mutualistes de Pure, Docq pour ceux de Massicourt, vinrent porter à leur bienfaiteur le tribut de leur reconnaissance.

Enfin M. Lapierre, au nom de l'Association des combattants de la grande guerre, proclama hautement que le Dr Gairal était des leurs, car il avait su combattre l'ennemi à sa façon et mourir pour la France.

La foule, silencieuse, défila alors devant la famille et la tombe entr'ouverte, dans le vieux cimetière, dévasté par le Boche sacrilège qui avait arraché les pierres de nombreuses tombes pour élever un monument aux officiers allemands, morts à Carignan en août 1914, *au sein de la victoire*, disait en leur langue une insolente inscription.

Et nous, Parisiens, nous prîmes lentement le chemin du retour, sous ce ciel joyeux de printemps qui semblait fêter, après un court exil, le retour du vaillant Ardennais dans son pays aimé qui sera son dernier et éternel séjour.

Malgré les quatre années qui atténuaient le chagrin que nous causa la perte de notre grand ami, mystérieusement disparu, nous étions envahis par une infinie tristesse, et nous nous remémorions les vers de Lucrèce :

At nos horrifico cinefactum te prope busto
Insatiabiliter deflevimus, œternumque
Nulla dies nobis mœrorem e pectore demet (1).

J. NOIR.

Souscription en faveur de Mme le Dr M. Brès.

Nous rappelons à nos lecteurs que cette souscription, annoncée par nous dans notre no **11**, n'est pas close, et que Mme le Dr Alice SOLLIER (2) qui en a pris la généreuse initiative, continue à recevoir tous les dons qu'on voudra bien lui adresser pour la doyenne actuelle du corps médical français.

G. D.

(1) Quant à nous, devant cet affreux bûcher où tu achèves de te consumer, nous t'avons pleuré sans relâche et le chagrin que nous ressentons ne pourra jamais s'effacer de notre cœur.

(2) 145, avenue Edouard-Vaillant, Boulogne-sur-Seine.

PARTIE SCIENTIFIQUE

CLINIQUE MÉDICALE

Hôpital Saint-Louis : M. le professeur agrégé GOUGEROT.

L'examen du liquide céphalo-rachidien chez les syphilitiques.

Il me reste, pour compléter l'examen du syphilitique, à dire quelques mots sur l'exploration, par ponction lombaire, du liquide céphalo-rachidien. Je veux simplement vous rappeler les éléments principaux de cet examen.

Tout d'abord, laissez-moi vous indiquer des détails de technique, des « trucs », si je puis employer ce terme, pour que la ponction lombaire soit aussi peu douloureuse que possible. Vous savez que la ponction lombaire n'est pas indolore, comme la prise de sang pour le Wassermann, et qu'elle entraîne, en outre, certains inconvénients, par exemple des nausées, des vertiges, qui persistent parfois plusieurs jours et même plusieurs semaines. La douleur est assez facile à supprimer. Il suffit de pousser devant l'aiguille qui ponctionne une injection traçante de cocaïne. C'est ainsi que procède Sicard, et l'on parvient dans ces conditions à faire des ponctions lombaires indolentes, surtout si une petite pulvérisation de chlorure d'éthyle pratiquée au point de la piqûre est venue anesthésier cet endroit.

Pour diminuer les inconvénients consécutifs à la ponction, on s'est adressé à l'adrénaline qui est un hypertenseur. On a proposé aussi, dernièrement, de faire, après la ponction lombaire, une injection intra-veineuse de 400 à 500 centimètres cubes de sérum *physiologique, pour* rétablir la tension normale du liquide céphalo-rachidien. Avec cette pratique, les petits accidents en question sont tombés de 50 % des cas à 6 %. Enfin, une autre précaution est d'utiliser des aiguilles fines. Je vois souvent des opérateurs se servir d'aiguilles de un millimètre de diamètre extérieur. Il est préférable de prendre des aiguilles ayant, au maximum, trois quarts de millimètre de diamètre externe. La ponction est peut-être alors un peu plus difficile, l'aiguille étant moins rigide, mais elle est plus avantageuse, l'orifice fait dans les méninges étant plus étroit et l'écoulement par cet orifice, après l'opération, étant plus réduit. Il est probable, en effet, que le liquide céphalo-rachidien continue à sourdre par cet orifice après le retrait de l'aiguille et que c'est là une des raisons de la persistance assez prolongée des accidents consécutifs.

Ceci posé, le liquide céphalo-rachidien une fois recueilli dans l'éprouvette, qu'allez-vous deman-



der au laboratoire ? Ici encore quelques détails doivent être donnés. D'abord, pendant la ponction, il est bon de mesurer la pression du céphalo-rachidien. Un moyen vulgaire d'apprécier cette tension est de regarder la façon dont le liquide s'écoule, en jet, ou goutte à goutte. On peut aussi se servir du manomètre spécial de Henri Claude. Chez quelques tabétiques et dans les névrites optiques surtout, ce renseignement est intéressant.

Au laboratoire lui-même, vous allez demander en premier lieu la numération des éléments cellulaires avec la cellule de Nageotte. Rappelez-vous qu'à l'état normal on trouve un lymphocyte par millimètre cube. Le chiffre devient pathologique quand il dépasse 2, 2 1/2 et 3. Certains auteurs, Leredde entre autres, admettent qu'à 1 1/2 et 2, on se trouve dans l'anormal, mais je crois cette opinion un peu exagérée. A 3 lymphocytes par millimètre cube, on est certainement dans l'état pathologique.

D'autre part, il faut faire l'examen cytologique après centrifugation. Il a pour but de déterminer la variété d'éléments cellulaires en cause. Lorsque le processus est torpide ou en voie de guérison, on ne trouve guère que des lymphocytes les plus petits, des mononucléaires. Au contraire, dans les processus en activité, ou bien lorsque le traitement a amené une irritation méningée, on note un afflux de polynucléaires et de gros macrophages. Ainsi, la constatation de lymphocytes signifie ou torpidité ou évolution vers la guérison, et la constatation de polynucléaires et de gros macrophages veut dire activité du processus ou altérations méningées par le traitement.

Une troisième question à poser au laboratoire est le dosage de l'albumine, que vous pouvez pratiquer vous-mêmes, d'ailleurs, sans difficulté. Il existe deux procédés principaux, celui de Marcel Bloch, et celui de Sicard et Canteloube.

Dans le procédé de Marcel Bloch, on mesure avec une pipette un centimètre cube (ou 20 gouttes) de liquide céphalo-rachidien et on y ajoute deux dixièmes de centimètre cube (ou 4 gouttes) d'acide azotique. On agite pour effectuer le mélange et l'on attend un quart d'heure. Le trouble obtenu dans le tube à essai est comparé à une échelle, appelée échelle diaphanométrique. Si ce trouble correspond au tube 60, on en déduit que le liquide à examiner contient soixante centigrammes d'albumine. C'est un procédé simple, dont le seul inconvénient est le prix assez élevé, quoique non excessif, de l'échelle.

Le procédé de Sicard comporte l'emploi d'un simple tube d'Esbach, adapté au liquide céphalo-rachidien. La technique est facile : on verse dans le tube 4 centimètres cubes de liquide céphalo-rachidien, on chauffe sur une lampe à alcool sans aller à l'ébullition, en s'arrêtant quand apparaissent les premières bulles. On ajoute alors 12 gouttes d'une solution d'acide trichloracétique au tiers, on agite et l'on attend. On peut lire les résultats à la 5e ou à la 24e heure, et il existe une table de graduation qui permet d'apprécier instantanément la quantité d'albumine du liquide examiné. C'est un procédé pratique qui ne demande qu'un tube peu coûteux, mais qui oblige à attendre 4 ou 5 heures pour lire le résultat.

Le chiffre normal d'albumine du céphalo-rachidien est aux environs de 20 centigrammes. Jusqu'à 30 centigrammes, on n'a pas le droit de conclure à l'état pathologique. Au-delà, il s'agit de réactions anormales. Il n'y a qu'une cause d'erreur : l'effraction d'un peu de sang pendant la ponction. Vous vous en rendrez compte, d'abord, à la coloration rosée du liquide retiré ; ensuite, à ce que le précipité albumineux prend une teinte grisâtre ou roussâtre en raison de l'hémoglobine qu'il contient.

Vous demanderez également au laboratoire de rechercher dans le liquide céphalo-rachidien la réaction de Bordet-Wassermann. Ici, un détail important. Il faut mettre beaucoup plus de liquide céphalo-rachidien que de sérum sanguin pour la recherche du Wassermann, dix fois plus environ. Je vous rappelle qu'il n'y a pas de complément dans le liquide céphalo-rachidien et que vous ne pouvez pas faire usage, dès lors, de la technique de Hecht ou de ses perfectionnements.

Enfin, dernière méthode à utiliser, celle de la précipitation colloïdale. Le procédé ancien, de Lange, à l'or colloïdal, est difficile à mettre en œuvre. Plus commode est la pratique de Guillain, Guy Laroche et Léchelle, qui consiste à prendre une solution de benjoin colloïdal et à voir la précipitation obtenue avec le liquide céphalo-rachidien. Il y a là une technique intéressante.

Pourquoi, me direz-vous, est-on obligé d'avoir ainsi recours à quatre ou cinq méthodes. C'est qu'il existe des réactions dissociées des liquides céphalo-rachidiens où l'un des éléments seulement est troublé. On peut rencontrer des cas qui comportent uniquement de l'hyperalbuminose. Vous verrez assez souvent, chez certains tabétiques, dans les pré-tabès, que l'examen du liquide céphalo-rachidien note une lymphocytose à peine appréciable, un Bordet-Wassermann négatif. Il reste seulement un peu d'hyperalbuminose, qui indique une simple inflammation résiduelle. Un tel résultat permet de déduire qu'il ne faut plus s'adresser au traitement d'attaque mais simplement à une cure d'entretien. L'examen du liquide céphalo-rachidien par ces différentes méthodes permet donc, en matière de syphilis nerveuse, non seulement d'appuyer un diagnostic, mais encore de guider le traitement.

(*Leçon recueillie par le* Dr P. Lacroix.)

FAITS CLINIQUES

Ulcère d'estomac et syphilis.

Le professeur Mariano R. Castex, de Buenos-Aires (1), estime que cent pour cent des ulcères d'estomac ou du duodénum sont syphilitiques. Il établit la distinction suivante : jusqu'à trente ans, 90 % des cas dus à la syphilis héréditaire et 10 % à la syphilis acquise. Passé cet âge, la proportion est renversée, 90 % relèvent de l'infection acquise, 10 % de l'hérédité.

Chez nous, les ulcères d'estomac sont adressés, par les médecins, aux chirurgiens, qui les opèrent sans pratiquer le Wassermann, ou sur la foi d'un examen négatif.

Nous croyons mettre en garde nos confrères contre des décisions rapides, préjudiciables aux malades, en rapportant l'observation suivante :

A... A..., de P.., marchand de charbon, 55 ans, originaire d'Auvergne, a toujours joui d'une bonne santé.

Pas de commémoratifs, pas de stigmates, pas de céphalées.

Deux enfants, de 17 et 12 ans, bien portants et procréés sans doute avant la contamination.

Sa femme, par contre, a été prise en 1915 de violents maux de tête, attribués par son médecin à une carie dentaire (?)

Devant l'échec d'une thérapeutique symptomatique : pyramidon, antipyrine, etc... elle consulte à la Salpêtrière (1915) où l'examen du sang révèle un Wassermann positif.

A ce moment, détail particulier, on uotait chez elle des idées de grandeur.

Elle reçoit quatre séries de 914 et voit ses douleurs disparaître rapidement. Depuis, elle va bien et n'a plus de céphalées.

A la même époque, M. A... est pris de symptômes d'ulcus.

Il se plaignait alors de brûlures et de douleurs très vives à l'estomac, avec localisation au creux épigastrique et au niveau du rachis. Ces crises augmentaient d'intensité un quart d'heure après l'ingestion des aliments.

Vomissements alimentaires et *hématémèse* à deux reprises, à deux mois d'intervalle (sang noir et sang rouge).

En même temps, il maigrissait, dépérissait, souffrait sans cesse et ne dormait plus.

Son poids initial de 78 kgr. était tombé à 68 kgr.

Il arrivait à ne plus manger pour moins souffrir.

Le médecin qui le soignait avait prescrit le traitement habituel de l'ulcère d'estomac : régime lacté, bismuth, belladone, eau chloroformée, etc... sans que le malade en éprouvât le moindre soulagement.

(1) *Sifilis hereditaria tardia*, 1920. Libreria « Las Ciencias ».

De guerre lasse, M. A.., consulte un chirurgien qui conseille une intervention ; mais, devant le prix élevé de l'opération, il renonce à cette idée et continue à souffrir sans répit, malgré les médications les plus variées.

En juillet 1920, il est adressé à un spécialiste des maladies de l'estomac, qui l'envoie à un deuxième chirurgien.

C'était le moment des vacances ; le chirurgien était pressé de quitter Paris ; il engage notre malade à se faire opérer dans les quatre jours ; c'était presque un ultimatum.

Le patient demande à réfléchir et ne se soumet pas à l'ordonnance. Il n'en continue pas moins de souffrir et ne sait plus à qui se recommander.

Un médecin de la localité, qui n'était pas le médecin traitant habituel, est sollicité, par l'entremise d'un ami commun, de donner son avis.

Ce confrère envoie notre homme à un ancien chef de clinique de la faculté de Paris, en lui signalant ce qui s'est passé chez la femme et le traitement auquel elle a été soumise avec succès.

Un Wassermann est pratiqué à l'Institut Pasteur : il est nettement positif (21 juillet 1920).

C'est alors que nous voyons M. A... pour la première fois.

Il paraît très fatigué ; son poids est de 68 kilos.

Il nous raconte son histoire, avec force détails, en insistant sur ses douleurs d'estomac qui lui rendent l'existence intenable.

Nous faisons une première série de novarsénobenzol, en commençant par la dose de 0,15 centigrammes jusqu'à 0,90 centigrammes ; 8 injections intraveineuses sans incident, ni sans réactions très marquées, sauf des céphalées.

Dès les premières piqûres, M. A... cesse de souffrir et se met à manger.

Son poids en deux mois augmente de 5 kilos ; au milieu d'octobre 1920, il pesait 73 kilos.

Il nous quitte en ce moment et va faire un voyage dans son pays. Il y mène joyeuse vie avec des amis d'enfance et fait des excès de table, se croyant tout à fait guéri.

Il revient nous trouver à la fin de novembre, se plaignant alors de resouffrir, mais moins violemment, à l'estomac et à la colonne vertébrale. Il digère mal et a quelques nausées.

Nouvelle série de 914 de 0,15 c. à 0,90 c., 7 injections.

Après la dose de 0,30 c., céphalées, vomissements, douleurs rachidiennes.

La suite du traitement ramène un état de santé normal.

M. A... devait revenir pour un Wassermann de contrôle, mais nous ne l'avons pas revu depuis le début de février 1921.

Nous savons cependant que son état est très satisfaisant et qu'il se nourrit sans souffrir.

Son poids était de 77 kilos le 18 janvier 1921.

Telle est, impartialement rapportée, l'histoire de ce malade que nous livrons à la réflexion de nos confrères.

Dr RINUY.

THÉRAPEUTIQUE

La dystrophie péri-articulaire des genoux

J'ai lu avec la plus vive satisfaction, dans le *Concours* du 13 mars dernier, l'article sur « La dystrophie périarticulaire adipeuse des genoux chez les femmes âgées », du Dr Paul Laurens, de Béziers, d'abord parce que c'est bien la première fois que je vois mentionner ce symptôme clinique, qui est pourtant fréquent et que, personnellement, je rencontre souvent en clientèle, et ensuite, parce que son auteur nous donne un excellent chapitre de clinique médicale, *journalière*, vécue et pratique.

Mais je ferai au Dr Laurens une petite chicane. Je trouve qu'il n'insiste pas assez sur un des caractères du symptôme clinique, qu'il met, par ailleurs, en relief d'une si heureuse manière. Dystrophie périarticulaire adipeuse du genou, c'est bien. Je voudrais y voir ajouter: douloureuse et à peau d'orange, car ce sont là deux caractères bien spéciaux de ce symptôme. L'auteur dit bien : « En les comprimant (les coussinets adipeux périarticulaires), on provoque une vive douleur qui étonne même parfois le porteur desdits coussinets, car ils ne sont en effet douloureux qu'à la pression. » Mais c'est un caractère si constant et si particulier qu'il mérite d'être incorporé à la définition. De même, le Dr Laurens dit bien encore des mêmes coussinets « qu'ils sont indurés, grenus » ; ce dernier terme mériterait d'être mis davantage en vedette. Il est aussi particulier à l'affection que la *peau d'orange* peut l'être au cancer du sein, et à lui seul, il peut permettre de faire le diagnostic et de distinguer cette curieuse affection de toute autre de nature analogue, ou siégeant dans la même région.

Je ne suis pas non plus d'accord avec l'auteur de l'article sur la pathogénie de l'affection et partant, sur son traitement. Il en fait une dystrophie d'origine purement génitale, mais lui-même détruit son hypothèse en avouant que l'ingestion d'extrait d'ovaire ne lui a donné que des insuccès. (*Naturam morborum medicationes demonstrant.*)

J'en fais pour mon compte un stigmate de la goutte, cette maladie si fréquente et si ... méconnue, parce que sa symptomatologie est, chez beaucoup d'auteurs, et dans beaucoup de traités, si vague, si générale, si imprécise, que le praticien, déçu, finit par croire qu'elle n'existe pas réellement et qu'elle n'est qu'un *caput mortuum*, où l'on rejette tout ce qui n'est pas bien catalogué, ni classé, ni net dans la catégorie des « rhumatismes chroniques ».

Or, précisément, je considère que la dystrophie périarticulaire adipeuse, douloureuse à la pression, à peau d'orange, des genoux, chez la femme âgée, constitue un stigmate pathognomonique précieux de la goutte, et que son incorporation à la fameuse diathèse si bien observée par Sydenham permet un traitement encore plus simple et plus facile à appliquer que les injections d'éther ou de bromure de mésothorium dans la jointure, c'est-à-dire celui par le colchique employé selon les règles classiques : « ni trop, ni trop peu, ni trop longtemps ». Je promets de beaux succès à qui voudra essayer en se mettant en garde contre les révoltes des patients, que la colchicine rend vraiment malades, en raison de l'état nauséeux qui accompagne son administration à doses suffisantes.

Je prévois une objection de l'auteur contre mon interprétation pathogénique : Pourquoi cette particularité aux femmes du symptôme, si celui-ci n'a pas une signification génitale ? Eh bien, c'est parce que la goutte est bien plus une maladie de la femme que de l'homme, au moins à notre époque, et dans nos régions. Ses causes en sont multiples, notamment une sédentarité plus grande, une préoccupation plus accentuée des choses de la nourriture. La femme, faisant elle-même la cuisine, la fait à son goût plus qu'à celui du mari et s'offre plus que celui-ci ce qu'il est convenu d'appeler en style culinaire « des chatteries » propres à développer la goutte.

Chose bien remarquable, dans nos campagnes, un homme resté veuf ne se fait pas de cuisine, il tombe « à la boisson », verse dans l'alcoolisme. La femme veuve se cuisine de bons petits plats. Elle verse dans la gourmandise ... et dans la goutte.

Si l'auteur voulait à toute force trouver une explication pathogénique génitale à son symptôme, je le prierais de considérer que je l'ai plus fréquemment rencontré chez les veuves et ... alors peut-être ne serait-ce pas de l'extrait ovarien qu'il faudrait prescrire, pour rester dans la note pathogénique, mais ... la conclusion s'impose !

Dr MORET, de Courlon (Yonne).

A TRAVERS LA PRESSE

Le toucher rectal, voie d'examen appendiculaire chez l'enfant.

Le toucher rectal jusqu'à 12 ou 13 ans permet une exploration particulièrement instructive du bassin chez l'enfant. M. MAYET, qui s'en fait le protagoniste (*Journ. des Prat.*, 15 janv. 1921), recommande de l'accompagner toujours du palper abdominal, pour en obtenir le maximum de renseignements. C'est dans la région appendiculaire que le doigt arrive en quelque sorte sur les lésions et les reconnaît. Pour y réussir, on aura eu soin de vider préalablement la vessie et le

rectum, de cocaïniser avec un suppositoire l'extrémité terminale de l'intestin, et de vaseliner largement la région anale, afin de faciliter la pénétration du doigt explorateur.

L'enfant sera couché sur le dos, le bassin fortement relevé et les cuisses écartées en demi-flexion.

Le toucher rectal, habituellement associé au palper abdominal, réveille la douleur et la localise, dans l'appendicite chronique — délimite le gâteau inflammatoire et en mesure au jour le jour la diminution, dans les appendicites en voie de refroidissement — contribue à préciser le diagnostic dans les états aigus où la réaction péritonéale est intense, et même dans les formes perforantes, quand le palper est pour ainsi dire impossible en raison de la contraction musculaire des parois.

Dans les appendicites hautes, le doigt explorateur pénètre au moins jusqu'à la base de l'appendice et réveille la douleur pathognomonique : ainsi peut être fait le diagnostic avec les cholécystites ou les affections aiguës péritonéales. « Enfin, le toucher rectal est extraordinairement « instructif dans les appendicites basses, et « donne alors des renseignements en quelque « sorte complets sur l'évolution de l'affection. « C'est la vraie voie clinique d'exploration de « ces formes. »

On n'oubliera pas cependant de procéder à cette manœuvre avec beaucoup de prudence, car elle pourrait être traumatisante.

Sous le bénéfice de ces réserves, on y aura recours quand elle ne risque rien, dans les appendicites chroniques par exemple, ou bien quand le diagnostic avec le seul palper abdominal est hésitant, et qu'il est intéressant de le préciser avant une intervention.

Melæna grave chez un nouveau-né.

Curieuse observation recueillie par M. LEDUC, et dans laquelle, aucun diagnostic étiologique n'ayant pu être posé, l'état alarmant et pour ainsi dire désespéré du nouveau-né a été amélioré par l'adrénaline prescrite à hautes doses, à raison de deux gouttes toutes les deux heures environ. Cette médication a été parfaitement supportée et l'enfant est sorti vainqueur de ce mauvais pas et s'est complètement rétabli. (*Journ. des Sc. méd. de Lille*, 16 janv. 1921).

Hématémèse et mélæna du nouveau-né.

Revue générale de M. VERGNORY, sur un sujet analogue au précédent, qui peut se résumer dans les propositions suivantes :

« Affection rare, mais non exceptionnelle, « liée à des causes locales ou générales, infectieu- « ses le plus souvent, les hémorragies digestives « du nouveau-né sont caractérisées : anatomo- « pathologiquement par des dilatations vascu- « laires, des ecchymoses, des ulcérations sié- « geant au niveau de la muqueuse gastro-intes- « tinale ; quelquefois cependant, la signature ana- « tomique manque ; cliniquement, par des héma- « témèses et des mélæna d'importance et de « gravité variables. Leur pronostic, exception « faite pour les purpuras infectieux, est moins « sévère que ne l'enseignaient les classiques « depuis l'emploi d'une médication adéquate. » (*Gaz des Hôp.*, n° 7, 1921).

Cette médication consiste à mettre l'enfant au repos, surtout au point de vue digestif ; à lutter contre l'hémorragie ; à soutenir l'état général.

Contre l'hémorragie, l'auteur recommande le sérum de cheval normal, le sérum gélatiné, l'adrénaline, le chlorure de calcium, l'ergotine, — ces substances étant employées de préférence par la voie hypodermique. Par la même voie, on fournira à l'organisme le sérum physiologique et même l'huile camphrée qui l'aideront à supporter l'atteinte du mal.

Traitement rachidien de la syphilis nerveuse.

Il s'agit de la méthode originale de M. Marinesco, connue sous le nom de Rachiserum-salvanothérapie. Elle consiste, selon M. PAULIAN, à pratiquer une injection intra-veineuse de néosalvarsan (0,75). Vingt-quatre heures après, on récolte 40 à 50 cmc. de sang du malade, dont on prélève le sérum, qui est injecté dans la cavité arachnoïdienne, à raison de 10 cmc. tous les huit jours, avec six injections : on a pris soin de retirer préalablement même quantité de liquide céphalo-rachidien (*Paris méd.*, 15 janvier 1921).

Les résultats sont des plus encourageants. On observe « diminution de la spasticité dans les « myélites spasmodiques, amendement des trou- « bles sphinctériens et des douleurs fulgurantes « chez les tabétiques, amélioration des troubles « somatiques et mentaux chez les paralytiques « généraux, etc. »

Ce n'est pas par l'arsenic intra-rachidien qu'agit le sérum ainsi injecté, mais sans doute par l'apparition, dans ce même sérum, sous l'influence du néosalvarsan, de substances spirillocides.

Traitement moderne des abcès du foie.

Les abcès du foie des pays chauds sont dus à la dysentérie amibienne. L'émétine, qui se comporte comme un véritable spécifique de l'infection amibienne, en a diminué la fréquence et la gravité. Mais, quand l'abcès est formé, s'il ne se résout pas spontanément, il peut y avoir lieu à intervention. Or, l'émétine a permis de remplacer l'incision par la simple ponction aspira-



trice, que décrit M. C. H. Reinhold (*Bruxelles Médical*, 15 déc. 1920).

Étant donné que l'abcès du foie occupe 80 fois % le lobe droit, on ponctionnera dans le huitième espace intercostal droit sur la ligne axillaire antérieure, en direction antéro-postérieure et légèrement vers le haut, en employant une grosse aiguille de 10 cm. de longueur fixée sur une forte seringue en verre. Quand on rencontre le pus, on l'évacue et on peut désinfecter la cavité par des injections de chlorhydrate d'émétine. On n'abandonne les recherches qu'après les avoir recommencées plusieurs fois dans plusieurs directions. Il arrive que ces acupunctures améliorent l'état du malade, même quand elles ne font pas découvrir l'abcès.

Le traitement par l'émétine doit être poursuivi nonobstant la ponction. Au cas où l'abcès se reformerait, ce qui est rare, on procéderait de la même façon. L'infection de l'abcès par le coli-bacille entraîne cependant l'incision et le drainage, mais là encore, l'aiguille exploratrice saura guider le bistouri.

Les abcès du lobe gauche ne sont pas justiciables de cette thérapeutique : ils demandent la laparotomie.

43 observations de « cent kilogs ».

Elles ont été recueillies par M. Martinet et elles lui fournissent matière à d'intéressantes remarques, où nous puisons les propositions essentiellement pratiques qui suivent (*Presse méd.*, 23 janv. 1921).

« Le taux d'obésité représenté par le chiffre « fatidique de 100 kilogr. est presque toujours « l'indice et le compagnon de manifestations « pathologiques plus ou moins graves, dont les « troubles circulatoires (asystolo-urémie à ses « divers stades) et les troubles nutritifs (diabète, « goutte, lithiase) sont de beaucoup les plus « fréquents... L'élévation anormale du poids « corporel s'accompagne le plus souvent d'une « élévation anormale de la tension artérielle... « Ils (les exemples envisagés) montrent, une « fois de plus, que l'obésité est un syndrome « morbide de pathogénie variée ; ils mettent « bien en évidence l'intérêt du rapport sphig- « moviscosimétrique au point de vue de l'évo- « lution des syndromes nutritifs et circulatoi- « res ; ils enseignent enfin que la thérapeutique « doit être nettement individualisée, les cas de « pathogénie disparate imposant des indications « différentes.

« Un mot pour finir. On a souvent signalé le « danger, au point de vue cardiaque, des cures « d'amaigrissement trop rapide. Il n'est pas « douteux qu'une chute trop brusque de poids, « avec sa conséquence habituelle de chute des « tensions, peut déterminer un état d'asthénie, « d'adynamie neurocardiaque inquiétant, avec « troubles profonds et parfois même durables « du métabolisme, La cure devra être progres- « sive, étroitement surveillée, et rigoureuse- « ment individualisée. »

A propos de la fièvre typhoïde.

On sait que l'Académie de médecine est saisie d'un projet tendant à rendre obligatoire la vaccination anti-typho-paratyphoïdique dans la population civile. Est-ce ou non ce projet qui met actuellement la fièvre typhoïde à l'ordre du jour des préoccupations médicales ? Toujours est-il que la littérature médicale de ces dernières semaines contient plusieurs communications relatives à cette affection. Est-ce plutôt le retentissement dans nos milieux du procès du Dr Mazel ?

Notre numéro 6 *bis* renferme une magistrale étude du Dr P.P. Lévy sur certaines complications de la dothiénenterie chez les enfants. Nous n'y reviendrons pas.

Voici d'autre part un exposé relatif au diagnostic par l'hémoculture et par le séro-diagnostic, dû à M. G. Giraud (*La Prat. méd. franç.*, janvier 1921).

Malgré la luminosité de cet exposé, je doute que de longtemps, ces recherches puissent être faites par le praticien lui-même. Il me semble préférable pour lui de s'adresser au laboratoire le plus voisin qui lui fournira des renseignements précis, obtenus grâce à un outillage et à une méthode qui ne me paraissent guère à sa portée. Mais, ce qu'il doit savoir faire, c'est la prise de sang nécessaire à ces recherches.

Cette prise se fait comme une ponction veineuse ordinaire. Mais elle réclame une asepsie poussée à sa plus extrême rigueur. On se servira donc de seringues en verre de 5 cmc. montées, autoclavées et conservées dans des tubes de verre bien bouchés avec de l'ouate aseptique. Les aiguilles seront de préférence en nickel, munies d'un fil rigide formant mandrin. A défaut d'autoclave, l'ébullition pendant un quart d'heure pourrait suffire à stériliser seringue et aiguille.

Le sang ainsi recueilli sera transvasé dans un tube à essai stérile. Il est bon de disposer d'une source de chaleur, lampe à alcool, bec Bunsen, pour flamber la partie supérieure de ce tube ainsi que le bouchon d'ouate ordinaire qui sert à en obturer l'orifice.

Le meilleur milieu d'ensemencement est le milieu de Tribondeau (bile de bœuf filtrée, peptonée-glucosée à 1 %, autoclavée).

L'hémoculture ne donne des résultats que dans les deux premiers septénaires de l'affection. Le séro-diagnostic est préférable, passée la première quinzaine. Ce procédé consiste à rechercher l'agglutination par le sérum du malade d'une émulsion de bacilles typhiques ou paratyphiques.

RENOUVELLEMENT DES ABONNEMENTS

Pour éviter les frais de recouvrement nous prions nos abonnés de vouloir bien nous adresser le montant de leur abonnement, soit **24 fr.**, par versement à notre compte de chèques postaux Paris 167-95, versement qui peut être fait dans tous les bureaux de poste.

Ici, la technique usitée pour la collecte du sang en vue de l'hémoculture n'est pas nécessaire. Le sang obtenu au moyen de la piqûre profonde de la pulpe de l'index ou par une ventouse scarifiée est suffisant.

On se souviendra que la vaccination anti-typho-paratyphoïdique usitée dans le milieu militaire doue de propriétés agglutinantes le sérum des vaccinés : il y a là une cause d'erreur d'interprétation dont il faut être prévenu.

A ce propos, je rappelle que l'Institut Pasteur fournit de petits nécessaires qui permettent au praticien de se livrer lui-même à une première recherche, avant de s'adresser au laboratoire. Ces nécessaires contiennent trois petits tubes contenant respectivement une émulsion de B. d'Éberth, de para A et de para B, une lime et une pipette capillaire stérilisées. J'ai eu l'occasion de m'en servir pendant la guerre, et j'en ai retiré quelques avantages de documentation.

Au point de vue du traitement, je signalerai l'article de MM. Flandin et Lempérière (*Bull. méd.*, 15 janv. 21) qui préconisent, à leur tour, les applications permanentes de glace sur l'abdomen, et aussi, un vaccin iodé.

Je dis « à leur tour » en ce qui concerne la réfrigération, car la méthode n'est pas absolument neuve. Je retrouve dans le *Concours médical* de 1908, page 593, une analyse d'un travail de M. Gaujoux, de Montpellier, recommandant fortement ce procédé.

La méthode conseillée par *MM. Flandin* et Lempérière peut se résumer ainsi :

1° Glace en permanence sur tout l'abdomen, et, dans les formes hyperthermiques, sur la région précordiale.

2° Matin et soir, lavement froid aussi lent que possible d'un à deux litres de sérum glycosé avec un milligramme d'adrénaline.

3° Injection sous la clavicule de vaccin iodé : 0 cmc. 5 le jour de l'entrée ; 0,5 à 1 cmc. le lendemain, puis 1 cmc. 5, 2 cmc de deux en deux jours en augmentant la dose de 0 cmc. 5 dès que la réaction locale cesse de persister pendant 24 heures.

Enfin, je dois mentionner la méthode de M. Mino Porto, de Lisbonne, par l'ingestion d'eau (*Journ. des Prat.*, 29 janv. 21). Elle consiste à faire avaler régulièrement de l'eau, un verre toutes les demi-heures, dès le commencement de la maladie. Entre temps on fait prendre au malade 2 décilitres de lait toutes les deux heures 1/2.

« La diurèse s'établit de bonne heure, abondante, sans la moindre fatigue du rein. La bouche est toujours propre et humide, sans qu'il soit nécessaire de pourvoir à sa toilette.

« Les malades conservent leurs forces, leur embonpoint et leur conscience, jusqu'à la fin de la maladie. La convalescence est toujours rapide. »

***

Puisque la vaccinothérapie de la fièvre typhoïde est à l'ordre du jour, M. Rouslacroix propose de substituer à cette désignation thérapeutique celle d'homœothérapie bactérienne, les préparations bactériennes étant dénommées immunigènes.

Ces préparations sont obtenues avec des cultures de bacille d'Éberth tuées par chauffage pendant douze heures à 58°-69°, en présence de mercure métallique stérile, additionnées de cultures analogues de para A et B.

La préparation initiale est l'immunigène n° 1. En l'étendant de la moitié ou du tiers de son volume de solution physiologique, on réalise les immunigènes n° 2 et n° 3, permettant une échelle étendue de concentration bactérienne.

Les injections déterminent une réaction locale (rougeur, douleur, chaleur, réaction ganglionnaire) sans suppuration, et une réaction générale (frisson, accès fébrile), qui disparaissent rapidement.

L'auteur injecte un cmc. n° 3 pour commencer, puis, de 2 ou 3 jours en 2 ou 3 jours environ, un cmc. n° 2, un cmc. 1/2 n° 2, un cmc. n° 1.

Si la température s'abaisse au-dessous de 38°, à la suite d'une injection, on ne renouvelle celle-ci qu'à condition que le thermomètre atteigne 38°, après vérification de 4 en 4 heures.

Sans entrer dans le détail des résultats obtenus, remarquons que les 250 cas observés par l'auteur montrent que la mortalité n'a été que de 9,5 % de ceux qui ont été traités par l'homœothérapie, tandis qu'elle atteignait 17,3 % des cas non traités par cette méthode.

Quant à l'interprétation de ces résultats, elle reposerait sur l'hyperleucocytose déterminée par chaque injection d'immunigène. « L'homœopathie bactérienne n'exerce une influence favorable sur l'évolution du mal qu'à la faveur de cette réaction, et seulement lorsqu'elle peut se produire, c'est-à-dire au début ou dans le cours de la maladie. A la période d'état, dans les formes ataxo-adynamiques, lorsque l'abattement des forces et l'échelle élevée des températures ne permet plus d'enregistrer l'ascension thermique (consécutive à l'injection), résultats nuls ou très douteux. » (*Gaz. des Hôp.*, 1921 n° 12).

G. D.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

Le signe d'Argyll-Robertson dans l'encéphalite épidémique

(MM. Guillain, Jacquet et Léchelle.— *Société médicale des hôpitaux*)

Le signe d'Argyll-Robertson, dont on connaît l'importance dans la séméiologie de la syphilis nerveuse, peut-il s'observer dans l'encéphalite épidémique ? Les avis, sur ce point important de la clinique neuro-syphiligraphique, restent partagés.

Pour M. Netter, le signe d'Argyll-Robertson a été constaté chez des sujets atteints d'encéphalite léthargique par des auteurs aussi compétents en matière d'encéphalite que de syphilis. Economo l'a trouvé, à Vienne, dans un grand nombre de cas. Nonne (de Hambourg) a vu, en 1919, des malades qui, plusieurs mois après le début d'une encéphalite, offraient encore de l'absence du réflexe lumineux avec conservation du réflexe à l'accommodation. Il en conclut que, dorénavant, il convient de penser à l'encéphalite en présence du signe d'Argyll-Robertson, quand le Wassermann est négatif dans le sang et le liquide céphalo-rachidien. On ne saurait imaginer, d'ailleurs, que l'altération locale qui tient sous sa dépendance ce signe puisse être uniquement provoquée par le tréponème, à l'exclusion de tout autre agent pathogène.

M. Achard a rencontré un signe d'Argyll véritable chez un malade où le diagnostic de tabès, d'abord porté, dut être changé en celui d'encéphalite.

M. Lortat-Jacob a constaté un signe d'Argyl associé à du nystagmus et à des mouvements choréiques. Le tout s'amenda sans aucun traitement spécifique.

M. Sicard pense que le signe d'Argyll au cours de l'encéphalite est exceptionnel et en tout cas transitoire. Il n'a jamais rencontré le vrai signe d'Argyll, c'est-à-dire la perte du réflexe pupillaire à la lumière et sa conservation à l'accommodation. Ce qu'il a vu, c'est de la paresse pupillaire, de la rigidité pupillaire. Le signe d'Argyll, témoin d'une syphilis nerveuse, ne rétrocède jamais. Si au cours d'une affection suspecte d'encéphalite, on constate un signe d'Argyll irréductible, c'est que, avec une certitude à peu près absolue, il s'agit d'une neuro-syphilis, susceptible d'être associée d'ailleurs à l'encéphalite. Celle-ci peut évoluer chez un malade tabétique.

M. Georges Guillain a plusieurs fois déja attiré l'attention sur l'existence du signe d'Argyll-Robertson dans les lésions non syphilitiques du pédoncule, mais il estime que ce signe conserve, ainsi que Babinski l'a montré, une valeur de premier ordre dans la séméiologie des affections syphilitiques du névraxe. Lorsque le signe d'Argyll est constaté chez un malade supposé atteint d'encéphalite, il est nécessaire de rechercher, par la ponction lombaire, les caractères du liquide céphalo-rachidien. Dans un cas qu'il vient d'observer avec MM. Jacquet et Léchelle, il a pu ainsi établir la nature syphilitique de l'affection. Le liquide céphalo-rachidien offrait, en effet, tous les caractères de la syphilis nerveuse : Wassermann positif, réaction du benjoin colloïdal positive, 0 gr. 40 d'albumine au rachi-albuminimètre de Sicard, 10 lymphocytes à la cellule de Nageotte.

Vaccinothérapie de l'asthme.

(M. J. Minet. — *Société méd. des hôpitaux.*)

M. Minet a pratiqué quelques essais de vaccinothérapie des affections des voies respiratoires. Les vaccins qu'il emploie sont préparés sur les bases suivantes.

Une analyse bactériologique de l'expectoration du malade est faite pendant trois jours. On note, par exemple, comme moyenne d'un champ opératoire, 70 staphylocoques, 20 streptocoques et 10 tétragènes. On établit un vaccin d'après ces chiffres à l'aide de solutions mères prêtes d'avance; on le répartit en ampoules et on le porte à une température convenable.

M. Minet a appliqué cette méthode chez 3 asthmatiques. Deux de ces malades, dont l'état avait résisté aux remèdes habituels, et qui menaient une existence des plus pénibles, peuvent être considérés comme guéris — sauf récidive ultérieure, bien entendu.

Septicémie à pneumocoques primitive.

(MM. Ménétrier et Levesque. — *Société méd. des hôpitaux.*)

L'observation de M. Ménétrier est un type de septicémie à pneumocoques, évoluant seule, sans localisation. Début brusque (40°), chute rapide de la température au cinquième jour, comme nous sommes habitués à le voir dans les affections pneumococciques. Pendant cette phase septicémique, intégrité complète des voies digestives, absence totale de tuphos. L'hémoculture montra qu'il s'agissait de septicémie à pneumocoques. A cette première phase, succéda une seconde qui comporta un peu de pleurésie sèche.

Cette observation contraste par sa bénignité avec la plupart des autres cas du même genre publiés.

L'état hépato-rénal dans l'ulcus gastrique.

(MM. Le Noir, Ch. Richet fils et Jacquelin. — *Société méd. des hôpitaux.*)

M. Le Noir revient sur la question des lésions latentes hépatiques et rénales dans l'ulcus gastrique.

Avec MM. Richet fils et Jacquelin, il a recherché dans 38 cas d'ulcères de l'estomac l'état du fonctionnement rénal par l'appréciation de l'azotémie,


LA TRIPLE ACTION DES PILULES DOUMER
AU BLEU DE MÉTHYLÈNE PUR
PILULES
DOUMER
DOSÉES à 5cg. de
BLEU DE MÉTHYLÈNE
PUR
PALUDISME
FIÈVRE
TYPHOÏDE
FÉBRIFUGE
ANTISEPTIQUE
ENTÉRITE BACILLAIRE
GRIPPE
BLENNORRHAGIE
ANALGÉSIQUE
NÉVRITES, SCIATIQUE
ANGINE DE POITRINE
Prescrire: 6 à 10 Pilules
espacées dans la journée
Echantillons et Littérature
PHARMACIE BOMEL ANNONAY (Ardèche)

et l'état du fonctionnement hépatique par l'appréciation de l'hémoclasie digestive. Ces deux tests biologiques, l'azotémie et l'hémoclasie, lui ont montré que l'insuffisance rénale est assez fréquente et que l'insuffisance hépatique l'est plus encore, au cours de l'ulcus gastrique.

M. Abrami a pu confirmer, avec M. Widal, les conclusions de M. Le Noir. Chez une femme atteinte d'ulcus gastrique, l'insuffisance protéopexique du foie, décelée par l'épreuve de l'hémoclasie alimentaire, existait, malgré une apparence clinique du foie entièrement normale. La fréquence de l'insuffisance protéopexique du foie au cours des ulcères de l'estomac est d'autant plus intéressante à noter que ce trouble semble faire défaut dans les hyperchlorhydries simples. On sait que M. Gandy fait jouer un rôle important aux altérations hépato-rénales dans la pathogénie de l'ulcus gastrique.

Tréponèmurie au cours de la syphilis secondaire.

(MM. N. Fiessinger et J. Huber. — *Société méd. des hôpitaux.*)

La recherche du tréponème dans les urines des syphilitiques doit s'accompagner de quelques précautions pour éviter certaines erreurs, les contaminations par la flore préputiale, en particulier. Pierre Paul Lévy et Guilhé conseillent de nettoyer le méat uréthral à l'eau bouillie et au permanganate, de recueillir seulement l'urine de la deuxième moitié de la miction, et de ne classer comme tréponèmes que des éléments de 8 à 16 μ de longueur, avec 10 à 15 spires régulières.

Dans ces conditions, on peut rencontrer quelquefois — assez rarement — des tréponèmes dans l'urine. M. Pierre Paul Lévy a trouvé une fois des tréponèmes sur 32 examens. M. Fiessinger signale un cas où l'examen a été également positif.

Au début de la roséole syphilitique, l'élimination de tréponèmes par les urines est donc parfois réelle. Elle s'accompagne, selon les cas, d'un fonctionnement rénal parfait (P. P. Lévy), des signes de grande néphrite (Hoffmann), ou d'une simple albuminurie légère (Fiessinger.)

Les bouillons de Delbet dans le traitement de l'érysipèle des nouveau-nés.

(MM. Boidin et Tierny. — *Société médicale des hôpitaux.*)

MM. Boidin et Tierny ont traité au Bastion 29 12 nouveau-nés atteints d'érysipèle par les bouillons de Delbet. Ils ont obtenu 7 guérisons alors que, par les médications antérieures, les 12 cas traités précédemment n'avaient donné qu'une guérison. Les doses, assez fortes (un centim. cube et 1 cent. c. 1/2), ont été bien tolérées.

M. Lesné remarque que la gravité habituelle de l'érysipèle des nouveau-nés rend ces résultats des plus intéressants. Il emploie personnellement avec avantage les badigeonnages quotidiens avec une solution aqueuse d'acide picrique à 5 pour 1000.

La maladie de Schlatter.

(M. Barbarin. — *Société de médecine de Paris.*)

On désigne sous le nom de maladie de Schlatter une lésion de l'apophyse antérieure du tibia observée chez l'adolescent de 13 à 15 ans et presque exclusivement chez le garçon. Elle se caractérise par une hypertrophie de cette apophyse, des symptômes douloureux assez fugaces, une réaction (inconstante) sur la partie inférieure de l'articulation du genou, et une évolution bénigne.

L'origine de la maladie est discutée. Les uns y voient les conséquences d'un traumatisme, les autres pensent à une apophysite ou épiphysite de croissance. M. Barbarin a toujours trouvé à l'origine un traumatisme sur lequel s'est greffé une poussée légère d'ostéite.

Le traitement est simple. Un peu de repos sans appareil, l'application de pansements humides si l'évolution est aiguë, de teinture d'iode dans les poussées douloureuses, l'abstention de tout exercice sportif pendant quelques jours, suffisent. Les rechutes sont fréquentes.

Un cas mortel d'abcès de l'amygdale.

(M. Couley. — *Société de médecine de Nancy.*)

M. Couley a observé un cas de phlegmon amygdalien qui a causé la mort en 4 jours. Les signes cliniques, modérés du côté amygdalien, étaient plus marqués au niveau du cou. Mort assez rapide, au retour d'une sortie du malade en ville.

L'autopsie a montré un vaste foyer purulent sous-amygdalien, se continuant avec un phlegmon du cou. La suppuration cervico-pharyngée se compliquait de pleurésie à épanchement séro-purulent et de dégénérescence péricardique.

P. L.

Recherches sur l'action antianaphylactique des eaux de Cauterets.

(MM. Flurin et Armengaud. — *Société d'hydrologie médicale.*)

MM. Flurin et Armengaud rendent compte des expériences qu'ils ont conduites en septembre 1920 pour rechercher l'action antianaphylactique des eaux de Cauterets. Ils montrent en quoi la technique indiquée par la Société d'hydrologie a été défectueuse, en particulier par le choix de l'animal. Le lapin se prête mal aux expériences sur l'anaphylaxie. Ils insistent sur ce fait que les troubles anaphylactiques de l'appareil respiratoire ne sont pas résumés par le seul syndrome clinique de l'asthme essentiel, mais que certaines poussées évolutives des inflammations chroniques de la muqueuse respiratoire sont sous la dépendance de viciations hu-



morales qui ne sont autres que des déséquilibres fonctionnels généraux, manifestations eux-mêmes d'anaphylaxie.

Ils font aussi remarquer que les études sur l'action antianaphylactique des eaux ne doivent pas être limitées aux eaux minérales dites indéterminées, mais doivent être étendues aux eaux déterminées dont la présence d'un médicament bien défini, comme le soufre, ne suffit pas à expliquer toute l'action.

MM. Mougeot, de Royat, Galup, du Mont-Dore Glénard, de Vichy, apportent à leur tour une importante contribution à cette question encore si peu connue de l'anaphylaxie.

Contribution à l'histoire des eaux minérales françaises : Meynès Montfrin avant 1789.

(M. R. Molinéry.— *Société d'hydrologie médicale.*)

Continuant la série de ses esquisses d'hydrologie, l'auteur rappelle l'importance de Meynès Montfrin aux 15e, 16e et 17e siècles. La cure de François 1er, le séjour de Charles-Quint, de Marguerite de Valois, de Louis XIII ; les intéressants mémoires de Lucante « Médecin du Roy » font l'objet d'une attachante étude d'après de beaux documents inédits fournis par M. l'abbé Durand, de Nîmes, et le fond français de la Bibliothèque nationale.

De la modification de la tension artérielle au cours d'une cure chlorurée sodique.

(M. David. — *Société d'hydrologie médicale.*)

Petit travail documenté établissant à l'aide de plusieurs graphiques que la cure chlorurée sodique relève et augmente la tension artérielle des hypotendus et des hypoazoturiques, d'abord passagèrement, puis d'une façon de plus en plus marquée avec stabilisation vers la fin du traitement thermal.

La présence d'acide sulfhydrique libre dans les gaz thermaux de Royat.

M. Mougeot (de Royat).

L'auteur, en collaboration avec MM. Billard et Dagniac, l'a constatée alors qu'aucune des analyses précédentes n'en avaient fait mention.

Secousses fibrillaires chez l'enfant en convalescence.

(M. Jumon. — *Société d'hydrologie médicale.*)

L'auteur a observé chez de nombreux enfants en convalescence de diverses maladies, des secousses fibrillaires des muscles des membres inférieurs perceptibles sur l'enfant couché dans l'immobilité absolue. Si ces secousses relèvent d'une pathogénie variable, il a paru que dans presque tous les cas elles étaient favorablement influencées par la cure arsenicale, bien que ce ne fût pas pour ce symptôme que les malades étaient dirigés sur la station.

De la substitution à l'huile de cade des solutions essentielles de diphénols et d'éther des diphénols.

M. R. Huerre. — *Société de thérapeutique.*

Il est aussi banal de parler de l'activité thérapeutique de l'huile de cade que de ses inconvénients : couleur, viscosité, odeur ; certains la jugent intolérable. D'où les efforts répétés de la chimie pharmaceutique pour la décolorer, la désodoriser. L'obtention de l'oléocade montre que ces efforts n'ont pas été stériles.

Une autre orientation pouvait être donnée aux recherches : s'efforcer de déterminer les éléments essentiels de l'huile de cade, puis les associer, sans prétendre, d'ailleurs, obtenir un produit pouvant toujours se substituer à l'huile pyrogénée fournie par la distillation sèche du bois de Juniperus Oxycedrus.

Cette note a pour objet d'exposer le résultat des essais poursuivis dans ce sens.

Si les multiples travaux relatifs à l'huile de cade (1) n'ont pas encore permis d'établir rigoureusement sa composition, nous en connaissons cependant les éléments principaux : acides de la série grasse (acétique et homologues) ; corps résineux ; hydrocarbures ; phénols et éthers de phénols.

Quels peuvent être, parmi ces corps, les éléments thérapeutiques actifs ? Il est difficile de les déterminer *a priori* ; il ne semble cependant pas qu'un rôle important puisse être attribué aux acides gras et aux matières résineuses.

Il n'en est pas de même pour les hydrocarbures : ils représentent d'abord une part très importante de l'huile de cade (au moins 50 %), de sorte que l'on peut considérer, schématiquement, l'huile de cade comme une solution hydrocarburée de divers principes.

En outre, la moindre activité d'huiles pyrogénées à carbures différents de ceux que contient l'huile de cade (par exemple l'huile de cade dite vétérinaire, généralement constituée par de l'huile légère de goudron de pins) permet de conclure à la valeur thérapeutique de l'élément carbure.

Enfin, l'activité de l'essence de cèdre, composée surtout de carbures voisins des carbures de l'huile de cade, a été établie.

Quant aux phénols et éthers de phénols que contient l'huile de cade, leur rôle doit être capital. Les éléments essentiels de l'huile de cade semblent donc être les carbures et les dérivés phénolés.

Quels sont ces carbures ? Des sesquiterpènes ; 60 gr. environ (par litre d'huile de cade) de cadinène gauche donnant avec les hydracides des sels bien cristallisés, et, surtout, un sesquiterpène qui serait un cadinène inactif, donnant avec HCl un dichlorhydrate incristallisable.

(1) Pour la bibliographie de la question, voir : Pépin, recherches sur l'huile de cade. *Thèse* de doctorat en pharmacie, Paris, 1908.

Où trouver l'équivalent hydrocarburé de l'huile de cade ? L'étude partiellement inédite de l'essence de bois de cadier poursuivie depuis plusieurs années (1) en même temps que celle de l'action de la chaleur sur le bois de Juniperus Oxycedrus, a permis d'établir :

a) Que cette essence contient au moins 15 % de cadinène gauche, identique au cadinène de l'huile de cade, à côté d'hydrocarbures bouillant de 260° à 280° et ne donnant pas de sels cristallisés avec les hydracides.

b) Le passage dans l'huile de cade, démontré par le rendement en huile pyrogénée suivant que l'on emploie du bois privé ou non d'essence.

L'essence de cadier représente donc le véhicule idéal pour obtenir, par dissolution d'éléments utiles, une huile de cade artificielle. Mais le faible rendement du bois d'oxycèdre en essence incitait à adjoindre à l'huile essentielle de cadier une autre substance, de composition voisine, et de prix de revient inférieur.

Les travaux de Rousset (2) ont établi que l'essence de cèdre de Virginie était principalement composée de cédrène, carbure voisin des sesquiterpines de l'huile de cade, qui ne donne pas (expériences de Rousset et expériences personnelles) de chlorhydrate cristallisé avec HCl.

A un autre point de vue, cette essence a une valeur thérapeutique indéniable (3).

C'est donc dans un mélange d'essence de cadier et d'essence de cèdre que nous dissoudrons les phénols et éthers de phénols que contient l'huile de cade. Les auteurs y ont trouvé de 7 à 10 % de dérivés phénolés. Une huile de cade que j'ai préparée moi-même en renfermait 7 % ; on sait que ces phénols sont constitués par de la pyrocatéchine, du gaïacol, du méthylgaïacol, de l'éthylgaïacol et du propylgaïacol.

On pourrait retirer de l'huile de cade ces éthers de la pyrocatéchine et de ses homologues ; il est plus simple d'extraire ceux qu'on ne trouve pas dans le commerce des créosotes et des huiles lourdes de créosote. C'est ainsi que j'ai obtenu le méthylgaïacol, l'éthylgaïacol et le propylgaïacol.

J'ai constaté la solubilité de tous ces corps dans le mélange d'essence de cadier et d'essence de cèdre, ce qui permet de proposer la formule suivante :

Pyrocatéchine	0 gr. 50
Gaïacol	0 gr. 50
Propylgaïacol	1 gr.
Ethylgaïacol	2 gr.
Méthylgaïacol	4 gr.
Essence de cadier	30 gr.
Essence de cèdre	70 gr.

(1) *Bull. Soc. thérapeutique*, 1904, n° 9, p. 275, *Journal de Pharmacie et de Chimie*, 1er nov. 1915, 16 janv. 1919, 1er fév. 1919, 1er mai 1920.

(2) *Bulletin Société chimique*, 5 mai 1897.

(3) R. Sabouraud. L'huile de cèdre comme succédané de l'huile de cade. *La Clinique*, 5 janvier 1912.

Une semblable solution constitue un liquide très légèrement jaunâtre, d'odeur agréable, miscible à tous les excipients solides ou liquides (vaseline, lanoline, axonge, huiles) et pouvant revêtir les formes pharmaceutiques les plus variées : collodion, traumaticine, vernis, colle, glycérolé, etc.

L'expérience montrera si, comme on est en droit de le supposer, cette association médicamenteuse donnera des résultats comparables à ceux que l'on obtient avec l'huile de cade dans le traitement des dermatoses (1).

BIBLIOGRAPHIE CRITIQUE

Revue des Livres.

CHEZ LE FRANÇOIS

Editeur, 91, Boul. St-Germain, Paris.

O. Josué et M. Parturier. — **Les cardio-rénaux.**

Ce livre comble une lacune importante de la littérature médicale. Il n'existait en effet aucun ouvrage sur cette question, qui n'a jamais été d'ailleurs bien définie, et c'est à peine si les traités de médecine les plus complets consacrent quelques pages au rein cardiaque et à l'asystolie cardio-rénale. Les travaux que MM. O. Josué et M. Parturier poursuivent depuis plusieurs années, sur la fonction rénale chez les cardiaques et les cardio-rénaux, leurs études cliniques sur les syndromes rénaux de l'asystolie, les conduisent aujourd'hui à une conception nouvelle des syndromes cardio-rénaux, dont ils établissent la signification dans un ouvrage où l'originalité de la forme et de la pensée rompt délibérément avec les formules et les clichés en usage.

Clair, précis, concis, l'ouvrage contient en somme tout ce qu'il faut savoir sur l'insuffisance cardiaque, sur l'insuffisance rénale et sur les relations pathologiques qui unissent le cœur et les reins. Il apporte de la lumière et de la logique dans la question, jusqu'à ce jour encore très obscure et confuse, des cardio-rénaux.

CHEZ MASSON ET Cie.

Editeurs, 120, boulev. St-Germain, Paris.

A. Barbé. — **Examen des aliénés.**

Ce livre constitue une mise au point de nos connaissances actuelles dans le domaine objectif et biologique de la médecine mentale. A ce titre il est intéressant, et mérite de prendre place dans la bibliothèque du praticien.

(1) Communication à la Soc. de thérapeutique, 13 oct. 1920.

A. TERSON.— **Ophtalmologie du médecin praticien.** 2e édition.

Ce volume a été revu, corrigé et augmenté. Nul doute que cette deuxième édition rencontre un succès aussi complet que la première.

Après l'*examen clinique* et *séméiologique*, réalisé avec un outillage réduit, mais avec ordre et patience, viennent : l'adaptation du praticien au traitement, *local* et *général*, le *traitement d'urgence des blessures* de l'œil, les syndromes et le traitement des maladies de l'*orbite*, des *paupières*, des *nerfs et muscles* de l'œil, de la *conjonctive* et de la *cornée*, de l'*iris* et du *cristallin*. Le *glaucome* et le traitement d'*attente* dans les maladies du *fond de l'œil*, avant l'ophtalmoscopie, les anomalies de la réfraction, les amauroses et la simulation, enfin les *localisations oculaires des maladies générales*, les indications de l'ablation de l'œil et de la prothèse, l'amélioration du sort des aveugles, la *prophylaxie* personnelle et sociale *des affections oculaires*, les signes et réactifs oculaires de la mort.

CHEZ MALOINE ET FILS

Editeurs, 27, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris.

Traité SERGENT. — Tome IX. **Glandes endocrines et sympathiques.**

Le groupement, dans un même volume, de l'étude des syndromes endocridiens et de la pathologie du sympathique, procède de la conception qui fait de l'ensemble des diverses glandes endocrines un véritable système dont les synergies et antagonismes fonctionnels sont réglés par l'innervation sympathique qui relie ces glandes entre elles. Cette conception, établie sur les données expérimentales et cliniques, introduit en physiologie et en médecine la notion de l'existence d'un organe complexe qu'on pourrait appeler l'*appareil sympathico-endocrinien*.

La charpente générale du volume est construite sur cette notion. Elle est magistralement tracée dans une introduction, due à la plume de M. Lereboullet. Les différents syndromes endocriniens et les principaux syndromes sympathiques actuellement classés sont décrits avec une précision éclairée par M. Harvier, tandis que M. Guillaume donne une fort intéressante synthèse de ses études sur l'anatomie et la pathologie du sympathique. Les notions de pharmacologie, indispensables à tout médecin qui veut se familiariser avec le maniement de l'opothérapie, sont résumées par M. Carrion en quelques pages fort instructives.

CHEZ LEGRAND

Editeur, 93, Boulevard St-Germain, Paris

M. CAILLAUD.— **Guide du médecin oculiste dans les accidents du travail.**

Dans la nouvelle édition de ce guide, le Dr Caillaud fait état des nouveaux textes de lois et décrets concernant les accidents du travail. En particulier, il commente longuement les difficultés d'application du tarif Breton.

Puis, il s'étend longuement sur la question des expertises, permettant ainsi à tout médecin, chargé d'un rapport, de pouvoir remplir facilement la mission à lui confiée. L'ouvrage fait connaître les droits et devoirs du médecin expert dans les divers actes de l'expertise. Enfin il renseigne l'expert sur la taxation de ses honoraires, soit d'après le nouveau tarif du 5 octobre 1920, soit sur le tarif civil de 1807.

Revue des Thèses.

Thèse de Paris.

Dr Maurice LOSSEDAT. — **La médication intense par la teinture d'iode.** (Ollier-Henry, 26, rue Monsieur-le Prince.)

Pour une telle médication, il faut, dit l'auteur, utiliser du lait de bonne qualité et de la teinture d'iode fraîche, prescrire la dose totale *pro die* fractionnée en deux ou trois prises, faire ingérer le lait iodé dans l'intervalle des repas, commencer par de petites doses et arriver aux doses élevées très progressivement, ordonner une administration prolongée de la teinture d'iode par périodes de vingt à trente jours séparées par des intervalles de repos de dix à quinze jours.

La posologie est très élastique, du fait du peu de toxicité de la caséine iodée. Elle varie suivant l'âge du sujet et la nature de l'affection. Chez l'adulte, la dose quotidienne varie de 30 à 300 gouttes par jour, correspondant respectivement à 0 gr. 05 centigrammes et 0 gr. 50 centigrammes d'iode métalloïdique.

Ses indications sont celles de la médication iodée en général, mais plus particulièrement :

Les adénopathies et surtout les adénopathies de l'enfance ;

La tuberculose pulmonaire, surtout ses formes fibreuses et la tuberculose des gens âgés. On évitera de l'employer dans les formes congestives ;

L'asthme, l'emphysème et les scléroses pulmonaires ;

Les scléroses myocardiques rénales et artérielles.

Elle est encore indiquée dans les maladies infectieuses, spécialement dans la fièvre typhoïde, dans la prophylaxie et le traitement de la grippe.

Dr Robert DELARUE. — **De l'intoxication chronique par le benzol.** (Jouve et Cie, éditeurs.)

Dans quelques cas particuliers, d'ailleurs très rares, conclut R. Delarue, l'intoxication évolue sous le tableau clinique d'un purpura hémorragique grave et la mort survient rapidement. Cette

(1)



forme s'observe surtout chez des jeunes filles, qui sont toujours très sensibles à l'action du benzol.

Mais le plus souvent, on trouve une anémie de type spécial dont la guérison est la règle, dès que la cause d'intoxication est supprimée, mais la convalescence est longue et le pronostic à distance doit être réservé.

Dr Emile FOUCHER. — **Contribution à l'étude de la douleur et des spasmes d'origine névritique dans les moignons d'amputation.** (Jouve et Cie, éditeurs.)

Pour l'auteur, le traitement devra être institué dès le diagnostic posé.

Il sera avant tout chirurgical, consistera en la résection haute de tous les nerfs suspects, quand les lésions seront bien limitées.

Il sera médical quand les lésions seront trop avancées ou quand on aura des raisons pour ne pas intervenir (diabète, albuminurie).

On aura recours dans ce cas :

A l'électrothérapie (galvanothérapie ou ionothérapie) ;

A la radiothérapie, qui semble donner d'excellents résultats.

Dr HERRERA. — **Considérations générales sur les analyses médico-légales.** (Jouve et Cie, éditeurs.)

L'auteur demande que l'autopsie médico-légale soit complète, même lorsque le cas parait très simple, pour éviter toute contestation ultérieure ;

Le médecin-légiste doit aboutir à des conclusions nettes et précises, mais ne rien affirmer dont il ne soit absolument certain ;

Chaque jour, de nouvelles recherches, dont nous avons exposé un certain nombre, tendent à éclaircir les points encore obscurs et à permettre la solution de problème qui arrêtaient le médecin-légiste. Toutefois celui-ci doit savoir rester dans le doute quand il convient ; il lui est nécessaire de critiquer attentivement les causes d'erreurs et d'avouer au besoin son impuissance à trancher une difficulté ;

L'observation d'une technique précise et d'une méthode rigoureuse dans la pratique des autopsies sont les conditions essentielles d'une expertise médico-légale correcte.

Dr AGNÈS SCHEINISS. — **Contribution à l'étude des chondromes.** (Jouve et Cie, éditeurs.)

Dr Jean CREUSOT. — **Les pseudo-perforations intestinales au cours des infections à pneumocoques.** (Jouve et Cie, éditeurs.)

La septicémie pneumococcique, dit J. Creuzot, est susceptible de réaliser un syndrome de pseudo-perforation comparable à celui de la fièvre typhoïde.

Le traitement sera subordonné au diagnostic : il faudra s'abstenir de toute opération et se borner à l'expectation armée avec l'opium, diète, glace sur le ventre, médication générale par le sérum sous-cutané, les métaux colloïdaux et les toni-cardiaques.

Dr Gaston LARUE. — **Etude toxicologique de la paraldéhyde.** (Jouve et Cie, éditeurs.)

Pour G. Larue, l'absorption de la paraldéhyde est extrêmement rapide puisqu'il s'en répartit dans l'organisme plus des deux tiers de la quantité introduite dans l'estomac d'un chien, en moins d'une heure ;

La paraldéhyde obéit aux mêmes lois de diffusion homogène que l'alcool.

La durée de son oxydation intra-organique est courte.

La dose mortelle pour le chien abandonné à ses seuls moyens de défense physiologique correspond sensiblement à 2 gr. 50 par kilogramme d'animal.

Dr Raoul BARREY. — **Etat actuel de la lutte sociale contre le cancer en France.** (Jouve et Cie, éditeurs.)

Lutte, conclut l'auteur, restée à l'état embryonnaire, poursuivie surtout grâce à l'initiative privée.

Les différentes œuvres se proposant la lutte contre le cancer en France se répartissent en deux groupes :

Œuvres d'assistance. — Œuvres du Calvaire, hôpital Saint-Michel, service de l'Assistance publique (Brévannes, Bicêtre, la Salpêtrière, Ivry).

b) *Œuvres scientifiques.* — Association française pour l'étude du cancer. Ligue franco-anglo-américaine contre le cancer. Institut du radium de l'Université de Paris.

En l'état actuel, il est impossible de songer à égaler la puissance des organisations étrangères, il serait à souhaiter que l'Institut du radium, continuant son développement, devienne pour la radiumthérapie ce qu'est l'Institut Pasteur pour la préparation des sérums et vaccins.

G. S.

PARTIE PROFESSIONNELLE

LA VIE SYNDICALE ET PROFESSIONNELLE

I

Le tarif étatique des soins médicaux aux pensionnés de guerre.

Syndicat des médecins de la Seine.

Décision du Syndicat.

Se conformant à la circulaire du 10 mars 1921 de l'Union des Syndicats médicaux de France, signée par son secrétaire général, le Dr Lafontaine, le S. M. S. vous envoie la directive suivante :

Attendu que d'une part :

1° Les tarifs n'ont pas été établis après entente avec le corps médical, qu'ils sont imposés par l'administration et qu'il s'agit de la première tentative de taxation d'Etat des honoraires ;

2° Que le libre choix du blessé n'est pas respecté puisqu'il ne peut choisir son chirurgien et qu'il doit aller à l'hôpital dont il relève, comme un indigent;

3° Que le tarif Breton concernant les accidentés du travail, aurait été accepté par le Conseil de l'Union, au moins provisoirement, et que ce tarif n'est même pas adopté, ce qui met les mutilés et les réformés de guerre dans une situation inférieure à celle des accidentés du travail.

4° Que rien n'est prévu ni pour les spécialistes, ni pour les soins spéciaux exécutés par le médecin traitant lui-même ;

5° Que pour nos confrères de province, les frais de déplacement des médecins sont insuffisamment étudiés.

Attendu d'autre part :

Que personne n'a le droit d'imposer un tarif à un médecin traitant.

A partir d'aujourd'hui, les bénéficiaires de la loi seront soignés comme des clients ordinaires, ils payeront leur médecin au tarif ordinaire ; le médecin fera son ordonnance sur son papier habituel. Il se refusera absolument à remplir un papier administratif quelconque et il délivrera un reçu timbré, s'il y a lieu, des honoraires perçus.

Dans le cas, où la situation du malade ne lui permettrait pas d'honorer le médecin, le malade recevra néanmoins les soins médicaux. Son nom sera communiqué au syndicat médical local à fin d'enquête. Même dans ce cas, aucun papier administratif ne sera rempli.

Tout médecin doit activer la propagande auprès de ses confrères et auprès des bénéficiaires de la loi. Il faut faire comprendre à ces derniers que le libre choix leur est refusé et que les médecins ne peuvent accepter de l'administration des tarifs qu'elle prétend leur imposer.

Pour la livraison des médicaments, les bénéficiaires de la loi doivent s'adresser au préfet ou au ministre. Les préfets peuvent permettre la délivrance des médicaments de deux manières : 1° en acceptant purement et simplement l'ordonnance délivrée par les médecins, sur laquelle le pharmacien sera autorisé à étiqueter la coupure du livret ; 2° en faisant timbrer à la mairie les ordonnances délivrées par le médecin. Ces deux procédés ont déjà été employés dans quelques départements, ils peuvent donc l'être partout sous la pression des bénéficiaires de la loi.

Pour le règlement de l'arriéré, n'acceptez rien avant d'avoir reçu des instructions. Refusez d'entrer en pourparlers avec les autorites locales pour la mise en application du tarif Maginot. Que les médecins des grandes villes surtout ne cèdent pas alors qu'ils peuvent paraître avoir satisfaction. Il faut un accord complet entre tous les médecins ; n'oubliez jamais que l'administration ne cherche qu'à nous diviser pour règner.

Le Secrétaire général :
Dr F. Jayle.

***

Tribune des Mutilés (1).

Aussitôt après le vote de la loi du 31 mars 1919, dont l'article 64 assurait aux réformés la gratuité des soins médicaux et pharmaceutiques pour la blessure ou la maladie contractée ou aggravée en service, le sous-secrétaire d'Etat du ministère de l'Intérieur, chargé de l'application de cet article, entra en rapport avec les associations professionnelles de médecins pour réaliser l'accord prévu par la loi.

Les médecins demandaient :

1° L'application du libre choix du médecin par le malade, conformément aux dispositions légales ;

2° Le payement à la visite à l'exclusion de toute indemnité forfaitaire ;

3° Le droit pour le malade de se faire soigner dans une clinique de préférence à l'hôpital ;

4° La création d'une commission composée d'un tiers de mutilés, d'un tiers de médecins et d'un tiers de représentants du gouvernement, qui serait chargée de règler tous les différends auxquels l'application de l'article 64 pourrait donner lieu ;

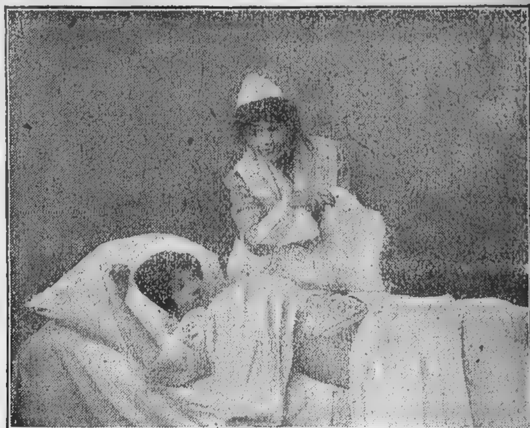
5° Le droit pour les médecins d'employer toutes les ressources de la thérapeutique (spécialités, eaux minérales) etc..

Tant que les pourparlers furent menés par le

(1) Ere *Nouvelle*, 20 mars 1921.



Application de l'**ANTIPHLOGISTINE** dans les cas de Lymphangites et Abcès du Sein.



Application de l'**ANTIPHLOGISTINE** dans les Affections intestinales, utérines, etc.

Antiphlogistine

MARQUE DEPOSEE

Glycéroplasme hydrophile, à chaleur constante et durable

(S'emploie chauffée au bain-marie à 40° environ, recouverte de coton hydrophile; après 24 ou 48 heures se détache facilement).

Indications de l'Antiphlogistine

Furoncles; Abcès; Phlegmons; Abcès du sein. Angines; Laryngites; Bronchites; Pneumonie. Arthrites; Synovites; Entorses; Rhumatismes. En Gynécologie.



Application de l'**ANTIPHLOGISTINE** dans les cas de Conjonctivite, etc.



Application de l'**ANTIPHLOGISTINE** dans les cas de Plaies Variqueuses.

En Vente dans toutes Pharmacies. — Vente en Gros : LABORATOIRE de l'*Antiphlogistine*.

B. TILLIER, pharmacien, 116, rue de la Convention, PARIS Téléphone: Saxe 40-89

sous-secrétaire d'Etat à l'Intérieur, les relations furent cordiales et l'accord était sur le point d'être réalisé lorsque fut créé le ministère des pensions.

Alors tout fut à recommencer. Négligeant les renseignements fournis par les organisations professionnelles de l'Union des Syndicats, le ministre s'adressa clandestinement aux préfets et, d'atermoiements en atermoiements, il lassa la patience des médecins, et, désespérant d'arriver à un accord, il fit introduire dans la loi des finances des dispositions modifiant l'article 64 et dispensant le ministre de réaliser un accord avec les associations médicales.

Fort de cette modification, il fit préparer un décret et émit la prétention de l'imposer aux médecins.

Devant cette modification, les associations médicales décidèrent d'inviter leurs adhérents à traiter les bénéficiaires de l'article 64 comme des clients ordinaires à partir du 1er février 1921.

Qui fait les frais de ces dissentiments ? Le mutilé.

Nous, les mutilés, nous savons que depuis deux ans les médecins nous soignent sans recevoir de l'Etat la moindre rémunération, nous savons que jamais les médecins ne manqueront à leur devoir professionnel et soigneront toujours leurs camarades victimes de la guerre. Mais nous n'ignorons pas que le gouvernement, pouvoir exécutif, en l'espèce le ministre des pensions, est chargé de faire appliquer les lois et nous lui disons : « Nous voulons que l'article 64 de la loi du 31 mars 1919 soit appliqué dans son intégralité. Nous avons suffisamment montré notre patience et notre confiance en un règlement équitable pour qu'il nous soit permis d'espérer mieux que ces dissentiments entre ministre et médecins. Il est des soins qui ne peuvent attendre.

UN GROUPE DE MUTILÉS.

***

L'insuffisance du tarif médical compromet les largesses du tarif pharmaceutique.

« Avec une hauteur de vue remarquable, disait M. Maginot à Béziers, l'entente avec le Syndicat des Pharmaciens est réalisée... »

Peut-on parler de hauteur de vue, quand des tarifs aussi ridiculement élevés que ceux ci-dessous ont été accordés aux pharmaciens :

Huile de foie de morue, le litre	
vendu au public	14 fr.
payé par l'Etat	20 fr.
Thermomètre, vendu au public	13 fr.
payé par l'Etat	25 fr.
Etc. Etc...	

N'est-ce pas caractéristique de l'incohérence de notre bonne Administration ? On donne à pleines mains d'un côté, et l'on serre d'autre part les cordons de la bourse...

Dr S... (Isère)

II

Syndicat des Chirurgiens d'urgence
(Accidents de la voie publique et du travail)

28, *rue Serpente, Paris.*

Sous ce titre vient d'être créé un nouveau syndicat qui a pour but :

1° De grouper tous les médecins indépendants s'occupant spécialement de chirurgie traumatique.

2° De coopérer à l'étude de toute législation nouvelle concernant les accidents.

3° *D'épurer* la pratique des accidents du travail en surveillant de très près l'application par tous : *médecins, pharmaciens, chefs d'entreprise et assurances,* des lois actuelles et en particulier de l'article 4 de la loi du 9 avril 1898 et de *l'article II de la loi du* 25 *octobre* 1919 *en vigueur depuis le* 27 *janvier* 1921.

Dans ce but, le nouveau Syndicat veillera spécialement sur la moralité de ses membres. Il ne permettra plus qu'on exploite habilement l'existence de quelques brebis galeuses de la profession pour jeter le discrédit sur toute une catégorie de praticiens honorables, à tel point que le médecin le plus intègre ne peut s'intéresser particulièrement aux accidents du travail, *à moins de s'inféoder à une compagnie d'assurance,* sans risquer de ternir sa réputation professionnelle.

Le *Syndicat le premier,* par son Conseil de famille, *prendra l'initiative de toute sanction, voire même de poursuites judiciaires* contre les médecins coupables d'agissements regrettables.

En revanche, il n'hésitera pas non plus à combattre toute illégalité et en *particulier toute atteinte au libre choix* qu'il pourrait relever contre les chefs d'entreprise, les compagnies d'assurance ou leurs médecins.

Le Syndicat n'a pas voulu retenir les critiques d'avant-guerre et a tenu à accepter tous les confrères qui ont contresigné sincèrement et qui respectent les engagements sévères qu'il exige de ses membres.

Au moment *où l'Union des Syndicats médicaux de France défend avec opiniâtreté la question du libre choix* pour les mutilés de la guerre, l'action du nouveau Syndicat vient à son heure. Il espère que le Corps médical tout entier l'aidera à faire triompher la *liberté et l'indépendance de la profession contre toute tentative de fonctionnarisme médical.*

(*Communiqué*).

III

Société médicale d'éducation physique et de sport

(21 *février* 1921.)

L'éducation physique à l'école primaire. — M. CAYLA fait l'historique des efforts tentés pour obtenir les réformes nécessaires, par la Ligue d'hygiène scolaire, la Société des médecins inspecteurs des

écoles, les Congrès d'hygiène scolaire et d'éducation physique, et enfin par l'Union médicale internationale d'hygiène physique.

Malgré tous ces efforts, la situation actuelle laisse beaucoup à désirer et il est temps de rétablir l'égalité entre l'éducation intellectuelle et sa parente pauvre jusqu'ici, l'éducation physique. M. Cayla indique ensuite comment l'éducation physique devra être donnée dans les villes et dans les campagnes et termine par un appel aux réalisations.

Un échange de vues a lieu ensuite après lequel l'accord se fait sur la nécessité de demander pour l'enfant à l'école primaire une séance quotidienne de grand air consacrée trois fois par semaine à l'éducation physique surveillée et trois fois par semaine aux jeux de son âge.

Quelques recherches sur la pression artérielle au cours de l'exercice. — Mme Houdré apporte les résultats qu'elle a obtenus en prenant la tension artérielle au cours de l'exercice avec l'appareil de MM. Vaquez et Laubry. Elle indique d'abord sa technique et dit ensuite que, de ses diverses expériences, il résulte qu'au cours des exercices observés (gymnastique acrobatique) la tension maxima s'abaisse d'abord légèrement pendant une période qui correspond à l'euphorie de l'exercice, et s'élève ensuite si l'on accélère le rythme ou l'effort de celui-ci, la pression minima ne variant que très peu.

Différents auteurs apportent ensuite leurs résultats et montrent combien il s'agit là de recherches complexes qui doivent être développées et pratiquées avec le maximum de méthode et de précision technique.

Sur le fonctionnement d'une école de culture physique. — M. Winter, interne des hôpitaux, rapporte ce qu'il a vu pendant deux mois en prenant part aux leçons d'une école de culture physique en plein air sur la Côte d'azur. Il en décrit l'organisation matérielle et technique, montre l'état actuel de la collaboration médicale, et comment l'éducateur surveille la valeur fonctionnelle de ses sujets. La méthode employée est de ne pas en avoir une seule, fixe et rigide, mais d'adapter aux différents cas ce qui leur convient des méthodes existantes, avec le souci constant de les appliquer avec une gaieté alliée à la recherche du style et de l'harmonie. M. Winter termine en montrant la valeur du maître qui applique ces idées, le rôle qu'il joue au point de vue de l'éducation et de l'hygiène générales et combien il serait souhaitable de voir se développer la collaboration entre le médecin et l'éducateur physique.

La prochaine réunion de la Société aura lieu le lundi 21 mars avec le programme suivant : étude générale : le dosage de l'exercice ; communications : M. le Pr Langlois : sur quelques signes précoces de a fatigue, Dr A. Richard : le rôle du médecin dans les Sociétés de sport.

Pour renseignements écrire à : Dr A. Richard, 53, av. Trudaine, Paris, IXe.

IV

Nombreux postes de tout repos. Minimum 20.000 fr. On peut doubler avec un peu d'activité. Logement, réduction de 50 % sur les chemins de fer et autres multiples avantages non compris.

Je m'adresse à tous les confrères qui recherchent le poste idéal : 8 heures de travail léger, un jour sur deux, pas de courses nocturnes, plus de responsabilité, plus de rapports désagréables avec les clients mauvais payeurs, ni avec Maginot, créateur de médecins spéciaux, ni avec les assurances chicanières, 20.000 francs de rentes à ne rien faire ou si peu !

Faites comme moi, adressez la lettre suivante à votre inspecteur primaire, — ne bondissez pas à ce mot, le primaire c'est le filon, les pieds commandant la tête dans le siècle où nous vivons — et postulez pour vous et votre femme, une place d'instituteur et d'institutrice. Voici ma demande :

Monsieur l'Inspecteur,

Le budget de l'Instruction publique ayant enflé de 300 millions en dépit d'un déficit de 20 milliards et de la banqueroute qui nous menace à bref délai, *quos vult Jupiter perdere, dementat...* Faut-il traduire ? vous ignorez en effet le latin, Monsieur l'Inspecteur, cette langue étant seulement l'apanage des niais qui crurent jadis que la culture littéraire ferait vivre son homme, j'ai l'honneur de vous demander, pour ma femme et moi, une place de « couple éducateur » devant nous rapporter sous peu 20.000 fr. par an. La médecine nourrissant à peine son homme, vous comprendrez, Monsieur, combien je regrette profondément l'erreur qui me fit donner la préférence à l'enseignement supérieur, coûteux et inutile, au primaire, si rémunérateur de nos jours.

Le hasard ayant fait que vers la quinzième année je décrochai un brevet élémentaire, je bénis la Providence de m'avoir rendu candidat heureux ce jour-là, mais combien je regrette qu'Elle ait semé un grain d'ambition dans mon cœur ! Hélas ! Zeus voulait ma perte.

A l'envoi de mon brevet, je joins : baccalauréat latin-grec, diplômes de P. C. N., de docteur en médecine, chiffons dépréciés en notre siècle.

J'ose espérer, Monsieur l'Inspecteur primaire, que vous me jugerez suffisamment digne et instruit pour enseigner les éléments de l'écriture et de la lecture aux enfants du modeste village auquel vous daignerez m'affecter. Je prends même l'engagement, pour attacher à la terre ces futurs citoyens conscients et organisés, de leur traduire tous les jours :

Fortunate senex ! ergo tua rura manebunt !

Mais je m'arrête, encore un langage que vous ne comprenez pas...

J'ai, Monsieur, l'honneur de vous saluer.

Dr C., aspirant pédagogue.

RECOUVREMENTS D'HONORAIRES MÉDICAUX

M. Louis AUDEBERT, Avocat, *Directeur du Contentieux de Syndicats Médicaux. Administrateur d'immeubles.*

5, rue des Saints-Pères, PARIS, Tél. Saxe 48-53.

Pour toute demande de renseignements écrire à Me Audebert, en joignant un timbre pour la réponse.

AVIS

Changements d'adresses

Nous rappelons à nos lecteurs que toute demande de changement d'adresse doit être accompagnée de 0 fr. 60 en timbres pour frais de réimpression de bande.







HYGIÈNE PUBLIQUE

La Révision de la charte française d'hygiène

(*Suite* (1).

Par le Dr René MARTIAL,

CHAPITRE VIII

Hygiène urbaine, rurale, forestière.

Les divers postes que j'ai occupés au cours de ma carrière d'hygiéniste m'ont démontré directement d'une part, et par comparaison, d'autre part, qu'il n'y a pas de réalisation hygiénique possible toutes les fois que cette réalisation dépend d'un corps élu ou de magistrats élus. Il n'y en a pas davantage lorsque l'hygiéniste dépend de M. Lebureau. Cela est aussi vrai en France qu'au Maroc. En fait, il n'y a pas d'hygiène municipale. Trop d'électeurs ou d'administrations préfèrent être malpropres en toute liberté et aucune ville — à quelques très honorables exceptions près — ne veut charger son budget de dépenses afférant à l'hygiène. Les Français dans leur immense majorité n'ont pas encore compris que ce qu'ils dépenseraient en hygiène, ils l'économiseraient en assistance, et que le rapport des dépenses faites pour l'hygiène se recueille en santé collective et individuelle, en progression dans le nombre et la qualite de la race. Or, quelque brillant paradoxe qu'on y veuille opposer, la qualité ne supplée pas au nombre, et celui-ci complète celle-là dans la vie d'un peuple. La richesse économique étant liée intimement à la santé physique et morale de la race, il s'ensuit que les dépenses d'hygiène sont un placement de premier ordre, et que, si l'on veut bien en calculer le rendement au bout d'une génération, on trouvera que l'hygiène paye un intérêt élevé, et d'autant plus élevé que les générations se succèdent. Je l'ai déjà écrit ici-même, je me suis efforcé de mettre cette vérité en relief toutes les fois que j'en ai eu l'occasion ; je l'ai propagée à Paris, dans le Nord, dans le Languedoc, aujourd'hui au Maroc. Partout même indifférence. L'hygiène est un luxe inutile, une contrainte gênante. Pas une municipalité ne veut s'y intéresser, il n'y a pas d'hygiène urbaine parce que cette hygiène doit être d'État pour échapper à l'étouffement systématique de la part des élus et de M. Lebureau. Au contraire toutes les fois que je n'ai eu à dépendre que de l'autorité centrale, j'ai pu faire quelque chose, et, moins il y a d'intermédiaires entre l'hygiéniste et l'autorité centrale, mieux le premier peut travailler. Les maires, les conseils municipaux, les commissions municipales d'hygiène sont autant d'obstacles à l'action du médecin de collectivités, leurs incompétences spontanément agglutinées font bloc contre l'hygiène. On pourrait aisément dénombrer les maires soucieux de la question du surpeuplement, par exemple, ou de l'hygiène des hôtels et des garnis ou même de l'hygiène hospitalière. Nous propageons nos erreurs parce que nous ne tenons aucun compte de l'avis des hygiénistes, quand nous le leur demandons.

Sauf dans quelques très grandes villes, le problème des ordures ménagères demeure sans solution, l'hygiène industrielle n'est nullement surveillée et les usines polluent rivières, sol et air avec leurs déchets liquides, solides ou gazeux. Quant à l'hygiène des aliments, ce serait une nouveauté révolutionnaire que d'en parler. La loi de 1902 a fait une faillite presque totale en matière d'hygiène urbaine parce qu'elle en a donné la charge et les pouvoirs au maire, magistrat élu et qui veut être réélu. La loi sur les établissements insalubres, incommodes ou dangereux (1810-1915) en a souvent subi le contre-coup. L'hygiène des habitations n'a servi de prétexte qu'à quelques chicanes entre locataires et propriétaires, mais toutes les fois qu'il a fallu en venir à l'expropriation, le propriétaire s'est toujours sauvé dans le maquis de la procédure : enquêtes, commissions, délais, rapports, lui donnent tous les moyens de s'évader. Je considère comme superflu d'aborder ici, après ce qui a déjà été dit précédemment, la question de la désinfection municipale, ni d'allonger encore ce chapitre sur les différents points de l'hygiène urbaine. Je note seulement ce détail que dans la plupart des villes ayant un bureau d'hygiène, son directeur ne fait pas partie de la commission des hôpitaux. Tous ceux des hygiénistes français qui ont une expérience assez longue sont du même avis : l'hygiène municipale n'existe pas, et l'hygiène urbaine ne prendra figure que lorsqu'elle sera d'État. Le rôle de la ville sera tout d'exécution et de finance. Je sais bien qu'insensiblement ceci nous ramène vers le maire de carrière à la fois administrateur et ingénieur, mais cela n'a pas si mal réussi en Allemagne.

La loi de 1902 ne s'est pas préoccupée de l'hygiène rurale et forestière, et les communes n'ont pas profité des possibilités que leur donnaient les lois du 5 avril 1884 et du 22 mars 1890 pour faire de l'hygiène. Ni les maisons d'habitation, ni les locaux d'exploitation, de fabrication campagnards, ni les fermes, ni leurs dépendances ne sont dans notre pays, à la hauteur des applications de la vie ni de la science modernes. C'est en Angleterre qu'il nous faut aller chercher exemple. Pour ma part, je n'ai vu, au cours de mes voyages en France, que deux fermes, propriétés privées, qui soient hygiéniquement construites et tenues. Pas d'évacuation des eaux ni des résidus, des étables obscures et sales, des porcheries puantes, des laiteries dépourvues des moyens de propreté les plus élementaires, tout dans nos fermes est à réformer. Les règlements sanitaires d'habitation qui ne s'appliquent que peu dans les villes de 20.000 habitants et au-dessus ne s'appliquent plus du tout dans les bourgs ou les villages. On n'en a jamais entendu parler. Qui se préoccupe de l'habitation de l'ouvrier

(1) Voir *Concours médical*, nos 7 8, 9 et 10.

agricole ? Quant à l'alimentation en eau potable, mes enquêtes et mes inspections dans le Nord, l'Aisne, l'Hérault, l'Aude, etc., m'ont démontré que ni la protection des eaux, ni leur adduction n'étaient même envisagées.

Toute cette partie de l'hygiène rurale devrait passer au ministère de l'hygiène et ses hygiénistes devraient en avoir la charge. Il y a là tout un champ d'activité d'un intérêt extrême tant au point de vue de la propagande qu'à celui de la construction et du fonctionnement.

Il existe, en hygiène rurale, d'autres grandes questions dont l'étude et la solution dépendent du ministère de l'agriculture ou de celui des travaux publics. Par exemple, la question du dessèchement des marais régie par une série de lois et de règlements qui s'échelonnent de 1807 à 1894, sans préjudice d'us et de coutumes beaucoup plus anciens, comme ceux qui sont encore appliqués dans le Nord et le Pas-de-Calais, dont certains remontent au temps de Colbert. Si, dans beaucoup de circonstances, les opérations d'assèchement sont faites en vue d'un intérêt agricole ou industriel, il n'en est pas moins vrai aujourd'hui, qu'en raison des progrès de la parasitologie et de nos connaissances sur le paludisme, ces mêmes opérations présentent un intérêt prophylactique et hygiénique de premier ordre. De sorte que c'est encore au ministère de l'hygiène, chargé de dresser la carte anophélique de France, que le service de santé militaire commençait lorsque la guerre a cessé, que devrait revenir cette branche rurale et agricole de l'hygiène qu'est l'assèchement des marais. Il devrait avoir la faculté non seulement de faire les recherches, les enquêtes, mais encore de provoquer les travaux soit de simple assainissement soit d'assèchement. Exemple : l'assèchement des marais côtiers des départements de l'Hérault et de l'Aude ou celui de Bournazel, dans l'Aveyron, tous environnés de localités paludéennes. On ne saurait nier que les ministères de l'agriculture et des travaux publics ne doivent prendre part aux travaux : ils demeureront toujours des agents d'exécution, mais c'est au ministère de l'hygiène, en vertu de la nouvelle charte sanitaire française, que devrait revenir le soin des études et la charge de la décision.

Les médecins praticiens disséminés dans toutes les parties de la France pourraient être des guides avertis pour les autorités sanitaires constituées par la nouvelle *loi*.

SOU MÉDICAL

Les membres du Sou médical sont instamment priés de bien vouloir régulariser leur situation en envoyant la cotisation de l'année* 1920 *au trésorier Dr Gassot, à Chevilly (Loiret).

CHRONIQUE DE L'ENSEIGNEMENT

Le nouveau concours de l'internat des hôpitaux de Paris.

Arrêté du directeur de l'administration générale de l'Assistance publique à Paris.

Article premier. — Sont révisés ainsi qu'il suit les articles ci-après du règlement général sur le Service de santé, savoir :

Art. 170. — Tout interne provisoire qui, désigné pour assurer un remplacement, refuse, hors le cas de maladie dûment justifiée, d'occuper le poste qui lui est assigné est rayé de la liste des internes provisoires.

Art. 247. — Les élèves externes reçus au concours ont, seuls, le droit de se présenter pour les places d'interne en médecine.

Ils ne peuvent se présenter à ce concours que quatre fois ; toutefois ceux qui ont accompli une année au moins de service militaire effectif, en vertu des lois du 21 mars 1905 ou du 7 août 1913, peuvent être admis à prendre part à cinq concours.

Les candidats au concours de l'internat en médecine ne sont inscrits à ce concours que sur le vu des pièces suivantes :

1° Un certificat constatant leurs services en qualité d'externe, depuis le 1er mars précédent, sans interruption.

2° Des certificats délivrés par les chefs de service et par les directeurs des établissements dans lesquels ils ont été attachés en qualité d'externe et attestant leur exactitude, leur subordination et leur bonne conduite.

3° Un certificat de scolarité délivré par la Faculté de médecine, constatant qu'ils sont munis de onze inscriptions au moins.

Les candidats désignés pour prendre part aux épreuves définitives doivent, en outre, présenter, avant le 1er octobre, les pièces complémentaires suivantes :

1° Un second certificat délivré par les chefs de service et par les directeurs des établissements dans lesquels ils ont été attachés, en qualité d'externe, attestant qu'ils ont rempli leurs fonctions avec exactitude, zèle et subordination depuis le 1er juillet précédent.

2° Un certificat délivré par la faculté de médecine établissant qu'ils sont munis de leur douzième inscription.

Art. 248. — La nomination aux places vacantes d'interne en médecine fait l'objet d'un concours à deux degrés.

Les candidats sont appelés à subir, dans les premiers jours du mois de juillet, une première épreuve, dite de sélection, et qui a pour objet de restreindre le nombre des compétiteurs au concours définitif.

Le jury de l'épreuve de sélection se compose de

six membres, dont trois médecins, deux chirurgiens et un accoucheur, ce dernier pouvant être remplacé par un oto-rhino-laryngologiste ou un ophtalmologiste, tirés au sort parmi les membres du corps médical des hôpitaux, nommés au cours de la pénultième et de l'antépénultième année.

Les dispositions de l'article 196 relatives à la récusation pour cause de parenté ou d'alliance ne sont pas applicables aux membres de ce jury.

Les juges de l'épreuve de sélection ne peuvent faire partie du jury des épreuves définitives. Il en sera de même de tout membre du corps médical qui, désigné pour faire partie de ce premier jury, se sera récusé, quel que soit le motif invoqué.

Le jury des épreuves définitives se compose de douze membres, dont six médecins, cinq chirurgiens et un accoucheur, tirés au sort parmi les médecins, les chirurgiens et les accoucheurs chefs de service des hôpitaux et hospices, en exercice et honoraires, et parmi les médecins, chirurgiens et accoucheurs des hôpitaux. Peuvent siéger dans le jury un aliéniste, aux lieu et place d'un médecin, et un ophtalmologiste ou un oto-rhino-laryngologiste, aux lieu et place d'un chirurgien.

On mettra en conséquence, dans l'urne, en même temps que les noms des médecins chefs de service et des médecins des hôpitaux, les noms des médecins chefs de service des quartiers d'aliénés de Bicêtre et de la Salpêtrière, en exercice et honoraires, et ceux des médecins adjoints de ces quartiers, et, en même temps que les noms des chirurgiens chefs de service et des chirurgiens des hôpitaux, les noms des ophtalmologistes et des oto-rhino-laryngologistes chefs de service et des ophtalmologistes et des oto-rhino-laryngologistes des hôpitaux.

Art. 249. — Les épreuves du concours de l'internat sont réglées ainsi qu'il suit :

ÉPREUVE DE SÉLECTION. — *Une composition écrite anonyme pour laquelle il est accordé une heure.* — Le sujet de la composition consiste en un questionnaire portant sur six sujets d'anatomie d'un caractère élémentaire. Les questions sont réparties en deux séries de trois, la première série a pour programme : l'ostéologie, l'arthrologie, la myologie, les vaisseaux et nerfs périphériques, les organes des sens ; la seconde porte sur la splanchnologie, le système nerveux central et l'appareil génito-urinaire.

Les candidats rédigent, sur deux copies séparées, les réponses aux deux séries de questions. Les copies ne sont pas signées ; sur chacune d'elles, le candidat inscrit ses nom et prénoms à l'angle supérieur de la première page. Il remet personnellement ses deux copies à l'un des bureaux constitués par un des membres du jury, assisté d'un représentant de l'administration, en la forme déterminée d'après l'avis du Conseil de surveillance en date du 1er février 1906.

Le jury se divise en deux sections pour juger les deux séries de copies, selon une notation de 0 à 15 pour chacune d'elles.

L'une des sections, composée d'un médecin, d'un chirurgien et d'un accoucheur ou d'un spécialiste, juge les questions de la première série. L'autre section, composée de deux médecins et d'un chirurgien, note les copies de la seconde série.

Dans les deux sections, la lecture des copies est faite devant le jury par l'un de ses membres. Les séances du jury ne sont pas publiques.

Une fois la notation terminée, les deux sections du jury se réunissent et elles procèdent à la désignation des candidats admis à prendre part au concours définitif de l'internat. Le classement s'établit d'après la somme des points obtenus par les deux copies revêtues du même numéro d'ordre. Les résultats de cette épreuve, indiqués en points, ne devant pas compter dans le concours définitif, doivent rester ignorés.

Le nombre des candidats appelés à participer au concours définitif est égal au quadruple de celui des places d'internes à pourvoir.

Les internes provisoires en exercice sont dispensés de l'épreuve de sélection, à condition qu'ils ne se soient jamais récusés à l'occasion des remplacements pour lesquels ils ont pu être désignés. Il est, en conséquence, retranché du nombre des candidats à retenir par l'épreuve de sélection, celui des internes provisoires appelés à concourir.

Toutefois, lorsque le nombre des candidats ayant obtenu le point limite pour l'admissibilité comporte un excédent par rapport à cette proportion, ceux-ci sont tous compris dans la liste des admissibles.

Avant de dévoiler les noms cachés sur les copies sélectionnées, on fait disparaître les numéros d'ordre et la notation qui ont servi à la désignation des candidats. Ceux-ci sont classés et présentés par ordre alphabétique sans qu'il soit possible de connaître le point obtenu par chacun d'eux.

ÉPREUVES DÉFINITIVES. — 1° *Trois épreuves écrites* anonymes ;

2° *Une épreuve orale.*

Les trois compositions écrites sont rédigées en trois séances. Celles-ci se succèdent à court intervalle de façon à être terminées, autant que possible, dans un laps maximum de trois jours.

Pour chacune des compositions, une heure et demie est attribuée aux candidats dont une demi-heure pour la réflexion et une heure pour la rédaction. Aucune abréviation dans l'écriture n'est autorisée.

Au commencement de chaque séance, le choix des questions à proposer est arrêté par le jury réuni au complet.

La première composition porte sur l'anatomie, la seconde sur la pathologie interne, la troisième sur la pathologie externe ou les accouchements.

Pour la première composition, le jury doit préciser si la question d'anatomie posée comporte l'histologie et la physiologie correspondantes.

Tout candidat, n'ayant pas participé aux trois épreuves et remis trois copies, est éliminé du concours. Il en sera de même lorsqu'une des copies aura été notée zéro.

Le jury se divise en trois sections pour juger les trois ordres de composition, savoir :

Pour la composition d'anatomie, un médecin et trois chirurgiens.

Pour la composition de pathologie interne, quatre médecins.

Pour la composition de pathologie externe ou d'accouchement, deux chirurgiens, un médecin, un accoucheur.

Pour la première composition, il est proposé trois questions portant sur l'anatomie.

Pour la seconde, trois questions de pathologie interne.

Pour la troisième, deux questions de pathologie externe et une d'accouchement.

Pour chacune d'elles, le sujet à traiter est tiré au sort.

Après chaque épreuve, les copies sont rangées par ordre alphabétique.

A la fin de la troisième composition, les trois copies de chaque candidat sont placées sous enveloppe commune, et il est procédé à l'établisssement de l'anonymat et au numérotage.

Dans chacune des sections, la lecture des copies anonymes est faite devant le jury par deux internes en exercice, en séance non publique. Le maximum des points à attribuer à chaque copie est de 15.

Une fois la notation terminée dans les trois sections, le jury se réunit en vue de la désignation des candidats admis à subir l'épreuve orale. Le nombre des candidats à retenir est égal au triple des places d'interne vacantes.

Toutefois, lorsque le nombre des candidats ayant obtenu le point limite pour l'admissibilité comporte un excédent par rapport à cette proportion, ceux-ci sont tous compris dans la liste des admissibles.

Les candidats appelés à subir l'épreuve finale sont désignés par ordre alphabétique. Le point obtenu par chacun d'eux pour les trois épreuves écrites doit demeurer inconnu jusqu'à la fin du concours.

***

Épreuve orale. — Pour juger l'épreuve orale, le jury se reconstitue par la réunion de ses trois sections.

L'épreuve orale consiste dans l'exposé de deux sujets portant, l'un sur la pathologie interne et l'autre sur la pathologie externe ou les accouchements.

Il est accordé dix minutes à chaque candidat pour développer, après dix minutes de réflexion, l'ensemble des deux questions qui sont échues.

La notation de cette épreuve se fait de 0 à 20.

Après la dernière séance d'épreuve orale, le jury procède au classement des candidats par ordre de mérite. La notation tenue cachée sur les copies est dévoilée et les points obtenus dans les épreuves écrites et à l'épreuve orale sont additionnés.

Au cas où le point le plus élevé est acquis par plusieurs candidats, ceux-ci sont appelés à subir devant le jury une épreuve orale supplémentaire.

Les candidats de nationalité étrangère peuvent être autorisés à concourir à condition que les dossiers soient transmis par leurs légations respectives, à l'Administration de l'Assistance publique, par l'intermédiaire de M. le ministre des Affaires étrangères et avec son assentiment. Ceux d'entre eux qui subissent avec succès les épreuves sont admis en surnombre. Ils prennent rang toutefois dans le classement général par ordre de mérite et sont appelés à choisir leur service suivant ce rang.

Art. 278. — Compléter ainsi le paragraphe 2 :

« Le nombre des candidats qui peuvent être nommés internes provisoires est, au plus égal au nombre des places d'internes titulaires mises au concours. Il pourra être inférieur si le jury considère que le nombre des candidats suffisamment instruits n'atteint pas ce chiffre ».

ART. 2. — Par mesure transitoire, les dispositions de l'article 247 exigeant des candidats la production d'un certificat de scolarité délivré par la Faculté de médecine, constatant qu'ils sont munis de onze inscriptions au moins pour être admis à prendre part à l'épreuve de sélection, et de douze inscriptions pour être admis à prendre part aux épreuves définitives, ne seront pas opposées aux élèves reçus externes avant le concours de l'internat en médecine à ouvrir en 1921. La disposition du même article limitant le nombre des concours d'internat en médecine auquel les candidats peuvent être autorisés à se présenter, ne sera pas opposée aux élèves qui ont déjà pris part à ce concours. Ils pourront, en conséquence, être admis à concourir, comme précédemment, pendant les huit années qui suivent la prise de leur première inscription de médecine s'ils remplissent, d'autre part, les conditions exigées par le présent règlement.

ART. 3. — Le présent arrêté sera soumis à l'approbation de M. le Préfet de la Seine.

Il aura effet à partir du concours de l'année 1921.

***

Le titre d'interne des hôpitaux de Paris est des plus enviables et des plus enviés. Aussi, sa compétition suscite-t-elle chaque année de très nombreux candidats. On s'explique donc parfaitement la sage mesure prise par le Directeur de l'Assistance publique de procéder d'abord à une épreuve de sélection qui éliminera les notoirement insuffisants, et ne permettra l'accès des épreuves définitives qu'à un lot d'aspirants suffisamment restreint pour que le concours ne se prolonge pas indéfiniment, et pour que le jury puisse, sans être surmené, apprécier équitablement les mérites respectifs des impétrants.

Mais il importe de ne pas se laisser prendre au mirage des mots. Le titre d'interne n'a de valeur réelle qu'autant que son détenteur aura rempli exactement ses fonctions pendant leur durée réglementaire. Faute de quoi, son ramage risquerait fort de ne pas ressembler à son plumage.

J'ai déjà écrit que, s'il advenait qu'un élève donnât sa démission au lendemain même de sa nomination d'interne, il posséderait sans doute une érudition livresque supérieure à la moyenne, mais il risquerait fort d'être très inférieur en pratique au bon externe ayant accompli ses trois années hospitalières.

Cela tient, on le comprend du reste, à la nature même des efforts qui ne font état que de la mémoire du candidat, mise au service d'un cerveau assoupli à la gymnastique qui consiste à traiter une question avec son maximum de développement dans le temps exactement imparti. Le chronomètre est là, qui décompte impitoyablement les minutes. Heureux celui qui met le point final de son exposé à l'instant précis où sonne la dernière seconde ! Malheur à celui qui, insuffisamment entraîné, se sera laissé aller à traiter trop rapidement son sujet, et qui l'aura épuisé plus ou moins longtemps avant le moment fatidique !

Ces réflexions évoquent en ma mémoire le souvenir de mon épreuve d'anatomie, lorsque je concourais pour l'externat, en 1899. Que c'est donc loin !

Or donc, m'étant assis face à mon jury, je commençai la description de l'articulation tibiotarsienne, en même temps que l'appariteur donnait le coup de pouce qui devait mettre en mouvement le chronomètre. Depuis combien de temps décrivais-je les surfaces articulaires, la synoviale, les ligaments ? Je ne l'ai point remarqué. Toujours est-il que l'appariteur s'aperçut alors que le chronomètre ne fonctionnait pas. Il donna un coup de pouce un peu plus fort et le mouvement d'horlogerie se déclencha. Si j'avais été moins jeune et plus expérimenté, j'aurais repris mon exposé à son début. Je n'en fis rien, de telle sorte que je terminai longtemps avant que la sonnerie marquant l'expiration des cinq minutes réglementaires retentît, et que je restai silencieux et sec devant le jury pendant quelques moments, qui me parurent des siècles. J'ai toujours été convaincu que je fus redevable à cet incident de ne m'être vu attribuer que la note 11, par un jury fâcheusement impressionné par un silence cependant explicable. Qui sait ? Si j'avais été gratifié de quelques points de plus, ma carrière s'en fût peut-être trouvée bouleversée. Mais je n'aurais sans doute jamais eu le plaisir et l'honneur d'écrire dans le *Concours médical*. A quoi tient la destinée ! Je m'empresse d'ajouter que je ne regrette rien.

Donc, c'est la mémoire soigneusement cultivée, meublée et assouplie, qui assure au candidat à l'internat des hôpitaux de Paris ses plus ou moins grandes chances de succès.

Je regrette, pour ma part, qu'il en soit ainsi, et qu'une épreuve pratique d'anatomie et de clinique ne vienne pas servir d'appui sérieux à l'étalage des connaissances purement mnémoniques.

C'est ainsi que les choses se passent dans certaines villes de province, notamment à Lyon. Et je ne sache pas que le concours de l'internat s'en trouve notablement plus compliqué.

Peut-être en sera-t-il de même un jour à Paris. Quoi qu'il en soit, ces commentaires du nouveau règlement du concours de l'internat des hôpitaux de Paris m'amènent à reparler d'une thèse chère à Noir, qui l'a plusieurs fois exposée dans les colonnes du *Concours médical*, celle de l'internat obligatoire.

C'est parce qu'il est démontré que l'étudiant, qui passe plusieurs années de sa vie au contact étroit des malades, acquiert des connaissances plus étendues, une pratique plus développée, un sens clinique plus aiguisé, un esprit de décision plus précis et plus net, en présence de tous les cas qui s'offrent à lui, — parfois avec le caractère de l'urgence qui commande une intervention qui ait la promptitude d'un réflexe, — qu'il serait à souhaiter que tous les étudiants en médecine, sans exception, soient obligés de faire, dans les hôpitaux de province aussi bien qu'à Paris, un stage permanent, comparable à celui que représente l'internat actuel.

Sans doute, les internes et anciens internes nommés au concours s'offusqueraient-ils de voir attribuer le même qualificatif à des camarades qui n'auraient pas subi la même préparation et la même sélection qu'eux-mêmes. Qu'à cela ne tienne ! Il suffirait de trouver une autre dénomination qui respecterait les droits acquis et ne prêterait pas à confusion. Cela ne doit pas être difficile.

Ce qu'il importe, c'est de perfectionner les études médicales, de façon telle que le corps médical français, suffisamment instruit et entraîné, présente un beau degré d'élévation intellectuelle et qu'il se montre, toujours et partout à la hauteur de sa tâche.

G. DUCHESNE.

CHRONIQUE DE LA MUTUALITÉ

Plaintes mutualistes.

En nous souvenant (car le souvenir est surtout la vie des aînés), du premier numéro de la *Lanterne*, de Rochefort, qui fit un tel bruit à l'époque, nous pouvons dire que la Mutualité comprend 6 millions de sujets sans compter les sujets de mécontentement.

Or, dans ma naïveté, j'avais toujours cru que les sujets de mécontentement venaient des médecins, toujours victimes de l'exploitation des Mutuelles ; or il paraît qu'il n'en est rien. Ce sont les Mutualistes qui ont des plaintes à formuler contre les médecins, si nous en croyons une lettre envoyée par M. Vermont, président de l'Emulation chrétienne de Rouen, au *Journal de Rouen*. Ce grand manitou mutualiste, dans le but de faciliter l'entente entre médecins et sociétés de secours mutuels, adresse par la voie de la presse une lettre à tous les mutualistes de sa région, invitant ceux qui auraient eu à se plaindre des médecins à lui envoyer les renseignements dans le plus bref délai pour rendre l'enquête efficace.

Ceux qui ont assisté au Congrès d'Angers reconnaissent là le langage tenu à l'égard des médecins par certains grands pontifes mutualistes et les procédés peu courtois de discussion qui obligèrent les représentants du corps médical à se retirer.

L'honorable M. Vermont, qui voit chaque jour les mariniers du port de Rouen se servir de la gaffe, a fait comme eux et il s'en est vite rendu compte.

Aussi dès le lendemain, le *Journal de Rouen* toujours dépositaire de sa pensée mutualiste, jugea à propos de fournir quelques explications pour empêcher tout malentendu. L'enquête ouverte par M. Vermont a surtout pour but d'assurer si possible une entente entre les médecins et les mutualistes, en dégageant les causes des conflits pour trouver les moyens d'y remédier.

Je ne doute pas un seul instant de la bonne foi de M. Vermont, de son honorabilité, de son désir d'établir une entente, mais drôle de façon d'amadouer les gens en se livrant sur leur compte à des insinuations tendancieuses. Mais je suis peut-être trop pointilleux ; il y a un langage mutualiste comme il y a un langage politique, et il ne peut être autrement à cause des affinités de ces deux manifestations sociales, et nous savons le peu d'importance qu'il convient d'ajouter aux injures en période électorale. Aussi nos confrères de Rouen ont-ils répondu par une lettre digne et modérée à l'entrefilet signé de M. Vermont.

Journal de Rouen, 4 mars 1921.

Monsieur le Directeur,

Le corps médical rouennais ayant été mis en cause dans vos colonnes par M. Vermont, nous vous serions très obligés de bien vouloir insérer notre réponse à sa lettre, aussi agressive qu'imprévue.

M. Vermont voit dans la question médico-mutualiste une affaire locale et surtout personnelle. Première inexactitude, car tout le monde sait que partout où existent des médecins et des sociétés de secours mutuels, il existe des questions d'intérêts, de tarifs, etc..., à régler entre les deux parties, et parfois, il y a forcément désaccord. S'il entend par personnelle le fait que la discussion prend avec lui un ton plus aigu, la forme de sa lettre au *Journal de Rouen*, peu obligeante pour les médecins qui, paraît-il, donneraient des sujets de plainte, témoigne à qui en revient la faute. Nous pouvons lui opposer l'entière courtoisie observée de part et d'autre dans nos relations avec les autres dirigeants de sociétés, courtoisie qui n'exclut point la défense ferme du point de vue de chacun.

Un peu tardivement d'ailleurs, M. Vermont s'aperçoit de la fâcheuse impression produite sur le corps médical par sa lettre de la veille et il cherche à l'atténuer. C'est, dit-il, dans le but d'amener une entente entre médecins et mutualistes que, sans qu'il y ait eu conflit, il invite publiquement les mutualistes qui auraient eu à se plaindre des médecins de lui en faire part. *Voilà qui est fait* pour comprendre la conciliation et les médecins auraient bien mauvaise grâce à protester. Mais que dirait-il si, par voie de presse nous priions les médecins qui auraient eu à se plaindre de M. Vermont, de venir nous le dire.

Quant aux sujets de plainte, il faudrait s'entendre. Si les mutualistes ont à se plaindre du service médical, c'est surtout dans le service voulu et appliqué par M. Vermont où un médecin est imposé au mutualiste, sans possibilité d'en changer. Il est facile à M. Vermont, en appliquant le libre choix dans les sociétés qu'il dirige, de réduire notablement les conflits et les motifs de plaintes. Qu'en pensent les mutualistes ?

Pour le Syndicat des médecins,
LE BUREAU.

Il est cependant de toute évidence que quand les présidents des sociétés prétendent avoir à se plaindre des médecins, c'est toujours à cause de la question des honoraires. Les médecins sont las de recevoir des salaires de famine, ils ont droit, comme tous, à la vie pour eux et les leurs, ils défendent leurs droits, et les mutualistes qui veulent tout recevoir sans rien débourser, n'admettent pas la légitimité de leurs revendications. C'est toujours le principe qui traite de voleur le volé, car le médecin a assez conscience de sa

dignité professionnelle pour ne pas rendre le malade responsable des agissements des dirigeants de sa société. Le malade est bien soigné, selon les règles de l'art, avec le même dévouement que les malades honorant largement leur médecin. On ne formule pas de plaintes au point de vue professionnel. Et pourtant c'est bien là le moindre souci des présidents de société : leur rôle est d'assurer un service médical aux sociétés.

Ils ne s'inquiètent pas des conditions de moralité ou de science des médecins qu'ils attachent au service de leurs malades ; une seule chose les intéresse : le rabais : médecine de parade à bon marché. M. Vermont se défend des intentions qu'on lui prête dans une lettre de réponse au Syndicat médical.

Journal de Rouen, 5 mars, 1921.

Monsieur le Directeur,

Je vous prie de rassurer le bureau du syndicat médical de Rouen.

Je ne pensais nullement à lui en priant, par votre obligeant intermédiaire, mes collègues de vouloir bien m'envoyer les renseignements qui leur paraîtraient utiles pour faciliter l'enquête nationale entreprise par la Fédération nationale de la mutualité dans le but très nettement déclaré d'amener une entente entre les médecins et les Sociétés de secours mutuels.

Le bureau du syndicat médical s'est mépris absolument sur la phrase qu'il me reproche et qui ne le vise nullement.

Il y a deux manières de concevoir les rapports entre les médecins et les Sociétés de secours mutuels.

Pendant près d'un siècle, nos Sociétés s'entendaient avec un ou plusieurs médecins, ce qui était souvent facilité par l'estime qui entourait les mutualistes et par la sympathie et le dévouement des médecins, aussi les conflits étaient-ils très rares. C'est pour cela que j'ai écrit que pour moi la question médicale-mutualiste était une question locale et souvent même personnelle.

Depuis quelques années une autre méthode a prévalu. On a voulu unifier les honoraires médicaux sans tenir compte de la diversité des statuts de nos sociétés et des divergences locales ; on a pensé que les intérêts mutualistes devaient être sauvegardés par les Unions, et les intérêts médicaux par les syndicats. On sait ce qui en est résulté et voilà pourquoi je préfère l'ancienne méthode à la nouvelle, ce qui ne m'empêche pas de m'associer sans aucune arrière-pensée aux efforts tentés pour établir une entente que j'ai toujours considérée comme nécessaire et qui a toujours existé dans la société que je préside.

Agréez, Monsieur le Directeur, avec mes remerciements, ma haute considération.

H. VERMONT.

Je partage les regrets de M. Vermont sur le fonctionnement des mutualités de jadis. Autrefois, ces sociétés, peu nombreuses, se composaient de petites gens pauvres, faisant des efforts pour mettre en commun le risque maladie ; ces sociétés étaient dirigées par des patrons, des maîtres, des personnages qui les aidaient avec le plus grand désintéressement.

Ce n'était pas comme maintenant des syndicats de malades groupés pour exploiter des médecins et leur imposer des honoraires ridicules, des sociétés où se glissent de plus en plus des gens riches, des chefs de rayons, des acheteurs de grands magasins, des patrons, mendiants de la haute, sans délicatesse, ni conscience.

Dans cet âge d'or de la mutualité, les dirigeants n'étaient pas, comme souvent maintenant, des arrivistes, avides d'honneurs et de rubans. La mutualité était un organisme de prévoyance et de solidarité, et n'était pas un organisme politico-social, rempli d'hommes politiques, officine électorale.

Il en sera de même tant que le médecin consentira à rester l'employé des mutualistes, tant qu'il ne voudra pas s'affranchir et considérer le mutualiste comme un client ordinaire l'ayant librement choisi, l'honorant directement, sans l'intermédiaire d'un tiers.

Dr M. VIMONT.

VARIÉTÉS

En glanant.....

Un doctorat en ruolz.

Quelques années avant la guerre, MM. Deloncle, Abel Lefèvre et Lagrosillère déposaient, sur le bureau de la chambre, un projet de loi pour la création d'un diplôme nouveau de *docteur en chirurgie dentaire*. Il paraîtrait que les chirurgiens dentistes, et spécialement les professeurs des écoles dentaires cherchent à reprendre la question et à la faire aboutir, d'ici peu, au Parlement.

Que tous les dentistes soient docteurs, nous ne pouvons qu'applaudir à cette conception, mais à condition qu'ils soient docteurs... en médecine. Quand il s'agit des dents et par suite, de l'état des gencives et de la bouche, ce qu'on appelle le « chirurgien dentaire » n'a pas une compétence suffisante. Les dents, les gencives, la muqueuse buccale peuvent être malades à la suite d'une affection générale, qu'il s'agisse d'une intoxication chronique ou de scorbut, de syphilis, etc.... Il faut donc aussi des médecins dentaires, ou plutôt des *médecins*, tout court, spécialisés pour les maladies de la bouche et des dents.

Il y a dix ans, 150 dentistes étaient docteurs en médecine, ils sont plus de 800 aujourd'hui. Voilà le progrès réel et l'avenir de la profession. L'art dentaire ne consiste pas qu'en plombage, pose de râteliers ou de bridges rutilants et flamboyants. Il y a autre chose que la mécanique et sa technique, qu'enseignent au mieux, j'en suis persuadé, les écoles dentaires. C'est tellement vrai que celles-ci s'efforcent actuellement d'inculquer à leurs élèves des notions d'anatomie et de *pathologie générale. Lisez les programmes* d'examen : s'ils n'étaient pas un simple pavillon couvrant la marchandise, il faudrait des études médicales *complètes* pour être en mesure de les passer.... réellement.

Les juges se contentent de réponses démontrant une vague teinture, un superficiel vernis, analogue à l'imperceptible couche d'argent qui recouvre les couverts dits de ruolz, pour simuler ceux en argent massif. Certes, les dits juges ne peuvent demander davantage à des jeunes gens qui n'ont fait aucune étude de médecine.

Mais enfin, en toute bonne foi, ne serait-il pas plus simple, plus utile, plus conforme à l'*intérêt public* qu'avant d'étudier la technique même de la mécanique dentaire, on dût être *d'abord* docteur en médecine ? Une fois reçu, celui qui désirerait se spécialiser en art dentaire s'en irait faire un stage dans des écoles dentaires, de même que le futur chirurgien fait un stage de clinique chirurgicale où il apprend lui aussi, une certaine technique *mécanique* — qu'il s'agisse de plâtres pour fractures, par exemple, ou des nouveaux appareils à traction continue, si minutieux à installer.

N'est-ce pas d'ailleurs ce que font tous les autres spécialistes qui ont choisi une branche de la médecine : oculistes, radiologues, électrothérapeutes, kinésithérapeutes, oto-rhino-laryngologistes, etc... Pourquoi cette exception lorsqu'il s'agit de l'art dentaire ? Et d'ailleurs, cela n'existe-il pas déjà puisque, depuis 1909, l'Ecole de stomatologie de Paris ne reçoit comme élèves que des docteurs en médecine. Le progrès consistera à généraliser cette mesure, dans l'intérêt même de la nation. C'est là le but à atteindre.

***

Revenons à nos dentistes actuels en proie au désir d'être « doctorisés ».

Evidemment, lorsque l'un d'eux reçoit, dans un somptueux cabinet, Mme de Snobinette, il est vexant pour lui de ne pouvoir s'entendre appeler « docteur », officiellement du moins, tout comme le médecin d'en face. Sans doute, on l'appelle parfois ainsi, mais en fraude, tout comme on dit à un adjudant « mon lieutenant ». Véritablement: quand on est le professeur Zahn, ou Odontos, de l'Ecole dentaire du coin, ou bien qu'on vient d'Amérique et qu'on se proclame « le célèbre Teeth, de Philadelphie » il est rageant de n'avoir pas le droit « légal » d'entendre susurrer d'une bouche charmante « *Docteur* », j'ai bien souffert, cette nuit, de cette affreuse dent... » C'est inadmissible, inconcevable, intolérable... Et voilà pourquoi votre fille est muette.

Toute la question est là, croyez-le bien. J'ai lu les motifs exposés, j'ai entendu les graves raisons de certains. Je n'y ai loyalement trouvé... que l'enrobage de la pilule.

***

Comme en algèbre, supposons *a priori* le problème résolu. Tous les chirurgico-mécaniciens-dentistes sont promus « docteurs »; mais alors, pourquoi, demain, les sages-femmes ne réclameraient-elles pas le même titre ? Si c'est un droit suffisant à la « doctorisation » que de travailler dans la cavité buccale, pourquoi tout autre travail cavitaire ne donnerait-il pas les mêmes droits ? Ils sembleraient même plus justifiés, les risques courus par la patiente étant plus sérieux ; la responsabilité du praticien est plus grande ; sa situation morale doit donc être plus « titrée » par les pouvoirs publics. En conséquence. me semblerait alors s'imposer, pour les sages-femmes, le titre de *docteur en chirurgie obstétricale*.

De même pour messieurs les masseurs. Ne faut-il pas connaître l'anatomie superficielle pour faire un bon massage. Qu'on crée donc des écoles officielles de massage où, comme dans les dentaires, on enseignerait aux élèves « des notions d'anatomie et de pathologie générales », écoles qui, naturellement, confèreraient *in fine* le diplôme de *docteur en massothérapie*.

Puis je serais le premier à réclamer ensuite les diplômes de *docteur en hygiène sportive, docteur en gymnastique physiologique*, docteur en camping, en one-step, en fox trott, etc., etc.,.

Le tout est de commencer. La « doctorisation » consciente et organisée de tout citoyen français s'ensuivra, dans la plus touchante égalité... et fraternité.

***

Certes, le doctorat n'est pas spécial à la médecine. Il y a des docteurs en droit, des docteurs ès lettres, ès sciences, etc. . Mais ce sont là des titres scientifiques *ne prêtant jamais à l'équivoque*.

Parlons franchement. A l'heure actuelle, par suite de la coutume, quand on parle du Dr Untel, il s'agit d'un médecin et non d'un professeur de philosophie. Et c'est *précisément* parce que cette coutume existe que les dentistes veulent acquérir le droit de faire précéder leur nom du titre de docteur. C'est pour *faire croire* à tous qu'ils sont docteurs en médecine, alors qu'ils n'en

ont pas fait les études. Inutile de tourner plus longtemps autour du pot : *hic jacet lepus*.

Mais alors, en réalité, que veut-on demander au Parlement ?

La possibilité légale d'induire le public en erreur. Celui-ci croira *médecin* le Dr Teeth ou le prof. Zahn, alors que ni l'un ni l'autre ne le seront. Tel est le fait brutal et je défie quiconque de me prouver le contraire. Remarquez que je n'incrimine nullement le savoir technique et l'habileté professionnelle de ces deux praticiens, en tant que dentistes. Ils seront peut-être les meilleurs dentistes du monde entier, mais n'en seront pas plus médecins pour cela, *contrairement* à ce que *devront* naturellement penser leurs clients.

Le bon petit vin d'Anjou est excellent. Quand il est « champagnisé » je le trouve délicieux. N'empêche que si celui qui me le vend met sur la bouteille qui le contient l'étiquette de « *champagne* », il devient un vulgaire fraudeur qui commet une tromperie sur la marchandise.

Dr Fernand DECOURT.

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations.

— **A. D. R. M.** — **La réunion mensuelle de l'A. D. R. M. aura lieu à la Faculté de Médecine, Salle Béclard, le mercredi 6 avril à 17 heures.**

— **Faculté de médecine de Paris.** *Cours libre d'électrologie, radiologie et curiethérapie.* — La Société des médecins-chefs des laboratoires de radiologie et d'électro-radiothérapie des hôpitaux de Paris organise, à partir du 11 avril 1921, une série de conférences et de démonstrations pratiques d'électro-radiologie et de curiethérapie.

Les Conférences auront lieu tous les jours, à 18 heures, à l'amphithéâtre de physique de la Faculté de médecine de Paris.

Des démonstrations pratiques auront lieu, le matin, dans les laboratoires de radiologie et d'électro-radiothérapie des hôpitaux de Paris (Voir liste ci-contre).

Inscription gratuite : Dr MAHAR, hôpital Trousseau, 158, avenue du Général-Michel-Bizot, Paris (XIIe).

Programme des conférences.

A. — ÉLECTROLOGIE. — Lundi 11 avril, Dr GUILLEMINOT, Mode d'utilisation des courants électriques en électrologie médicale. — Mardi 12 avril, Dr BOURGUIGNON, Électrophysiologie générale. Électrodes. Électrolyse et polarisation. Variation négative et applications à l'électrocardiogramme. — Mercredi 13 avril, Dr BOURGUIGNON, Électrophysiologie générale. Électrotonus. Lois polaires. Loi d'excitation. Contractions. — Jeudi 14 avril, Dr BOURGUIGNON, Électropathologie et électrodiagnostic. Les lois polaires. La loi d'excitation et la contraction en pathologie. — Vendredi 15 avril, Dr BOURGUIGNON, Électrodiagnostic des nerfs moteurs et des muscles : techniques anciennes et modernes. — Samedi 16 avril, Dr BOURGUIGNON, Électrodiagnostic des nerfs moteurs et des muscles : Interprétation. Électrodiagnostic des nerfs sensitifs : vertige voltaïque. — Lundi 18 avril, Dr DELHERM, Traitement électrique des affections du neurone moteur périphérique. — Mardi 19 avril, Dr DELHERM, Traitement électrique des affections du neurone sensitif. Troubles vaso-moteurs et trophiques. — Mercredi 20 avril, Dr DELHERM, Traitement électrique des affections du système nerveux central et des névroses. — Jeudi 21 avril, Dr MAINGOT, Traitement électrique des maladies de la nutrition et de l'appareil circulatoire. — Vendredi 22 avril, Dr LAQUERRIÈRE, Traitement électrique des affections du tube digestif. Lavement électrique. — Samedi 23 avril, Dr CHICOTOT, Traitement électrique des maladies de la peau. Cicatrices. — Lundi 25 avril, Dr LAQUERRIÈRE, Les traitements électriques en pathologie externe : I. *a*) Maladies des organes génito-urinaires de l'homme. *b*) Maladies communes aux deux sexes. — Mardi 26 avril, Dr LAQUERRIÈRE, II. *a*) Affections des organes génitaux de la femme. *b*) Les affections traumatiques aiguës. — Mercredi 27 avril, Dr LAQUERRIÈRE, III. Rôle de l'électrothérapie dans les séquelles des traumatismes et dans les affections chirurgicales chroniques. Le médecin électrologiste et les accidents du travail ou les séquelles des blessures de guerre. — Jeudi 28 avril, Dr MAINGOT, Accidents de l'électricité (haute et basse tension. Moyens de protection.

B. — RADIOLOGIE. — 1° *Radiodiagnostic.* — Vendredi 29 avril, Dr GUILLEMINOT, Les tubes. Les générateurs. Étude du rayonnement. — Samedi 30 avril, Dr HARET, Technique générale du radiodiagnostic. — Lundi 2 mai, Dr LAQUERRIÈRE, Les corps étrangers. Étude critique des méthodes de localisation et d'extraction. — Mardi 3 mai, Dr LAQUERRIÈRE, Radiodiagnostic des lésions traumatiques des os et des articulations. — Mercredi 4 mai, Dr MAHAR, Radiodiagnostic des lésions non traumatiques des os et des articulations : I. Lésions inflammatoires. — Vendredi 6 mai, Dr MAHAR, II. Lésions trophiques et néoplasiques. Affections osseuses congénitales. — Samedi 7 mai, Dr BELOT, Radiodiagnostic du crâne et de la face. — Lundi 9 mai, Dr BELOT, Radiodiagnostic des affections dentaires. — *Mardi 10 mai, Dr MAINGOT, Radio*diagnostic des affections de l'appareil respiratoire. I. Généralités. Affections pleurales. Pneumothorax. — Mercredi 11 mai, Dr MAINGOT, II. Radiodiagnostic des affections pulmonaires non tuberculeuses. — Jeudi 12 mai, Dr MAINGOT, III. Radiodiagnostic de la tuberculose pulmonaire. — Vendredi 13 mai, Dr BEAUJARD, Radiodiagnostic des lésions du cœur et de l'aorte. — Samedi 14 mai, Dr AUBOURG, Les méthodes radiologiques d'examen du tube digestif. Anatomie et physiologie radiologiques du tube digestif. — Mardi 17 mai, Dr BARRET, Radiodiagnostic des affections de l'œsophage et de l'estomac. — Mercredi 18 mai, Dr BARRET, Radiodiagnostic des affections de l'estomac. — Jeudi 19 mai, Dr BÉCLÈRE (H.), Radiodiagnostic du duodénum, de l'intestin grêle et des annexes du tube digestif. Pneumopéritoine. — Vendredi 20 mai, Dr AUBOURG, Radiodiagnostic des affections du gros intestin. — Samedi 21 mai, Dr HARET, Radiodiagnostic en gynécologie et en obstétrique. — Lundi 23 mai, Dr BELOT, Radiodiagnostic des affections de l'appareil urinaire. — Mardi 24 mai, Dr LAQUERRIÈRE, Les erreurs d'interprétation en radiodiagnostic.

2º *Radiothérapie.* — Mercredi 25 mai, Dr GUILLEMINOT, Action biologique des radiations (rayons X et radium). Bases des radiothérapies. — Jeudi 26 mai, Dr GUILLEMINOT, Mesures utilisées en radiothérapie (rayons X). — Vendredi 27 mai, Dr BELOT, Principes généraux de la radiothérapie. Appareils. Méthodes, Technique. Dangers. Accidents. — Samedi 28 mai, Dr GUILLEMINOT, La filtration. — Lundi 30 mai, Dr LEDOUX-LEBARD, Technique propre à la radiothérapie superficielle et à la radiothérapie profonde. — Mardi 31 mai, Dr LAQUERRIÈRE, La radiothérapie en gynécologie. — Mercredi 1er juin, Dr BEAUJARD, La radiothérapie des organes hématopoïétiques. Leucémies. Adénies. — Jeudi 2 juin, D BEAUJARD, La radiothérapie des glandes à sécrétion interne. — Vendredi 3 juin, Dr DELHERM, La radiothérapie du système nerveux. — Samedi 4 juin, Dr DELHERM, La radiothérapie des affections tuberculeuses. — Lundi 6 juin, Dr LEDOUX-LEBARD, La radiothérapie des néoplasmes. — Mardi 7 juin, Dr LEDOUX-LEBARD, La radiothérapie des néoplasmes (*suite et fin*). — Mercredi 8 juin, Dr BELOT, Radiothérapie des affections cutanées. — Jeudi 9 juin, Dr BELOT, Radiothérapie des affections cutanées (*suite et fin*).

C. — CURIETHÉRAPIE. — Vendredi 10 juin, Dr LABORDE, Généralités sur la radioactivité. Les familles des corps radioactifs. — Samedi 11 juin, M. LABORDE, Le rayonnement des corps radioactifs. Propriétés physiques et chimiques du rayonnement Unités. Mesures. — Lundi 13 juin, Dr Simone LABORDE, Action biologique du rayonnement. Appareils. Technique générale. — Mardi 14 juin, Dr Simone LABORDE, Traitement des tumeurs. — Mercredi 15 juin, Dr Simone LABORDE. Maladies de la peau, du sang, des glandes à sécrétion interne, du système nerveux. Goutte. Rhumatisme. — Jeudi 16 juin, Dr LEDOUX-LEBARD, Indications respectives de la radiothérapie et de la curiethérapie. Association des deux méthodes.

D. — AGENTS PHYSIQUES DIVERS. — Vendredi 17 juin, Dr GASTOU, Héliothérapie. Finsenthérapie. Thermoluminothérapie. Cryothérapie.

II. *Enseignement pratique des maladies de l'appareil digestif.* — Une série de leçons sur les maladies de l'appareil digestif commencera le *lundi 4 avril* et continuera les *jours suivants* à 10 heures.

Elle aura pour objet : Maladies de l'estomac : questions d'actualité et de pratique. (Services des docteurs LE NOIR et RAMOND, Salle Aran).

Du 4 avril au 16 avril ; Diagnostic et traitement des principales maladies de l'intestin. (Service du Dr Bensaude, du 18 au 28 avril.)

Exercices pratiques ; chimiques, coprologiques, radiologiques, endoscopiques pendant la durée du cours.

Pour les exercices pratiques, se faire inscrire salle Aran. Droit d'inscription : 150 francs.

Un voyage à Vichy aura lieu à la fin du cours.

— L'Assemblée générale annuelle de l'Association générale des médecins de France aura lieu le *dimanche* 17 *avril*, à 2 heures précises, dans le grand amphithéâtre de la Faculté de médecine de Paris. Elle sera précédée d'une assemblée générale extraordinaire consacrée à l'étude d'un *Projet de retraites de droit* et aux modifications statutaires que comporte cette création.

Le soir, à 7 heures 1/2, *banquet* au *Palais d'Orsay*, où sont invités MM. les Présidents et délégués des sociétés locales.

— **Concours de l'internat.** L'épreuve de sélection du nouveau concours aura lieu le 4 juillet 1921 à midi précis.

Les épreuves définitives commenceront le lundi 17 octobre 1921.

Le registre d'inscription sera ouvert du mardi 17 mai au samedi 18 juin inclusivement.

— Le concours pour l'emploi de médecin adjoint des asiles publics d'aliénés qui s'est ouvert au ministère de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales, le 7 mars 1921, s'est terminé le 14 du même mois.

Douze candidats s'étaient fait inscrire, huit ont subi les épreuves du concours.

Ont été reconnus aptes, par ordre de mérite, à l'emploi de médecin adjoint des asiles publics d'aliénés :

M. le docteur Brousseau, de la faculté de Paris.
M. le docteur Borel, de la faculté de Paris.
M. le docteur Mirc, de la faculté de Toulouse.
M. le docteur Bouyer, de la faculté de Paris.
M. le docteur Regis, de la faculté de Bordeaux.
M. le docteur Jourdan, de la faculté de Bordeaux.
M. le docteur Vullien, de la faculté de Lille.

— **Société Amicale des Médecins Toulousains à Paris.** — La S.A.M.T.P. est définitivement constituée. Elle se réunit le deuxième samedi de chaque mois, en un dîner confraternel, dans les salons du restaurant Saint-Michel (Place St-Michel). Exceptionnellement, la réunion d'avril aura lieu le 3e samedi du mois.

Le bureau est ainsi constitué : Présidents d'honneur : Pr Roule et Dr Terson. Président : Dr Dartigues. Vice-présidents : Dr Bourguet et Privat ; Secrétaire général : Dr Montrefet (197, rue de la Convention. Lui adresser toute demande de renseignements). Trésorier : Dr Clavel.

Secrétaire des séances : Dr Groc.

Le Directeur-Gérant : Dr GASSOT.

Clermont (Oise). — Imprimerie DAIX et THIRON. THIRON et FRANJOU Successeurs.
Maison spéciale pour publications périodiques médicales

JURISPRUDENCE

Radiodermite. Dangers du traitement hors de proportion avec le but esthétique à atteindre. Applicabilité des articles 1382 et 1383 C. C.

COUR DE PARIS

22 *janvier* 1913.

(*Gaz. Trib.*, 19 *février* 1913).

La Cour,

Considérant que la Cour a, par arrêt de cette chambre, en date du 14 décembre 1910, commis les docteurs Balzer, Desmoulins et Thibierge, à l'effet d'examiner à nouveau certains faits que le Dr Béclère, seul expert commis par le Tribunal, lui avait paru n'avoir pas été suffisamment élucidés ; qu'elle leur a indiqué les points sur lesquels leur attention devait spécialement porter et que les experts, après s'être entourés de tous renseignements et avoir consulté tous les documents utiles, ont déposé un rapport des plus complets et des plus étudiés, qu'ils ont répondu avec la plus grande précision à toutes les questions que la Cour leur avait posées ;

Considérant qu'après avoir, comme le Dr Béclère, proclamé la haute probité scientifique du Dr D.., ils déclarent comme le Dr Béclère que l'intimé s'est entouré pour le traitement de la demoiselle C... de toutes les précautions recommandées et usitées en 1905 et qu'aucune faute professionnelle ne saurait lui être reprochée ;

Considérant que malgré les termes de ces rapports, on a soutenu, au nom de la demoiselle C..., que le Dr D... ne s'était pas préoccupé de la qualité des irradiations, qu'il ne s'était pas servi à cet effet des instruments nécessaires, qu'il aurait eu en outre le tort de procéder par doses croissantes et que la Demoiselle C... réclame une 3e expertise ; mais considérant que les experts ont recherché à déterminer avec le plus grand soin quelles étaient en 1905 les méthodes de traitement suivies et les instruments employés en radiothérapie, et qu'après un examen minutieux, ils déclarent avec leur compétence et leur science reconnues que l'intimé a pris toutes les précautions nécessaires les plus minutieuses et employé les instruments et les méthodes connus à l'époque où il faut se placer pour rechercher si D... a commis une faute professionnelle ; que la prudence dont il a fait preuve dans l'application du traitement résultait déjà de ce fait qu'il y avait eu 14 séances et non 23 au dire de la demoiselle C..., qui se sont espacées de janvier à fin mai avec un repos de 28 jours entre la 1e et la 2e série et de 43 jours entre la 2e et la 3e série ; que c'est seulement après les séances des 28 et 29 mai que la radiodermite du 2e degré s'est révélée ;

Considérant que les critiques formulées au nom de la demoiselle C... ne pouvaient faire échec aux conclusions si autorisées et si nettes des médecins spécialistes investis de la confiance de la Cour et que s'agissant d'opérations scientifiques toujours susceptibles de contradictions, une 3e expertise serait inopérante puisque la faute professionnelle du Dr D... ne pourrait en tout cas ressortir d'une façon certaine, que cette faute doit cependant être démontrée pour entraîner une condamnation à des dommages-intérêts ;

Considérant qu'abandonnant le terrain scientifique et se plaçant sur le terrain du droit commun, la demoiselle C... reproche au Dr D... de s'être absenté pendant l'une des séances et de ne l'avoir pas

avertie du péril auquel le traitement radiothérapique pouvait l'exposer, qu'il ne devait pas, suivant elle, appliquer sans nécessité, pour un inconvénient bénin, un traitement redoutable ;

Considérant d'abord, en ce qui touche l'absence du docteur, que la demoiselle C... ne précise pas la séance dans laquelle le docteur se serait absenté ; que cette absence n'avait pu présenter d'inconvénients ou de dangers que si elle s'était produite dans l'une des deux dernières séances, soit dans celles qui avaient été précédées d'un repos de 43 jours; qu'à ce premier point de vue, elle ne fait pas la preuve qui lui incombe ;

Considérant d'ailleurs que les experts ont examiné ce grief et qu'ils ont constaté sur place que le Dr D... ne s'était pas absenté, mais avait pu aller et venir dans la pièce où se trouvait la demoiselle C... dans son bureau, d'où il pouvait surveiller sa malade et les appareils en fonctionnement ;

Considérant que la demoiselle C... n'établit pas que cette constatation matérielle soit inexacte et que dans ces conditions on ne peut pas dire que ce soit là une faute ou une négligence qui ait été la cause de la radiodermite, qu'on ne peut demander en pareil cas au médecin traitant que d'apporter dans son opération toute la prudence et tout le soin nécessaires et qu'on ne peut lui imposer sans nécessité une immobilité complète pendant des séances qui auraient duré 25 minutes et même 3/4 d'heure au dire de la demoiselle C... ;

Considérant sur le dernier grief qu'il est constant et reconnu que le traitement radiothérapique peut avoir des conséquences graves et pour les opérateurs et pour les malades ; que certains opérateurs sont morts victimes de leur dévouement à la science et qu'encore aujourd'hui on ne peut prévoir quelles peuvent être les conséquences d'une dermatose du 2e degré, et cela malgré les précautions les plus minutieuses et l'habileté du médecin traitant ; que les médecins les plus autorisés en proclament les dangers ;

Considérant dès lors que si, malgré cet inconvénient redoutable, le médecin ne doit pas hésiter à appliquer ce traitement lorsque la santé du malade l'exige et si on ne peut le rendre responsable d'accidents qu'il pouvait prévoir, mais qu'il a tout fait pour prévenir, il n'en est pas de même lorsque, comme dans l'espèce, le médecin se trouve en présence, non pas d'un mal à guérir, mais d'une simple imperfection physique à faire disparaître ou à dissimuler, que, dans ce cas, ni l'intérêt de la science, ni l'intérêt du malade n'exigent que pour un si minime résultat, on risque sinon de le faire mourir, tout au moins de changer son imperfection en un mal véritable ou de l'aggraver ;

Considérant que la demoiselle C... n'avait qu'un peu de barbe au menton ; que sans doute sa coquetterie en souffrait, mais que le Dr D... n'allègue même pas qu'il y eût chez cette jeune fille une obsession quasi-maladive et qui jusqu'à un certain point aurait pu justifier son intervention ;

Considérant que, dans ces conditions, connaissant mieux que personne les dangers possibles du traitement, son insuccès possible, il avait le devoir de refuser son concours et qu'il n'établit même pas qu'il ait prévenu cette jeune fille du danger qu'elle pouvait courir ;

Considérant que sa faute est manifeste ; que le préjudice souffert par la demoiselle C... n'est pas moins certain, mais qu'il ne faut pas en exagérer l'importance, puisque en définitive sa santé n'est pas altérée, que très probablement elle ne le sera jamais du fait du traitement ; que les conséquences actuelles se réduisent à des lésions de la peau du

menton qui sans doute sont indélébiles mais qui, au dire de tous les experts, sont susceptibles d'amélioration et pas plus disgracieuses à leurs yeux que les poils nombreux et très développés qu'elle portait au menton avant le traitement ;

Considérant que la Cour, tenant compte de toutes les circonstances de la cause, de l'honorabilité indiscutable du Dr D.., de son entière bonne foi, a les éléments nécessaires pour fixer à 5.000 francs l'indemnité due à l'appelante.

....

COUR DE CASSATION (Chambre civile)

19 *novembre* 1920.

La Cour,

Attendu que le docteur D... a soumis la demoiselle C... au traitement électrolytique, afin de débarrasser le visage de poils et de duvets disgracieux ; que ce traitement a causé à la peau du menton des lésions qui, bien que paraissant susceptibles d'améliorations, sont indélébiles ;

Attendu que l'arrêt déclare que « le traitement radiothérapique peut avoir des conséquences graves pour les opérateurs et pour les malades ; qu'encore actuellement, on ne peut prévoir les conséquences d'une dermatose du 2e degré, malgré les précautions les plus minutieuses et l'habileté du médecin traitant ; que les médecins les plus autorisés en proclament les dangers ; que, lorsque, comme dans l'espèce, le médecin se trouve en présence non d'un mal à guérir, mais d'une simple imperfection physique à faire disparaître ou à dissimuler, ni l'intérêt de la science, ni l'intérêt du malade n'exigent que, pour un si mince résultat, ils risquent de changer cette imperfection physique en un mal véritable et de l'aggraver ; que le docteur D..., qui connaissait mieux que personne les dangers et l'insuccès possible du traitement, avait le devoir de refuser son concours » ;

Attendu qu'en déduisant de ces circonstances de fait souverainement constatées, que le docteur D... avait commis une faute dommageable engageant sa responsabilité et en le condamnant à payer des dommages-intérêts, l'arrêt attaqué, qui ne contient aucune contradiction dans ses motifs, loin de violer les textes visés par le pourvoi, en a fait, au contraire, une exacte application ;

Qu'en effet, les dispositions des articles 1382, 1383 du code civil s'appliquent à toute faute quelconque de l'homme qui, quelle que soit sa situation ou sa profession, cause préjudice à autrui ; qu'il n'existe aucune exception en faveur du médecin ;

Attendu que les constatations de l'arrêt attaqué suffisent à justifier la condamnation à la réparation intégrale du dommage ;

Par ces motifs, sans qu'il y ait lieu d'examiner un motif surabondant, rejette le pourvoi.

Commentaires.

La Cour de Cassation a jugé que l'arrêt de la Cour d'Appel ne violait aucune disposition légale et que les articles 1382 et 1383 du Code civil étaient parfaitement applicables, en l'espèce.

A première vue, ces deux arrêts semblent

équitables : le médecin, dont l'honorabilité et la science ont été proclamées, a commis une faute, en employant un procédé thérapeutique dangereux, pour faire disparaître une défectuosité du visage, qui n'était pas incompatible avec la vie, ou ne menaçait pas l'existence du malade.

Par suite, il aurait dû se refuser à entreprendre le traitement.

Mais, en médecin, nous croyons pouvoir faire quelques critiques, à l'endroit de ces arrêts.

La demoiselle C., exaspérée par la présence de sa barbe, a dû s'adresser à toutes personnes, qui font métier de « réparer des ans les irréparables outrages », pour faire disparaître, par l'épilation ou par les pâtes et onguents, les poils follets, duvets, rides, etc.

Elle ne s'est soumise à un traitement onéreux, comme la radiothérapie, qu'en désespoir de cause.

En praticien averti, le Dr D. a sûrement informé la Dlle C. des inconvénients que pourrait avoir le traitement. Il a même dû émettre quelques doutes sur l'efficacité de la méthode employée, car aucun médecin ne peut, d'avance, prédire le succès de sa thérapeutique.

Or, aucun écrit ne prouve les termes de la conversation du début. Le médecin ne peut, comme le commun des mortels, faire prendre, d'avance et par écrit, un engagement de la main de son client, prouvant que ce dernier a été informé de toutes les complications possibles et même de l'échec éventuel de la méthode thérapeutique employée.

Si la Dlle C. avait guéri, elle aurait probablement discuté le montant des honoraires du radiographe, oubliant que le traitement comportait un certain danger et elle se serait bien gardée de faire allusion à ce danger, pour le règlement des sommes dues à son docteur.

Il nous semble qu'en l'espèce, ce n'est pas l'article 1382 du Code civil qui aurait dû être applicable, mais plutôt les articles 1134 et suivants, sur les contrats.

En effet, dans l'espèce actuelle, la Dlle C., dont la vie n'est nullement en danger, veut se débarrasser à tout prix, d'une infirmité disgracieuse. Elle demande aux rayons X ce qu'aucun autre traitement n'a pu lui donner. Le médecin l'avertit que le traitement comporte certains dangers, que n'ignore pas d'ailleurs la Dlle C., car les journaux politiques, toujours à la recherche d'informations, ont, à maintes reprises, signalé les dangers terribles de la radiothérapie.

Malgré tout, la Dlle C. s'engage, moyennant un prix de..., à se soumettre au traitement.

Pour l'exécution de ce contrat, le Dr D. doit, comme l'ont reconnu les experts, apporter toute sa science et toute son attention, à l'application de l'agent thérapeutique.

Un accident se produit : il nous semble qu'il ne découle pas de la faute du médecin et que ses

conséquences ne devraient pas être mises à sa charge, mais bien à celle de la Dlle C. C'est la « fatalité ».

Nous conclurons, de cette discussion médico-juridique, qu'à l'heure actuelle, le droit pur est incapable de défendre les intérêts du corps médical. Un droit médico-juridique a pris naissance : l'exercice de notre profession nous place dans des conditions juridiques spéciales qu'un avocat, qui n'est pas médecin, ne peut complètement apprécier.

C'est pourquoi le « Sou médical » compte de plus en plus d'adhérents, car nos confrères savent que les avocats conseils du « Sou » et les membres du Conseil d'administration travaillent de concert, justement pour élucider ces problèmes de droit médico-juridique.

Dans un avenir très prochain, les médecins devront être défendus, en justice, à la fois par un avocat de profession et par un confrère, exposant au tribunal, comme à la Cour, le point de fait à côté du point de droit.

Dr Paul BOUDIN.

L'AÉROCHIR NEMIROVSKY-TILMANT

(Avion chirurgical et sanitaire).

Par le Dr FOVEAU DE COURMELLES.

Deux ans se sont écoulés depuis que nous avons, comme secrétaire général du Comité de Patronage formé pendant la guerre, présenté aux nombreuses personnalités du monde de l'aviation et des sciences, sur le terrain d'Issy-les-Moulineaux, au public médical dans les revues et à tout le public enfin par la voix de la presse, le premier aérochir réalisé par l'ingénieur Nemirovsky et le docteur Tilmant.

A l'heure actuelle leur conception va recevoir la première consécration par le départ de trois premières escadrilles créées pour le service de santé de nos colonies. C'est à la claire pensée du médecin-inspecteur général Gouzien, Directeur du service de santé des colonies, et du général Benoist que nos colons et nos soldats devront d'avoir des secours rapides et efficaces. L'idéal élevé de deux ministres qui se sont succédé aux colonies a permis l'exécution de ce projet dont bénéficieront largement nos colonies lointaines. Ce ne sera pas un de leurs moindres titres à notre reconnaissance que d'avoir resserré ainsi les liens d'affection de nos colonies à la métropole.

L'avion radio-médico-chirurgical ou aérochir N.T. (puisque ce sont là ses marques distinctives) avait été conçu par ses jeunes inventeurs dès le début de 1917. Les hasards de la guerre avaient rapproché deux hommes qui travaillaient chacun de leur côté de toutes leurs forces à adoucir les maux de la guerre. L'ingénieur Nemirovsky, engagé volontaire dans les hôpitaux comme radiologiste, avait déjà inventé et construit des appareils radiographiques, dont un compas localisateur pour la recherche des projectiles dans le corps humain qui porte son nom, la plupart des appareils Nemirovsky ont été présentés à l'Institut et utilisés avec succès durant la guerre. Le Dr Tilmant était l'auteur de laboratoires ambulants de bactériologie qui ont rendu d'inappréciables services aux armées sur notre front et en Égypte.

Leur idéal les rapprochait l'un de l'autre, et c'est

ce qui leur donna l'idée d'utiliser l'avion, alors engin de mort, et d'en faire un appareil apportant l'espoir et la vie.

Malgré les difficultés du moment, malgré les rires et les moqueries, malgré la distance qui les séparait, l'un d'eux se trouvant aux armées et l'autre au chevet des blessés, ils poursuivirent leurs études et en février 1918, ils présentaient au ministère des inventions leur premier projet d'avion-radio-médico-chirurgical, équipe de secours volante destinée à venir renforcer les postes débordés par un afflux de blessés graves.

Le regretté Professeur Pozzi et le professeur Walther présentaient en octobre 1918 à l'Académie de médecine le dessin du premier appareil en cours d'étude. C'est cet appareil que nous avons présenté le 3 mars 1919.

Depuis cette date, ils se sont attachés — réconfortés et soutenus par les hautes approbations qu'ils ont reçues — à perfectionner leur appareil et à le rendre apte, non seulement à soigner les blessés sur place, mais à les transporter dans les meilleures conditions de confort et de sécurité.

Dans une cabine fermée, à l'abri des chocs, de l'action de l'air et de la température, sous la surveillance d'un médecin ou d'un infirmier placé près d'eux et pourvu des médicaments d'urgence nécessaire, deux blessés graves, confortablement couchés, ou quatre blessés légers peuvent être transportés rapidement après avoir reçu sur place les soins urgents que nécessitait leur état. Tout le monde a encore présent à la mémoire les conditions dans lesquelles le Professeur Tuffier s'est rendu au Maroc, soigner le général Paeymireau et les conclusions qu'il tira de son enquête sur les conditions d'utilisation de l'avion comme appareil sanitaire.

Le nouvel aérochir N. T. aménagé spécialement par les établissements Breguet, en collaboration étroite avec les inventeurs, permet d'amener rapidement au lieu d'une rencontre meurtrière, une équipe chirurgicale avec tout le matériel de pansements, d'opérations et une installation de rayons X. Le matériel et les chirurgiens étant débarqués, l'aérochir peut transporter vers des hôpitaux deux blessés couchés ou quatre blessés assis confortablement installés dans une cabine bien close, aérée, chauffée et éclairée.

Dans nos colonies où les distances qui séparent les postes sont parcourues en 10 ou 15 jours par des détachements armés, l'aérochir peut apporter les secours en quelques heures et transporter dans le même temps les blessés graves pour qui l'attente sur place ou le transport par route seraient mortels.

Bien plus, l'aérochir peut être utilisé comme appareil de surveillance sanitaire, et, par ses tournées, ravitailler en médicaments ou objets de pansements des villages perdus dans la brousse.

Dans certaines régions où les terrains d'atterrissage sont rares mais où les cours d'eaux et les lacs abondent, un dispositif très simple permet de substituer au train d'atterrissage un système de flotteurs qui transforme rapidement l'aérochir en un hydravion sanitaire « hydrochir ».

Ainsi nos enfants veillant à la sécurité de nos colonies lointaines, nos colons défrichant nos richesses coloniales immenses, ne se sentiront plus aussi loin de la mère Patrie et des leurs quand ils verront passer, l'oiseau de vie, et les peuples nouveaux apprendront à nous aimer d'avantage en voyant nos avions si terribles parfois atterrir au milieu d'eux en amis et en consolateurs.

(2)

QUARANTE-TROISIÈME ANNÉE — N° 15 — DIMANCHE 10 AVRIL 1921

Fondé en 1879 par Auguste CÉZILLY
Rédigé et dirigé par H. JEANNE (1900-1914).

LE CONCOURS MÉDICAL

ORGANE HEBDOMADAIRE DES PRATICIENS
Groupés dans la Société « Le CONCOURS MÉDICAL » et ses Filiales

ADMINISTRATION & PUBLICITÉ

G. BOULANGER, ADMINISTRATEUR

ABONNEMENTS :

France	24 fr.
Etranger	28 »
Etudiants (*France*)	12 »
Le numéro	50 cent.

Chèques Postaux Paris 167-95

DIRECTION

MM. les Drs A. GASSOT, *Directeur*, A. MAURAT ; H. CEZILLY ; J. NOIR ; P. BOUDIN docteur en droit ; M. VIMONT ; G. DUCHESNE.

MM. P. CEZILLY, J. DUMESNY, licenciés en droit ; C. BOULANGER.

RÉDACTION

Dr J. NOIR, RÉDACTEUR EN CHEF

Drs P. LACROIX et G. DUCHESNE SECRÉTAIRES DE LA RÉDACTION

N.-B. — Les manuscrits, publiés ou non, ne sont pas rendus.

Rédaction et Administration : 132, rue du Faubourg St-Denis, PARIS (10e). Téléphone : Nord 48-17

Quarante-troisième année. N° 15 10 Avril 1921.

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

Office de Renseignements du « Concours »

DON. — Nous avons reçu à titre de don à la Société civile du *Concours médical*, de M. le docteur Lucas, de Compiègne (Oise), la somme de cinq francs pour bons offices du journal.

AVIS

L'administration du journal serait reconnaissante aux abonnés qui pourraient lui envoyer le numéro 2 de 1921 qui est complètement épuisé. Ils obligeraient ainsi quelques confrères qui désirent posséder ce numéro pour leur collection.

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum, aux* « demandes et offres ».

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne, qui est versé dans la caisse de la Société civile du Concours Médical). *Adresser un mandat ou mieux verser au compte de chèques postaux*, Concours Médical, *Paris 167-95*.

Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse.**

Nº 149. — A céder, chef-lieu de canton Hte-Savoie, poste seul médecin, tarifs rémunérateurs. 20.000 fr. touchés en 1920. Maison agréable, électricité, loyer minime. 6.000 fr. comptant.

Nº 150. — Pension de famille de l'Abbaye, à Paramé-Plage du Minihic, sit. splend., accès direct s. mer, terrasses pl. d'arbres. Ouverture au 1er juillet. A partir de 20 fr. S'inscrire suite. Dr Benoist, Choisy-le-Roi.

Nº 151. — A vendre auto « la Nef », quatre places, moteur de Dion, 8 HP., changement de vitesse Bozier, allumage magnéto neuve. Bon état de marche. Dr G. Boynier, à St-Vivien-de-Médoc (Gironde).

Nº 152. — Famille Dr habitant Bretagne, st. balnéaire, prendrait au pair pers. cath., sachant coudre, aimant les enfants. Vie de famille.

Nº 153. — A vendre, Renault 10 HP., torpedo 4 places, sortant usine, jamais roulé, venue par train, écl., démarr. élect., offres à partir de 15.500 fr. ou Citroen peu roulé, suspension Houdaille, 12.000 fr Dr Daudon, à St-Amand (Deux-Sèvres).

Nº 154. — Paris. A vendre, squelette articulé, 30 fr. ; appareil photo 9 × 12 ; grand lit milieu, sommier à soufflet ; bain de siège.

Nº 155. — A vendre, 1 voiture automobile Vinot-Deguingnand 1914, 10 HP., conduite intérieure 2 places et strapontin, complètement revue à l'usine en octobre dernier, intérieur refait, 11.000 fr. Drouet, 37, rue de Marly, à Rueil (S.-et-Oise).

Nº 156. — Cherche occasion : petit transformateur (bobine) Gaiffe, pied radiol. petit mod., cupule, étrier, porte-amp., interrupt. Blondel, courant alternatif.

Nº 157. — Psychoses toxiques, obsessions, idées fixes, phobies, maladies de la volonté. Cure d'isolement et de rééducation. Etablissement psychothérapique, de Loches (I.-et-L.).

Nº 158. — Jeune médecin cherche place rétribuée assistant auprès confrère, urgent.

Nº 159. — Poste sérieux demandé dans ville, ou association, ou maison de santé avec garanties. Urgent.

Nº 160. — Pour traitement très efficace de la tuberculose, même avancée, en quelques mois, docteur cherche dans le midi, location immeubles d'au moins 15 chambres, ou 150.000 fr. prix d'un immeuble proposé, affaire de 1er ordre.

Nº 161. — A céder de suite pour cause de maladie, poste de 23 ans dans charmanrte petite localité

de la banlieue parisienne. Communications faciles. Seul médecin. Rapport actuel 37.000 fr. Très jolie petite maison. Pays de chasse et de pêche. S'adresser à Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris.

Nº 162. — Docteur possédant diplôme de pharmacien est demandé pour situation fixe à Paris. S'adresser à Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris.

CORRESPONDANCE

L'anthracosis des mineurs.

1º Dans mon article *L'anthracosis des mineurs*, il faut lire :

Colchicine	un milligr.
Extrait de strophantus.	un milligr.
Scillitine	un milligr.
Sulfate de spartéïne.....	quatre centigr.
Diurétine.............	vingt centigr.

Dr GALAND.

Au sujet de l'urotropine.

A l'observation concernant les impuretés de l'urotropine, publiée dans le *Concours médical* par le Dr D., je puis joindre celle-ci, qui m'est personnelle.

Un de mes malades fut pris soudain de violents symptômes d'intoxication après l'absorption de deux cachets contenant chacun 0 gr. 50 d'urotropine. Nausées et diarrhée très abondante, selles toutes les 5 ou 6 minutes, sensation de faiblesse intense. La crise dura environ 12 heures.

Ce malade avait déjà pris impunément de l'urotropine, et continue à en prendre, d'une autre origine. Je n'ai pu contrôler l'aspect du médicament incriminé, le malade ayant jeté au feu les quelques cachets restants.

Dr F.

Une démission aimablement motivée.

Je viens de payer ma cotisation pour le « Sou médical » pour l'année 1921, bien que n'exerçant presque plus et devant à bref délai être remplacé par un de mes fils. En vous priant de me considérer comme démissionnaire pour l'année 1922, je tiens à remercier le bureau du «Sou» de l'aide qu'il m'a prêtée il y a une douzaine d'années, à l'occasion d'une mauvaise querelle que m'avait cherchée un demi-fou qui d'ailleurs a été condamné. J'ai été très heureux à cette occasion d'avoir eu l'idée de m'y affilier, bien que je fusse convaincu, en y adhérant que, grâce à mon caractère conciliant, je n'aurais jamais à faire appel à son concours durant ma carrière. L'insigne mauvaise foi que j'ai rencontrée chez un de mes malades, que j'avais le plus obligé, m'a prouvé combien grande était mon erreur.

Dr W...

Calcul des impôts sur les revenus.

Pouvez-vous me donner le renseignement suivant au sujet des impôts que je dois payer pour 1920 :

1° Tous frais déduits, j'ai un bénéfice professionnel de 20.000 francs.

2° J'ai un revenu de 2.000 francs.

3° J'ai donc un revenu total de 22.000 francs.

Dans ces conditions, que dois-je payer :

1° Pour le bénéfice professionnel ?

2° Pour l'impôt général ? sachant que j'ai deux enfants et que j'exerce dans un village de 600 habitants.

Dr X...

Réponse.

Voici comment il y a lieu de calculer vos impôts sur les revenus :

1° Bénéfices de profession non commerciale.

Dans une ville de moins de 50.000 habitants, le bénéfice jusqu'à 4.000 est exonéré.

La fraction comprise entre ce minimum et 8.000 est comptée seulement pour moitié, soit	2.000
Auquel s'ajoutent les 12.000 au-dessus de 8.000	12.000
Vous payez donc sur	14.000
A raison de 6 %, soit	840
Mais ayant 2 enfants mineurs, vous avez droit à une réduction de 10 %, ou	84
Reste à payer	756

2° Impôt général.

Revenu total		22.000
Déduction spéciale pour le contribuable marié	3.000	
Pour chaque enfant mineur 2.000, soit ensemble	4.000	
Ensemble	7.000	7.000
Reste		15.000
Sur lesquels sont exonérés		6.000
Revenu imposable		9.000
La fraction comprise entre 6.000 et 25.000 étant comprise pour 1/25, vous devez être taxé sur		360
A 50 %, ce qui donne un impôt de		180
Sur lequel, du chef de vos enfants, vous avez droit également à une réduction de 10 %, soit		18
Reste à payer		162

Station pyrénéenne pour hystériques.

Dans l'énumération des ressources de la station de Bagnères-de-Bigorre, que vous avez publiée, il n'est fait aucune allusion à la Maison de régimes, de cure et de repos que j'ai ouverte l'an dernier

et qui fonctionne du 15 mai au 15 octobre. Je vous serais donc très obligé de fournir ce renseignement aux abonnés du *Concours médical.*

Dr Portes,
Bagnères-de-Bigorre.

Prorogation de bail.

Pourrais-je m'adresser à l'obligeance du service juridique du *Concours* pour me renseigner sur les points suivants, au sujet de la loi sur les loyers, si peu claire ?

1° Un médecin ayant un bail de 12 ans, datant d'une époque *antérieure au* 1er *août* 1914 (et ayant été mobilisé) peut-il prétendre conserver, *de droit*, son habitation après l'expiration de son bail en 1926, à usage professionnel et d'habitation ?

2° Quelle sera *la durée* de cette prorogation ?

3° Le propriétaire aura-t-il le droit de *l'augmenter* pour la durée de cette prorogation ?

4° Le locataire aura-t-il *des démarches* à faire pour obtenir cette prorogation, et à quelle époque devra-t-il les faire ?

Dr Y.

Réponse

1° Suivant la jurisprudence actuellement établie, la prorogation d'un bail antérieur au 1er août 1914 doit partir de la date d'expiration du bail, soit, dans votre cas, de 1926, à la condition que le locataire ait fait connaître au propriétaire son intention de bénéficier de la prorogation, par acte extrajudiciaire, c'est-à-dire par ministère d'huissier, trois mois au plus tard avant l'expiration du bail.

Mais un projet de loi récemment déposé par le gouvernement aurait pour effet, s'il était adopté par les Chambres, d'obliger les locataires à notifier leur intention d'user de leur droit de prorogation, un mois au plus tard après la promulgation de la loi auquel il aboutirait.

2° La durée de la prorogation, pour les locaux professionnels, tels que ceux dans lesquels un médecin exerce sa profession, est égale à celle des hostilités, c'est-à-dire de 5 ans et 84 jours.

3° Pendant toute la durée de la prorogation, le propriétaire n'a pas le droit d'augmenter le loyer, car la prorogation a lieu aux mêmes conditions que le bail qu'elle prolonge.

4° Voir ci-dessus.

Interprétation du Tarif Breton.

I

Je vous adresse, pour expertise, une note d'honoraires que refuse de me payer l'assurance La P...,

sous le prétexte qu'après régularisation et épluchage, il ne doit plus y avoir de visites ou consultations. En réalité, il s'agissait d'un ouvrier qui avait eu la phalange d'un doigt enlevée par une scie et dont la cicatrisation a été assez longue, peu de parties molles restant sur la 2e phalange, que j'avais respectée de façon à laisser au doigt le plus de longueur possible. Des dix visites faites après l'opération, le plus grand nombre ont été réclamées par l'ouvrier. Nulle part, dans le tarif Breton, je n'ai vu qu'il n'y avait pas lieu de compter des visites après la petite intervention.

Qu'y a-t-il lieu de faire ?

Dr L.

Réponse.

1° Je transcris tout d'abord la note, écrite à l'encre rouge, que vous a envoyée la Compagnie d'assurances La P... Elle en vaut la peine :

« La régularisation, épluchage et suture d'une plaie, comptée 30 francs au tarif Breton (2e catégorie) ne doit plus comporter aucun pansement si elle a été faite avec toute l'antisepsie convenable. — Interprétation fournie à la réunion des assurés par la commission du tarif Breton. »

La première partie de cette note contient une ... naïveté, car alors tout pansement antiseptique devrait être unique pour chaque blessure suturée : *n'insistons pas*. La deuxième partie contient une double erreur. D'abord la commission du tarif Breton n'a jamais rien interprété devant la réunion des assurés. Ensuite l'interprétation envisagée officieusement, dans un premier échange de vues, par la commission, n'a aucun rapport avec celle, fantaisiste, énoncée plus haut.

La vérité est qu'à l'heure actuelle, pour éviter les erreurs d'interprétation et les malentendus, nous mettons au point, à la sous-commission du tarif Breton, une série d'*avis* qui, homologués par la commission, paraîtront officiellement d'ici quelque temps. C'est là une généralisation de l'initiative que j'avais prise dans le *Concours* pour éclairer les confrères, avec ce progrès que les dits avis officiels seront donnés *d'accord* entre les représentants des médecins et ceux des assureurs.

2° Mais revenons maintenant à votre cas particulier.

A) Je compte, du 24 septembre au 3 novembre, 5 visites et 9 consultations, soit 14 interventions en 40 jours pour un doigt amputé d'une phalange par une scie, avec une deuxième phalange où restaient « peu de parties molles ». Vraiment, je ne vois pas sur quoi on pourrait alléguer des abus et je suis persuadé que le juge de paix, *devant lequel vous devez porter votre litige*, sera de mon avis.

(Voir la suite page XXXV-1069)

PROPOS DU JOUR

**Les soins médicaux aux mutilés et le corps médical.
Les scandales de la liquidation des stocks. Ne pourrait-on pas venir en aide aux médecins sinistrés des régions dévastées ?**

Répondant, au Sénat, à une question de M. Mauger, relativement au conflit survenu entre l'administration et les médecins au sujet des soins aux mutilés et aux réformés, M. Maginot, ministre des pensions, a affirmé que si la situation actuelle ne se modifiait pas, il n'hésiterait pas à demander au Parlement des armes pour défendre les intérêts des mutilés contre les intérêts syndicaux de certains médecins.

Le hasard veut que ces certains médecins soient l'unanimité du corps médical et que les mutilés et les réformés soient en grand nombre convaincus que leurs intérêts sont étroitement liés à ceux des praticiens.

Que fera Monsieur le ministre ?

Il demandera au Parlement le vote d'une loi d'exception, faisant litière de ses principes soi-disant républicains. Ce sera une loi de plus qui ne sera pas ou sera mal appliquée.

Croit-il qu'il aura rendu service au pays en poussant malgré eux, dans les rangs de la réaction ou de la révolution, les médecins praticiens qui furent en grande majorité, depuis un demi-siècle, les meilleurs soutiens du régime ? Croit-il sincèrement qu'en voulant d'une façon arbitraire et abusive imposer à une partie du corps médical les charges qui doivent incomber à l'Etat, c'est-à-dire à tous les citoyens, il ne créera pas un précédent fâcheux, qui un jour ou l'autre se retournera contre lui et ceux qui auront été ses complices ?

Le corps médical aurait peut-être accepté le sacrifice, si le Gouvernement avait montré le ferme désir d'exiger de tous le consentement de concessions analogues. Mais, au lieu de cela, nous avons vu de tous côtés les politiciens tripoter et s'enrichir du fait même de la misère publique, nous avons vu s'accroître sans cesse le nombre des fonctionnaires inutiles et parasites, nous avons vu les mercantis accumuler les millions avec le consentement tacite de ceux dont le devoir était de leur faire rendre gorge.

L'heure était vraiment mal choisie pour proférer des menaces contre le corps médical.

Dans la même séance du Sénat, M. Pierre Berger a eu l'indiscrétion de demander quelques explications au sujet de la liquidation des stocks.

Or le sous-secrétaire d'Etat, M. Paisant, vint avouer que les fonctionnaires, chargés de cette liquidation, avaient laissé voler **75.000** automobiles, chiffre qu'après une demi-heure de discussion avec ses chefs de service, M. le sous-secrétaire d'Etat réduisit à **1.500**, ce qui est déjà coquet. Cette anecdote prouve au moins combien ceux qui nous gouvernent sont exactement informés de ce qui les concerne.

Or, à ce sujet, nous nous permettrons de rappeler que, malgré des démarches sans nombre, il fut impossible aux médecins, même dans les régions libérées, de se procurer des automobiles en s'adressant à la liquidation des stocks, et en offrant du reste de les payer le prix. Il conviendrait encore de se souvenir du nombre considérable d'autos qui furent sacrifiées il y a deux ans environ, à Lyon, à Bordeaux, aux environs de Paris, abandonnées sans soins aux intempéries et aux mutilations des maraudeurs dans des camps dépourvus de surveillance.

Ce n'est pas tout. On sait qu'il fut impossible aux médecins d'acheter à la liquidation des stocks le moindre matériel chirurgical et nous avons cité il y a plusieurs mois, avec preuves à l'appui, des faits absolument révoltants, où des confrères de régions sinistrées avaient, après un nombre considérable de démarches, obtenu l'autorisation de payer plus cher que dans le commerce parisien des instruments d'usage courant à la liquidation des magasins du quai de la Rapée.

Pendant ce temps l'administration traitait avec les mercantis.

M. Pierre Berger a donné cet exemple à la tribune du Sénat :

« Un matériel sanitaire splendide a été vendu à vil prix à des mercantis.

« Des baignoires vendues **100 francs** ont été revendues le surlendemain à Paris, **1.180 francs.** »

Et cependant combien de nos hôpitaux manquent de baignoires ou sont pourvus d'un matériel de bains déplorable ?

M. le sénateur Henri Chéron réclame des sanctions et s'indigne de la *tolérance de l'improbité* dont le gouvernement est responsable. Le sous-secrétaire d'Etat a promis tout ce que l'on a voulu et, demain, nous apprendrons que deux gardiens de bureau ont été révoqués et que trois expéditionnaires ont été déférés aux tribunaux pour avoir détourné quelques francs.

La « gabegie » ne règne pas qu'à la liquidation des stocks. Nous avons reçu cette semaine la visite d'un brave gendarme qui venait enquêter au sujet d'une victime de l'explosion qui eut lieu au milieu de 1915 dans un atelier de grenades, rue de Tolbiac, à Paris. Ce gendarme était chargé de nous demander des renseignements complémentaires sur les lésions que constatait un certificat d'accident du travail, délivré par nous, le jour même de l'explosion.

Nous n'eûmes pas besoin d'invoquer le secret professionnel pour faire comprendre au représentant de la maréchaussée ce qu'avait de ridicule sa démarche cinq ans après l'accident. Quel médecin praticien qui ne pourrait citer une demi-douzaine de faits semblables ?

Au ministère des pensions, le désordre et l'incurie dépassent tout ce que l'on peut imaginer. Les dossiers que les victimes de la guerre, les veuves par exemple, ont eu tant de peine à constituer, pièce par pièce, s'égarent avec une incroyable facilité et l'on vient encore réclamer au médecin des certificats pour des malades qu'il a soignés 4 à 5 ans auparavant et dont il n'a souvent même pas gardé le souvenir.

Mais le gouvernement et M. le ministre des pensions, qui ont ignoré, sinon toléré, jusqu'à ce jour le vol, la prévarication et le désordre, osent reprocher aux médecins d'exiger le respect des lois et de la liberté.

***

Un des abus les plus pénibles et les plus révoltants est l'excessive lenteur administrative de la liquidation des dommages de guerre dans les pays dévastés. Cette lenteur est telle qu'on serait tenté de croire qu'elle est *voulue*. Nombre de nos confrères des régions libérées se trouvent encore dans une situation voisine de l'indigence. Beaucoup n'ont pu retourner dans leur pays entièrement détruit et ont dû se fixer dans la région parisienne. Ces médecins sont en assez grand nombre pour constituer un Syndicat, et nous avons à Paris le Syndicat des médecins sinistrés. Certains de ces malheureux confrères n'ont pu se constituer un matériel professionnel convenable, ni se créer une installation professionnelle ou familiale décente. Ils ont droit à des dommages de guerre qui s'élèveront à des sommes relativement importantes, mais la liquidation de leur dossier demandera au moins deux ans et, en attendant, ils connaîtront, eux et leur famille, la gêne et même la misère.

Ne pourrait-on pas leur venir en aide ?

L'un d'entre eux, qui, à force d'intelligence et d'énergie et aussi un peu servi par les circonstances, est parvenu à se tirer d'affaire, le Dr Quivy, le dévoué secrétaire général adjoint de l'Union des Syndicats médicaux de France, a fait appel à l'Association générale. Liée par la loi de la mutualité, l'Association générale ne peut pas matériellement venir en aide aux confrères sinistrés, mais son Conseil général est tout disposé à étudier comment l'on pourrait les secourir. Peut-être pourrait-on créer une *Caisse de prêts sur dommages de guerre*, qui ferait des avances aux médecins sinistrés, avances dont le remboursement serait garanti par l'indemnité qui sera payée plus tard au confrère sinistré.

Mais avant de songer à la création de cette caisse de prêts, d'en étudier la réalisation, il convient de savoir à quels besoins elle serait appelée à répondre.

Aussi le *Concours médical*, restant dans son rôle de société d'études, mais croyant de son devoir, toutes les fois que l'occasion se présente, de collaborer activement à tout effort pour venir en aide à des médecins dans la détresse, prie ses lecteurs de lui faire savoir *quels sont les médecins sinistrés qui auraient intérêt à la création d'une caisse de prêts, destinée à leur avancer une partie de la somme des dommages auxquels ils ont droit* et que l'Administration et le Crédit national leur feront vraisemblablement attendre encore durant de longs mois ? (1)

J. Noir.

***

Nous rappelons à nos confrères la souscription ouverte par Mme le Dr A. Sollier, à Boulogne-sur-Seine, en faveur de Mme le Dr M. Brès, octogénaire aveugle, dont la situation est des plus intéressantes.

(1) Prière d'adresser au *Concours médical*, 132, faubourg Saint-Denis, toute communication à ce sujet.

PARTIE SCIENTIFIQUE

SÉMÉIOLOGIE CLINIQUE

Le diagnostic des hématuries,

Par M. J. P. Tourneux,

Chirurgien des hôpitaux de Toulouse.

I

On désigne sous le nom d'hématurie l'émission par l'urètre, au moment de la miction, d'une certaine quantité de sang pur ou mélangé à l'urine. C'est un véritable pissement de sang, qui constitue un des symptômes les plus importants de la pathologie urinaire, symptôme révélant, dans la plupart des cas, l'existence d'une affection ayant son siège primitif au niveau de l'appareil urinaire, mais dont il faut parfois rechercher ailleurs la cause première. C'est pourquoi ne doit-on jamais manquer, lorsqu'on se trouve en présence d'une hématurie, et cela de manière à éviter une erreur d'interprétation, d'en bien étudier les caractères, les variétés, les symptômes concomitants, afin de pouvoir en déterminer la nature exacte, dont dépend en quelque sorte, presqu'exclusivement, le traitement.

Pour cette raison, il convient donc, avant d'envisager plus particulièrement la question du diagnostic différentiel des hématuries, de passer rapidement en revue les différentes modalités de ce symptôme.

L'apparition d'une hématurie peut, dans un certain nombre de cas, être précédée de quelques prodromes soit locaux, et se manifestant sous la forme de douleurs lombaires, de syndrome de la colique néphrétique, ou de ténesme vésical, — soit généraux, le malade présentant alors des malaises ou de la fièvre; dans d'autres cas, au contraire, la présence de sang dans l'urine au cours de la miction est le premier phénomène qui soit observé. Cette hématurie peut aussi se montrer au cours d'une affection caractérisée de l'arbre urinaire ou de tout autre appareil de l'économie, comme elle peut survenir brusquement, d'emblée, en pleine santé.

Le mélange de sang et d'urine peut se manifester sous des aspects bien variables, qui dépendent de l'abondance de l'hémorragie. L'urine est alors plus ou moins colorée et il existe toute une gamme de couleurs, allant depuis le rosé jusqu'au noirâtre ; parfois, il ne s'agit que d'une petite strie sanguinolente qui flotte librement ; dans d'autres cas, la quantité de sang éliminée est si minime qu'elle ne peut entraîner un changement de coloration, et qu'il faut alors user de techniques spéciales pour déceler sa présence (hématuries microscopiques).

La couleur particulière due à la présence du sang peut également se modifier au cours de la miction : faible au début, elle peut devenir plus forte à la fin, ou inversement; dans de nombreux cas, toute l'urine reste uniformément colorée.

L'examen macroscopique de l'urine sanglante issue des voies naturelles montre que, dans ce liquide coloré, il s'est formé, après repos, un dépôt constitué, dans les hémorragies légères, par une mince couche brunâtre, et par des caillots noirs ou décolorés dans les hémorragies abondantes. On peut encore trouver dans ce dépôt du pus plus ou moins coloré par le sang et offrant un aspect soit ponctué, soit strié, des sédiments urinaires d'acide urique, d'urates, de phosphates, ainsi que parfois, des fragments de tumeurs. Dans quelques cas assez rares, l'urine présente un aspect un peu particulier, consistant en la présence d'une couche supérieure crémeuse formée de globules blancs : c'est l'hématurie chyleuse ou hémato-chylurie.

A l'examen microscopique, on remarque la présence de globules rouges, normaux d'aspect, ou au contraire déformés et dont les altérations, allant depuis la dissolution de l'hémoglobine jusqu'à la destruction du stroma globulaire, seront d'autant plus marquées que l'on s'éloignera du moment où l'urine aura été recueillie. On y trouve encore des globules blancs, des cellules épithéliales, des cristaux, des cylindres, parfois des microbes ou même des parasites.

Quant aux symptômes concomitants de l'hématurie, ils sont les uns fonctionnels, douleur sur le trajet de l'urètre, ténesme vésical, miction douloureuse, et les autres généraux, lipothymie, hémorragies multiples. Dans un bon nombre de cas, ils manquent totalement et tout se borne à l'émission de l'urine sanglante.

L'évolution des hématuries, essentiellement variable, est en relation directe avec leur cause ; l'hémorragie peut être unique, ou très rare ; elle peut au contraire être répétée, entraînant à bref délai un état anémique. Il faut cependant ne pas oublier qu'un certain nombre de facteurs secondaires, parmi lesquels la congestion tient le premier rang, peuvent déterminer des caractères tout à fait différents dans une même affection.

II

Il est deux questions que l'on doit tout d'abord se poser en présence d'une urine que l'on soupçonne être hématurique. Premièrement, est-ce bien du sang que contient l'urine ? et deuxièmement, le sang provient-il des voies urinaires ?

L'urine peut présenter une coloration rappelant celle qui est due à la présence du sang ; il en est ainsi

des urines fébriles, des urines ictériques, des urines des sujets ayant absorbé certains médicaments tels que la rhubarbe, le séné, le sulfonal, l'iodoforme, l'acide phénique, le salol, le semen contra. L'erreur est facile à éviter, car toutes ces substances provoquent dans l'urine des réactions chimiques particulières, alors que l'examen microscopique ne révèlera dans cette même urine la présence d'aucune hématie. L'*hémoglobinurie* teinte les urines en rouge sombre, vif, mais il n'y a jamais de caillots et l'on ne rencontre pas non plus de globules rouges : le diagnostic, en dehors des données cliniques, se basera sur l'examen microscopique montrant l'absence d'hématies, alors que l'examen spectroscopique est positif.

L'hématurie doit être différenciée de l'*urétrorragie*, hémorragie de l'urètre antérieur, relevant bien souvent d'un traumatisme et caractérisée par l'écoulement de sang pur en dehors de toute miction, ainsi que de l'*hémospermie*, mélange de sperme et de sang, éjaculation sanglante. Il faut en outre ne pas oublier que le sang contenu dans l'urine peut provenir, soit des règles, soit d'une métrorragie, et qu'il existe aussi des cas de simulation.

La notion positive d'hématurie étant posée, reste à en reconnaître la source et la nature, soit, en définitive, le diagnostic étiologique.

Les causes qui la déterminent sont de nature très diverses, générales ou locales. Parmi les premières, on peut ranger les altérations sanguines dûes à une prédisposition congénitale ou à une toxi-infection ; parmi les secondes, qui sont de beaucoup les plus fréquentes, se placent les traumatismes directs ou indirects, les inflammations aiguës ou chroniques, les lésions spécifiques agissant par destruction des tissus ou par action des substances toxiques. Dans tous ces différents cas, la production de l'émission sanguine suppose toujours en dernière analyse l'effraction des vaisseaux produite d'emblée, ou résultant d'un processus inflammatoire, souvent favorisé par les phénomènes de congestion active ou passive qui l'accompagnent.

C'est pourquoi, étant donné le grand nombre de causes qui, avec une fréquence très inégale, peuvent produire une hématurie, il convient de procéder d'une façon très méthodique, lorsqu'on se trouve en présence d'un malade dont les urines renferment du sang, et de rechercher tout d'abord quelle est la source de cette hématurie, de voir quel est l'organe qui saigne : ce n'est qu'ultérieurement, une fois que ce point du problème sera élucidé, que l'on devra envisager la question de la nature de l'émission sanguine, c'est-à-dire quelle en est l'affection causale.

Pour porter le diagnostic de siège d'une hématurie, on doit tenir compte d'un certain nombre d'éléments tenant à ses caractères et à son évolution, aux signes concomitants et aux résultats de l'exploration des organes.

Les caractères de l'hématurie en elle-même viennent en premier lieu. Quand le sang vient de l'urètre postérieur, il est chassé par l'urine dès le début de la miction, et l'hématurie est alors dite *initiale*. Quand le sang vient de la vessie, les dernières contractions du muscle vésical déterminent l'apparition ou une recrudescence de l'hémorragie à la fin de la miction : l'hématurie est dite *terminale*. Quand le sang vient du rein, il est mélangé à l'urine d'une façon intime pendant toute la durée de la miction, sans qu'il se produise de changement de coloration : l'hématurie est dite *totale*.

Cette distinction que l'on rend bien visible en faisant uriner le malade dans trois verres, bien que n'ayant pas une valeur absolue, présente cependant une très réelle importance clinique, car elle permet une approximation qui, en s'ajoutant aux autres signes, doit entraîner la localisation du siège de l'hématurie.

Il est encore un certain nombre d'autres constatations dont il faut savoir recueillir : c'est ainsi que la présence de longs caillots, et de cylindres hématiques indique une hémorragie provenant du rein, que la répétition et la petite durée des crises hématuriques relèvent de la même origine, ainsi que la brusque disparition suivie d'un prochain retour, (Guyon) consistant en émission d'urines claires et d'urines sanglantes dans la même journée.

Si l'examen de l'urine des vingt-quatre heures dans un bocal montre une hématurie rouge-rutilant, il faudra songer à une origine vésicale, une hématurie noirâtre se rapportant plutôt à l'origine rénale ; la présence d'un dépôt glaireux plus ou moins strié de sang, ou d'un dépôt formé de deux couches distinctes de sang et de muco-pus, indique qu'il s'agit d'une lésion vésicale.

Enfin, l'existence de coliques néphrétiques, de douleurs lombaires, est en faveur d'une localisation rénale ; les troubles de la miction devront faire penser à une affection de la vessie.

Après ces premières constatations, on procèdera à l'examen clinique de tout l'appareil urinaire : c'est ainsi que l'on pratiquera l'inspection, la percussion et la palpation de la région lombaire, qui révèleront l'état du rein, son volume, sa mobilité, sa sensibilité ; on recherchera les différents points urétéraux ; on examinera la région hypogastrique ; on pratiquera la toucher rectal (prostate) et on ne manquera pas d'inspecter le testicule et le cordon (varicocèle symptomatique et noyaux épididymaires). Chez la femme, le toucher vaginal donnera des renseignements sur l'état de la vessie et de l'extrémité des uretères ; le toucher intra-vésical de Simon doit être complètement abandonné.

Ceci fait, on pourra, pour assurer son diagnostic, se livrer à quelques recherches complémentaires, à l'épreuve du lavage et de la distension, et à l'exploration instrumentale (cathétérisme à l'aide de l'explorateur à boule ou de l'explorateur métallique).

On arrivera dans la plupart des cas, au moyen de ces différentes méthodes, à pouvoir localiser la source de l'hémorragie. Mais, dans certains cas plus difficiles, où, par suite de l'absence ou de l'obscurité d'un

BENZOLACTOL

GRANULÉ

Perox. Magnésium (Syn: Hopogan), Benz. Naphtol, Salol, etc.

Le Meilleur Antiseptique dans toutes les

Infections du TUBE DIGESTIF

(2 à 6 cuillerées à café par 24 heures)

ÉCHANTILLONS ET LITTÉRATURE:

Laboratoires du BENZOLACTOL, 26, Rue de Sévigné, PARIS

EMULSION de GOUDRON VÉGÉTAL et EMULSION de BAUME de TOLU

de L. LE BEUF

Ce qu'a dit le Professeur GUBLER sur ces Emulsions dans ses com. thérap. du Codex (2me éd., p. 167 et 314, à savoir : *que les Emulsions Le Beuf, de Tolu, de Goudron, avaient sur la plupart des autres préparations l'avantage d'offrir, sous une forme aisément absorbable, l'ensemble des principes actifs de ces médicaments complexes*, mérite d'attirer l'attention des médecins auxquels s'adresse, du reste, le savant Professeur.

Laboratoires LE BEUF, Bayonne

et dans les Pharmacies

Médailles aux Expositions

GUÉRISON des MALADIES

DE L'ESTOMAC ET DU VENTRE

DYSPEPSIE — GASTRALGIE

CONSTIPATION — GASTRITE, ETC.

EXIGER LA SIGNATURE

Guéries par la

MALTINE GERBAY

Dosée par le Dr COUTARET, Lauréat de l'Institut.

Approuvé par l'Académie de Médecine.

Exportation ***GERBAY, Roanne*** (Loire)

Dépôt dans toutes les Pharmacies.

BRONCHITES

ASTHME · TOUX · GRIPPE

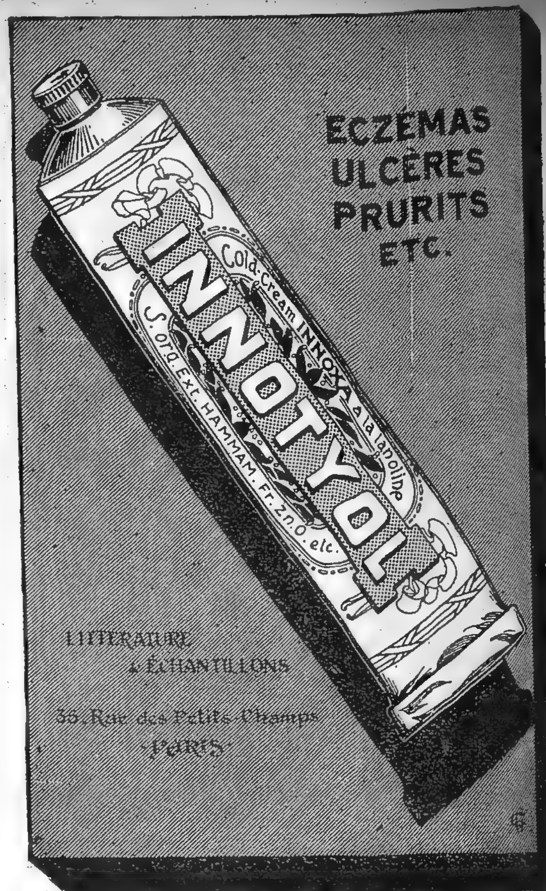
GLOBULES DU Dr DE KORAB A L'HÉLÉNINE DE KORAB

EXPÉRIMENTÉS DANS LES HOPITAUX DE PARIS

2 à 4 par jour

L'HÉLÉNINE DE KORAB calme la toux, les quintes même incoercibles, tarit l'expectoration, diminue la dyspnée, prévient les hémoptysies. Stérilise les bacciles de la tuberculose et ne fatigue pas l'estomac

CHAPÈS 12, RUE DE L'ISLY PARIS



HOTEL des MEMBRES du CONCOURS

GRAND HOTEL DES BALCONS

3, rue Casimir-Delavigne, PARIS-ODÉON

Métro : ODÉON. — 6e arrond.

CONFORT MODERNE

Électricité, Chauffage central, Salle de Bains

Eau chaude dans toutes les chambres

DOCTEUR, achetez, faites réparer, transformer remettre à neuf, échanger ou vendre les articles de l'Arsenal Médico-Chirurgical chez

LOREAU ✿ I. ✿

8 *bis*, rue Abel, PARIS (12e) — Tél. : Roquette 41-86

Instruments de Chirurgie

Mobilier Médical — Électricité Médicale

TROUBLES DE LA CIRCULATION DU SANG

RÈGLES Difficiles, Excessives, Insuffisantes

PUBERTÉ -:- MÉNOPAUSE -:- VARICES -:- HÉMORROIDES -:- PHLÉBITES -:- VARICOCÈLES

HÉMOPAUSINE du Docteur BARRIER

Hamamelis, Viburnum, Capsicum, Seneçon, etc.

ADULTES : 2 à 3 verres à liqueur par jour. ‖ ENFANTS : 2 à 3 cuillerées à dessert par jour.

DOCTEURS : *Voulez-vous lutter contre la réclame vulgaire ?*

CONSEILLEZ : l'HÉMOPAUSINE

Laboratoire des Spécités du Dr BARRIER, Les Abrets (Isère) — ÉCHANTILLON SUR DEMANDE

certain nombre de symptômes, on hésitera à se prononcer d'une manière précise sur le siège de l'émission sanguine, il sera alors bon de recourir à d'autres moyens d'examen, tels que : cystoscopie, division des urines, ou mieux cathétérisme des uretères qui permettent de se rendre compte du point de l'hémorragie, de voir si c'est la vessie ou le rein qui saignent, ou encore, dans le cas d'hématurie rénale, quel est l'uretère qui donne de l'urine sanglante.

De même, il est toute une série de cas, comme dans les calculs du rein, où il sera de toute nécessité de pratiquer un examen radiographique. Assurément, toutes ces dernières recherches sont du domaine de la spécialité, et ne peuvent guère être réalisées par un praticien : elles sont pourtant souvent indispensables, en particulier quand il s'agit d'une intervention chirurgicale où un diagnostic tout à fait précis est nécessaire.

Le siège de l'hématurie une fois posé, il restera à en connaître la cause ; pour cela, on tiendra compte des antécédents du malade, du mode du début, de l'évolution, des symptômes concomitants et aussi, du siège présumé de l'hémorragie. Souvent, le diagnostic sera évident d'emblée ; parfois, il restera hésitant et nécessitera un examen plus prolongé.

III

L'hématurie s'observant dans les deux sexes et à tous les âges, relevant, avec des degrés divers il est vrai, sensiblement des mêmes causes, il ne paraît pas nécesssaire d'envisager d'une manière spéciale la question du diagnostic, chez l'homme et la femme, chez l'adulte et chez l'enfant : il est bon toutefois de se rappeler que chez ce dernier, l'hématurie doit être plus particulièrement rattachée à l'existence d'une néphrite, d'un néoplasme, ou d'accidents lithiasiques.

Cependant, avant de commencer l'étude générale du diagnostic des hémorragies de l'appareil urinaire, il convient d'examiner d'une façon particulière, deux cas un peu spéciaux ayant trait aux émissisons sanguines survenant chez le nouveau-nè et chez la femme enceinte.

Nouveau-né. Chez ce dernier, en dehors des hémorragies se rapportant à un traumatisme obstétrical, l'hématurie s'observe dans deux affections différentes. Elle peut se manifester en même temps que d'autres accidents hémorragiques tels que mélæna et hématémèses ; il s'agit alors d'une maladie de tout l'organisme à symptomatologie complexe. Elle peut s'observer aussi chez des enfants nés en bonne apparence qui, dès les premiers jours, présentent de l'agitation, des convulsions et de la diarrhée bilieuse. Bientôt, les téguments offrent un changement de coloration progressivement envahissante, qui passe de la teinte subictérique au bronzé le plus intense. L'hématurie qui ressemble à un liquide chocolat ou marc de café survient en même temps que l'ictère, ou seulement 2 ou 3 jours après son apparition. On se trouve alors en présence de la *maladie bronzée hématurique des nouveau-nés*, évoluant parfois d'une manière épidémique. Bien que tout dans la génèse de cette affection semble militer en faveur d'une infection, son étiologie et sa pathogénie ne sont pas encore élucidées.

Femme enceinte. Les hématuries qui surviennent au cours de la grossesse peuvent se diviser en deux catégories : les hématuries qui se produisent pendant la grossesse, dues à des facteurs étiologiques divers, sans relation directe avec l'état de parturition, et les hématuries de la grossesse, dans lesquelles la perte de sang est sous la dépendance de l'état gravidique qui en est la cause unique.

Il n'est pas toujours facile de reconnaître de quelle catégorie d'hématurie on se trouve en présence, car les signes de l'émission sanguine dans les deux cas offrent à peu près les mêmes caractères. L'hématurie purement gravidique possède cependant quelques particularités, qui permettent de la diagnostiquer. Elle apparaît d'abord à l'occasion d'une grossesse, chez une femme jusque-là en bonne santé ; bien que pouvant survenir à toute époque de la gestation, elle est assez rare pendant les premiers temps, et se montre généralement à partir du 4e mois. Son abondance est variable, elle peut persister pendant plusieurs jours, se renouveler pendant plusieurs mois, avec ou sans intermittences. Un de ses caractères particuliers, c'est de cesser avec la grossesse, l'écoulement du sang s'arrêtant, soit sitôt l'accouchement, soit dans les jours qui suivent.

Les hématuries gravidiques, qui peuvent être terminales (vessie) ou totales (rein), surviennent sans aucune espèce de lésions spécifiiques des voies urinaires, comme l'ont montré les examens pratiqués à plusieurs reprises. L'origine vésicale s'explique par l'existence de grosses veines variqueuses déchirées ou ulcérées, et quant à l'origine rénale, elle doit être rapportée à la congestion passive de l'organe, à la compression des uretères, ainsi qu'à la toxémie gravidique.

***

Lorsqu'un médecin est appelé auprès d'un malade qui, depuis un temps plus ou moins long, présente le symptôme hématurie, son premier soin sera, après avoir constaté qu'il s'agit bien d'un pissement de sang, d'en rechercher la source et de voir si l'émission sanguine vient de l'urètre postérieur, de la vessie ou du rein. Ce point une fois acquis (et nous ne croyons pas devoir revenir sur le diagnostic de siège précédemment exposé), à quelle affection doit-il songer ?

PREMIER CAS. *Hématurie d'origine rénale* (hématurie totale, souvent intermittente, s'accompagnant de caillots allongés).

Cette hématurie relève de causes très nombreuses et si, dans un certain nombre de cas, elle va constituer un symptôme de très grande importance au point de vue du diagnostic, dans d'autres, elle n'aura

qu'un caractère tout à fait accessoire, n'étant parfois qu'une simple complication d'une maladie évoluant déjà depuis un certain temps, ou encore un symptôme rare et inconstant, sur lequel il est tout à fait impossible de baser un diagnostic.

Le premier soin du médecin sera de s'assurer si l'hémorragie dépend d'une lésion spéciale du rein, ou d'une affection générale de l'organisme ayant retenti sur l'organe de l'excrétion urinaire.

A. *Affections générales.* L'hématurie est un symptôme assez souvent observé au cours d'un certain nombre d'*affcetions générales* et qui ne fait que traduire les altérations de l'appareil circulatoire. C'est une complication rarement précoce, presque toujours assez tardive, que l'on n'a pas attendue pour porter un diagnostic, car elle ne vient que révéler une aggravation de l'affection causale et en assombrir le pronostic.

On l'observe au cours d'un certain nombre d'*affections dyscrasiques*, telles que la leucémie, la chlorose, l'hémophilie, l'ictère grave, comme au cours de certaines *intoxications hémorragipares* (par le plomb et par le mercure), ou *médicamenteuses* (cantharide, cubèbe, santal, acide phénique, etc.)

De même, on constate également des hématuries au cours de l'évolution des formes hémorragiques d'un certain nombre de *maladies infectieuses*, les fièvres éruptives, la diphtérie, la pneumonie, la grippe, la fièvre typhoïde, les purpuras, le scorbut, la peste, la fièvre jaune. Dans tous ces cas, que l'émission sanguine provienne des modifications apportées par la maladie à l'état du sang, comme dans les affections toxiques et dyscrasiques, ou d'altérations glomérulaires, comme cela a lieu dans les maladies infectieuses, le diagnostic s'impose et ne souffre aucune difficulté.

L'hématurie se voit aussi à la suite de certains troubles circulatoires d'origine générale, comme dans l'*asystolie* : on notera toujours, dans tous ces cas, un ensemble de signes suffisants pour permettre le diagnostic de la lésion dont l'hémorragie n'est qu'une complication tardive.

Parmi les complications urinaires de l'*appendicite*, l'hématurie est assurément la plus intéressante, moins en raison de son importance pronostique que du fait de la confusion qu'elle vient jeter dans le tableau clinique. L'hématurie peut se rencontrer dans toutes les formes d'appendicite, dans les aiguës comme dans les chroniques, elle peut s'observer après l'appendicectomie. Dans les formes aiguës, elle apparaît habituellement au moment même ou immédiatement après la cessation des phénomènes généraux d'origine appendiculaire ; son début est brusque, sans phénomènes prémonitoires ; elle est intermittente, de courte durée, d'abondance variable.

L'hématurie de l'appendicite chronique est antérieure aux signes appendiculaires proprement dits ; elle apparaît chez des malades présentant un très long passé abdominal (gastralgie avec ou sans vomissements, constipation, météorisme, douleur dans la fosse iliaque droite). Comme ces hématuries coexistent toujours avec des douleurs néphrétiques, tout fait penser à un calcul rénal ou urétéral ; aussi n'est-ce que par l'examen approfondi du malade, par l'étude des caractères de la crise (douleur, température, vomissements), par l'examen des urines, la cystoscopie, le cathétérisme urétéral et la radiographie que l'on parvient à résoudre le diagnostic. Ces hématuries sont en général bénignes, elles sont dues soit à des lésions de néphrite, soit à la congestion rénale réflexe.

B. *Lésions rénales.*

1° Il existe toute une série de cas où le diagnostic ne présente pas de grandes difficultés, et où l'hématurie, constituant un des principaux symptômes, sera facilement rapportée à l'affection causale.

En laissant de côté les hématuries précoces ou tardives qui s'observent parfois à la suite des *interventions sur le rein*, et dont la nature s'impose, on ne devra pas hésiter sur la signification d'une urine sanglante succédant à un traumatisme de la région lombaire, et ayant déterminé une *plaie* ou une *contusion du rein.*

Les infections rénales, *néphrites aiguës* (primitives ou secondaires) seront aussi facilement reconnues : l'hématurie y est fréquente, rarement précoce, c'est-à-dire survenant en même temps que les frissons et la fièvre, mais généralement un peu plus tardive, accompagnant les autres symptômes (oligurie, albuminurie, œdèmes, troubles digestifs, mauvais état général), qui entraînent le diagnostic. L'émission d'urines sanglantes s'observe plus rarement au cours de la *néphrite chronique*, bien qu'elle puisse, dans certains cas, constituer une véritable forme hémorragique du mal de Bright. Lorsqu'elle est unilatérale, elle peut alors simuler une autre affection, cancer, tuberculose ou lithiase ; le diagnostic est ici plus délicat et repose sur la recherche de tous les signes du brightisme (petits accidents, polyurie, hypertension artérielle, troubles circulatoires, digestifs, etc.)

L'hématurie de la *lithiase rénale* présente deux types différents : dans l'un (hématurie de migration), l'hémorragie est provoquée par l'expulsion de sable ou de petits calculs ; elle précède parfois (congestion) ou plus souvent suit la crise douloureuse de colique néphrétique, et dure de un à deux jours. Dans l'autre (hématurie par séjour d'un calcul dans le bassinet), l'émission sanguine est provoquée par la marche, les secousses, les fatigues physiques ; elle est presque toujours calmée par le repos et présente généralement une durée assez courte. Ces caractères, joints à l'existence de douleurs rénales, à des urines sédimenteuses fortement colorées, avec conservation parfaite de l'état général, sont caractéristiques de la lithiase rénale.

Des hématuries isolées, ne s'accompagnant pas primitivement de douleurs, non influencées par le repos, le mouvement, ou la thérapeutique, spontanées,

capricieuses, survenant brusquement et disparaissant de même, répétées, irrégulières dans leurs manifestations, abondantes, contenant parfois des caillots, devront faire penser à un *néoplasme*, hypothèse qui sera confirmée par la constatation d'un rein augmenté de volume. L'apparition de varicocèle en est également un excellent signe, mais qui est toujours trop tardif pour qu'on puisse en faire un bon élément de diagnostic.

Si l'hématurie est précoce, spontanée, peu abondante, répétée, apparaissant et disparaissant sans cause, souvent accompagnée de douleurs, mais bientôt suivie de polyurie trouble, de pyurie acide et de fréquence des mictions, on devra songer à la *tuberculose rénale.*

2° L'hémorragie peut encore s'observer dans un certain nombre d'autres affections rénales, mais comme elle n'y constitue qu'un symptôme rare ou inconstant, elle présente beaucoup moins d'importance, et on ne devra jamais se baser sur elle pour porter un diagnostic. L'essentiel est de connaître les lésions rénales qui peuvent s'accompagner d'hématurie, afin de ne pas être tenté de la rapporter à une autre affection dont elle constitue un des signes cardinaux.

C'est ainsi qu'on observe parfois des émissions sanguines dans le *rein mobile*, qui sont dues à la torsion du pédicule vasculaire, ou à la néphrite coexistante. On devra songer à cette affection si, chez un malade présentant des phénomènes douloureux continus ou survenant par crises suivies de débâcle urinaire parfois sanguinolente, on constate l'existence d'un rein descendu en totalité ou en partie au-dessous des fausses côtes.

On songera à l'*hydronéphrose* dans les cas où, après une crise douloureuse assez violente, on observe une débâcle urinaire importante suivie d'hématurie et s'accompagnant de la disparition subite d'une tumeur lombo-abdominale.

Si, à côté d'hématuries discrètes, le malade présente de la fièvre, un mauvais état général, des troubles dyspeptiques, de la pyurie, de la polyurie trouble, de la pollakiurie nocturne et de la douleur à la pression en certains points de l'appareil urinaire, on devra porter le diagnostic de *pyélonéphrite.*

Il faut encore se souvenir que l'hématurie a pu se manifester, mais d'une manière presque exceptionnelle, dans *le rein polykystique*, le grand *kyste séreux du rein*, la *syphilis rénale*, ainsi qu'au cours de l'évolution de certaines *affections parasitaires* (strongylose, bilharziose, filariose et kyste hydatique).

Enfin, d'après quelques auteurs, il existerait de véritables *hématuries essentielles* paraissant ne relever d'aucune lésion rénale, et s'accompagnant dans certains cas de douleurs névralgiques (néphralgie hématurique). Un tel diagnostic ne peut se porter qu'après élimination de toutes les autres causes d'hématuries : encore faut-il ne pas oublier que dans quelques cas étiquetés hématuries essentielles, l'hémorragie était due à *des varices rénales*, dont le diagnostic clinique est impossible et dont l'existence n'a pu être montrée qu'après néphrectomie.

DEUXIÈME CAS. *Hématuries d'origine vésicale.* (hématurie terminale).

A l'inverse des hémorragies rénales qui sont sous la dépendance, et d'affections d'ordre général et d'altérations locales, les hémorragies d'origine vésicales sont dues exclusivement aux lésions de cet organe : d'une façon générale, leur diagnostic ne présente pas de très grandes difficultés.

Il est d'abord toute une série de faits dans lesquels l'hématurie sera facilement rapportée à sa cause ; telles sont les *plaies de la vessie*, chirurgicales (accidents opératoires), ou accidentelles (coup de couteau, coup de feu, empalement). Dans la grande majorité des faits, le diagnostic s'imposera d'emblée, reposant sur la notion d'un trauma quelconque suivi d'hématurie et d'écoulement d'urine par la plaie. Par suite de l'étroitesse de l'orifice cutané, ce dernier symptôme pourra manquer ; il faudra alors uniquement se baser sur le ténesme vésico-rectal, l'oligurie et l'hématurie.

Il en sera de même pour les *traumatismes fermés* de la vessie, ruptures et déchirures survenant à la suite de contusion, contracture musculaire, distension vésicale, fracture du bassin et intervention obstétricale, où l'on observe, après la disparition de la période de shock, du ténesme vésico-rectal, avec émission d'une petite quantité d'urine teintée en rouge. L'immuabilité du contenu vésical au cathétérisme, et l'instantanéité de la réplétion vésicale dans la position debout confirmeront le diagnostic porté.

Dans un ordre d'idées un peu différent, on n'hésitera pas non plus sur la nature d'une hématurie succédant à une évacuation trop rapide de la vessie chez les malades atteints de rétention (*hématurie de décompression*).

Une hémorragie qui aura pour caractères d'être provoquée par les mouvements, par la fatigue, le saut ou la marche, qui s'arrêtera lorsque le malade sera au repos, qui sera presque toujours peu abondante, de courte durée, qui se produira dans la station debout et cessera dans le décubitus, et qui s'associera à d'autres symptômes tels que douleurs irradiées vers le périnée, la verge ou les cuisses, pollakiurie, interruption brusque du jet au cours de la miction, devra faire penser à un *calcul de la vessie*, dont la présence sera reconnue par l'explorateur métallique de Guyon et au besoin par la cystoscopie.

Si l'on observe des hémorragies spontanées, isolées, ne s'accompagnant que tardivement de douleurs abondantes et répétées, entrecoupées de rémissions parfois longues et capricieuses, non influencées par le mouvement, le repos ou la thérapeutique, disparaissant brusquement et se reproduisant de même, on songera à l'existence d'une *tumeur de la vessie.* L'élimination de fragments, qui se voit assez souvent,

en sera un signe pathognomonique ; le toucher rectal ou vaginal, le cathétérisme et la cystoscopie, tout en confirmant le diagnostic, renseigneront sur la nature et la disposition de la néoplasie.

On songera à la *tuberculose vésicale* dans le cas d'hématurie précoce, peu abondante, spontanée, se reproduisant sans cause appréciable, et devenant en général plus rare avec les progrès de l'affection. Il y aura en outre une douleur assez intense, s'exagérant au début et à la fin de la miction, et réveillée par le palper hypogastrique, l'exploration vésicale et le toucher rectal. A l'hématurie succèdera bientôt la pyurie, où il sera facile d'isoler le bacille de Koch. Enfin, s'il s'agit d'une hématurie fréquente, mais peu abondante, et associée à la triade symptomatique : douleur, fréquence des mictions et pyurie, il sera évident qu'il s'agit d'une *cystite aiguë ou chronique* dont il faudra alors rechercher la cause, blennorragie, rétrécissement de l'urètre, hypertrophie prostatique, etc.

Il existe encore un certain nombre de cas, où le diagnostic de la cause de l'hématurie sera plus délicat à poser.

Ce sont d'abord les cas de *corps étrangers de la vessie*, où, en l'absence d'aveu du ou de la malade, on ne peut, devant les symptômes relevés, que songer à un calcul ou à une tuberculose vésicale. La plupart du temps, ce n'est qu'à l'aide d'une exploration de la vessie que le diagnostic exact a pu être porté.

La *leucoplasie vésicale*, dont la symptomatologie rappelle celle des cystites chroniques, bien que l'hémorragie y soit moins abondante, et les *ulcérations primitives de la vessie*, où l'hématurie présente des caractères se rapprochant sensiblement de celle des néoplasmes vésicaux, n'offrent pas de caractères cliniques suffisants pour permettre de faire un diagnostic ; ce n'est que par la cystoscopie que l'on peut arriver à isoler l'affection.

Il en est de même de l'hématurie due aux *varices vésicales* : elle est spontanée, non douloureuse, s'accompagnant de fréquence des mictions sans pyurie. Bien qu'il faille y songer lorsque ce tableau clinique coïncide avec l'existence de varicocèle, d'hémorroïdes et de varices des membres inférieurs, seule la cystoscopie peut encore donner dans ce cas le bon diagnostic.

Quant à la *syphilis vésicale*, affection fort rare, dont les données classiques sont des plus imprécises et où l'hématurie est toujours assez marquée, on ne doit y penser qu'en dernière analyse, en cas de lésions spécifiques concomitantes, et après exclusion des autres diagnostics.

TROISIÈME CAS. *Hématurie d'origine urétrale ou prostatique* (hématurie initiale).

Les hématuries initiales proviennent exclusivement des lésions de l'urètre postérieur ou de la prostate : leur diagnostic ne présente jamais de bien grosses difficultés.

C'est ainsi que l'on devra songer à une *lésion de l'urètre*, si à la suite d'un trauma (fracture du pubis, ou diastasis temporaire) on constate de l'hématurie, alors qu'il n'existe pas de signes de rupture vésicale.

Si l'hématurie s'accompagne de douleurs vives, de fréquence des mictions, et d'écoulement purulent, c'est à une *urétrite postérieure aiguë* qu'elle devra être rapportée.

Une hémorragie spontanée ou provoquée par un cathétérisme, chez un malade qui présente un certain nombre de troubles de la miction (pollakiurie nocturne, déformation du jet, etc.) doit éveiller l'idée d'une *hypertrophie prostatique* à la période congestive, qui sera confirmée par le toucher rectal.

S'il s'agit d'hématuries abondantes, spontanées ou provoquées, s'accompagnant de phénomènes dysuriques et de douleurs périnéales s'irradiant dans les membres inférieurs, alors qu'au toucher rectal on trouve une prostate dure, bosselée, irrégulière, dont les bords tendent à devenir envahissants, c'est au diagnostic de *néoplasme* que l'on devra s'arrêter.

La *tuberculose de la prostate* donne, à la période de début, des hémorragies assez discrètes (congestion); plus tard, elles deviennent plus abondantes (ulcération). Le diagnostic se fera par le toucher rectal où l'on sentira une prostate augmentée de volume en totalité ou en partie, avec des nodosités dures et des zones ramollies : bien souvent, on constatera en même temps la prise des vésicules séminales et des canaux déférents.

Il existe encore deux affections, où l'on a pu noter l'existence d'hématuries initiales, c'est la *tuberculose primitive de l'urètre postérieur*, et les *tumeurs* de ce canal ; on ne devra y songer que par exclusion, et ces diagnostics ne sauraient être portés qu'après examen à l'urétroscope.

Quant au diagnostic de *syphilis de la prostate*, où l'hématurie est d'ailleurs observée assez rarement, il ne sera fait qu'en présence d'antécédents spécifiques, ou parce que l'on aura constaté, à la suite du traitement institué, une amélioration très notable, voire même la disparition complète des lésions prostatiques.

CLINIQUE OBSTÉTRICALE

Sur la version podalique.

Clinique Tarnier : M. le Pr agrégé LEQUEUX.

Nous avons eu, ces jours derniers et cette nuit encore, dans le service, une série de versions podaliques auxquelles vous avez pu assister. Je désire profiter d'une telle circonstance pour vous parler de cette opération obstétricale. Je me propose non pas de vous la décrire dans tous ses détails, mais de vous donner à son sujet quelques notions générales pratiques.

Vous connaissez les indications et les conditions de la version podalique. Voyons comment elle s'exécute. Un premier point est l'attitude à donner à la femme.

En France, on place généralement la femme sur un lit dur et haut situé. Les lits trop bas, comme il en est beaucoup en ville, sont des plus mal commodes. La femme sera couchée dans la position dorsale ou, ce qui serait mieux, en position inclinée, de Tredelenbourg. On peut tout au moins élever le siège, en glissant au-dessous une petite pile de draps. Certains accoucheurs, dans les cas où l'utérus est très en avant, ont proposé de mettre la femme en position latérale, sur le côté correspondant au siège. Vous savez qu'en Angleterre, il est d'habitude de pratiquer tous les accouchements dans le décubitus latéral, gauche ordinairement. Des auteurs anciens ont recommandé aussi la position genu-pectorale. Ces attitudes ont pour but de diminuer les difficultés rencontrées par l'opérateur et de permettre à sa main de pénétrer dans l'utérus dans une position non gênante.

Quoiqu'il en soit, en France, la femme est mise dans le décubitus dorsal ou en demi-Tredelenburg. La vulve est savonnée, nettoyée, les réservoirs vidés, le champ opératoire entouré de linges aseptiques. On procède à l'asepsie des mains et des bras de l'opérateur jusqu'au coude et, le nécessaire pour ranimer l'enfant, si besoin est, étant prêt, la femme est anesthésiée (du moins en général).

Il y a 3 temps dans la version podalique par manœuvres internes : l'introduction de la main et la recherche des pieds, l'évolution du fœtus, et l'extraction. En Allemagne, la version ne comporte que deux temps : la recherche des pieds et l'évolution. Les accoucheurs allemands laissent l'expulsion se faire spontanément, comme une expulsion simple, par le siège. Nous verrons les risques de cette méthode.

Premier temps. Introduction de la main et recherche des pieds. La main, vaselinée à sa face dorsale, est introduite dans le vagin, le col, l'utérus. Quand les membranes sont intactes, il faut les rompre. Exceptionnellement (grossesse gémellaire) on peut chercher à faire la version en refoulant simplement les membranes, tentative d'ailleurs qui aboutit presque toujours à la rupture de ces membranes. Lorsque vous rompez les membranes, il faut avoir soin que l'issue du liquide amniotique ne soit ni trop brusque, ni trop complète. Avec l'ongle aseptisé (les anciens accoucheurs avaient un ongle coupé à angle, à cet effet) ou avec le perce-membrane, vous faites un orifice, à la poche, en procédant entre deux contractions, et vous placez aussitôt le doigt dans cet orifice pour empêcher le liquide de s'échapper trop brusquement. Vous procédez comme le tonnelier qui, après avoir perforé une futaille, met dans l'ouverture un coin plus ou moins enfoncé, qui règle la sortie du liquide.

Ayant rompu les membranes, vous allez introduire la main. Placez la main en cône pour lui donner le plus petit volume possible. C'est, à ce point de vue, un avantage, pour l'accoucheur, d'avoir une main fine. Une main large est plus mal à l'aise. Ainsi, mon maître Budin, dont la main était fine et aristocratique, faisait toujours ses versions avec aisance et une très élégante habileté. En tout cas, placez votre main, les doigts allongés, en cône, aussi petite que possible.

Vous pénétrez dans l'utérus et vous rencontrez un obstacle : le fœtus. Sans vous y arrêter, allez de suite au fond de l'utérus. Je dis : de suite. C'est qu'en effet, on pourrait définir la version : une opération de surprise... pour l'utérus. Il faut surprendre cet organe pour qu'il ne se mette pas en contraction. Il importe d'aller rapidement, sans s'attarder aux écueils de la porte (tête, face, épaule du fœtus). La main libre mise sur la paroi abdominale pour soutenir l'utérus, portez directement l'autre main au fond de cet organe, pour y saisir le pied que vous allez attirer.

Quelques détails sommaires sur la main à introduire et le pied à prendre. Dans la présentation du sommet, vous choisirez la main dont la face palmaire tombera sur les petits membres du fœtus, main de même nom que le côté de la femme vers lequel se trouve tourné l'occiput. La main va rencontrer le front : refoulez-le. Puis, des petits membres. Ce ne sont pas les bons, car les premiers petits membres qui se présentent sont sûrement les bras. Au fond de l'utérus, vous reconnaissez les pieds, articulés à angle droit sur les cylindres jambiers (les mains prolongent les cylindres des bras), à orteils non détachés comme les doigts. Vous distinguez le pied auquel vous avez affaire, en superposant le pouce. Si vous n'êtes pas certain du pied saisi, tirez quand même, car avant tout il faut aller vite.

Doit-on tirer sur un pied ou sur deux pieds ? On a beaucoup discuté cette question. En réalité, vous tirerez sur deux, ou sur un pied, le bon si possible. La version monopodalique paraît plus avantageuse. Le bon pied, c'est le pied utile, non au premier ou au second temps, mais au troisième temps, au moment de l'extraction. Dans la présentation du sommet, le bon pied est le pied directement en avant

Au cas de présentation de l'épaule, avant de commencer la version, on devra bien situer le fœtus. On fixera la position de la tête, du dos, et la nature du bras. La connaissance de deux de ces éléments permet de connaître le troisième, sans autre recherche. Sachant où sont la tête et le dos, par exemple, vous déduisez le bras qui se présente. Quelle main introduire ? Question



complexe, suivant la voie que vous voulez adopter, suivant que vous avez l'intention de suivre la face ventrale ou la face dorsale du fœtus. Quel pied saisir : variable avec les dorso-antérieures et les dorso-postérieures. Je n'insiste pas. En effet, vous n'oublierez pas qu'il y a un bon pied, à prendre autant que possible, mais que, si vous vous êtes trompés... cela n'a pas grande importance. Pour la main, vous devez utiliser la bonne main. Pour le pied à saisir, c'est beaucoup moins nécessaire, car quelque chose prime tout : *aller vite, surprendre l'utérus*. Ainsi, vous n'aurez pas perdu de temps et vous arriverez à exécuter l'évolution avant que l'utérus ne se soit ressaisi.

On peut, au cours du premier temps, rencontrer des difficultés. L'atrésie vaginale en est une. Si cette atrésie est telle que vous ne parveniez pas aisément à en triompher, abstenez-vous. Il vaut mieux toute autre manœuvre que de vouloir forcer. Il est des difficultés tenant au col. Un col pas assez dilaté, par exemple. Toutefois, il est parfois possible et utile de faire ce premier temps avant une dilatation tout à fait complète, dans des cas déterminés. Mais, vous rencontrerez principalement des difficultés tenant à l'anneau de Bandl, surtout si votre manœuvre a été lente, si vous avez titillé l'utérus, s'il y a eu hésitation, tâtonnement, de la main. Lorsque l'anneau de Bandl se rétracte, le mieux est de retirer la main, d'anesthésier la femme, et d'essayer à nouveau. Si vous échouez encore, ou bien le fœtus est tout entier au-dessus de l'anneau de Bandl et alors vous mettrez un ballon dilatateur dans l'utérus : c'est classique, quoique, à mon avis, mauvais, car cela va amener la révolte de l'utérus et de grands embarras pour les 2e et 3e temps. C'est encore à l'anesthésie qu'il convient de recourir, en réalité. Si vous n'obtenez pas le résultat souhaité, vous arriverez probablement à l'embryotomie.

Deuxième temps : l'évolution. On fait subir au fœtus dans l'intervalle des contractions un mouvement sur lui-même qui amène les membres inférieurs en bas. On fait passer au-dessous de l'anneau de Bandl ce qui est au-dessus et au-dessus, ce qui est au-dessous. Quelles difficultés peut-on avoir ? Il arrive que la main doublant le fœtus ne peut pas passer, soit par ce qu'elle glisse (revêtir alors un gant de fil stérilisé), soit par ce que son volume joint à celui du fœtus est trop considérable. Dans ce dernier cas, que faire ? Mettre autour du pied un lac, qui permettra de tirer en supprimant la main. Si la pose du lac est malaisée, prendre le lac entre deux pinces, introduire les pinces au-dessus du pied et tourner le lac pour le fixer. Si la tête ne remonte pas, mettez un lac encore, enlevez la main et refoulez la tête.

Dans la présentation de l'épaule, même évolution. La difficulté tient principalement à l'anneau de Bandl, qui ici encore empêche la partie sous-jacente de remonter. La résistance de l'anneau de Bandl est plus importante pour l'épaule, en raison de la durée du travail et du mode de présentation. Pour remédier à cette entrave, on a proposé deux manœuvres : celle de Gismondin, et celle de Budin.

Manœuvre de Gismondin. Vous avez essayé les tractions sur le bon pied, la tête ne remonte pas. Laissant un aide tirer sur le pied, vous allez, avec deux doigts dans le vagin, refouler la tête fœtale, votre autre main repoussant la tête par la paroi abdominale.

Manœuvre de Budin. Budin a montré que l'obstacle tenait à la marche en escalier formée, au niveau de l'anneau, par l'utérus, marche que la tête ne peut pas franchir, car elle bute contre elle. Budin a proposé (comme le tonnelier pose une planche sur une marche pour pouvoir faire monter un tonneau) de placer la main au-dessus de l'anneau de Bandl et de faire glisser la tête sur le plan incliné ainsi constitué.

Lorsque, malgré tout, la tête ne remonte pas, n'insistez pas, car l'opération aboutirait à une rupture utérine. Il ne faut pas forcer l'utérus.

Reste le troisième temps, l'extraction, qui peut être le temps le plus complexe. Il nécessite des soins attentifs, de la prudence, de la surveillance. C'est pour ce troisième temps, principalement, que la dilatation du col a besoin d'être complète, sinon vous allez voir les membres se relever, le sang remonter dans la partie supérieure du fœtus au cours de ce laminage, avec des congestions des organes fœtaux comme conséquences. La dilatation complète du col est donc indispensable à ce moment. Si d'aventure vous avez exécuté les deux premiers temps de la version avant la dilatation complète, vous vous en tiendrez là (version séparée), et vous attendrez. Je vous ai dit que les Allemands pratiquaient la version en deux temps, sans extraction, laissant l'expulsion se produire naturellement. Cette version séparée est dangereuse, pour le fœtus surtout, qui succombe dans un grand nombre de cas. Il est cependant quelques circonstances où l'on est amené à pratiquer ainsi des versions à extraction retardée.

Leçon recueillie par le Dr P. Lacroix.

SOU MÉDICAL

Les membres du Sou médical sont instamment priés de bien vouloir régulariser leur situation en envoyant la cotisation de l'année* 1920 *au trésorier Dr Gassot, à Chevilly (Loiret).

DIÉTÉTIQUE

L'erreur du lait dans la fièvre typhoïde,

Par le Dr G. Meunier (de Calais).

Depuis quelques mois, un procès en responsabilité professionnelle contre un médecin a défrayé la chronique de tous les journaux.

Le *Concours médical* y a consacré, le 9 février dernier, un numéro spécial, donnant un exposé aussi complet que possible des débats qui ont eu lieu à ce sujet. La lecture des différentes pièces du dossier est des plus instructives au point de vue médico-juridique. Le point de vue clinique s'y trouve plus écourté, faute de renseignements précis sur les symptômes et les signes observés au jour le jour, pendant le long espace de temps qu'a duré la maladie (du 14 octobre 1915 à fin décembre 1915) c'est-à-dire pendant deux mois et demi environ.

La grande publicité donnée à ce procès de Nîmes autorise, à notre avis, toutes discussions d'ordre général dans l'intérêt supérieur de l'humanité.

Or, grâce au *Concours médical*, 21.000 médecins ont pu lire l'exposé documentaire de ces débats. Chez le plus grand nombre, cette lecture a laissé une impression pénible de doute, non pas sur la valeur des arguments médico-juridiques dont le jugement du 8 décembre 1920 a définitivement clos la procédure, mais sur l'ensemble des circonstances pathologiques qui se sont déroulées pendant les deux longs mois qu'a duré le martyre de ces deux innocentes victimes.

A quelque chose malheur est bon, écrit le Dr Helme, à propos de ce procès sensationnel et instructif. Aussi, tout en nous inclinant respectueusement devant la douleur des malheureux parents, nous nous permettrons de chercher à soulever le voile qui abrite bien des données de ce problème médical, et, par suite, trouble notre conscience professionnelle.

Le point de vue clinique *seul* nous intéressant, ce ne peut être qu'en nous basant sur des considérations de pathologie et de thérapeutique générales, que nous soumettrons au lecteur les idées que l'exposé des faits nous a suggérées.

Les deux jeunes filles dont il s'agit, âgées de 16 et 14 ans, furent atteintes de fièvre typhoïde grave à forme pyohémique à la suite d'ingestion d'huîtres.

Or, *ce n'est que* 18 *jours après avoir mangé, chacune, trois huîtres en passant à Marseille*, le 25 septembre 1915, que les premiers symptômes fébriles se manifestèrent : le 14 octobre 1915.

Une incubation d'aussi longue durée laissera sceptique plus d'un praticien qui, d'ordinaire, dans les cas de fièvre typhoïde de cette origine, reconnaît les premiers symptômes de l'infection, 4 à 5 jours au plus, après l'ingestion des bacilles typhiques.

Néanmoins, on peut accepter cette cause initiale d'infection parce qu'elle permet de comprendre : 1° la simultanéité d'atteinte le même jour, chez les deux malades, 2° la gravité et l'analogie de l'affection, jusque dans ses complications (suppurations multiples) et 3° enfin, le diagnostic du début fait par le premier médecin qui visita ces jeunes filles : le Dr F... *appelé aussitôt, crut pouvoir diagnostiquer des fièvres typhoïdes.* Or, ceci étant admis, il découle ce fait important à noter : avant les premières manifestations morbides, les demoiselles A... étaient bien portantes. Leur tube digestif (estomac, intestin, foie) était en bon état et devait fonctionner normalement pour avoir pu, pendant 18 jours, résister aux toxines que devaient fatalement élaborer les bacilles d'Éberth ingérés avec les huîtres.

Depuis le début (14 octobre 1915) jusqu'à leur dernier jour (20 décembre 1915 pour l'aînée et 1er janvier 1916 pour la cadette) c'est à-dire pendant 9 et 11 semaines consécutives, ces malades ont lutté contre l'infection typhique. Malgré les traitements les plus énergiques employés à bon droit, l'état infectieux a persisté et s'est aggravé, sans un seul jour d'amélioration. Enfin la mort est survenue, occasionnée par une *pyohémie à forme particulièrement septique* (*septicémie endogène*), nous dit le professeur Rauzier, le 12 décembre 1915, au 58e jour de la maladie.

Sans aucun doute, quelque chose entretenait cet état septique rebelle à toute thérapeutique, et contrecarrait, dans ces organismes débilités, les moyens naturels de défense individuelle. Or, ce quelque chose était, à notre humble avis, l'absorption journalière de quelques bols de lait par des tubes digestifs, en mauvais état depuis les premiers symptômes fébriles constatés le 14 octobre. Ces prises de lait ont été conseillées dans les différentes consultations qui ont eu lieu (22 octobre, 2 novembre et 12 décembre 1915). Nous ne chercherons pas à nous demander quelle quantité de lait a pu être bue chaque jour par les malades, ni dans quelles conditions cet aliment, si spécial et si délicat, était donné. Il suffit de penser que le tube digestif des typhiques est incapable de digérer normalement une seule goutte de lait. Après 40 ans de pratique médicale, nous sommes intimement convaincu que le lait ingurgité, mais non transformé intégralement comme la nature le veut, est plus nuisible qu'utile dans les maladies fébriles ou infectieuses. Il ne crée pas l'infection, qui existait avant son absorption, mais il l'entretient et annihile, par l'adynamie qu'il provoque, les forces vives capables de lutter contre l'infection primitive. Il encrasse le parenchyme des différents viscères, fait dégénérer vers l'état graisseux les cellules nobles des principaux organes essentiels à la vie (système nerveux, cœur et reins). De ce fait, tous les tissus, internes comme externes, se trouvent imprégnés jusqu'à saturation de corpuscules graisseux, non assimilés et non assimilables, excellents terrains de culture pour les microbes les plus septiques et les plus nocifs qu'ils véhiculent.

C'est ce qui explique, cliniquement parlant, pour-

quoi la peau et le tissu conjonctif sous-jacent sont prêts à s'enflammer et même à suppurer rapidement pour la moindre érosion, pour la plus légère compression continue faite par les parties saillantes du squelette (sacrum, trochanters, acromions, etc.)

C'est ce qui explique aussi la formation d'escarres produites par le décubitus prolongé.

Qu'y a-t-il d'étonnant à ce que, dans de telles conditions, des injections hypodermiques médicamenteuses, même pratiquées avec l'asepsie la plus rigoureuse, puissent devenir en peu de temps les sièges d'abcès ou de phlegmons étendus et sphacélés ?

Tout cela, dira-t-on, n'est que pure imagination d'un esprit hanté par la phobie du lait. Non, certes, ni imagination, ni phobie dans tout cela ; mais une interprétation fidèle de ce que nous avons vu et observé au cours d'une carrière médicale déjà longue.

Méfiez-vous du lait, disons-nous, à tous ceux qui conseillent, traitent ou soignent un malade fiévreux.

A propos de notre brochure, *Les Victimes du lait*, le Dr Bardet, dans le *Bulletin général de thérapeutique* (juin 1898) a bien voulu écrire : *On fait un abus ridicule du lait et mon confrère* MEUNIER *a bien fait de jeter un cri de protestation : puisse-t-il être écouté* ! Depuis cette époque, notre conviction n'a fait que se confirmer de jour en jour.

Lors de l'épidémie de grippe espagnole dans l'armée, nous avons été bien souvent témoin impuissant des funestes résultats obtenus chez des grippés soumis au régime lacté. Dans notre dernière publication « Contre la grippe », nous n'avons pas craint de signaler ces erreurs fatales que les nécropsies démontraient jusqu'à l'évidence.

Dans le cas particulier qui nous occupe actuellement, le rapport d'autopsie vient corroborer notre thèse par cette phrase : *il est à noter toutefois que les foies de ces deux jeunes filles sont énormes et ont subi la dégénérescence graisseuse*.

Ces lésions anatomo-pathologiques, chez des adolescentes, ne sont-elles pas la signature irrécusable de ce que nous venons de dire ? D'après les commémoratifs, il y a tout lieu de penser que les foies de ces enfants étaient sains et de volume normal lorsque débuta chez elles l'infection typhoïdique.

En deux mois, ces organes se sont hypertrophiés et ont dégénéré à un degré tel que le médecin légiste a pu le constater, onze mois après la mort, malgré une putréfaction très avancée.

Quelle cause a pu provoquer de telles lésions pathologiques dans les foies de ces malades qui étaient à la diète, n'ayant comme seuls aliments que du lait ou du bouillon de légumes ? Le 12 décembre, à la troisième consultation, il est encore prescrit : 1° *alimentation exclusivement liquide : un bol de lait ou du bouillon toutes les deux heures*, etc.

Cette prescription, que nous retrouvons formulée dans les trois consultations, retiendra aussi notre attention d'une façon spéciale.

Pourquoi conseiller indifféremment du lait ou du bouillon ? Ces deux breuvages sont-ils donc équivalents ? Peuvent-ils se comparer l'un à l'autre ? Ils n'ont rien de similaire, nous dirons plus, ils sont complètement opposés au point de vue diététique.

Si on laisse au malade, ou plutôt à son entourage, le choix entre ces deux liquides, il est certain que le lait aura plus de faveur que le bouillon de légumes. Le lait se trouve facilement, surtout pour des malades, et il ne demande que peu ou pas de préparation avant de leur être donné ; le bouillon de légumes en nécessite, au contraire, une assez longue. Or, lorsque, dans une famille, un malade occupe tous les instants de ceux qui l'entourent et le soignent, on n'a guère le temps de s'occuper d'opérations culinaires longues et minutieuses.

En conseillant une alimentation exclusivement liquide, obtient-on un même résultat aussi bien avec du lait qu'avec du bouillon, de la tisane, etc ? Certainement non. Ces derniers liquides, comme l'eau pure trop négligée de nos jours, traversent le tube digestif sans y stationner et sans y laisser de résidus fermentescibles. Ils entraînent les toxines vers les émonctoires naturels (reins, peau, intestin). Diurétiques et rafraîchissants, ils n'apportent rien de mauvais, mais emportent tout ce qui est susceptible d'être éliminé.

Peut-il en être de même du lait, qui se coagule rapidement dans l'estomac des malades fiévreux, où il ne subit aucune transformation chimico-biologique naturelle par défaut de suc gastrique normal ?

Heureux sont les malades qui vomissent sans tarder ce breuvage indésirable, avant qu'il n'ait pénétré dans leur intestin !

Heureux aussi ceux dont l'intestin est intolérant pour le lait, et qui sont pris subitement de flux diarrhéique après chaque tasse absorbée ! Pour ces malades, devant le veto de la nature qui refuse ce liquide qu'elle a créé exclusivement pour les nouveau-nés, les fanatiques du lait sont bien obligés de prescrire d'autres boissons pendant toute la période fébrile.

Tant que la diète liquide sera de rigueur, ils pourront trouver, dans un grand nombre de préparations simples, de quoi obéir aux indications thérapeutiques.

Avec le classique bouillon de légumes, n'avons-nous pas l'eau champanisée, l'eau de seltz, ce champagne du pauvre, les eaux minérales naturelles, si efficaces et si variées, les infusions toniques et stimulantes, café, thé avec ou sans alcool, les tisanes aromatiques : tilleul, menthe, verveine, chiendent, etc., additionnées ou non de tranches de citron, d'oranges ou de pommes ; les limonades vineuse, tartrique, etc. ; les décoctés d'orge, de céréales, de fruits (figues, dattes, prunes, raisins, etc.) ?

A notre malade qui réclame constamment à boire et qui se trouve rapidement écœuré lorsqu'on lui offre plusieurs fois le même breuvage, nous pouvons satisfaire, pour ainsi dire à l'infini, à ses désirs variés sans nuire un seul instant aux moyens défensifs qu'il trouve dans sa puissance vitale naturelle.

En terminant ces quelques notes de médecine pratique, nous sommes convaincu que bien des scepti-

Notre triade hypno - analgésique - sédative



DIAL CIBA
DIDIAL CIBA
DIALACÉTINE CIBA

Trois corps qui permettent de combattre efficacement et sans danger tous les symptômes et toutes les manifestations de

L'IRRITABILITÉ NERVEUSE

Leurs INDICATIONS

DIAL
(Diallylmalonylurée)

Insomnie nerveuse — Hyperesthésie sensorielle
Excitabilité — Anxiété — Emotivité
Toxicomanies

DIDIAL
(Diallylmalonylurate d'éthylmorphine)

Insomnie-douleur — Agitation maniaque — Algies

DIALACÉTINE
(Diallylmalonylurée + Éther allylparacitaminophénolique)

Epilepsie
Hystérie
Névroses fonctionnelles

POSOLOGIE

DIAL.............	1 à 3	Comprimés	à 0 g. 10	par 24 heures.
DIDIAL.........	1 à 3	»	à 0 g. 12	» » »
DIALACÉTINE.	1 à 3	»	à 0 g. 35	» » »

Laboratoires CIBA, **O. ROLLAND**, 1, place Morand, **LYON**.

ques souriront de notre ostracisme pour le lait, sans même se donner la peine d'y réfléchir. Toutefois, nous demanderons à nos contradicteurs de vouloir bien admettre que cette intransigeance est inoffensive et ne peut en aucune façon nuire aux malades fiévreux dont la santé et la vie nous sont confiées.

Par réciprocité, il leur serait impossible, en toute conscience médicale, d'en dire autant de la manie qu'ont trop de médecins, en France surtout, de conseiller le lait de façon inconsidérée à tous leurs malades, *fiévreux ou non*, à propos de tout et à propos de rien.

A TRAVERS LA PRESSE

Presse française

Un cas d'invagination à répétition de l'iléon chez un enfant porteur d'ascaris.

Ce qui fait l'intérêt de cette observation, publiée et commentée par MM. Philip et Soubiran (*Gaz. des Soc. méd. de Bordeaux.* 23 janv. 21), c'est d'une part, la cause de l'hyperpéristaltisme segmentaire de l'intestin attribuée aux ascaris, agissant sur la muqueuse pour l'irriter, et même la traumatiser ; c'est, d'autre part, la cause de la mort de l'enfant, une hépatite hypertoxique, dont les ascaris seraient également responsable de par le mécanisme suivant : les vers ne se contentent pas d'irriter la muqueuse intestinale ; ils y occasionnent de véritables plaies en surface qui favorisent la résorption de produits toxiques dont le foie est destiné à souffrir en tout premier lieu.

Ce qu'il importe d'en retenir, c'est la nécessité de combattre les parasites du tube digestif de l'enfant.

Les vers, dangereux par eux-mêmes, le sont davantage par les « maladies qu'ils peuvent « inoculer (appendicite, fièvre typhoïde, altérations hépatiques diverses). Nous sommes « persuadés que chaque année, en France, de « nombreux enfants payent de leur vie la méconnaissance de pareilles complications. Il nous « paraît donc légitime de pousser, après d'autres, « un cri d'alarme pour prêcher la lutte systématique contre le parasitisme intestinal. A « ce prix, nous en sommes certains, la morbidité et la mortalité infantiles diminueront d'une « manière appréciable. »

A qui doivent appartenir les corps étrangers qui sont extraits chirurgicalement de l'organisme ?

Voici la réponse à cette question, posée par M. Bouchacourt (*Journ. de méd. de Paris*, 20 janv. 21) :

1° Tout corps étranger retiré chirurgicalement de l'organisme appartient à l'opéré, si celui-ci peut prouver qu'il en était propriétaire antérieurement.

2° Si cette possession ne peut être prouvée, l'opéré peut être assimilé à un recéleur, même s'il se fait opérer à ses frais. Auquel cas, le propriétaire du corps étranger pourra toujours faire valoir ses droits en temps voulu.

3° Tout corps étranger retiré chirurgicalement de l'organisme ne saurait appartenir dans aucun cas au radiologue qui l'a découvert ni au chirurgien qui l'a extrait, rien ne légitimant ce supplément d'honoraires ou de solde.

4° Tout corps étranger retiré chirurgicalement de l'organisme dans une formation sanitaire quelconque, et n'appartenant pas antérieurement à l'opéré, doit rester en possession de l'administration qui paye pour cette formation sanitaire, même si cette administration ne paye pas les médecins qui ont opéré.

5° Il est bien entendu que tout projectile qui ne présentera aucun intérêt scientifique — et c'est le cas de la très grande majorité des projectiles des membres — pourra être abandonné, sur sa demande, au blessé ou à sa famille.

La thérapeutique par l'oignon.

Deux notes de MM. G. Durand et G. Sigurет (*L'Hôpital*, janvier 1921 B) mettent au point cette petite question de pratique. L'oignon se prescrit pour traiter l'ascite de la cirrhose atrophique, ainsi que les œdèmes des néphrites hydropigènes.

On pourra le prendre, soit sous forme de bouillon aux oignons (3 à 4 cuillerées à café d'oignons crus finement hachés) dans du bouillon aux herbes ; soit sous forme de vin d'oignons :

Oignon mûr et cru finement hâché et tamisé..........	300 gr.
Miel blanc liquide..........	100 gr.
Vin blanc..............	q. s. pour un litre

250 gr. par jour.

Enfin, sous forme d'alcoolature d'oignons obtenue par macération pendant dix jours de pulpe d'oignons frais dans son poids d'alcool à 90° (2 à 6 cuill. à café par jour).

En ce qui concerne l'ascite, M. Durand préconise en outre, à condition que les reins soient perméables, l'auto-sérothérapie consistant à injecter hypodermiquement 10 cmc. du liquide ascitique extrait par ponction.

Le cyanure de mercure intra-veineux.

En faveur de plus en plus grande dans le traitement de la syphilis, surtout quand elle se localise à l'œil, le cyanure de mercure a été accusé de déterminer une irritation de l'endo-veine qui finit par en amener l'induration, et aussi de



causer des douleurs atroces, quand il pénètre en dehors du vaisseau. C'est pour obvier à ces inconvénients que M. Blechmann donne les conseils suivants (*L'Hôpital*, janv. 1921, B).

N'employer que la solution à 1/200e, dans du sérum physiologique à 9/1000. Mieux encore, utiliser des ampoules de 5 cmc. dosées à 0,004 de cyanure par cmc.

Pousser très lentement l'injection : une minute est nécessaire pour injecter une ampoule de 5 cmc.

On fera de 20 à 30 injections, à raison d'un cgr. tous les jours ou d'1 cgr. 1/2 à 2 cgr., tous les deux jours si le médicament est bien supporté.

Les malades présentent parfois de la fièvre, de l'anorexie, de la stomatite, qui disparaît par la suspension du traitement ; de l'entérite sèche ou avec diarrhée, qu'un régime alimentaire à base de pâtes et de riz apaise ; de la neurasthénie mercurielle, combattue par des injections intra-musculaires simultanées phospharsénoglycéro-strychninées.

L'auteur recommande de comprimer le bras en amont de l'injection intra-veineuse avec la manchette du Pachon ou du Vaquez-Laubry, dont le dégonflement progressif et régulier évite les à coups qui chassent l'aiguille hors de la veine.

Traitement des pleurésies purulentes non tuberculeuses.

M. Vanverts s'élève contre l'opinion selon laquelle la simple ponction suffirait à amener la guérison des pleurésies à pneumocoques. (*Gaz. des Prat.*, 15 janv. 1921). Selon lui, la ponction ne doit être tentée qu'une fois. Si elle échoue, on aura recours sans retard à la pleurotomie. Il faut ouvrir et drainer la cavité pleurale infectée et, accessoirement, faciliter l'ampliation du poumon du côté malade.

Il faut inciser au point le plus déclive. Si, après avoir opéré, on constatait qu'il existe un cul-de-sac pleural au-dessous de l'incision, on n'hésiterait pas à pratiquer une contre-ouverture basse qui faciliterait le drainage.

La cicatrisation s'effectue dans des limites de temps absolument différentes, tantôt en 15 jours, tantôt en plusieurs mois. En ce dernier cas, il faut incriminer souvent l'insuffisance du drainage. On veillera à ne diminuer le calibre des drains qu'opportunément. On veillera aussi à ce que les soins consécutifs et les pansements soient pratiqués aussi aseptiquement que possible.

L'aspiration intermittente ou continue favorise l'évacuation de la cavité et son effacement : elle n'est pas indispensable pour obtenir la guérison.

En ce qui concerne les pleurésies chroniques, on se souviendra du rôle que peuvent jouer les corps étrangers dans la permanence de la suppuration et, y songeant, on les recherchera.

La pseudo-tuberculose du tissu cellulaire.

Au dire de M. G. Audain, il existe une affection évoluant sous forme d'abcès froid du tissu cellulaire et dont les caractères principaux sont les suivants :

1° Foyers souvent multiples, superficiels, volumineux ; 2° aucun élément microbien ou mycélien visible à l'examen microscopique ; 3° impossibilité de cultiver le pus sur les milieux actuellement en usage ; impossibilité d'inoculation au cobaye.

A noter comme signe ayant une certaine valeur, la coloration jaune d'or du pus. Le diagnostic différentiel sera fait grâce à la négativité des recherches microscopiques et bactériologiques.

Même traitement que les abcès tuberculeux : ponctions répétées suivies d'injections modificatrices, éther iodoformé, solution iodo-iodurée. Au besoin, en cas de fistulisation, curettage suivi de large application d'iode. (*Gaz. des Hôp.*, 1921, n° 6).

La mastoïdite latente.

Il s'agit d'une forme d'infection et de suppuration de la mastoïde qui passe inaperçue, et ne donne lieu à aucun des signes habituels à cette affection, et qu'on peut expliquer par ce fait qu'il suffit que l'antre communique avec la cavité tympanique pour que l'écoulement du pus se fasse facilement, la rétention étant à proprement parler la cause des douleurs et du gonflement de la mastoïdite. M. Luc appelle l'attention sur cette forme, envers laquelle il est longtemps demeuré temporisateur, et qu'il propose au contraire aujourd'hui d'opérer, si l'écoulement persiste abondant au-delà de 3 semaines.

Ce qui permettra de soupçonner la latence de la suppuration mastoïdienne, c'est l'abondance de l'écoulement nullement en rapport avec le volume de la cavité tympanique, et aussi ce fait, qu'aussitôt après qu'on a vidé et asséché celle-ci, le pus réapparaît et tache les mèches. L'ouverture de l'antre est le moyen de parer aux accidents graves et même mortels qui peuvent survenir et de tarir la suppuration. (*Presse méd.*, 19 janv. 21).

De la curiethérapie dans le cancer du rectum.

Qu'ils soient opérables, à la limite de l'opérabilité, ou enfin, inopérables, les cancers du rectum retirent un réel bénéfice de la curie-thérapie.

M. Masini, qui paraît posséder une grande expérience de la méthode qu'il préconise, conseille de procéder d'abord à une colostomie préalable (anus iliaque) qui pourra être définitive, dans les formes inopérables. Les applications de radium ont lieu ensuite. Elles relèvent

l'état général du malade par la cicatrisation des plaies bourgeonnantes et la suppression consécutive des produits toxiques résorbés ; elle arrête les hémorragies ; elle produit une sédation complète des douleurs et lui donne l'illusion de la guérison, quand la guérison réelle ne peut être obtenue.

Les contre-indications du radium sont les métastases, les ganglions lombaires ou inguinaux, les phlegmatia alba dolens. Les récidives radiques sont également des contre-indications.

Le radium n'est pas plus que la chirurgie le traitement idéal du cancer ; ce n'est qu'un destructeur de néoplasmes et non le décancérisant que donnera peut être un jour la sérothérapie. (*Sud méd.*, janv. 21). G. D.

Presse anglaise.

Les acquisitions de la thérapeutique en cardiologie, de 1900 à 1920.

Dans une communication à la *Devon and Exeter medico-chirurgical Society* (16 déc. 1920), M. W. Gordon fait un exposé des acquisitions anglaises, en thérapeutique des maladies du cœur de 1900 à 1920.

Le Dr Caton a montré que l'endocardite rhumatismale au début pouvait être avantageusement modifiée par les révulsifs, le repos prolongé au lit, et l'administration de l'iodure de sodium.

Le Dr Goulston a préconisé, dans l'affaiblissement chronique du cœur, l'usage du sucre de canne. Le sucre de betterave est sans action à ce point de vue et le sucre de canne ne doit pas être cuit.

L'injection intra-veineuse de strophantine dans les cas d'urgence a donné de bons résultats. Sir Lauder Brunton a fait connaître la valeur de la morphine dans la dyspnée des cardiopathies anciennes.

L'emploi du salvarsan au cas de syphilis cardiaque offre quelques dangers et il faut, quand on s'y adresse, utiliser des doses faibles.

Le sérum anti-streptococcique peut réussir parfois dans l'endocardite streptococcique, mais les vaccins streptococciques échouent généralement.

Au point de vue chirurgical, l'auteur signale l'opération de Brauer, la cardiolyse, pour les adhérences péricardiques, le massage direct du cœur au travers du diaphragme, dans la syncope chloroformique, et l'incision du péricarde pour remplacer l'ancienne paracentèse.

Les porteurs de germes diphtériques.

Guthrie, Gelien et Moss ont étudié à nouveau la question des porteurs de germes diphtériques (*Johns Hopkins hosp. bulletin*, 1920). Pour eux, les bacilles trouvés dans la gorge de sujets en bonne santé sont habituellement non virulents et incapables de provoquer la diphtérie. Les auteurs conseillent, dans ces conditions, d'isoler les porteurs de germes jusqu'à ce que la virulence ou la non virulence des dits germes ait été fixée. Cette recherche, malgré les frais qu'elle entraîne, a l'avantage de faire une prophylaxie sûre et de réduire l'isolement au minimum.

Le danger des comprimés de bichlorure de mercure.

M. Mac Peeck (*Journ. of Americ. med. Assoc.*, 4 sept. 1920) rapporte un cas d'intoxication mercurielle aiguë par du sublimé en pastille. Il s'agit d'une femme qui ajouta directement au liquide d'une injection vaginale un petit comprimé de 0 gr. 25 de bichlorure d'hydrargyre. Imparfaitement dissous, le comprimé vint se loger dans le cul-de-sac vaginal postérieur où il provoqua des lésions ulcératives locales et des phénomènes d'intoxication générale très graves.

L'activité intellectuelle chez les fumeurs.

Beaucoup de fumeurs accordent au tabac des propriétés stimulantes utiles à l'activité intellectuelle. Baumberger et Martin (*Journal of industrial hygiene*, oct. 1920) ont recherché quel était le rendement-travail comparatif de deux groupes de sujets, les uns fumeurs modérés, les autres grands fumeurs. Le travail en question était en grande partie mental et nerveux (manipulation des appareils de télégraphie). Les auteurs ont noté une notable infériorité chez les grands fumeurs, particulièrement dans les dernières heures de la journée.

L'injection intra-cardiaque d'adrénaline dans la mort apparente.

Nous avons parlé déjà d'une étude du Dr C. Walker sur la possibilité de traiter efficacement, parfois, la mort apparente par l'injection d'adrénaline dans le muscle cardiaque. M. Lawson Whale (*British med. Journal*, 22 janv. 1921) s'est adressé plusieurs fois, dans la syncope chloroformique, à l'injection directe dans la pointe cardiaque, d'une solution de strychnine. Une fois (sur 8 cas) il a obtenu un retour à la vie. Il pense d'ailleurs que l'action sur le cœur reste plutôt due, en pareille circonstance, à la piqûre elle-même, au contact de l'aiguille avec le muscle cardiaque, qu'au médicament injecté. M. Leonard Kidd attribue également à la simple *acupuncture du cœur les effets de l'injection*.

La préservation individuelle des maladies vénériennes.

La prophylaxie des maladies vénériennes par la désinfection individuelle après tout coït sus-

pect est une méthode dont la valeur a été démontrée, pendant la guerre, dans l'armée, dans l'armée américaine en particulier. Il n'y aurait évidemment qu'avantage à la diffuser dans le milieu civil. En Angleterre, la Société de prophylaxie des maladies vénériennes ayant publié, dans ce sens, une brochure intitulée « Conseils à la femme », une opposition assez vive s'est élevée contre la diffusion de cette brochure. La Société de prévention dut même spécifier que ses conseils ne s'adressaient qu'aux prostituées. Dans une critique humoriste présentée par le Dr May (lettre adressée au *British med. Journ.*, 22 janv. 1921), l'auteur suppose une conversation entre une jeune fille, à qui on a communiqué la méthode, et sa mère. Il montre ironiquement la jeune fille scientifiquement éduquée rangeant dans son sac à main ses comprimés de permanganate en vue de ... toute éventualité !

Résultats éloignés de la colectomie dans la stase intestinale chronique.

Dans une communication faite à la *Cardiff medical Society* (9 nov. 1920), M. W. Sheen rapporte 3 cas de colectomies, pratiquées en 1913 et 1914, pour stase intestinale chronique. Les résultats actuels, que l'on peut qualifier d'éloignés, puisque les interventions remontent à 6 et 7 ans sont très satisfaisants, une malade étant très améliorée et les autres pouvant être considérées comme guéries. L'auteur cependant reconnaît l'importance, la gravité même de l'opération, et il estime qu'on ne saurait s'y adresser que dans des cas eux-mêmes sérieux. Un quatrième malade, opéré par l'auteur de colectomie dans les mêmes conditions, a succombé peu de temps après l'intervention.

L'anémie splénique ou maladie de Banti.

Sir Berkeley Moynihan (leçon publiée dans le *British Journ. of Surgery*, janv. 1921) étudie la symptomatologie et le traitement de l'anémie splénique ou maladie de Banti. La symptomatologie se résume dans la définition d'Osler : une intoxication de nature inconnue caractérisée par la chronicité, une hypertrophie primitive et progressive de la rate, qui ne peut être rapportée à aucune cause connue, une anémie secondaire avec leucopénie, une tendance marquée aux hémorrhagies (hématémèses particulièrement) et dans beaucoup de cas un stade terminal comportant de la cirrhose du foie et de l'ictère. Le seul traitement est la splénectomie.

Tabes familial.

Burrow (*Journ. of Neurology*, nov. 1920) rapporte une observation de tabes familial. Quatre membres d'une même famille ayant contracté la syphilis à des sources différentes devinrent tous tabétiques. Un cinquième membre, non syphilitique, échappa au tabes. Le fait en question serait défavorable à l'opinion soutenue par Levaditi des deux variétés de spirochètes : neurotrope et dermotrope.

Anaphylaxie et eczéma.

Dans ces dernières années, différents auteurs ont cherché à rattacher la pathogénie si obscure de l'eczéma à l'anaphylaxie. Ce que l'on sait de l'alternance de l'eczéma avec des phénomènes généralement attribués aujourd'hui à l'anaphylaxie (fièvre des foins, asthme) est un argument en faveur de cette opinion. Les tests cutanés avec divers aliments sont un autre argument. Ramirez (*Arch. of dermatology*, sept. 1920), sur 78 cas d'eczéma, a obtenu 30 réactions positives avec les aliments protéiniques. Pour lui, cependant, c'est seulement un nombre peu considérable d'eczémas qui peuvent être considérés comme dus à la sensibilisation du sujet aux aliments.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

La réforme de la loi sur la santé publique.

(MM. Paul Courmont et Calmette. — *Académie de médecine.*)

L'Académie continue la discussion du rapport de M. Léon Bernard sur le projet de réforme de la loi de 1902 concernant la santé publique.

M. Paul Courmont remarque que Lyon, donné comme exemple par les partisans du système départemental actuel, fournit au contraire un argument au système régional. Jules Courmont, dit-il, a été beaucoup plus hygiéniste régional qu'hygiéniste départemental.

M. Calmette est également un défenseur de la région sanitaire à opposer au département. Il cite des exemples frappants où l'opposition des autorités municipales et des bureaux préfectoraux a abouti à toute négation de l'hygiène. Le système régional, affranchirait l'hygiène de ces entraves. Il faut un préfet passionné d'hygiène, comme M. Lallemand, en Seine-Inférieure, pour tirer parti des lois existantes.

Mort subite au cours d'une anesthésie par le chlorure d'éthyle.

(MM. Courtois-Suffit et Bourgeois. — *Académie de médecine.*)

M. Courtois-Suffit a été récemment commis par le Parquet de la Seine à l'effet de procéder à l'autopsie d'une femme décédée subitement au cours d'une anesthésie générale par le chlorure d'éthyle,

RECOUVREMENTS

D'HONORAIRES MÉDICAUX

M. Louis AUDEBERT, Avocat, *Directeur du Contentieux de Syndicats Médicaux. Administrateur d'immeubles.*

5, rue des Saints-Pères, PARIS, Tél. Saxe 48-53.

Pour toute demande de renseignements écrire à Me Audebert, en joignant un timbre pour la réponse.

AVIS

—

Accidents du Travail

Note d'honoraires médicaux ;
Mémoires de fournitures pharmaceutiques ;
Certificats ;
Mémoires d'expertises ;
Mémoires de frais de justice criminelle ;
Feuilles de comptabilité ;

Nous tenons à la disposition de nos lecteurs les imprimés suivants :

1° **Notes d'honoraires médicaux**

2° **Mémoires de fournitures pharmaceutiques** prévues par l'arrêté ministériel du 8 juillet 1920.

3° **Certificats. —** Certificats pour blessés d accidents du travail.

4° **Mémoires d'expertises. — Accidents. —** Mémoires d'expertises médicales concernant les accidents du travail.

Justice criminelle.

5° **Mémoire de frais de justice criminelle** (honoraires). **Mémoires des frais de justice criminelle** (fournitures).

Ces imprimés sont établis d'après le format officiel.

6° **Feuilles de comptabilité**, servant à établir le compte de chaque client.

Modèles se trouvant dans l'Agenda-Memento du Praticien, édition 1920).

Ces différents imprimés sont envoyés au prix de franco :

Les 50.........	5 fr. »»
Les 100..	8 fr. »»
Les 500........	35 fr. »»
Les 1000........	60 fr. »»

Adresser les commandes accompagnées du montant à M. C. Boulanger, administrateur du Concours Médical, 132, *faubourg St-Denis, Paris.*

pratiquée pour l'ablation d'une dent cariée. La malade fut anesthésiée par un médecin, après examen général. La première tentative d'extraction par le dentiste n'ayant pas été suffisante, la patiente se réveillant, le masque, avec une nouvelle charge de chlorure d'éthyle, fut appliqué à nouveau. Rapidement, se montra de l'embarras respiratoire, suivi de mort, malgré les piqûres et la respiration artificielle prolongée une heure. L'autopsie ne révéla aucune affection organique, et les experts conclurent à un accident analogue à ceux observés avec le chloroforme ou l'éther.

Quelques cas de morts au cours de l'anesthésie par le chlorure d'éthyle ont été publiés. Il en est aussi de non publiés. Il paraît donc imprudent d'écrire et de répéter que le chlorure d'éthyle est un anesthésique tout à fait exempt de danger, à une époque surtout où la responsabilité médicale est si souvent mise en cause. Il semble que le fait de donner du chlorure d'éthyle deux fois successivement (laissant respirer de l'air dans l'intervalle) fasse courir un risque plus grand d'accident. En tout cas, il serait intéressant qu'une technique optima à suivre puisse être indiquée aux médecins.

Contre les empoisonnements par les champignons.

(M. L. Azoulay. — *Académie de médecine.*)

M. Azoulay complète une communication antérieure déjà faite à l'Académie sur le même sujet. Pour lutter contre les intoxications par les champignons l'auteur voudrait que les champignons mis en vente soient tous accompagnés d'une pancarte avec ces mots « champignons autorisés » ou « vérifiés ». La vérification pourrait être confiée aux pourvoyeurs de champignons et aux marchands eux-mêmes, après épreuves démontrant leur compétence.

Le chimisme à jeun dans l'ulcère gastrique.

(M. L. Pron, d'Alger. — *Académie de médecine*).

Lorsque le liquide stomacal extrait à jeun contient de l'acide chlorhydrique libre, en quantité notable surtout, il y a présomption d'ulcère. Toutefois, les liquides de jeûne, correspondant à un ulcus, peuvent ne pas renfermer d'HCl libre. Sur 56 liquides à jeun d'ulcère, M. Pron a trouvé 45 fois la présence et dix fois une absence d'HCl libre.

Helminthiase et dysménorrhée douloureuse.

(M. G. Léo. — *Académie de médecine.*)

M. Léo estime que dans un nombre important de cas, la dysménorrhée douloureuse est sous la dépendance de l'helminthiase et plus spécialement de l'oxyurose et de l'ascaridiose.

Couillaud, dans sa thèse de 1920, a décrit un signe d'helminthiase qui consiste dans l'hypertrophie des papilles fongiformes de la langue : celles-ci deviennent visibles à l'œil nu, sous forme de petits points rouges, à la pointe et sur les bords de l'organe. Lorsque M. Léo constate, chez une femme, le signe de Couillaud, d'une part, une dysménorrhée douloureuse d'autre part, il institue le traitement anti-helminthique. On voit alors disparaître, dit-il, à la fois le signe de la langue et les douleurs des règles. L'auteur cite une série d'observations confirmatives de cette opinion. Le traitement vermifuge qu'il emploie comprend : les petits lavements tièdes d'eau sulfureuse, d'eau salée (à garder), la santonine, le calomel, le carbonate de bismuth, que préconise M. Loeper contre les oxyures.

Syndrome entéro-hémorragique à bacilles de Morgan et de Castellani.

(M. Dopter. — *Académie de médecine.*)

MM. Besson et de Lavergne ont signalé, récemment, un cas de toxi-infection intestinale mortelle produite par le bacille de Morgan. Reprenant cette observation, M. Dopter la complète par une série de constatations qu'il a pu faire pendant la guerre. Il lui semble possible de dégager de ceci l'existence d'un syndrome entéro-hémorrhagique, comprenant des troubles diarrhéiques, des hémorrhagies intestinales, avec un état cholériforme ou dysentériforme. Ce syndrome est distinct de la dysentérie, d'une part par le siège (l'intestin grêle) des lésions, d'autre part par les germes trouvés qui sont non les bacilles dysentériques, mais un groupe comprenant les bacilles de Morgan et de Castellani.

Prophylaxie de l'encéphalite léthargique. La déclaration obligatoire.

(M. A. Netter. — *Académie de médecine.*)

Au nom d'une commission spéciale, M. Arnold Netter présente un rapport sur l'étiologie et la prophylaxie de l'encéphalite léthargique, qu'il conclut ainsi :

L'encéphalite a existé selon toute vraisemblance au moyen-âge et dans l'antiquité. Elle a déjà présenté le caractère épidémique en 1713 et 1890. L'épidémie actuelle, qui est apparue durant l'année 191[illegible], à la fois en France, en Autriche et en Australie, a été signalée ensuite sur toute la surface du globe. Elle n'est pas terminée, bien qu'on puisse espérer qu'elle prendra bientôt fin, pour ne persister que sous forme sporadique.

La maladie sévit surtout l'hiver et, bien qu'ayant coïncidé avec une épidémie de grippe, on ne saurait la faire dépendre de celle-ci. L'agent pathogène se trouve, en toute probabilité, au niveau des fosses nasales et sa dissémination se fait principalement par les sécrétions bucco-pharyngées. L'encéphalite, contagieuse, se transmet par les malades, les porteurs de germes sains, peut-être les vêtements et le linge. Elle est toutefois peu contagionnante.

La prophylaxie comprendra la désinfection des vêtements, des locaux, l'isolement des malades (difficile à préciser quant à sa durée, la maladie présentant des rechutes tardives, parfois), sans prendre trop d'inquiétude à ce sujet en raison de la rareté des contagions. De même, il conviendrait d'éviter les rapports avec les personnes qui ont entouré les malades. Enfin, il y aurait lieu de classer (comme en Angleterre) l'encéphalite parmi les maladies dont la déclaration est obligatoire.

Varices des membres inférieurs.

(M. A. Iselin. — *Société des chirurgiens de Paris.*)

M. Iselin présente un malade atteint de varices très volumineuses des membres inférieurs et, se proposant de l'opérer, il se demande s'il serait prudent de faire la cure totale en une fois.

M. Bonneau opère en deux fois. L'intervention sur un seul membre, pour être complète, demande près d'une heure et demie.

M. R. Lœwy est du même avis. Opérant à l'anesthésie locale, il faudrait de trop fortes doses de novocaïne pour les deux membres.

Anévrysme artério-veineux consécutif à une prise de sang intra-veineuse.

(M. Maurice Cazin. — *Société des chirurgiens de Paris.*)

M. Cazin rapporte un cas d'anévrysme artério-veineux du pli du coude consécutif à une ponction faite (pour prise de sang) au niveau de la veine médiane basilique. Cette observation montre qu'il est préférable, dans les ponctions veineuses que l'on fait si fréquemment aujourd'hui dans cette région, d'éviter la veine médiane basilique, comme on le recommandait, autrefois, pour la saignée.

Les hémorrhagies cataclysmiques de l'amygdalotomie.

(M. Sébileau. — *Société de chirurgie.*)

En 1912, dans une grande ville de province, un chirurgien expérimenté opérait un enfant de 12 ans d'amygdalotomie, par morcellement, à la pince de Ruault. Les prises principales terminées, l'opérateur aperçut au pôle supérieur d'une amygdale un fragment qu'il chercha à saisir. L'enfant, réveillé, se débattait beaucoup. L'opérateur ayant le scrupule de faire une opération complète, introduisit la pince, la fixa (gêné par les mouvements du petit malade), la ferma. Un flot de sang jaillit de la bouche : en quelques secondes, l'enfant était mort. Commis par le Parquet, avec MM. Balthazard et Socquet, M. Sébileau constata une large perte de substance de la carotide interne produite par la pince à morcellement dont s'était servi l'opérateur.

Partant de ce drame — qui nous fut raconté, en son temps, par Socquet, — M. Sébileau présente aujourd'hui, après étude anatomique, une série de remarques des plus intéressantes sur les hémorrhagies cataclysmiques de l'amygdalotomie banale.

L'amygdalotomie s'accompagne toujours de perte sanguine, d'importance variable. M. Sébileau ne retient que l'hémorrhagie violente, celle qui entraîne la mort en quelques instants, révélant ainsi la blessure d'une grosse artère. Tout d'abord, les accidents de ce genre ont-ils été nombreux ? Non, même en tenant compte des cas ignorés, il s'agit là de faits absolument exceptionnels. On connaît les observations (plus ou moins précises) de Burns, de Portal, de Murphy, de Tenon concernant des hémorrhagies mortelles après incision d'abcès amygdalien. Pour ce qui concerne les hémorrhagies mortelles consécutives à l'amygdalotomie, aux exemples anciens de Portal, de Broca, de Droubaix, de Saint-Germain, de Verdenat, s'ajoutent celui de M. Sébileau dont il vient d'être question et un autre communiqué par M. Pierre Descomps (tous deux à la pince de Ruault).

Quelle est l'artère (carotide externe, interne) lésée en pareil cas, ordinairement ? M. Sébileau montre que ce n'est pas la carotide externe, comme on l'a cru, à la suite des recherches de Zuckerkandl et de Rieffel, mais l'artère carotide interne. La carotide externe est assez voisine du pôle inférieur de la tonsille, mais ce pôle étant dégagé, l'opération ne saurait guère toucher le vaisseau. La carotide interne avoisine le pôle supérieur dont elle est séparée par le pilier postérieur. Le pôle amygdalien supérieur étant souvent pénétrant dans la logette sus-tonsillaire, la pince (ou d'autres instruments) peut, en évidant ce pôle, arriver jusqu'à l'artère. Il est bon de s'en souvenir.

P. L.

Montpellier

Société des Sciences médicales et biologiques de Montpellier et du Languedoc méditerranéen

Métastases rachidiennes d'un cancer vulvaire : diagnostic topographique.

MM. Vedel et Giraud.

La constatation de troubles nerveux électifs et suspendus (parésie et amyotrophie des quadriceps, abolition des seuls réflexes rotuliens, rétention urinaire) chez une femme atteinte de cancer vulvaire a fait soupçonner une métastase dans la 11e ou la 12e vertèbre dorsale. Elle y était, mais avec elle une autre métastase de la 5e lombaire, qui, respectant la queue de cheval, englobait les quatrièmes racines lombaires issues de la région de la moelle directement comprimée plus haut.

Anomalies hérédo-syphilitiques.

MM. Milhaud et Lapeyrie présentent une pièce prélevée sur un enfant né avant terme, de parents

syphilitiques, et sur laquelle ils mettent en évidence des anomalies multiples (malformation anorectale — rein droit en ectopie croisée, trou de Botal, canal artériel — côlon ascendant avec méso libre).

Hémorragie de la région clitoridienne consécutive à une application de forceps.

M. Madon.

L'observation rapportée a trait à une femme qui, à la suite d'une application de forceps sur une M. I. D. P., présenta une hémorragie provenant de petites éraillures situées de part et d'autre du clitoris. Un tamponnement prolongé permit de se rendre maître de l'hémorragie. L'auteur insiste sur la nécessité qu'il y a à ne pas se méprendre sur la véritable cause d'une hémorragie après un accouchement, ce que permet toujours un examen minutieux, et d'autre part sur l'inefficacité de la forcipressure sur des tissus très vascularisés qui se laissent facilement dilacérer par la pince.

Un cas de polymastie chez l'homme.

MM. Ducamp et Carrieu.

Les auteurs présentent un malade porteur d'un mamelon gauche surnuméraire à 3 travers de doigt en dessous et 1 travers de doigt en dedans du mamelon normal (5e paire de Williams).

Les statistiques ne sont pas d'accord sur la fréquence de cette anomalie et ses rapports avec le sexe. Il n'y a pas d'hérédité. C'est une anomalie doublement réversive, phylogénique et entogénique.

Utérus cloisonné et placentome.

MM. de Rouville et Milhaud.

Les auteurs présentent un utérus cloisonné dans lequel s'était développé un placentome bénin qui provoqua des hémorragies abondantes nécessitant l'hystérectomie.

Epithéliome de la grande lèvre.

MM. Grynfelt et Giraud.

Examen histologique de la grande lèvre prélevée à l'autopsie de la femme dont les diverses pièces néoplasiques ont été présentées par MM. Vedel et Giraud dans la séance du 7 janvier. Il s'agit d'une forme très diffuse d'épithéliome atypique de la grande lèvre. L'aspect des cellules et leur mode de groupement permet d'éliminer le diagnostic de cancer cutané. Il s'agit d'un épithéliome d'origine glandulaire, mais qu'en raison de l'atypie de ses cellules, on ne saurait identifier avec certitude aux épithéliomes de la glande de Bartholin.

Du curettage dans l'avortement gemellaire.

MM. Delmas et Roume.

Histoire d'un avortement incomplet ayant nécessité une évacuation de la cavité utérine. Au cours de l'opération, un second œuf a été trouvé dans l'utérus. Peut-être dans ces cas analogues conviendrait-il d'attendre que les accidents infectieux ou hémorragiques commandent l'intervention.

Encéphalite léthargique et grossesse.

MM. Euzière, Carrieu, Blouquier et Brugairolles.

Les auteurs rapportent deux observations typiques. Les fœtus n'ont pas paru se ressentir de l'infection de leurs mères. Chez une malade, on a noté des mouvements myocloniques et une léthargie obscurément marquée (sommeil pendant une ponction lombaire). Ces observations sont assez rares.

Réunion obstétricale et gynécologique de Montpellier

Atrésies vulvo-vaginales.

M. Tedenat.

Pré-hyménéales, rétro-hyménéales et hyménéales, telles sont les trois variétés anatomiques dont la distinction en clinique n'est pas toujours facile. Lorsqu'en effet, en dehors d'une malformation due à un processus embryologique, il s'agit d'un travail de cicatrisation, d'érosion ou d'ulcérations secondaires à une gonococcie, une colibacillose ou une fièvre éruptive, la coalescence des tissus peut porter sur une hauteur plus étendue. L'hématocolpos, l'hématométrie en peuvent être la conséquence. L'incision de semblables hématomes doit être faite sous le couvert d'une asepsie rigoureuse, et la collection évacuée avec lenteur. Les grossesses ultérieures sont possibles et l'auteur en rapporte un exemple.

Discussion : M. Madon rappelle à ce sujet une observation analogue publiée par M. Vallois en 1902.

M. de Rouville a observé plusieurs cas de cloisonnement du vagin et résume le dernier qu'il a eu l'occasion d'opérer.

Septico-pyohémie puerpérale, curettage, auto-pyo-vaccination, guérison.

M. de Rouville.

Histoire d'une infectée chez laquelle le traitement intra-utérin n'ayant pas amené la défervescence escomptée, du pus est prélevé aseptiquement au niveau de l'un des foyers de suppuration sous-cutanés qu'elle présente au niveau des membres. Homogénéisé et stérilisé par le chloroforme, selon un procédé encore inédit du médecin principal Vallet, ce pus, injecté par trois fois à la malade, la conduit à la défervescence.

Discussion : M. Paul Delmas, tout en faisant la part légitime de la bactériothérapie, estime la thérapeutique intra-utérine aussi justifiée dans de semblables cas que l'intervention opératoire pour os-

téomyélite, alors même qu'une vaccination est pratiquée.

Deux cas d'hydramnios à marche aiguë.

MM. VALLOIS et MADON.

Les auteurs rapportent deux observations et en résument une troisième, d'hydramnios à marche aiguë, dans lesquels les accidents maternels ont justifié la rupture des membranes à une époque peu avancée de la grossesse. Dans deux de ces cas, il s'agissait de grossesses gémellaires. La syphilis n'a pu être dépistée dans aucun des trois cas ; dans un d'entre eux, un avortement antérieur et le poids de la masse placentaire par rapport à celui des enfants permettaient de soupçonner la spécificité bien que la réaction de Bordet-Vassermann ait été négative.

Discussion : M. Guirauden vient d'observer un cas d'hydramnios avec monstruosité fœtale. La syphilis ne put être dépistée.

Volumineux fibromes de l'utérus.

M. Paul DELMAS.

Présentation d'une pièce provenant d'une hystérectomie. En forme de croissant, la masse fibromateuse débordait l'ombilic à droite et touchait aux fausses côtes par son prolongement gauche. La compression de l'intestin avait exigé un examen radioscopique pour pouvoir éliminer avant l'opération le diagnostic de néoplasme de l'anse sigmoïde.

Discussion : M. de Rouville, à l'occasion d'un fibrome enlevé par lui la veille, souligne devant la multiplicité de certains nodules, les échecs secondaires à de véritables énucléations.

Polype placentaire en voie de transformation maligne ; hystérectomie, guérison.

M. DE ROUVILLE.

Entrée dans le service pour hémorragies abondantes remontant à 2 mois et secondaires à un avortement incomplet, la malade, quoique curettée avec soin, continue à saigner. L'hystérectomie est pratiquée, justifiée par l'examen histologique des débris intra-utérins où des formes de transition sont reconnues entre le polype placentaire et le chorionépithéliome.

Paul DELMAS.

Le médecin a l'impérieux devoir d'être prévoyant.

Il doit s'assurer contre l'incapacité de travail que peuvent lui causer la maladie ou les accidents.

Il doit s'assurer une retraite pour ses vieux jours.

BIBLIOGRAPHIE CRITIQUE

Revue des Livres.

A. MALOINE et fils, éditeurs.

G. DE PARREL. — **Précis de thérapeutique médicale oto-rhino-laryngologique.**

A une époque où l'oto-rhino-laryngologie verse de plus en plus dans la chirurgie, M. de Parrel a pensé opportun — et il faut l'en louer — d'écrire un livre consacré uniquement à la thérapeutique *médicale* des maladies de l'oreille, du nez et du larynx. Cet ouvrage, très complet, contient une foule de renseignements sur les médications à instituer et de nombreuses formules, dont beaucoup sont très judicieuses. Peut-être l'auteur passe-t-il quelquefois avec un peu de rapidité sur certaines méthodes anciennes, mais toujours debout, par exemple l'apsychie au bromure d'éthyle mitigé (si bien décrite par Lermoyez) pour les petites opérations, les enveloppements humides au début des otites aiguës, la réfrigération mastoïdienne dans les mastoïdites commençantes, qui donnait des succès à Gellé et qui est susceptible d'en procurer encore, avant la trépanation. M. de Parrel expose en détail les traitements récents, les médications nouvelles, la vaccinothérapie des otites, des rhinites, l'orthophonie, la rééducation auditive, la lecture sur les lèvres, la radiothérapie, la créno-climatothérapie, etc.

Le praticien, l'étudiant et aussi le spécialiste trouveront dans cet ouvrage un guide médical qui pourra leur rendre de réels services.

P. L.

Revue des Thèses.

Thèse de Paris.

Dr L.-A. GUSTIN. — **L'ictère catarrhal à forme prolongée dans la seconde enfance.** (Jouve et Cie, éditeurs.)

Affection fréquente pour l'auteur, à durée indéterminée, à rechutes, et intéressante parce qu'elle soulève chez l'enfant plus encore que chez l'adulte toutes les difficultés des ictères chroniques par rétention.

Dans cette forme, le pronostic doit être réservé.

Le traitement, pendant les premières semaines, sera celui de l'ictère catarrhal simple. Mais si la durée de la maladie dépasse cinquante, soixante jours, si l'asthénie et l'amaigrissement persistent, l'intervention chirurgicale devra être envisagée, même si elle n'est pas dictée par les événements.

G. S.

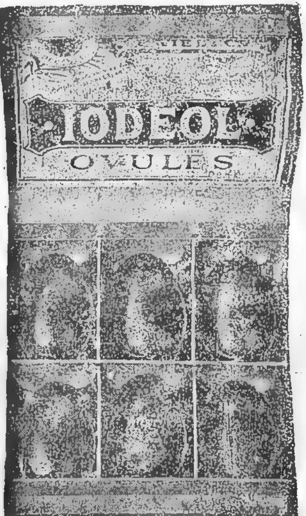
SALICAIRINE

INDICATIONS

DIARRHÉES ET ENTÉRITES CHRONIQUES

DIARRHÉES INFANTILES.
DIARRHÉES BACILLAIRES (Flexner, Shiga, His)
DIARRHÉES DES TUBERCULEUX
DIARRHÉES GRIPPALES — DIARRHÉES HÉMORRAGIQUES

Pas de contre-indications



AFFECTIONS GÉNITO-URINAIRES

Iode colloïdal électrochimique

pur et stable

ni caustique, ni toxique, très diffusible
cicatrisant, antiseptique puissant
spécialement à l'égard du GONOCOQUE



Urétrites aigues et chroniques
Folliculites, Cystites
Orchites et Orch.-épididymites
Blennorrhagie de la femme
Bartholinites, Métrites, Annexites.

IODARGOL. — Ampoules (2 cc. renferment 25 p. 100 d'iode colloïdal) : 2 cc. 2 fois par jour dans les métrites, une injection intra-urétrale ; en 48 h., disparition de la douleur à la miction ; guérison en 8 à 15 jours des métrites aigues, en 2 à 4 semaines des metrites chroniques, cystites, folliculites.

IODARGOL. — Pansement : badigeonnages quotidiens sur le scrotum dans l'orchite ; en 48 h., disparition des phénomènes inflammatoires ; attouchements, badigeonnages quotidiens dans les affections gynécologiques ; cessation de la douleur et de l'écoulement, cicatrisation rapide.

IODEOL. — Ovules, pour pansements continus dans les affections gynécologiques : un ovule tous les soirs.

Échantillons et littérature — **E. VIEL et Cie, 3, rue de Sévigné, PARIS**

PARTIE PROFESSIONNELLE

CHRONIQUE DES ACCIDENTS DU TRAVAIL

Le droit aux honoraires pour les chirurgiens des cliniques privées. Qui doit payer les frais de séjour ?

A l'heure actuelle la chirurgie a fait de tels progrès pour guérir rapidement et au mieux possible, que nombre de blessés du travail doivent être soignés hors de chez eux. Les admettre à l'hôpital comporte des difficultés, car l'hôpital est fait pour les indigents et l'établissement n'a souvent pas de service chirurgical. Si le blessé est admis dans une clinique privée pour être soigné par le médecin de son choix, comme c'est son droit légal, qui doit payer les frais ?

Nous avons trois points à examiner :

1° Que faut-il entendre par le mot : « hospitalisation » ?

2° Quelles sont les décisions de jurisprudence ?

3° Qui doit payer les frais de séjour à la clinique et les honoraires médicaux ?

1° Le législateur de 1905, tant dans la rédaction du 3e paragraphe de l'article 4 que dans les débats parlementaires, ne semble avoir eu en vue que les cas où le blessé est transporté dans un hôpital, c'est-à-dire dans un établissement public.

Il s'est alors conformé au règlement modèle des hôpitaux du 15 décembre 1899, qui dans son article 26, note 5, est ainsi rédigé :

2e paragraphe de la note : « D'autre part, « les hôpitaux peuvent recevoir, dans des locaux « spéciaux et moyennant un prix suffisamment « rémunérateur pour que le bien des pauvres « ne puisse pas être compromis :

« 1° ... 2° ... 3° les malades, habitant « la commune, dont le cas nécessite une opéra- « tion grave, quand il sera constaté qu'il est « impossible de la faire dans des conditions sa- « tisfaisantes, soit à domicile, soit dans une « maison de santé.

« Les malades, faisant l'objet de l'une des « trois exceptions qui précèdent, seront admis « dans des chambres ou salles payantes, moyen- « nant un prix variable, toujours élevé et très « supérieur au prix de revient. Le payement du « prix de journée, fixé dans ces conditions par « la commission administrative, leur incombera « pour toutes charges. »

Et dans sa circulaire, le ministre de l'intérieur ajoute (Conseil supérieur de l'Assistance publique, fascicule n° 75, page 59) :

« Il ne faut jamais perdre de vue que l'hô- « pital est réservé, en principe et tout d'abord, « aux malades pauvres. Il ne doit pas dégénérer, « même partiellement, en maison de santé... « Mais si elles (ces restrictions) devaient être « négligées, mieux vaudrait interdire, d'une « manière absolue, quels que puissent être les « inconvénients de cette prohibition, l'entrée des « malades payants dans les hôpitaux. »

De la lecture de ces textes nous pouvons déduire que, par « hospitalisation », nous devons entendre l'admission dans l'asile des pauvres, d'un malade indigent, gratuit, relevant de la loi du 7 août 1851, ou de celle du 15 juillet 1893. Nous retrouvons ainsi l'application du sens grammatical du mot hospitalisation.

Mais, également, nous voyons que le ministre de l'Intérieur de 1899 fait savoir, par sa circulaire aux préfets, que les hôpitaux ne doivent qu'exceptionnellement admettre des malades payants, lorsque ces derniers ne peuvent être admis dans une maison de santé.

Nous en concluons que le terme « hospitalisation » ne doit pas s'entendre des malades admis dans une maison de santé, ou dans une clinique privée, et que, par suite, les prescriptions *du 3e paragraphe* de l'article 4 de la loi du 31 mars 1905, ne s'appliquent pas aux blessés du travail soignés dans une maison de santé, dans laquelle ils ne sont pas hospitalisés.

2° La jurisprudence, obtenue jusqu'ici, décide qu'un ouvrier, admis dans une clinique privée, ne saurait être considéré comme étant « hospitalisé ». Par suite, le médecin a le droit de réclamer ses honoraires médicaux.

(Trib. paix, Paris XVIIIe arr., 13 sept. 1907. *La Loi*, 28 sept. 1907. Mon. just. paix, 1908, 18. Trib. paix Paris XVIIIe arr., 25 oct. 1907, *La Loi*, 7 nov. 1907. J. P. Autun, 22 mai 1908. Mon. J. P., 1908, 408; *Concours médical* 1908, p. 516. J. P. St-Amand, 5 déc. 1908. D. 1909, 2, 357 avec note. Déc. J. P. 1910, 173. J. P. Sées, 1er canton, 15 mai 1912. J. P. Aix-les-bains, 3 mars 1909, Rec. acc. du travail. Ministère du Trav., XII, page 18. J. P. Bordeaux, 22 mars 1910. Médication martiale 1910, 601. J. P. St-Nazaire, 23 janv. 1911. Rec. minist. trav., XV, p. 8. Rec. spéc. acc. du trav. Villetard de Prunières, 1911, 12, p. 186. Trib. civ. Nîmes, 9 mai 1912, *Concours médical* 1912, p. 643. Trib. civ. St-Gaudens, 16 avril 1913, *Concours médical* 1913, p. 2562. J. P. Malestroit (Morbihan), 4 sept. 1919 *Concours médical* 1920, p. 628).

Il est évident que si le patron demande lui-même l'admission de son blessé dans une cli-

nique privée, ce n'est plus la loi du 9 avril 1898 qui est applicable en l'espèce, mais bien le droit commun. De nombreuses décisions ont été rendues en ce sens, concernant les honoraires médicaux. Mais, plus spécialement, sur la question des cliniques, citons : J. P. St-Etienne, 17 juin 1910. Rec. spéc. acc. trav. Villetard de Prunières 1911, 12, p. 502.

Et même, lorsqu'un ouvrier en danger de mort, a été conduit, en dehors de sa volonté, dans la clinique la plus rapprochée du lieu de l'accident, la loi de 1898 ne saurait être applicable : Trib. civ. Aix, 2 mai 1912, Rec. spéc. Villetard de Prunières, 1912-13, p. 479.

3° Qui doit payer les frais de séjour à la clinique ?

Aux termes des lois sur les accidents du travail, le chef d'entreprise doit à son ouvrier blessé le demi-salaire, plus les frais médicaux et pharmaceutiques.

Si la victime est admise à l'hôpital, le patron doit le demi-salaire, plus les frais de séjour à l'hôpital, frais fixés par les lois du 31 mars 1905, article 4, § 3, puis par celles du 5 mars 1917 et enfin du 6 juillet 1920.

Mais *quid* lorsque le blessé est admis non à l'hôpital, mais dans une clinique privée, soit parce que l'hôpital local ne reçoit que les indigents, soit parce qu'il est plein, sans aucun lit de libre, soit parce qu'il ne comporte aucun service de chirurgie, soit parce que le blessé, libre du choix de son médecin, a confié sa vie à un chirurgien qui n'est pas de service à l'hôpital ?

Qui devra payer les frais de séjour ?

1re Solution : En vertu de la jurisprudence ci-dessus indiquée, la clinique n'est pas considérée comme étant un hôpital : par suite le « tout compris » de la loi de 1905 n'est pas applicable. Si le chirurgien est propriétaire de la clinique, il a le choix entre le prix de journée global et entre les honoraires médicaux, pour opérations et pansements. Il choisit le tarif qui lui est le plus avantageux.

Mais, si le chirurgien n'est pas propriétaire de la clinique, comment faire le départ de ce qui revient à l'établissement, pour frais d'entretien du blessé, et de ce qui doit être alloué au chirurgien pour frais de pansements et d'opérations ?

2e Solution : Le blessé, continuant à toucher son demi-salaire, doit payer, sur ce dernier, les frais de séjour à la clinique. Mais *quid* si le demi-salaire est inférieur au prix de journée ? Que peut-il arriver si la famille du blessé n'a, pour vivre, que le salaire du chef de famille ? La Cour de Cassation, par deux arrêts, a nettement stipulé qu'aucune retenue ne pouvait être faite sur le demi-salaire pour payer les frais d'hospitalisation (Cass. 29 nov. 1911. Rec. acc. trav. Minist. Trav. XV, p. 279. Cass. 23 juillet 1912, Rec. acc. trav. Min. trav. XV, p. 382. Voir encore 10e rapport sur l'application de la loi de 1898, p. 8. fait par le ministre du Travail au Président de la République).

3e solution. Si le blessé doit être soigné hors de chez lui, c'est que sa blessure est grave, nécessite une opération chirurgicale ou des soins de spécialiste, ou des pansements longs et délicats, ou enfin doit être placé sous une surveillance médicale de tous les instants. Ce n'est donc pas pour son plaisir, mais bien par nécessité thérapeutique que l'accidenté se fait soigner loin de son foyer.

Il s'ensuit que les frais de séjour à la clinique, comme ceux dans une salle payante d'hôpital, devraient être considérés comme étant l'accessoire, le complément des frais médcaux et pharmaceutiques. Par suite, le chef d'entreprise devrait payer : le demi-salaire, les frais de séjour, les frais médicaux et pharmaceutiques.

Nous invoquerons, à l'appui de notre thèse, un arrêt de Cassation, du 16 mai 1911 : (Rec. Minist. Trav., p. 270, *Conc. méd.*, 1911, p. 655) :
« Toutes les dépenses nécessitées par le trai-
« tement du blessé doivent demeurer à la charge
« du chef d'entreprise, même si elles ne sont pas
« comprises dans le tarif de 1905. »

C'est ainsi que dans un cas grave, où une surveillance était nécessaire auprès du blessé, le patron a dû payer les frais de garde indispensables, même quand cette garde est la femme l'ouvrier, surtout lorsque l'ouvrier n'a pas refusé d'entrer dans un hôpital. (J. P. Amplepuis, 3 mars 1909. Rec. Minist. Trav., XI, p. 21. J. P. Massac, 14 avril 1911, Rec. Minist. Trav. XV, p. 12).

Nous devons faire observer qu'avec les progrès de la chirurgie moderne, il convient d'opérer rapidement et dans les meilleures conditions possibles la victime d'un accident du travail. La chirurgie de guerre nous a enseigné que beaucoup de blessures sont rapidement consolidées, au lieu de traîner indéfiniment, lorsque des soins spéciaux et méthodiques sont donnés depuis le début. Il serait donc anti-social ,sous le prétexte de ménager les intérêts des chefs d'entreprise, ou surtout ceux de leurs assurances, d'obliger la victime ou à recevoir chez elle des soins incomplets, moins minutieux que dans une salle d'opération, ou à être transportée dans un hôpital, ne possédant souvent ni service chirurgical ni chirurgien.

D'ailleurs, les établissements hospitaliers font remarquer à juste titre que les hôpitaux ont été fondés et ont reçu des dons et legs pour venir en aide aux malheureux, aux indigents et non pas aux blessés du travail, qui sont garantis soit par le chef d'entreprise, soit par la compagnie d'assurances, qui sont loin d'être des indigents.

Le prix de journée « tout compris » est souvent inférieur au prix de revient de l'établissement, alors que les blessés du travail nécessitent des pansements coûteux, dont la dépense reste, en vertu de la loi, à la charge de l'hôpital. Rappelons également qu'un arrêt de Cassation (ch. civ. 22 mars 1909, S. 1. 438, Rec. Min. Trav. XI, p. 84. *Conc. méd.* 1909, p. 976) met à la charge de l'hôpital les honoraires d'un chirurgien étranger à l'établissement appelé pour opérer un blessé du travail. Aussi les commissions administratives des hôpitaux se refusent-elles de plus en plus à admettre, dans l'asile des pauvres, des blessés du travail, qui grèvent ainsi le budget des indigents, au seul profit des assurances.

Nous conclurons donc en disant que, lorsque la blessure d'une victime du travail oblige le transport dans une clinique, le chef d'entreprise est tenu des frais médicaux et pharmaceutiques, des frais de séjour et du demi-salaire, étant bien entendu que, lorsqu'il est démontré que c'est le chef d'entreprise qui a demandé lui-même le transport à la clinique de son ouvrier blessé, c'est le droit commun et non plus la loi de 1898, qui devient applicable.

Dr Paul Boudin.

PROPHYLAXIE

Le recrutement des médecins chefs de dispensaires antisyphilitiques,

Rapport à la Commission des maladies vénériennes du Ministère de l'hygiène.

Par le Dr Leredde.

La Sous-Commission de la syphilis a adopté, dans sa séance du 6 janvier, les principes suivants, relatifs au recrutement des médecins chefs de dispensaires :

1° Le recrutement se fera en dehors de l'Administration.

2° Il aura lieu par voie de concours.

Reste à dire ce que sera ce concours et comment seront organisés les jurys. Les syphiligraphes des hôpitaux de Paris, qui constituent la majorité de la sous-commission, paraissent favorables au système suivant : Concours subi devant des juges (nommés par la Société de Dermatologie), par des médecins ayant suivi un stage dermatosyphiligraphique de trois mois, et disposés à rejeter, sans examen approfondi, le système proposé par l'Union des syndicats médicaux : nomination par des jurys désignés par les syndicats, stages consécutifs.

Mais il importe, pour juger un système et avant de se prononcer sur aucun : 1° de déterminer quelles sont les connaissances techniques nécessaires aux médecins chefs de dispensaires ; 2° de savoir si le système permettra d'assurer la collaboration et l'éducation du corps médical, *puisque on ne peut amener la disparition de la syphilis sans accepter tous les praticiens à la lutte antisyphilitique.*

I

Connaissances techniques nécessaires aux médecins chefs.

Il est bien entendu qu'aucun médecin ne dirigera un dispensaire sans avoir fait une période de stage, au cours de laquelle il aura vu et appris à pratiquer des injections intraveineuses et se sera familiarisé avec l'aspect du chancre syphilitique et des accidents initiaux de l'infection. Quinze jours suffisent à un praticien d'adresse moyenne pour apprendre à introduire une aiguille dans une veine ; au cours de la guerre, nombreux sont ceux qui y sont parvenus en un temps moindre. Trois mois sont suffisants pour permettre au même praticien de reconnaître un chancre, je dirai même que ce temps est trop long si, au bout de son stage, l'élève s'imagine qu'un examen objectif peut dispenser en aucun cas de la recherche du spirochète à l'ultramicroscope.

Mais, réserve faite des syphilitiques récents et de cas *exceptionnels*, les malades qui se présenteront dans un dispensaire antisyphilitique ne ressembleront en rien à ceux qui fixent surtout l'attention des syphiligraphes dans les hôpitaux de dermatologie et de syphiligraphie, à Paris et à Lyon.

J'ai constaté avec plaisir que les membres de notre sous-commission admettent, comme je le fais moi-même, que le but des dispensaires n'est pas seulement de soigner des syphilitiques récents, de faire disparaître d'une manière définitive les accidents contagieux. Il existe, en France, des millions de syphilitiques acquis et héréditaires, les uns atteints d'infection ignorée, les autres d'une infection connue, mais négligée, et qu'il faut tous traiter et mettre à l'abri des conséquences lointaines, nerveuses, cardiovasculaires et autres. Les hôpitaux, les services de l'Assistance publique en province, dans les campagnes, sont encombrés de malades traités à la période *terminale*, où il n'y a plus rien à faire, dont il aurait fallu reconnaître la maladie et qu'il aurait fallu soigner à la période INITIALE, au cours de laquelle ils doivent guérir. Comme le disait, dans les meilleurs termes, M. Queyrat, la prophylaxie de la syphilis a un double but :

1° Prévenir la dissémination de l'infection ;

2° Prévenir les conséquences de celle-ci chez les individus déjà infectés.

A elle seule, la lutte contre la syphilis héréditaire du jeune âge apparaît comme d'une importance primordiale, depuis que nous soupçonnons la fréquence de l'infection congénitale, l'étendue, peut-être formidable, de son rôle, non seulement dans la prémortalité, dans la mortalité du nourrisson, mais aussi dans la pathologie des autres âges (le chiffre de 95 % que j'ai proposé pour indiquer la fréquence de la

S. héréditaire ignorée n'a pas été contesté et paraît peu contestable).

L'idéal qu'il faut atteindre est précis : traiter, jusqu'à stérilisation, l'hérédosyphilitique dans la première ou la seconde année ; à cette époque, l'infection est récente, elle paraît *a priori* entièrement ou presque entièrement curable, de même que l'infection acquise quand celle-ci est récente.

Conséquences : Tout médecin chargé de la direction d'un dispensaire doit posséder les connaissances médicales les plus approfondies ainsi qu'une expérience professionnelle éprouvée. Sans être un « spécialiste », un « topologiste » de neurologie, ni de cardiologie, ni même un « endocrinologue », il devra connaître des affections nerveuses, cardiaques, gastrointestinales, hépatiques, etc. ce que sait un médecin des plus instruits. Ses connaissances dermatologiques n'auront d'autre part qu'une valeur tout à fait secondaire, parce que, dans un dispensaire de syphiligraphie, le nombre des malades atteints d'accidents externes, en dehors de ceux qui sont atteints d'accidents récents, restera un nombre infime (1) ; les autres, neuf fois sur dix, *au moins*, étant des enfants, sans manifestations visibles, des adultes atteints d'affections cérébrales ou spinales, d'affections cardiovasculaires, gastrointestinales, hépatiques, ostéoarticulaires, etc. etc. J'ajoute que plus il y aura en France de syphilitiques soignés, bien soignés, plus la syphilis externe deviendra — relativement — rare ; elle est, sous toutes ses formes, avant tout, l'apanage de syphilitiques négligés et dont la séroréaction est restée positive.

Chez tous ces malades, le diagnostic de syphilis, qui est établi, *non sur des éléments d'ordre dermatologique*, mais sur l'étude des antécédents personnels, la recherche des stigmates, l'enquête familiale, les résultats des examens de laboratoire, doit être complété par l'examen des organes profonds, par un diagnostic topologique ; inversement, un certain nombre viendront en raison de troubles nerveux, viscéraux ou autres, dont il faudra déterminer la nature et la localisation et non seulement la cause première.

De même, dans la direction du traitement, dans l'adaptation de celui-ci au cas particulier, dans l'interprétation des incidents et des accidents, dans le jugement porté sur les résultats, ce seront encore les connaissances du médecin, et non celles du « spécialiste » qui devront intervenir. Les règles modernes du traitement de la syphilis sont simples, mais il n'y a pas un malade qui puisse être exactement comme un autre, il n'y a pas un syphilitique qui supporte la cure d'une manière identique à un autre, il n'y en a *pas un chez lequel l'infection soit semblable* à celle d'un autre syphilitique et obéisse de la même manière à l'action thérapeutique.

***

On ne peut donc confier la direction des dispensaires antisyphilitiques à des médecins quelconques sortant de l'école, ou n'ayant eu aucun succès dans leur clientèle, ou à des médecins fatigués qui deviendraient en trois mois de stage des « spécialistes » de syphiligraphie ; elle doit revenir à des praticiens qui, comme ceux de nos hôpitaux spéciaux, comme nos collègues eux-mêmes, comme tous les syphiligraphes qui ont été nos maîtres, auront été des médecins, au sens véritable et large du mot, avant de limiter leurs efforts à l'étude et au traitement de la syphilis.

Le système du concours central et du concours « spécial » ne donne aucune garantie au sujet de la valeur et de l'expérience professionnelles des chefs de dispensaire. Seul celui de l'Union des syndicats médicaux donne une sécurité à ce sujet : désignation des médecins chefs par un jury composé de leurs pairs, qui connaîtront les candidats parce qu'ils auront été en contact avec eux, au moins dans les villes moyennes et petites. Ce jury se préoccupe surtout de la valeur morale et de la valeur technique des candidats : l'épreuve de titres sur laquelle il jugera ne s'appuiera pas simplement sur une thèse

---

(1) Les chiffres suivants permettent de juger de la fréquence relative de la syphilis externe (syphilis initiale exclue) et de la syphilis profonde dans un dispensaire qui n'est pas destiné spécialement au traitement des affections de la peau :

Malades soignés au dispensaire, 54, rue Saussure en 1920	371
Syphilis récente (moins de 5 ans), dont le diagnostic a été fondé, dans tous les cas, sur des antécédents précis, la séroréaction ou l'examen du L. céphalorachidien	153
Syphilis ancienne, acquise	121
Syphilis héréditaire	65

Classement	Acquise	Héréditaire
S. banale, non évolutive	33	28
S. nerveuse	56	15
S. cardiovasculaire	14	10
S. oculaire	4	2
S. gastrique	3	1
S. intestinale	1	0
S. hépatique	1	0
S. rénale	1	1
S. thyroïdienne	0	2
S. pulmonaire	1	2
S. osseuse	4	0
S. buccale ou pharyngée	2	1
S. cutanée	1	3
	121	65

Dans tous les cas de syphilis cutanée (quatre), la séroréaction était positive ; un des malades avait été traité pendant un an comme atteint de lupus par des dermatologistes connus. Dans un autre cas, il fallut faire un examen histologique pour éliminer le diagnostic d'épithéliome du gland chez un syphilitique.

Je dois ajouter que j'ai vu en 1920 15 cas d'affections cutanées chez des malades atteints de syphilis ancienne et surtout héréditaire (pelades, psoriasis, eczéma, lichénification, prurit) ; chez 17 malades atteints d'affections variées, la syphilis ne put être démontrée ou fut exclue.

ou une communication relative au chancre du menton ou à un cas de syphilides en corymbes. L'âge, l'activité, l'expérience, le caractère, l'autorité, seront les éléments de la décision, et les candidats nommés feront le stage que nous prévoyons tous dans le but d'acquérir les connaissances spéciales qu'ils ne posséderaient pas encore.

II

La collaboration du corps médical.

Le rôle de la Commission des maladies vénériennes n'est pas de présenter simplement au ministre des décisions ou même des propositions appuyées sur des votes : elle ne peut se dispenser de justifier les unes et les autres. Le Ministre ne peut s'en remettre aux opinions d'une majorité, si celle-ci ne les appuie pas sur les arguments les plus sérieux. Il sait que la Commission, composée en majeure partie de syphiligraphes d'une compétence certaine, ne représente cependant pas le corps médical de France, et n'ignore pas l'importance qu'il faut accorder à celui-ci en fait d'organisation de l'hygiène sociale.

D'ailleurs, lorsqu'il s'agira de demander aux chambres une somme annuelle de trente millions de francs pour assurer l'existence de 300 dispensaires, cette somme ne pourra être obtenue sans discussions prolongées, le Ministre devra démontrer à son tour l'efficacité de l'organisation et en particulier que celle-ci fera sentir ses effets à tous les degrés de l'échelle sociale, assurera la répression de l'infection en dehors des dispensaires *aussi bien que dans ceux-ci. La syphilis ne pouvant disparaître que le jour où tout médecin sera syphiligraphe et collaborera à sa prophylaxie.*

Cette collaboration peut être obtenue avec le concours des organisations professionnelles et ne saurait l'être sans celui-ci. L'expérience, en matière de lutte antituberculeuse, révèle déjà que celle-ci est condamnée à un échec, que l'argent dépensé sera d'une utilité médiocre, du seul fait que l'organisation a été réalisée en dehors du corps médical. Le malade qui vient au dispensaire parce qu'il se croit tuberculeux est souvent un malade peu curable, qui a déjà disséminé l'infection ; seul le praticien peut dépister la tuberculose dans tous les milieux, *dès la période initiale*, et diriger les malades, à l'heure propice, sur les dispensaires spéciaux. Il le ferait, si ces dispensaires avaient été créés dans un esprit de collaboration et non en dehors de lui, s'ils étaient — au point de vue tuberculeux — les centres d'éducation que nous voulons faire des dispensaires antisyphilitiques — au point de vue syphilis.

A Paris, par exemple, où la direction des dispensaires antituberculeux a été confiée en général à des médecins qualifiés, ces dispensaires restent peu fréquentés par les malades auxquels ils seraient réellement utiles ; d'autre part, parmi les médecins qui les dirigent, quelques-uns paraissent avoir pour but de préparer ou de développer leur clientèle personnelle. On peut dire, il est vrai, que le corps médical, représenté par l'Union des Syndicats médicaux de France, ne s'est pas fait entendre assez tôt, avant que des décisions relatives à l'organisation des dispensaires antituberculeux aient été prises ? Il n'en est plus de même à l'occasion du recrutement des chefs de dispensaires antisyphilitiques ; l'Union des Syndicats s'est exprimée de la manière la plus claire, avant même la réunion de la Commission des maladies vénériennes.

Pour quelques esprits, dont l'attention n'a pas été attirée sur la nature des problèmes qui se posent, il paraît s'agir simplement d'une question de puissance, de ce que les Allemands, experts en la matière, appellent « eine machtfrage ». L'Administration prétend administrer les dispensaires d'hygiène sociale suivant les méthodes administratives et donner à ses fonctionnaires le droit d'en nommer les chefs. Ainsi des raisons « politiques » de relations, de camaraderie, d'intrigue, seraient des raisons décisives.

Je ne crois pas que les médecins des hôpitaux spéciaux de Paris obéissent à des sentiments impérialistes, même lorsqu'ils veulent créer à Paris un concours central dont ils seront les juges, et j'espère qu'ils n'ont pas la superstition du concours « en soi » et qu'ils ne lui reconnaissent pas les vertus spécifiques qu'on lui attribue en Chine. Le mérite essentiel du concours en France a été de permettre de choisir des médecins pour des motifs de compétence techniques, et non des raisons « administratives ». *Ce qui ne veut pas dire que les méthodes appliquées* jusqu'ici soient les seules qui excluent celles-ci, qu'elles aient une valeur mystique, et que le concours central puisse s'appliquer à des candidats venus de tous les points cardinaux et inconnus de leurs juges, comme les candidats à l'Ecole polytechnique.

L'Administration, les médecins des hôpitaux, pensent peut-être, de leur côté, que le but des syndicats est de confier les dispensaires à des médecins syndiqués et, de préférence, quand les places paraîtront avantageuses, à des médecins appartenant à leurs bureaux. Or ce rôle des bureaux des syndicats se bornerait à désigner des médecins qui formeront un jury, et qui seraient naturellement, et de préférence, choisis à Paris, à Lyon, à Bordeaux, parmi les médecins des hôpitaux et les syphiligraphes.

La question qui nous préoccupe est tellement grave qu'on peut écrire sans exagération que de la solution qui lui sera donnée dépend l'avenir de l'hygiène sociale en France, l'efficacité même du jeune ministère de l'hygiène. Il s'agit d'intérêt public et non d'intérêts personnels, de l'intérêt du pays et d'aucun autre. Il s'agit d'amener tous les médecins à collaborer à l'œuvre de prophylaxie, d'obtenir que partout, dans les petites villes, en pleine campagne, le médecin recherche la syphilis et apprenne à la découvrir ; d'imposer — par la persuasion, par l'exemple, car il n'existe aucun

autre moyen — à tous les praticiens, l'emploi des méthodes de prophylaxie et de traitement actuelles. Il s'agit de faire, de tout dispensaire, un centre d'éducation, où le praticien conduira les malades qui le préoccupent, où il apprendra l'utilité — et la non utilité — des méthodes de laboratoire, où il fera traiter les malades qu'il ne traitera pas lui-même, où il amènera les enfants de femmes syphilitiques ou chez lesquelles il soupçonne la syphilis. Il s'agit, encore une fois, de faire, de tous les médecins de France, des syphiligraphes, au sens actuel du mot, non pas des « spécialistes », mais des médecins qui recherchent la syphilis à l'origine de toute affection chronique et traitent les malades de manière à prévenir — pour la collectivité — tout accident contagieux, — pour l'individu : toute conséquence éloignée.

Cette collaboration, que nous voulons atteindre, le système du concours central l'assure moins encore que le système administratif lui-même. Celui-ci assure au moins le recrutement sur place, il n'a pas pour résultat d'importer dans telle ou telle ville des médecins qui apparaîtront au corps médical comme des étrangers ou des concurrents. Et ce système, que personne n'a pu défendre, n'aurait pas les autres inconvénients que nous reprochons au système du concours central : d'attribuer les places, nous l'avons déjà dit et sommes obligé de le répéter, à des médecins imberbes, ou fatigués, aux inaptes de la profession, exception faite seulement pour ceux qui « auraient leur jury » et parmi lesquels pourraient se rencontrer quelques hommes sérieux, jugés sur leur valeur propre et non sur leurs épreuves.

Je me résume et je conclus :

Pour amener en France la disparition graduelle du plus grave des fléaux sociaux, qui est la syphilis, il faut créer en France 300 dispensaires doublés de 300 laboratoires et ouverts à tous les malades de la classe pauvre.

La direction de ces dispensaires ne peut être confiée qu'à des praticiens ayant une expérience professionnelle, une valeur médicale éprouvée, qui ne soient pas des « spécialistes » au sens étroit du terme.

Le concours central, la nomination par l'Administration, excluent ces praticiens, le système proposé par l'Union des Syndicats médicaux permet seul de les découvrir.

L'œuvre de prophylaxie devant s'étendre à tous les milieux, la collaboration de tous les médecins étant nécessaire, c'est à leurs organisations qu'il faut faire appel pour nommer les chefs de dispensaires.

Il faut reconnaître franchement, sincèrement, les conséquences d'un mouvement d'association dont l'ampleur s'accroît tous les jours, et que rien ne peut arrêter, parce qu'il concilie l'intérêt public, l'intérêt des malades et les intérêts légitimes du médecin. Faisons confiance aux syndicats médicaux pour amener la collaboration du corps médical en mettant à la tête des dispensaires des praticiens qui auront une autorité sur leurs confrères, parce qu'ils seront connus de ceux-ci et nommés par l'intermédiaire de leurs groupements.

III

Un mot pour finir.

J'ai demandé que les médecins des dispensaires soient nommés pour quelques années seulement et rentrent dans la vie commune après 3, 4 ou 5 ans. La surprise que cette proposition a provoquée s'explique : elle a été soumise à des médecins des hôpitaux spéciaux qui ont pu penser jusqu'ici en toute sincérité qu'une organisation antisyphilitique idéale devait se proposer pour but de réaliser des services analogues à ceux qu'ils dirigent eux-mêmes : le terme « services annexés » employé pendant la guerre et que quelques-uns de nos collègues paraissent abandonner à regret exprime bien cette tendance.

Une première raison à l'appui de ma proposition se trouve dans le danger qu'il y a à donner à une organisation, dès son début, un caractère de cristallisation définitive, d'attribuer des places à vie, à des médecins qui ne seront peut-être pas les meilleurs, de recruter en trois ou quatre ans 300 médecins qui dirigeront les dispensaires, puis de tarir ce recrutement pendant des années.

D'autre part, il faudrait ne jamais perdre de vue que la lutte antisyphilitique doit être poursuivie dans tous les milieux, et que l'organisation de dispensaires ouverts aux malades des milieux populaires doit avoir pour but d'atteindre tous les autres. Il y a donc intérêt à ramener dans le milieu professionnel des médecins qui auront dirigé des dispensaires et y auront acquis une expérience syphiligraphique, à accroître le nombre des praticiens qui voudront remplir des fonctions dans des dispensaires, à prévenir la spécialisation au sens étroit où on la comprend encore. Comme les médecins belges, nous ne voulons pas de syphiligraphes d'Etat ; pour faire disparaître la syphilis, pour réduire, dans la mesure où l'action médicale peut y parvenir, le nombre des victimes de la tuberculose, il faut multiplier le nombre des médecins informés des méthodes modernes de diagnostic et de prophylaxie et rajeunir sans cesse les cadres.

LA VIE SYNDICALE ET PROFESSIONNELLE

I

La loi des pensions et le Corps médical.

Fédération des Syndicats médicaux de Seine-et-Marne.

Mitry-Mory, le 1er avril 1921,

Mon cher Confrère,

Vous êtes certainement au courant du *Tarif Maginot*, pour les pensionnés de guerre, et de son découpage, en 5 tranches, du corps médical

français. Par les prix qu'il comporte, il semble qu'on ait voulu classer les praticiens en :

1° Médecins hors cadres, à 8 fr. la consultation et 10 fr. la visite.

2° Médecins supérieurs, à 7 fr. la consultation et 8 francs la visite.

3° Médecins moyens, à 6 fr. la consultation et 7 fr. la visite.

4° Médecins médiocres, à 5 fr. la consultation et 6 fr. la visite.

5° Médecins inférieurs (unter alles), à 4 fr. la consultation et 5 fr. la visite.

En Seine-et-Marne, donc, le corps médical ne comprendrait que quelques médecins médiocres, tous les autres n'étant que des médecins inférieurs. Sans doute, ces mots ne sont pas employés dans le tarif, mais je n'en vois pas d'autres pour justifier des *prix différant du simple au double, pour des confrères pourvus des mêmes titres et devant donner les mêmes soins aux mêmes pensionnés de guerre.*

Pour les frais de déplacement, rien n'est prévu en réalité. On parle bien de 1 fr. 50 par kilomètre... *Mais comme maximum.* La connaissance du minimum nous aurait été bien plus utile. Qui empêchera un préfet de nous offrir, et même de nous imposer, un tarif à quatre sous du kilomètre ? Il n'aurait même pas à le discuter avec nous... si nous nous laissons faire.

En cas d'interventions, à part quelques-unes non encore indiquées, mais qui seront minimes, d'après les termes du décret, nous devrons abandonner notre malade, notre blessé, et l'adresser à l'hôpital. Et cela, quel que soit le désir du pauvre homme d'être soigné chez lui. au milieu des siens, et par le médecin de son choix, celui parfois qui l'aura toujours soigné depuis son enfance. Eh oui ! c'est très net : *suppression du libre choix*, par décret, malgré l'article formel de la loi à ce sujet.

Ce n'est pas tout : A la suite de tout un projet de *tarif de soins*, judicieusement, techniquement et clairement établi (tarif qui ne vint même jamais en discussion), l'Union des Syndicats médicaux de France avait institué un contrôle effectif et opérant. Dans l'ukase Maginot, tout contrôle a disparu, ce qui promet, en pratique, une belle gabegie... Nous en sommes d'autant mieux assurés que nous en connaissons déjà des exemples savoureux, dont nous reparlerons à l'occasion.

***

Pouvons-nous accepter ce tarif ? — Allons, médecins « médiocres ou inférieurs » de Seine-et-Marne, allez-vous « encaisser » cet affront ? ou bien, par fierté individuelle et par dignité professionnelle, allez-vous le refuser net, *comme c'est votre droit légal*

Oui, notre droit légal ! Aucun tribunal ne peut nous forcer à reconnaître ce tarif pour les soins donnés à nos clients, pensionnés de guerre, tant qu'il n'aura pas été établi *d'accord* entre l'Etat et les représentants du corps médical, dûment commis et qualifiés comme tels par les groupements constitués des médecins français, ainsi que fut établi, pour la part patronale, le tarif Breton.

Mais, entendons-nous bien sur ce point. Nous ne serons libres de ne pas le suivre qu'à la condition que nous n'apposions pas notre signature sur les paperasses administratives, car alors les juges considéreraient ce fait comme une reconnaissance tacite. C'est pourquoi il convient d'insister : *Ne jamais signer aucun papier administratif.* Que ceux qui l'ont fait, par erreur, ne continuent pas. Faisons payer comptant notre client, donnons-lui un reçu sur papier blanc ou portant notre nom comme en-tête. Sur ce reçu, nous mettrons, par exemple : « Pour soins donnés à M. X... pour séquelle de blessure (ou récidive de maladie) au sujet de laquelle il m'a déclaré être pensionné de guerre », ou quelque chose d'analogue. Et nous mettrons une formule semblable sur l'ordonnance.

D'ailleurs, il y a mieux au sujet du reçu à donner. L'Union va faire imprimer des *reçus à souche*, tout préparés dans ce but. Commandez-en au secrétaire de votre syndicat un nombre *x* de feuilles, 50, 100, 200... ce que vous jugerez utile, et cela au plus tôt. Le secrétaire collationnera les demandes de chacun et adressera à l'Union une demande globale qu'il répartira ensuite à chacun des syndiqués suivant leur demande. Et de cette façon les intérêts de votre client seront sauvegardés et il sera en mesure, suivant les modalités que lui indiquera, au besoin son groupement, de réclamer à l'Etat le remboursement des frais de médecin et de pharmacien.

Pour ce qui est dû déjà, avant le 1er janvier 1921, je n'en parle pas aujourd'hui. Attendons les instructions précises qui vont nous être données à ce sujet par l'Union, dès que la question sera mise au point, d'ici peu. En tout cas, pour nous, en Seine-et-Marne, alors qu'aucun accord n'est intervenu entre les syndicats et la préfecture, alors qu'aucune tractation n'a même jamais eu lieu à ce sujet, la ligne de conduite est claire. Avant tout, nous devons déclarer que nous ne pourrons jamais reconnaître, devant l'administration, les pensionnés, *tant que nos notes arriérées ne nous auront pas été payées et cela au taux du tarif des accidents du travail, le tarif Breton.*

Devons-nous *hésiter* à agir ainsi, ou plutôt à continuer d'agir ainsi, car la majorité d'entre nous le fait depuis le début de février dernier ?

Non, sans aucun doute, et pour les raisons principales suivantes :

1° Nous devons défendre les intérêts de nos clients, dont les droits sont « sabotés » par ledit décret.

2° Nous devons nous opposer à cette classification arbitraire, aussi absurde que froissante pour le praticien français.

3° Nous devons songer à l'avenir et aux répercussions qu'amènerait l'acceptation par nous de ce tarif.

***

Répercussions dans l'avenir. — C'est la première fois qu'est tentée une tarification de l'acte médical, sans *accord* préalable avec les représentants des médecins. Il n'y a pas là, pour nous, une simple question de gros sous. C'est pour notre liberté individuelle que nous devons lutter. Une fois le doigt dans l'engrenage, le reste suivra.

1° *Pour le tarif Breton.* — Un certain nombre de confrères m'ont écrit, de tous les coins de la France, pour me reprocher d'avoir accepté, à la commission, les *deux divisions* du tarif qui comprennent : d'une part, les médecins de 14 grandes villes et leur banlieue ; d'autre part, tout le reste de la France... Et voilà que ce n'est plus 2, mais 5 *divisions* que renferme le tarif Maginot, la dernière étant juste de moitié inférieure à la première. En réalité, les 2 premières sont celles du tarif Breton ... seulement on en a rajouté 3 autres qui vont decrescendo jusqu'à des honoraires antédiluviens de quatre francs. Or, j'ai des raisons sérieuses de penser — et de vous prévenir — que si nous acceptons les 5 tranches Maginot, une révision du tarif Breton sera amorcée, au plus tôt, dans les mêmes goûts. Qu'auront à répondre vos délégués, si vous avez donné l'exemple de la soumission ?... Prenez vos responsabilités dès aujourd'hui ou ne venez plus récriminer lorsqu'il sera trop tard.

2° *L'Assurance-Maladie.* — Vous avez dû lire, dans les journaux politiques, le projet qu'on doit présenter sur ce sujet, à la Chambre. Il englobe ouvriers, employés, petits patrons, petits commerçants, etc... eux, leurs femmes et leurs enfants, en résumé 75 %, au moins, de nos clientèles courantes. Ce sera bien autre chose que les quelques pensionnés que nous pouvons avoir à soigner, pour le moment. *Ceux-ci*, il vaudrait mieux les soigner gratuitement, au besoin, (ceux du moins qui ne peuvent payer), que d'accepter pour ceux-là *un précédent* comme le tarif Maginot. C'est là une question vitale pour le praticien, surtout celui de province ou de campagne.

En vérité, je vous le dis, je ne puis que vous faire toucher le danger du doigt. C'est à vous de réfléchir, encore sur ce point, et de prendre, dès maintenant, vos responsabilités.

***

Je crois avoir posé la question nettement. Tel était surtout mon but. Réfléchissez bien, Confrères, il ne s'agit pas de s'exclamer *Caveant consules* ! Les militants syndicalistes ont fait leur devoir. Vous êtes prévenus. A vous de faire le vôtre. L'avenir de notre profession est entre vos mains ; c'est de votre attitude présente qu'elle dépend. Comme on fait son lit on se couche.

Je vous prie d'agréer, mon cher Confrère, l'assurance de mes sentiments les meilleurs.

Le Président de la Fédération,
Dr Fernand DECOURT.

Nota. — J'apprends que dans certaines communes de Seine-et-Marne, devant le refus des médecins de signer les livrets des pensionnés de guerre, on a tenté de substituer à ceux-ci des *livrets de l'assistance médicale gratuite*, pour tourner la difficulté par ce tour de passe-passe. Les confrères intéressés n'ont qu'à refuser également de signer les livrets de l'A. M. G. et de reconnaître les pensionnés comme bénéficiaires de l'assistance. Puis, se réunissant par groupements locaux, ils enverront une lettre collective au préfet, signée de chacun, dénonçant ces faits contraires à la loi des pensions et déclarant qu'ils refusent de prêtrer la main à cette illégalité flagrante. Ils considèreront (ajouteront-ils) les pensionnés comme clients ordinaires jusqu'au jour où sera établi un tarif normal au sujet des soins donnés à ceux-ci, c'est-à-dire un tarif établi *d'accord* entre l'administration et les représentants du corps médical. F. D.

II

Syndicat médical de Paris.

Le Syndicat médical de Paris a tenu ses assises annuelles le dimanche 20 mars au petit amphithéâtre de la Faculté de Médecine.

Le secrétaire général a résumé l'importante question des honoraires des pensionnés de la guerre et a invité les membres de son Groupement à la résistance au décret du 9 mars dernier.

L'approbation générale a été sanctionnée par l'ordre du jour suivant :

Le Syndicat médical de Paris, réuni en assemblée générale, le 20 mars 1921, après avoir entendu le rapport de son secrétaire général sur la question des honoraires des soins donnés aux blessés de guerre, estimant qu'il doit se conformer à la circulaire adressée le 10 mars par l'Union des Syndicats.

Décide :

1° De ne pas admettre le principe de la taxation des honoraires médicaux et de refuser de reconnaître le décret du 9 mars dernier du ministre des Pensions fixant arbitrairement ces honoraires ;

2° Il demande à ses membres de continuer à soigner les bénéficiaires de la loi sans distinction, mais en les considérant comme des malades ordi-

naires, refusant de se soumettre aux exigences de l'Administration tant qu'un tarif n'aura pas été établi d'accord avec les délégués du Corps médical.

3° Il émet le vœu que l'Union des Syndicats se mette en rapport avec les Fédérations de mutilés et leur explique les raisons des décisions prises par le Corps médical dans l'intérêt même des blessés de guerre.

Le Syndicat médical de Paris a en outre adhéré en principe à la Fédération en formation des différents groupements de la région parisienne. Ce projet donnerait, sans aucun doute, une très grande force aux revendications faites en commun au nom de la plus grande partie du corps médical parisien.

III

Syndicat des médecins de l'arrondissement de Nîmes.

Le Syndicat des médecins de l'arrondissement de Nîmes, réuni en assemblée générale le 13 mars dernier, après avoir pris connaissance et l'avoir discuté en présence des délégués de l'Association des mutilés de la guerre, du décret fixant les tarifs des soins médicaux élaborés par le Conseil d'État et publié en date du 9 mars 1921, dans le *Journal officiel*, a voté à l'unanimité des 70 membres présents, l'ordre du jour suivant :

Le Syndicat des médecins de l'arrondissement de Nîmes considérant :

1° Que l'État s'est refusé à accepter, contrairement à la volonté du législateur, la collaboration du Corps médical à l'établissement d'une organisation des soins aux mutilés de la guerre et que partant, le décret du 9 mars 1921 ne peut donner satisfaction ni aux médecins, ni aux bénéficiaires de la loi des Pensions ;

2° Que les tarifs établis, en violation de la loi du 31 mars 1919, sont non seulement insuffisants, mais constituent par l'établissement de 5 catégories, une classification à la fois injurieuse et vexatoire pour le Corps médical ;

3° Que dans le cas de maladie sérieuse, le blessé ou le malade est tenu de se faire hospitaliser et que, de ce fait, la liberté du choix du médecin ou du chirurgien est enlevée aux intéressés ;

4° Que l'attitude de l'État, en la circonstance, paraît nettement correspondre à un plan d'attaque concerté contre l'indépendance des médecins en vue de leur fonctionnarisation.

Décide de repousser *toute taxation d'Etat* comme contraire à la loi et à l'esprit de justice le plus élémentaire ; *prend l'engagement* solennel de s'en tenir plus que jamais à la tactique adoptée par l'Union des Syndicats lors de l'assemblée générale de décembre dernier, de ne reconnaître à aucun malade ou blessé la qualité de bénéficiaire de la loi des Pensions, qu'ainsi ces derniers seront soignés jusqu'à nouvel ordre comme des malades ordinaires et payeront directement leurs médecins, *lesquels ne feront en aucun cas usage du carnet administratif* ;

Affirme qu'en agissant ainsi, il défend les intérêts des mutilés, autant que ceux des médecins eux-mêmes.

Et passe à l'ordre du jour.

CHRONIQUE DE LA MUTUALITÉ

Dialogue entre un médecin et un mutualiste au rabais.

Le Mutualiste au rabais est un notable commerçant de la localité.

Le Mutualiste. — Dîtes donc, docteur, vous allez faire payer le même prix aux mutualistes qu'aux autres clients ?

Le Docteur. — Mais oui ; à mon avis, la mutualité doit être une œuvre de prévoyance ; elle doit économiser pendant la bonne santé pour pouvoir, pendant la maladie, payer médecin et pharmacien, et donner une allocation journalière aux malades.

Le Mutualiste. — Oubliez-vous que nous sommes six cents et que c'est une force pour obtenir une réduction de prix chez un médecin ?

Le Docteur. — Vous êtes en effet nombreux ; mais le médecin ne peut faire par jour qu'un nombre limité de visites, 10, 15 ou 20 ; ses forces ne lui permettraient pas d'en faire davantage. Il ne peut se faire aider par des sous-ordres. Si donc vous lui demandez 20 ou 30 % de réduction, vous réduisez son salaire d'autant.

Que diraient vos commis, vos employés, vos garçons, si chaque fois qu'ils servent un mutualiste, le gain de la journée se trouvait réduit de 20 à 30 % ? Si, au lieu de 20 fr. par jour, votre commis épicier ne recevait que 12 fr. parce qu'il a servi des mutualistes ?

Le Mutualiste. — Alors, docteur, vous vous comparez à un garçon épicier.

Le Médecin. — Mais oui, je me compare à quelqu'un qui a un salaire fixe, qu'il ne peut augmenter, en agrandissant sa maison, en augmentant le nombre de sa clientèle.

Le Mutualiste. — Mais alors, docteur, votre bénéfice est limité ; vous ne pouvez faire fortune.

Le Médecin. — Hé non. Nous ne travaillons pas pour cela d'ailleurs, mais pour la satisfaction du devoir accompli, en même temps que pour recevoir de justes honoraires et nourrir et élever notre famille.

Le Mutualiste. — Alors, c'est la mort de la mutualité, si nous n'avons pas de réduction.

Le Médecin. — Mais pas du tout. D'ailleurs pourquoi, au lieu de demander une réduction aux médecins et aux pharmaciens, votre société

ne chercherait-elle pas à obtenir des réductions ailleurs ?

Le Mutualiste. — Ailleurs ? Mais chez qui ?

Le Docteur. — C'est bien simple : vous êtes le nombre ; vous êtes une force de 600 mutualistes : au lieu de demander une réduction de salaire à quelqu'un dont les bénéfices sont limités, demandez cette réduction à ceux qui font d'autant plus de bénéfices qu'ils ont plus de clients.

Le Mutualiste. — Qu'est-ce à dire ?

Le Médecin. — Vous dites à l'épicier, au peintre, au boucher : Nous sommes 600 ; au lieu de vendre un pot de moutarde, au lieu de vous faire peindre une porte, au lieu de vous acheter une livre de veau, la mutualité vous achète 600 pots de moutarde, elle vous fait peindre 600 portes, elle vous achète 600 livres de veau.

Le Mutualiste. — Je commence à comprendre.

Le Médecin. — Mais oui, les commerçants susdits, épiciers, peintres, bouchers, doubleront leur personnel, augmenteront même le salaire de ce personnel, et en même temps, tout en prélevant un bénéfice moindre sur la moutarde, la peinture et le veau, le patron fera une recette et un bénéfice total bien supérieurs.

Le Mutualiste. — Mais c'est la solution de la crise de la vie chère.

Le Médecin. — Je ne sais : mais vous m'avez compris, je crois. Demander une réduction aux grossistes et non aux détaillants, tel doit être le but de la mutualité. Dr A.

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations.

— Cours pratique sur les maladies de la nutrition. — MM. Marcel Labbé, professeur et Henri Labbé, agrégé, avec le concours de MM. Nepveu et Bith, chefs de laboratoire, commenceront, le *mercredi* 27 *avril* 1921, à 3 heures, au Laboratoire de Pathologie générale, un cours pratique sur les procédés d'examen (clinique et laboratoire) dans les maladies de la nutrition et les affections du tube digestif.

Programme du cours.

Les principes de la nutrition.

Les grands syndromes gastriques ; examen clinique des dyspeptiques.

Analyse du suc gastrique.

Les syndromes intestinaux. Entérites aiguës et chroniques.

Les fèces ; examens macroscopique et microscopique ; recherche du sang ; recherche des parasites.

Analyse chimique des fèces ; dosage de l'azote total et de l'ammoniaque ; dosage des graisses ; dosage de l'acidité volatile ; les coefficients d'absorption.

Les syndromes pancréatiques.

Analyse des urines ; azote total, urée, ammoniaque, acides aminés ; coefficients d'utilisation azotée.

L'indican et les sulfo-éthers.

Les chlorures et les phosphates de l'urine.

Les purines et l'acide oxalique ; dosage dans les urines et dans le sang.

Le glucose dans les urines et dans le sang. Les glycémies.

Dosage du glucose du sang par les méthodes chimiques et micro-chimiques.

Les albumines urinaires.

Les pigments biliaires dans les urines, dans les selles et dans le sang. Urobiline. Acides biliaires.

La cholestérine dans le sang et les tissus. Lithiase biliaire.

Dosages dans le sang : de l'azote total, des albumines, de l'urée, de l'azote résiduel.

Les réactions d'acidose : corps acétoniques dans l'urine, le sang, le liquide céphalo-rachidien.

L'obésité : pathogénie et thérapeutique.

L'uricémie et l'oxalémie ; goutte, lithiase urinaire, migraine.

Le diabète : pathogénie, évolution, thérapeutique.

L'acidose et le coma diabétique.

Les grands syndromes rénaux.

Les syndromes hépatiques. Diagnostic de l'insuffisance hépatique.

Interprétation clinique des analyses d'urine.

Le cours aura lieu tous les jours à 3 heures et sera terminé en un mois. Les élèves seront exercés individuellement aux différentes méthodes d'examen.

Le montant du droit à verser est de 150 francs. Seront admis les docteurs français et étrangers, ainsi que les étudiants pourvus de 16 inscriptions, immatriculés à la Faculté, sur présentation de la quittance du versement dû.

Les bulletins de versement relatifs au cours seront délivrés dès à présent jusqu'au 27 avril au Secrétariat de la Faculté (guichet 3) les jeudis et samedis, de midi à 3 heures.

— **Deuxième concours du bidon de 5 litres, organisé par l'Auto-Medica avec le concours du Vélo-Sport Fertois.** — 17 avril 1921, à 7 heures 30 du matin à la Ferté-Bernard.

Délais d'engagements. — Les engagements seront reçus accompagnés du droit de 50 francs, par M. Lavie, négociant, rue Denfert-Rochereau, à La Ferté-Bernard, trésorier de la Section Automobile du « Vélo-Sport Fertois », jusqu'au 14 avril. A droits doubles jusqu'au 16 avril, à 14 heures.

Le Directeur-Gérant : Dr GASSOT.

Clermont (Oise). — Imprimerie DAIX et THIRON.
THIRON et FRANJOU Successeurs.
Maison spéciale pour publications périodiques médical

AVIS

Changements d'adresses

Nous rappelons à nos lecteurs que toute demande de changement d'adresse doit être accompagnée de 0 fr. 60 pour frais de réimpression de bande.

II

Stations thermales
Stations d'altitude.

Nos lecteurs qui désirent voir leur nom figurer dans les listes que nous publierons prochainement sont priés de nous en informer.

III

Envois de fonds.

Pour l'envoi des abonnements et des cotisations aux filiales, nous rappelons que le moyen le plus pratique et le plus économique est le versement au compte de chèques postaux dont voici le nº :

Concours Médical, Paris, 167-95.

Sou Médical, Paris, 182-31.

Mutualité Familiale, Paris, 182-32.

B) Y a-t-il eu « régularisation, épluchage et suture » ? C'est là une opération spéciale qui sera précisément définie, dans les « Avis officiels » comme nécessitant habituellement une anesthésie générale ou régionale, comportant nettoyage, excision des parties condamnées, hémostase, etc... et se terminant par une suture primitive, en vue d'une réunion par première intention. Est-ce bien tout cela que nous avez fait sur la deuxième phalange de ce doigt ? Revoyez bien ce point avant l'envoi au juge.

C) En tout cas, supprimez les huit francs de visite du 24 (qui font cumul avec l'épluchage) et ceux du 25 (idem avec injection antitétanique) ce qui serait contraire à l'article 13 du Tarif.

Et ces questions réglées, n'hésitez plus à poursuivre pour la visite et les 9 consultations qu'on veut vous faire « sauter » dans l'addition.

Dr F. DECOURT.

II

J'ai eu à soigner un blessé d'un accident du travail, pour une plaie au pouce de la main droite et pour deux plaies à l'index de la main gauche.

Comment dois-je tarifer les pansements que je lui ai faits ?

Dr A...

Réponse

Puisque les pansements ont intéressé les deux mains, il n'y a pas lieu à application de la tarification spéciale de l'article 17 pour pansements multiples sur un même segment de membre.

Vous pouvez donc compter pour chaque visite ou consultation, au cours desquelles vous aurez fait des pansements à chacune des deux mains, deux pansements, c'est-à-dire deux fois le prix de la visite ou consultation.

J. D.

Frais de justice criminelle.

Je me permets de recourir à votre complaisance pour vouloir bien me faire connaître comment je dois rédiger ma note d'honoraires, pour une autopsie avant inhumation, pratiquée à 15 km. (aller) de ma résidence. J'ai dû me rendre en auto dans ce lieu pour y pratiquer en temps utile l'autopsie demandée. Il s'agit d'une affaire médico-légale (mort ayant suivi des coups).

J'ai fait l'autopsie, fourni un rapport détaillé, fait un déplacement de 30 km., perdu une demi-journée, fourni du coton, des désinfectants, etc.

Ne connaissant pas le nouveau tarif médico-légal, je vous remercie d'avance de vos renseignements.

Dr C.

Réponse.

Vous avez droit, d'après le nouveau tarif des frais de justice criminelle (décret du 5 octobre 1920), aux honoraires ci-après :

Autopsie avant inhumation	60 fr.
Indemnité de voyage (0,60 p. km. parcouru en auto) 30 km.	18 fr.

Plus le remboursement, sur la production de pièces justificatives, des fournitures que vous avez dû faire.

L'honoraire de l'opération comprend les frais de rédaction et, s'il y a lieu, de dépôt du rapport.

Il n'est dû d'indemnité de séjour que dans le cas où l'expert se transporte à plus de 25 km. de la commune de sa résidence, s'il est retenu dans le cours de son voyage par force majeure, ou obligé de prolonger son séjour pour accomplir sa mission.

Responsabilité du patron pour soins à ses ouvriers.

Je vous serais très reconnaissant de me donner le renseignement suivant : Un entrepreneur m'a prié par lettre, à deux reprises, d'aller visiter plusieurs de ses ouvriers malades : il s'agissait en l'espèce de fièvres paludéennes. J'ai cru devoir ensuite lui envoyer la note de mes honoraires, ses ouvriers, des Italiens, étant là de passage. Puis-je obtenir le paiement ? Je crois avoir lu souvent dans le *Concours* que la personne, en le cas actuel le patron, qui demande à un médecin de visiter une autre personne est responsable du paiement.

Dr B.

Réponse.

Puisque vous avez les lettres de l'entrepreneur vous priant d'aller visiter ses ouvriers malades vous pouvez sans hésiter lui réclamer le paiement de vos honoraires.

Il est de règle, en effet, que « qui commande paie », alors surtout qu'il s'agit d'un patron ayant intérêt à faire constater la cause de la maladie de ses ouvriers. Vous avez donc eu raison d'envoyer votre note au patron et, s'il ne veut pas vous payer, vous pouvez le citer devant le juge de paix de son domicile.

Si vous deviez employer la voie judiciaire, nous sommes à votre disposition, puisque vous êtes membre du « Sou », pour vous envoyer un projet de citation en justice.



Les stomatites.

Une rectification.

Permettez-moi de vous signaler une erreur qui s'est glissée dans votre numéro du 27-III-21, page 900.

Je lis :

« Dr Charles Filleul. — Contribution à l'étude des stomatites.

L'auteur recommande, comme traitement, le traitement de Gaillard, selon la formule suivante :

Bicarbonate de potasse	q. s. pour saturer à l'excès.
HCl...................	2 gr.
H^2O...................	100 gr.

Cette formule est erronée ; celle que m'a donnée le Dr Gaillard, ancien dentiste des hôpitaux de Paris (St-Antoine), est :

Bichromate de potasse...	q. s. pour saturation à l'excès.
HCl...................	2 gr.
H^2O...................	100 gr.

Ce traitement plus ancien que le bleu de méthylène, puisque le Dr Gaillard l'emploie et le recommande depuis plus de 40 ans, m'a toujours donné des résultats extrêmement remarquables : 3 applications, en général, *suffisent*.

C'est pour que mes confrères, qui voudraient expérimenter ce traitement, ne commettent pas l'erreur de transcription du *Concours* que je me suis permis cette rectification (1).

Dr L. Brot
Ancy-le-Franc.

NOTES DE MÉDECINE PRATIQUE

Traitement de la bronchite chronique.

Éviter les exercices violents, les milieux à poussières ou à fumées de tabac, le froid humide (spécialement aux pieds).

Alimentation simple.

Éviter la constipation.

Gargarisme, le soir, avec de l'eau renfermant 1 gramme pour 100 de liqueur de Labarraque.

Se servir de la peau comme surface d'absorption des balsamiques en frictionnant chaque jour la poitrine et le dos avec un mélange de :

Baume de Fioravanti.......	125 gr.
Essence d'eucalyptus.......	15 gr.

Intus : donner par gouttes la solution :

Iodure d'arsenic...........	0 gr. 30
Eau distillée..............	40 gr.

Dissoudre à froid.

(1) Le Dr Houard, de Calais, nous a fait de son côté la même rectification. Merci aux deux confrères.

Prendre, d'abord, à chacun des principaux repas, dans un peu de lait, cinq gouttes deux fois par jour ; puis, augmenter d'une goutte matin et soir jusqu'à quarante gouttes ; rester à la dose maxima pendant un mois ; puis, diminuer progressivement jusqu'à cinq gouttes.

Se reposer dix jours.

Pendant ces dix jours, prendre, avant chaque repas, avec une infusion de tussilage :

a) Quinze gouttes de :

Teinture d'euphorbia pilulifera .... 20 gr.

b) Une pilule de :

Hélénine .... 0 gr. 10

F. s. a. nº 30 semblables.

Calmer les accès dyspnéiques par des inhalations d'ampoules de pyridine.

En cas de poussée aiguë : alitement, avec fenêtre demi-ouverte ; cataplasmes et ventouses sèches ; enveloppements sinapisés ; injection, matin et soir, d'une ampoule de bromure de codéine et ipéca injectable ; balayage des bronches avec quatre pilules quotidiennes de :

Extrait mou de marrube blanc .... 0 gr. 10

Poudre de réglisse q. s. pour pilule nº 30.

Dr A. SATRE.

DOCUMENTS OFFICIELS

A L'OFFICIEL

Distinctions des pays alliés et médaille de la Victoire.

7868. — M. L'AMIRAL GUÉPRATTE, député, demande à M. LE MINISTRE DE LA GUERRE si les médecins militaires qui ont reçu, pendant la guerre, des distinctions des pays alliés, pour avoir donné leurs soins à leurs soldats blessés et malades, n'ont pas droit à la médaille interalliée. (*Question du* 4 *mars* 1921.)

Réponse. — Les distinctions accordées par les pays alliés aux médecins militaires qui ont donné leurs soins aux blessés de ces nations, sont indépendantes des décorations françaises, et ne sauraient, en conséquence, avoir aucun lien commun avec « la médaille interalliée, dite de la Victoire », dont les conditions d'attribution ont été fixées par le décret du 27 octobre 1919 et l'instruction du 2 novembre de la même année.

(*J. O.* 23 *mars* 1921.)

Liste officielle des stations sanitaires affectées aux tuberculeux pulmonaires de guerre.

7877. — M. POUZIN, député, demande à M..

le ministre de l'hygiène de faire connaître la liste des établissements publics ou privés qui peuvent recevoir des malades atteints de tuberculose et les conditions générales d'admission en ce qui concerne les établissements publics. (*Question du* 4 *mars* 1921.)

Réponse. — Les établissements publics, dits stations sanitaires, actuellement affectés aux tuberculeux pulmonaires réformés de guerre ou en instance de réforme et, dans la limite des lits disponibles, aux tuberculeux civils, sont ci-après indiqués : Bayère (Rhône), Clavières (Mayenne), Fenaille (Avéyron), La Guiche (Saône-et-Loire), La Tronche (Isère), Monbran (Lot-et-Garonne), Montfaucon (Lot), Saint Jodard (Loire), Touvent (Indre), Villeneuve-d'Amont (Doubs), Oissel (Seine-Inférieure), Maison de cure de Moncan (Morbihan). Les établissements publics ou privés agréés par le ministère de l'hygiène et affectés aux tuberculeux pulmonaires osseux ou ganglionnaires, sont les suivants : Plougonven (Finistère), sanatorium départemental, hommes ; les Ombrages (Seine-et-Oise), femmes ; Bligny (Seine-et-Oise), hommes ou femmes ; la Baronnie (Seine-et-Oise), femmes ; la Tournelle (Seine-et-Oise), enfants ; Zuycoote (Nord), hommes, femmes, enfants ; Kerpape (Morbihan), hommes, femmes, enfants ; Banyuls (Pyrénées-Orientales) et Saint-Trojan (Ile d'Oléron), enfants ; Philippe-Ammann, à Berck (Pas-de-Calais) ; Sainte-Feyre (Creuse), réservé aux instituteurs et institutrices ; Pignelin (Nièvre), sanatorium départemental, femmes et enfants ; Villepinte (Seine-et-Oise), femmes et enfants. Pour être admis dans un établissement public, le présumé tuberculeux doit être examiné dans un dispensaire d'hygiène sociale ; s'il y est déclaré malade et curable, le dispensaire, l'office départemental d'hygiène ou le préfet demande au ministère de l'hygiène son placement. Le placement est effectué par les soins du ministère de l'hygiène.

(*J. O.*, 25 mars 1921.)

Les sanatoriums et la taxe sur le chiffre d'affaires.

7271. — M. de Monicault, député, demande à M. le ministre des finances : 1° si un sanatorium antituberculeux payant est classé, au point de vue de la taxe sur le chiffre d'affaires, comme une clinique chirurgicale, ajoutant que l'assimilation paraît évidente ; 2° dans le cas de la négative, si cet établissement ne devrait pas être classé toujours dans la catégorie la moins imposée et non pas assimilé à un hôtel payant comme tel. (*Question du* 8 *février* 1921.)

Réponse. — L'exercice de la médecine constitue une profession libérale dont les bénéfices sont taxés à la cédule des bénéfices des professions non commerciales et qui échappe, en conséquence, à l'impôt sur le chiffre d'affaires. Les affaires réalisées dans un sanatorium ne sont donc pas soumises à cet impôt, dès lors que l'établissement appartient à un ou plusieurs médecins qui donnent personnellement leurs soins aux malades y séjournant et que le but principal de l'établissement consiste dans ces soins. Mais il en serait autrement si le sanatorium appartenait à une personne non pourvue du diplôme de médecin ou à une société par actions et avait ainsi le caractère d'une exploitation commerciale. Dans ce dernier cas, c'est aux commissions départementales et, sur appel, à la commission supérieure, instituée par l'article 64 de la loi du 25 juin 1920, qu'il appartient de se prononcer sur le point de savoir si un établissement doit être ou non classé, soit en première, soit en seconde catégorie.

(*J. O.*, 25 mars 1921.)

ANTHOLOGIE MÉDICALE

Sonnets Hippocratiques.

IV. Paracelse.

Astrologue, chimiste et savant médecin,
Bombast de Hohenheim (Philippe, Théophraste),
Connut gloire et mépris, dont l'excessif contraste
Ébranla sa raison et provoqua sa fin.

Hardi réformateur, à l'audace sans freins,
En public, il brûla, d'un geste enthousiaste,
L'œuvre de Galien qu'il déclarait néfaste.
Ensuite, il fit savoir, à ses contemporains,

Que nous sommes issus d'une étrange mixture
De soufre, d'arsenic, de sel et de mercure ;
Que Dieu, dans sa bonté, Thérapeute idéal,

Pour chacun de nos maux a créé son remède ;
Qu'enfin, notre existence est un simple intermède
Dans l'éternel concert de l'Univers astral.

Dr Emile JUNÈS, de Sfax (Tunisie.)

Le VIN GIRARD

IODOTANNIQUE PHOSPHATÉ

SUCCÉDANÉ DE L'HUILE DE FOIE DE MORUE

est le véritable

SPÉCIFIQUE DU LYMPHATISME

cnez les Enfants et les Adultes

Le **VIN GIRARD,** de l'aveu des milliers de praticiens qui le prescrivent journellement, est un des modes d'administration de l'iode les plus parfaits. L'iode, en combinaison avec le tanin, est facilement assimilable, très actif, et n'occasionne jamais ni irritation des voies digestives, ni accidents d'iodisme. D'un dosage rigoureux, d'une conservation parfaite, le **VIN GIRARD** est, de plus, d'un goût fort agréable et toujours pris avec plaisir.

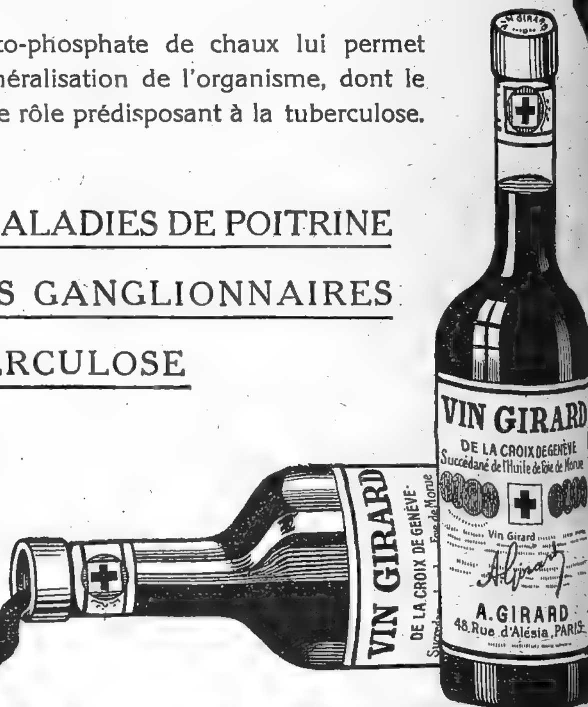
Sa haute teneur en lacto-phosphate de chaux lui permet de lutter contre cette déminéralisation de l'organisme, dont le professeur ROBIN a montré le rôle prédisposant à la tuberculose.

LYMPHATISME, MALADIES DE POITRINE

ENGORGEMENTS GANGLIONNAIRES

TUBERCULOSE

UN VERRE A MADÈRE
AVANT LE REPAS



VIN GIRARD
48, Rue d'Alésia, PARIS

QUARANTE-TROISIÈME ANNÉE N° 16 DIMANCHE 17 AVRIL 1921

Fondé en 1879 par Auguste CÉZILLY
Rédigé et dirigé par H. JEANNE (1900-1914),

LE CONCOURS MÉDICAL

ORGANE HEBDOMADAIRE DES PRATICIENS
Groupés dans la Société « Le CONCOURS MÉDICAL » et ses Filiales

ADMINISTRATION & PUBLICITÉ
G. BOULANGER, ADMINISTRATEUR

ABONNEMENTS :

France	24 fr.
Étranger	28 »
Étudiants (France)	12 »
Le numéro	50 cent.

Chèques Postaux Paris 167-95

DIRECTION

MM. les Drs A. GASSOT, Directeur, A. MAURAT ; H. CEZILLY ; J. NOIR, P. BOUDIN docteur en droit ; M. VIMONT, G. DUCHESNE.

MM. P. CEZILLY, J. DUMESNY, licenciés en droit ; C. BOULANGER.

RÉDACTION
Dr J. NOIR, RÉDACTEUR EN CHEF
Drs P. LACROIX et G. DUCHESNE SECRÉTAIRES DE LA RÉDACTION

N. B. — Les manuscrits, publiés ou non, ne sont pas rendus.

Rédaction et Administration : 132, rue du Faubourg St-Denis, PARIS (10e). Téléphone : Nord 48-17

Quarante-troisième année. | N° 16 | 17 Avril 1921.

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

Office de Renseignements du « Concours »

DON. — Nous avons reçu à titre de don à la Société civile du *Concours médical*, de M. le Dr BENECH, de Paris, la somme de huit francs, pour bons offices du journal.

AVIS

I

Stations thermales -:- Stations d'altitude.

Nos lecteurs qui désirent voir leur nom figurer dans les listes que nous publierons prochainement sont priés de nous en informer.

II

Envois de fonds.

Pour l'envoi des abonnements et des cotisations aux filiales, nous rappelons que le moyen le plus pratique et le plus économique est le versement au compte de chèques postaux dont voici les nos :

Concours Médical, Paris, 167-95.
Sou Médical, Paris, 182-31.
Mutualité Familiale, Paris, 182-32.
Caisse des pensions de retraites du Corps médical français. Paris, 271-46.

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum, aux* « demandes et offres ».

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne, qui est versé dans la caisse de la Société civile du Concours Médical). *Adresser un mandat ou mieux verser au compte de chèques postaux*, CONCOURS MÉDICAL, *Paris 167-95.*

Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse.**

No 163. — A vendre jolie victoria, quatre places vis-à-vis, siège cocher devant relevé, état neuf, 1.000 fr. et au plus offrant. Conviendrait à la promenade d'un malade. Dr H. Daum, St-Claude (Jura).

No 164. — Jeune docteur, L.-d'H. demande à aider confrère, clientèle importante, pour succession éventuelle. S.-O. préférence.

No 165. — Voiture Delage 1913, 2 pl. et strap., 10 HP., pas roulé pendant la guerre, très bon état de marche. A partir de 12.000 fr. Dr Bourhis, Le Faou.

No 166. — A vendre pour cause double emploi, 10 HP. Citroën 1920, torpedo 4 places, parfait état 10.000 frs. Dr Melon, Blaye (Gironde).

No 167. — On demande à acheter d'occasion lit d'enfant complet laqué fer et cuivre, dim. 1 m. 50 ou 1 m. 60.

No 168. — A vendre, salon bois noir sculpté, velours groseille, canapé, 2 fauteuils, 4 chaises, en bon état, 1.500 fr. Dr Aweng, à Jœuf (M.-et-Melle).

No 169. — Electro radiologiste expérimenté fonderait ou reprendrait poste dans station. Saison d'été. Assisterait spécialiste.

No 170. — On désire acheter pneu, même usagé 700 × 75, voiturette, spécial. Adresse, Dr Roux, La Coquille (Dordogne).

No 171. — Jeune médecin, cherche place rétribuée assistant dans clinique chirurgie générale, Bordeaux.

No 172. — A céder poste 19.000 fr. touchés, région Est. Fixes importants, bicyclette suffit Légère indemnité. Urgent.

CORRESPONDANCE

Usurpation du titre de docteur en médecine.

Un M. X., dentiste et ayant depuis fort longtemps déposé à la Préfecture le diplôme se rapportant à cette profession, s'est avisé, un beau jour, de mettre sur sa porte une plaque portant la mention : « X., dentiste, docteur en médecine ».

En ma qualité de Président du Syndicat, j'ai fait d'abord une première démarche très courtoise auprès de ce dentiste, pour le prier de vouloir bien justifier ses droits au titre de docteur en médecine qu'il venait d'arborer, par la production d'un diplôme approprié.

Cette démarche étant restée sans résultat, les deux syndicats des médecins et des dentistes de la ville adressèrent conjointement au Procureur de la République une requête dans laquelle, après avoir relaté notre première démarche, nous demandions à ce haut magistrat de vouloir bien intervenir à son tour pour obtenir la production du diplôme incriminé.

Or, M. le Procureur de la République, après quelques délais, nous fit savoir qu'il ne continuerait son enquête que si les deux syndicats consentaient à se porter partie civile. Devant cette prétention, le syndicat des dentistes se déroba, et le syndicat des médecins, moins intéressé en somme que ses coréclamants, abandonna cette instance à son tour.

Pourriez-vous me dire, mon cher confrère, si l'attitude du Procureur de la République a été bien régulière en la circonstance et si la Justice a besoin, pour suivre son cours, sur un terrain d'intérêt aussi général, des subsides des particuliers.

X.

Réponse.

La loi du 30 novembre 1892 ne punit l'usurpation du titre de docteur que dans deux cas : 1° si l'usurpateur exerce illégalement la médecine, n'ayant aucun titre ; 2° s'il est di-

plômé docteur d'une université étrangère, sans indiquer l'origine étrangère de son titre.

Mais, si l'usurpateur possède un diplôme lui donnant légalement le droit d'exercer la médecine ou l'art dentaire en France, il n'est passible d'aucune peine correctionnelle, s'il fait suivre son titre de dentiste ou d'officier de santé, de celui de docteur en médecine (Cassation, crim. 3 février 1898. Pand. 1899, 1, 233,. Dalloz, 1900, 1, 561. Sirey, 1900, 1, 202). Cour de Paris, 15 avril 1896 (*Le Droit*, 22 mai 1896, Dalloz, 1897, 421, Sirey, 1896, 2, 193, Pand. 1897, 2, 83).

Par conséquent, le procureur de la République a eu raison de ne pas poursuivre le dentiste en question, s'il a un diplôme de dentiste français, ou s'il ne possède pas un diplôme de docteur, délivré par une université étrangère.

Mais, au civil, il en est autrement.

Un client, mal soigné, peut poursuivre le dentiste en disant qu'il a été attiré par la mention de « docteur en médecine ». Cela pourrait constituer le délit d'escroquerie, ou tout au moins rendrait susceptible de voir accueillir une demande en dommages-intérêts.

Le syndicat médical, ou celui des chirurgiens-dentistes peut poursuivre, au civil, pour concurrence déloyale et détournement de clientèle par l'emploi abusif de titres mensongers.

C'est au tribunal civil et non au correctionnel, qu'il faudrait actionner le dentiste, en lui réclamant des dommages-intérêts. Le syndicat des médecins se joindrait à celui des dentistes, le premier groupe comme voulant faire respecter le prestige et le renom du titre de docteur.

Également, pourrait introduire l'instance un médecin, ou un chirurgien dentiste, qui se trouverait lésé par les agissements du dentiste en question, et les syndicats interviendraient au procès, comme défendant les intérêts généraux des deux professions.

Si le confrère est membre du « Sou médical » les avocats conseils de notre Ligue seront tout disposés à étudier la question et à donner leur opinion, sur la ligne de conduite à tenir.

Dr P. Boudin.

Honoraires de médecine légale.

Abonné du *Concours médical* et du « Sou médical » je viens vous demander conseil :

Médecin légiste pour la première fois, que dois-je demander pour le rapport, 2 heures passées avec le parquet et voyage en auto à 12 km. de mon domicile.

Dr T.

Réponse

S'il s'agit d'une simple visite judiciaire, et non d'une autopsie, il vous est dû, pour la visite et le rapport, 15 francs, plus les frais de dépla-

cement, à raison de 0,60 par kilomètre parcouru, tant à aller qu'au retour, si le voyage ne pouvait s'effectuer par chemin de fer ou par un service de transports en commun.

Application du Tarif Breton.

Je vous prie de me donner les renseignements suivants.

Il m'a été donné de soigner une accidentée du travail, qui s'est brûlé les 2 mains :

1° A gauche : *brûlures de 4 doigts* (les derniers) ;

2° A droite : *brûlures du poignet, de l'avant-bras et du doigt auriculaire.*

Comment établir ma note, d'après le tarif Dubief-Breton ?

Localité de 2.000 habitants. Soins donnés au cabinet. Brûlures assez étendues, gravité moyenne.

Dr C.

Réponse.

Le pansement de brûlures des 4 doigts gauches peut être classé dans la catégorie moyenne brûlures (main, pied ou surface comparable) de l'article 28 du tarif Breton, dont l'honoraire est, en 2e catégorie, de 11,25.

Le pansement de la brûlure du poignet, de l'avant-bras et de l'auriculaire droits peut être classé comme celui de grande brûlure d'un membre ou surface comparable, tarifé par le même article, même catégorie, 37,50.

Comme le cumul des interventions est autorisé par le tarif Breton, vous pouvez compter, pour chaque consultation au cours de laquelle vous avez fait les deux pansements, les deux honoraires cumulés, soit 48,75.

Vous ne pouvez compter en sus le prix de la consultation elle-même.

J. D.

Fixation du prix de la visite sous l'ancien Tarif Dubief.

Pourriez-vous me dire où trouver l'arrêté ministériel qui fixe à 2 fr. 50 la visite et 2 fr. la consultation dans les localités où il a été reconnu après enquête qu'antérieurement à 1901 le prix des visites pour les ouvriers était supérieur ou égal à 2 fr. 50 ?

J'exerce à Angoulême depuis 1909. J'ai toujours établi mes notes d'honoraires suivant ce tarif, mes confrères m'ayant dit que notre ville avait été comprise dans cette catégorie. Je n'ai jamais eu de difficultés à ce sujet avec aucune compagnie y compris la P... qui s'avise aujourd'hui de le contester et prétend ne payer que 2 fr. la visite et 1 fr. 50 la consultation pour des accidents antérieurs au tarif actuel.

Dr X.

Réponse.

L'arrêté ministériel du 26 juillet 1906, pris en conformité du tarif Dubief et fixant notamment la liste des localités dans lesquelles le prix de la visite a été transitoirement élevé à 2,50 (transitoire qui a duré autant que le tarif Dubief lui-même), a été généralement publié à la suite du tarif lui-même. Par exemple, toutes les éditions que le « Concours médical » a faites du tarif Dubief, tant séparément que dans les Agendas-Mementos jusqu'à celui de 1920 inclusivement, comportaient l'arrêté modificatif du 26 juillet 1906.

Il est bien exact que cet arrêté comprend Angoulême au nombre des localités où le prix de la visite est transitoirement élevé à 2,50.

Par conséquent, la Compagnie est mal fondée à vous contester, pour l'application du tarif Dubief, la fixation du prix de la visite à 2,50 et de celui de la consultation à 2 fr.

Nous ne pouvons donc que vous engager à ne pas céder sur ce point et à citer au besoin le patron (et non la Cie, avec laquelle vous n'avez pas de lien de droit) devant le juge de paix du lieu de l'accident.

* * *

Voulez-vous avoir l'obligeance de me renseigner sur le cas suivant ! J'ai soigné un employé de commerce. Corps étranger intra-oculaire ; énucléation ; soins antérieurs et postérieurs à l'opération, fourniture et pose d'un œil artificiel.

La maison n'est pas assurée et s'assure elle-même. Sur sa demande, j'ai fourni ma note globale : 700 fr. Et elle me réclame aujourd'hui une note détaillée, avec date des soins donnés, établie d'après le tarif Breton. A ce dernier tarif le total serait d'environ 400 fr.

Je vous demande de me dire si je suis obligé d'appliquer à la maison le tarif Breton, comme aux assurances, ou si, au contraire, je reste libre d'appliquer le tarif moyen local.

Bien entendu vous m'obligerez en me faisant part de vos observations, si le cas vous en suggère.

Je viens de relire le paragraphe 2 de l'art. 4 de la loi du 9 avril 1898, modifié par la loi du 31 mars 1905. Il dit que si la victime peut faire choix de son médecin, le chef d'entreprise ne peut être tenu des frais médicaux.. etc., que jusqu'à concurrence... suit le tarif. D'après cela, je serais obligé d'appliquer le tarif Breton. Qu'en dites-vous ?

Dr B.

Réponse.

La loi sur les accidents du travail, en effet, tout au moins lorsqu'il s'agit des frais médicaux, ne connaît pas la Compagnie d'assurances, mais seulement le patron de l'ouvrier blessé.

(Voir la suite page XXXV-1141)

USINES CHIMIQUES DU PECQ

LABORATOIRES D'OPOTHERAPIE

MÉDICAMENTS OPOTHÉRAPIQUES en CACHETS, PILULES, COMPRIMÉS

Littérature et Echantillons sur demande adressée aux

USINES CHIMIQUES du PECQ, 39, rue Cambon, PARIS

OBESITÉ, MYXŒDEME, GOITRE, FIBROMES, MÉTRORRHAGIES, HYPERTROPHIE de la PROSTATE

Capsules de Corps thyroïde Vigier

à 0 gr. 10 centigr. par capsule. — Dose ordinaire : 2 à 6 capsules par jour.

Ces capsules ne se prennent que sur l'ordonnance du médecin.

PHARMACIE VIGIER, 12, BOULEVARD BONNE-NOUVELLE, PARIS



GLYCÉROPHOSPHATE GRANULÉ ROBIN

GLYCÉROPHOSPHATE de CHAUX et de SOUDE

Le Seul Phosphate assimilable ne fatiguant pas l'Estomac.

ADMIS DANS les HOPITAUX de PARIS

Infaillible contre :

RACHITISME, FAIBLESSE DES OS
CROISSANCE CHEZ LES ENFANTS
ALLAITEMENT, GROSSESSE, NEURASTHÉNIE
SURMENAGE INTELLECTUEL, etc.

Très agréable à prendre dans un peu d'eau ou de lait.
Pour les diabétiques, se prépare sous forme de comprimés.

VENTE EN GROS : *13, Rue de Poissy, PARIS.* — DÉTAIL : *Principales Pharmacies.*

RHUME ET ASTHME DES FOINS

(MÉTHODE DES Drs BILLARD ET MALTET)

RHUME des FOINS Médication curative : **SÉRUM COLLYRE**

SÉRUM D'ANES IMMUNISÉS A POLYVALENCE ANTIPOLLINIQUE, en instillations nasales et oculaires

ASTHME des FOINS Médication préventive : **VACCIN ANTIPOLLINIQUE**

ANTIGÈNE POLLINIQUE POLYVALENT, en injections hypodermiques

LITTÉRATURE ET ÉCHANTILLONS **ÉTABLISSEMENTS BYLA** : SIÈGE SOCIAL ET ADMINISTRATION *26, Avenue de l'Observatoire, Paris.*

USINES et LABORATOIRES DE RECHERCHES à GENTILLY (Seine).

PROPOS DU JOUR

Un entretien avec le Dr Jacques Bonhomme. La propagande et l'A. D. R. M.

Mon ami, le Dr Jacques Bonhomme ne décolérait pas. Je le rencontrais l'autre jour, traversant le Jardin des Plantes. Il lisait fièvreusement une feuille et donnait les signes manifestes d'une vive agitation.

Comme je l'abordais en souriant :

« Je suis furieux, me dit-il. Nous sommes, nous Français, un peuple de sots.

« Nous savons nous battre et faire la guerre. Nous savons claironner notre gloire, faire la roue comme des paons, organiser des cérémonies et y multiplier les discours, crier par dessus les toits que nous sommes la première nation du monde, mais nous sommes incapables d'un effort d'organisation utile, et de nous faire prendre au sérieux. Tandis que nous gaspillons nos ressources en manifestations inutiles, que nous entretenons à grands frais une armée de fonctionnaires parasites, le Boche, qui n'a jamais perdu courage après sa défaite, se ressaisit et agit.

« Comme pendant la guerre, comme avant la guerre, ses agents sont partout et font une propagande habile et active dans tous les milieux, chez les neutres, chez nos alliés, dans la Rhénanie que nous occupons, dans la Sarre que nous administrons, chez nous-mêmes, en Alsace et en Lorraine, et nous assistons paisiblement à tout cela.

« Sommes-nous incapables de réagir et de combattre ces impudentes campagnes ? Tiens, lis cet article, et juge où nous en sommes. »

Et le Dr Jacques Bonhomme me tendit le journal qui provoquait son accès d'indignation. C'était le numéro du 24 mars 1921 du *Messin* où, sous la signature de *Vidi*, était publié un article sur *la Propagande française*.

Dans cet article, l'auteur, à propos du plébiscite de Hte-Silésie, montrait quelle était la supériorité de la propagande allemande et les résultats qu'elle avait obtenus et qu'elle obtenait encore. Il établissait un parallèle entre cette puissante organisation et l'indigence des moyens mis en œuvre par la France.

Il montrait notre service de propagande pourvu trop souvent pendant la guerre de fils de famille incapables, retirés en de vrais nids d'embusqués, puis, constatait qu'il était réduit à rien depuis la paix, alors qu'il eût été au contraire absolument nécessaire de le développer pour recueillir les fruits de la victoire.

Citant l'exemple de la Sarre, il montrait combien de terrain nous y avons perdu depuis 1919. Il soulignait l'activité des émissaires allemands de toutes sortes qui font la navette entre Berlin et Sarrebrück. Il citait les journaux de la Sarre largement subventionnés qui font habilement et sournoisement une campagne antifrançaise féconde et pénètrent par milliers d'exemplaires en Alsace et Lorraine.

Notre budget de propagande en Rhénanie, affirmait le rédacteur du *Messin*, est si ridicule qu'on n'oserait en donner le chiffre. En Alsace et en Lorraine, les frais de la propagande s'élèvent à 670.500 francs, tandis que les seuls frais d'automobiles du haut commissariat atteignent 135.000 francs. Et si encore ces 670.500 francs étaient habilement employés, mais ils sont distribués sans discernement à des revues dont beaucoup n'ont pas 50 lecteurs ; ils servent à payer des conférenciers qui viennent traiter devant des banquettes vides des sujets insignifiants ; ils font les frais de tournées théâtrales classiques, intéressantes sans doute, mais sans portée politique. Pendant ce temps, les Allemands ont fondé à Berlin le *Hilfsbund für Elsass-Lothringer im Reich*, qui a des succursales dans toutes les villes allemandes, groupe les fonctionnaires, les industriels, les commerçants allemands expulsés de nos départements libérés, et, disposant de ressources en argent formidables, critique dans des feuilles remarquablement rédigées l'administration française qui n'est point, hélas ! sans défaut, propage les idées d'autonomie, de séparatisme, encourage la lutte contre l'enseignement du français et contre les fonctionnaires venus de France, qui aussi, le piston aidant, ne sont pas toujours de premier choix.

La lecture de cet article me remémorait tristement les nombreuses lettres de confrères que j'avais reçues d'Alsace et de Lorraine, où l'on me dénonçait la funeste action des médecins boches et proboches, lettres dont je n'avais pas voulu faire état, tant j'avais craint d'aborder, sans un rigoureux contrôle, un aussi délicat sujet.

« Hélas ! répondis-je à mon ami Jacques Bonhomme qui me regardait d'un œil interrogateur, j'étais hier à une réunion de l'A. D. R. M., et j'ai été une fois de plus édifié sur l'activité de notre propagande à l'étranger. »

« — L'A. D. R. M. ? questionna Jacques Bonhomme, qu'est-ce que ce que c'est que cela ? »,

« — Ah ! répliquai-je, tu n'es pas au courant. Il est vrai que jusqu'alors, pour une Association de propagande, l'A. D. R. M. a fait bien peu de bruit dans la presse, même médicale. »

« — Et c'est bien là la grande discrétion, qualité maîtresse de toute propagande française ! ironisa Bonhomme, que je feignis de ne pas entendre. »

« — L'A. D. R. M., continuai-je, est une récente association pour le développement des relations médicales entre la France et les pays alliés et amis. Tout médecin qui a quelque souci de l'avenir et de la grandeur de notre pays, devrait adhérer et envoyer ses 20 francs de cotisation à l'A. D. R. M., dont le siège est à la Faculté de médecine de Paris.

« Eh bien ! hier, au comité de l'A. D. R. M., j'ai eu l'avantage et la tristesse d'entendre un médecin d'Amsterdam, grand ami de la France, le Dr Van de Hoven-Léonhardt, exposer les efforts que font les médecins allemands en Hollande, et, en regard, l'absence totale d'action française.

« Les sociétés germano-néerlandaises sont fort riches. Elles subventionnent largement des conférenciers et, parmi eux, les médecins, dans les villes universitaires : Amsterdam, Utrecht, Leyde, Groningue.

« Les éditeurs allemands d'ouvrages médicaux établissent des dépôts de livres dans ces villes. Ils font plus, ils prêtent ces livres aux médecins néerlandais, les leur envoient sur demande en communication.

« Pendant ce temps, la société franco-néerlandaise est dans un tel état de pénurie qu'on a parlé de la dissoudre.

« Certains médecins néerlandais se sont adressés aux éditeurs français. On leur a répondu qu'il n'était pas dans les usages français de faire des dépôts de livres, ni de les envoyer en communication. »

« — Et en m'abordant, interrompit Jacques Bonhomme, tu avais l'air de sourire de mon indignation. »

« — Hélas ! ce n'est pas tout, continuai-je, notre distingué collègue, le Dr Dartigues, qui suit avec passion tout ce qui intéresse la France en Espagne et en Amérique latine, qui, depuis bien des années, s'acharne avec des moyens trop limités à faire connaître et aimer la France dans des milieux médicaux de ces pays, le Dr Dartigues nous a lu dans un journal espagnol l'annonce d'une excursion des médecins de Lérida en Allemagne, « la grande patrie du *Progrès scientifique* ».

« Les médecins de Lerida sont invités par ce journal de propagande allemande que rédigent en espagnol une trentaine de professeurs allemands, dont j'ai parlé, il y a quelques mois, la *Vox Médica*. Ils gagneront l'Allemagne par Gênes et Zurich en évitant la France, visiteront les Universités d'Outre-Rhin et leurs riches laboratoires médico-pharmaceutiques, seront conduits dans les villes d'eaux allemandes « sans rivales au monde » ; puis, après s'être bien convaincus de la puissance, de la prospérité, de la supériorité de l'Allemagne, même au lendemain de sa défaite, ils pourront regagner leur pays à leur guise. »

« — Pendant ce temps-là, dit Jacques Bonhomme, la France et ton A. D. R. M. se croiseront les bras et mettront toujours beaucoup de discrétion à leur propagande. »

« — Non, mon ami, pendant ce temps là l'A. D. R. M. s'efforcera de recevoir dignement une mission de médecins catalans qui, sous les auspices du doyen de la Faculté de médecine de Barcelone et le président du syndicat des médecins catalans, doit venir en France et séjourner à Paris.

Tu ignores sans doute que plusieurs de nos maîtres sont allés tout récemment en Espagne, y ont fait des conférences et ont été reçus triomphalement à Barcelone. C'est à la suite de ce voyage que l'on a eu l'idée d'organiser une mission catalane qui sera conduite par un ami dévoué de la France, le Dr Touro, président du Syndicat des médecins catalans. »

« — Président du Syndicat des médecins Catalans, interrompit Bonhomme, ce serait une belle occasion pour le Syndicat des médecins de la Seine de montrer aux médecins catalans qu'il existe des Syndicats médicaux en France. Et peut-être nos médecins syndiqués gagneraient à savoir ce que font les Syndicats de médecins dans d'autres pays. »

« — C'est vrai, répondis-je. En dehors des réceptions officielles, il ne serait sans doute pas mauvais de montrer à nos confrères catalans qu'il existe à Paris un corps médical organisé capable de leur faire bon accueil.

« Ce serait une occasion de prouver qu'il ne saurait y avoir de rivalités entre nous, qu'Associations et Syndicats savent s'unir quand les circonstances le demandent. Il ne serait même pas mauvais à l'heure actuelle de montrer au public que les médecins praticiens français savent parfois voir plus haut et plus loin que leurs petits intérêts personnels. »

« — Tu as toujours raison, mais tu vis dans le rêve », conclut Jacques Bonhomme avec un sourire sceptique. Et il s'éloigna en haussant les épaules.

J. NOIR.

PARTIE SCIENTIFIQUE

NEUROLOGIE

Les troubles nerveux et réflexes des voies respiratoires

Par L. PRON.

L'organisme humain, comme tous les organismes — et peut-être comme tout ce qui est — forme un tout indissoluble, qu'HIPPOCRATE déjà avait bien vu, quand il instaurait la théorie des sympathies physiologiques et morbides.

Nulle impression, nulle irritation ou excitation ne peut se produire sur un point du corps, sans qu'immédiatement un autre point, voisin ou distant, n'en éprouve une modification, soit au point de vue de la sensibilité (hyper ou hypoesthésie), soit au point de vue de la contractilité (spasme ou atonie), ou des sécrétions (hypo, hyper ou dyscrinie). Cette modification peut rester — et elle reste souvent — au-dessous du seuil de la conscience ; elle n'en est pas moins réelle.

C'est le système nerveux, dont les ramifications pénètrent tous les éléments histologiques, qui assure l'unité et la solidarité interdépendante de l'organisme. Il est, en effet, *un* ; et il constitue, par ses fils, un réseau délicat, dont chaque vibration se transmet à un autre fil, en passant par un centre, ou bien s'accumule dans un de ces centres, s'ajoutant aux précédentes et aux suivantes, pour constituer une somme dynamique, qui déclenchera, à un moment donné, une crise.

On a trop coutume de dissocier, en tant qu'anatomie, physiologie et pathologie, le système cérébro-rachidien du système sympathique. Ces deux systèmes forment une unité contiguë, continue et qui s'interpénètre. Non seulement, la chaîne bilatérale paravertébrale du sympathique thoracique est reliée à la moelle par les *rami communicantes* ; mais, il existe, dans la moelle, des groupements cellulaires, des *noyaux sympathiques* ; de même, l'écorce cérébrale, les centres opto-striés et la capsule interne comprennent des *centres organiques* (GUILLAUME) (1).

(1) *Le sympathique et les systèmes associés*, 2e édition 1921.

On ne saurait donc délimiter, ni anatomiquement, ni fonctionnellement, les deux systèmes, et l'on conçoit que les fonctions psychiques soient perturbées par une maladie des viscères abdominaux, qu'une excitation psychique se fasse sentir sur l'estomac, l'intestin ou le cœur, et qu'une affection quelconque, ou une irritation portant sur quelque organe, retentisse à distance, de façon souvent si marquée qu'il s'ensuit une erreur facile de diagnostic.

J'envisagerai ici quelques-uns des retentissements, portant sur les voies respiratoires, sans avoir la prétention d'être complet. Auparavant, je citerai certaines modalités symptomatiques ou certaines affections respiratoires, d'essence purement nerveuse générale.

D'abord, la TOUX NERVEUSE.

Quoique bon nombre, parmi les sujets qu'on en croit atteints, soient des tuberculeux au début, on ne saurait nier sa réalité. Elle se rencontre presque uniquement chez les femmes et les enfants. Sa caractéristique est d'être saccadée, non accompagnée d'expectoration, incessante pendant l'état de veille, pour disparaître complètement pendant le sommeil ; la voix reste claire, et le poids inchangé ; l'examen le plus minutieux ne permet de rien découvrir, ni à la poitrine, ni au larynx. Elle cède généralement, de façon rapide, à la suggestion.

Tous les étudiants ont connu, dans le service qu'ils fréquentaient, de ces « aboyeuses », terme dont se servait déjà CADET DE GASSICOURT.

Vient ensuite le SPASME IDIOPATHIQUE DE LA GLOTTE, qui consiste en une contraction subite et tonique des muscles adducteurs et constricteurs, en une convulsion se manifestant soudainement. L'orifice glottique est complètement fermé, d'où angoisse extrême, asphyxie avec cyanose, affolement du cœur et sueurs profuses ; puis, après cette apnée de quelques secondes, l'enfant pousse un cri, la constriction cesse, la respiration redevient normale, et le calme reparaît, définitivement ou pour faire place à une nouvelle crise ou une série de crises.

A côté de nombreux cas où le HOQUET a un

point de départ périphérique (1) (estomac, foie, péritoine, etc.), on ne saurait nier son origine centrale ; une émotion suffit quelquefois à le faire cesser.

Il en est de même de l'ASTHME NERVEUX, qui peut avoir comme équivalent l'ÉTERNUEMENT — de la DYSPNÉE ESSENTIELLE, *névrosique* — et même de l'ASPHYXIE : « L'asphyxie s'observe dans certaines névroses (*névropathie psycho-sphanchnique*) » (GRASSET) (2).

Mais, ce ne sont pas seulement des troubles fonctionnels et bénins, que peut déterminer le nervosisme. GLATZ a vu une malade « mourir », d'un ŒDÈME PULMONAIRE subit, sans autre raison appréciable que l'*hystérie*, malgré toutes les recherches que nous avons faites avec de nombreux confrères pour trouver la cause d'un œdème aussi grave, aussi brusque et surtout aussi foudroyant. Le traitement de l'œdème pulmonaire hystérique doit être des plus énergiques ; si les ventouses sèches et les injections d'éther restent sans effet, on fera une saignée de 200 gr. au moins, et on appliquera 10 ventouses scarifiées, qui retireront environ 250 gr. de sang » (3).

De même, COURTADE (4) a décrit l' ŒDÈME NÉVROPATHIQUE DU LARYNX, qui est rare, mais peut entraîner la mort. Il en a observé un cas chez un homme de 45 ans, qui était sujet à des œdèmes subits, durant 24 heures, et apparaissant à l'occasion du plus léger traumatisme. GRIFFITH a publié un cas analogue (5).

Dans le domaine des retentissements respiratoires proprement dits, la TOUX tient une place importante.

La *toux gastrique* est admise par tous les cliniciens ; mais, dans cette variété, comme dans la toux nerveuse d'origine centrale, un examen attentif du malade est indispensable, pour ne pas attribuer à l'estomac la cause d'un symptôme qui peut relever d'une tuberculose au début.

La *toux utérine* se rencontre assez fréquemment, soit pendant la grossesse, soit pendant les périodes menstruelles ou à l'occasion de la ménopause, soit du fait d'une affection utérine. Déjà, BRIQUET avait noté une toux sèche, rebelle, chez certaines femmes aménorrhéiques. Le repos au lit, l'opium, l'hamamelis et le viburnum constituent les éléments du traitement.

TEDESCHI (6) a rapporté le cas d'une femme de 42 ans, vierge, sans aucun antécédent nerveux, et qui présentait, depuis cinq ans, une toux d'irritation avec crises d'asthme et étouffements ; aucun traitement n'avait pu modifier cet état. Les règles étaient très abondantes et avançaient. L'examen par le toucher rectal fit penser à une rétroflexion de l'utérus. A l'opération, on trouva celui-ci parsemé de petits fibromes sous-séreux sur la face antérieure, et un fibrome intra-pariétal, de la grosseur d'un œuf de poule, sur la face postérieure ; après myomectomie, l'utérus fut remis en situation normale. La toux dura encore deux jours, puis disparut dénitifivement.

HODGE a signalé le cas d'une dame forte et pleine de santé, qui avait une toux persistante et fatigante, depuis qu'elle portait un *pessaire* ; l'enlèvement de cet appareil la débarrassa de sa toux (1).

Certains auteurs ont mentionné une variété de toux utérine, qu'on pourrait appeler *toux obstétricale* ; elle se montre chez certaines parturientes (2) et surtout pendant les phases de travail maximum.

Les *affections bucco-naso-pharyngiennes* provoquent souvent une *toux quinteuse*, qui risque d'induire le médecin en erreur ; il cherche dans la poitrine la cause de cette toux spasmodique, alors que c'est l'examen du rhino-pharynx qui seul peut faire découvrir son origine : *longueur exagérée de la luette* (sans que le malade accuse une sensation de gêne ou de chatouillement dans la gorge) — *hypertrophie amygdalienne* — *végétations*, etc.

Un simple *corps étranger de l'oreille* suffit, chez certains sujets, comme chez le jeune écolier de MAX BREITUNG (3), pour déterminer une toux aboyante. Des examens répétés du thorax restèrent complètement négatifs ; mais, à l'examen des oreilles, on trouva une concrétion dure, remplissant tout le conduit externe droit ; le simple attouchement de cette concrétion provoquait un violent accès de toux. La guérison fut obtenue radicalement par l'extraction de ce bouchon.

J'ai vu une enfant de 4 ans et demi, qui était devenue sourde, par intermittences, à la suite de la coqueluche ; chaque fois que sa mère lui pansait l'oreille droite (quoiqu'il n'y eût pas d'écoulement), elle toussait.

Les affections du nez provoquent, chez certains sujets, des CRISES D'ASTHME, qui peuvent être aussi la conséquence d'une *hypertrophie des cornets* d'une *déviation de la cloison*, d'un *polype nasal.*

ABOULKER (4) a rapporté le cas d'une femme

(1) En laissant évidemment de côté le *hoquet épidémique*, sur lequel l'attention vient d'être attirée, et qui semble intimement lié à l'encéphalite léthargique.

(2) *Traité élémentaire de physiopathologie clinique*. T. I. 1910, p. 201.

(3) *Dyspepsies nerveuses et neurasthénie*, 1898, p. 72.

(4) *Archives internationales de laryngologie* (nov.-déc. 1903).

(5) *British medical journal* (14 juin 1902).

(6) *Gazzetta degli ospedali* (28 mai 1912).

(1) In FERREUX : *Des troubles respiratoires d'origine menstruelle* (Thèse de Paris, 1902, p. 37).

(2) *Concours médical* (2) décembre 1902).

(3) *Wiener Klin. Wochenscrift* (13 juin 1901).

(4) H. ABOULKER. — *Fausses affections pulmonaires d'origine bucco-naso-pharyngiennes.* (*Annales des maladies de l'oreille et du larynx* ; T. XXXVI.

de 31 ans, sans antécédents névropathiques héréditaires ou personnels, qui avait, depuis cinq ans, des crises d'asthme, n'ayant jamais présenté une rémission de quelques semaines, et qui allait chaque année faire une saison thermale sans résultat. Malgré l'hyperesthésie de la malade, qui rendait la rhinoscopie postérieure très difficile, l'auteur finit par découvrir plusieurs polypes muqueux, au niveau des choanes ; ces polypes furent extirpés au serre-nœud. Les crises disparurent pendant deux ans. En janvier 1909, la malade sentit ses fosses nasales s'obstruer de nouveau ; en mars, retour de l'oppression, puis de violentes crises. Un examen du nez fit découvrir plusieurs polypes, qui furent enlevés en mai. Cette observation est absolument démonstrative.

De même que certains sujets éprouvent des troubles gastro-intestinaux, dès qu'ils respirent certaines *odeurs*, d'autres font des crises d'asthme dans les mêmes conditions (1).

Dans la thèse de Ferreux, est rapportée tout au long l'histoire d'une femme de 42 ans, nerveuse et très irritable, qui se mit à faire des crises d'asthme, la nuit ; ces crises, accompagnées de toux bronchique et d'expectoration, duraient environ une heure. La malade passa de médecin en médecin, jusqu'au jour où le Dr Greiner soupçonna que les troubles pulmonaires pouvaient être liés à un état morbide de l'utérus, car ceux-ci étaient exacerbés régulièrement avant chaque période menstruelle. Alors que l'auscultation et la percussion du poumon donnèrent peu de renseignements, l'examen vaginal fit découvrir un allongement prononcé de l'utérus et une rétroflexion accentuée. On introduisit « une tige d'éponge préparée dans le canal cervical ; la patiente commença bientôt à se sentir mieux, et, en moins de douze heures, la toux fatigante et l'asthme, qui l'avaient, pendant si longtemps, fait souffrir, avaient entièrement disparu ». Au bout de quelque temps, la malade ne put plus supporter la tige, et les douleurs devinrent si fortes, au moment de la menstruation, que Greiner provoqua une ménopause artificielle par l'ovariectomie double ; la mort s'ensuivit, le sixième jour ; à l'autopsie, on constata « que les poumons étaient tout à fait normaux, tant soit peu emphysémateux ».

Percepied (2) a également étudié l'asthme utérin. Il déclare avoir observé l'influence de la sphère génitale de la femme chez un grand nombre de malades atteintes d'asthme. A côté des cas où cet accident peut avoir une origine humorale (dyscrinie ovarienne), il mentionne le rôle purement réflexe des tumeurs fibreuses, des déviations et de la simple excitation génitale.

(1) Grasset. — *Loc. cit.* (p. 183).

(2) *Société médico-chirurgicale de Liège* (12 mai 1910).

Pour certains auteurs, les réflexes à point de départ utérin n'agissent pas directement sur le bulbe ; il leur faut un intermédiaire, qui est la muqueuse nasale. Rozier (de Pau) a rappelé l'histoire d'une jeune femme qui, aux époques menstruelles, souffrait de coryza aigu. Pendant un coït, elle eut un accès d'asthme violent, qui nécessita l'intervention d'un médecin. L'exploration, pratiquée une demi-heure après l'accident, permit de constater une congestion prononcée des cornets, dont l'ablation amena la guérison définitive.

Fliess soutient que la menstruation s'accompagne toujours de réactions nasales.

Hernando Segui a observé un homme de 37 ans, de constitution robuste, qui avait une épistaxis après chaque coït ; des applications de cocaïne et adrénaline dans les narines, avant l'accomplissement de l'acte génital, firent disparaître ce symptôme. — Une femme, grosse de trois mois, a complètement perdu l'odorat ; les substances les plus odorantes, telles que l'iodoforme, ne sont pas perçues ; quinze jours après l'accouchement, l'anosmie disparaît. — Une autre est atteinte d'éternuements incoercibles, durant les trois premiers mois d'une grossesse.

Rozier a observé une femme de 24 ans, dont *les narines s'obstruaient* au moment du coït, au point d'amener une crise de suffocation ; pendant une crise, il constata une telle congestion de la muqueuse des cornets que la lumière nasale était obstruée. La résection des cornets amena une guérison complète.

Goudard rapporte l'observation d'un homme, qui ne pouvait éprouver la plus petite excitation sexuelle sans éternuer, ce qui eut comme conséquence la désunion de son ménage (1).

Il semble donc bien établi qu'il existe une relation étroite entre le nez et les organes génitaux.

Pour en revenir à l'asthme, je rappellerai que l'*asthme gastrique* est assez fréquent. Entre autres observations, Hayem a communiqué autrefois (2) celle, typique, d'un gros mangeur, qu'il vit en pleine crise, pendant laquelle l'estomac était considérablement dilaté. Sous l'influence du régime, cet accident ne se renouvela plus. Hayem pensait qu'il s'agissait là de dyspnée réflexe asthmatique, plutôt que d'un vrai cas d'asthme gastrique ; mais, il ne croyait pas qu'on pût incriminer des phénomènes d'intoxication.

Einhorn (3) a publié un travail, reposant sur 31 observations d'asthme gastrique, avec intégrité des organes thoraciques. Il en fait deux classes : 1° les cas où l'asthme dyspeptique se montre sous forme aiguë et intermittente, pre-

(1) *Revista del Circulo medico-argentino* (août 1910).

(2) *Académie de Médecine.* (1er décembre 1903).

(3) *Journal of. american med. Assoc.* (10 février 1902).

nant souvent une allure inquiétante : cyanose, menace de collapsus — 2° les cas chroniques où l'accès apparaît de suite après le repas, sans autre cause — ou deux ou trois heures après, à l'occasion d'une simple promenade. Il admet comme pathogénie, soit une excitation des terminaisons du vague par un suc hyperacide, quand il y a hyperchlorhydrie, soit une irritation mécanique de la muqueuse par les aliments, quand il y a hypochlorhydrie ou achylie.

Pendant la guerre, LOEPER et CODET (1) ont étudié l'*asthme traumatique*. Indépendamment des cas où il s'agissait de blessure portant sur le médiastin, ces auteurs ont observé des crises d'asthme, à la suite de lésion sciatique ou du trijumeau, ce qui montre bien l'origine réflexe éloignée de la crise spasmodique pulmonaire.

Je ne veux pas m'étendre davantage sur l'asthme.

Après lui, je mentionnerai la DYSPNÉE, due à la *ptose abdominale*, totale ou partielle, et qu'une sangle appliquée bas, réellement au-dessous des organes descendus, supprime immédiatement — la respiration incomplète ou *oligopnée*, qui est fréquente chez les dyspeptiques — et les TROUBLES DE PHONATION. J'ai attiré l'attention sur ces derniers en 1919 (2), et signalé que, pendant les maladies gastriques ou hépatiques, ou à l'occasion d'une diarrhée banale, un grand nombre de malades ont de *l'enrouement* ou de *l'affaiblissement de la voix*, par perte de tonicité des cordes vocales. La corrélation étroite, existant entre ces anomalies de la voix et le mauvais fonctionnement du tube digestif, montre bien leur origine.

D'ailleurs, peu après ma communication — que je donnais comme une nouveauté, parce que jamais je n'avais vu le fait publié — j'ai découvert que CHOMEL et BEAU, au milieu du siècle dernier, le connaissaient fort bien.

BAUMGARTEN (3) a constaté également de la *parésie* et de la *paralysie des muscles du larynx* pendant la menstruation.

Pendant qu'il est question du larynx, je rappelle que BERGER, en 1881, constata, pour la première fois, qu'une infiltration tuberculeuse de cet organe augmentait de volume, et s'œdématiait au moment de la menstruation.

BAUMGARTEN a décrit bon nombre d'HÉMORRAGIES VICARIANTES du nez, du pharynx, et de la trachée avant l'apparition de la première menstrue, à l'époque de la puberté — à la place des pertes mensuelles — pendant la grossesse, pendant l'involution utérine de la ménopause.

Là, on pourrait faire intervenir le facteur humoral. Mais, où le facteur réflexe retrouve complètement ses droits, c'est dans les HÉMOPTYSIES d'origine naso-pharyngienne, dont ABOULKER a rapporté plusieurs cas (1), le sang venant de la trachée ou des bronches (constatation faite quelquefois pendant l'examen) alors que l'auscultation restait absolument négative, et que l'inoculation au cobaye ne donnait aucun résultat.

On peut ainsi se rendre compte de la variété et de l'importance des retentissements respiratoires d'affections souvent éloignées, et l'on ne saurait trop insister sur l'obligation, pour le médecin, de ne jamais se borner à une investigation locale, chez un patient se plaignant de troubles pulmonaires.

CLINIQUE CHIRURGICALE

Faculté de médecine de Paris :
M. le Pr agrégé Paul MATHIEU.

Les fibromes utérins.

Dans la symptomatologie des fibromes utérins, il est un phénomène dominant : l'hémorrhagie. Je serais peut-être un peu embarrassé pour vous en indiquer la pathogénie. On admet assez couramment que les pertes sanguines relèvent d'une altération directe de la muqueuse utérine, analogue à ce qu'on voit dans la métrite hémorrhagique. Une autre explication donnée est celle qui base les hémorrhagies sur des modifications sanguines générales. Sans nous attarder à ce côté de la question, enregistrons le symptôme capital des fibromes : les hémorrhagies.

Comment se manifestent-elles ? Certaines malades consultent parce qu'elles ont des règles anormales, des ménorrhagies. La ménorrhagie est l'exagération des pertes sanguines au moment des règles. La femme, au lieu de perdre pendant 3 ou 4 jours, perd pendant 6, 8 jours : il y a allongement des règles. Quelquefois, à l'écoulement de sang rouge, se mêlent des caillots, ce qui, sans être très caractéristique, mérite cependant d'être noté. Les règles peuvent être tellement abondantes qu'elles se prolongent parfois presque tout le mois.

Dans d'autres cas, la femme a seulement des hémorrhagies dans la période inter-menstruelle, des métrorrhagies, d'importance variable.

La malade, en général, ne souffre pas et son état général reste satisfaisant. Il est des femmes cependant, qui, ayant perdu longtemps et ne se soignant pas, maigrissent et s'anémient.

Y a-t-il d'autres symptômes ? En dehors de la phase tardive, il n'en existe pour ainsi dire

(1) *Le Progrès médical* (10 septembre 1917).
(2) *Influence du tube digestif sur la phonation* (Société de médecine de Paris, 9 mai 1919).
(3) *Deutsch. med. Wochenscrift.* (1892).

(1) *Loc cit.*

aucun, bien qu'on en ait décrit beaucoup. La patiente se plaint de pertes presque exclusivement rouges. On observe quelquefois aussi des petites pertes blanches, ayant lieu dans certains cas par jets (hydrorrhée). Ces pertes en jets, pas très communes d'ailleurs, attirent volontiers l'attention. Le troisième symptôme, décrit avec complaisance, est la douleur. En fait, quand une femme souffre, elle a peut-être un fibrome, mais elle a également autre chose. Certes, les gros fibromes sont susceptibles de comprimer les nerfs du petit bassin. C'est un phénomène assez tardif, et je n'envisage en ce moment que les symptômes initiaux. Une femme atteinte de fibrome et qui souffre du ventre a donc habituellement une affection connexe, une salpingite, en général. Quénu a insisté beaucoup sur l'association de la salpingite, des ovaires scléro-kystiques et des fibromes. Parfois, cependant, la patiente a des douleurs assez spéciales, des sortes de coliques utérines. Ainsi, l'expulsion de liquide en jets, de l'hydrorrhée, dont je parlais tout à l'heure, peut donner lieu à des douleurs de ce genre. Les mêmes douleurs apparaissent parfois au cours de contractions expulsives lorsqu'il y a fibrome sous-muqueux. En somme, au début, la malade n'a pas grandes raisons de souffrir. Les douleurs de compression sont tardives. Retenez que parmi les symptômes initiaux, le principal est l'hémorrhagie.

Plus tard, des accidents de compression peuvent se montrer. Il est des malades qui viennent consulter pour des phénomènes de sciatique rebelle. Cherchez dans le pelvis et faites un examen génital complet. Il est des cas plus curieux. Vous savez que chez l'homme, la rétention d'urine est fréquente et sous la dépendance ordinairement de deux lésions fréquentes elles-mêmes, le rétrécissement de l'urèthre et l'hypertrophie de la prostate. La femme a aussi des causes spéciales de rétention d'urine. Quand une femme, sans symptômes douloureux, a une grosse rétention il faut penser à deux choses, la grossesse d'une part, le fibrome utérin de l'autre.

Je ne parle pas de la constipation due à la compression de l'intestin. Je ne parle pas non plus de la compression des vaisseaux iliaques et des œdèmes des membres inférieurs, qui sont des accidents rares.

En pareils cas, vous ferez un examen gynécologique soigneux, par le toucher vaginal combiné au palper. Le fibrome se caractérise comme une tumeur dure, de consistance fibreuse, que vous sentez entre les doigts et qui fait corps avec l'utérus. Ce caractère permet de le distinguer des tumeurs annexielles.

Le fibrome de l'utérus peut se présenter sous divers aspects, variant avec son évolution. Prenons un cas simple, une tumeur faisant saillie sous la paroi abdominale : c'est la variété abdominale. Placez votre main sur le ventre. Vous sentez une masse dure, arrondie. De suite se pose le diagnostic différentiel avec la grossesse : en matière de fibrome, c'est toujours le gros diagnostic à faire. Quelquefois, la tumeur offre des irrégularités, est lobulée et à saillies inégales. Le toucher vaginal montre la situation du col et du corps de l'utérus. Quand vous mobilisez le col, vous mobilisez la tumeur et réciproquement. Telle est l'évolution abdominale du fibrome. J'insiste à nouveau sur l'importance du diagnostic différentiel avec la grossesse. Rappelez-vous que dans certains cas on peut être abusé par l'existence d'un souffle dû au développement de gros vaisseaux.

Mais, l'évolution ne se fait pas toujours vers l'abdomen. Il est un deuxième mode évolutif, pelvien, dans lequel le néoplasme reste dans le petit bassin. Lorsque vous placez le doigt dans le vagin, la main au-dessus du pubis, vous constatez une tumeur au-dessus du col, envahissant les culs-de sacs, qui se développe quelquefois en dédoublant les deux feuillets du ligament large et est enclavée dans ce ligament, contractant des rapports avec l'uretère, ce qui est intéressant à connaître, au point de vue clinique et opératoire.

Enfin, dernière évolution, dans le vagin. En touchant le col, vous sentez le pourtour mou du col et au centre la masse dure du fibrome sous-muqueux, qui tend à sortir. Un degré de plus et la néoplasie apparaît mobile dans le vagin.

Comment se comporte le fibrome quand on le laisse évoluer ? Il peut subir d'abord, des involutions, à la ménopause et à la puerpéralité par exemple. A la ménopause, certaines femmes se voient débarrassées de leurs pertes sanguines et le fibrome s'endort plus ou moins insidieusement. Cette période est à la fois favorable et dangereuse, car il peut se produire des hémorrhagies. Dans la grossesse, on note quelquefois des modifications de nutrition de la tumeur, qui se rétracte parfois après l'accouchement, mais non pas d'une façon définitive.

Je n'insisterai pas sur les complications. Je vous signale les accidents graves de compression. Un fibrome volumineux ou un fibrome enclavé dans le petit bassin peuvent comprimer la vessie, l'uretère, avec, comme conséquences, l'hydronéphrose et l'altération du parenchyme rénal. Il est commun de rencontrer, chez les malades ayant de gros fibromes, de l'albuminurie due à ces compressions.

Un autre accident est la compression de l'intestin. On ne voit guère l'occlusion intestinale en général, mais on voit de la constipation. La compression des gros vaisseaux, des veines du petit bassin entraîne des phlébites des membres inférieurs. Ces phlébites surviennent surtout à gauche. Les compressions veineuses favorisent

cette complication redoutable qu'est l'embolie, observée parfois dans l'évolution du fibrome et aussi au cours des interventions. La pathogénie de ces embolies est encore discutée, d'ailleurs.

Il existe des torsions des fibromes, quelquefois à caractère aigu, faisant penser à l'appendicite, à la pancréatite, et nécessitant une intervention souvent urgente. Le fibrome tordu expose à la nécrose, à la gangrène. Dans d'autres cas, la torsion est plus lente. L'hémorrhagie alors peut être très abondante.

Je reviens sur une importante complication : la gangrène du fibrome. Que ce soit la torsion ou une cessation de la circulation qui intervienne, le fibrome n'étant plus nourri se mortifie. La gangrène apparaît et se manifeste par des douleurs abdominales, de la fièvre, des symptômes de péritonite. Il faut intervenir vite et l'intervention est grave. Une autre variété de gangrène est le fibrome gangréné qui s'évacue par le vagin sous l'aspect d'une masse noirâtre, effilochée, que l'on prend pour un cancer de l'utérus, si l'on n'est pas prévenu. C'est un diagnostic important que celui du fibrome sphacélé avec le cancer. Autour de la masse fibreuse mortifiée vous sentirez la bague du col, laissant à son centre les effilochures du fibrome.

Un mot seulement des complications cardiaques dues à des compressions vasculaires, probablement, par tumeurs volumineuses.

Le diagnostic du fibrome utérin est généralement facile. Dans le premier stade, alors que la femme accuse surtout des hémorrhagies, on fera le diagnostic avec la métrite hémorrhagique simple, ou post-abortive. Une erreur à éviter est la confusion avec le cancer du corps utérin. Dans le fibrome, les pertes sont franchement rouges, d'aspect sain. Dans le cancer, elles sont roussâtres, rouillées. Au cas de doute, on pratiquera un curetage explorateur et l'on fera un examen histologique des débris ramenés.

Un diagnostic des plus importants est celui avec la grossesse, en particulier lorsque celle-ci s'accompagne de pertes sanguines (placenta prævia). Je signale simplement les tumeurs du petit bassin. L'inversion de l'utérus se distinguera sans difficulté. Le cathétérisme de l'utérus alors ne va pas très loin, alors que, dans le fibrome, la cavité utérine est plus haute. En outre, il y a les circonstances de l'inversion, l'accouchement antérieur.

En somme, et j'y insiste, le diagnostic essentiel, en pratique, est celui avec la grossesse. La confusion est surtout faite quand on n'y pense pas. Quelquefois cependant, l'erreur est difficile à éviter. Je l'ai vu commettre et l'ai commise moi-même, dans un cas complexe, où il y avait à la fois grossesse et fibrome. On trouvait une tumeur utérine et une tumeur accolée à l'utérus. Je pensai à un fibrome et à une grossesse extra-utérine concomitante. Deux accoucheurs rejetèrent l'idée de grossesse et retinrent seulement le fibrome à deux lobes. A l'opération, je trouvai une grossesse utérine et, dans le ligament large, un fibrome enclavé. Cet exemple vous montre les difficultés énormes quelquefois rencontrées en pareil cas, difficultés qui peuvent être insurmontables, quand la femme continue à avoir les pertes de son fibrome, par exemple.

Il me reste à aborder, rapidement, la question du traitement. Celui-ci peut-être chirurgical ou non chirurgical. En clientèle aisée, la cure hydrominérale, à Salies, à Biarritz, pour les fibromes jeunes, est une ressource utile. Le traitement habituel comprend l'ablation chirurgicale et dans certains cas la radiothérapie.

On peut faire l'hystérectomie totale ou subtotale (laissant le col). La mortalité est faible, de 2 à 3 %, bien que les statistiques comprennent tous les mauvais cas. Ceci est important à dire : autant je serais partisan de la curiethérapie dans beaucoup de cancers de l'utérus, autant je défendrai la chirurgie dans les fibromes.

Le dogme consiste à enlever les ovaires avec l'utérus, mais c'est là un dogme non intangible et il a été fait des hystérectomies avec conservation partielle des ovaires. Il est aussi un autre traitement, plus conservateur, la myomectomie, opération d'exception, dans les fibromes compliqués de grossesse. Si le fibrome, enfin, évolue par la voie vaginale, l'extirpation sera pratiquée, il va sans dire, par le vagin.

En définitive, l'intervention habituelle sera l'hystérectomie. La cure par les rayons n'est indiquée que pour certains cas.

Leçon recueillie par le Dr P. Lacroix.

SÉROLOGIE CLINIQUE

De l'intérêt pratique du dosage des anticorps,

Par le Dr E. Maurin, de Toulouse.

Le plus souvent, le clinicien se contente de demander au laboratoire une séro-réaction qualitative vis-à-vis de la spécificité syphilitique. Jusqu'à ces derniers temps, du reste, ces examens étaient limités à la simple notion d'absence ou de présence d'anticorps, sans pouvoir effectuer le moindre dosage, même approximatif.

Les progrès réalisés dans le domaine de la sérologie permettent aujourd'hui d'aborder leur analyse quantitative. Vergnes, le premier, par sa méthode à floculation, Calmette, Dujardin, Peyre, etc., par des dilutions de sérum, sont arrivés à apprécier la richesse des anticorps spécifiques (*Voir, pour cette dernière technique, la Presse Médicale du* 19 *janvier* 1921).

Désormais, le médecin peut, non seulement assurer ou contrôler son diagnostic par un examen sérologique, mais encore, le laboratoire pourra le fixer sur l'intensité de l'infection syphilitique de son malade. Et dans la pratique, voici la conduite la plus sûre à suivre vis-à-vis de ces examens.

En présence d'un sujet porteur de lésions primitives ou secondaires douteuses et pour lequel aucun traitement n'a été institué, le praticien pourra se contenter, suivant le cas, d'une recherche microscopique ou ultramicroscopique du spirochète ou d'une séro-réaction qualitative. Si la réponse est affirmative au point de vue spécifique, le traitement intensif normal et total s'impose et la notion de dosage des anticorps peut ne pas être envisagée, bien que l'intensité de l'infection gagne toujours à être appréciée.

Mais pour le sujet spécifique avéré, qui a subi un traitement discontinu insuffisant (et les syphilitiques de ce genre sont légion), le problème change. Que va faire le médecin ? Faut-il considérer le traitement antérieur comme non existant et reprendre à la base toute la médication normale ? Ou au contraire, n'y a-t-il pas lieu de tenir compte des effets thérapeutiques déjà acquis, de façon à ne pas inutilement soumettre le patient à une intoxication médicamenteuse toujours à craindre, quand elle n'est pas absolument indispensable ?

C'est ici que la connaissance de la richesse en anticorps des sérums a son plein effet. Le médecin, dûment averti de l'intensité actuelle de la syphilis de son malade, va pouvoir régler sa thérapeutique d'après la richesse en anticorps trouvés. D'une façon précise, il modifiera sa posologie et les modalités d'application de son arsénobenzol ou de son mercure. Bien plus, au lieu d'agir dans le vague et l'imprécision, il luttera contre un adversaire dont les réserves sont dénombrées.

La même utilité pratique se manifeste quand il s'agit de syphilis héréditaire, dont les effets sont plus ou moins graves suivant la nature ou plutôt l'intensité de la maladie transmise. Nous trouvons en effet ici toute la gamme des accidents, depuis les plus bénins jusqu'aux plus graves, marquant ainsi le plus ou moins grand degré de l'infection héréditaire. Le dosage des anticorps sera la pierre de touche qui fixera la médication à prescrire et en règlera les modalités. Un sérum riche en anticorps impliquera une médication intensive. A un sérum très pauvre, on opposera au contraire un traitement plus léger, etc.

Enfin, malgré la connaissance actuelle relativement bien établie de la médication spécifique, le médecin pourra suivre les différentes étapes du traitement normal, d'un malade déterminé, s'il le désire. Par une série de dosages successifs des anticorps, il assistera à la décroissance de ces derniers dans le sérum du sujet traité. Il pourra ainsi établir une courbe parallèle au traitement, qui sera du plus haut intérêt, car elle lui permetrra de suivre l'évolution de la maladie, d'assister aux retours possibles de l'infection en cas de défaillance thérapeutique, et de la modifier s'il y a lieu. Ce ne sera plus en aveugle, ou bien sur des signes cliniques très souvent négatifs, qu'il règlera sa médication, mais avec une base solide, assistant pas à pas au succès de son traitement.

D'autres considérations pourront faire demander une analyse sérologique quantitative, chaque fois qu'elle paraîtra nécessaire, soit pour apprécier la valeur de tel ou tel médicament comparativement à tel autre, soit pour déterminer la plus ou moins grande rapidité stérilitante, etc.

Par conséquent, on voit tout le parti qui peut être tiré, en syphiligraphie, de la mesure de la richesse en anticorps des sérums syphilitiques.

Désormais, la terminologie vague de séro-réaction faiblement, moyennement, ou fortement positive, disparaîtra pour faire place à des résultats exprimés en chiffres.

Les cliniciens auront ainsi une réponse précise, qui éclairera leur diagnostic et leur sera un guide thérapeutique des plus précieux.

A TRAVERS LA PRESSE

Traitement des phlébites aiguës.

Au début, l'immobilisation s'impose. Selon M. Quiserne, cette immobilisation doit être méthodique, de manière à éviter les troubles articulaires et musculaires qui en pourraient être autrement la conséquence. Il en donne la description suivante, selon le professeur Vaquez :
« Le membre atteint, entouré d'une couche
« épaisse d'ouate, est placé dans des coussins
« de paille d'avoine assez résistants, ou dans des
« oreillers de varech ou de crins qui forment
« ainsi autour de lui une véritable gouttière
« souple remplaçant avec avantage la gouttière
« métallique rigide. Il est dans la rotation ex-
« terne, la jambe légèrement fléchie sur la cuisse
« et le pied sur la jambe. Des bandes de toile et
« des serviettes fixées aux coussins et au lit
» maintiennent le membre en bonne position
« et en assurent l'immobilisation rigoureuse
« avec d'autant plus de facilité que le lit méca-
« nique, sur le cadre duquel le matelas du ma-
« lade est placé, supprime la nécessité de toute
« espèce de mouvements, tous les soins d'hy-
« giène pouvant être donnés sans que le ma-
« lade ait à y participer en quoi que ce soit. »

La mobilisation sera aussi précoce que possible, à la condition que tout danger d'embolie



paraisse avoir disparu. Elle ne sera donc commencée que lorsque, pendant 20 jours, la courbe thermique scrupuleusement établie ne révèlera aucune élévation de température, même de quelques dixièmes, au-dessus de 36°9 le matin et de 37°2 ou 37° 3 le soir. En même temps, il ne devra y avoir aucune discordance entre la courbe thermique et la courbe des pulsations.

La mobilisation débutera par de légers mouvements passifs, et des effleurages très superficiels et prudents, les mouvements intéressant successivement, de jour en jour, les orteils, puis les articulations tibio-tarsiennes, des genoux, etc.

Ce n'est que huit jours après le début de cette mobilisation passive, que l'on pourra faire asseoir le malade et commencer quelques mouvements de la hanche. Enfin, l'activité du malade ne sera sollicitée, dans ces mouvements, qu'à partir du 15e jour. Pendant tout ce temps, le thermomètre sera appliqué régulièrement à la mesure de la température, ainsi que sera fait le dénombrement du pouls. Toute élévation, toute discordance pulso-thermique, devant être considérées comme les manifestations d'un réveil du processus phlébitique.

Quand le malade commence à marcher, en s'aidant du dos d'une chaise, et non d'une canne ou de béquilles, on observera parfois une réapparition de l'œdème, dont il n'y aura pas lieu de se préoccuper, surtout pour renouveler intempestivement l'immobilisation.

L'hydrothérapie à l'aide de bains généraux tempérés (34° à 36°), l'hydrothérapie thermale, à Bagnoles-de-l'Orne, trouvera alors son indication.

Par cette méthode, on évitera l'application sur le membre atteint de baumes calmants et de solutions résolutives qui provoquent souvent des dermites et des infections cutanées.

De même, le port de bandages et de bas à varices devient inutile, les muscles ayant tout avantage à demeurer libres de leurs mouvements (*L'Hôpital*, février 1921 A).

L'empyème chez les enfants.

M. Reh (*Journ. de méd. et de chir. prat.*, 10 janv. 1921) est du même avis que le professeur Vanverts, dont nous avons analysé le travail, page 1038 du numéro précédent. Il va même plus loin dans le radicalisme de l'intervention, puisqu'il donne la préférence à la thoracotomie.

Selon lui, la thoracentèse a des indications très restreintes et doit être suivie le plus souvent d'une intervention plus chirurgicale (pleurotomie, thoracotomie).

La pleurotomie a les mêmes indications que la thoracotomie à l'exception des cas où il faut assurer un drainage large et de ceux où l'étroitesse de l'espace intercostal fait courir des dangers de rétention par suite d'écrasement des drains.

Enfin, la thoracotomie est l'intervention de choix, sans contre-indications, assurant un drainage suffisant et comportant des suites opératoires faciles.

L'auteur, tout comme le précédent, recommande l'incision sur la ligne scapulaire, au point le plus déclive. Le siphonage intermittent peut être utile pour assurer l'évacuation de la cavité. Mais en aucun cas on ne procédera à des lavages de la plèvre, ni à des injections dans sa cavité, sauf, dans les formes putrides, des injections sous faible pression pour modifier la nature du pus et abréger la durée de l'affection.

L'eau oxygénée en thérapeutique gastrique.

M. Pron la conseille chez les hyperchlorhydriques. Elle supprime presque immédiatement les douleurs et les brûlures. (*Journ. des Prat.* 22 janv. 21).

Il prescrit une cuillerée à soupe de la solution suivante dans trois quarts de verre d'eau chaude ou d'infusion, trois fois par jour, le matin à jeun, à 10 h. et à 5 h.

Eau oxygénée pure.........	20 gr.
Citrate de soude............	1 gr.
Eau distillée.......q. s. pour	300 gr.

Thérapeutique désensibilisatrice. Application de la vaccination anti-anaphylactique.

« Il est, dit M. P. Pruvost, des affections qui « paraissent relever d'une véritable sensibili- « sation de l'organisme, et dans la symptoma- « tologie desquelles on trouve des signes assez « particuliers dont quelques-uns rappellent, « tantôt nettement, tantôt incomplètement, « les manifestations décrites à propos de l'ana- « phylaxie. » (*Journ. de méd. et de chir. prat.*, 25 janv. 21).

Après avoir rappelé l'état actuel de nos connaissances sur la crise hémoclasique, syndrome sanguin de l'anaphylaxie auquel se superpose un syndrome clinique polymorphe, l'auteur pose en principe que « la sensibilisation de l'organis- « me, dans les affections envisagées, peut être « efficacement combattue par des méthodes « thérapeutiques dont la plupart répondent au « principe de la vaccination anti-anaphylac- « tique de Besredka. »

Quand la cause des accidents est évidente, la conduite à tenir est claire. Un sérum spécifique ayant été injecté précédemment risque de déterminer des accidents sériques brusques s'il est réinjecté plusieurs semaines après. On évitera ceux-ci en faisant précéder l'injection thérapeutique de 20 à 40 cmc. de petites injections préparantes de 1 à 2 cmc. plusieurs heures avant,

ou bien, on diluera la dose dans 9 fois son volume de solution physiologique.

Quand c'est un aliment, un médicament, qui sont responsables des états anaphylactiques, on désensibilise l'organisme en faisant prendre, une demi-heure à une heure avant le repas qui contient l'aliment, ou avant l'absorption du médicament, une dose infinitésimale de cet aliment ou de ce médicament.

Quand la cause n'est pas évidente, on peut chercher à la déterminer au moyen de la cuti ou de l'intra-dermo-réaction.

« Enfin, si la cause sensibilisatrice reste inconnue, on peut avoir recours, pour désensibiliser le malade, soit à l'administration de protéines quelconques ou de peptone, soit à l'injection de vaccins microbiens, soit à l'auto-séro ou à l'auto-hémo-thérapie. »

Le masque manométrique de Pech en éducation physique.

L'éducation physique est à l'ordre du jour La physiologie lui doit servir de base. Il est donc important de mesurer aussi parfaitement que possible le fonctionnement des grands appareils. C'est à quoi contribue le masque de Pech qui est actuellement l'« instrument le meilleur que nous possédions en éducation physique pour le contrôle de l'éducation ou de la rééducation respiratoire. Permettant au sujet de constater lui-même les défectuosités de sa respiration nasale, soit à l'inspiration, soit à l'expiration, il constitue un excellent appareil d'entraînement respiratoire. » Ainsi, s'exprime M. DESFOSSES (*Presse méd.*, 2 fév. 21).

Dans le même ordre d'idées, rappelons le spiroscope de notre excellent confrère Pescher, qui est également un merveilleux agent de rééducation respiratoire.

La cryothérapie en dermatologie.

Nous avons déjà signalé ce procédé, sur lequel revient M. VIGNAT (*Presse méd.*, 5 fév. 21), dont le travail se termine ainsi :

« Plusieurs auteurs ont rapporté de nombreux cas d'affections cutanées traitées et guéries par le froid. Tous sont d'avis que, dans ces affections, la cryothérapie est le meilleur traitement.

« J'ai vu la guérison survenir dans la plupart des cas que j'ai soignés après 3 ou 4 applications faites à 10 ou 15 jours d'intervalle. Quand les malades n'ont pas été guéris, ils ont toujours été très améliorés, et cela immédiatement. Je n'ai jamais constaté la moindre complication au cours de ce traitement. Appliqué et manié comme je l'ai indiqué, il ne présente pas d'inconvénient, il est sûr, commode, relativement rapide, peu ou pas douloureux. Si on le compare aux autres, radium ou rayons X, on est obligé de se ranger à l'avis des auteurs que je viens de citer et de le considérer actuellement comme le traitement de choix des affections énumérées et tout particulièrement des nævi et lupus érythémateux. »

Cancer et opothérapie.

M. NAAMÉ est l'auteur d'une conception pathogénique du cancer qui peut se formuler ainsi : les sécrétions glandulaires normales assurent l'équilibre entre la cytolyse et la cytopoïèse. Si elles sont troublées, l'équilibre est détruit, et des cellules atypiques peuvent apparaître en certains tissus où se manifeste une nutrition locale déficitaire (*Gaz. des Hôp.*, 1921, nº 11).

De là à traiter le cancer par l'opothérapie, il n'y avait qu'un pas. L'auteur l'a franchi et déclare qu'il a obtenu d'excellents résultats de cette pratique. Il cite deux observations d'épithélioma de la face, confirmé par un examen histologique, qui guérirent par l'opothérapie thyro-ovarienne.

Dans un troisième cas de cancer ano-rectal, une amélioration notable fut constatée à la suite d'un traitement par l'opothérapie thyro-biliopancréatique.

A la base de cette opothérapie figure toujours la thyroïdine. Suivant le siège et le sexe, on y adjoindra la mamelline, la surrénaline, l'ovarine, l'orchitine.

Cette méthode ne semblant pas présenter d'inconvénients, entre des mains expérimentées, il est toujours permis d'en faire l'essai loyal, quitte à y renoncer si les résultats ne répondent pas à l'attente.

G. D.

HYDROLOGIE GÉNÉRALE

La radioactivité et les eaux de Luchon,

Par le Dr GERMÈS,

Médecin consultant.

Malgré les efforts de Curie, pendant plusieurs années, la radiumthérapie n'avait intéressé, en France, que quelques spécialistes et quelques esprits d'élite du monde médical.

Aujourd'hui, tout est changé et le Corps médical tout entier sent que là, réside une des branches de la thérapeutique appelée à nous réserver les plus belles et les plus consolantes surprises. Un peu partout, dans les villes, des Instituts se créent où la radiumthérapie est pratiquée dans des conditions parfaites et les résultats enregistrés en sont remarquables. Il est évidemment trop tôt pour fixer, de façon nette et complète, toutes les indications de cette nouvelle et puissante médication. Mais les observations déjà recueillies permettent d'affirmer que le cadre de son action sera très vaste.

Dès à présent, en effet, en dehors même de l'action bien démontrée et admise par tous des émanations radio-actives sur certaines tumeurs, malignes ou bénignes, d'autres actions d'un très grand intérêt sont aussi certaines : l'action très puissante sur l'*élimination de l'acide urique* ; l'action très nette aussi sur l'appareil circulatoire, les corps radio-actifs étant des médicaments *hypotenseurs* ; l'action *sédative*, très remarquable, sur le système nerveux. Ainsi, de leur application, peuvent bénéficier les classes si nombreuses des grands *arthritiques*, des *goutteux*, des *artério-scléreux* et des *nerveux*.

A mesure que l'observation clinique permettait de fixer le cadre de cette thérapeutique nouvelle, une constatation s'imposait : les états fonctionnels dans lesquels la radiumthérapie agissait le plus nettement étaient ceux-là mêmes sur lesquels l'action de *certaines eaux thermales* s'exerçait de façon indiscutable. Et l'on devait naturellement se demander si une part, tout au moins, de l'action de ces eaux, ne tenait pas à leur radio-activité !

Des recherches ont été pratiquées en de nombreuses stations. A Luchon, elles ont été particulièrement concluantes. En 1908, déjà, M. le Pr Moureu et M. Adolphe Lepape avaient examiné un certain nombre de sources thermales de la station. Pour la Source « Bordeu », une des principales et des plus anciennement réputées, ils avaient trouvé le coefficient de 26,4 millimicrocuries d'émanation, par litre d'eau, à l'émergence.

En 1920, ces recherches ont été reprises et poursuivies pour toutes les sources qui n'avaient pas été examinées. Les résultats, absolument remarquables de ces recherches, ont fait l'objet, de la part de M. A. Lepape, d'une communication à l'Académie des sciences, en date du 18 octobre 1920, et doivent, sous peu, faire l'objet d'une communication à l'Académie de médecine.

M. Lepape s'exprime ainsi : « Les sources de Luchon présentent au point de vue de la radio-activité une gamme extrêmement étendue, montant régulièrement à partir de la radio-activité banale des eaux potables, 0,5 (sources Grotte, Richard, Reine), jusqu'aux très hautes valeurs de 26,5 (source Bordeu) ; 31,6 pour la source ferrugineuse non captée de la Galerie François (source Moureu) et 41,5 pour la source Lepape (galerie François) »

« Ces dernières valeurs, continue M. Lepape, élèvent la station de Luchon au premier rang des stations radio-actives françaises, La Bourboule et Plombières venant après, avec 22, 45 et 14,1. »

En conclusion, M. Lepape ajoute : « L'examen des milliers de sources qui jusqu'à présent ont été soumises à l'analyse radio-active *dans toutes les parties du monde* montre qu'il existe moins d'une dizaine de localités possédant des sources plus radio-actives que celles de Luchon »

L'intérêt d'une pareille communication dépasse singulièrement le cadre local.

Au point de vue national, c'est une très grande bonne fortune que Luchon, la vieille et belle station universellement connue sous le nom de « Reine des Pyrénées », soit encore, par la radio-activité de ses eaux, le première en France et parmi les premières du monde entier.

Conscient de son devoir, le Conseil municipal a voulu que dès à présent rien ne puisse être perdu d'une richesse si précieuse pour la médecine thermale française. Les deux sources Moureu et Lepape, soigneusement captées, sont amenées dans un pavillon tout voisin du grand établissement sulfureux.

M. le Pr Moureu a bien voulu accepter que son nom soit donné à ce pavillon des eaux radio-actives et cela en souligne déjà toute la valeur.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

Paris.

Action anti-coagulante des injections intra-veineuses d'arséno-benzol.

(MM. Flandin et Tzanck. — *Société de Biologie.*)

Prélevant du sang avant et après une injection intra-veineuse d'arséno-benzol, MM. Flandin et Tzanck ont noté, après l'injection, une diminution de la coagulation sanguine, qui persiste pendant une heure, en moyenne, et quelquefois plus de 24 heures. Cette action anticoagulante ne s'observe pas si l'injection d'arsénobenzènes est faite sous-cutanée. Les auteurs pensent qu'il y a là un fait susceptible d'éclairer la pathogénie de certains accidents de l'arsénothérapie.

Identité du choc peptonique et du choc anaphylactique.

(MM. Brodin et Richet fils. — *Société de Biologie.*)

L'identité du choc peptonique et du choc anaphylactique est une notion admise par beaucoup d'auteurs, mais non encore acceptée par tout le monde. MM. Brodin et Richet fils ont repris l'étude d'ensemble des modifications sanguines qui accompagnent les deux crises hémoclasiques (peptonique et anaphylactique) et ils en montrent les très nombreux caractères communs (chute de la pression artérielle, troubles de coagulation, leucopénie, hyperviscosité, etc.)

Partant de cette identité, MM. Brodin et Richet ont pu immuniser des animaux contre le choc anaphylactique par une injection intra-veineuse préalable de peptone.

Action anti-anaphylactique des eaux minérales (Vichy).

(MM. F. Arloing et P. Vauthey. — *Soc. de Biologie.*)

D'une série d'expériences faites au laboratoire de médecine expérimentale et au laboratoire du prof.

Cluzet, à Lyon, MM. Arloing et Vauthey concluent que la solution de bicarbonate de soude à 5 pour 1000, l'eau de Vichy-Hôpital et de Vichy-Grande-Grille, injectées quotidiennement sous la peau du cobaye pendant plusieurs jours, sont capables d'atténuer ou de supprimer le choc anaphylactique. L'eau de Vichy possède une action nettement supérieure, à ce point de vue, à la simple solution de bicarbonate de soude.

Le réflexe du plexus solaire.

(M. Henri Claude. — *Société de Biologie.*)

Nous connaissons différents réflexes traduisant des états fonctionnels divers du système nerveux non volontaire : réflexe oculo-cardiaque, réflexe oculo-pulmonaire, réflexe du recroquevillement (d'Erben). M. Henri Claude signale, à la suite de Thomas et Roux, un nouveau réflexe : il consiste en une disparition du pouls obtenue par la compression profonde de la région du creux épigastrique. Le réflexe en question semble résulter d'une action sur le plexus solaire. Les connaissances que nous possédons à son sujet sont encore trop imprécises pour permettre des déductions physiologiques ou cliniques. Peut-être ce réflexe est-il du même ordre que les phénomènes d'inhibition grave que provoquent parfois les traumatismes de la région épigastrique.

Sur la réaction de précipitation du benjoin colloïdal et sur la formol-gélification.

(M. Pauzat. — *Société de Biologie de Bordeaux.*)

M. Pauzat a étudié, par comparaison avec la réaction de Wassermann, la valeur de la réaction de précipitation du benjoin colloïdal avec le liquide céphalo-rachidien (méthode Guillain, Guy Laroche et Léchelle), et celle de la formol-gélification des sérums syphilitiques (méthode Gaté et Papacostas). Il conclut que si l'on peut faire fond sur la réaction du benjoin, on ne saurait accorder qu'une valeur peu appréciable à la formol-gélification, pour le diagnostic de laboratoire de la syphilis.

Abcès froid thoracique fistulisé : guérison par vaccinothérapie.

(M. Louis Bazy. — *Société de Chirurgie.*)

M. Louis Bazy présente un malade entré à l'hôpital Beaujon pour un abcès froid thoracique fistulisé. Le patient, après 3 opérations successives conservait encore des fistules. L'examen du pus ayant montré une infection secondaire à staphylocoques. M. Bazy entreprit une vaccinothérapie antistaphylococcique. Après deux séries d'injections, les fistules se tarirent et la guérison s'est, depuis, maintenue.

Ostéome traumatique traité par la radiothérapie.

(M. Mondor. — *Société de Chirurgie.*)

M. Lecène lit un rapport sur un travail de M. Mondor intitulé : ostéome traumatique du coude traité par la radiothérapie ; résultat fonctionnel excellent. L'observation de M. Mondor montre que la radiothérapie peut dans certains cas d'ostéomes traumatiques donner de bons résultats, au point de vue fonctionnel du moins, car l'ostéome persiste, sans entraver les mouvements du membre.

A propos des hémorrhagies graves de l'amygdalotomie.

(MM. Jacob et Vandenbosche. — *Société de chir.*)

La communication de M. Sébileau, dont nous avons donné une analyse, sur les hémorrhagies cataclysmiques de l'amygdalotomie, a été suivie de quelques observations de M. Jacob et de M. Vandenbosche.

M. Jacob croit qu'au cours de l'amygdalotomie, en dehors des deux carotides, une troisième artère, la faciale, peut être blessée. Peu après son origine, elle avoisine, en effet, le pôle inférieur de la tonsille.

M. Vandenbosche propose les moyens préventifs suivants pour éviter la blessure de la carotide interne. Cette artère est protégée par le pilier postérieur qui est sa sauvegarde. Il faut donc respecter soigneusement ce pilier quand on manie la pince de Ruault. Le malade sera placé en position droite, l'inclinaison de la tête en arrière ayant pour effet le porter la carotide en avant et de la rendre plus vulnérable. On choisira une pince à mors étroits et non les gros morcelleurs qui empiètent plus facilement sur les piliers. On recherchera s'il n'existe pas d'anomalie vasculaire appréciable, de vaisseau pulsatile. Enfin, on ménagera non seulement les piliers, mais aussi le fond de la loge amygdalienne. Il n'y a pas d'inconvénient à laisser un moignon amygdalien, qui, en raison de l'écrasement des tissus, s'atrophie spontanément dans la suite.

Traitement du phlegmon de la gaine des fléchisseurs.

(M. Paul Mathieu. — *Société de Chirurgie.*)

A propos d'une observation de M. Jean Murard (de Lyon) concernant un cas de résection du carpe combinée à la section du ligament annulaire antérieur, pour arthrite suppurée du poignet, consécutive à un phlegmon de la gaine des fléchisseurs, M. Paul Mathieu soulève la question du traitement des phlegmons profonds de la main.

L'ancienne pratique consistait à inciser au-dessus et au-dessous du poignet, à passer un drain sous le ligament annulaire et à drainer. En 1912, M. Lecène a adopté une nouvelle technique : l'opération à ciel ouvert, la section du ligament annulaire antérieur du carpe, déjà employée par quelques chirurgiens étrangers. Les résultats de cette méthode sont très supérieurs aux résultats jusqu'alors obtenus.

M. Hartmann, M. Chifoliau, M. Lenormant, M. Schwartz considèrent la section du ligament annulaire du carpe dans le vrai phlegmon de la gaine des fléchisseurs comme un grand progrès. M. Quénu estime que c'est là la véritable conduite à tenir, *bien que dans certaines formes, moins graves, on puisse* obtenir d'assez bons résultats sans cette section.



La pachydermie verticellée du cuir chevelu.

(M. LENORMANT. — *Société de chirurgie.*)

M. Lenormant présente les photographies de deux malades atteintes de l'affection bizarre et peu fréquente du cuir chevelu à laquelle Audry (de Toulouse) a donné le nom de pachydermie vorticellée. L'aspect morphologique de la lésion est singulier. Le cuir chevelu est très épaissi et parcouru de nombreux sillons, délimitant des bourrelets cutanés, véritables circonvolutions. Grossièrement, cela ressemble à un hémisphère cérébral et on croirait voir sur la tête du malade son cerveau à nu, d'où le nom de cuir chevelu encéphaloïde, employé par Callé. Le traitement est purement chirurgical.

Anthrax de la lèvre guéri par le vaccin de Delbet.

(M. AUVRAY. — *Société de chirurgie.*)

M. Auvray relate l'observation d'un malade atteint d'un volumineux anthrax de la lèvre inférieure qu'il a traité sans incision et avec succès par le vaccin du professeur Delbet.

M. ALGLAVE a eu des résultats analogues avec le sérum de Leclainche et Vallée.

M. TUFFIER a obtenu les meilleurs résultats, dans un grand nombre d'anthrax, de la vaccination antistaphylococcique. Mais, autant la staphylococcie, sous toutes ses formes, est accessible à nos moyens, autant est difficile l'attaque de la streptococcie par les mêmes méthodes.

Stries transversales des métaphyses du tibia et du fémur.

(M. Albert MOUCHET. — *Société de chirurgie.*)

M. Albert Mouchet présente, sans pouvoir en tirer encore des conclusions sémiologiques, les clichés de tibias et de fémurs de deux fillettes, se plaignant de troubles de croissance. Les tibias de l'une et les fémurs de l'autre offrent, à leurs métaphyses supérieures et inférieures des lignes transversales de tissu osseux plus dense.

P. L.

Toulouse.

Société de Médecine.

Syphilis conjugale neurotrope ignorée.

MM. CESTAN et RÉSER donnent lecture d'un mémoire consacré à l'étude de quelques formes de syphilis conjugale neurotrope ignorée. Il s'agit dans la plupart des observations rapportées de formes frustes, où l'existence d'une lésion nerveuse fut confirmée par l'examen du liquide céphalo-rachidien.

Ecole et orthopédie.

M. BADIN, après avoir rappelé que c'est pendant la période scolaire que l'on voit s'accentuer, se développer ou se manifester la plupart des difformités appartenant au domaine de l'orthopédie, insiste sur ce fait que l'école n'a d'influence défavorable que chez les prédisposés, le rachis ne se déformant que parce qu'il y a déséquilibre entre sa force de résistance et l'effort qu'il doit supporter. Il passe ensuite en revue les différents moyens prophylactiques que l'on est en droit d'exiger de l'école, et estime qu'il est tout à fait nécessaire de réorganiser dans ce but l'inspection médicale des écoles.

Sérothérapie de la fièvre typhoïde.

M. DAUNIC communique deux cas de fièvre typhoïde graves traités avec succès par le sérum de Rodet.

Tétanos utérin.

MM. MOSSÉ et ROQUES rapportent l'observation d'une malade ayant succombé à un tétanos suraigu : la porte d'entrée ne put être reconnue qu'à la suite de l'autopsie, qui montra des lésions utérines.

La température dans l'hépatite chronique dysentérique.

MM. LAPORTE et ROQUES présentent une très intéressante observation d'évolution cyclique de la température au cours d'une hépatite chronique dysentérique.

Société de Chirurgie.

Statistique de 31 cas de prostatectomie.

M. DUCUING rapporte 31 observations de prostatectomie suspubienne pour hypertrophie de la prostate. Toutes ces interventions, sauf dans quelques rares cas, ont été pratiquées à l'anesthésie locale à la novocaïne : elles ont toujours eu lieu en deux temps, après simple cystotomie. L'auteur passe ensuite en revue les quelques complications opératoires ou postopératoires qu'il lui a été donné d'observer. Les résultats définitifs ont été 29 guérisons et 2 décès.

Craniectomie décompressive chez un hérédo-syphilitique.

M. MIGINIAC présente l'observation d'un malade atteint de prostration, d'inégalité pupillaire, de ralentissement du pouls, de vomissements, de constipation et de céphalée, chez lequel il pratiqua une crâniectomie sous-temporale décompressive. L'intervention fut suivie de la disparition de tous les troubles, qui étaient probablement dus à l'évolution d'une gomme qu'à celle d'une tumeur ou d'une méningite séreuse.

Cancer du rein à cellules claires.

M. MARTIN communique le cas d'un homme de 48 ans présentant des hématuries intermittentes et spontanées provenant du rein droit, et chez qui la néphrectomie a montré l'existence d'une double tumeur, l'une au niveau du bassinet, et l'autre dans l'épaisseur du rein. L'examen histologique montra qu'il s'agissait d'un épithéliome à cellules claires.

Société d'Obstétrique et de Gynécologie.

Kyste du parovaire et grossesse.

MM. Grimond et Berry communiquent une observation de kyste du parovaire venu compliquer une grossesse. L'intervention chirurgicale consistant en l'ablation de la tumeur a été suivie des meilleurs résultats.

Infection puerpérale.

MM. Audebert et Claverie rapportent un cas d'infection puerpérale à forme cyclique et prolongée qui fut guérie grâce à un abcès de fixation.

M. Fournier donne lecture de deux observations d'infection puerpérale post-partum où l'abcès de fixation, fait d'une manière précoce, amena la guérison.

Grossesse ectopique suivie de grossesse normale.

M. Fournier rapporte l'observation d'une malade qui, quelques mois après avoir présenté des symptômes d'inondation péritonéale (dus vraisemblablement à l'interruption d'une grossesse tubaire), eut une grossesse utérine qui évolua à terme sans complications.

Société anatomo-clinique.

Gangrène sénile.

M. Cabadé communique l'observation d'une malade de 73 ans, atteinte d'un début de gangrène sénile d'origine athéromateuse, où la prescription de citrate de soude associé au traitement ioduré fut suivie de la disparition de tous les accidents (œdème, lymphangite, gangrène).

Colite infectieuse grave.

MM. Auban et Trouette rapportent un cas de colite infectieuse grave, suivie d'arthropathies multiples et de pleurésie évoluant chez un enfant de 7 ans. La mort a été causée par la septicémie streptococcique secondaire.

Tumeur de la parotide.

MM. Miginiac et Boularan présentent un cas de tumeur mixte de la parotide, entraînant quelques symptômes d'irritation du facial supérieur et dont l'énucléation fut facilitée par la ligature de la carotide externe.

Ostéosyphilose héréditaire tardive.

MM. Miginiac et Boularan communiquent un cas d'ulcération gommeuse de la jambe gauche développée sur une syphilis osseuse tardive chez une fillette de 9 ans.

Cancer du rein.

MM. Tapie et Boularan rapportent une observation de cancer du rein avec anémie et splénomégalie ayant simulé une leucémie myéloïde. L'autopsie montra, en plus de diverses métastases cancéreuses, une rate hypertrophiée et adhérente à une grosse tumeur du pôle supérieur du rein.

Rhumatisme chronique vertébral.

MM. Lafforgue et Pujol présentent un malade de 35 ans, hospitalisé pour mal de Pott, et chez qui l'examen clinique et radiographique permit d'affirmer un cas de rhumatisme chronique vertébral. L'étiologie de ce cas est très obscure : après avoir éliminé la blennorragie, la tuberculose et la syphilis, les auteurs croient pouvoir rejeter la spondylose rhyzomatique du type Pierre Marie, la spondylose rhumatismale ankylosante, et le rhumatisme ostéophytique de Regnault, pour s'arrêter à la forme décrite par Raymond et Berger sous le nom de synarthrophyse.

J. T.

THERAPEUTIQUE APPLIQUÉE

Du traitement des séquelles pulmonaires chez les gazés de la guerre.

Que sont devenus depuis le 11 novembre 1918 les soldats évacués pour lésions pulmonaires dues aux gaz ? A l'exception de ceux qui sont morts dans les hôpitaux de l'arrière de complications presque immédiates, les autres peuvent se diviser en 3 catégories :

1° Ceux qui ont guéri et chez lesquels les lésions pulmonaires minimes ont permis le rétablissement complet.

2° Ceux qui n'ont pas guéri, restant en butte à des accidents fréquents, plus ou moins sérieux, constamment tenus en éveil, mais qui ont conservé néanmoins un bon état général. Ce sont les *boiteux* du poumon.

3° Ceux qui sont morts et meurent journellement des complications éloignées.

Avant de développer les considérations concernant les deux dernières catégories, on peut se demander si, au point de vue clinique, il y a lieu de tenir compte de la qualité du gaz qui a causé les blessures, autrement dit, s'il existe des symptômes cliniques particuliers à chaque gaz, étant bien entendu que nous ne parlons que des séquelles pulmonaires ou, si vous voulez, des suites éloignées de ce qui a été. Il va de soi qu'au moment de l'intoxication, à condition que celle-ci ait été suffisamment intense, la symptomatologie variait sensiblement selon le gaz coupable. Nous n'aurons en vue dans notre exposé que les deux gaz principaux : le chlore et le sulfure d'éthyle dichloré (ypérite).

Les complications tardives dues au chlore sont

la bronchite, la dilatation bronchique, l'emphysème, le tout lié à un catarrhe chronique.

Les complications dues à l'ypérite sont la bronchite, mais bronchite ulcéreuse avec des desquamations épithéliales souvent très étendues (en lambeaux) ouvrant ainsi la voie à toutes les infections et à toutes les complications : bronchopneumonie, congestions diverses.

Il nous paraît incontestable que les séquelles dues à l'ypérite présentent des caractères de plus grande gravité, en raison des lésions plus profondes qu'elle a créées. Or, ce sont les ypérités qui sont justement de beaucoup les plus nombreux, l'ypérite ayant été le gaz de choix des Allemands depuis 1916, dans cette guerre meurtrière. C'est l'intensité de la suppuration qui nous semble caractériser surtout les ypérités avec des complications consécutives ou juxtaposées plus redoutables.

L'ypérité a gardé ses foyers suppurés, dont il ne peut venir à bout ; il crache tout comme le chloré, mais du pus en quantité beaucoup plus considérable. Le chloré ressemble aux catarrheux avec des crachats mêlés en grande quantité à du mucus ; l'ypérité trahit son affection par l'abondance et la consistance du pus évacué. C'est un pus surtout jaune et épais, pareil à celui de la bronchite suppurée froide. Cette particularité mise à part, tous deux (*malades de la deuxième catégorie de notre classification*) se ressemblent assez au point de vue symptomatologique fonctionnel. Tous deux sont des dyspnéiques d'effort. Un travail soutenu leur est impossible, ils ne peuvent ni marcher vite, ni courir, ni monter convenablement un escalier. Veulent-ils soulever un poids un peu lourd ? Aussitôt, la dyspnée s'accentue et l'effort est brisé. Ils ne sont bons à aucun travail, nécessitant la main d'œuvre de l'ouvrier. Seul, un emploi sédentaire leur convient au milieu d'une vie monotone, faite de passivité démoralisante.

Et plus encore : tous deux sont fréquemment aux prises avec des accès de dyspnée diurnes ou nocturnes, revêtant le caractère de la crise d'asthme à durée variable : de 10 minutes à 2 ou 3 jours. J'en ai vu pris de vertige, suivi de syncope. Les crises courtes sont souvent séparées par des accalmies plus ou moins longues, pour se reproduire à intervalle régulier ou irrégulier, à l'occasion d'une quinte de toux, du moindre mouvement. Il y en a qui n'osent plus bouger dans leur lit, et restent figés dans les positions les plus variées, tout comme l'asthmatique. Je dis *tout comme l'asthmatique*, parce qu'il semble que l'on hésite à les considérer comme des asthmatiques. Nous croyons que c'est à tort, et pour ma part, je n'hésite pas à les considérer comme tels, à point de départ pulmonaire bien entendu. En effet, rien ne m'a jusqu'à présent permis de différencier une crise d'asthme vraie, d'origine bronchique, avec une crise d'asthme d'un gazé.

L'une et l'autre se ressemblent au point de vue habitus extérieur et au point de vue auscultation. Question de lésion dans le poumon ? J'avoue que, pour ma part, je n'ai pas encore vu un asthmatique d'origine pulmonaire à qui, en dehors de ses crises, je n'aie trouvé un petit point faible dans l'appareil broncho-pulmonaire. Cherchez bien et longtemps ; faites tousser votre malade, et faites-lui faire quelques génuflexions qui l'essoufflent, et vous trouverez l'épine. Un autre symptôme commun également aux gazés est l'extrême facilité avec laquelle ils prennent froid, autrement dit, s'enrhument. Et voilà de nouveau, après un calme relatif, tout le repos mis en question par la généralisation presque inévitable du catarrhe nasal aux bronches déjà très éprouvées, et suffisamment ulcérées pour donner à ce nouvel ensemencement un caractère d'acuité torturante.

Au point de vue habitus extérieur, ces malades gardent un assez bon état général, mangent bien, ne maigrissent pas, et, à les voir, on ne se douterait nullement de leur affection. Néanmoins l'ypérité qui crache plus abondamment m'a semblé moins robuste, plus asthénique, ce qui ne doit pas étonner, eu égard aux lésions assez étendues et les phénomènes d'intoxication sans doute due à la présence de grandes quantités de pus. Après avoir ainsi décrit les symptômes fonctionnels auxquels donnent lieu les séquelles pulmonaires dues aux gaz, voyons l'auscultation.

Celle-ci est d'une monotonie décevante. Qu'il s'agisse de chlorés ou d'ypérités, ce sont toujours et encore des ronchus et des sibilances plus ou moins généralisées, plus ou moins intenses, superposées parfois à des zones d'obscurité respiratoire (sclérose). Très souvent, il existe un foyer de râles congestifs fins quelque part, semblant déceler la lésion pulmonaire alvéolaire. Ce foyer persiste, alors même que les ronchus et les sibilances ont disparu ; je porte toujours toute mon attention sur l'évolution de ces zones, parce que je les considère comme le point délicat et le point de départ des complications futures. Les complications sont, hélas ! fréquentes, et parmi celles-ci, nous trouvons la plus redoutable de toute : la tuberculose. Mais auparavant, les malades ont subi la voie ascendante, si j'ose m'exprimer ainsi.

En bas de l'échelle, nous trouvons des bronchites aiguës répétées à satiété, dont la durée varie de quelques jours à quelques semaines, passant et revenant plus nombreuses toujours, aggravant chaque fois l'état pulmonaire préexistant. A chaque nouvel accès, le pus bronchitique est plus abondant. Le malade a de plus en plus de peine à s'en débarrasser et devient insensiblement un cracheur tenace malgré lui.

Puis, c'est la bronchite suppurée avec son pus jaune plus ou moins compact, résultats d'infections successives avec destruction épithéliale. C'est la bronchectasie localisée à une région ou généralisée, avec ses lésions destructives ulcérantes, accompagnées de lésions emphysémateuses et de sclérose, à suppuration abondante s'évacuant souvent sous forme de véritables vomiques à odeur fétide. C'est la bronchopneumonie et son évolution toujours problématique. C'est l'abcès pulmonaire.

C'est la gangrène, avec ses éliminations de pulpes hémorrhagiques à couleur vineuse, à odeur repoussante. Et enfin, la tuberculose.

Malheureusement, celle-ci semble être l'aboutissant ou la complication finale des lésions préexistantes. Combien ai-je vu de gazés prendre ce chemin ! Après avoir souffert depuis le jour où ils ont été gazés, ce qui remonte actuellement à plus de deux ans au moins et à plus de six ans souvent, ils accusent finalement les symptômes funestes qu'ils redoutaient tant, et à faire craindre que, si l'on n'y prend garde, ils s'éteindront les uns après les autres, frappés par la plus redoutable des complications. *Ce sont les malades de la troisième catégorie de notre classification.*

Et on dit qu'ils sont légion, après avoir consulté les listes des pensionnés ou réformés pour lésions pulmonaires dues à cette diabolique invention. *Il y a de cela une conclusion irréfutable à tirer,* qui est celle-ci : « *la thérapeutique employée a été impuissante à arrêter l'évolution des lésions en cours.*

Il me serait trop facile de citer les aveux d'impuissance, livrés à la publicité, en conférences et publications émanant de ceux qui étaient spécialement choisis pour s'occuper de cette thérapeutique; j'ai néanmoins un reproche sévère à leur adresser : celui de n'avoir pas voulu, même pour un intérêt sacré, celui de nos soldats gazés, étudier de plus près ce que j'ai offert, dès que mes premiers résultats s'annonçaient brillants, c'est-à-dire dès fin 1917. Il y a là plus qu'une incurie !

Et qu'est-ce que j'offrais dès cette époque, ne pouvant m'y consacrer plus tôt pour cause de séjour au front ?

C'était de remplacer la thérapeutique des calmants et de la fumigation enfantine et ridicule par ma méthode d'inhalation. J'éprouverai toute ma vie la sensation pénible que j'eus, en traversant une salle de gazés penchés sur leurs casseroles individuelles, aspirant à grande peine des vapeurs à l'eucalyptus presque invisibles. Je m'approchai de quelques-uns et leur demandai : « Cela vous fait-il du bien » et eux de me répondre : « Oh ! pas grand'chose. »

J'avais communiqué mes résultats à l'autorité militaire depuis longtemps, et je m'étais offert de faire, au front même, une installation semblable à celle que je possède à Paris, préoccupé d'une seule chose : sauver la vie au plus grand nombre possible de poilus. *Cela même m'a été refusé.*

Voici comment je suis arrivé aux constatations de la parfaite possibilité de guérison des gazés. Médecin d'une formation voisine de Paris, et contrarié d'avoir dans mon infirmerie des piliers presque permanents composés d'anciens gazés, j'eus l'idée de leur appliquer à mes frais ma méthode.

Il y eut là des chlorés de 1915, des ypérités de 1916 avec leurs manifestations pathologiques diverses, citées plus haut.

Quelle ne fut pas ma satisfaction de les voir guérir presque tous dans ce peu de temps qui m'était mesuré pour raison financière ? 3 mois en tout. Je les revois de temps à autre ; ils sont absolument bien portants.

Vous pensez que, du coup, j'en voyais des milliers faire de même ! Hélas non ! Ce fut un désir non réalisé.

Aussitôt démobilisé, je recommençai le même travail avec le même succès. Aucun échec sur tous ceux qui ont suivi le traitement pendant le temps nécessaire.

En quoi consiste ce traitement ?

Il y a au moins 3 facteurs particuliers et personnels.

Le premier : la technique,

Le deuxième : le médicament employé,

Le troisième : la manière d'application.

La technique : J'ai toujours et en toute circonstance condamné la fumigation simple comme étant absolument incapable de modifier les lésions bronchiques en raison de sa trop faible pénétration. N'empêche que l'idée que j'ai émise depuis 1902 a fait son chemin, car il n'est presque plus de médecin qui n'ordonne des fumigations dans les affections broncho-pulmonaires. Il n'y a qu'un malheur à cela : c'est qu'ils commencent par où j'ai commencé il y a 20 ans, ignorant ou feignant d'ignorer ma technique actuelle, qui est la résultante d'années d'applications diverses de la vapeur médicamenteuse. Je le regrette très sincèrement pour les malades, et d'autant plus que je n'ai pas la prétention de vouloir traiter tous les malades à mon inhalatorium.

Actuellement, j'ai remplacé la casserole par des chaudières à haute pression à capacité de vapeur très grande et supérieure à celle des chaudières non destinées à cet usage. Cette vapeur est distribuée par des canalisations aux malades, chaque malade possédant une prise personnelle sur la canalisation générale. La pression peut être variée par le dispositif de vannes posées sur le parcours. Un vaporisateur fait le mélange des médicaments et de la vapeur qui est à 130°,

150° de température. Cet appareil permet d'opérer le dosage. Vous voyez que, comme installation, c'est assez compliqué ; mais elle peut se faire, avec mes indications, en petit et en grand, et partout. Le malade est assis dans sa cabine, séparé de son voisin par des cloisons ; un tube conducteur du mélange vapeur-médicament traverse la cloison et le projette avec la pression nécessaire dans l'arrière-gorge. Les trois conditions indispensables à toute installation sérieuse sont ainsi remplies : pression, *continuité égale* dans la projection et abondance de projection. Sans cela, l'inhalation est un leurre pour toute affection sérieuse de l'appareil broncho-pulmonaire. Fait particulier : grâce à la haute température de la vapeur, le médicament n'est pas pulvérisé, mais vaporisé. Il s'agit donc bien de vapeur et non pas de pulvérisation, fait qui a sa grande importance au point de vue de la pénétration dans les bronches, si petites qu'elles soient. Quant à la possibilité de celle-ci, je ne pense vraiment plus avoir à la défendre après ce qui s'est passé à la guerre.

Le médicament : Celui-ci est si intimement lié à ma technique que sa composition importe peu ici.

La manière ou le mode d'application : En inhalations journalières de 60 à 90 minutes de durée, sous la surveillance de médecins et d'infirmières. Il ne suffit pas de mettre le malade en face de son tube et de lui dire : « respirez ! ». En général, nous ne savons pas respirer, et c'est un apprentissage à faire pour chaque malade. Cet apprentissage est d'autant plus nécessaire que le malade ne respire pas seulement de l'air, mais de la vapeur projetée avec force dans la bouche. Il s'agit d'éviter les respirations incomplètes, vicieuses, la déglutition de la vapeur. Si la respiration n'est pas parfaite, un malade peut rester pendant 6 mois à son tube sans en retirer le moindre bénéfice. Et même, le malade qui respire bien, demande à être surveillé. La respiration régulière et forcée est un travail, nécessite de la volonté et des efforts, et cela, tous les jours pendant une heure 1/2, et pendant des mois quelquefois. Ce serait trop optimiste de penser qu'un malade fera cela, sans y être constamment incité. Aussi, dans tout inhalatorium, médecins et infirmières sont indispensables, sans parler de la surveillance continuelle exigée par les modifications apportées aux signes d'auscultation.

En effet, il est non seulement nécessaire, pour obtenir des résultats, d'être très au courant de la technique de ma méthode, mais aussi de ses effets sur le poumon.

(*A suivre.*)

Dr Arnold, ✻, ✠,
Directeur de l'Inhalatorium.

BIBLIOGRAPHIE CRITIQUE

Revue des Livres.

G.-H. Meunier. — **Contre la grippe. Nos moyens de défense individuelle** (1).

Le Dr G.-H. Meunier, qui fut médecin en chef de la place de Calais, et put observer avec soin l'évolution de l'épidémie de grippe de 1918, a exposé ses idées originales sur cette maladie et a écrit un opuscule destiné au grand public dans un but de prophylaxie et de prévoyance qu'il espère atteindre par l'éducation individuelle.

Le professeur Albert Robin, à qui fut dédié le travail, trouve que la question y a été traitée d'une façon magistrale et bien qu'il ne partage pas absolument toutes les idées du Dr Meunier, il avoue avoir été impressionné par les arguments qu'il donne pour défendre sa thèse.

Le Dr Meunier, non sans ironie, relève l'impuissance où les bactériologistes se sont trouvés pour découvrir l'agent pathogène de la grippe. Là encore, on a fait intervenir le fameux *virus filtrant*, la *tarte à la crème* des bactériologues embarrassés qui ne veulent pas avouer leur incapacité.

La grippe est épidémique, pendémique même, mais est-elle contagieuse ?

Plusieurs de nos lecteurs vont sursauter à cette question. Cependant ?

M. Meunier nous fait le tableau saisissant de l'épidémie de grippe à l'hôpital de Calais pendant les bombardements par avions. Il y avait de constantes alertes et grippés, blessés non grippés, personnel s'entassaient toutes les nuits dans les caves, sans souci de la contagion. Ils étaient là plusieurs heures pêle-mêle, respirant un air confiné, infecté au bout de quelques minutes. L'alerte passée chacun gagnait son lit. Les grippés dans la salle d'isolement, les blessés dans le service chirurgical. Or, au cours d'une longue période de ce régime peu prophylactique, M. Meunier n'a jamais constaté un cas de transmission de la maladie.

La cause la plus importante de la grippe serait l'état de l'atmosphère dont l'humidité constante, froide sans exagération sous une pression atmosphérique uniforme, sans vents violents, sans rayons solaires créait un milieu malsain. septembre, octobre et novembre 1918.

A cette action de l'atmosphère qui explique le développement soudain et généralisé de la grippe en un jour à toute une population, il convient de joindre la réceptivité individuelle. En un mot dans nos armées la grippe résultat

(1) Fascicule de 76 pages, chez l'auteur, à Calais, 45, rue Amiral-Courbet.



IODO BENZO METHYL FORMINE = ANTISEPSIE INTERNE

Parce que :

— 1° Ce n'est plus uniquement le produit iodé proprement dit, mais une combinaison iodée des meilleurs antiseptiques organiques, injectable sans réaction locale ni générale

— 2° Chute rapide de la température dans les Septicémies

— 3° Son action synergétique se vérifie dans les cas les plus variés et les plus rebelles :

RHUMATISMES déformant, chroniques, gonococcique. (spécifique)

TUBERCULOSE pulmonaire, ganglionaire, osseuse. (spécifique)

SEPTICÉMIES Fièvre puerpuerale, Méningite cerebrospinale, Grippe Pyelites diverses _ Uro-gynécologie. (spécifique)

SYPHILIS notamment tabès et myelites. (spécifique)

— 4° Elle est employée dans tous les Hopitaux depuis 1912

Laboratoires **CORTIAL** 125, r. de Turenne, PARIS { AMPOULES COMPRIMÉS

Parathyrocalcine "Moncour"

Fixation des Sels de Calcium sur le terrain déminéralisé par l'utilisation, comme Mordant :: :: de l'extrait total Parathyroïdien :: ::

USAGES { *Enraye le processus de* ***Déminéralisation***
Assure la ***Reminéralisation*** *de l'organisme*

FORME { **Cachets** : Un à trois par jour
Comprimés : deux à six par jour

ECHANTILLONS SUR DEMANDE

Produits Opothérapiques "Moncour"

49, avenue Victor-Hugo

Télép.: **114.** **BOULOGNE-PARIS**

ASTHME CŒUR REINS ARTÉRIOSCLÉROSE ANGINE DE POITRINE etc

ELIXIR EUPNÉIQUE MARTIN-MAZADE

A L'

IODURE DE CAFÉINE

0 GR. 25 PAR CUILLERÉE A CAFÉ

Remède vraiment héroïque journellement prescrit par toutes les sommités médicales. Ne provoque ni intolérance ni accidents d'iodisme. — 2 à 4 cuillerées à café par jour.

LITTÉRATURE & ÉCHANTILLONS : LABORATOIRE MARTIN-MAZADE St-RAPHAËL (VAR)

de trois facteurs : air malsain, surmenage intensif, hygiène nulle. Un seul de ces facteurs ne peut suffire. Si en 1914-15, 16 et 17, il n'y eut pas de grippés chez nos soldats parfois plus surmenés et dont l'hygiène laissait plus à désirer qu'en 1918, cela tenait à l'absence des conditions atmosphériques nécessaires.

Le Dr Meunier explique les accidents graves du début de la grippe par le fonctionnement insuffisant des émonctoires et en particulier du poumon dont la muqueuse est irritée et œdématiée par l'élimination des produits toxiques.

Avec M. le Prof. A. Robin, l'auteur considère les fonctions de la peau et l'élimination sudorale comme ayant le rôle le plus salutaire au début la grippe. La malpropreté de la peau gênant la sudation est une cause d'aggravation de la grippe.

L'anatomie pathologique macroscopique ne permet de constater que des lésions communes à toutes les infections et montre que la mort survient avant que l'organisme ait pu se mettre en état de défense.

Dans une deuxième partie de son travail, M. Meunier expose *ce que tout grippé doit savoir faire et surtout doit ne pas faire.*

Après un tableau de l'affolement général, la critique des circulaires officielles contradictoires, des factums absurdes des bureaucrates médicaux, des instructions au public sans le moindre souci de la possibilité de leur application pratique, rédigées par les pontifes de la médecine officielle et administrative, instructions toujours inutiles et parfois nuisibles (1). Après avoir stigmatisé la paperasserie demandée aux médecins, la réclamation de statistiques alors qu'on avait autre chose à faire, la ridicule demande de déclaration de la maladie quand la moitié de la population d'une ville était parfois brusquement frappée, après avoir en somme montré le désarroi que l'idée de contagion avait jeté dans les administrations avec l'aide de leur conseillers médicaux techniques, M. Meunier montre ensuite comment on aurait dû combattre la grippe :

Pas d'affiches qu'on ne s'attarde pas à lire, mais faire distribuer dans les familles par l'intermédiaire des enfants des écoles des tracts bien conçus et bien rédigés. Préconiser, exiger, encourager la propreté individuelle. Aérer, ventiler les salles de réunion, les écoles, les théâtres. Faire entrer dans la tête de chacun que le meilleur désinfectant est l'air pur.

La grippe banale est une affection sporadique que dans les régions froides et humides en hiver du nord de la France. Il est bon de se prémunir contre elle par la pratique de mesures d'*hygiène individuelle.* A savoir : alimentation normale surtout végétarienne et frugale. Boire peu en mangeant, bien mastiquer et insaliver. Manger peu le soir et ne pas se coucher avant qu'une heure se soit écoulée après le repas. Habitation aérée d'une façon continue. Vêtements suffisamment chauds mais sans exagération, veiller surtout à ne pas laisser refroidir les extrémités. Lavages et frictions fréquents de la peau. Lavages à l'eau chaude si l'on est sédentaire, à l'eau froide, si l'on doit se livrer à la marche ou à un exercice physique.

M. Meunier insiste sur la nécessité d'assainir l'arrière-gorge et les fosses nasales par des lavages à l'eau salée, par l'aspiration d'huile goménolée ou mentholée, de préférence le soir au coucher.

L'exercice physique, d'après les observations de l'auteur, préserverait de la grippe qui frapperait surtout les sédentaires. Les douaniers comptaient proportionnellement plus de malades que les dockers. Dans l'armée, officiers et sous-officiers, qui surveillaient les exercices sans y prendre part, étaient plus atteints que les soldats. L'armée donna une mortalité beaucoup moindre que la population civile.

Comme *traitement au début,* d'abord le repos au lit avec la volonté d'y rester 24 ou 48 heures ; s'y tenir chaudement pour favoriser la transpiration. Si un mieux se produit garder le repos encore quelques jours ; se nettoyer les fosses nasales par l'aspiration d'eau salée chaude ; favoriser la sudation par des boissons chaudes stimulantes ; éviter le lait qui fermente et s'altère ; changer de linge.

Pendant la *période d'état,* M. Meunier s'élève contre les antithermiques en cachets et encore contre l'administration du lait.

Il préconise contre la toux les potions à l'acétate d'ammoniaque ; aux sirops de Désessartz, de codéine, de polygala, les tisanes tièdes bien filtrées.

Contre l'embarras gastrique avec constipation, il prescrit une potion purgative d'infusion de follicules de séné, additionnée de manne et crème de tartre, prise très chaude, par petites gorgées ; ou bien la diète hydrique ; parfois il est bon de recourir aux lavements.

La durée de la maladie et de sa convalescence sont des plus variables, souvent la durée dépend de l'intelligence des premiers soins qui ont été donnés.

M. Meunier conclut en faisant remarquer qu'il faut bien connaître ses adversaires, mais qu'il est encore plus utile de bien se connaître soi-même.

J. N.

(1) Nous rappellerons les instructions conseillant l'isolement des grippés au besoin avec des draps de lit suspendus en paravent, qui ont fait sourire de pitié tous les praticiens qui exercent dans les milieux populaires.

J. N.

PARTIE PROFESSIONNELLE

LA VIE SYNDICALE ET PROFESSIONNELLE

La loi des Pensions, le Parlement et le Corps médical.

Le *Journal officiel* du 27 mars 1921 renferme un monument prodigieux, — j'allais dire monstrueux — de menaces et d'injures adressées au Corps médical organisé, que représente l'Union des syndicats.

C'est le chapitre intitulé *L'article* 64 du rapport fait au nom de la Commission des finances chargée d'examiner le projet de loi portant fixation du budget général de l'exercice 1921 (ministère des pensions, des primes et des allocations de guerre), par M. Defos de Rau, député.

Il serait profondément regrettable que cette façon d'envisager le conflit surgi entre le ministre des pensions et l'Union des syndicats médicaux, ainsi que les commentaires qui l'accompagnent, passent inaperçus.

Aussi, nous faisons-nous un devoir de publier intégralement ce factum, et en recommandons-nous la lecture attentive à nos abonnés.

ANNEXE N° 2230

(Session ord. — 1re séance du 26 février 1921.)

Extrait du rapport fait par M. Defos du Rau, député.

L'article 64.

Vous trouverez à la suite des chapitres du budget les concernant, quelques notes sur ces questions. Je voudrais résumer ici, cependant, car la Chambre a le droit d'être renseignée loyalement, les phases du conflit qui mit aux prises le ministère et les syndicats de médecins, conflit qui ne tardera pas à se résoudre certainement pour le plus grand bien des invalides de guerre qui eussent risqué d'en être les victimes.

Sur le point de l'application de l'article 64, aucun progrès, en effet, n'a été réalisé en un an (voir chap. 113).

Avant le vote de la loi du 31 mars 1919, réformés temporaires et réformés n° 2 ne pouvaient être admis dans un hôpital militaire, à moins de décision ministérielle et à charge de remboursement ; quant aux réformés avec pension, ils pouvaient être admis lorsqu'ils étaient atteints de maladies aiguës ou avaient besoin d'opération sérieuse, toujours à charge de remboursement des frais, suivant un tarif forfaitaire qui ne pouvait toutefois excéder le montant de la pension de réforme.

L'article 64 est venu décider que « l'État doit à tous les militaires et marins bénéficiaires de la loi, leur vie durant, les soins médicaux, chirurgicaux et pharmaceutiques nécessités par la blessure ou la maladie contractée ou aggravée en service et qui a motivé leur réforme ».

Le même article, après avoir proclamé, dans son paragraphe 4, le principe du « libre choix du médecin et du pharmacien », ajoutait, dans son paragraphe 5 :

« Les frais des soins médicaux et pharmaceutiques seront supportés par l'État. Le tarif en sera établi par un décret d'administration publique, pris après entente avec les représentants autorisés des organisations et des syndicats professionnels intéressés.

« Si l'hospitalisation est reconnue nécessaire, les malades seront admis, à leur choix, dans les salles militaires ou dans les salles civiles de l'hôpital de leur ressort. L'État payera les frais de séjour, suivant le tarif adopté dans l'hôpital mixte du chef-lieu d'arrondissement le plus voisin. » Les frais de voyage sont également à la charge de l'État et payés dans des conditions déterminées par décret.

C'était clair ; *tout au plus pourrait-on regretter l'équivoque peu juridique des mots « pris après entente ». Il est bien évident qu'il n'y avait dans ces mots, aux yeux du législateur, qu'un acte de courtoisie déférente à l'adresse du corps médical, le Parlement n'ayant pu avoir la pensée de faire dépendre un décret d'administration publique, destiné à expliquer les modes d'application d'une loi, du bon plaisir d'un corps de citoyens, si honorable qu'il fût.*

C'est de ce point pourtant qu'est sorti tout le conflit. Dès la fin de 1919, le sous-secrétaire d'État à l'intérieur, qui avait à cette époque dans ses attributions l'application de l'article 64, ne put aboutir à l'entente (malgré qu'il fût médecin lui-même), le tarif réclamé par l'Union des syndicats médicaux était trop élevé.

Lorsque fut fondé le ministère des pensions, M. Maginot se vit réclamer, pour tout le territoire, le prix courant payé par la clientèle ordinaire, ce prix étant évalué. au dire des médecins à 8 et 10 fr., suivant l'importance des localités.

Outre qu'il était inexact qu'au printemps de 1920 ce fût là le prix couramment pratiqué, il avait été dit, au cours des travaux préparatoires de la loi, que le tarif devait être supérieur à celui de l'assistance médicale gratuite (qui, d'après M. Pacaud, représentait alors 40 à 50 centimes par visite), mais inférieur au prix payé par la clientèle ordinaire.

Il y avait à ceci bien des raisons ;

1° Les invalides de guerre constituent, pour les médecins, une clientèle ou un accroissement de clientèle, du fait unique de la guerre ;

2° Sans l'article 64, beaucoup de mutilés se fussent fait inscrire à l'assistance médicale gratuite ;

3° Le fait que l'État devient débiteur des frais médicaux substituait un débiteur éminemment solvable à des débiteurs souvent peu aisés, d'une solvabilité inégale, et tout risque de non-payement disparaissait ;

4° Enfin, il ne fallait pas que l'exemple de l'État servît de prétexte aux médecins pour augmenter le lendemain le prix de leurs visites et consultations à la clientèle ordinaire ; n'a-t-on pas assez souvent reproché à l'État de pousser, par son exemple, à la cherté de la vie ?

En avril 1921, le ministre des pensions envoya donc, sur ces bases, une circulaire aux préfets, leur demandant (étant établi dans leur département, le tarif moyen de la visite et de la consultation au compte de l'assistance médicale gratuite, et à l'égard de

---

RENOUVELLEMENT DES ABONNEMENTS

Pour éviter les frais de recouvrement nous prions nos abonnés de vouloir bien nous adresser le montant de leur abonnement, soit **24 fr.**, par versement à notre compte de chèques postaux PARIS 167-95, versement qui peut être fait dans tous les bureaux de poste.

la clientèle ordinaire) de provoquer un accord avec les associations départementales de médecins.

Dans 65 départements, les préfets parvinrent à réaliser cet accord : dans 27 autres, l'entente ne put être faite. Mais des syndicats qui avaient adhéré à l'accord craignant que les syndicats réfractaires ne fussent mieux traités qu'eux par la suite, dénoncèrent la convention et tout fut à recommencer, et, après des mois de tractations, le ministre, en décembre 1920, ne se trouvait guère plus avancé qu'au début des pourparlers.

Il fallait pourtant en finir, ne fût-ce que pour payer les médecins qui, depuis un an, avaient soigné les réformés de guerre. Il n'y avait, pour le ministre, qu'un moyen qu'il employa : faire supprimer dans la loi les mots « pris après entente », puisque aussi bien l'entente n'avait pu se faire, et établir par décret le tarif des frais, conformément d'ailleurs à la lettre et à l'esprit de l'article 64. Cette modification à la loi du 31 mars 1919 a fait l'objet de l'article 54 de la loi du 31 décembre 1920, à l'occasion des douzièmes provisoires.

La décision ministérielle surprit l'Union des syndicats qui en montra aussitôt une vive colère et lança circulaires sur circulaires, non seulement à l'adresse du corps médical, mais à celle des associations de mutilés, dans le but de les dresser contre le ministère des pensions.

Dans ce rapport, où je ne veux que relater les faits, il ne m'appartient pas de juger les parties en cause. Il peut cependant paraître étrange de voir une corporation organiser, par des notes injurieuses, une véritable « campagne », une « action concertée » contre le ministère, tandis que celui-ci cherche le moyen de tenir les engagements de l'État ; exciter les associations de mutilés, pourtant assez grandes pour se défendre elles-mêmes, et aller jusqu'à soumettre à leur vote des ordres du jour tout faits; protester, par avance, contre le tarif qu'elle ne connaît pas encore et contre un décret dont elle ignore les termes ; alléguer contre l'État toutes sortes d'inexactitudes : suppression du libre choix, alors qu'il n'en est rien, refus de l'administration de payer les médecins (comme si l'État français n'était pas habitué depuis longtemps à faire d'autres dépenses), refus de l'État d'organiser les soins, etc.

En réalité, il semble bien à tout esprit impartial que le comité directeur de l'Union des syndicats médicaux ait dépassé la mesure, non seulement dans la forme, mais dans le fond.

Dans le courant de 1920, il réclamait uniformément 10 fr. par consultation et visite, alors que dans certains départements le coût moyen des frais médicaux pour la clientèle ordinaire était de 4 fr. 75 et 5 fr. 50 ; alors que tel conseil municipal vient seulement, à l'instant (février 1921), de porter à 3 fr. le prix de la visite pour l'A. M. G. ; alors que, dans les villes de 12.000 habitants, les consultations se payent 5 fr. pour un client, 4 fr. pour le membre d'une société de secours mutuels et les visites 6 fr. et 5.

Or, comme vous le verrez, le projet de décret préparé par le ministre accorde aux médecins 5 fr. et 6 fr., minimum, et 8 fr. et 10 fr. pour les grandes villes et les stations climatiques. Ces prix sont doublés la nuit, de même que pour les spécialistes, et augmentés toujours de l'indemnité kilométrique. Quant aux petites opérations, elles sont payées au triple de la visite et de la consultation.

En ce qui concerne les opérations sévères, le décret admet que le malade puisse refuser l'hôpital, mais il est évident que, dans ce cas, l'État ne peut lui rembourser que les frais d'hôpital, sans quoi trop d'abus risqueraient de se produire.

Il semble bien que si l'Union des syndicats médicaux eût attendu de connaître le projet de décret, elle se fût épargné une campagne inutile et fâcheuse

Mais l'Union a fait davantage :

Dans un ordre du jour du 16 janvier, elle a décidé que si le ministre des pensions ne s'inclinait pas, à partir du 1er février aucun médecin ne devrait reconnaître à aucun malade ou blessé venu le consulter, la qualité de bénéficiaire de la loi des pensions ; les réformés seront soignés comme des malades ordinaires et ils payeront directement le médecin qui leur délivrera un reçu. Il appartiendra ensuite au blessé de se faire rembourser par l'État. Quant au médecin, il ne devait plus garnir aucune feuille administrative.

On croit rêver ! *Voilà un corps de citoyens qui supprime la loi, qui se substitue à l'État et fait une autre loi à sa convenance qu'il veut imposer à l'État en même temps qu'à un million de mutilés !*

Il n'est pas possible que les agissements des dirigeants de l'Union des syndicats médicaux aient été voulus, connus et acceptés par les médecins de France, car les médecins de France sont des patriotes et des coeurs généreux.

Qu'ils y prennent garde : le soviet n'est pas nécessairement le fait d'ouvriers aux mains calleuses ; il y a soviet chaque fois qu'une oligarchie prétend se substituer à l'État, contrairement à la loi édictée par les organes réguliers de la souveraineté nationale.

Il appartient, en conséquence, au corps médical, d'adresser au ministère toutes suggestions sur l'organisation des soins ; mais il n'appartient pas à ses syndicats d'imposer leurs volontés à l'État français.

De toutes façons, au nom de la commission des finances, je viens tenir respectueusement aux médecins de France le langage suivant :

« Les mutilés ne doivent pas servir d'enjeu à votre différend avec l'État ; vous n'avez sur eux aucun droit ; vous ne pouvez les engager dans une voie où ils ne trouveraient que déception, puisqu'au bout l'État ne pourrait les rembourser de leurs dépenses fixées par vous, ne s'étant pas engagé à le faire.

« Quand à vos relations avec l'État, comprenez que la charge assumée par celui-ci d'assurer à tous les réformés les soins nécessités par leur invalidité est si grave, en cette période si difficile, qu'il vous appartient de ne pas émettre de prétentions trop exagérées quant aux payement de vos honoraires.

« Les pharmaciens ont accepté le tarif qui leur était proposé. Faites de même. Ne laissez pas au caprice des chirurgiens, habitués aux gros honoraires, le droit de réclamer 5.000 fr. ou 10.000 fr. à l'État par opération : ils en ont tant fait gratuitement pendans la guerre ! Certains y ont gagné une expérience qui leur a valu la renommée. *C'est une clientèle nouvelle qui vient à vous du fait de la guerre, et elle vous vient avec la garantie de l'État. Ceci n'est pas négligeable.*

« *Vous serez payés de façon honorable.* Pour le restant, vous aurez le devoir d'aider l'État dans son contrôle ; vous lutterez contre les abus, s'il s'en commettait, mais je ne le pense point ; et, avec la noblesse dont est coutumière votre corporation, vous garderez le sentiment de collaborer avec l'État dans la grande œuvre d'après-guerre qu'il a loyalement assumée. »

Il n'était pas indifférent, du point de vue financier, de noter les phases de ce conflit. Il y va de l'ordre indispensable plus que jamais puisqu'il s'agit des finances publiques. Il importe que cette dépense n'amène pas l'État à l'aveugle vers un abîme où viendraient s'effondrer sans utilité et dans le gâchis des centaines de millions. Dans l'intérêt même des mutilés, les facultés de payement de l'État français doivent être ménagées par un contrôle rigoureux des dépenses. Il faut prévenir les abus, et, pour cela, il faut un tarif. Le législateur l'a voulu. Il a eu rai-

son : l'État doit être généreux, mais il doit savoir où il va et, puisqu'il a la responsabilité, il doit garder l'autorité.

Ces considérations gardent leur valeur absolue, quoiqu'il s'agisse dans ce rapport du budget spécial des dépenses recouvrables sur les versements à recevoir en exécution du traité de paix.

La France est honnête, et il ne viendrait jamais à l'idée d'un Français que les exigences de notre pays meurtri pussent se baser sur des exagérations de dépenses : il leur suffit d'être fondées sur le droit. D'ailleurs, la réparation sera loin d'être entière. Il n'y a donc aucun motif de raisonner en la matière autrement qu'au sujet des budgets ordinaire et extraordinaire. La nécessité de l'ordre dans nos finances et de l'économie dans nos dépenses s'impose absolument, en même temps que la reconnaissance de la patrie aux victimes de la guerre.

***

Si nous mesurons les capacités de tous nos législateurs à l'aune de M. Defos du Rau, nous ne nous montrerons pas surpris de la façon dont les lois sont faites.

L'interprétation que donne cet honorable du sens des termes de l'article 64 : *après entente avec les représentants autorisés des organisations et des syndicats professionnels intéressés* — n'est pas nouvelle. Elle nous a déjà été servie, mais ne continue pas moins à nous laisser rêveurs.

Ignace de Loyola n'eût certes pas mieux fait.

Il s'agit d'un travail que l'on demandera à des citoyens qualifiés, libres et indépendants.

En toute autre circonstance, on admet que les conditions de ce travail seront discutées librement par les parties intéressées.

Mais il ne saurait en être de même quand l'Etat traite avec des médecins, auxquels il aurait le droit, — en vertu de quels textes ? nous l'ignorons — d'imposer sa volonté.

Mais, Monsieur Defos du Rau, il n'y avait pas, dans les mots relevés, qu'un acte de courtoisie déférente du législateur envers le Corps médical, mais une volonté fermement arrêtée, au Parlement, de procéder à l'établissement du tarif, *en complet accord* avec le Corps médical, ce qui n'eût été que de toute justice. Relisez les travaux et les discussions préparatoires au vote de la loi du 31 mars 1919 : il n'y a pas d'équivoque possible.

Rien de plus juridique d'ailleurs, c'est-à-dire de plus conforme au droit, qu'une pareille entente entre employeur et employé ; je m'excuse de cette terminologie, qui a le mérite de faire image.

Aucune équivoque n'est pas davantage soutenable sur la situation respective des parties.

Le pensionné de guerre est le créancier de l'Etat : l'Etat le proclame par la bouche de ses ministres.

Mais ni l'Etat, ni les pensionnés ne sont les créanciers du médecin, qui ne leur doit rien, quand il a acquitté ses impôts, très lourds, de contribuable fortement taxé.

C'est même l'erreur qui se produit puisque depuis deux ans, les médecins soignent les pensionnés de guerre, sur de vagues billets à la La Châtre, sans que rien ne prouve qu'ils en toucheront jamais le montant. O ironie, ce sont eux les créanciers ! !

Mais il faut les discréditer aux yeux des pensionnés de guerre, et aussi de l'opinion publique. Et alors, en avant les grands mots de *soviet*, d'*oligachie*, d'*insurrection*. Comme s'ils avaient rien à faire ici !

Quelle belle occasion M. Defos du Rau a perdue là de se taire. !

Ah ! il invoque le *point de droit*, le *côté juridique* de la question ! Eh bien ! qu'il la scrute, la question, à la lueur des textes et de la jurisprudence. Et s'il est de bonne foi, il reconnaîtra qu'il commet une grossière erreur d'interprétation.

La loi n'est pas, en effet, opposable *a priori* au médecin. Elle décide, au bénéfice des pensionnés, la gratuité des soins médicaux ; elle prévoit qu'un tarif de ceux-ci sera établi, mais elle ne dit pas que le médecin devra *obligatoirement* accepter ce tarif. Elle ne le dit pas, *parce qu'elle ne peut pas le dire*, la profession médicale étant une profession libérale, c'est-à-dire, exercée par des hommes libres, libres *juridiquement* de donner ou de refuser leurs soins, hormis le cas de réquisition pour une œuvre de justice.

L'Etat peut recruter un personnel médical qui accepte ses conditions ; il peut demander aussi à ce personnel un engagement de durée, comme corollaire de son acceptation ; il peut enfin poursuivre ce personnel, selon le droit commun, s'il ne tient pas ou viole cet engagement. Mais contre le médecin qui refusera, dans la plénitude de son *indépendance juridique*, de se soumettre à ses conditions, l'Etat est désarmé, et fût-il armé d'armes de circonstances forgées par l'arbitraire et la tyrannie, qu'il en serait encore pour ses frais devant une résistance qui, se riant des sanctions possibles, opposera la force d'inertie ou l'excuse d'incompétence ou d'inaptitude.

Après avoir ainsi vilipendé l'Union des syndicats et ses 14.000 adhérents, M. Defos de Rau s'adresse respectueusement au Corps médical (lequel ?) et pour l'amadouer, reprend, pour le compte des mutilés, l'argument suranné et hors d'usage des Sociétés mutuelles : « C'est une clientèle nouvelle qui vient à vous du fait de la guerre, et elle vous vient avec la garantie de l'Etat. Ceci n'est pas négligeable. Vous serez payés de façon honorable.... »

Cela ne prend plus, et il y a belle lurette qu'en pharmacie, on ne dore plus les pilules.

***

Il faut que les médecins comprennent bien la gravité de la situation. Jamais ils n'ont été

aussi sérieusement menacés par la fonctionnarisation.

Le projet gouvernemental de loi sur les assurances sociales, dont nous parlerons prochainement, part d'intentions excellentes et son principe est parfait, mais il vient aggraver la menace d'une façon formidable.

Si l'union n'est pas réalisée, avec toute l'ampleur désirable, si la discipline n'est pas observée à la lettre, si les forces s'éparpillent et si le nombre des cavaliers seuls est important, il faut avoir le courage d'ouvrir les yeux tout grands et de voir la réalité en face : triste réalité, qui réduira le praticien à une situation qu'on ne saurait mieux comparer qu'à un peu reluisant esclavage.

En dépit des arguments développés en faveur des avantages du contrôle collectif, dont je ne méconnais pas la supériorité quand il s'agit de ce que j'appellerai la médecine collecteur, c'est-à-dire les malades réunis en collectivité (hôpitaux, dispensaires, etc.), j'en tiens toujours et plus que jamais pour la formule qui a mes préférences : le médecin, fait pour le malade, n'a et ne doit avoir de liens de droit qu'avec lui ; ils se doivent et se rendent respectivement des comptes, l'un et l'autre, quelle que soit l'intervention du tiers responsable des honoraires, tiers que le médecin ne connaît pas.

Dès lors, plus de tarifs officiels, plus ou moins imposés. Le médecin calcule ses honoraires selon les habitudes locales et la situation sociale de son client. Le tiers responsable exerce sur celui-ci un contrôle qui dépiste et réprime les abus, s'il y en a, et règle ensuite à son garanti les sommes que celui-ci a déboursées, dans la mesure où il juge qu'il doit le faire : c'est ici affaire entre eux.

Telle est, pour les pensionnés de guerre, la thèse de l'Union des syndicats, qui n'a pas voulu dire « qu'aucun médecin ne devrait reconnaître à aucun malade ou blessé la qualité de bénéficiaire de la loi des pensions », parce que cette qualité est le fait d'une possession d'état indépendante des tiers, mais dont on doit interpréter les directives données, en ce sens que, bénéficiaire ou non de la loi des pensions, le malade sera, en toute circonstance, considéré et traité comme un malade ordinaire.

Telle est la thèse que, pour ma part, je voudrais voir appliquer à tous ceux qui, sans exception, peuvent se prévaloir d'une garantie contractuelle ou légale fournie par un tiers responsable.

Et je ne suis pas le seul à penser ainsi.

Je trouve, dans mon courrier, trois lettres que je ne puis résister au désir de publier ici, pour montrer que je ne suis pas seul de mon avis.

Elles serviront de conclusions à mon argumentation. G. Duchesne.

***

Mon cher confrère,

J'ai lu avec plaisir votre article du *Concours* sur le tarif étatique des soins médicaux aux pensionnés de guerre, et j'ai surtout retenu la phrase où vous écrivez « qu'aucun médecin n'est tenu d'accepter un tarif qui ne lui convient pas », car elle me suggère certaines réflexions.

Non au sujet des mutilés, car de ce côté je suis bien tranquille depuis le 1er janvier. Si je suis réduit à contempler les bulletins de visite de l'année dernière restés en souffrance impayés dans mon tiroir, du moins ai-je cette année la satisfaction de n'en pas avoir. L'annonce qu'on les ferait payer en a certainement guéri un certain nombre. J'ai eu en janvier passé deux consultations : une que j'ai fait payer séance tenante le malade étant aisé et ayant été soigné l'année dernière n'étant pas pensionné, l'autre à qui j'ai envoyé la note et qui paiera aussi.

Depuis le 1er février rien. Le fils d'un entrepreneur à qui la guerre donne de l'occupation m'a demandé si venant me consulter pour un durillon du pied consécutif (? ?) à une blessure de la cuisse, je le ferais régler lui-même sa consultation, je lui ai répondu affirmativement. Il s'est abstenu et je le regrette, car j'aurais profité de l'occasion pour lui proposer de me construire une remise à prix réduit, et qu'alors je lui ferais aussi des consultations à prix réduit, car je ne vois pas pourquoi on demande aux médecins des réductions, alors que les pharmaciens n'accordent que 25 %.

Je suis donc tranquille du côté mutilés, mais puisque le médecin n'est tenu d'accepter aucun tarif, pourquoi ne pas généraliser, d'une façon définitive cette assertion ? et cela surtout au moment où se pose la question de l'assurance-maladie. Le projet de loi vient d'être déposé sur le bureau de la Chambre et j'ai vu avec stupeur l'assurance obligatoire jusqu'à 10.000 fr. de *salaire et facultative au-dessus d'un revenu semblable*. Autant dire que tout le monde sera assuré (sauf le médecin) et beaucoup de confrères, en particulier le Dr Noir votre distingué directeur, écrivent avec raison que nous perdrons 60 % de notre clientèle, car la classe moyenne et la classe ouvrière, futures assurées, se font plus soigner que la classe riche.

Si les syndicats médicaux acceptent les tarifs étatiques, c'en est fait de notre liberté et où sera le libéralisme de notre profession ? Les clients pourront nous faire marcher jour et nuit, le dimanche, si nous n'avons plus pour nous défendre l'argument sérieux du taux de la visite, variable suivant les circonstances et le service rendu.

Je vois aussi qu'en cas de maternité les femmes auront droit aux soins médicaux : qui les payera ? et sera-t-on obligé d'aller passer 22 heures auprès d'une parturiente (comme cela m'est arrivé dernièrement) pour toucher 30 fr. comme à l'assis-

tance médicale que nous refusons tous d'ailleurs en ce cas. D'autant plus que ce nouveau service créera de la paperasserie comme pour les mutilés, et c'est pour cela que je ne tiens pas du tout à ces derniers clients, surtout qu'on n'a jamais été honoré, sauf par eux.

A la campagne, le malade mécontent de son médecin habituel, honoré par l'Etat à prix réduits, ira à la ville voir le « grand médecin » qu'il honorera de sa poche. Pour les déplacements, autre question : pour plusieurs malades visités dans une même direction, on ne comptera sans doute qu'un déplacement comme le veut le tarif étatique ébauché par Maginot ou celui de l'A. M. G. alors qu'ici nous avons la coutume même aux S. S. M. de compter à chaque malade le déplacement, ou un peu réduit s'il y en a plusieurs, en tout cas nous rentrons avec ce dernier bien dans nos frais.

Et les abus, parlons-en. Actuellement, où les tarifs A. M. G., S. S. M. entrent pour la plus grande partie de nos consultations, que sera-ce avec l'assurance obligatoire ? Gare au tapage de la consultation demandée pour le cousin du beau-frère de la bellemère, au passage dans une famille et évitée actuellement bien souvent avec la perte de temps, par une taxation supplémentaire.

Et pour les interventions ? L'A. M. G. ne les paye pas ou si peu qu'il vaut mieux ne pas en faire, sauf urgence. Combien d'inconvénients surgiront chaque jour ?

A tout cela il n'y a qu'un remède, que le médecin continue à être honoré par le malade lui-même comme auparavant. L'Etat pourra assurer qui il voudra au prix qu'il voudra ; il n'a qu'à remettre à chaque malade une indemnité pour chaque jour d'indisponibilité et le malade se débrouillera avec le médecin. Il nous faudra encore donner des certificats et cela devrait être réglé en plus.

Et la question du libre choix, elle ne devrait pas se poser ? On ne peut pas plus obliger un malade à appeler un médecin qui ne lui plait pas, que celui-ci à se rendre chez un client ou dans une commune qui ne lui convient pas et assignés d'avance. Pour les contrôles, l'Etat et les administrations ont le droit d'avoir des médecins fonctionnaires, mais pas pour les soins.

Sans décréter la grève contre tout changement *au statu quo*, l'Union des syndicats et les syndicats eux-mêmes peuvent très bien, dès maintenant, dire que nous ne connaîtrons que les malades, comme cela a été décidé pour les mutilés. On pourrait aussi avertir les députés qui voteront ou proposeront des articles de loi contraires aux intérêts du Corps médical, qu'ils trouveront celui-ci contre eux aux prochaines élections.

C'est ce que j'écrivais il y a quelque temps à un confrère de Reims, délégué à l'Union des syndicats et qui ne savait que gémir contre cette assurance-maladie. Si les syndicats et l'Union des syndicats ne peuvent rien contre l'étatisme, ils n'ont plus leur raison d'être. A eux de maintenir notre situation actuelle, préférable malgré tout à celle d'avant-guerre par l'augmentation des tarifs et par le payement au comptant dans nombre de cas. Dans notre région d'ailleurs, en vertu de conversations particulières, au cours de nos réunions syndicales, nous appliquons le tarif fort aux clients ne réglant pas au comptant et nous nous en trouvons bien ; si cette mesure passait à l'état de seconde nature, nous ne pâlirions plus sur nos livres et ne passerions plus nos loisirs à envoyer des notes ! c'est déjà beaucoup d'être obligé de le faire pour l'A. M. G., les S. S. M. et les assurances accidents. Le médecin a autre chose à faire que de la bureaucratie, et dans l'intérêt des malades eux-mêmes, il vaut mieux qu'il lise sérieusement le *Concours médical* et se tienne au courant des progrès de la science. Il faudrait que la clientèle sache tout cela : elle préfèrerait encore payer de sa poche pour être bien soignée que d'avoir affaire à des médecins fonctionnaires. Personnellement je me rends compte que, depuis la guerre, j'apporte plus de sollicitude à mes malades, car ayant moins de visites, je dispose de plus de temps à leur consacrer et me rendre compte de leur état, et si les honoraires sont plus élevés, ils n'y perdent pas, au contraire.

Excusez-moi de vous importuner avec toutes ces réflexions que m'a suggérées votre phrase sur le droit du médecin de refuser des honoraires qui ne lui conviennent pas ; je souhaite que ce principe soit accepté par tout le Corps médical français et si malheureusement, il y avait des dissidents, l'avenir leur démontrerait que vous êtes dans le vrai.

Je vous prie de recevoir, mon cher confrère, l'assurance de mes meilleurs sentiments.

Dr L. Muller.
de Rilly-la-Montagne.

***

Mon cher confrère,

J'ai lu, dans le *Concours*, vos réflexions au sujet du tarif étatique de la loi des pensions.

Je sais bien que le *Concours* est une tribune qui accueille toutes les opinions, mais j'ai eu plaisir à trouver dans ses colonnes l'exposé d'une conception que j'avais eu l'intention de proposer au Congrès mutualiste d'Angers et qui avait pour seules bases le libre choix du médecin et le tarif à la visite, car les arguments que vous développez à l'occasion de la loi des pensions sont du même ordre que ceux que je proposais pour l'assurance-maladie. Au lieu de traiter avec la Mutualité, j'aurais souhaité que l'on fît un gros effort pour développer dans le public les idées d'assurance et de prévoyance. La maladie étant un accident tout comme l'incendie, il est parfaitement légitime de chercher les moyens de parer aux risques d'un évènement fâcheux.

Tout le tort de la Mutualité consiste à se contenter de cotisations dérisoires et à l'aide de ces cotisations

à promettre aux adhérents des soins et des remèdes (le médecin et le pharmacien) et en plus un secours pour le chômage. Aucun calcul, aucun barème, partout le régime de l'à peu près, du petit bonheur, mais comme l'a dit M. Mabilleau : à l'aridité des chiffres, à la cruauté des barèmes, la Mutualité avait à opposer la solidarité ! Le char de la Mutualité allait cahin ! caha ! quand vint la guerre et la perturbation économique qui ne pouvait manquer de l'accompagner et de la suivre. Les gros salaires firent trouver dérisoires les secours des Mutualités. Que sont actuellement deux francs, trois francs par jour au regard des prix de journée payés aux ouvriers, aux manœuvres, aux apprentis !

La Mutualité est donc disposée à évoluer et à étudier les moyens de faire de l'assurance en empruntant désormais aux actuaires leurs calculs et leurs prévisions.

M. Mabilleau, quand il donnait la solidarité comme moyen de contrebalancer les données imprécises des chiffres de cotisation, aurait dû ajouter la grande générosité du Corps médical. C'est à nous, médecins, que la Mutualité a dû de vivre ; c'est en consentant des prix dérisoires pour les soins donnés aux mutualistes que l'insuffisance de budget a pu parer aux charges, mais, ce que par bonté, par négligence, par insouciance ou incompréhension de nos intérêts et de notre dignité même, nous avons accepté, nous ne pouvons plus le faire désormais et c'est la raison pour laquelle on s'est quitté à Angers en se disant : causons, non sans avoir au préalable décoché aux médecins force traits peu amènes qui montrent que la reconnaissance est une vertu qui se fait rare dans notre bonne France. Si on cause, il faut avoir un plan et celui du Syndicat, celui de Boudin est que le contrat collectif constitue le meilleur moyen à employer pour éviter le danger des tarifs de famine. Votre opinion, mon cher Duchesne, est que le médecin doit traiter son client sans s'inquiéter de savoir s'il est ou non pris en charge par l'Etat (mutilé, réformé) ou par la Mutualité. C'est au client ensuite à faire valoir ses titres à indemnité auprès de qui de droit.

Il y a un point sur lequel on ne me paraît pas avoir assez insisté, je veux parler de l'erreur de la prestation en nature dont le coût est essentiellement variable. Quand, moyennant une cotisation de x francs par an, une société s'est engagée à fournir aux adhérents malades les soins médicaux et pharmaceutiques et à donner en plus un secours de chômage, la société ignorait la valeur des soins dans l'avenir ; les rabais de jadis ne sont plus de mise maintenant et la Mutualité est acculée à la ruine ou à la dissolution. Nos contrats collectifs vont l'aider à revivre, du moins on le croit et, personnellement, je n'en suis pas bien sûr ; au fond vous devez penser comme moi.

Poussant alors mon argumentation à ses limites, j'en viens à réclamer non plus la prestation en nature telle que je l'ai définie plus haut, mais le payement à l'intéressé, malade, d'une somme de x en rapport avec une prime versée annuellement et calculée d'après les tables de morbidité de Watson publiées par le service des assurances du ministère du travail (il nous faut avoir recours à l'étranger pour avoir des barèmes que nous n'avons encore jamais pu établir chez nous).

Tandis que les divers projets d'assurance-maladie ou invalidité visent les salariés, j'aurais, moi, le désir, comme je le disais en commençant, de voir se développer les idées d'assurance et de faire bénéficier de leurs avantages non seulement les ouvriers, mais la classe moyenne, celle qui formait avant la guerre le meilleur noyau de nos clientèles, c'est-à-dire les bourgeois, les petits rentiers qui sont aujourd'hui dans une situation si pénible et souvent douloureuse.

N'étant pas des salariés, ces clients ne pourraient bénéficier des avantages de la loi qu'en devenant mutualistes, ce dont peut-être ils ne se soucient guère, et les conditions auxquelles ils pourraient devenir assurés facultatifs ne seraient peut-être pas bien avantageuses. Tout autre serait la situation, si l'Etat faisait lui-même l'assurance et si, en échange de primes payées suivant un barème établi, il donnait à chacun le moyen de toucher 5, 10, 20, 40 francs par jour en cas de maladie, le malade s'adressant au médecin de son choix, lui versant les honoraires qu'il a l'habitude de lui donner, payant ses médicaments et gardant le surplus comme indemnité de chômage.

Le barème étant calculé pour un franc d'indemnité par jour de maladie, c'est avec une simple multiplication que se calculerait la prime.

Je suppose que vous, ami Duchesne, vous vouliez vous assurer 50 francs par jour si vous êtes malade ; vous payerez annuellement une somme de x francs comme prime, et si quelque jour vous voulez augmenter ou diminuer le montant de cette allocation journalière éventuelle, libre à vous de le faire au moyen d'un avenant.

N'est-ce pas ce qui se passe pour l'assurance incendie ? Supposons que les compagnies d'assurance se soient engagées moyennant une prime déterminée à remplacer l'immeuble ou le mobilier détruits par le feu, quels désastres en seraient résultés. Le prix des matériaux n'est-il pas variable, le coût de la main-d'œuvre n'est-il pas lui-même sujet à des fluctuations ? Ce que se sont bien gardées de faire les compagnies d'assurance, la Mutualité avec une belle sérénité l'a fait et c'est le médecin qui a aidé à solder les différences.

M'étant assuré pour 30.000 francs alors que mon mobilier ou mon immeuble en valent 100.000, je ne touche que 30.000 de la Compagnie d'assurance en cas de sinistre. Si je suis malade et qu'on m'ait promis les soins on doit me les donner, quoi qu'ils coûtent. Si, au contraire, j'ai sur moi-même le montant de ce que je voulais recevoir par journée de maladie,

je suis sûr de toucher ce à quoi me donne droit le payement de ma prime annuelle.

Et pour conclure, mon cher confrère, je serais heureux de voir reprendre dans le *Concours* l'étude de cette question dont toutes les faces n'ont peut-être pas été mises encore en évidence ; on ne saurait dans tous les cas nous faire grief de chercher la lumière ; je n'aurais cependant point osé rouvrir le débat si votre article ne m'y avait encouragé.

Veuillez, mon cher confrère et ami, croire à l'assurance de mes sentiments bien cordialement dévoués.

Dr Ch. Levassort.

***

Mon Cher Confrère,

Il y a bien longtemps que je n'ai écrit dans le *Concours médical*; je le lis pourtant toujours assidûment, car j'estime que c'est le véritable journal du médecin praticien, mais je vois apparaître des théories qui sont tellement différentes des idées qui, jadis, ont dirigé ma carrière médicale, que je me demande parfois si je ne date pas d'une époque préhistorique et si mon intellect est encore apte à comprendre les temps nouveaux et leurs besoins.

Cependant, ces temps derniers, j'ai lu à propos des pensionnés militaires, vos articles ; ils m'ont montré que mes vieilles conceptions de l'exercice médical n'étaient point tout à fait de l'autre monde et que peut-être — tout arrive — elles pourraient bien revenir en faveur. Dans ces conditions, je me suis demandé pourquoi, moi aussi, je ne dirais pas mon mot ... et je vous l'envoie.

Quand j'exerçais la médecine, je n'ai jamais voulu connaître que mon malade : je le soignais de mon mieux, suivant sa condition sociale et ne m'inquiétais jamais de savoir s'il avait ou non derrière lui un tiers responsable, individu ou collectivité. Il pouvait être serviteur, assuré, mutualiste, cela ne m'intéressait pas : je le soignais, je lui demandais les honoraires qui me paraissaient convenables sans jamais les enfler ou les diminuer en raison de ces contingences. S'il me demandait un certificat, je le lui délivrais, s'il me demandait une signature sur un papier bleu, vert ou rose, je la lui donnais afin qu'il en fît tel usage qu'il voudrait, mais je n'avais aucun rapport avec ceux qui pouvaient être ses cautions.

Ce mode de faire ne m'a jamais causé d'ennuis ; il a pu m'arriver de perdre quelques petites créances — c'est, comme vous l'avez dit, le risque du métier — mais j'ai toujours conservé l'estime et la confiance de mes malades qui comprenaient et appréciaient que je fusse à leur service et non à celui d'autrui.

On a dit qu'il fallait ne pas connaître les assurances, ne pas connaître les mutualités, c'est aller trop loin et on ne peut les ignorer : l'essentiel c'est de ne pas avoir directement affaire à elles, car je n'admets pas qu'un tiers intervienne entre mon client et moi, qu'il me dicte ce que je dois faire ou ne pas faire, limite mes soins et les taxe d'une manière quelconque.

Notez que j'ai été syndiqué, et des premiers, et que je le suis encore ; j'ai pris part aux travaux de mon syndicat, je crois même avoir été pour quelque chose dans les résultats qu'il a obtenus et je conserve l'esprit syndical.

Mais j'estime qu'il faut en revenir aux simples relations entre le médecin et son client en dehors de toute ingérence administrative d'aucune sorte, à ce *modus vivendi* dont, nous autres, les anciens, nous nous étions suffisamment bien trouvés.

En écrivant ces quelques lignes, j'ai la conviction de servir les véritables intérêts du corps médical, et je suis convaincu que, journal d'études et tribune libre, le *Concours médical* ne me fermera pas la porte qu'il m'a, à diverses reprises, si libéralement ouverte.

Un Vieux praticien.

***

Voici une quatrième lettre qui met au point la façon dont le tarif Maginot entend catégoriser les honoraires médicaux, d'après la population, non de la résidence du médecin, mais de celle du malade.

Dans les commentaires dont vous accompagnez le tarif Maginot, vous dites : « Le ministère a divisé les médecins en cinq catégories, dont la première est payée deux fois plus cher que la cinquième ! » Une telle division aurait une apparence de logique, car on pourrait soutenir que les frais d'exploitation de la profession médicale sont d'autant plus élevés, que le médecin exerce dans un centre plus peuplé, ce qui est du reste généralement faux. Mais la réalité est bien plus drôle, car le dernier paragraphe de l'article 1er est ainsi rédigé : « Le tarif applicable est celui qui répond à la population du domicile du bénéficiaire de la loi. » Ainsi, par exemple, les confrères parisiens ne toucheront que 4 fr. quand leur consultant habitera une petite commune de Seine-et-Oise. J'exerce dans une ville de la 4e catégorie (de 5001 à 50.000 h.) et je recevrai 5 fr. si le bénéficiaire est mon concitoyen ; je n'aurai moi aussi que 4 fr. s'il habite une petite commune voisine ; mais j'aurai droit à 8 fr. le jour où le citadin d'une ville de 1re catégorie se déplacera pour m'honorer de sa confiance, éventualité plutôt rare ! Dans ces conditions, j'avoue ne pas comprendre, car mes frais généraux sont les mêmes, quand je donne mes soins à un villageois ou à un habitant d'une grande cité. Il est vraiment dommage que, dans leur rapport au Président de la République, MM. Doumer et Maginot n'aient pas daigné exposer les raisons qui ont conduit le Conseil d'État à adopter ce texte.

Mais il y a une question plus sérieuse : c'est celle du payement de nos honoraires pour les soins donnés jusqu'au 1er février 1921. A mon humble avis, le tarif Maginot ne peut avoir d'effet rétroactif, parce

qu'il est la conséquence d'un nouveau texte de loi ; son application dans ce cas serait un véritable abus de confiance. Cependant je n'ai plus guère d'illusion sur l'honnêteté de l'État et il est certain que les Préfets ont reçu ou recevront l'ordre de ne mandater nos soins antérieurs qu'au taux du nouveau tarif. Ne pensez-vous pas qu'il serait néanmoins utile d'étudier la question dans le *Concours* ?

Veuillez agréer, mon cher Confrère, l'assurance de mes meilleurs sentiments.

Dr Ch. LAFON.

HYGIÈNE PUBLIQUE

La Révision de la charte française d'hygiène

(*Suite*) (1).

Par le Dr René MARTIAL.

CHAPITRE IX

Hygiène domestique. — Infirmières d'hygiène. — Puériculture et hygiène infantile.

Si l'enseignement scolaire de l'hygiène est indispensable à tous les degrés de l'enseignement, depuis la maternelle jusqu'aux universités, ses résultats n'en sont pas moins des résultats plus ou moins éloignés. Il n'est pas moins indispensable d'agir dès maintenant et de communiquer à tous cette routine de l'hygiène dont les parents ont tout autant besoin que les enfants. Les dispensaires, spécialisés ou non, font et feront de la prophylaxie, ils y réussiront plus ou moins bien. Leur but éducatif est plus problématique, j'en parle par expérience, et leur clientèle ne demeure fidèle qu'autant que le dispensaire *donne* quelque chose. Le succès des dispensaires au point de vue éducatif dépend de « l'âme » de ses visiteurs, de leur foi hygiénique ainsi que de leur talent de propagandiste. Ces visiteurs sont et seront particulièrement précieux dans la lutte contre la tuberculose, l'alcoolisme, c'est-à-dire, comme agents de dispensaires spécialisés. Mais, on n'improvise pas des visiteurs en quelques mois. Nous le savions dans le Nord, avant la guerre. Les dispensaires de médecine générale — ceux qui donnent — sont l'antithèse d'une œuvre sociale, éducatrice, moralisatrice et hygiénique. Ils favorisent par leurs dons la mollesse, le goût du moindre effort, l'habitude de compter sur autrui, ils n'engagent en rien le malade et sa famille à modifier leurs habitudes de vie, ne lui donnent pas le goût de la propreté, ni la coquetterie de l'intérieur. Ils n'incitent pas à l'hygiène. J'ai souvent vu sourire autour de moi lorsque j'essayais de faire comprendre les relations étroites qui existent entre la propreté corporelle, la coquetterie du linge, celle de l'ordre intérieur à la maison, le goût de la décoration florale, l'hygiène et la morale. Pourquoi les incrédules ne vont-ils pas, avec des yeux voyants, visiter telles maisons ouvrières du Nord français d'avant-guerre, ou du Doubs, ou de Hollande ou d'Angleterre ? Ici même, à Fez, où l'on construit une ville européenne toute neuve, je n'ai même pas pu faire adopter le principe de la décoration florale !

Si ce ne sont pas les dispensaires qui feront naître ou renaître l'hygiène domestique dans nos campagnes et dans nos villes, dans nos agglomérations industrielles, qui le fera ? Les médecins, s'ils en avaient le loisir, pourraient y concourir. Mieux encore, les infirmières d'hygiène. C'est-à-dire, des femmes ayant reçu l'instruction morale et technique nécessaire à la bonne tenue d'un ménage d'ouvrier, d'employé, de cultivateur, à l'observance de la routine de l'hygiène, à la direction de l'alimentation du nourrisson, à l'application des règles de l'hygiène infantile. Ce sont de telles infirmières que Mme Gervais-Courtellemont et le Dr Sorel ont essayé de créer au ministère des Régions libérées, après l'armistice, et dont j'ai eu quelques-unes à guider dans l'Aisne. Mais, dès leur arrivée, le corps médical du département s'émut, en partie du moins, et il fallut quelques pourparlers pour arriver à se mettre d'accord. Néanmoins, avec le concours du président du Syndicat, nous réussîmes à mettre sur pied un règlement pour le fonctionnement des postes d'hygiène et de leurs infirmières, qui sauvegardait à la fois les intérêts des praticiens et ceux de l'hygiène. A l'époque (décembre 1919), ce règlement fut adopté comme modèle par le comité technique d'hygiène du Ministère des Régions libérées qui fonctionnait encore sous la présidence de Calmette. Donc, on peut arriver à un modus vivendi très acceptable entre les infirmières d'hygiène et les médecins. Ceux-ci peuvent donc cesser de redouter dans nos infirmières d'hygiène, la concurrence directe parce que portée à domicile, dangereuse parce que sans instruction suffisante, qu'ils ont si souvent dénoncée soit de la part de professionnelles, soit de la part d'amateurs.

De plus, nos infirmières d'hygiène, convenablement payées, satisfaites de la stabilité de leur situation, placées sous la direction morale et technique des autorités sanitaires, ne sont pas obligées de rechercher un gain en dehors de leurs attributions. Elles deviennent les auxiliaires directes du corps médical autant que du médecin hygiéniste. Elles sont passibles de peines graduées en cas d'infraction au règlement qui leur est imposé.

Quelle est donc leur tâche ? Hygiène domestique, puériculture, hygiène infantile, éventuellement signaler les malades contagieux non soignés, appeler le médecin traitant habituel dans les cas d'accident ou d'urgence, surtout lorsque cette dernière est méconnue par la famille.

Hygiène domestique. Elles apportent à la maison ce que le dispensaire ne peut donner. Le goût de l'or-

(1) Voir *Concours Médical*, nos 7, 8, 9, 10, 12 et 14.

dre, de la propreté, de la lumière ainsi que la manière de faire entrer la lumière, de faire régner l'ordre et la propreté, de rendre avenante et jolie une maison crasseuse et rébarbative ; elles enseignent la propreté du corps et celle du linge, la manière de balayer, d'écarter les nuisances, d'isoler un contagieux, de faire le lit d'un malade, d'habiller les enfants, de les nourrir, leur distribuent des brosses à dents et introduisent dans les familles cette hygiène de la bouche, véritable prophylaxie de tant de maladies contagieuses. Elles enseignent la stérilisation du lait, l'allaitement artificiel et celui au sein, elles donnent des éléments de puériculture ou renforcent ceux que le médecin a déjà donnés.

Leur poste d'hygiène est situé de telle manière qu'elles puissent rayonner dans quatre ou cinq villages. Elles sont deux par poste. Elles peuvent aider un praticien qui les appelle pour une intervention quelconque, elles peuvent aider aux agents du service de désinfection, car elles connaissent mieux les habitations que ceux-ci, et, mieux encore, les mœurs de leurs habitants.

Grâce à elle, l'œuvre commencée par l'infirmière d'hygiène scolaire et le médecin inspecteur des écoles ne se perd pas à la maison. Elle est au contraire continuée, étendue, augmentée, et l'enfant apprend l'hygiène sans fatigue, sans étude pour ainsi dire, par habitude et par routine. Nul doute qu'à l'époque de leur certificat d'études, garçons et filles ne soient en état de répondre correctement aux questions des examinateurs sur l'hygiène élémentaire. Du même coup, la prophylaxie des maladies contagieuses, telles que les teignes, les angines non spécifiques, la gale, la pédiculose, etc., se trouve réalisée. Par la coopération intime du médecin praticien, de son syndicat, des hygiénistes et des infirmières d'hygiène, notre pays verra grandir de jeunes générations pleines de santé physique et morale. Car, et ceci a été noté depuis longtemps par nombre d'observateurs, la santé morale est meilleure quand le physique est bien équilibré et quand le milieu ambiant est sain (hygiène domestique). Moyen indirect mais certain de faire baisser la criminalité de l'adolescence.

Si je me suis un peu étendu au sujet de ces infirmières d'hygiène, c'est pour montrer l'importance de leur rôle dans la nouvelle organisation hygiénique française, et, faire voir, par l'exemple de l'Aisne — et je crois bien qu'il y a plusieurs départements dans le même cas — que syndicat médical et infirmières d'hygiène peuvent fort bien coexister et coopérer.

Je n'ai pas cité d'exemples des Américains. Ils en ont donné de très bons, en France même. Mais nous pouvons faire aussi bien sans les copier, et, quelquefois il est arrivé qu'une idée nous revenait d'Amérique après être née plusieurs années auparavant, en France ou en Europe.

JURISPRUDENCE

Accident du travail. Aggravation de blessure par suite du traitement.

Cour de Cassation, 21 avril 1920.

(*Gazette du Palais*, 19 mai 1920)

La Cour,

Vu l'article 3 de la loi du 9 avril 1898 ;

Attendu que le traitement médical formant avec le traumatisme un tout indivisible, l'incapacité de travail qui en résulte est une conséquence directe et immédiate de l'accident et. comme telle, confère à la victime le droit aux indemnités prévues à l'article 3 *précité* ;

Attendu que l'arrêt attaqué, sans contester que l'accident dont l'ouvrier Barrère a été victime le 11 août 1912, chez son patron Périès, soit un accident du travail, a débouté la veuve Barrère es-qualités de sa demande en paiement des indemnités de la loi du 9 avril 1898, par le motif que la blessure avait été insignifiante et que « l'aggravation ultérieure en était due à la négligence seule de Barrère et à l'imprudence qu'il a eue de confier sa plaie aux soins d'un pharmacien dont le traitement était seul responsable de la gangrène » complication qui avait nécessité l'amputation de la première phalange du doigt blessé ;

Mais attendu qu'une simple négligence ou imprudence de la victime est impuissante à priver celle-ci du bénéfice de la loi du 9 avril 1898 ;

D'où il suit qu'en statuant comme elle l'a fait, la Cour d'appel a violé le texte susvisé ;

Par ces motifs, casse... »

Nous croyons utile de donner ci-dessous l'arrêt de la Cour d'appel de Toulouse du 9 janvier 1914 :

« Attendu qu'il résulte du rapport de M. le docteur Audry, expert commis par la Cour de céans, du 24 juillet 1913, que la blessure que Barrère s'était faite en se servant d'un couteau, le 11 août 1912, à l'index de la main droite, était insignifiante, que Barrère l'avait lui-même jugé ainsi et n'avait pas même cru nécessaire de déclarer l'accident, que l'aggravation ultérieure en est due à la négligence seule de Barrère, et à l'imprudence qu'il a eue de confier sa plaie aux soins d'un pharmacien dont le traitement est seul responsable de la gangrène.

Attendu que la Cour doit tenir pour avérées les conclusions de ce rapport, les adopter et reconnaître par suite que l'amputation de la première phalange de l'indicateur droit, qui a dû être faite, n'a pas été la suite directe et nécessaire de l'accident survenu à Barrère ;

Attendu, dès lors, que la loi du 9 avril 1898 sur les accidents du travail ne saurait être applicable en l'espèce ;

Par ces motifs,
Rejette la demande de la veuve Barrère. »

Pour bien comprendre la portée de cet arrêt de Cassation, nous devons envisager séparément les intérêts en présence.

1° *Le blessé* : il a, dit l'arrêt de Toulouse, une blessure insignifiante à l'index et a l'imprudence de demander les soins d'un pharmacien. Le malade n'a pas qualité de savoir si le pharmacien a les capacités nécessaires et le droit légal d'entreprendre le traitement. Dans son ignorance des lois, il a suivi la coutume, qui veut que les blessures insignifiantes, comme les petites affections médicales, soient soumises au pharmacien. Il ne saurait donc pâtir de son imprudence, d'autant qu'il est suffisamment puni par la perte de son doigt, qu'il a fallu amputer partiellement et qu'aucune indemnité, ou rente, ne saurait faire repousser.

2° *La compagnie d'assurances*, ou le chef d'entreprise, doit supporter une part de responsabilité, car la loi du 9 avril 1898, modifiée par celle du 31 mars 1905, tout en accordant au blessé le libre choix du médecin, laisse au patron, ou à son assurance, le droit de contrôle médical, pour s'assurer que les soins sont donnés selon les règles de l'art.

Il est possible, probable même que, dans un but d'économie mal comprise, pour éviter des frais médicaux, il y ait eu consentement tacite des responsables, pour que la victime se fît soigner par le pharmacien et non par un docteur.

Au surplus, nous connaissons certaines entreprises, dont les agissements sont tolérés, encouragés même par l'assureur, qui systématiquement adressent les petits accidents chez le pharmacien, ou au dispensaire d'usine, où les soins sont donnés par un infirmier ou infirmière, jamais par un médecin.

S'il survient une complication, transformant la blessure, bénigne au début, en lésion grave, par suite des soins incompétents, le chef d'entreprise, ou son assurance, doit supporter la conséquence dommageable de leur ignorance médicale.

3° *Le pharmacien*. Voilà le véritable responsable. Il a exercé illégalement l'art de guérir. Dans un but de lucre, pour vendre des matières à pansement, sans contrôle et sans ordonnance médicale, il s'est cru autorisé à transgresser et enfreindre les dispositions de la loi du 30 novembre 1892, sur l'exercice de la médecine.

Le résultat de son acte dommageable aurait pu avoir pour conséquences : 1° une action correctionnelle, pour exercice illégal de la médecine, action introduite soit par le parquet, soit par le chef d'entreprise, soit par le syndicat médical de la région ; 2° une action en dommages-intérêts introduite par le chef d'entreprise, mettant à la charge du pharmacien la rente allouée à l'ouvrier, du fait de l'incapacité permanente partielle de travail : 3° une action en dommages-intérêts, introduite par le blessé, car la rente allouée ne répare que partie de l'incapacité de travail et, de plus, cette rente ne restitue pas le doigt amputé par la faute du pharmacien.

Nous connaissons maintes localités où les accidents du travail sont très fréquents : les pharmaciens ne se gênent nullement pour soigner, panser, opérer même des victimes, en se passant bien entendu du concours des docteurs de la ville. L'ouvrier revient chaque jour, dans l'officine, alors qu'il n'y a aucune urgence et que les praticiens du lieu sont en nombre suffisant pour donner leur science et leur temps aux accidentés du travail.

Cet exercice illégal a fait de nombreuses victimes : mais beaucoup d'affaires sont étouffées, surtout parce que l'ouvrier ne connaît pas ses droits et ne sait pas que le pharmacien, étant incompétent pour soigner une blessure, doit réparer les conséquences de sa faute.

Rapprochons de l'arrêt ci-dessus, un autre, antérieur (Cassation, 13 mai 1919) :

« Attendu que, d'après les constatations de l'arrêt attaqué (Lyon, 2 avril 1912), Brun, alors manœuvre au service de la Société anonyme « Le Gaz de Firminy » a, le 14 septembre 1910, au cours de son travail, fait une chute d'une hauteur de trois mètres et s'est blessé à la tête, aux reins et à la jambe droite ; qu'entièrement guéri de ces lésions superficielles, il est resté atteint d'une affection générale du système circulatoire, qui diminue de 70 p. 100 sa capacité de travail ;

Attendu que tout en reconnaissant que cette affection paraît avoir existé à l'état latent dès avant l'accident, l'arrêt déclare tenir pour certain qu'elle a été singulièrement aggravée, sinon par le traumatisme proprement dit, du moins par le traitement médical et spécialement par l'immobilité prolongée qui a été imposée au blessé ; qu'enfin il conclut que « si l'accident n'avait pas eu lieu et si Brun, non contraint à l'immobilité, avait normalement continué son travail, la maladie serait demeurée telle qu'elle était auparavant, c'est-à-dire, suivant l'expression dont le docteur Roussel s'est servi, ne donnant pas de symptômes appréciables ; »

Attendu que de ces appréciations souveraines, il résulte que l'incapacité de travail relevée par l'arrêt a bien été la conséquence directe et immédiate de l'accident, *le traitement médical auquel elle est spécialement imputable formant avec le traumatisme un tout indivisible.*

Attendu, par suite, qu'en allouant à Brun une rente calculée sur le taux de 70 p. 100, l'arrêt attaqué, loin d'avoir violé le texte visé au pourvoi, en a fait une exacte application. — Par ces *motifs*, *rejette...* »

Nous estimons que c'est justice que de rendre le blessé non solidaire de son patron, pour la réparation provenant du fait de l'incapacité permanente partielle de travail.

L'ouvrier ne peut pas se faire juge de la valeur du traitement médical qui est institué, alors que le chef d'entreprise tient du paragraphe 5 de l'article 4 de la loi du 31 mars 1905, modifiant celle du 9 avril 1898, sur les accidents du travail, le droit de faire visiter hebdomadairement son blessé, par le médecin contrôleur. Ce chef d'entreprise peut donc être tenu au courant du traitement institué : son médecin lui fait part de ses observations, comme de ses critiques et, selon les cas, il provoquera une consultation entre médecins, ou demandera au juge de paix la nomination d'un médecin expert.

En conséquence, la loi donne, au chef d'entreprise, pour faire surveiller le traitement médical, des garanties suffisantes pour que la victime puisse être déchargée de toute responsabilité, au sujet des conséquences provenant d'un traitement insuffisant ou incompétent.

Dr Paul BOUDIN.

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations.

— Le 1er numéro du *Fanion médical*, qui publie les statuts de l'Association mutuelle du corps de santé de l'avant dont il est l'organe mensuel, vient de paraître. Nous lui souhaitons la bienvenue.

Nous rappelons que cette association a pour but de venir en aide aux veuves, orphelins, mutilés de guerre du corps de santé et que toutes les adhésions et dons sont reçus au secrétariat général, 16, rue de Téhéran, Paris, 8e.

— Le docteur André Quérillon, d'Hautmont (trois citations), vient d'être nommé chevalier de la Légion d'honneur.

— Pour les étudiants. — Il faut être fils de nouveau riche pour être étudiant, et comme la rapide fortune des parents n'a pu se traduire par une aussi rapide élévation du niveau intellectuel des progénitures bourdinesques, il y a des vides qu'on a songé à rétablir dans l'équilibre budgétaire des facultés en augmentant les tarifs.

« Comment voulez-vous, nous écrit un père, que la classe moyenne puisse payer les nouveaux tarifs ?

M. Honnorat a pensé récompenser ainsi ceux de nos fils qui ont fait la guerre, et dont les études ont été retardées de 5 ans ! De sorte que, non seulement il y a perte de temps, et recul de situation, mais nombreux seront les étudiants qui devront tout abandonner !

La France est vraiment une marâtre ; elle agit comme telle ; alors qu'il eût fallu alléger les frais de thèse et d'examens. C'est le contraire qui est proposé ; cela revient à dire ceci :

L'Université est réservée aux nouveaux riches ; tant pis pour les bourses plates. C'est le triomphe du veau d'or !

Vous l'avez compris, et les étudiants de Bordeaux suivent vos articles et espèrent que les combinaisons Honnorat échoueront. Il faut, au contraire, demander quelques bourses pour permettre aux étudiants les plus pauvres de pouvoir faire imprimer leur thèse, car tous n'ont pas 1.500 à 1.800 francs en poche pour le faire. (*Ere nouvelle*, 11 avril 1920.)

— L'inauguration solennelle du monument élevé aux internes des hôpitaux de Paris morts de la guerre aura lieu à l'Hôtel-Dieu, le dimanche 24 avril 1921, à 10 h. du matin.

L'on trouvera des cartes pour cette inauguration, soit à la salle de garde de l'Hôtel-Dieu, soit chez M. Arnette, libraire, 2, rue Casimir-Delavigne, où la souscription pour le monument demeure encore ouverte.

— Relèvement d'honoraires. — Le Conseil municipal de Paris, sur la proposition de M. Emile Massard, au nom de la 2e Commission, vient de décider qu'à partir du 1er janvier 1921, le taux de la vacation à payer aux médecins — lorsqu'ils seront requis par la Préfecture de police en matière de secours publics ou d'accidents non susceptibles de suite judiciaire — sera porté à 20 francs et qu'une somme de 13.500 francs, destinée à couvrir les frais de la dépense, sera rattachée au budget spécial de la Préfecture de police, chapitre 25, article 1er. (*Presse méd.*).

— Les élèves et les amis de M. le professeur Netter, désireux de lui témoigner leur reconnaissance et leur sympathie au moment où il va se séparer d'eux, ont décidé de se réunir pour lui offrir une plaquette.

Les souscripteurs sont priés de faire connaître leur adhésion, et d'adresser leur cotisation à M. le Dr Durand, 6, square Moncey.

La souscription de 40 francs donne droit à une plaquette de bronze.

La souscription de 100 francs donne droit à une plaquette bronze argenté.

Le Directeur-Gérant : Dr GASSOT.

Clermont (Oise). — Imprimerie DAIX et THIRON, THIRON et FRANJOU Successeurs,
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

RECOUVREMENTS D'HONORAIRES MÉDICAUX

M. Louis AUDEBERT, Avocat, *Directeur du Contentieux de Syndicats Médicaux. Administrateur d'immeubles.*

5, rue des Saints-Pères. PARIS, Tél Saxe 48-53.

Pour toute demande de renseignements écrire à Me Audebert, en joignant un timbre pour la réponse.

AVIS

Accidents du Travail

Note d'honoraires médicaux ;
Mémoires de fournitures pharmaceutiques ;
Certificats ;
Mémoires d'expertises ;
Mémoires de frais de justice criminelle ;
Feuilles de comptabilité ;

Nous tenons à la disposition de nos lecteurs les imprimés suivants :

1° **Notes d'honoraires médicaux**

2° **Mémoires de fournitures pharmaceutiques** prévues par l'arrête ministeriel du 8 juillet 1920.

3° **Certificats.** — Certificats pour blessés d accidents du travail.

4° **Mémoires d'expertises. — Accidents.** — Mémoires d'expertises médicales concernant les accidents du travail.

Justice criminelle.

5° **Mémoire de frais de justice criminelle** (honoraires). **Mémoires des frais de justice criminelle** (fournitures).

Ces imprimés sont établis d'après le format officiel.

6° **Feuilles de comptabilité**, servant à établir le compte de chaque client.

Modèles se trouvant dans l'Agenda-Memento du Praticien, edition 1920).

Ces différents imprimés sont envoyés au prix de franco :

Les 50..........	5 fr. »»
Les 100..........	8 fr. »»
Les 500..........	35 fr. »»
Les 1000..........	60 fr. »»





C'est contre le patron, et non contre la Cie, avec laquelle il n'a pas de lien de droit, que, en cas de difficultés, le médecin traitant doit agir judiciairement devant le juge de paix du lieu de l'accident.

Lorsque le médecin traitant a été choisi par le blessé, et non par le patron, il ne peut exiger de ce dernier que le paiement de ses honoraires conformément au tarif ministériel, actuellement Tarif Breton.

Peu importe donc que le patron ne soit pas assuré, et vous êtes dans l'obligation, si vous voulez être payé par le patron, de lui produire votre note d'honoraires dressée conformément au tarif Breton, si vous avez été choisi par l'employé.

Justification de la déclaration des bénéfices professionnels.

Je viens de lire dans le *Concours* la reproduction de ma lettre et de votre réponse, relative à l'imposition des propharmaciens sur leur chiffre d'affaires commerciales. Cela me prouve que la question intéresse nombre de confrères.

J'ai reçu ces jours-ci de M. le contrôleur l'invitation de lui faire parvenir ma déclaration des bénéfices provenant de ma profession de médecin. Il est ajouté la note suivante :

Votre déclaration I.G.R. accuse un bénéfice de....

Veuillez me fournir ci-dessous :

1° Le montant total de vos recettes brutes ;

2° Le détail de vos frais professionnels (accuser distinctement les dépenses d'essence), quantité et prix.

3° Me donner, en outre, *les recettes réalisées en* 1920 (souligné) pour vente de médicaments à votre clientèle.

J'accepte volontiers de répondre aux 2 premières questions, mais je ne me crois pas obligé de satisfaire à la 3e, d'après les renseignements que vous m'avez donnés.

Qu'en pensez-vous et quelle réponse faut-il faire à cette question ?

Dr R.

Réponse.

Puisque vous avez fait votre déclaration en vue de l'impôt général sur le revenu, qui comportait en particulier l'indication distincte du montant des bénéfices de votre profession, vous n'avez pas, à proprement parler, à faire une autre déclaration de vos bénéfices professionnels. Mais le contrôleur a le droit de vous demander

des explications et des détails que, de votre côté, vous pouvez refuser, en attendant sa taxation. Cependant, avant de vous taxer, le contrôleur devrait vous faire connaître le chiffre qu'il se propose de substituer à celui que vous avez déclaré, en indiquant les motifs qui lui paraissent justifier le redressement. Vous auriez alors le droit de présenter vos observations par écrit ou verbalement, dans un délai de vingt jours.

Vous êtes donc libre de donner ou de refuser le détail que vous demande le contrôleur. Mais, si vous donnez le détail de vos recettes brutes et de vos frais professionnels, nous ne voyons pas pour quel motif vous refuseriez d'indiquer vos recettes de vente de médicaments, et aussi vos dépenses d'achat desdits médicaments.

Comme nous vous l'avons dit, vos bénéfices sur les médicaments ne sont qu'un élément de vos bénéfices professionnels. Ils ne vous sont pas demandés actuellement par le contrôleur pour vous imposer du chef de la taxe sur le chiffre d'affaires, ni pour vous imposer du chef de l'impôt cédulaire sur les bénéfices commerciaux. Tout au moins, le contrôleur n'indique pas dans sa lettre que telle soit son intention, en ce qui concerne le dernier impôt ; quant au premier, il n'est pas de sa compétence.

Vous pourriez d'ailleurs, si vous le jugez préférable, indiquer en bloc vos recettes totales, pharmacie comprise, et, dans vos dépenses professionnelles, porter vos achats de médicaments. Vous ne donneriez ainsi aucun moyen au contrôleur de vous imposer à un double titre.

Le doctorat en ruoltz.

J'ai lu avec intérêt l'article du Dr Decourt. Je ne puis le commenter puisque je suis spécialisé et docteur en médecine, mais ce que je voudrais que tous nos confrères sachent bien, c'est que devant la menace du doctorat en médecine obligatoire, les chirurgiens-dentistes ne trouvent pas de phrases assez violentes pour écraser le malheureux médecin qui a eu l'imprudence de se lancer dans cette spécialité, et que c'est à coups de clairon qu'ils s'évertuent à faire ressortir au public qu'un médecin, parce que médecin, est incapable de soigner une dent. Nous demandons avant tout protection contre cette sorte de diffamation, dont bien des confrères, et moi en particulier, sommes victimes, principalement ceux qui s'installent et qui n'ont pas eu, malgré tout leur savoir, le temps de se faire connaître. Je suis persuadé que sur les 800 confrères dont parle le Dr Decourt, les 3/4 pensent comme moi et ont constaté les mêmes faits.

Dr Copreaux,
Ancien chef de clinique de stomatologie.

Conditions requises pour des poursuites contre un illégal.

Sont qualifiés, pour poursuivre l'exercice illégal de la médecine :

1° Le procureur de la République : mais ce magistrat n'actionne d'office que très rarement. Il est saisi d'une plainte : il fait faire une enquête, par des gens plus ou moins compétents en médecine, par des gens qui souvent, ont été les clients de l'illégal. Aussi, lorsque aucune partie civile ne s'est constituée, l'enquête aboutit à un non lieu. Se porter partie civile signifie qu'on entend assumer les frais de la poursuite correctionnelle. Dans ces conditions, le Parquet consent plus facilement à donner suite à la plainte.

2° Un médecin, ou le syndicat médical de la région, peut poursuivre. La loi du 30 novembre 1892 reconnaît à nos associations le droit d'actionner un illégal. Mais, de telles poursuites comportent souvent des frais de justice et d'avocat assez considérables, parce que l'illégal fait appel du jugement et, pour peu qu'il ait du foin dans les bottes, ou soit soutenu en sous-main, il va en Cassation. C'est donc, pour le syndicat, quelques billets de mille à dépenser, alors que les dommages-intérêts alloués seront infimes et souvent irrécouvrables.

3° Le client, qui a eu à pâtir des agissements de l'illégal. Il peut arguer d'avoir été trompé par les réclames charlatanesques de l'illégal et avoir été ainsi induit en erreur sur le droit légal que l'empirique pouvait laisser croire qu'il possédait pour exercer l'art de guérir. D'où parfois, délit d'escroquerie, surtout s'il est prouvé que les médicaments donnés, ou plutôt vendus par l'empirique, étaient ou contraires, ou nettement insuffisants, voire même n'étaient composés que de corps n'ayant aucune propriété thérapeutique.

La victime de l'empirique peut également formuler une demande de dommages-intérêts, comme ayant vu son affection aggravée par le traitement intempestif de l'illégal.

Si ce plaignant est indigent, il peut, pour poursuivre, obtenir l'assistance judiciaire. En tous cas le syndicat ou le médecin de l'endroit peut se joindre à lui, pour réclamer poursuites et dommages-intérêts. Les frais, que le syndicat aura à supporter, seront ainsi diminués.

Pour que la poursuite ait tout son effet, il faut des preuves : l'illégal doit vraiment se livrer à l'exercice de la médecine et d'une manière répétée. Il faut des cas, des témoignages et non pas se baser sur la commune renommée, quand bien même qu'au vu et au su de tout le monde l'empirique exercerait son métier. En effet, en justice, il faut des témoins, ou des écrits, sinon l'accusation ne peut pas être étayée.

Puisque vous êtes du « Sou », adressez-nous ces preuves, pour que nous puissions vous dire leur valeur juridique.

Vous dites que cette femme, qui exerce illégalement dans votre localité, adresse ses malades à la ville voisine, chez un de vos confrères. Avertissez celui-ci, avertissez également le syndicat local, pour qu'inconsciemment le médecin ne se fasse pas le complice d'une mauvaise action déontologique. Également, le confrère doit être averti qu'en cas d'accident thérapeutique, il pourrait plus ou moins être compromis dans des poursuites correctionnelles et même être inculpé, pour complicité d'exercice illégal, comme ayant couvert de son diplôme des agissements illicites d'un illégal.

Dr Paul BOUDIN.

DOCUMENTS OFFICIELS

A L'OFFICIEL

Ministère de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales.

Aux termes du décret du 3 juillet 1905, portant règlementation des bureaux municipaux d'hygiène, les directeurs de ces bureaux doivent être nommés par les maires, parmi les personnes reconnues aptes, à raison de leurs titres, par le conseil supérieur d'hygiène publique de France.

Conformément à cette disposition et aux prescriptions de la circulaire ministérielle du 23 mars 1906, destinées à en assurer l'application, la vacance de directeur du bureau municipal d'hygiène de Saint-Dié (Vosges) est déclarée ouverte.

Le traitement alloué est fixé à 3.000 fr.

Les candidats ont un délai de vingt jours expirant le 25 avril 1921 pour adresser au ministre de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales leurs demandes, accompagnées de tous titres, justifications ou références permettant d'apprécier leurs connaissances scientifiques et administratives ainsi que la notoriété acquise par eux dans des services analogues ou des fonctions antérieures. Cette candidature s'applique exclusivement au poste envisagé.

A la demande doit être jointe une copie certifiée conforme des diplômes obtenus ; l'exposé des titres doit être aussi détaillé que possible et accompagné d'un exemplaire des ouvrages ou articles publiés. Les candidats peuvent, en outre, demander à être entendus par la commission du conseil supérieur d'hygiène.

Tarif des expertises devant les Conseils de guerre.

Décret du 17 mars 1921.

Art. 1er. — Sont abrogés, en ce qui concerne les conseils de guerre de l'armée de terre séant en France, au Maroc et dans les corps expéditionnaires ou d'occupation, les articles 14, 15 et 17 du décret du 12 août 1896, modifié le 1er septembre 1899.

Art. 2. — Sont applicables devant les conseils de guerre de l'armée de terre séant en France, au Maroc dans les corps expéditionnaires ou d'occupation, les articles 12, 15, 16, 17 à 31, 32 à 43, 45 à 47, 56 à 58, 64 à 69, 71, 81, 82, 94, 95 à 98, 118, 119 et 169 du décret du 5 octobre 1920.

(*J. O.*, 25 mars 1921.)

Note. — Les articles 17 à 29 du décret du 5 octobre 1920 sont ceux qui fixent les honoraires et indemnités des experts en matière criminelle. Ils ont été publiés dans le *Concours médical* de 1920, page 2643, et dans l'Agenda-Memento de 1921, page 183.

Les honoraires d'expertise sont donc les mêmes en matière de justice pénale militaire qu'en matière de justice pénale civile.

SYNDICAT DES MÉDECINS DE LA SEINE

Monsieur le Rédacteur en chef du Concours Médical,

J'ai l'honneur de vous informer que M. le Préfet de la Seine a invité les représentants des Syndicats de Paris et de la Seine à se rendre à une réunion qui a eu lieu ce matin 9 avril, à onze heures à l'Hôtel de Ville dans le cabinet de M. le Secrétaire général.

M. le Dr Cibrie, président, M. le Dr Jayle, secrétaire général du syndicat des médecins de la Seine et M. le Dr Cayla, représentant l'Association syndicale des médecins de la banlieue ouest et nord, étaient présents.

M. le Dr Jayle a donné lecture de la *déclaration ci-jointe* dont l'importance dans la question en litige de la loi des Pensions ne vous échappera pas.

Je vous envoie cette information, pensant que vous la trouverez intéressante pour les lecteurs de votre important journal.

Le secrétaire général,
Dr F. Jayle.

Monsieur le Préfet de la Seine,

Par déférence pour votre personne et pour montrer une fois de plus que le Syndicat des médecins de la Seine répond toujours à toutes les invitations de la Préfecture, nous venons assister, Président et Secrétaire général, à la réunion à laquelle vous nous avez conviés.

Mais nous vous déclarons, avant toute discussion, que le Syndicat des médecins de la Seine demande le rétablissement des deux mots essentiels du paragraphe 5 de l'art. 64 de la loi des

Pensions, mots qui avaient été votés en connaissance de cause par le Parlement et dont la suppression a été faite en quelque sorte subrepticement par un amendement glissé dans la loi de finances de décembre 1920. Cette méthode de suppression a eu pour résultat l'absence de toute discussion à la Chambre et l'étranglement du débat au Sénat. Le débat au Sénat, bien que très court, a cependant montré chez M. le Ministre des Pensions un esprit tellement agressif que le sénateur M. Delpicrre a prononcé les paroles suivantes :

« Je proteste de toute mon énergie contre les « paroles qui viennent d'être prononcées. Pour-« quoi une si violente intervention de M. le « Ministre des Pensions ? Vous assimilez les « médecins en ce moment à des mercantis. »

Le Corps médical dont la valeur scientifique et le dévouement au cours de la guerre ont seuls permis la récupération par les armées de centaines de milliers d'hommes et dont le désintéressement envers les pauvres a de tous temps été inscrit à la charte de ses devoirs, ne peut accepter la tendance si hautement manifestée de M. le Ministre des Pensions. Il ne peut souscrire davantage à un acte dont les conséquences sont, pour les soldats héroïques qu'il connaît bien pour les avoir souvent arrachés à la mort, le renvoi à l'hôpital pour tous les cas graves et les soins spéciaux comme des indigents et leur remise entre les mains de médecins qu'ils n'ont pu librement choisir, contrairement aux droits que leur confère la loi faite à leur intention.

Défendant les droits des bénéficiaires de la loi des Pensions et, sauvegardant l'honneur du Corps médical, le Syndicat des médecins de la Seine n'acceptera jamais aucune taxation administrative faite sans son consentement et sans une entente absolue entre ses représentants et ceux de l'administration. Cette entente n'existant pas actuellement, aucune discussion n'est possible de notre part sur le décret du 9 mars 1921.

Je vous prie, Monsieur le Préfet, de vouloir bien faire consigner cette déclaration au procès-verbal de la séance et de la faire transmettre à qui de droit.

Le Secrétaire général du Syndicat des médecins de la Seine :
Dr F. JAYLE.

QUARANTE-TROISIÈME ANNÉE N° 17 DIMANCHE 24 AVRIL 1921

Fondé en 1879 par Auguste CÉZILLY
Rédigé et dirigé par H. JEANNE (1900-1914),

LE CONCOURS MÉDICAL

ORGANE HEBDOMADAIRE DES PRATICIENS
Groupés dans la Société « Le CONCOURS MÉDICAL » et ses Filiales

ADMINISTRATION & PUBLICITÉ
C. BOULANGER, ADMINISTRATEUR

ABONNEMENTS :

France	24 fr.
Étranger	28 »
Étudiants (France)	12 »
Le numéro	50 cent.

Chèques Postaux Paris 167-95

DIRECTION

MM. les Drs A. GASSOT, Directeur; A. MAURAT ; H. CEZILLY ; J. NOIR ; P. BOUDIN docteur en droit ; M. VIMONT ; G. DUCHESNE.

MM. P. CEZILLY, J. DUMESNY, licenciés en droit ; C. BOULANGER.

RÉDACTION

Dr J. NOIR, RÉDACTEUR EN CHEF

Drs P. LACROIX et G. DUCHESNE SECRÉTAIRES DE LA RÉDACTION

N. B. — Les manuscrits, publiés ou non, ne sont pas rendus.

Rédaction et Administration : 132, rue du Faubourg St-Denis, PARIS (10e). Téléphone : Nord 48-17

Quarante-troisième année. N° 17 24 Avril 1921.

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

Office de Renseignements du « Concours »

AVIS

Automobiles
(ACCESSOIRES)

Le nouveau catalogue de l'Office Commercial Automobile, vient de paraître. Les lecteurs du « Concours », pourront le recevoir en adressant leur demande, à M. Ch. ESBIN, 4, rue du Débarcadère, Paris, XVIIe.

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum, aux* « demandes et offres ».

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne, qui est versé dans la caisse de la Société civile du Concours Médical). *Adresser un mandat ou mieux verser au compte de chèques postaux,* Concours Médical, *Paris 167-95.*

Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse.**

N° 178. — A vendre auto de Dion, 2 cyl., 1914, 6 HP., 2 places, remise à neuf, avec roue secours, phare et lanternes, Dr Robert, Laigle, Orne.

N° 179. — Docteur disposant petit appartement rue Lafayette, cherche confrères pour fonder polyclinique. Frais peu élevés.

N° 180. — A vendre, cause double emploi, 10 HP. Renault 1911, 4 cyl., graissage automatique, landaulet 3 pl. et spider, capote cuir, b. état de marche, prix modéré. Dr Conchon, à Châtel-Guyon (Puy-de-Dôme).

N° 181. — A vendre au plus offrant, forceps Tarnier avec tract. accep. éch. avec Pajot détroit sup. bon état. A vendre matériel méd. colon. Dr Cudennec, Audierne (Finistère).

N° 182. — Médecin propharmacien remettrait poste 25.000 fr. Indemnité à débattre.

N° 183. — Docteur 29 ans, au courant clientèle, cherche situation avec fixes, Paris.

N° 184. — Docteur campagne Bourgogne, reçoit enfants et adolescents, dix francs par jour.

N° 185. — A vendre, auto « La Nef » quatre places, moteur de Dion 8 HP., changement de vitesse Bozier, allumage, magnéto neufs, bon état de marche, prix 3.000 fr. Dr G. Boymier, à St.-Vivien-de-Médoc (Gironde).

N° 186. — On désire entrer en relations avec chimiste au courant d'analyses biologiques, etc.

N° 187. — Vinot 1914, 10 HP., conduite intérieure decapotage, 2 pl. et strapontin, complètement revue usine octobre dernier, intérieur refait, 10.000 fr., éclairage Magoudeaux. Drouet, 37, rue de Marly, Rueil (S.-et-O.).

N° 188. — A vendre Citroën torpedo, 4 pl., modèle 1921, à prendre usine de suite pour 13.500 fr. Dr Gehard, à Laval (Mayenne).)

N° 189. — Cause double emploi, Zèbre mono, bon état à vendre. Adr. Dr de Coste, à Lavaur (Tarn).

N° 190. — A vendre, BB. Peugeot, parfait état de marche, 5.000 ; 12 HP. Berliet 1914, torpedo 2 places et strapontin, carrosserie neuve, mécanisme entièrement revu, au plus offrant à partir de 12.000. Dr Bertrand, à Lure (Hte-Saône).

N° 191. — Cherche occasion : masseur-accélérateur Jayle ; puissant appareil douche air chaud sur pied pour courant alternatif 145 volts ; un sphygmo-Pachon.

N° 192. — Dr 31 a., L. d'h., cherche très import. et ancien poste ou cabinet médical, tenu dep. longtemps par cessionnaire av. présentat. contre indem.

Nº 193. — Cause double emploi, Delage 4 cyl., 8 HP., 1911, torpedo 2 pl., bien fermée, peu roulé propriétaire malade, bon état châssis, carross. et pneus. A céder 6.000 fr.

Nº 194. — A céder à 100 klm. de Paris, excellent poste d'un rapport de 30.000 fr. en augmentation. Très belle installation, cession urgente, indemnité avantageuse, facilités. Breitel et Goret, 1, rue Dante Paris.

Nº 195. — A reprendre dans banlieue de gde ville du Midi poste d'avenir, pas de frais de locomotion. Jolie villa, communications faciles. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris.

Nº 196. — A vendre : Zèbre, 6 HP., 4 cyl., torpedo 2 pl., éclairage électr., amortiss. av. et arr ; revue, 9.000 fr. Dr G. Roussel, 6, rue de Chantilly, Paris.

Nº 197. — Sœur de médecin, connaissant sténo, infirmière pendant la guerre, demande situation chez médecin, ou dans clinique ou maison de santé, comme comptable, secrétaire.

CORRESPONDANCE

Frais médicaux et pharmaceutiques dans les accidents du travail.

Membre du « Sou », de l'Amicale, je viens vous demander deux renseignements

1º Un assureur refuse de payer au pharmacien les différents flacons renfermant l'eau oxygénée que je formule, il paye le contenu mais ne veut payer qu'un seul verre. Doit-on obtempérer à cet ordre ?

2º Je donne mes soins à des Espagnols accidentés du travail. Ces ouvriers sont assez capricieux et se déplacent facilement. Si par hasard un de ces sinistrés quittait le pays et si j'avais des difficultés avec l'assureur, comment ferai-je pour me faire payer ?

Dr C.

Réponse.

1º Le tarif pharmaceutique des accidents du travail contient en effet la disposition suivante au Chapitre III (tarif des récipients) :

« Les récipients ne seront comptés qu'une seule fois lorsque la fourniture sera renouvelée. »

L'assureur est donc dans son droit.

2º Qu'il s'agisse d'ouvriers français ou d'ouvriers étrangers, les frais médicaux et pharmaceutiques sont dus par le patron des blessés du travail dans les mêmes conditions. Vous n'avez donc, si vous n'êtes pas payé amiablement, qu'à citer le patron du blessé devant le juge de paix du lieu de l'accident (et non la Compagnie avec laquelle vous n'avez pas de lien de droit).

Le timbre des quittances.

Je vous serais très reconnaissant de me faire savoir si les reçus de sommes inférieures à 10 francs doivent être munis de timbre de quittance à 0 fr. 25. Réponse par voie du journal, la question intéressant toute la corporation.

Dr C.

Réponse.

Les quittances de sommes égales ou inférieures à 10 francs sont exemptes de timbre quittance, à moins qu'il ne s'agisse d'un acompte sur une somme supérieure à 10 fr.

Au-dessus de 100 fr., le timbre-quittance doit être de 0 fr. 50, et au-dessus de 1.000 fr., de 1 fr.

Extraits du courrier de la Mutualité Familiale.

I

Je profite de cette occasion pour vous répéter combien je suis heureux d'avoir eu la pensée d'entrer dans notre Mutualité car, dans la triste situation où je me trouve, que deviendrais-je sans elle, puisque, né de parents pauvres, je n'ai pour vivre avec ma domestique que les 1200 francs que vous m'envoyez avec les très modestes revenus des économies que j'ai pu faire ? Par ce temps de vie chère, que c'est dur !

Dr T.

II

Dans la situation très difficile où je me trouve, l'indemnité que vous m'avez envoyée va me rendre le plus grand service. Pour la première fois de ma vie, je reconnais les bienfaits de la mutualité ! Ayant une bonne situation médicale, installé dans une jolie villa (heritage paternel) je n'ai jamais su mettre un centime de côté.. et six mois de maladie ont complètement vidé le coffre-fort. Que de fois ma situation doit se présenter dans le corps médical et surtout chez les médecins de campagne ! Quand j'ai fait ma demande d'inscription à la Mutualité Familiale, je ne me doutais guère que j'attendrais un jour après l'indemnité qu'elle pourrait m'allouer, je n'ai aucune honte à l'avouer. Aussi ne cesserai-je d'encourager mes confrères à demander leur admission.

Dr B.

III

Je viens de recevoir votre envoi et vous en remercie bien vivement. Dois-je vous le dire ? Quand j'ai donné mon adhésion, c'était par pure solidarité confraternelle, j'étais dans une aisance relative et je me portais bien. La maladie est venue, mais je pouvais encore vivre convenablement, puis la guerre, alors c'est une autre affaire : je suis à peu près ruiné, inca-

pable de rien faire ; que deviendrais-je si je n'avais pas l'aide de la *Mutualité Familiale*. Bien imprévoyants ceux, qui, ayant sous la main cette œuvre admirable, restent indifférents et croient dans l'avenir !

Dr G.

Application du Tarif Breton.

Je vous serais reconnaissant de me donner les renseignements suivants : Ayant donné mes soins à un blessé atteint de brûlures (moyenne brûlure) à la main droite et à la main gauche, du 6 novembre au 11 décembre 1920, de quelle manière devrai-je établir mon tarif ?

D'autre part, à ce moment-là, j'ignorais qu'il existait des soins pour lesquels il fallait, après 5 interventions, aviser la Cie par lettre recommandée pour la continuation des soins.

Aurai-je de ce fait des difficultés pour règlement avec la Cie d'assurances. Que devrai-je faire dans ce cas ?

Dr C.

Réponse.

1o Deux pansements de brûlure moyenne, situés l'un à la main droite, l'autre à la main gauche, n'ayant pas été faits sur un même segment de membre, sont tarifés (art. 14) pour chacun des pansements, soit (art. 28), en 2e catégorie : 11,25 + 11,25 = 22,50... tant que la blûlure, en diminuant d'étendue, ne passera pas dans le tarif des petites brûlures à 7,50 pièce.

2o Ayant eu à prévoir plus de cinq interventions à tarif spécial (art. 7), vous auriez dû en prévenir la Cie, qui pourrait vous chercher chicane sur ce point. Il est trop tard maintenant pour l'en prévenir. Ne soulevez donc pas ce lièvre ; envoyez simplement votre note, telle que ci-dessus, sans commentaire.

Dr F. Decourt.

A propos de l'urotropine (uroformine).

Nous avons lu avec beaucoup d'attention les lettres des docteurs D. et F. publiées dans le *Concours médical* des 13 mars et 10 avril derniers.

Ces deux praticiens mettent en garde leurs confrères contre l'emploi d'*urotropine* impure, et les accidents qu'ils ont observés : troubles gastriques, hématuries, nausées, diarrhées abondantes, etc.

Et tout d'abord, laissez-nous protester une fois de plus contre l'emploi du mot *urotropine*, mot privatif et propriété d'une firme allemande. Comme l'ont déjà demandé MM. les docteurs Bazy, Netter

Tiffeneau, etc., ce mot devrait être banni de la littérature médicale française et des prescriptions magistrales.

Quant aux impuretés du produit commercial vendu sous des noms divers, le fait est connu depuis longtemps. Il est simplement aggravé en ce moment par l'écoulement d'énormes stocks de guerre, de provenances diverses et de conservation souvent déplorable.

Laboratoire Gobey.

NOTES DE PRATIQUE QUOTIDIENNE

Un traitement de la goutte.

Que la colchicine soit le remède héroïque de l'accès de goutte, ou mieux du rhumatisme goutteux, nul ne conteste.

Poudre de semences, extrait ou teinture ont chacun leurs partisans. Si Florand est d'avis de prescrire des doses progressivement croissantes, XL gouttes le premier jour jusqu'à CL au septième ou huitième jour, (augmentation de 15 à 20 gouttes par jour), Albert Robin préconise d'emblée un traitement d'attaque et, dès le deuxième ou troisième jour, diminue de 20 gouttes par jour la dose initiale.

Si la goutte tend à devenir chronique, ce qui est la règle, vous utiliserez la *poudre de Pistoya* dont voici la formule :

Poudre de bulbes de colchique	20 gr.
— de racine de bryone...	10 gr.
— de gentiane	10 gr.
— de camomille.........	10 gr.
— de bétoine...........	50 gr.

Vous divisez 100 en cachets de 1 gr., et en ordonnez deux par jour.

Le matin à jeun, nous avons coutume de prescrire l'infusion suivante dont on ne boira qu'un verre (150 gr. environ) :

Racine d'aristoloche-clématite	8 gr.
Racine de bétoine	10 gr.
Eau (pour infusion).......	1000 gr.

(Masquer la saveur désagréable avec un zeste de citron).

Il est bon de continuer durant 8 à 10 jours cette tisane, à tort, trop négligée. Peut-être aussi se trouvera-t-on bien d'exhumer des vieux formulaires, la *poudre du duc de Portland* :

Petite centaurée pulv...	4 parties
Racine de gentiane....	ââ 2 parties
Aristoloche longue....	ââ 2 parties
Feuilles de gormandrée	ââ 2 parties
Feuilles d'ivette......	ââ 2 parties

(*Voir la suite page XXXV-1213*)

PROPOS DU JOUR

Les mercantis des mutilés

En traversant hier une rue populaire de Paris, un camelot m'a remis un prospectus de clinique d'accidents du travail. Le libellé ne différait guère de ceux de jadis et ne pouvait me surprendre ; l'on y promettait les *soins médicaux* GRATUITS (ô combien !) aux accidentés, et une note en caractères gras annonçait que *les frais de déplacement étaient remboursés aux blessés du travail.*

On ne précisait pas si ce déplacement était censé s'effectuer à pied, en tramway, en métro ou en auto-taxi. Tout ceci, étant bien connu et depuis des années, n'aurait guère attiré mon attention si je n'avais lu :

SOINS AUX MUTILÉS ET RÉFORMÉS N° 1 DE LA GUERRE. — *Application de la loi des Pensions.*

Tiens, me dis-je en mettant dans ma poche le papier jaune, voici sans doute une clinique protégée par M. Maginot.

C'est, en effet, à cela que va aboutir l'ingéniosité de M. le ministre des pensions.

En marge du corps médical, et repoussés de nos syndicats, les entrepreneurs de ces sortes de cliniques vont ajouter à leur clientèle un lot de réformés qui viendront grossir leur chiffre d'affaires.

Certes, les mutilés et les réformés sérieux n'auront pas recours à ces institutions, pas plus que les ouvriers raisonnables ne s'y précipitent, mais sur le nombre (hélas ! ils sont tant !) il y en a toujours assez dont les scrupules ne sont pas exagérés, qui donneront dans le panneau.

Le tuberculeux chronique trouvera bon d'aller plusieurs fois par semaine chercher à la clinique son sirop calmant, agrémenté d'une petite coupure pour rembourser ses frais de déplacement, cela lui permettra de se reposer, en sortant, chez le bistro du coin. D'autre part, le philanthrope Clinicard, pouvant faire défiler devant son bureau les tuberculeux réformés par douzaines, fera suffisamment ses affaires, malgré la ristourne consentie, qu'il défalquera volontiers sur les honoraires du tarif Maginot.

M. le ministre des pensions aura été le créateur et le pourvoyeur des *mercantis des mutilés.*

Cette affirmation n'est pas une boutade, c'est l'exacte réalité.

Quand pour la première fois se réunit au Ministère de l'intérieur la commission du tarif des pensions, où j'étais délégué, Lafontaine, au nom de l'Union des syndicats médicaux, expliqua que les médecins syndiqués ne voulaient pas laisser s'établir autour de la loi des pensions l'atmosphère malsaine que l'on avait vue se former autour de la loi des accidents du travail.

« Nous voulons, disait-il, être convenablement honorés, mais nous voulons l'être pour des soins consciencieusement donnés ». Et il exposa un projet de contrôle par les syndicats médicaux, invitant l'administration à l'étudier et à nous aider à le réaliser.

Je vois encore avec quelle expression de surprise et de dédain le sous-secrétaire d'Etat d'alors, M. Albert Favre, un évadé de la médecine et bien évadé, accueillit la proposition de contrôle.

« Nous ne sommes pas là, répondit-il, en propres termes, pour réformer les mœurs ni faire de la philosophie médicale, mais pour établir un tarif et discuter des prix. »

La qualité des soins qui seraient donnés aux mutilés, le devouement et la conscience qui seraient apportés à soigner des victimes de la guerre, M. le sous-secrétaire d'Etat s'en... moquait et ne nous l'envoyait pas dire.

Une seule chose l'intéressait, c'était la question des gros sous. Peu lui importait la façon dont ces sous seraient répartis, ni l'utilité des services qu'ils devaient rémunérer.

Depuis, le sous-secrétaire d'Etat a été remplacé par un ministre ; l'esprit de la maison, en changeant de maître, est resté le même ; tout au plus la voix a augmenté de diapason, le patron étant plus haut en grade.

On continue au ministère des pensions à se ... moquer du genre de soins que recevront les mutilés pourvu qu'on arrive à les payer le moins possible, comme si en cette matière le bon marché n'était pas toujours cher.

M. Maginot a souffleté sans raison et sans preuve, il y a près d'un an, les praticiens de l'Isère de la qualification de *Mercantis des Mutilés* ; actuellement c'est lui qui les crée les vrais *Mercantis des Mutilés* ; ce sont eux seuls qui s'inclinent devant sa volonté et consentent à appliquer la loi des pensions, modifiée, l'on sait avec quelleloyauté et quelle franchise.

Les médecins syndiqués ont protesté avec énergie et refusé d'accepter le tarif par catégories que veut leur imposer M. Maginot. A l'iusulte qu'il leur a adressée, il a ajouté récemment la menace. A quoi bon ? Qu'il s'adresse aux cliniques spéciales qui se sont déjà attiré une si belle réputation en donnant des *soins gratuits* (!) aux accidentés du travail, elles acceptent le privilège d'appliquer la loi, et les 15.000 médecins syndiqués de France ne leur disputeront pas les faveurs de M. le ministre des pensions.

J. NOIR.

Une victime du devoir médical : le Dr Leray.

Le martyrologe de la médecine française compte un nom de plus : le Dr LERAY, chef du service de radiologie de l'hôpital St-Antoine, à Paris, vient, après une lente agonie, de succomber victime de son dévouement professionnel.

Nous ne saurions mieux faire, pour honorer cette victime du devoir, que de publier le discours prononcé à ses obsèques par le Dr Paul Guillon, vice-président de la Société de Médecine de Paris.

Le Dr Paul Guillon avait connu intimement le Dr Leray ; il avait été témoin de sa conduite héroïque dans sa modestie au cours de la guerre et avait pu voir avec quel sang-froid et quelle résignation le radiologiste était resté à son poste, sachant bien le sort qui l'attendait, sort qu'il eût pu éviter, s'il avait songé à lui avant de penser à secourir les autres. Aussi nul confrère ne pouvait avec plus d'éloquence ni plus d'émotion faire l'éloge du Dr Leray sur sa tombe.

J. N.

Discours du docteur Paul Guillon.

J'ai le triste devoir d'adresser au Dr Leray le suprême hommage de tous ses collègues de la Société de médecine de Paris.

Depuis 1901, il en était membre titulaire, et j'avais été en relations avec lui, mais c'est à la guerre que je l'ai réellement connu.

Les hasards de la mobilisation de deux volontaires, de deux Parisiens, ont fait que, pendant quatre ans, je l'ai vu à l'œuvre, j'ai vécu sa vie, j'ai appris à l'estimer.

Libéré de toute obligtion militaire, dès le début des hostilités, il se mit volontairement à la disposition du service de santé, qui l'affecta en qualité de médecin-chef à l'hôpital complémentaire n° 18, à Saint-Brieuc.

Ce fut la triste période de toutes les insuffisances et de toutes les imprévisions. De suite, Leray sentit qu'il y avait mieux à faire que d'être un pur fonctionnaire. Il savait quel précieux secours aurait pu apporter l'application de la radiologie aux soins des blessés ; à cette époque d'ignorance systématique de toutes les compétences, les spécialistes étaient fort peu considérés.

Leray eut bien du mal à se faire comprendre ; néanmoins, dès 1915, il obtenait d'organiser, par lui-même, à St-Brieuc, un service de radiologie. Et, de suite, il en assurait le parfait fonctionnement : un jeune confrère, aux armées, lui confiait, à lui, toute son installation civile personnelle, avec son matériel complet. Grâce à Leray, St-Brieuc fut un des premiers centres dotés d'une vraie organisation radiologique.

Il est inutile de dire de quelle utilité ultérieure ont été ces formations.

Pendant de longs mois Leray exerça presque officieusement sa spécialité, tout en continuant à être, à la fois, médecin-chef et médecin-traitant de son hôpital. Ce n'est que beaucoup plus tard qu'il obtint le titre officiel de médecin-chef du service radiologique de St-Brieuc et de la région et qu'il put enfin se consacrer exclusivement à l'art où il excellait.

Reçu docteur en 1895, dès 1898, il se spécialisa et fut ainsi un des premiers médecins à appliquer les rayons X. Depuis 1901 il était chef du laboratoire central de radiologie à l'hôpital St-Antoine.

Dans la région de St-Brieuc tous les chirurgiens se sont plu à reconnaître à Leray, en dehors de son incomparable maîtrise technique, une puissance de travail prodigieuse. A lui seul, sans l'aide d'aucun assistant, il eut à examiner 35.000 blessés ou malades, ce qui donne, par mois, une moyenne de près d'un millier.

Examiner, c'est déjà quelque chose, matériellement ; mais, interpréter les constatations et les traduire en un langage accessible à tous, c'est un peu plus ; puis, il fallait se tenir au courant des progrès incessants que la science radiologique faisait chaque jour, et collaborer aux *opérations sous l'écran*, sans parler des états et statistiques que le formalisme supérieur n'a jamais permis d'omettre.

Aussi Leray n'a jamais connu le repos ; ses

journées de labeur étaient sans mesure, et les dimanches n'existaient pas.

Il a tenu jusqu'au bout, restant jusqu'à la démobilisation ; mais par quel prodige d'énergie !

Jamais il ne s'est plaint, et cependant, dans les trop rares causeries qu'il a bien voulu me consacrer, sans interrompre son service, j'ai pu me convaincre qu'il savait où le menait sa conception du devoir ; il n'avait aucune illusion sur ce qui l'attendait.

Il devait mourir à 55 ans.

En rentrant dans la vie civile, son organisme était usé ; il dut renoncer à toute clientèle ; dans l'impossibilité de reprendre son service à St-Antoine, il accepta un petit poste à l'école des Infirmières de la Salpétrière, poste modeste, pour ainsi dire de retraite, créé pour lui par l'Assistance publique. Et Leray en avait une infinie reconnaissance à M. André Mesureur, qui dirige cette école, et qui jusqu'à la fin ne cessa de lui prodiguer les plus délicates marques d'intérêt, cherchant, semble-t-il, à adoncir l'amertume éprouvée par ce bon serviteur à l'égard des administrations trop souvent ingrates.

Au titre de guerre, en août 1920, Leray fut fait chevalier de la Légion d'honneur !

Mais, dès novembre 1919, il avait dû se faire amputer le pouce droit, ne se résignant pas, comme le voulait faire le chirurgien, au sacrifice de l'avant-bras.

C'est lui que j'avais en vue, le 9 janvier 1920, dans le rapport où, après avoir cité les 64 membres de la Société de médecine de Paris morts depuis 1914, j'ajoutais :

« Et je ne parle pas de ceux qui ne sont qu'à demi-morts, terriblement blessés, mutilés,... de ceux qui, lentement, se sentent physiquement dépérir, de ceux qui, du fait de la guerre, tous les jours encore voient tomber un lambeau de leur chair, comme tel radiologue récemment amputé d'un membre. »

Hélas, avec une netteté de vision qui est le triste privilège du médecin, Leray surveillait stoïquement les progrès du mal inexorable ; il luttait, mais quelles souffrances ; des abcès, à la jambe, puis un peu partout, enfin une infection généralisée, et, pour finir, une agonie de 8 semaines. Pendant deux mois, le malheureux devait rester couché, immobile, sur le dos, avec une sensibilité telle, de tout le corps, que le moindre frôlement était une torture. Et toute thérapeutique impuissante ; rien ne pouvant calmer les lancinements incessants ; ses amis désolés, sa famille, son admirable compagne contemplant un véritable squelette, mais vivant, vibrant, au cerveau toujours lucide, et qui, jusqu'au bout, ne se plaignit jamais.

Et la dernière nuit, toujours calme, avec les touchants adieux à tous les êtres chers.

Sérénité suprême, due beaucoup à la foi reconquise.

Leray avait retrouvé les croyances de son enfance ; dépouillant tout orgueil, et s'inclinant en toute humilité, en toute résignation, il mourut en véritable saint.

Héros obscurs et modestes, humbles martyrs de la science, champions tombés dans le bon combat, pour le progrès, de tels hommes honorent une profession.

Les médecins en peuvent être fiers ; à notre époque où pleuvent les accusations de mercantilisme, ils sont encore le désintéressement, le dévouement, l'abnégation, le devoir.

Nous avons vu passer, récemment, un de nos régiments, choisi pour la garde d'honneur d'un souverain en visite à Paris. Son drapeau, déchiqueté, s'en allait en lambeaux, loque glorieuse que l'on saluait bien bas.

Un Leray, loque humaine, peut être aussi notre drapeau, emblème du calme sacrifice volontairement, froidement consenti.

Adieu, mon cher ami, malgré votre modestie, votre image restera radieuse, comme une des pures gloires de notre profession, trop méconnue, mais grande et noble entre toutes.

Vous n'êtes pas glorieusement *mort au champ d'honneur* ; vous n'êtes même pas *mort en service pour la France* ; mais vous avez donné votre chair vive pour le salut de milliers d'existences. Chaque goutte de votre sang représente une vie sauvée, ou une mutilation évitée ; chacune des infinies souffrances que vous deviez endurer a peut-être semé la joie dans un de nos foyers familiaux, en en écartant la douleur et le deuil.

Avec une tristesse émue, mais surtout avec un profond respect, inclinons-nous en passant devant cette tombe.

Vous avez bien mérité du pays. Votre vie a été le Devoir, tout le Devoir, plus que le Devoir.

PARTIE SCIENTIFIQUE

CLINIQUE MÉDICALE

Hôpital St-Louis, annexe Grancher.
M. le Dr Jules RENAULT.

L'albuminurie chronique de l'enfant.

Dans ma dernière leçon, Messieurs, je vous ai donné une étude d'ensemble sur l'albuminurie aiguë de l'enfance. Nous aurons beaucoup plus de difficultés à débrouiller le chaos des albuminuries chroniques présentées par nos petits malades.

De façon habituelle, les parents nous conduisent leurs enfants parce que, nous disent-ils, ceux-ci ont de l'albumine depuis 4 mois, 6 mois, un an, deux ans et plus encore. Malgré le régime ponctuellement suivi, l'albumine ne cède pas. Ce n'est pas que l'enfant souffre ni se plaigne... Il est pâle, amaigri, il s'essouffle plus vite... Il présente une certaine inaptitude au travail. Tous ces signes sont rarement rassemblés sur le même sujet. D'autres fois, c'est l'œdème des paupières, de la face, des malléoles, plus particulièrement en fin de journée ou après une promenade un peu plus longue. Et voilà tous les renseignements que vous donnent les familles.

Il est certain que le diagnostic est très difficile à établir. Vous vous en convaincrez à la longue énumération des causes qui peuvent occasionner la chronicité de l'albumine.

Pour faciliter notre étude, j'établirai deux grands groupes : les albuminuries chroniques *lésionnelles*, les albuminuries chroniques *fonctionnelles*.

Pour chacun de ces groupes, nous déterminerons le diagnostic, le pronostic, le traitement.

A).... *Les albuminuries lésionnelles* sont conditionnées 1° par des lésions de néphrite chronique. Vous vous souvenez du petit rein contracté (atrophie granuleuse, néphrite interstitielle, sclérose rénale du rein goutteux). J'appelle un instant votre attention sur la rareté de la néphrite interstitielle chez l'enfant, et dans un travail que j'ai publié voici quelques années déjà, je n'ai pu en relater que 10 cas incontestables.

Les causes habituelles de cette première catégorie de néphrite sont le saturnisme, la goutte qui engendrerait une albuminurie héréditaire ; l'alcoolisme, le paludisme, la syphilis.

Toutes ces causes étant rares chez l'enfant, cette forme se montrera donc rarement. Notez cependant que l'enfant « *est un goutteux héréditaire* » et que, en conséquence, les manifestations de la goutte pourront se trouver sur son rein.

Que penser de l'albumine héréditaire ? L'enfant *n'hérite pas de l'albumine,* mais d'un terrain qui le prédispose à l'albuminurie. De même, vous le savez également, dans certaines familles les morts subites par le cœur et par le cerveau sont signalées. Les enfants ont hérité de la susceptibilité particulière de ces organes.

Or la goutte est la plus héréditaire des maladies, qu'elle soit articulaire ou ab-articulaire, comme ses manifestations cutanées, l'eczéma par exemple.

Les signes de dyspnée, d'urémie, d'œdème aigu du poumon mettent chez l'adulte des mois et des mois à s'installer.

Chez l'enfant la maladie évolue silencieusement pendant des années, puis elle brûle les étapes : quelques jours ou quelques semaines suffisent. Seulement quand le rein en est arrivé à l'insuffisance totale, alors, en quelques jours très courts, en quelques heures, comme il m'a été donné de le constater, l'enfant meurt !....

2° A son tour, la *néphrite chronique diffuse* entre en cause, soit comme aboutissant de la néphrite sub-aiguë dont nous avons causé à la dernière leçon, forme déjà diagnostiquée ou forme supposée, si l'on nous fait part, dans les anamnestiques, d'une maladie infectieuse. Ce sont alors les lésions du petit rein blanc. Le rein se détruit ensuite progressivement et œdème, hydropisie, anarsaque, s'installent peu à peu.

Un des signes les plus importants et que vous devez placer en toute première ligne dans l'échelle de valeur et de gravité est l'*œdème de la papille* qui se manifeste par des troubles précoces de la vue. L'enfant se plaint que sa vue baisse. Bien souvent la famille, endormie par les conseils des voisins, attribue ce phénomène à de la faiblesse. Mais comme les fortifiants donnés « larga manu » n'ont amené aucun résultat, le médecin enfin consulté n'a plus hélas ! qu'à formuler le plus sombre des pronostics ; l'issue est absolument fatale, dans un délai de quelques semaines, quelques mois au plus.

Comme autres causes nous retrouvons ici, tuberculose, syphilis, paludisme, troubles digestifs.

Si nous accusons ces derniers troubles, c'est, il faut l'avouer, par ignorance de toute autre cause et par élimination de celles que nous venons d'énumérer. Mettons donc un point d'interrogation à leur endroit...

La tuberculose peut frapper de diverses

façons le rein de l'enfant, soit en créant une vraie tuberculose rénale, soit en amenant une néphrite sub-aiguë, soit une simple albuminurie passagère. La syphilis peut produire exactement les mêmes méfaits que la tuberculose : on trouve soit une *gomme* du rein, au lieu d'un *tubercule*, soit une néphrite sub-aiguë, soit une néphrite chronique.

Mais voici un enfant qui nous est présenté avec une quantité considérable d'albumine, quantité anormale, quelquefois plusieurs grammes. Abandonnez toute idée de néphrite et songez immédiatement à la *dégénérescence amyloïde*. Celle-ci est la signature de quelque suppuration prolongée, osseuse ou ganglionnaire. Retenez encore que cette dégénérescence est plus rare chez l'adulte que chez nos petits malades. La syphilis est souvent en cause de même que l'ostéomyélite chronique, mais la caractéristique de cette affection, en outre de la grande quantité d'albumine, c'est qu'elle guérit avec la cause qui l'a provoquée.

Comment se présente-t-elle ? Polyurie, grande albuminurie, œdème qui semble être une forme de cachexie. Mais, par contre, ni troubles de la vue, ni congestion des bases, aucun signe d'œdème du poumon et, comme je viens de vous le dire, guérison avec la guérison de la cause initiale. lorsque celle-ci disparaît.

B)... *Les albuminuries lésionnelles* peuvent être la conséquence d'une congestion passive du rein, congestion conditionnée par une affection cardiaque ou par une affection pulmonaire. Cette congestion passive du rein n'est pas une néphrite. Nous savons maintenant que la plupart des bronchites chroniques avec emphysème sont, chez l'adulte, une manifestation de l'artério-sclérose. Chez l'enfant nous n'avons affaire dans des cas analogues qu'à des broncho-pneumonies sub aiguës.

II. — Les albuminuries fonctionnelles.

Si vous étudiez à fond les albuminuries de l'enfance vous verrez que certaines ne rentrent pas dans le cadre que nous avons essayé de délimiter plus haut et ce sont ces formes particulières que j'ai appelées « *des albuminuries fonctionnelles* ».

L'albuminurie physiologique n'existe-elle pas ? Sénator la trouve dans 1/3 des sujets bien portants ; Capitan, après en avoir fait l'objet de patientes recherches, l'a constatée dans 41 % des sujets soumis à son examen, sujets, en apparence au moins, absolument normaux. Chez des soldats, par conséquent hommes sélectionnés, on a trouvé l'albumine dans 80 % des cas suivant l'heure de l'examen. Or, en médecine expérimentale, si l'on fatigue systématiquement un muscle, on produit de l'albumine de fatigue.

Cette *albuminurie physiologique* présente les caractères communs suivants : elle se produit en dehors de tout état pathologique ; elle ne dépasse pas 0,40 à 0,50 cgr., avec une urine normale chimiquement, sans cylindres ; elle est enfin de courte durée, *transitoire* ou *périodique*. Aucun de ces signes ne permet d'affirmer l'absence de néphrite : à un point tel que Talamon et Lecorché pensent à une lésion de petit volume, mais à une lésion qui serait admirablement tolérée et qui serait susceptible de guérison.

Comment pouvons-nous comprendre l'albuminurie de fatigue ?

Teissier, de Lyon, en faisait une albuminurie des *jeunes gens bien portants* ! L'urine est plus rare, plus dense, les sels y sont en excès. Elle n'a jamais présenté de suites graves. Cette albuminurie serait provoquée par un afflux du sang dans les muscles, d'où ralentissement dans les reins, donc filtration intra-glomérulaire d'albumine.

En examinant l'urine à diverses heures, on a trouvé, vous ai-je dit, une plus ou moins grande quantité d'albumine. C'est ainsi qu'au réveil l'albumine était à 0, apparaissait à 11 heures, plus abondante à 16 heures, pour diminuer à 19 heures et se retrouver à 0 vers 22 heures du soir. Chaque jour ces phénomènes se reproduisaient avec la même régularité. La conclusion s'imposait : on avait à faire à une « *albuminurie cyclique*. »

Cependant, poussant plus avant les recherches, on ne tarda pas à remarquer le fait suivant : l'albuminurie physiologique, l'albuminurie de fatigue, étaient et *intermittentes* et *irrégulières*.

L'albuminurie cyclique, l'albuminurie orthostatique, l'albuminurie digestive étaient *intermittentes* et *régulières*.

L'albuminurie orthostatique apparaît, comme son nom vous l'indique, uniquement dans la position debout ; elle disparaît dès que le sujet est couché. On a confondu cette albuminurie avec l'albuminurie cyclique, dont nous nous sommes entretenus il y a un instant : cette confusion est une erreur, car *l'albuminurie cyclique se produit que le malade reste au repos ou non*.

Je vous signale, pour mémoire, que l'on a cité des cas où l'albuminurie orthostatique ne s'est révélée qu'au moment de la position à genou.

Un mot seulement de l'albuminurie digestive, ainsi mal dénommée, car l'on devrait dire « albuminurie de la digestion ». Elle apparaît après le grand déjeuner pour disparaître à nouveau vers 23 heures.

J'insiste encore sur la différence qui sépare l'albuminurie cyclique de l'albuminurie orthostatique. Dans la première, vous noterez que, parallèlement au cycle chronographique, il existe un cycle urologique. A la première heure, on note les matières colorantes, puis l'albumine, les urates en troisième lieu. et, enfin, l'urée. Jamais, vous ne trouverez de cylindres.

(A suivre.)

Cliniquement, vos petits malades seront souvent de petits neurasthéniques ; ils présenteront de la pâleur, de l'essoufflement, de la céphalée, des vertiges, pas de pression artérielle élevée. Habituellement, fils d'arthritiques, vous pourrez faire un pronostic favorable, et indiquer aux familles que, dans un délai de 2 à 3 ans, la guérison se produira presque d'elle-même.

L'urine de l'albuminurique orthostatique est louche : on y décèle des flocons de mucus, des phosphates, de plus elle est neutre ou alcaline. La teneur en albumine ne dépasse pas 0,50 cgr.

Ce sont des enfants grands et minces, lymphatiques, avec de l'atonie vasculaire. Ils sont de souche nerveuse.

La curabilité est la règle.

Pour l'albuminurie de la digestion, soignez la dyspepsie concomitante et cette albuminurie disparaîtra.

Comment allons-nous pouvoir établir le *diagnostic* entre les albuminuries lésionnelles et les albuminuries fonctionnelles ?

La chose est difficile et j'appelle votre attention sur cette difficulté clinique.

A part la dégénérescence amyloïde qui s'accompagne toujours d'une très abondante quantité d'albumine, dans toutes les formes que nous venons de passer en revue, la quantité minime, l'intermittence, ne nous permettent pas de les nettement différencier.

A l'examen microscopique, la présence des cylindres acquiert une grande valeur mais leur absence n'est pas une preuve absolue de l'absence de lésions.

L'élimination du bleu de méthylène donne des résultats inconstants. La toxicité est variable. Les chlorures éliminés vont du simple au double. Quant à l'urée, vous savez que les enfants peuvent vivre fort longtemps avec une quantité non négligeable de ce déchet dans leur sang.

Dans les albuminuries *fonctionnelles* : toxicité, épreuve de l'élimination du bleu, rétention de l'urée et des chlorures ne se retrouvent pas.

En faveur de l'albuminurie fonctionnelle, nous trouverons comme signe de présomption : l'intermittence de l'albumine, sa petite quantité, l'absence de tout signe clinique. Signes de présomption et non point de certitude puisque des albuminuries mortelles n'ont pendant longtemps présenté d'autres signes. Si vous essayez de soumettre ces petits malades au régime alimentaire, alors que vous obtiendrez un résultat favorable dans les néphrites chroniques, vous n'en obtiendrez aucun dans les albuminuries fonctionnelles.

Revenons au symptôme « intermittence ». Dans certaines albuminuries à évolution fatale, vous aurez vu des albuminuries disparaître, reparaître, disparaître à nouveau pour se montrer encore et enfin emporter l'enfant. Pour qu'il y ait donc *présomption* en faveur des albuminuries fonctionnelles il faut que tous les signes que nous lui avons attribués soient réunis sur le même sujet. Les signes oculaires sont ceux qui possèdent le plus de valeur : je vous ai dit leur très grave pronostic.

Il nous reste à poser la question suivante : *ces néphrites fonctionnelles ne sont-elles pas toujours lésionnelles ?*

Personnellement, je diviserai ces albuminuries intermittentes en deux grands groupes :

1° Début de néphrite goutteuse à évolution lente.

2° Séquelle de néphrite infectieuse susceptible ou non de guérison.

Qu'il s'agisse d'une néphrite parcellaire ou d'une néphrite cicatricielle, il faut admettre la lésion, car curabilité de l'albumine ne signifie pas intégrité du rein. Les albuminuries fonctionnelles et les albuminuries lésionnelles ne sont sans doute que question de degré et d'évolution.

Ayant à examiner un enfant dans les conditions que nous avons développées, vous réserverez toujours votre pronostic et vous suivrez votre petit malade pendant deux et trois ans. Après trois années, si aucun nouveau facteur de gravité ne s'est présenté à votre examen, le pronostic perd de sa sévérité et vous pouvez prédire une guérison complète entre la quinzième et dix-huitième année.

Que ferez-vous comme traitement ? La longueur de la maladie, la bénignité de ses signes, vous commandent, dans l'albuminurie fonctionnelle, de mettre les malades au régime normal : ni légumes ni lait exclusivement, mais le régime alimentaire normal et dirigé dans le sens de favoriser la croissance et de lutter contre l'anémie.

Il est en France une station de choix pour le traitement de l'albuminurie et en particulier de l'albuminurie fonctionnelle : Saint-Nectaire vous donnera à ce sujet bien des satisfactions.

(Leçon recueillie par le Dr R. Molinéry *et revue par l'auteur.)*


CHATEL-GUYON
GUBLER
PURGATIVE




CHATEL-GUYON
GUBLER
PURGATIVE

PATHOLOGIE MÉDICALE

Constipation du type cœcal chez l'enfant. Son traitement,

Par J. BAUMANN (de Châtel-Guyon).

La stase intestinale chronique par obstacle mécanique est rare chez l'enfant. Quand elle existe et que l'examen radioscopique la confirme, il s'agit presque toujours de malformations congénitales qui s'opposent au cheminement des matières (mégacôlon, coudures par brièveté du mésentère, etc.) Par contre, les lésions qui, par étapes successives, arrivent à créer les colites pariétales et la péricolite avec ses brides, ses adhérences, ses coudures ou à causer des perturbations graves dans l'acte physiologique du gros intestin en viciant ses fonctions motrices, sont extrêmement fréquentes au cours de la seconde enfance ou de l'adolescence, et, comme l'ont fait remarquer récemment MM. P. Duval et J.-Ch. Roux, nombreux sont les malades atteints de stase cœco-ascendante qui présentent dans leur histoire des lésions initiales infantiles. Peu d'enfants échappent à ces troubles intestinaux car les causes qui les provoquent sont nombreuses, diverses et banales. Les troubles digestifs de la première enfance, les intoxications alimentaires, l'alimentation défectueuse, insuffisante ou exagérée, comptent parmi les plus communes et il faut ajouter avant tout les états infectieux de l'enfance, rougeole, fièvre scarlatine, grippe, et *à fortiori* les angines, les embarras gastriques, les fièvres typhoïdes ou paratyphoïdes, qui semblent jouer un rôle capital dans la génèse des colopathies et des stases cæcales. Toutes ces affections atteignent plus ou moins profondément le tube digestif et le processus inflammatoire paraît se localiser au niveau des segments riches en tissu lymphoïde : amygdales et pharynx, plaques de Peyer du grêle, appendice et cœcum. Les lésions cœco-appendiculaires sont particulièrement fréquentes ; elles évoluent au début assez discrètement, peuvent de ce fait passer inaperçues et, s'aggravant par degrés, tendent à la chronicite pour peu que l'intestin y soit prédisposé.

Les premières manifestations de cette inflammation élective du cæcum apparaissent au cours de la convalescence. Sans cause apparente, on voit survenir de nouvelles poussées fébriles, un état saburral très marqué, avec inappétence et haleine acétonique, parfois quelques vomissements, de la constipation ou de la diarrhée. Un lavement, une purgation légère provoquent une débâcle abondante, pseudo-diarrhéique, glaireuse et fétide. C'est la forme banale de la crise cæcale, forme passagère et fruste, cédant facilement à un traitement diététique et à une cure d'antisepsie intestinale pour ne plus se reproduire. Mais si l'enfant a maigri, s'il est anémié, si son intestin a déjà souffert la colite se confirme et la typhlatonie apparaît avec le syndrome bien connu : alternatives de diarrhée et de constipation, douleur, auto-intoxication, syndrome mixte de stase et d'inflammation de la muqueuse. Plus tard, les lésions s'aggravent, la paroi colique s'altère, l'appendice est le siège de poussées inflammatoires : c'est la colite pariétale qui entraîne peu à peu des lésions plus ou moins profondes du système nerveux local, décrites par M. Loeper sous le nom *d'entéro névrites*, qui seront le point de départ de viciations motrices, de phénomènes d'excitation ou d'inhibition, de spasme ou d'atonie.

La constipation cæcale, dans sa forme primitive, est fonction d'une *typhlatonie* qui se traduit à la radioscopie par une distension du cæcum qui est souvent incurvé ou tassé sur lui-même, et à la palpation, par du clapotage, du gargouillement dans la fosse iliaque droite.

La stase n'est apparente qu'à la phase coprostatique. Elle est incomplète, car le cæcum se vide, mais par regorgement ou en bloc par débâcle ; néanmoins, il semble qu'une certaine quantité de matières séjourne plus longtemps dans le cæcum, ainsi qu'en témoigne à la radioscopie un reliquat de liquide opaque persistant souvent assez longtemps alors que l'intestin est vidé. L'*épreuve du lavement* est souvent nécessaire pour mettre la stase en évidence. On procède de la façon suivante : Après une évacuation, on donne deux lavements successifs, le premier qui est rejeté de suite, le deuxième, un peu plus abondant, qui est gardé quelques instants. Si l'intestin le permet, s'il n'est pas douloureux, on l'accompagne d'un léger massage abdominal et cœcal, et alors que le premier lavage a été rendu clair, le second ramène une quantité parfois assez considérable de matières boueuses et putrides, et surtout de nombreux déchets épithéliaux, des glaires, du mucus concrété en petites masses d'apparence graisseuse, d'odeur putride et particulièrement toxiques. La présence de ces reliquat de sécrétion et d'exsudations muqueuses constitue souvent le seul signe de stase et nous paraît jouer, dans la production des états toxi-infectieux, un rôle aussi important que celui des putréfactions et des fermentations. Celles-ci existent toujours, elles se révèlent par la présence d'ammoniaque ou d'acides gras volatiles et par des selles caractéristiques, selles pâteuses, jaunâtres, adhérentes au vase, riches en mucus qui leur donne un aspect brillant, d'odeur butyrique ou, si la colite et les putréfactions dominent, selles pseudo-diarrhéiques, semi-liquides, de couleur foncée, et d'odeur putride, toutes deux riches en amidon non transformé, en bactéries et levures iodophiles (Goiffon).

La douleur est variable, souvent nulle ou peu accusée ; c'est une sensation de lourdeur, d'endolorissement du côté droit avec irradiation lombaire ; spontanément, elle peut survenir au moment de l'arrivée du chyme dans le cæcum, 4 ou 5 heures après les repas. Lorsque la douleur est vive, plus précise, le diagnostic d'appendicite se pose et il est d'autant

plus difficile à établir que la lésion appendiculaire coexiste toujours avec une typhlo-colite et qu'il s'agit en l'espèce de déterminer la gravité des lésions pour décider de l'opportunité d'une intervention. La fièvre, la *douleur plus aiguë*, plus lancinante, l'évolution de la maladie pourront fournir d'utiles éléments d'appréciation. La douleur est due aussi à des réactions spasmodiques que l'on découvre au niveau des angles sur le trajet du côlon descendant.

Les troubles généraux toxi-infectieux sont bien connus. L'enfant a le teint pâle, les yeux cernés, l'haleine mauvaise, la base de la langue est recouverte d'un épais enduit blanchâtre. M. Loeper a signalé de l'anémie avec léger subictère d'ordre hémolytique. On note en outre des troubles circulatoires : hypotension, refroidissement des extrémités, des troubles nerveux : lassitude, insomnie, migraines.

Enfin, des troubles gastriques compliquent souvent cet ensemble : douleurs tardives, nausées, vomissements. Ceux-ci, par leur allure, leur périodicité, peuvent en imposer pour des vomissements acétonémiques avec lesquels ils ne sont pas sans quelque analogie.

Le traitement de ces formes de colopathies cœcales est particulièrement délicat en raison de leur complexité et aussi, comme le fait remarquer M. Mathieu, parce qu'il faut à la fois « modifier la muqueuse et diminuer la tendance à la diarrhée, et combattre la constipation en empêchant le retour des debâcles ». Aussi, est-il bon de procéder en deux temps et de chercher d'abord à réduire l'inflammation de la muqueuse et à atténuer les fermentations et putréfactions, puis à traiter la constipation, les troubles moteurs, l'insuffisance de la musculature et du système nerveux.

Le régime alimentaire joue un rôle important. Il suffit quelquefois à lui seul pour modifier la flore protéolytique en excès. Au début, il sera à base d'hydrates de carbone, mais uniquement composé de céréales ou de farine de céréales à l'exclusion des farineux trop fermentescibles : pois, haricots, lentilles ; mais les altérations cœcales favorisant les fermentations, il est bon d'avoir recours de très bonne heure à une alimentation plus variée, comprenant de la viande en petite quantité, des légumes passés, des pommes de terre, des fruits cuits. Le lait pur, les œufs, les graisses, les conserves, seront toujours sévèrement proscrits. On évitera aussi toute surcharge digestive et on conseillera de petits repas alternativement solides et liquides, suffisamment espacés.

On complètera l'antisepsie intestinale par divers moyens mécaniques, biologiques ou chimiques. Des moyens mécaniques : purgatifs ou lavage d'intestin, on préfèrera le lavage moyen, doux, rapide et sûr, lorsqu'il est employé avec modération et prudence. Par son action sur la muqueuse et son pouvoir évacuateur, il trouve ici sa principale et presque unique indication. On utilisera de préférence une solution isotonique ou un liquide mucilagineux, à la dose de *500 à 600 gr.* injecté doucement sans pression, soit goutte à goutte, soit en débit ralenti. On donnera deux lavages successifs et, si l'intestin n'offre pas de susceptibilité spéciale, il sera avantageux, comme nous l'avons proposé, d'aider à la progression du liquide par un léger massage du côlon et du cæcum, qui déplissera la muqueuse et provoquera l'évacuation des déchets et des éléments putrides qui stagnent dans le côlon proximal.

Les ferments lactiques en cultures fraîches ou sous forme de lait caillé, le kephir, le babeurre, modifient le milieu intestinal et s'opposent au développement de la flore protéolytique. Leur action est fort utile, mais malheureusement peu durable. Ils doivent être employés par courtes périodes. On les donne aussi en lavements avec quelque succès.

Parmi les produits opothérapiques, on donnera la préférence aux préparations de bile ou d'extraits biliaires, associés ou non aux ferments intestinaux.

Signalons aussi la vaccinothérapie par auto-vaccin, très en faveur en Angleterre et qui semble donner de bons résultats.

Les antiseptiques chimiques sont nombreux et très inconstants. Le calomel, le péroxyde de magnésium, le salicylate de bismuth, ont chacun leurs avantages et leurs inconvénients. Chez les enfants, on leur prefèrera les sels de chaux, carbonate et phosphate de chaux, le carbonate de bismuth (A. Mathieu).

A cette période, contre l'inflammation de la muqueuse, il est bon d'agir directement par la révulsion abdominale et par la thermotherapie ; compresses chaudes, cataplasmes sinapisés, compresses d'alcool (Esmonet).

Dès que les phénomènes inflammatoires seront atténués, il faut aborder la seconde partie du traitement et régulariser les fonctions intestinales. L'éducation de l'enfant à ce point de vue est très importante et trop souvent négligée. On agira sur la motricité intestinale par petites excitations répétées au moyen de purgatifs salins très dilués et à petites doses prises le matin à jeun ; sulfate de soude, sel de Carlsbad, solution de Bourget. On facilitera les évacuations par l'ingestion d'huile de paraffine et, s'il y a du spasme, par la belladone. Peu à peu la physiothérapie prendra la première place. On rétablira l'équilibre organique par une alimentation mixte et variée, par un entraînement physique progressif adapté au début aux forces de l'enfant, par la gymnastique abdominale, au besoin par un massage abdominal et cœcal judicieusement et adroitement pratiqué, par l'hydrothérapie chaude.

Les cures thermales rendent ici d'incontestables services et, parmi elles, la cure de Châtel-Guyon affirme une réelle supériorité parce qu'elle répond aux nécessités thérapeutiques que nous venons d'indiquer et qu'elle peut agir simultanément sur les divers éléments pathologiques qui constituent la stase cœcale. M. Mathieu considérait d'ailleurs les alternatives de diarrhée et de constipation et les fausses diarrhées comme la principale indication des eaux de cette station en raison de leur action

VALS SOURCE REINE



TRAITEMENT de

l'ARTHRITISME

Cure de Printemps

Mode d'administration de la REINE de Vals dans le traitement de l'arthritisme

L'eau de **Reine de Vals** est la véritable boisson des **arthritiques** ; qu'il s'agisse de manifestations **articulaires** ou de manifestations **viscérales**, son emploi est formellement indiqué, et les malades en retirent le plus grand bien.

Ils peuvent la prendre d'une manière habituelle comme **eau de table**, car son usage, prolongé même pendant des années, ne présente aucun inconvénient.

Ils peuvent aussi la prendre à la manière d'une **cure hydrominérale**, savoir :

UN VERRE LE MATIN A JEUN,
UN SECOND VERRE AU BOUT D'UNE HEURE SI POSSIBLE,
UN VERRE AVANT LE DÉJEUNER,
UN VERRE AVANT LE DINER,
LE RESTE DE LA BOUTEILLE ÉTANT CONSOMMÉ AU REPAS.

Ce mode de faire continué pendant **trois semaines** est particulièrement recommandable au **commencement du printemps** et à l'**automne.**

N.-B. — Pour éviter *les substitutions*
AVOIR SOIN DE BIEN SPÉCIFIER
Vals SOURCE LA REINE

L'Eau de la Reine se trouve dans toutes les pharmacies, chez tous les marchands d'Eaux et dans les dépôts de la Cie fermière de Vichy. On peut également s'adresser à M. CHAMPETIER *à* VALS-LES-BAINS *(Ardèche).*

VALS SOURCE REINE

modificatrice sur la muqueuse de l'intestin. Si cette cure n'est pas indispensable au traitement de ces colopathies, elle a l'énorme avantage d'agir beaucoup plus rapidement et de façon plus durable que toute autre thérapeutique. Ces eaux chlorurées magnésiennes se révèlent en effet comme un agent de cicatrisation assez puissant. Il est facile de s'en rendre compte pour les lésions du côlon distal par la rectoscopie, et il est logique d'admettre que les lésions hautes sont aussi vite modifiées. Elles possèdent en outre un pouvoir antiseptique par action directe de leurs éléments minéraux et par action indirecte, en excitant les sécrétions biliaires et intestinales, faits mis en relief par une rapide désodorisation des selles, par une modification de leur aspect, par leur coloration verdâtre. Elles agissent sur la musculature lisse du tube digestif et surtout sur les centres moteurs et le système nerveux périphérique : les malades accusent la sensation perçue des mouvements intestinaux. Le spasme lorsqu'il existe est augmenté au début du traitement. Enfin par leur richesse en sels minéraux divers, elles constituent un agent de reminéralisation reconstituant et tonique.

Au premier temps, on utilisera surtout la cure de boisson qui doit être dosée avec attention et étroitement surveillée. Il est bon, chez les enfants atteints de lésions récentes, de procéder par petites cures de courte durée avec intervalles de repos. Il faut éviter aux enfants les fatigues d'une cure trop active et prolongée, si l'on veut éviter les crises de cure. A ce propos, la cure classique de 21 jours nous paraît une erreur regrettable.

Comme moyens adjuvants, bains chauds de courte durée au cours desquels on pourra faire quelques applications de cataplasmes de boue minérale sur l'abdomen, excellent révulsif très bien toléré et très efficace.

Un ou deux lavages d'intestin selon la technique que nous avons indiquée, qui auront l'avantage de porter l'eau minérale directement sur la muqueuse lésée et de la débarrasser des produits toxiques qui l'irritent. Régime alimentaire sévère et cure de repos.

Si les lésions sont chroniques, refroidies, si l'appendicite n'est pas à craindre, s'il faut tonifier l'intestin et rétablir ses fonctions, la cure de Chatel-Guyon donnera son maximum d'efficacité. Le traitement sera plus actif et on pourra lui adjoindre des moyens physiothérapiques qui complèteront l'action antiseptique et excitante de la cure de boisson. Parmi ces moyens, il faut retenir le bain carbo-gazeux d'eau minérale courante accompagné de la douche sous-marine. C'est un bain à 34° d'eau minérale naturelle, riche en gaz carbonique, très tonique et agissant sur le système vasculaire : il produit une légère révulsion superficielle, augmente ou abaisse la tension artérielle suivant sa durée. Le bain court est très excitant et relève la tension. La douche sous-marine a dans le cas qui nous occupe, un intérêt particulier en ce sens qu'elle réalise dans le bain un massage hydraulique chaud et beaucoup plus léger et plus doux que par les moyens habituels, ce qui est à considérer lorsqu'on agit sur le côlon droit. L'hydrothérapie chaude, douches ordinaires avec toutes leurs modalités, la physiothérapie, cure d'air, de soleil, entraînement physique, seront mis en œuvre et contribueront à fortifier l'enfant, à raffermir sa musculature générale, ce qui aura sur son intestin une répercussion plus heureuse que bien des médications.

PHTISIOTHÉRAPIE

Diarrhée et sueurs chez les tuberculeux.

(Essai de thérapeutique symptomatique).

Par Maurice Larget,

Interne des hôpitaux de Paris.

S'il est une maladie dont l'évolution est marquée par une riche symptomatologie fonctionnelle, c'est bien la tuberculose en ses diverses manifestations. Cependant, au milieu de ces signes si divers, il en est deux avec lesquels le médecin se trouve toujours aux prises à une période avancée du processus phimateux, et en face desquels il a vite fait d'épuiser toutes les ressources de la thérapeutique : nous voulons parler de la diarrhée et des sueurs.

Au reste, le malade se charge bien, de lui-même, d'attirer l'attention du médecin et de réclamer impérieusement qu'on le délivre de ces symptômes, car il n'en est guère qui impressionnent aussi péniblement le moral du tuberculeux et qui contribuent davantage à augmenter un état cachectique déjà très inquiétant.

Aussi, nous avons pensé qu'il pouvait y avoir quelque intérêt à rappeler brièvement la description clinique de ces deux signes, pour pouvoir ensuite passer en revue les divers médicaments que l'on a coutume d'employer pour les combattre, et proposer enfin une formule qui nous a paru avoir une action fidèle et efficace dans les cas, très nombreux, où nous l'avons employée, et d'où nous n'extrayerons que quelques observations caractéristiques.

La diarrhée, chez les tuberculeux chroniques, peut être due à plusieurs causes :

Dans un premier ordre de faits, il faut signaler la *diarrhée non tuberculeuse des tuberculeux* sur laquelle M. Loeper a attiré l'attention. Il s'agit ici de bacillaires peu avancés, ayant conservé, dans la plupart des cas, un assez bon état général. Le trouble intestinal est alors dû à une erreur de régime. Ce sont souvent des malades qui ont voulu trop bien faire et se sont soumis à une suralimentation excessive.

Dans d'autres cas, on se trouvera en présence



d'une diarrhée par insuffisance pancréatique, amylolytique, ou par troubles nerveux.

Enfin, il faut se rappeler que les bacillaires, comme tous les autres individus, peuvent faire des diarrhées de nature banale, toxiques ou infectieuses.

S'opposant à ces faits, il faut envisager maintenant *l'entérite tuberculeuse* proprement dite, véritable tuberculose localisée dans l'intestin. Celle-ci peut être primitive, ou du moins cliniquement primitive chez les jeunes sujets (cf. ci-après observ. n° VIII). Chez l'adulte, au contraire, elle apparaît presque toujours chez des phimateux avérés, et l'on se trouve alors en présence d'un malade déjà cachectisé, présentant de fortes oscillations de température et dont l'examen des poumons révèle des lésions marquées. C'est donc en face d'une véritable complication que l'on sera chez l'adulte.

Néanmoins, le début en est insidieux par des douleurs à type névralgique dont le siège, variable, occupe avec une prédominance marquée la fosse iliaque droite. C'est alors que le nombre des selles augmente peu à peu, pendant que les matières se recouvrent de mucus. Puis, un jour, se montre la diarrhée proprement dite, revêtant dès son apparition une grande intensité. Le nombre des selles atteint vite 15 à 20 par 24 heures, les matières deviennent aqueuses, répandant une odeur repoussante, presque gangréneuse. L'examen y révèle une flore microbienne variée où domine le bacille de Koch, parfois des tubercules caséifiés, des globules rouges déformés, témoins d'hémorragies qui, dans certains cas, se traduisent par une coloration noirâtre des matières émises.

Il est bien évident que ces deux grandes formes de la diarrhée des tuberculeux, que nous venons d'opposer l'une à l'autre, dans ce rapide exposé clinique, s'opposent également au point de vue thérapeutique. MM. Huchard et Ch. Fiessinger, dans leur « Clinique thérapeutique du praticien », font bien remarquer que les diarrhées qui relèvent du premier ordre de faits rentrent, suivant leur propre expression, dans le cadre des « diarrhées qu'il faut respecter » : « C'est l'erreur de régime qu'il faut commencer « à corriger, la suralimentation qu'il convient « de réduire ; une alimentation végétarienne, « des pâtes, des purées, du kéfir comme boisson, » voilà les premières précautions à prendre. »

« Jusque-là, la diarrhée a dû être respectée, « sinon une fièvre plus vive, du météorisme ne « tarderaient pas à suivre sa disparition » (1). Mais, comme le font, du reste, remarquer les mêmes auteurs, une fois les causes alimentaires, toxiques ou infectieuses, supprimées, il faut attaquer la diarrhée qui aurait résisté, et cela, avec d'autant plus d'énergie qu'elle a tendance à traîner davantage en longueur. Et alors, on aura recours aux *mêmes moyens* que ceux que la thérapeutique met à notre disposition dans le cas de *l'entérite tuberculeuse* proprement dite.

Si bien que, du point de vue du traitement, en face d'une diarrhée survenant chez un tuberculeux, le problème à résoudre est de savoir s'il s'agit d'entérite banale, alimentaire ou toxique, ou d'entérite tuberculeuse véritable. Dans le premier cas, on fera le diagnostic par l'examen complet du malade, par l'étude des signes généraux, par l'examen des selles, puis on essayera du régime diététique, et, si la situation se prolonge, on aura recours aux médicaments qui réduisent le flux diarrhéique. Dans le second cas, c'est par cette deuxième alternative qu'il faudra commencer : l'entérite tuberculeuse, par lésion phimateuse du grêle, doit être combattue avec force pour éviter, si possible, ou tout au moins pour diminuer cette diarrhée abondante, persistante, « de long cours », comme disait Chomel, qui contribue à déshydrater encore des malades qui sont déjà des cachectiques avancés.

Les sueurs se présentent aussi sous deux formes : elles existent toujours, et le fait est trop banal pour qu'il soit besoin d'insister davantage, à la fin de l'accès fébrile, que celui-ci se produise à la fin de l'après-midi, ou, au contraire, suivant le type inverse si fréquemment observé au cours de la tuberculose. Dans ce cas, leur abondance est fort variable suivant les sujets, mais comme le phénomène est intimement lié à la température, il sera combattu par les moyens divers employés pour lutter contre l'élévation thermique.

Plus intéressantes sont les sueurs, encore qualifiées « sueurs nocturnes des tuberculeux ». C'est là un symptôme tellement fréquent que l'on peut dire qu'il fait partie du tableau même de l'évolution de toute bacillose. Apparues, en général, à une période tardive de la maladie, les sueurs nocturnes n'ont pas, une fois établies, de tendance à rétrocéder et, dès lors, elles vont impressionner et fatiguer considérablement le malade. Leur horaire d'apparition est fort variable avec les sujets : certains s'en plaignent dans la première partie de la nuit. D'autres, au contraire, les signalent vers 3, 4, ou 5 heures du matin. Enfin, il faut savoir qu'on peut, à une période avancée, rencontrer des accès de sueurs profuses pendant la journée, même à des moments qui ne coïncident pas avec une poussée thermique habituelle. Nous verrons que ces considérations d'horaire d'apparition sont intéressantes à connaître pour la thérapeutique. L'importance de ces accès sudoraux varie, et dans les cas les plus marqués peut obliger à

(1) Huchard et Fiessinger. — Clinique thérapeutique du praticien, p. 459.

changer deux ou trois fois de suite le linge des malades. Que cette poussée sudorale se renouvelle à plusieurs reprises, et il est facile de concevoir la nécessité où l'on se trouve d'enrayer un si fâcheux symptôme.

Quel n'est pas alors le tableau, déjà si sombre, lorsque ces deux symptômes se trouvent associés, et le fait est fréquent. Souvent dans l'entérite tuberculeuse, les sueurs (sueurs intestinales de Grave) alternent avec la diarrhée. Cette alternance était caractéristique de la bacillose intestinale pour Louis et Chomel. Et, dans les autres formes viscérales de la tuberculose, on les rencontrera presque toujours associées, à la période ultime de la maladie.

Il n'y a pas lieu d'insister sur l'aspect que présente alors le malade, mais *nous n'attirons l'attention sur ce fait de la coexistence des deux symptômes que pour mettre en valeur cette idée, qu'au point de vue thérapeutique, il y aurait intérêt à pratiquer un traitement commun.* Cela aurait, tout au moins, l'immense avantage de ne pas fatiguer, par la multiplicité des médicaments, un malade, qui, par son affection même, supporte assez mal l'absorption répétée de substances médicamenteuses.

Or, que nous offre la thérapeutique pour tenter d'enrayer ces deux symptômes ? Évidemment, un nombre assez considérable de médicaments.

Pour la DIARRHÉE, *les préparations opiacées* viennent en première ligne ; leur efficacité est grande et leur action assez fidèle. Cependant, nous avons maintes fois constaté, dans les cas sérieux, la déficience de la poudre de Dower, de l'élixir parégorique ou de l'extrait thébaïque, administrés aux doses habituelles. Souvent, on se sert à titre d'auxiliaire du sous-nitrate de bismuth (d'un prix élevé et qui n'agit qu'à haute doses) ; de poudres inertes (craie, talc).

Le ratanhia et le tannin peuvent être utiles, mais n'ont pas une action longtemps efficace.

Enfin, il faut mentionner à part les préparations de salicaire qui ne nous ont pas semblé avoir l'action décisive que l'on attendait d'elles.

Pour les SUEURS, l'agaric a joui longtemps d'une grande notoriété, et est actuellement encore très employé. Nous l'avons maintes fois prescrit et nous pouvons dire que le résultat s'est toujours montré très faible.

Les préparations de sauge sont beaucoup plus utiles ; il y a ici diminution constante des sueurs.

Mais c'est surtout avec l'*atropine* que l'on a les meilleurs résultats ; la diminution de la sécrétion est manifeste, et c'est un médicament assez fidèle, quoique délicat à manier, et dont il faut surveiller les effets avec vigilance.

De cet exposé, on peut conclure que pas un médicament pris en lui-même n'a une action *durable* sur chacun des symptômes et à plus forte raison sur les deux réunis. Pourtant, en examinant la formule préconisée par Rayer, et qui consiste en la combinaison agaric-opium, on était en droit de se demander, s'il n'y aurait pas intérêt à employer une formule où seraient associés l'opium et l'atropine, et avec laquelle on s'adresserait à la fois aux deux symptômes *sueurs* et *diarrhée*, puisque, de la rapide revue que nous venons de passer, de la liste des médicaments à employer, il ressort que *l'opium est la base du traitement de la diarrhée, et l'atropine la base du traitement de la transpiration.*

Voici la formule que nous avons alors employée (1). Elle n'a, du reste, pas été combinée par nous et nous ne l'avons adoptée pour ce genre de traitement que parce qu'elle rentrait bien dans le cadre des idées que l'on pouvait avoir sur ce sujet :

Pantopon.................	1 centigr.
Papavérine	2 centigr.
Éther sulfurique d'atropine.	1 milligr.

Au premier examen on serait tenté de croire cette formule trop riche en opium ; cependant il faut remarquer que la papavérine, qui présente une action spasmolytique en quelque sorte spécifique, est le moins toxique des alcaloïdes de l'opium ; d'autre part, grâce aux propriétés antagonistes des éléments qui entrent dans sa composition, cette formule est relativement peu toxique physiologiquement et cliniquement ; aussi, la posologie va-t-elle être plus large que celle du pantopon pris isolément. On pourra renouveler 2 fois, et même 3 fois, l'emploi de la formule précédente dans les 24 heures. Et, du reste, on sait que si les bacillaires supportent assez mal la morphine, tout au moins à la fin de la maladie, ils supportent beaucoup mieux le pantopon. Ce dernier médicament peut toujours être employé, même dans les états sévères, si on l'accompagne d'une piqûre d'huile camphrée.

Cette formule nous a donné, dans tous les cas de diarrhée et de sueurs que nous avons eu à traiter, des résultats réguliers, prolongés et fidèles. On le verra par les quelques observations suivantes (2), que nous ne détaillerons que le moins possible pour ne pas en rendre la lecture fastidieuse.

DIARRHÉE :

OBS. I. — G..., Eugénie, 22 ans.

Début de la maladie il y a un an par l'entérite qui est d'abord jugée de nature banale.

(1) N. D. L. R. — Cette formule est spécialisée sous le nom de spasmalgine.

(2) Ces observations ont été prises dans le service de M. le Dr Laffite, dont nous avions l'honneur d'être l'interne.

On la traite par les moyens ordinaires : pas d'amélioration. La malade entre à l'hôpital en juillet 1920.

A ce moment, diarrhée persistante, abondante, ayant tous les caractères de l'entérite tuberculeuse (très nombreuses selles, aqueuses, fétides).

État général grave. Fièvre hectique.

On administre deux pilules de pantopon-atropine : le nombre des selles diminue jusqu'à 2 par jour et cela dès le lendemain.

Obs. II. — Cr..., Blanche, 47 ans.

La maladie commence trois mois après une grippe sévère en 1919.

Hémoptysie. Dyspnée. Toux. Aménorrhée (on est en présence d'une forme sévère).

Signes cavitaires nets au sommet gauche, de ramollissement commençant au sommet droit.

Bacilles abondants dans les crachats.

Pendant le séjour à l'hôpital, apparition de diarrhée qui se manifeste par 5 à 7 selles par 24 heures. Début de traitement par le bismuth-ratanhia : insuccès. Disparition après 2 jours de traitement par le pantopon-atropine.

Obs. III. — Abr..., Jean, 60 ans.

Malade depuis 6 mois.

L'affection a évolué rapidement, au point que maintenant la toux et l'expectoration sont presque continuelles.

Trois hémoptysies.

Signes de spélunque à droite et d'infiltration à gauche.

Cachexie considérable.

Apparition de diarrhée (4 à 5 selles par jour). On essaye le bismuth alternant avec la poudre de Dower : amélioration passagère. Le pantopon-atropine réduit alors le nombre des selles à une.

Obs. IV. — Jo..., Marie, 32 ans.

Spélunque bilatérale avec conservation relative de l'état général.

La diarrhée apparaît, la fièvre s'allume.

Au bout de deux semaines, amaigrissement et persistance de la diarrhée (8 selles).

On essaye alors le pantopon-atropine. Résultat : 2 selles par jour.

La malade est passée dans un autre service.

Sueurs :

Obs. V. — Ti..., Jeanne, 29 ans.

A la suite de bronchites à répétition, continue à tousser. A eu des hémoptysies petites et répétées. L'état général est conservé, mais la malade se plaint de transpiration nocturne abondante.

A l'examen, signes de bronchite généralisée avec pleurésie sèche gauche et vibrations augmentées au sommet droit.

La transpiration ne cesse qu'à l'injection du mélange pantopon-atropine, une heure avant l'accès et en même temps on constate que cette injection agit favorablement sur la toux spasmodique.

Obs. VI. — Bes..., Maria, 16 ans.

Obscurité respiratoire de la presque totalité du sommet droit avec signes de caverne nets à gauche.

État général grave avec fièvre hectique et sueurs nocturnes.

Depuis son entrée dans le service, la malade reçoit chaque soir une injection de pantopon-atropine qui a supprimé complètement l'accès nocturne et provoque le sommeil.

Obs. VII. — Van K..., Joseph, 56 ans.

Début, il y a 11 ans, par bronchites à répétition.

Actuellement, expectoration considérable.

Le sommet gauche est creusé d'une caverne, le sommet droit nettement infiltré.

État général sérieux. Fièvre à 38-39.

Sueurs nocturnes qui ont résisté à l'agaric. Ont cédé au sulf. d'atropine en granules, que l'on a remplacés par l'injection quotidienne de pantopon-atropine.

Enfin, une observation particulièrement nette de l'*association des deux symptômes* :

Obs. VIII. — V..., Suzanne, 16 ans.

Antécédents héréditaires de bacillose.

La maladie a commencé il y a 6 ans par anémie et entérite que l'on croit banale.

Cette entérite résiste aux moyens habituels.

Amaigrissement, apparition de la toux en 1916.

Transpiration nocturne et fièvre hectique.

Actuellement, nombreuses selles d'entérite tuberculeuse alternant avec les sueurs. Le traitement à la sauge a amélioré un peu la malade, mais, au bout de quelque temps on la remplace par le pantopon-atropine pour s'adresser aux deux symptômes.

Les deux signes s'amendent et la malade ne s'en plaint plus dès la lendemain de la première prise.

De ces observations, il faut retenir ceci :

Pour la diarrhée, il vaut mieux ordonner le médicament sous forme de pilules.

Pour les sueurs, il vaut mieux s'adresser à la forme injectable. L'injection se fait par la voie hypodermique et est aussi bien supportée qu'une injection de morphine, sans être plus douloureuse. Il y a intérêt à pratiquer l'injection une heure avant l'apparition habituelle de l'accès sudoral : c'est ainsi qu'elle sera le plus efficace.

Nous répétons en terminant, que nous n'avons aucune prétention à la guérison de deux symptômes qui sont l'expression de l'évolution ultime d'une maladie à laquelle on ne peut appliquer qu'un traitement symptomatique. Mais frappé par la fidélité de l'action de cette formule, nous avons voulu l'indiquer de façon à ce que les médecins aient en main une association médicamenteuse qui leur permette de soulager des malades qui ont droit à toute notre commisération.

A TRAVERS LA PRESSE

Traitement du diabète sans dénutrition azotée.

Il s'agit du diabète où seule la nutrition hydrocarbonée est en cause, ce diabète, appelé encore gras, floride, simple, arthritique. Dans ce cas, proclame M. Bith (*L'Hôpital*, 1921, février A), le traitement est surtout fonction du régime alimentaire. Celui-ci devra renfermer une certaine quantité d'hydrocarbones. Pour déterminer la quantité compatible avec l'aglycosurie, on recherchera le seuil du glycose, c'est-à-dire, la quantité d'hydrocarbones nécessaire pour que le sucre réapparaisse dans les urines. Il suffira dès lors, de n'introduire dans l'alimentation qu'une quantité d'hydrocarbones inférieure à celle qui correspond au seuil.

Les aliments hydrocarbonés fondamentaux sont la pomme de terre (20 % d'amidon), le riz, les légumes secs, les pâtes, le lait, plus riches qu'elle, et qui doivent en conséquence être moins abondants. Les hydrates de carbone secondaires sont la chicorée, l'oseille, les épinards, les salades cuites, les chaux, les choux-fleurs, les choux de Bruxelles, les asperges, le céleri, les aubergines, les concombres, les poireaux, les tomates, les radis, qui peuvent être pris à la dose de 200 à 300 gr. Les petits pois, les flageolets, les carottes, ainsi que les noix, noisettes et amandes, contiennent plus d'hydrate de carbone : leur emploi sera plus limité. Une double ébullition, la première eau étant jetée, les débarrassera de la plus grande partie de leur matière amylacée.

La viande, le poisson, les œufs, le beurre, l'huile, les fromages cuits, la crème, sont permis.

Sont et demeurent interdits : le pain ordinaire, les biscottes, les biscuits, les pâtisseries, les légumes secs, le chocolat, le sucre, les bonbons, les confitures, etc.

L'hygiène comporte des exercices modérés et des soins minutieux de la peau. Le traitement médicamenteux ne retiendra que l'antipyrine, modérateur hépatique, l'arsenic et le bromure pour remonter l'état général ou calmer le système nerveux.

Etude clinique des cas d'encéphalite polymorphe épidémique observés à Strasbourg.

L'encéphalite épidémique continue à défrayer les sommaires de la plupart des publications médicales. Voici une très complète étude de MM. P. Blum et Hanns (*Rev. méd. de l'Est*, 15 déc. 1920) qui se termine par les conclusions suivantes :

« Il résulte de nos observations, et aussi de l'importante littérature qui a paru sur cette question, « que l'encéphalite épidémique est beaucoup plus « *polymorphe* que *léthargique*. La mortalité, considérée comme très élevée dans les premières études qui ont été publiées, a paru dans la suite ne « pas dépasser le chiffre de 15 %. Cela tient à ce que, « dans les premiers temps de l'épidémie, beaucoup « de cas bénins ont échappé à la sagacité des cliniciens : la léthargie semblait constituer un symptôme nécessaire et suffisant, alors qu'en réalité « elle n'est ni l'un ni l'autre. Beaucoup de cas légers « et sporadiques ont passé inaperçus, et seuls les cas « vraiment graves ont retenu l'attention. D'autre « part, des syndromes cérébraux divers accompagnés « d'un état de sopor, ont pu en imposer pour des « encéphalites épidémiques, dans le moment où « l'attention de tous les médecins était appelée sur « cette épidémie. Aujourd'hui, à la lumière des faits, « cette affection apparaît comme une maladie sérieuse, à évolution prolongée, mais qui ne doit pas « inspirer plus d'inquiétude qu'un processus pneumonique ou typhoïdique.

« La *pathogénie* de cette maladie est encore obscure : les inoculations, faites aux animaux avec la « substance cérébrale ou avec le liquide céphalo-rachidien, ne nous ont point donné de résultats « positifs.

« Il semble bien toutefois qu'il y ait eu, au début, « une coïncidence entre cette épidémie et l'épidémie « grippale. Mais cette coïncidence ne se retrouve plus « actuellement. Dans les premiers mois de 1920, « nous n'avons pas observé de grippes sérieuses dans « notre service ; ou du moins, les infections banales « et indéterminées auxquelles ce diagnostic aurait pu « s'appliquer ne rappelèrent en rien les formes « graves, bien individualisés de l'épidémie de 1918.

« Aussi, considérons-nous que, s'il existe un rapport « entre la grippe et l'encéphalite, la preuve n'est « pas faite que celle-ci soit la conséquence de celle-là. Nous ne pensons pas que cette encéphalite soit « une localisation mésocéphalique du virus grippal ; « mais nous admettrions volontiers que ce virus grippal, qui réveille tant de diathèses et microbismes « latents, facilite, même à longue échéance, une « infection secondaire qui prend cette localisation « spéciale (1).

« Le traitement est celui des maladies infectieuses « en général ; nous avons eu recours aux injections « de métaux colloïdaux, mais surtout à l'administration et aux injections intraveineuses d'urotropine qui semblent avoir donné d'excellents résultats. Les injections de térébenthine, préconisées « par le professeur Netter, sont également très « recommandables » (2).

(1) Le Pr A. Netter croit que si cette maladie sévit davantage au moment où règne la grippe, c'est que les agents de l'encéphalite comme ceux de la grippe trouvent dans les mêmes facteurs encore inconnus, les conditions favorables à leur expansion.

(2) A. Netter. — Le traitement de l'Encéphalite léthargique. *Académie de Médecine*, 30 mars 1920.



La stérilité d'ordre mécanique par anteflexion congénitale de l'utérus, et sténose artificielle du col. La stomatoplastie cervico-utérine.

Au dire de M. Dartigues (*Evolution médico-chirurgicale*, janvier 1921), il existe une stérilité d'ordre purement mécanique, facile à reconnaître et curable dans beaucoup de cas.

Tout médecin doit savoir : 1° diagnostiquer avec facilité cette forme de stérilité ; 2° le moyen d'y remédier par une petite opération qui évite les traitements intempestifs.

La stérilité d'ordre mécanique se compose des éléments suivants, toujours réunis, qui lui donnent une véritable personnalité nosologique : 1° antéflexion accusée de l'utérus ; 2° un col conique avec orifice externe punctiforme ; 3° une glaire consistante.

A cette trinité symptomatique correspond une trinité anatomo-pathologique constituée par : 1° *coudure* cervico-corporéale au niveau de l'isthme ; 2° *sténose* causée par un orifice externe très petit, suivi d'un court trajet en forme de canal ; 3° *obstruction* formée par un bouchon muqueux qui remplit la cavité cervicale dilatée en forme de petit tonneau.

On peut ainsi comprendre que les spermatozoïdes se trouvent impuissants à traverser ces multiples obstacles.

Toute la maladie consiste en une *coudure*, une *sténose*, une *obstruction*.

La stomatoplastie cervico-utérine, sans danger, ne nuit en rien à l'action physiologique du col.

L'auteur accompagne son article de nombreux dessins personnels.

Après l'opération, il faut établir un traitement médical qui lui donnera toute son efficacité : culture physique abdomino-pelvienne pour activer la circulation génitale.

Lutte contre l'adiposité concomitante.

Traitement thermal pour alcaliniser le milieu génital.

Exaltation de la fonction ovarienne par les ovarines et les sucs ovariens.

Selon les statistiques, cette opération a été suivie dans un tiers des cas de grossesse.

Malheureusement, il n'y a qu'un ou deux pour cent des cas qui s'opèrent. On voit le déchet considérable de malades non traitées chirurgicalement, et de quelle proportion de naissances possibles se prive la Société.

Troubles psychiques et tuberculose.

M. P. J. L. Charpentier relate l'observation détaillée de quatre marins qui présentèrent en même temps des troubles psychiques manifestes, et des signes évidents de tuberculose pulmonaire. Chez deux de ces sujets, le syndrome psychopathique est considéré comme relevant de la démence précoce ; chez le troisième, le diagnostic d'excitation maniaque est porté ; enfin, le quatrième apparaît comme un délirant systématisé chronique.

Mais, ce qui est commun à tous, ce sont des stigmates nombreux et marqués de dégénérescence.

Or, ce qui fait l'intérêt de ce travail, c'est que l'auteur envisage l'altération pulmonaire comme étant la cause déterminante des troubles psychiques. Il assimile les perturbations mentales de ces malades à l'accès de courbature fébrile qui s'observe fréquemment chez maint prétuberculeux ou imminent tuberculeux. Ici et là, il voit un signal d'alarme, un avertissement de l'action de la toxine tuberculeuse.

« Nés sous l'action infectante de la toxine tuberculeuse à laquelle ils doivent la lenteur de leur évolution, ces troubles psychiques conservent leur lenteur d'évolution... Ils n'interdisent pas à ceux qui en sont atteints de jouer un rôle dans cette existence, de travailler, de gagner leur vie, de vivre encore de longues années entrecoupées d'accès, de périodes troublées, avant d'aboutir à la démence finale. » (*Arch. de méd. nav.*, 1921, janv., fév.).

S'il admet l'action pathogénique de la tuberculose, il repousse par contre l'influence du surmenage du métier de marin, de la discipline et des soucis nés de l'état de guerre.

L'hypothèse est ingénieuse et ingénieusement discutée. Elle me paraît devoir demeurer à l'état d'hypothèse.

Le nombre des tuberculeux est considérable ; rares, cependant, ceux qui présentent des troubles mentaux caractérisés. Je ne pense pas d'autre part que les psychopathes offrent un pourcentage impressionnant de tuberculeux, tout au moins, au début de leur psychose. J'ai, pendant plusieurs années, dirigé un petit asile privé d'aliénés : la plupart des vésanies ont été soumises à mon observation, manie aiguë et excitation maniaque, mélancolie, folie circulaire, bouffées délirantes polymorphes des dégénérés, délire chronique systématisé (persécutés, mégalomanes, mystiques, érotiques), paralysie générale, démence plus ou moins précoce. Je n'ai pas souvenir d'avoir été frappé par la fréquence de la coexistence de la tuberculose pulmonaire avec ces psychopathies. J'inclinerais plutôt à considérer qu'il s'agissait, chez les malades de M. Charpentier, d'une coïncidence pathologique parfaitement explicable par l'état de dégénérescence dans lequel chacun d'eux se trouvait, et qui suffit à lui seul à légitimer l'éclosion de la bacillose. Qu'il y ait eu ensuite répercussion du processus tuberculeux sur l'état mental, c'est tout à fait possible et je l'admets volontiers. Mais pourquoi dénier aux nouvelles conditions d'existence, dans la marine de guerre, toute

valeur « déchaînante » de perturbations mentales latentes ? Cela aussi me paraît sujet à caution.

Sans insister, je veux mettre en évidence, incidemment, la description de l'état physique du sujet de l'observation n° 1, *engagé volontaire* : « il présente un aspect misérable et grotesque ; « son corps, d'une maigreur étonnante, laisse « apparaître sous une peau jaune et sale la « saillie massive de toute sa charpente osseuse, « son thorax étroit, aplati en avant, voûté en « arrière, sans amplitude respiratoire, la colonne « dorsale est scoliotique et les masses muscu- « laires à peine ébauchées. Son attitude est aussi « misérable ; courbant l'échine et dodelinant « de la tête, il se balance alternativement d'une « jambe sur l'autre les bras ballants le long du « corps. Son regard n'a aucune lueur de vie ; « ses traits reflètent la haine ; sa voix est rau- « que et brutale ; ses paroles vulgaires ; ses ré- « ponses brèves et impolies ; son souffle court « et bruyant. »

Ajoutons qu'il est de grande taille avec des mains et des pieds de taille démesurée.

Comment, je vous je demande, a-t-il pu se trouver un médecin pour déclarer cette épave humaine « bonne pour le service » ?

Et comment cette acromégalie n'a-t-elle pas évoqué, aux yeux des médecins qui ont visité et contre-visité ce sujet, l'idée d'une altération de la pituitaire, plus propre à justifier son état mental que la tuberculose débutante et caractérisée uniquement par quelques signes d'induration du sommet droit, avec légère exaspération thermique vespérale ?

Traitement du placenta prævia.

Le placenta prævia est ou doit être la terreur des accoucheurs. Il se complique en effet, soit au cours et à la fin de la grossesse, soit au début du travail, d'hémorragies abondantes qui mettent rapidement en danger la vie de l'enfant et de la mère. Quelle doit être en ce cas la conduite du praticien ?

C'est à quoi répond longuement et excellemment M. Fraipont (*Liège méd.*, 12 fév. 1921) dans les termes suivants qui résument son travail : « Le praticien ordinaire est souvent appelé « chez une femme enceinte qui vient de perdre « subitement beaucoup de sang ou chez une « femme en travail prise d'une hémorragie abon- « dante et continue. Que doit-il faire ? Cons- « tater tout d'abord l'abondance de la perte « sanguine, s'assurer de l'état du col utérin et « du segment inférieur et, si la portion vaginale « est fermée ou à peine perméable pour un doigt, « je suis d'avis qu'il peut et qu'il doit tampon- « ner le vagin, exactement et bien, comme tout « médecin instruit sait et peut le faire mainte- « nant. Le tamponnement pourra ne rester en « place que quelques heures, c'est entendu, mais « le médecin aura le temps de décider alors si la « femme peut ou doit être transportée dans une « maternité ou une clinique ou s'il faut l'accou- « cher à domicile. Dans ce cas-ci, il aura le temps « de faire ses préparatifs, d'appeler un confrère « à son aide, d'aller rechercher ce qui pourrait « lui manquer dans sa trousse ; bref, de se mettre « dans des conditions presque aussi favorables « qu'à l'hôpital... Dans le cas où le col est per- « méable et permet d'atteindre facilement les « membranes, il faut rompre celles-ci largement. « Presque toujours, l'hémorragie s'arrête et « l'accouchement se termine spontanément plus « ou moins vite.

« Si la portion vaginale permet l'introduction « de deux doigts dans la matrice, le médecin « pourra essayer, s'il s'en croit capable, la ver- « sion bipolaire, après avoir décollé le placenta « et rompu les membranes. Mais qu'il se garde « bien de forcer l'entrée de la matrice et de « faire pénétrer la main tout entière pour aller « saisir un pied. C'est une sorte d'accouchement « forcé qu'on pratique alors, et cette manœuvre « est des plus dangereuses pour le segment in- « férieur. »

En dehors de ces manœuvres, l'auteur rappelle l'utilisation possible de ballon dilatateur de Champetier de Ribes, et, au pis aller, l'opération césarienne, qui devient un acte chirurgical démandant un opérateur spécialisé.

Cette dernière intervention serait théoriquement la moins meurtrière pour la mère et pour l'enfant. Malheureusement, elle ne se pratique généralement que tardivement, quand les autres manœuvres ont échoué, et par conséquent dans des conditions déplorables qui en assombrissent notablement le pronostic.

G. D.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

Sur les farines alimentaires.

(M. Doléris. — *Académie de médecine.*)

M. Doléris fait une communication sur la valeur nutritive des aliments complémentaires (farines composées, mélanges lactés) dans l'allaitement des nourrissons. Il base son travail sur une série d'expériences de MM. Perrot et Lecoq :

MM. Perrot et Lecoq ont nourri avec un certain nombre de produits mis en vente dans le commerce, des rats blancs, omnivores comme l'homme, et qui réagissent comme lui à divers points de vue alimentaires. Sur 24 produits (farines, poudres ou extraits

composés, souvent qualifiés d'aliments « complets » ainsi expérimentés, 22 n'ont pu assurer la nutrition et leur usage exclusif a été suivi de mort de l'animal. Deux marques seulement de ces farines ont permis un développement normal et rapide.

L'analyse a montré que les 22 aliments déficients péchaient par absence ou insuffisance de protéines, d'hydrocarbures, de chlorures, de vitamines.

M. Doléris pense que dans ces conditions, il est prudent d'accorder seulement une confiance limitée, même à titre complémentaire, aux bouillies, farines, mélanges divers considérés comme très favorables au développement des nourrissons et des enfants au sevrage, et en tout cas de les proscrire comme aliment prétendu complet. Il conseille plutôt de s'en tenir à de fortes rations de lait, associées à des aliments frais, choisis et appropriés, d'administrer même aux enfants, par prudence, quelques gouttes de jus d'orange, de citron ou de raisin pour prévenir l'avitaminose scorbutique. L'allaitement artificiel au moyen de lait bouilli trop longtemps ou porté à des températures très élevées est déjà défectueux par la déperdition plus élevée des vitamines. L'usage des farines composées en question (sauf les deux marques commerciales dont l'auteur n'indique pas le nom) aggrave la carence en vitamines.

Sur la proposition de M. Vaillard, la communication de M. Doléris est renvoyée à la commission d'hygiène de l'enfance.

Manifestations extra-pulmonaires de la pneumococcie.

(M. P. Bazy. — *Académie de médecine.*)

Le pneumocoque peut donner lieu à des manifestations multiples en dehors du poumon. M. Bazy en signale trois formes : une première, d'hygroma suppuré de la bourse séreuse sous-deltoïdienne, une seconde d'abcès péri-anal, une troisième de cystite.

La caractéristique de ces pneumococcies extra-pulmonaires chirurgicales a été leur allure extrêmement bénigne.

Castration ovarienne et tumeur inopérable du sein.

(M. H. Reynès, de Marseille. — *Acad. de médecine.*)

Inspirée par les travaux de Beatson, de Glascow, la castration ovarienne pour cancer inopérable du sein a été utilisée par divers chirurgiens, à l'étranger et en France. M. Reynès présente une seconde observation, personnelle, dans laquelle cette méthode a donné un résultat remarquable. Il s'agit d'une femme atteinte d'une tumeur cancéreuse de la mamelle gauche, très étendue, ayant massivement bloqué le sein contre le thorax, avec adénopathie volumineuse et ulcérations. En raison de l'inopérabilité du néoplasme, la malade étant encore réglée, l'auteur pratiqua une castration ovarienne bilatérale. Huit jours après, la régression de la tumeur était déjà notable. Au bout de deux mois, elle était considérable et va, d'ailleurs, en s'accentuant.

Ces faits, dit M. Reynès, montrent les relations remarquables qui unissent l'ovaire et les mamelles à l'état normal et à l'état morbide. Ils sont contraires à l'origine parasitaire des cancers mammaires. Les résultats de l'ovariotomie, en pareil cas, sont surtout nets chez les femmes encore réglées. La castration pourrait être tentée, peut-être, par les rayons X.

Accidents sériques tardifs : troubles cardiaques.

(MM. Weill-Hallé et P. P. Lévy. — *Société méd. des hôpitaux.*)

MM. Weill-Hallé et Lévy rapportent l'observation d'un enfant de six ans qui, quelques jours après une angine diphtérique légère, fut atteint d'érythème précédé et accompagné d'arythmie cardiaque, d'assourdissement du premier bruit, et de douleurs articulaires. Les auteurs pensent que ces phénomènes ne peuvent se rattacher qu'à des accidents sériques tardifs. La toxine diphtérique, en effet, ne saurait être mise en cause, car, s'il est vrai que cette toxine touche facilement le cœur, elle ne le fait pas dans les diphtéries sérieuses : or, ici l'angine avait été légère et le traitement sérothérapique mis en œuvre dès le début. On ne peut pas, non plus, rattacher les troubles cardiaques à un rhumatisme, car les douleurs articulaires ont été très modérées. Cet ensemble symptomatique ne cadre véritablement qu'avec les accidents sériques tardifs.

Accidents sériques tardifs : état lipothymique et hypotension artérielle.

(M. Camille Lian. — *Société médicale des hôpitaux.*)

La communication précédente de M. Weill-Hallé tend à montrer que les accidents sériques tardifs peuvent comprendre des troubles cardiaques. A cette observation, M. Camille Lian ajoute deux faits personnels du même ordre. Dans l'un, l'urticaire sérique s'est accompagnée d'un état lipothymique qui persista pendant 12 heures environ et d'une hypotension artérielle qui dura 3 jours. Dans l'autre, l'urticaire sérique a seulement été associée à l'hypotension artérielle.

Syphilis mésocéphalique et encéphalite léthargique.

(MM. Achard et Rouillard. — *Soc. méd. des hôp.*)

Le diagnostic de l'encéphalite léthargique avec certains accidents de la syphilis nerveuse mérite une attention spéciale, en raison surtout des conséquences thérapeutiques qu'il entraîne. M. Achard signale une observation, instructive à cet égard, de syphilis mésocéphalique ayant simulé l'encéphalite par sa symptomatologie (ptosis, troubles de l'équilibre, petites secousses choréiformes aux doigts,

tendance à l'assoupissement). Mais la réaction de Wassermann était positive dans le liquide céphalo-rachidien et dans le sang ; guérison par l'arsénobenzol.

M. Maurice RENAUD remarque que seule, la réaction de Bordet-Wassermann, de caractère biologique, peut apporter dans le diagnostic différentiel en question un élément de certitude.

Sur la bacillémie pesteuse.

(MM. TEISSIER, TANON, GASTINEL et REILLY. — *Société médicale des hôpitaux.*)

M. Teissier fait une communication sur la fréquence de la bacillémie pesteuse et la valeur diagnostique de l'hémoculture dans la peste bubonique. Il conclut que la présence dans le sang du bacille de Yersin est habituelle dès les premiers jours de l'affection et que les formes les plus bénignes peuvent s'accompagner de bacillémie précoce. Cette bacillémie des formes bénignes doit d'ailleurs être différenciée de la septicémie pesteuse des formes graves. L'hémoculture apporte, de toutes façons, un élément de diagnostic intéressant dans la peste bubonique.

L'hyperglycorachie dans la paralysie générale.

(MM. Marcel BRIAND et ROUQUIER. — *Soc. méd. des hôpitaux.*)

MM. Marcel Briand et Rouquier ont étudié les variations du taux du glucose dans le liquide céphalo-rachidien des paralytiques généraux. Sur 50 malades, 40 fois le glucose a paru normal comme quantité (aux environs de 0 gr. 25) et 10 fois légèrement augmenté. L'hyperglycorachie, quand elle existe, est moins accentuée chez les paralytiques généraux que chez les grands pithiatiques, par exemple, qui ont quelquefois 0 gr. 90 à 1 gramme de glucose.

Le pneumopéritoine et l'examen radioscopique.

(M. RIBADEAU-DUMAS. — *Soc. méd. des hôpitaux.*)

La méthode d'injection gazeuse dans le péritoine pour faciliter l'examen radioscopique des viscères intestinaux, défendue par M. Ribadeau-Dumas, a été l'objet de critiques de MM. Faure-Beaulieu et Henri Béclère. Ces auteurs reprochent au pneumopéritoine d'amener une certaine perturbation de la statique des organes abdominaux, et ils préconisent l'emploi de l'insufflation rectale du côlon par l'acide carbonique, dans l'exploration radiologique de la rate et du foie. Aux objections soulevées par MM. Faure-Beaulieu et Henri Béclère, M. Ribadeau-Dumas répond que sur plus de 120 observations, il n'a jamais observé aucun accident.

La cuti-réaction à la tuberculine pendant les règles.

(M. E. COULAUD. — *Soc. médicale des hôpitaux.*)

M. Coulaud a constaté pendant les règles et chez les femmes ovariotomisées une atténuation de la cuti-réaction à la tuberculine. La diminution de la sensibilité à la tuberculine coïncidant le plus souvent avec une diminution parallèle de l'immunité, le fait en question traduit ce que l'on sait, en clinique, de l'influence défavorable de la période menstruelle, de l'accouchement et de la ménopause sur la tuberculose. Il faut tenir compte, en pareil cas, non seulement de l'ovaire mais aussi du rôle du corps thyroïde.

P. L.

BIBLIOGRAPHIE CRITIQUE

Revue des livres

Chez DOIN, 8, place de l'Odéon, Paris.

P. SOUBEYRAN, — **Les appareils indispensables dans la pratique.**

Cet ouvrage est essentiellement destiné aux praticiens.

La 1re partie s'occupe des soins à donner aux fractures et envisage chaque fracture en particulier avec l'appareil qui lui convient ; bien entendu, il s'agit des fractures fermées, et les indications ne sont pas oubliées.

Quelques appareils sont signalés pour les fractures ouvertes.

La 2e partie a trait aux appareils plâtrés dont l'étude si importante est inséparable de l'appareillage des fractures, puisqu'un grand nombre de méthodes de traitement des fractures comprennent l'application d'une pièce plâtrée.

En terminant, l'auteur ajoute les principaux appareils plâtrés orthopédiques, dont la connaissance est si utile aux praticiens.

Chez F. ALCAN, Paris.

Dr A. VERNES. — **Atlas de syphilométrie.**

Ouvrage précieux à consulter, dont nous recommandons l'achat à tous ceux qui veulent appliquer une méthode qui a fait ses preuves ; la syphilométrie.

G. S.

PARTIE PROFESSIONNELLE

LA VIE SYNDICALE ET PROFESSIONNELLE

I

Syndicat des médecins de la Seine

28, *rue Serpente, Paris* (*VI*e).

Mon cher confrère,

Vous avez reçu, ou allez recevoir, de la Direction des affaires départementales de la Seine, une invitation à vous rendre d'urgence, 44, quai des Orfèvres, en vue de la liquidation de vos honoraires pour soins donnés aux réformés de guerre.

Ce service vous offrira de régler vos honoraires au taux de :

10 francs la visite.
8 francs la consultation.

Or, le préfet de la Seine, par lettre n° 7498, du 13 octobre 1920, a offert au Syndicat des médecins de la Seine, qui l'a accepté, de payer les soins aux réformés de guerre au taux de :

10 francs la visite.
9 francs la consultation.

Une instance est dès aujourd'hui introduite par le Syndicat devant le tribunal départemental des pensions ; la sentence doit obligatoirement être rendue avant un mois.

La lutte que nous soutenons actuellement n'est que le prélude de celle qui va se livrer à propos de la loi assistance invalidité-maladie, lutte qui mettra en péril grave l'indépendance et la dignité de la profession médicale.

Par solidarité pour les médecins de province, beaucoup plus lésés que nous par le tarif Maginot, et parce que *ce tarif est la première taxation d'Etat des honoraires médicaux*, taxation que nous ne devons pas accepter sous peine d'être contraints de subir les taxations ultérieures qui nous menacent, nous vous prions très instamment, *syndiqués* ou *non*, de ne pas accepter le règlement de vos honoraires avant que de nouvelles directives ne vous soient données : ces directives vous seront adressées dans un délai maximum de deux mois.

II

Tant pour 100.

Avez-vous fait quelquefois le pourcentage des médecins par rapport à la population ; c'est amusant et instructif.

Un médecin pour 850 habitants dans certaines villes.

Un médecin pour dix mille habitants en des régions pauvres.

Un médecin pour 1.050 habitants dans une banlieue.

Un médecin pour 3.000 ou même 5.000 dans une autre où les conditions de vie, d'industrie, de commerce sont identiques. Mais dans cette dernière il y a le dispensaire gratuit, des œuvres, des sociétés florissantes de secours mutuels et l'abonnement.

Devant le syndicat, ces médecins favorisés défendent leurs privilèges, celui de travailler plus qu'un cheval pour un salaire de manœuvre. A moins qu'ils ne se plaignent, pourquoi les plaindrions-nous ?

Le pourcentage médical par rapport à la population est un problème très intéressant. Le diagramme pourrait en être dressé comme celui du cancer ou de la tuberculose : on pourrait le comparer à celui des sociétés mutuelles et qui sait, à la carte de mortalité, à la carte des épidémies.

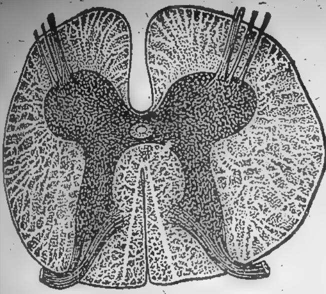
Voilà un passe-temps pour nos soirées d'hiver, celles où le client fait relâche.

Dr Goyon,
(Lyon).

HYGIÈNE PUBLIQUE

Des dangers de la transmigration.

L'internationalisation des services sanitaires apparaît comme une nécessité, ainsi que je pense l'avoir démontré dans mes articles précédents. Certes, cette nécessité de grouper les divers gouvernements dans la lutte contre les pandémies a déjà préoccupé les nations, comme le montrent les différentes conférences sanitaires internationales de Venise, de Dresde, etc... Mais les conventions qui ont consacré plusieurs d'entre elles ne sont pas parvenues à porter tous les fruits qu'on était en droit d'en attendre. C'est qu'en effet, si des mesures générales étaient prévues, le vice de ces conventions consistait à laisser à chaque gouvernement le soin de les réaliser chez lui selon ses propres conceptions sanitaires, son génie politique particulier. Il en est résulté que chaque peuple a interprété suivant son tempérament des textes qui ressemblaient plus à des desiderata qu'à des obliga-



Médication phosphorée nouvelle

Spécifique de la DÉPRESSION NERVEUSE et MENTALE

*« Le **Fosfoxyl** est, pour les dépressions nerveuses, ce qu'est la Digitale pour celles du cœur. »*

Indications du FOSFOXYL :

Algies, Asthénies
Morbidesse, Dépressions, Psychasthénie.

Neurasthénies
Fatigues cérébrales, Angoisses

Décheances organiques
Mal[dies] de la Nutrition, Rachitisme

Impuissance
Epuisement nerveux.

Fosfoxyl Carron

$(C^{10} H^{15} Ph O^{2} Na^{2})$

Phosphore colloïdal assimilable

Le plus Actif — Non Toxique

Véritable aliment de la cellule nerveuse

Nombreuses Attestations et Références Médicales.

Echantillon et Littérature : Laboratoires **B. CARRON, 40, Rue Milton, Paris (9e).**

KLUCHOL

Antispasmodique puissant
(BENZOATE D'ANETHOL)

AMÉLIORE ET GUÉRIT

COQUELUCHE - ASTHME - TOUX

Non toxique,
Calmant sûr,
Goût agréable,
Tolérance parfaite.

ENFANTS : 1 à 2 cuillerées à café, par année d'âge, par 24 heures.
ADULTES : 4 à 6 cuillerées à soupe, par 24 heures.

ÉCHANTILLON et LITTÉRATURE :
LABORATOIRE **REMEAUD,** 38, Grande-Rue, BOULOGNE-sur-SEINE.

tions impératives. La France, avec son extrême timidité dans l'édiction des mesures coercitives, est restée très en deçà du minimum de précautions désirable. L'Allemagne, par contre, avec son caporalisme habituel, avait largement profité avant la guerre de la latitude laissée par la Conférence de Dresde de prendre des mesures spéciales vis-à-vis des émigrants, sans susciter de complications internationales. Cette diversité dans les méthodes a été pour beaucoup dans la genèse de ce manque de confiance entre les nations. Il y a même eu, pour l'augmenter, des procédés qui vont jusqu'à friser le manque de délicatesse. Notre gouvernement n'a pas toujours été très scrupuleux dans l'usage des fonds mis à sa disposition par les accords internationaux. Ces accords permettent aux nations signataires de prélever sur les navires des droits sanitaires déterminés, mais sous la réserve expresse qu'ils n'auront jamais le caractère d'un impôt, qu'ils seront intégralement consacrés à l'entretien des stations sanitaires et à l'amélioration du service. Or, contrairement à ces dispositions précises, et malgré les protestations réitérées de tous les auteurs qui ont traité cette question, la France n'a vu dans la perception des droits sanitaires qu'une aubaine budgétaire. Les dépenses consacrées au service sanitaire maritime n'ont jamais absorbé qu'une faible partie des ressources procurées par les droits sanitaires prélevés sur les navires. Le reste est entré comme un boni inespéré dans le gouffre du budget général.

Tant qu'il y aura de pareilles divergences dans la façon d'appliquer les larges directives que peut donner une convention internationale, tant que certains pays détourneront à leur profit des sommes confiées dans un tout autre but, il est inutile d'espérer l'avènement de cette atmosphère de confiance réciproque qui devrait être à la base des accords sanitaires internationaux.

Cette latitude laissée à chaque pays par les conventions sanitaires d'exécuter à sa manière les dispositions arrêtées en commun, est certainement la cause principale de l'insuffisance de leurs résultats. Le système de ces conventions consacrant des conférences internationales *intermittentes* doit, à mon avis, céder la place à un organisme international *permanent*.

A l'heure actuelle, les émigrants sont soumis aux législations les plus diverses selon qu'ils transitent par une voie ou par une autre. Passent-ils par l'Allemagne ? Ils sont groupés en divers endroits de sa frontière orientale, visités, désinfectés ; puis réunis dans des convois qui les conduisent au port d'embarquement où ils sont de nouveau isolés jusqu'au départ du paquebot. Ils traversent en quelque sorte le pays *en vase clos*, sans avoir la moindre communication avec les populations germaniques. Passent-ils par la France ? Ils jouissent de la liberté la plus entière. A la frontière, des mesures de police, pas ou peu de mesures médicales. On se préoccupe bien plus de savoir s'ils ont une vingtaine de cigarettes que de savoir s'ils vous apportent la peste ou le typhus. Le plus souvent, sans avoir subi le moindre examen médical, parfois après une visite un peu plus sérieuse, comme cela se pratique à Modane depuis quelques mois (à nos frais, bien entendu), les voilà libres de parcourir notre pays, de s'y fixer, si cela leur plaît, traversant notre territoire en caravane, si leur nombre vaut la peine qu'on fasse un train spécial, individuellement dans le cas contraire, dans les trains de voyageurs du service ordinaire. Notons d'ailleurs que, même s'ils voyagent dans un train spécial, ce train n'est nullement un train spécialisé et qu'il est rendu le jour même au service normal. Quoi d'étonnant à ce que les voyageurs se plaignent d'attraper fréquemment des poux dans ces trains ! Nous savons tous quelle est la saleté repoussante de notre matériel roulant. Jadis, il n'était déjà pas très appétissant, depuis la guerre, depuis ce lamentable « j'm'en-fichisme » qui a peu à peu gagné la plupart des professions, depuis qu'on a triplé le personnel des cheminots, qu'on a créé de nombreux emplois de nettoyeuses, il est infect : plus jamais d'eau, plus de papier, plus de serviettes dans les W. C., et le tout à l'avenant. La malpropreté des lieux publics croît proportionnellement à l'augmentation du personnel et des salaires. Cet état d'esprit déplorable se fait fâcheusement sentir en toutes choses, il ne laisse pas que d'inquiéter ceux qui désireraient trouver des collaborateurs sérieux pour l'organisation de l'hygiène. Or, compter qu'on désinfectera autrement qu'à coup de circulaires, des voitures qu'on n'arrive *même* pas à *nettoyer* grossièrement, serait faire montre d'un optimisme dont je ne me sens pas capable. Pour l'accomplissement de cette besogne — comme de bien d'autres — il faut s'en remettre à des hommes à poigne, sachant faire respecter les règlements. Dans l'organisation internationale des services sanitaires, chaque peuple trouvera à faire l'application de ses facultés spéciales. Je doute qu'on songe à faire appel aux nôtres dans cet ordre d'idées.

Quoi qu'il en soit, voici tous ces Tchécoslovaques, tous ces émigrants de l'Europe centrale, parvenus au port d'embarquement, après avoir semé, en cours de route, peu ou prou de leur vermine. Ils en ont conservé sur eux — et des meilleurs — même ceux qui ont été soi-disant épouillés à Modane. Pendant 3 ou 4 ou 12 jours, selon les fantaisies de l'*U. S. Public Health Service*, ils vont demeurer dans la ville, se répandre dans les hôtels, se mêler à la population,

et par leur présence créer un danger de tous les instants (1).

Les deux descriptions qui précèdent font bien ressortir le contraste qui existe entre deux méthodes diamétralement opposées : la méthode allemande du transit en vase clos, la méthode française du transit sans entraves. Si toutes les deux sont nées d'une même conférence sanitaire internationale, avouons qu'on a peine à reconnaître aujourd'hui ces sœurs jumelles !

Tous ces exemples ne vous convaincront-ils pas de la nécessité d'une autorité dépassant nos petites frontières pour s'imposer à tous ? Qu'on n'aille pas répéter sottement, dans un chauvinisme étroit, que charbonnier est maître chez soi. La liberté et l'indépendance absolues sont des chimères dans une société, et de même que dans chaque pays, les lois privent les citoyens d'une partie de leur liberté au profit de tous les autres, il faut comprendre que l'humanité est arrivée à un tournant de son histoire où il va falloir des lois pour les peuples comme il y en a eu jusqu'ici pour les individus.

Si tous les peuples ne veulent pas comprendre la nécessité de grouper dans une main commune l'autorité sanitaire, ils arriveront à ce résultat, bien plus humiliant, de voir les peuples énergiques et forts se préserver en allant faire, eux-mêmes, la loi chez les peuples faibles. N'est-ce pas un peu ce que nous voyons aujourd'hui avec l'installation dans nos ports du service sanitaire américain. Ne nous hâtons pas de nous indigner, ni de crier trop fort, ni trop haut. Voici les émigrants retenus dans nos ports de par sa volonté. Puisque nous avons eu la naïveté de les laisser passer notre frontière sans mesures de protection sérieuses, nous ne pouvons pas faire qu'ils ne soient pas chez nous. Eh bien ! pouvons-nous endiguer le danger que leur présence représente ? J'affirme que non, dans l'état actuel de notre législation, et que notre protection est surtout assurée par les instructions impératives de l'*U. S. Public Health Service.*

On ne peut certes qu'approuver les autorités qui s'efforcent de remédier au danger qu'elles entrevoient. M. le Maire du Havre, par exemple, par un arrêté en date du 24 août 1920, a décidé que les émigrants seront dirigés sur un local éloigné de l'agglomération et spécialement organisé en vue des mesures sanitaires prescrites par certains gouvernements étrangers, *et dont ils ne pourront sortir que celles-ci dûment accomplies.*

Cet arrêté part d'un bon naturel. Malheureusement, et jusqu'à preuve du contraire, je le considère comme absolument illégal. M. le Maire du Havre pourra-t-il me dire quelle mesure de contrainte il emploiera vis-à-vis d'un émigrant qui refusera de rejoindre ce local et entendra se rendre à l'hôtel ? par quel moyen il contraindra cet émigrant à demeurer 3 ou 4 jours dans cette prison sanitaire s'il exige d'en sortir ? Mettra-t-il des agents aux portes pour s'y opposer par la force ? Il s'exposerait tout simplement à des poursuites pour séquestration arbitraire. Et l'article de la loi du 3 mars 1822, ni l'article 8 de la loi du 15 février 1902 ne lui permettent d'en user de la sorte. Ces lois ne visent que des malades, des cas déclarés, et si elles prévoient des mesures exceptionnelles, ce n'est que dans des conditions très particulières, en cas de menace du pays par une maladie pestilentielle. En dehors de ces circonstances nettement spécifiées, le décret-loi ne joue plus et nous ne pouvons pas nous protéger légalement par le moyen utilisé par M. le Maire du Havre (1).

Et c'est pourquoi, nos autorités n'étant pas suffisamment armées pour l'instant, il ne convient pas d'être trop fiers et de repousser l'aide que peut nous apporter l'autorité américaine. Ce que nous n'avons pas le droit de faire chez nous, un médecin étranger, des compagnies de navigation, vont le pouvoir. L'un dira : « Vous n'entrerez pas dans mon pays », les autres : « Vous ne monterez pas sur mes navires, si vous ne vous soumettez volontairement à cet internement de quelques jours que la loi française ne permet pas de vous imposer et que pourtant nous exigeons ». Par contre, il appartient au maire de ne pas permettre aux Compagnies de construire leurs hôtels d'émigrants avec leurs infirmeries, tous les services qu'ils comportent, au centre de l'agglomération. M. le Maire du Havre a pris cette sage mesure qu'on eût bien fait d'imiter ailleurs. Je sais bien que l'autorité américaine nous dit : « Avec toutes les précautions que nous prendrons, le séjour de ces milliers de pouilleux, de suspects, ne peut avoir aucun inconvénient pour vous ». Mais alors, si vous en êtes si certains que cela, pourquoi tenez-vous tant à faire la quarantaine chez nous plutôt que chez vous ?

Tant qu'en matière de police sanitaire internationale persistera le système particulariste, chaque jour verra naître de nouvelles suscep-

---

(1) En attendant la construction de l'Hôtel des Émigrants, des compagnies anglaises viennent d'ancrer sur rade un paquebot où se fera la quarantaine des émigrants, *après leur épouillage à terre.*

(1) A moins toutefois que le décret qui a prescrit les mesures sanitaires prises à Modane (et dont je n'ai pu me procurer le texte) ne permette aux maires de prendre de tels arrêtés. Quoi qu'il en soit il est à craindre que ces mesures ne soient appliquées qu'avec notre timidité ordinaire : un épouillage ne suffit pas, plusieurs épouillages successifs sont nécessaires, donc une quarantaine prolongée rien qu'à ce point de vue.

tibilités, de nouveaux froissements. Même si on sent que les autres font mieux que nous, on leur en voudra encore de venir le faire chez nous. Toutes ces vexations n'auront plus de raison d'être le jour où tous les peuples s'inclineront devant les décisions d'une autorité sanitaire internationale.

Dans l'état actuel de notre législation, je considère que le transit de ces millions d'émigrants, non désinfectés à l'entrée, à travers notre pays, dans les trains du service ordinaire, que leur séjour dans des établissements situés au milieu de nos grandes villes et où nous ne pouvons les interner que selon le bon plaisir des autorités étrangères, constituent une grave menace pour nous.

Et c'est pour cela que j'ai tenu à y insister, dans cette série d'articles, souhaitant comme conclusion que nos législateurs parent au danger par les mesures les plus rapides et les plus sévères en attendant le jour où toutes les nations auront codifié les articles de la Charte sanitaire universelle.

Dr Le Duigou.
Médecin sanitaire maritime

DOCUMENTS OFFICIELS

Extrait du rapport de M. Henry Paté sur le Budget du Ministère de la Guerre (Documents Parlementaires, Chambre, annexes, S. O. 1921, p. 695. *Journal Officiel,* **du 7 mars 1921.)**

Reprise du fonctionnement des bureaux d'hygiène.

Les bureaux d'hygiène militaire ont été organisés par décision du 24 décembre 1907. Ils ont pour objet d'assurer, dans chaque garnison, sous le contrôle et suivant le programme établi par le conseil supérieur de surveillance, la surveillance des eaux destinées à l'alimentation dans l'armée.

Le conseil supérieur de surveillance siège au ministère de la guerre ; il est composé de vingt membres choisis parmi les ingénieurs, géologues et autres savants s'étant spécialement occupés de questions d'eaux.

Le directeur du génie, le directeur de l'intendance, le directeur du service de santé font partie de ce conseil, dont les attributions principales sont :

1° Établir les programmes de recherches devant servir de guides aux bureaux d'hygiène ;

2° Étudier tous les projets de captage ou d'adduction établis en vue de l'alimentation en eau des casernes ou autres établissements militaires ;

3° Prévoir, quand il y a lieu, l'installation d'appareils d'épuration et déterminer le procédé à employer;

4° Émettre un avis sur les projets de convention à passer avec les municipalités.

Un bureau d'hygiène fonctionne dans chaque garnison : il est composé de cinq membres, dont un officier du génie, un fonctionnaire de l'intendance, un médecin militaire et deux membres civils choisis parmi les personnes compétentes.

Le bureau d'hygiène a pour attributions de rassembler tous les éléments indispensables pour apprécier la valeur des eaux potables ; en conséquence, il a la charge :

1° De prélever avec toutes les précautions utiles et d'expédier aux laboratoires d'expertises les échantillons d'eau destinés aux analyses chimiques et bactériologiques ;

2° De procéder aux études topographiques et géologiques nécessaires pour reconnaître l'origine réelle des sources, ainsi que leur capacité, rechercher les causes diverses, permanentes ou éventuelles, de contamination et déterminer les mesures de protection qui paraissent nécessaires ;

3° De contrôler le fonctionnement des installations prévues dans la garnison pour l'épuration de l'eau de boisson ;

4° De surveiller l'état des appareils, conduites, réservoirs, ainsi que les modifications au régime des eaux qui pourraient survenir ;

5° De rendre immédiatement compte de ces modifications à l'autorité militaire locale ;

6° De procéder aux enquêtes ou recherches jugées nécessaires par le conseil supérieur d'hygiène ;

7° D'entrer en pourparlers, le cas échéant, avec les bureaux municipaux d'hygiène prévus par la loi du 15 février 1902, avec des commissions sanitaires ou le conseil départemental d'hygiène.

Les services rendus par ces organismes sont de première importance et nous vous proposons d'accorder les crédits demandés pour leur fonctionnement.

Utilisation des médecins, pharmaciens et dentistes civils

L'emploi par le service de santé des médecins, pharmaciens et dentistes civils a fait l'objet d'une instruction du sous-secrétaire d'État du service de santé, en date du 21 avril 1919. Cette instruction prévoit :

1° Le service accidentel, c'est-à-dire celui où des chefs de détachement sont autorisés, à défaut de médecins militaires, à utiliser en cas de nécessité les médecins, pharmaciens ou dentistes civils pour les premiers soins à donner.

2° Le service personnel où il est fait appel aux médecins, pharmaciens ou dentistes pour assurer à titre civil, et d'une façon permanente, le service dans les corps de troupes et les formations sanitaires. C'est au général commandant la région, sur la proposition du directeur du service de santé, qu'il appartient de fixer les cas où cette solution doit être employée. Les conditions d'exécution du service sont fixées par des conventions passées par le directeur du service de santé au nom de l'État.

Cette utilisation des médecins, pharmaciens et dentistes civils est rendue de plus en plus nécessaire, par suite des circonstances suivantes :

La loi du 30 octobre 1919 ne permet l'utilisation des médecins de complément au titre des stages d'instruction que jusqu'au 30 octobre 1921 ; à cette date, tous les médecins appelés en stage devront être remplacés par des médecins civils.

Mais, même avant le 30 octobre 1921, le service de santé a envisagé la possibilité de licencier peu à peu les médecins appelés en stage, au fur et à mesure que l'importance de leur service pourra décroître pour les remplacer par des médecins civils dont la rétribution est beaucoup moins élevée.

De plus, le service de santé est actuellement saisi de plus de cinquante offres de démission de médecins militaires ; ces offres, après ajournement de six mois, devront être nécessairement acceptées après l'incorporation totale de la classe 1921 ; il en résultera un nouveau déficit qui ne pourra être comblé que par l'utilisation d'un nombre plus élevé de médecins civils.

D'autre part, en raison du renchérissement constant du coût de la vie, de l'augmentation des tarifs de l'assistance publique pour les interventions des médecins et des chirurgiens et de l'action des syndicats régionaux des médecins civils, le service de santé militaire se voit dans l'obligation d'augmenter progressivement la retribution mensuelle des medecins civils.

Toutefois, nous sommes d'avis que ces augmentations ne doivent être accordées qu'avec la plus grande parcimonie et lorsque tous autres moyens font défaut pour assurer le service de santé des troupes ; nous estimons que l'augmentation globale de 100 p. 100 des indemnites allouées en 1920 est exagérée et nous vous proposons une réduction de 1 million sur le crédit de 4.120.600 fr. demandé à ce titre.

Hospice civil de Dunkerque-Rosendaël.

Le crédit demandé pour l'hospice civil de Dunkerque-Rosendaël représentait l'indemnité locative spéciale attribuée à cet établissement en raison de l'occupation de deux pavillons destinés à recevoir les malades militaires de Dunkerque, en attendant la réparation des dégâts causés à cet établissement par le bombardement.

Les deux pavillons en question ayant pu être restitués à l'hospice de Rosendaël à la date du 15 octobre 1920, le crédit de 16.790 fr. peut être supprimé.

Laboratoire de sérothérapie.

Le laboratoire de sérothérapie de l'armée a été créé au cours des hostilités pour intensifier la production du sérum antigangréneux polyvalent du médecin inspecteur général Vincent, membre de l'académie de médecine.

Son maintien en temps de paix, sous une forme réduite, s'impose en raison de l'emploi, de plus en plus fréquent, du sérum antigangréneux, non seulement pour le traitement des blessures de guerre sur les théâtres d'opérations extérieurs, mais encore pour le traitement de très nombreuses affections d'ordre médical qui reconnaissent comme agent pathogène les microbes anaérobies.

Le laboratoire aura un double but : il maintiendra en constant état de préparation quelques chevaux aptes à fournir immédiatement, en cas de besoin subit, du sérum antigangréneux polyvalent, étant entendu que l'institut Pasteur restera, comme par le passé, le producteur et le fournisseur de l'armée en divers autres sérums constamment utilisés jusqu'à ce jour en thérapeutique. De plus, le laboratoire constituera un centre de recherches pour poursuivre des études commencées ou pour atteindre les réalisations espérées dans l'art de guérir. Il importe d'assurer à un savant tel que le médecin inspecteur général Vincent, à qui l'armée et la science sont déjà redevables de nombreux travaux, dont les plus retentissants ont abouti à la réalisation effective de la vaccination antityphoïdique, des moyens qui, bien que modestes, peuvent lui permettre de poursuivre et de mener à bonne fin de nombreuses recherches en cours, susceptibles de réalisations pratiques, dont l'armée tirerait un profit immédiat et dont les conséquences n'ont pas à être soulignées, les résultats déjà obtenus dans le passé autorisant toutes les espérances pour l'avenir.

Le laboratoire de sérothérapie est constitué, actuellement, par deux organes administrés par les corps de troupes près desquels ils fonctionnent à Châteaudun et à Versailles.

Pour assurer un fonctionnement plus régulier du service, il a paru qu'il y avait intérêt à constituer ce laboratoire en une formation du service de santé.

La demande de crédits nouveaux a spécialement pour objet :

1° La fourniture des chevaux faite au service de santé par le service de la remonte ;

2° L'alimentation toute spéciale de ces animaux ;

3° Le payement du personnel civil d'exploitation substitué à la main-d'œuvre militaire en raison de nécessités d'effectifs ;

4° Quelques travaux d'installations, nécessaires pour aménager en un seul centre, pour raison d'économie, les deux organes actuellement existants.

Laboratoires régionaux de dermato-vénéréologie.

Les nécessités du traitement intensif à mettre en œuvre dans les cas de syphilis ont conduit à grouper dans un service unique ou parfois dans deux services par corps d'armée tous les malades de cette catégorie. En l'état actuel des connaissances médicales, en effet, le traitement par injection intraveineuse doit être dirigé par un médecin spécialiste particulièrement averti.

Ce médecin doit avoir à sa disposition un matériel restreint de laboratoire pour la recherche du tréponème ; on ne conçoit pas, actuellement, un médecin dermato-vénéréologiste livré aux seules investigations de la clinique ; son diagnostic, d'où découle



le traitement, doit toujours être appuyé ou confirmé par l'examen de laboratoire.

En l'espèce, il ne s'agit, le plus souvent, que d'un laboratoire restreint, adapté à un but limité et défini, dont le matériel se réduit à un microscope, à un ultramicroscope, une petite étuve et à quelques accessoires, et non d'organisations aussi complètes que celles qui existent dans les laboratoires régionaux de bactériologie chargés d'expertises et de recherches de toute nature.

Statistique médico-chirurgicale.

Les services de la statistique médico-chirurgicale de l'armée, confiés au docteur Bertillon, sont actuellement installés, depuis le 1er octobre, dans des baraquements militaires, au bastion 50 de l'enceinte de Paris.

Au point de vue du personnel, une trentaine d'employés y sont actuellement occupés ; 8.300.000 dossiers sont constitués, dont :

3.300.000 pour les blessés et 5.000.000 pour les malades.

Pour achever complètement la statistique médico-chirurgicale telle qu'elle avait été conçue par M. Bertillon, il faudrait environ quarante-deux mois de travail et 370.000 fr. de dépenses ; aussi, pour alléger les charges du budget, on a abandonné complètement la statistique des malades, pour s'en tenir à celle des blessés de guerre ; de cette façon, le travail pourra vraisemblablement être terminé dans un délai de neuf mois.

En confiant, en 1915, au statisticien qu'est le docteur Bertillon, la mission de dresser le bilan de nos pertes en blessés, on a voulu réaliser pour cette guerre le même travail qui avait été dressé pour la guerre de Crimée et pour la campagne d'Italie. Si l'œuvre est plus lourde qu'on ne l'a estimé à cette époque, la faute en est aux évènements et à l'extraordinaire durée de cette guerre.

Au point de vue scientifique pur, malgré quelques imperfections de détail, on est en droit d'attendre d'utiles enseignements de cette statistique ; elle montrera quelle a été l'œuvre de la chirurgie contemporaine, en enregistrant les résultats obtenus par la chirurgie française. Une œuvre fragmentaire serait inopérante et sans intérêt ; lorsque paraîtront les statistiques chirurgicales des armées alliées, l'armée française ne saurait apporter, en face des travaux qui seront présentés, qu'un travail incomplet qui ne serait qu'un aveu d'impuissance. Nous nous proposons donc d'accorder le crédit de 25.000 fr. demandé pour 1921 et destiné à permettre de commencer l'impression de la statistique dans le courant de ladite année.

SOU MÉDICAL

Extrait analytique des procès-verbaux du Conseil d'Administration.

Admissions. — Sous réserve des publications statutaires, le Conseil prononce l'admission de Messieurs les Docteurs :

4680 Duval, à Ingré (Loiret).
4688 Petitjean, à Vesoul (Haute-Saône).
4689 Gaudot, à La Ferté-Milon (Aisne).
4690 Esclavissat, à Paris, 10, rue Beaugrenelle.
4691 Chaumet, à Malesherbes (Loiret).
4692 Mayoli, à Gap (Hautes-Alpes).
4693 Challet, à La Bernerie-en-Retz (Loire-Inférieure).
4694 Bosment, à Jondreville (Meurthe-et-Moselle).
4695 Padoux, à Bazoches-les-Gallerandes (Loiret).
4696 Lemaire, à Tinténiac (Ille-et-Vilaine).
4697 Aubéry, à Paray-le-Monial (Saône-et-Loire).
4698 Germain, à Bruyères (Vosges).
4699 Prentout, à Thury-Harcourt (Calvados).
4700 Deniau, à Toury (Eure-et-Loir).
4701 Coutaud, à Auterive (Haute-Garonne).
4702 Cambassédes, à Valleraugue (Gard).
4703 Péchilliot, à Brissac (Hérault).
4704 Verne, à Rians (Var).
4705 Romain, au Havre (Seine-Inférieure).
4706 Borreil, à Mane (Basses-Alpes).
4707 Petit, à Briançon (Hautes-Alpes).
4708 Faure, à Bordeaux (Gironde).
4709 Régis, à Paris, 10, boulevard Poissonnière.
4710 Vincent, à Lille (Nord).
4711 Roger, à Castanet (Haute-Garonne).
4712 Chambras, à Larche (Corrèze).
4713 Rouch, à *Pontarlier (Doubs)*.
4714 Marbot, à Mondovi (Constantine).
4715 Darche, à Gap (Hautes-Alpes).
4716 Stéphan, à Roscoff (Finistère).
4717 Coronat, à Gap (Hautes-Alpes).
4718 Daudon, à St-Amand-sur-Sèvre (Deux-Sèvres)
4719 Chagnaud, à Lésigny (Vienne).
4720 Bernou, à Châteaubriant (Loire-Inférieure).
4721 Ducret, à Reignier (Haute-Savoie).
4722 Dussac, à Paris, 137, faubourg Poissonnière.
4723 Aimes, à Montpellier (Hérault).
4724 Coignion, à Boulogne-sur-Mer (Pas-de-Calais).
4725 Coudray, à Nogent-le-Rotrou (Eure-et-Loir).
4726 Salles, à Paris, 54, rue de l'Université.
4727 Beisson, à Aix-en-Provence (B.-du-R.)
4728 Thiers, à Valence (Drôme).
4729 Fernagut, à Lisieux (Calvados).
4730 Roulaud, à Béziers (Hérault).
4731 Martinetti, à Prunelli (Corse).
4732 Lecointre, à Bressuire (Deux-Sèvres).
4733 Jourdin, à Pouancé (Maine-et-Loire).
4734 Bonnaud, à Ruffec (Charente).
4735 Poreaux, à St-Quentin (Aisne).
4736 Debray, à Paris, 66, rue Compans.
4737 Sorel, à Livarot (Calvados).
4738 Naudet, à Artenay (Loiret).
4739 Fontaine, à Garches (Seine-et-Oise).
4740 Tissier, à Paris, 10, rue Richelieu.
4741 Priolo, à Brive (Corrèze).
4742 Ramond, à Ponthierry (Seine-et-Marne).
4743 Le Louet, à Pont-Aven (Finistère).
4744 Martin A., à Lille (Nord).
4745 Martin M., à Lille (Nord).
4746 Périn, à Lunéville (Meurthe-et-Moselle).
4747 Le Boulc'h, à Guéméné-sur-Scorff (Morbihan).
4748 Weill, à Paris, 22, rue de Tocqueville.

4749 VASSELIN, à Paris, 219, rue de Tolbiac.
4750 PEYRICHONT, à Remilly (Nièvre).
4751 SCHEIDER, à Foug (Meurthe-et-Moselle).
4752 QUIROT, à Pontailler-sur-Saône (Côte-d'Or).
4753 ANDRIEU, à Remalard (Orne).
4754 VERMEIL, à Saintes (Charente-Inférieure).
4755 JOUFFRAULT, à Argenton-Château (D.-S.)
4756 ROCHE-IMBARD, à Marseille (B.-du-R.)
4557 TEXIER, à Angoulême (Charente).
4758 VERMULLEN, à Rombas (Moselle).
4759 TOULOTTE, à St-Hilaire-lez-Cambrai (Nord).
4760 THIÉBAUX, à Mars-la-Tour (Meurthe-et-Moselle).
4761 VERGUES, à Paris, 31, boulevard Diderot.
4762 LAROCHE, à Montceau-les-Mines (Saône-et-Loire).
4763 VASSEUR, à Abbeville (Somme).
4764 LEVÈQUE, à St-Germain-en-Laye (Seine-et-Oise).
4765 SAMMULLER, à Bagnères-de-Luchon (Haute-Garonne).
4766 DRAIN, à Saint-Quentin (Aisne).
4767 FELTGEN, à Dombasle (Meurthe-et-Moselle).
4768 GAILLARD, à Piney (Aube).
4769 ESCANDE, à St-Étienne (Loire).
4770 LENOBLE, à St-Denis (Seine).
4771 PATET, à Tramayes (Saône-et-Loire).
4772 CORNET, à Bellegarde-du-Loiret (Loiret).
4773 GOUSSAL, à La Ville-aux-Clercs (Loir-et-Cher)
4774 FRARIER, à Roanne (Loire).
4775 FEUTELAIS, au Mans (Sarthe).
4776 FALLIÈS, à Briare (Loiret).
4777 BRECHOTEAU, à Coëx (Vendée).
4778 ANQUEZ, à BOURBOURG (Nord).
4779 COLLON, à Colombey-les-2-Églises (Haute-Marne).
4780 REVERSEAU, à St-Michel-en-l'Herm (Vendée).
4781 BONNEMAISON, à Maisons-Alfort (Seine).
4782 VEAUDEAU, à Valenciennes (Nord).
4783 LIEN, à Denain (Nord).
4784 MONTIBERT, à Villeurbanne (Rhône).
4785 TATU, à Lyon (Rhône).
4786 CHAMPONNIER, à Guérigny Nièvre).
4787 SIDOUN, à Paris, 21, rue Alexandre Dumas.
4788 COURAUD, à Saintes (Charente-Inférieure).
4789 DUBOIS, à La Motte-Beuvron (Loir-et-Cher).
4790 COLIN, à Lyon (Rhône).
4791 COURAUD, à Pons (Charente-Inférieure).
4792 CAMUS, Les Lilas (Seine).
4793 DAMBRIN, à Toulouse (Haute-Garonne).
4794 SÉCARDIN, à Callac-de-Bretagne (Côtes-du-Nord).
4795 MORIGNY, à Maubert-Fontaine (Ardennes).
4796 ETCHEVERRY, à St-Étienne-de-Baïgorry (Basse Pyrénées).
4797 FOURNIÉ, à St-Ciers-sur-Gironde (Gironde).
4798 LE BRETON, à St-Nazaire (Loire-Inférieure).
4799 AUSSILLOUX, à Narbonne (Aude).
4800 HERBAY, à Auchy-les-Hesdin (Pas-de-Calais).
4801 SAUREL, Le Pouget (Hérault).
4802 BRIAULT, à Paris, 5, avenue Daniel-Lesueur.
4803 ROUDEAU, à Pantin (Seine).
4804 CLERC, à Céton (Orne).
4805 PICARD, à Morannes (Maine-et-Loire).
4806 BOIRIN, à Champlitte (Haute-Saône).
4807 DIVE, à Bergerac (Dordogne).
4808 MARTEL, à Monville (Seine-Inférieure).
4809 LEFILLATRE, à Troarn (Calvados).
4810 FAGOT, à Rarecourt (Meuse).
4811 DIEUZAIDE, à Lectoure (Gers).
4812 DAUSSY, à Nantes (Loire-Inférieure).
4813 PETGES, à Bordeaux (Gironde).
4814 MENGUY, à Carhaix (Finistère).
4815 LEDRAIN, à Combrée (Maine-et-Loire).
4816 BRUNET, à Ivry (Seine).
4817 BARRET, à Brienne-le-Château (Aube).
4818 CLERGUE, à Lezan (Gard).
4819 BONNET, à Colmars-les-Alpes (Basses-Alpes).
4820 BAUX, à Perpignan (Pyrénées-Orientales).
4821 LAURENT, à Bois-Colombes (Seine).
4822 THIÉBAUX, à Abreschwiller (Lorraine).
4823 GAUD, à La Palisse (Allier).
4824 MÈGE, à Toulon (Var).
4825 ANGIBAUD, à Valence-sur-Rhône (Drôme).
4826 BAHIER, à Gourin (Morbihan).
4827 ROSANOFF, à Nice (Alpes-Maritimes).
4828 TOUCHOT, à Lunéville (Meurthe-et-Moselle).
4829 AUDIBERT, à Marseille, (Bouches-du-Rhône).
4830 SAINTOT, à Fleury-sur-Andelle (Eure).
4831 GACHLINGER, à Châtel-Guyon (Puy-de-Dôme).
4832 BILLAUD, à Nantes (Loire-Inférieure).
4833 STÉFANINI, à Ajaccio (Corse).
4834 CHAUVIN, à Vigneux (Loire-Inférieure).
4835 GACHON, à Bessan (Hérault).
4836 MOREL, à Longpré-les-Corps-Saints (Somme).
4837 PAOLI, à Ajaccio (Corse).
4838 CREUTZ, à Aïn-Témouchent (Oran).
4839 ABRAMOWITCH, à Annecy (Haute-Savoie).
4840 BOULARAN, à Paris, 5, rue Molière.
4841 GUIRAUDEN, à Cette (Hérault).
4842 MOREAU, Les Rousses (Jura).
4843 MORICE, à Orgères-en-Beauce (Eure-et-Loir).
4844 DEBEC, à Nantes (Loire-Inférieure).
4845 CAPMAS, à Paris, 7 rue St-Philippe-du-Roule.
4846 DELAGÉNIÈRE, à Loudun (Viennes).
4847 JOB, à Lunéville (Meurthe-et-Moselle).
4848 DURAND, à Guéméné-Penfao (Loire-Inférieure).
4848 GAILLARDOT, à Jouhe (Jura).
4849 LEMARCHAND, à Sillé-le-Guillaume (Sarthe).
4850 DIESBECQ, à Jeumont (Nord).
4851 GAUDIN, à Marennes (Charente-Inférieure).
4852 DUPONT, à St-Valérien (Yonne).
4853 BON, à Besançon (Doubs).
4854 ZIMMERMANN, à Woerth-sur-Sauer (Bas-Rhin).
4855 MATHIEU, à Brides-les-Bains (Savoie).
4856 ARRIVAT, à Béziers (Hérault).
4857 CASSAGNE, à Bizanet (Aude).
4858 RIMETZ, à Clermont (Oise).
4859 GUICHOT, à Vic-Bigorre (Hautes-Pyrénées).
4860 DAUDON, à La Bruffière (Vendée).
4861 LASSABATIE, à Rochefort-sur-Mer (Charente-Inférieure).
4862 PERROT, à Levallois (Seine).
4863 VOLMAT, à Besançon (Doubs).
4864 CHAVAILLON, à Tours (Indre-et-Loire).
4865 REGETT, à Ste-Foy-le-Grande (Gironde).
4866 MOUTIER, à Angers (Maine-et-Loire).
4867 PÉRICHON, Le Blanc (Indre).
4868 OLLIER, à Layrac (Lot-et-Garonne).
4869 GILLES, à Épernon (Eure-et-Loir).
4870 POLLET, à Roubaix (Nord).
4871 PUYO, à Bayonne (Basses-Pyrénées).
4872 CRAMONZAUD, à Eyjeaux (Haute-Vienne).
4873 COUDERC, à Grasse (Alpes-Maritimes).
4874 DE MALHERBE, à La Rochelle-Pallice (Charente-Inférieure).
4875 RIOLLET, à St-Gaultier (Indre).
4876 DRAPIER, à Rethel (Ardennes).
4877 LE COUEDIC, à Guingamp (Côtes-du-Nord).
4878 VESLIN, à Évreux (Eure).
4879 BONVARLET, à Blanc-Mesnil (Seine-et-Oise).
4880 GAILLARD, à Paris, 83, rue de Lévis.
4881 ODINET, à Paris, 7, rue St-Martin.
4882 GUIGNOT, à Avignon (Vaucluse).
4883 LELOUCH, à Alger (Algérie).
4884 JOB, à Rombas (Moselle).
4885 GUESNÉ, à Nort-sur-Erdre (Loire-Inférieure).
4886 POUJAUD, à Paris, 145, rue de Tolbiac.
4887 LE BOURHIS, à Fay-de-Bretagne (Loire-Inférieure).

4888 MAUPOMÉ, à Montégut (Hautes-Pyrénées).
4889 PUCCINELLI, à Bastia (Corse).
4890 TIXIER, à Menton (Alpes-Maritimes).
4891 LAPORTE, à Vic-Bigorre (Hautes-Pyrénées).
4892 LELONGT, à Bourth (Eure).
4893 TRAPENARD, à Bellenaves (Allier).
4894 COSTE, à Amiens (Somme).
4895 MOUSSAUD, à Cuise-la-Motte (Oise).
4896 SÉJOURNET, à Nouzon (Ardennes).
4897 DUCHESNE, à Évreux (Eure).
4898 DAUSSET, à Sèvres (Seine-et-Oise).
4899 VÉNOT, à Bordeaux (Gironde).
4900 RANÇON, à Cherchell (Algérie).
4901 ISOARD, à Fécamp (Seine-Inférieure).
4902 DESBIEZ, à Bletterans (Jura).
4903 VABRE, à Béziers (Hérault).
4904 FASQUELLE, à Paris, 8, rue Ballu.
4905 DESSAGUE, à Excideuil (Dordogne).
4906 MASSON, à Aix-en-Othe (Aube).
4907 PÉAUD, à La Chaize-le-Vicomte (Vendée).
4908 RÉMY, à Rambervillers (Vosges).
4909 CANS, à Montfavet (Vaucluse).
4910 BARDET, à Clermont-Ferrand (Puy-de-Dôme).
4911 PUJOL, à Marseille (Bouches-du-Rhône).
4912 CHAUVET, à Nantes (Loire-Inférieure).
4913 TRAPENARD, à Menton (Alpes-Maritimes).
4914 LEFRANC, à Roscoff (Finistère).
4915 BOUCHET, à Brignoud (Isère).
4916 AUBRY, à Saint-Malo (Ille-et-Vilaine).
4917 PONS, à Marseille (Bouches-du-Rhône).
4918 SCHLUMBERGER, à Mulhouse (Haut-Rhin).
4919 DEFAYE, à Oradour-sur-Vayres (Haute-Vienne).
4920 LACOMME, à Villaines-en-Duesnois (Côte-d'Or)
4921 NORDMANN, à Colmar (Haut-Rhin).
4922 BABIN, à Vincennes (Seine).
4923 ESPARBÈS, à Lévignac-sur-Save (Haute-Garonne).
4923 BONNET, à Gouzon (Creuse).
4924 LELONG, à Aix-les-Bains (Savoie).
4925 PONSON, à Vernet-les-Bains (Pyrénées-Orientales).
4926 LOUBRY, à Cambrai (Nord).
4928 JEAN-LOUIS, à Mâcon (Saône-et-Loire).
4929 RABASSE, à Paris, 44, avenue des Ternes).
4930 MIDON, à Diarville (Meurthe-et-Moselle)
4931 BERNIER, à Moisdon-la-Rivière (Loire-Inférieure).
4932 JOCCOTTON, Le Creusot (Saône-et-Loire).
4933 BISQUERRON, à Sidi-Aïch (Constantine).
4934 LAUTIER, à Sanary (Var).
4935 GUEIT, à Cadenet (Vaucluse).
4936 TARDRES, à Marengo (Alger).
4937 RAFARIN, à Montignac (Dordogne).
4938 FABRE, à St-Sulpice-la-Pointe (Tarn).
4939 DRESCH, à Rambouillet (Seine-et-Oise).
4940 LEHMANN R., à Paris, 1, boulevard St-Martin.
4941 LEHMANN L., à Paris, 1, boulevard St-Martin.
4942 RATTIER, à Valence (Drôme).
4943 CARLIER, à Dunkerque (Nord).
4944 COSSA, à St-Étienne-de-Tinée (Alpes-Maritimes).
4945 JOUIN, à Castelnau-Magnoac (Hautes-Pyrénées).
4946 CARRELON, à Banyuls-sur-Mer (Pyrénées-Orientales).
4947 MAGENDIE-HUSTÉ, à Oloron-Ste-Marie (Basses-Pyrénées).
4948 LEMARCHAL, à Laon (Aisne).
4949 LETULLE, à Ivry-sur-Seine (Seine).
4950 ROUBION, à Marseille (Bouches-du-Rhône).
4951 LEGRAIN, à Versailles (Seine-et-Oise).
4952 COULOMB, à Toulon (Var).
4953 DEGROOTE, à Montescourt-Lizerolles (Aisne).

Accidents du travail. — Le Conseil ordonnance le paiement d'une somme de 22 fr. 50 pour honoraires et frais d'une intervention au profit du Dr G. (Seine) dans une faillite où il réclamait le privilège pour ses honoraires de soins donnés à un blessé du travail.

Le Conseil ordonnance le paiement à l'avocat du Dr D. (Allier), de la somme de 300 fr. fixée antérieurement pour honoraires de plaidoirie, en appel, dans une affaire d'accidents du travail.

Le Dr V. (Hérault) demande le paiement de la part que le « Sou » a accepté de prendre à sa charge dans les honoraires de l'avocat qui a plaidé, en appel de justice de paix, une affaire d'accidents du travail pour laquelle il avait obtenu l'appui pécuniaire. Ces honoraires s'élèvent à 150 fr. ; le Conseil ordonnance le paiement au Dr V. de la somme de 100 fr. qui lui avait été allouée.

Le Conseil ordonnance le paiement au Dr G. (Rhône), de la somme de 188 fr. qui reste due pour frais de cassation dans l'affaire du cumul.

Dans l'affaire du Dr V. (Seine-et-Oise), le pourvoi en Cassation a été rejeté, la Cour ayant admis, suivant sa jurisprudence antérieure, que lorsque le médecin a été mis en œuvre par le patron ou la Cie d'assurances, la loi de 1898 ne s'applique pas. Comme il est constaté dans le jugement que le Dr V. avait été mis en œuvre par l'assurance, il y aurait donc lieu de recommencer le procès contre celle-ci.

Le Conseil décide de demander à Me Gatineau, qui a plaidé l'affaire devant le Tribunal de Rambouillet, s'il est d'avis de reprendre le procès contre l'assurance.

Le Conseil ordonnance le paiement de la somme de 338 fr. 55, pour frais et honoraires dans l'affaire du Dr B. (Seine), qui a été abandonnée après Cassation, suivant décision antérieure, comme ne présentant, étant donné certaines circonstances du fait, aucune chance de succès.

Le Dr X. (Aveyron) demande l'appui pécuniaire pour poursuivre le recouvrement d'une grosse note d'honoraires accidents du travail. Le Conseil, considérant qu'aucune question de principe n'est actuellement soulevée dans cette affaire, et qu'il ne s'agit que d'un recouvrement d'honoraires en justice de paix, ne devant pas entraîner des frais élevés, dit qu'il n'y a lieu à appui pécuniaire, tout au moins devant le juge du premier ressort.

Le Dr M. (Loire) a été cité par une Compagnie de mines en dommages-intérêts pour délivrance d'ordonnances prétendues abusives à un blessé du travail, mais devant un juge de paix autre que celui de son domicile. Malgré le dépôt de conclusions d'in-

compétence préparées par le « Sou », le juge de paix s'est déclaré compétent.

Le Conseil accorde au Dr M. l'appui pécuniaire pour faire appel de cette décision et ordonnance le paiement d'une provision de 150 fr. à son avoué.

Responsabilité civile. — Dans l'affaire des Dr D. et C. (Saône-et-Loire), condamnés solidairement à 3.000 fr. de dommages-intérêts pour responsabilité civile (radiodermite survenue à la suite d'application de rayons X par leur assistant, dans leur clinique), le montant des frais de l'adversaire en première instance et en appel, soit 1.827,90, sur lequel la moitié est à la charge de l'assureur du Dr C. est ordonnancé par le Conseil.

L'adversaire des Dr D. et C. leur propose, par l'intermédiaire de son avoué, d'abandonner les droits éventuels à des dommages-intérêts que lui a réservés l'arrêt, moyennant le paiement d'une somme de 5 à 6.000 francs.

Le Conseil, après discussion, est d'avis, d'accord en cela avec l'assureur du Dr C., qu'il n'y a pas lieu de donner suite à cette proposition.

Le Dr S. (Yonne) a, sur une demande en paiement d'honoraires pour soins donnés à un client qui s'était cassé la jambe, été traîné en appel par l'adversaire qui lui a en outre demandé 2.000 fr. de dommages-intérêts, pour prétendu préjudice causé.

Cette affaire, pour laquelle l'appui pécuniaire avait été accordé au Dr S. devant le Tribunal d'appel, s'est terminée par le rejet de l'appel sur la demande en paiement d'honoraires et de la demande reconventionnelle en dommages-intérêts.

Honoraires de droit commun. — Le Conseil ordonnance le versement à l'avoué du Dr C. (Seine-et-Oise), d'une provision de 400 fr. pour l'affaire de recouvrement d'honoraires dans laquelle l'appui pécuniaire a été précédemment accordé.

Le Dr D. (Calvados) ayant transigé avantageusement une affaire de recouvrement d'honoraires, pour laquelle l'appui pécuniaire lui avait été accordé en appel, déclare prendre à sa charge les frais et honoraires qui restent à payer, s'élevant à 49 fr. 50, et qui auraient dû être supportés par le « Sou ».

Le Conseil lui adresse ses remerciements.

Le Dr B. (Allier) demande l'appui pécuniaire pour poursuivre le recouvrement des honoraires qui lui sont dus pour une visite du dimanche. La cliente refuse de payer le tarif double, bien qu'il ait été, conformément à la décision du Syndicat, affiché dans la salle d'attente et le cabinet du médecin et que le commissionnaire, fils de la cliente, ait accepté de payer le prix de la visite ainsi doublé.

Le Conseil, étant donné que la question n'a jamais été jugée, accorde l'appui pécuniaire demandé, en limitant à 50 fr. la participation du « Sou » dans les honoraires du défenseur en justice de paix.

Autos. — L'appui pécuniaire est accordé aux Dr B. (Maine-et-Loire) et O. (Hérault) pour intenter un procès à leurs vendeurs d'automobiles, qui n'ont pas tenu les engagements pris à leur égard, à la condition qu'ils remboursent au « Sou », sur le montant des dommages-intérêts qu'ils pourront obtenir, les sommes qu'il aura avancées pour leur compte.

Le Dr C. (Sarthe) demande l'appui pécuniaire pour intenter une action en dommages-intérêts contre une Cie de tramways par la faute de laquelle son automobile a été endommagée.

Après discussion sur la question de savoir si cette affaire, bien que l'accident soit survenu pendant une sortie professionnelle, rentre bien dans les cas prévus à l'article 2 des Statuts, le Conseil accorde l'appui pécuniaire demandé, mais en faisant toutes réserves sur la question de principe, et limite à 150 fr. la participation du « Sou » dans les honoraires de l'avocat.

Honoraires de médecine légale. — M. le Dr Grinda, député, ayant, à la demande du « Sou », posé une question au Ministre de la Justice sur le refus de paiement des honoraires de médecine légale, le ministre a répondu que, toutes les fois qu'un médecin était régulièrement requis en vertu des articles 43, 44 et 45 du Code d'instruction Criminelle ses honoraires devaient être payés comme frais de justice criminelle, quelles que soient les conclusions de son rapport (1).

Personnel des cliniques. — Sur la demande de l'Association générale des médecins de France, le Conseil ordonnance le paiement de la somme de 350 fr., restant due sur celle de 1.000 fr., montant des frais du recours en Conseil d'État formé avant la guerre, au nom du Dr H. (Doubs), contre une décision préfectorale l'invitant à faire appel, dans sa clinique, à un personnel laïque, en remplacement des religieuses qu'il y employait (2).

Diffamation. — Un journal de la région ayant publié un article diffamatoire pour le corps médical en général, le Syndicat de Pithiviers demande l'appui pécuniaire pour poursuivre le gérant du journal.

Le Conseil, constatant que, sur les 17 membres du Syndicat, 7 sont adhérents au « Sou », accorde au Syndicat l'appui pécuniaire demandé dans la proportion des sept dix-septièmes des frais.

Allocations communales. — L'appui pécuniaire est accordé au Dr G. (Doubs) pour former un recours en Conseil d'État contre deux décisions préfectorales qui ont refusé d'approuver les délibérations de deux conseils municipaux accordant au Dr G. une allo-

(1) Voir *Concours Médical*, 13 mars 1921, page 784.
(2) Voir *Concours Médical*, 26 décembre 1920, p. 3253.

RECOUVREMENTS D'HONORAIRES MÉDICAUX

M. Louis AUDEBERT, Avocat, *Directeur du Contentieux de Syndicats Médicaux. Administrateur d'immeubles.*

5, rue des Saints-Pères, PARIS, Tél. Saxe 48-53.

Pour toute demande de renseignements écrire à Me Audebert, en joignant un timbre pour la réponse.

AVIS

I

Stations thermales
Stations d'altitude.

Nos lecteurs qui désirent voir leur nom figurer dans les listes que nous publierons prochainement sont priés de nous en informer.

II

Envois de fonds.

Pour l'envoi des abonnements et des cotisations aux filiales, nous rappelons que le moyen le plus pratique et le plus économique est le versement au compte de chèques postaux dont voici les nos :

Concours Médical, Paris, 167-95.
Sou Médical, Paris, 182-31.
Mutualité Familiale, Paris, 182-32.
Caisse des pensions de retraites du Corps médical français. Paris, 271-46.

cation annuelle pour donner des soins aux habitants de leurs communes respectives.

A.D.R.M. — Sur la demande qui lui est en faite par M. Molinéry, au nom de l'Association pour le développement des relations médicales entre la France et les pays alliés ou amis (A.D.R.M.), le Conseil accorde très volontiers le patronage du « Sou médical » à cette intéressante Association.

M. Molinéry est désigné pour représenter le « Sou » auprès de l'A.D.R.M.

AUTOMOBILISME PRATIQUE

Le véhicule médical en 1921...

X

Il y a encore d'autres solutions pour arriver à un confortable supérieur à la moyenne, hélas ; bien médiocre quand il s'agit de voiturettes.

Nous avons entendu récemment une conférence intéressante d'un ingénieur distingué sur un dispositif de suspension dite à réaction constante dont il est l'inventeur. A l'appui de sa théorie, il présentait avec de nombreuses projections un appareil ingénieux adaptable à presque toutes les voitures.

Il nous est impossible d'exposer cette théorie fort compliquée ; disons seulement avec G. Lumet, dans *Automobilia*, que « cette nouveauté est l'application du principe de la contraccélération ».

Qu'entendons-nous par contraccélération ?

Un mobile quelconque est soumis à l'action d'une force, elle lui imprime une accélération. Si nous voulons détruire cette accélération, il nous faudra opposer à la première force une nouvelle force égale et de sens contraire, tendant à imprimer au mobile l'accélération opposée que nous nommons la contraccélération. En l'espèce, appliquée aux suspensions de voitures, la contraccélération se résume à ceci : supposons que l'essieu d'une voiture automobile tombe dans une dépression de la route ou un cassis, les ressorts de suspension se détendent.

La caisse n'étant plus soutenue tend à descendre à son tour.

Le contraccélérateur vient, au moment même de la détente des ressorts, soutenir la caisse sur l'essieu en suppléant à la défaillance des ressorts.

Considérons maintenant le cas où l'essieu doit franchir un obstacle saillant de la route, se rapproche de la voiture en bandant les ressorts. Ceux-ci tendent donc à soulever la caisse.

Le contraccélérateur intervient alors pour rappeler la caisse vers l'essieu en neutralisant la surcharge du ressort.

Les actions du contraccélérateur, alternativement dirigées de bas en haut et de haut en bas, et opposées ainsi à celles du ressort, ont pour effet de maintenir constante la distance qui sépare la caisse du plan moyen de la route.

On doit donc retenir de cet exposé qu'un contraccélérateur est un appareil qui se montera sur une voiture en parallèle aux ressorts, c'est-à-dire comme les amortisseurs ordinaires entre châssis et essieux, mais il n'y a aucune analogie dans le fonctionnement ; le contraccélérateur permet une plus grande flexibilité des ressorts, donc plus de confortable.

Il se trouve aujourd'hui qu'une théorie exacte de la suspension des voitures démontre que les amortisseurs, de quelque système soient-ils, ne seraient nullement utiles au fonctionnement des suspensions si celles-ci étaient bien étudiées. C'est précisément parce que les suspensions habituelles ne réunissent pas les qualités qu'elles devraient présenter que les amortisseurs pallient à certains de leurs défauts et ont eu de ce fait la faveur du public.

Avec le contraccélérateur, les frottements de la suspension et ceux des ressorts en particulier ne sont plus utiles à l'amortissement ; ils peuvent être supprimés ; il en résulte une plus grande douceur de roulement pour la voiture.

Mais nous ne pouvons pas encore faire état d'expériences personnelles ; l'application industrielle en est à ses premiers pas et l'inventeur poursuit du reste la mise au point, cherchant de plus à réaliser un moyeu élastique qui supprimerait en grande partie le branle-bas des roues et des essieux ; il est possible qu'il arrive à de bons résultats, mais il ne semble pas qu'ils soient aussi nets qu'avec la solution très simple ; roues indépendantes, faible poids non suspendu par suppression des essieux, dont nous avons parlé dernièrement. Un moyeu élastique sera forcément lourd et compliqué ; donc là encore attendons et espérons...

Mais il y a un autre système qui consiste à avoir les roues avant motrices, ce qui permet un pont arrière très léger réduit à une simple barre d'accouplement ou même des roues indépendantes ; comme on est surtout porté par la partie postérieure de la voiture, on y gagnera certainement un confort qui peut même atteindre un degré élevé si les constructeurs apportent toute l'attention nécessaire à ce point de vue ; nous savons que certains ont entrepris le problème de ce côté ; cependant, là encore, la solution ne sera sans doute pas parfaite, car, avec un avant classique, les secousses seront toujours plus ou moins transmises à l'arrière.

En résumé, pour la pratique, nous conseillons : 1° de grands ressorts cantilever à l'arrière très souples, à la période d'oscillation lente, que l'on pourra munir d'amortisseurs si l'on veut dépasser le soixante — et encore ne seront-ils pas in-

dispensables — ; au-dessous de cette vitesse c'est presque parfait, surtout en deux places où les passagers sont assis entre les essieux avec des ressorts calculés pour deux personnes, tandis que dans une quatre places classique, quand on sera seul ou deux, ils seront beaucoup trop durs ; avec une voie étroite — châssis suspendu sous les ressorts pour abaisser le centre de gravité — pas de différentiel, l'essieu arrière pourra être très léger et solide. A l'avant ressorts demi-cantilever ou classiques, mais longs, à grande flexibilité.

Il est bien entendu qu'à quatre-vingts à l'heure cette flexibilité ne serait pas soutenable, mais il s'agit pour nous d'aller raisonnablement sur les routes, à quarante-cinq ou cinquante, allure déjà vive qui nous permettra des déplacements rapides.

2° La solution théoriquement presque parfaite des roues indépendantes avec suppression des essieux et du poids non suspendu ; à contrôler par une pratique sérieuse d'au moins vingt mille kilomètres ; les renseignements actuels sont bons, les suivre de près.

Les autres combinaisons sont trop en l'air pour que nous nous permettions de les juger actuellement.

Examinons maintenant un autre grand problème, celui de l'éclairage.

Autrefois, on ne pouvait songer à autre chose que l'acétylène avec génératenr ; au commencement, on fut ébloui par cette belle lumière qui permettait le cinquante la nuit, puis les inconvénients apparurent : qui ne se rappelle la petite cuisine préparatoire : vidange, nettoyage, triage des bons morceaux de carbure restés dans le panier, remplissage, purge des tuyaux, chasse de l'air, débouchage des becs, réglage du débit d'eau ; comme parfois la scène était touchante sous l'œil attendri des bons clients... il arrivait cependant que de fâcheux frissons leur fassent trouver le temps long ; on n'a pas toujours un chauffeur pour tenir continuellement en état ce maudit générateur et quand on part de nuit, l'urgence oblige à remettre à plus tard toutes ces fastidieuses opérations.

Vraiment, il y avait mieux à souhaiter. On arriva assez vite à l'acétylène dissous ; les premières bouteilles étaient lourdes et de capacité réduite ; actuellement, sous des dimensions raisonnables, on emmagasine mille ou douze cents litres de gaz ce qui, avec deux becs à vingt-cinq litres fait une vingtaine d'heures d'éclairage. Il est rare cependant que la contenance indiquée soit réelle et il vaut mieux tabler pratiquement sur un petit tiers en moins ; le manomètre a parfois des facéties de mauvais goût et les robinets ont besoin d'être vérifiés dans leur position de fermeture.

Si l'on est à proximité d'un dépôt de bouteilles, leur emploi est, tout compte fait, pratique, et nous le conseillons.

Pour parer à toutes surprises, il sera bon d'avoir deux bouteilles, l'une sur la voiture, l'autre au garage, ou mieux emporter les deux dès que la pression baisse de moitié dans la première. De toutes façons deux lampes à essence rendront service ; nous devons, en effet, n'avoir aucun souci du côté éclairage ; la nuit, appelés pour des cas graves, les minutes sont précieuses.

Mais pour les médecins éloignés de tout dépôt d'acétylène dissous, il faut évidemment adopter une autre solution. La discussion devient alors plus vive, car nous trouvons le pour et le contre quand il s'agit d'éclairage électrique sans ou avec accumulateurs.

Nous avons interrogé des quantités d'adeptes des deux systèmes et vraiment une opinion absolue est bien difficile à formuler.

Les premiers disent : nous ne voulons pas nous encombrer d'accumulateurs lourds, coûteux, encombrants, sales ; avec un alternateur inusable et indéréglable, entraîné par courroie ou friction, nous sommes tranquilles.

Evidemment ce serait le rêve... s'il n'y avait pas quelques inconvénients ; d'abord la puissance d'éclairage n'est jamais considérable et nous ne croyons pas possible de faire du cinquante par ce moyen ; on a, en effet, à éviter un gros ennui, le « grillage » des ampoules par survoltage aux grandes allures ; nous savons bien qu'il y a des « trucs » ou même des arrangements sérieux spéciaux prévus par les constructeurs pour parer à cet inconvénient, mais on n'y arrive pas complètement à moins d'avoir des lampes plus fortes, qui ne risqueront rien en vitesse, mais n'éclaireront presque plus à vingt à l'heure ; or, dans les virages de montagne particulièrement, c'est à cette allure et même au-dessous que nous avons besoin de voir bien clair.

De plus, il est évident qu'à l'arrêt, nous devions avoir une petite lanterne à pétrole ou à huile à l'arrière et ceci ne nous rajeunit pas.

Voici donc ce que nous proposons : que les confrères très occupés, nerveux et habitant les pays de plaine, loin d'un dépôt d'acétylène dissous, prennent du courant alternatif ; avec de bonnes lampes largement calculées, ils n'auront pas d'ennuis et peu d'entretien : sur de bonnes routes, l'allure sera suffisante pour un bon rendement ; deux lanternes à essence toujours allumées, cela va de soi, comme du reste avec tout éclairage électrique.

Mais pour les calmes, les soigneux, et les montagnards aux routes sinueuses, il faut en venir à la combinaison dynamo-accumulateurs ; avec un bon disjoncteur-conjoncteur, une canalisation soigneusement établie sans coudes brusques, des isolants sérieux, nous leur assurons qu'ils n'auront pas d'ennuis surtout si les accumulateurs

sont à liquide immobilisé moderne, non plus comme on les faisait autrefois en réduisant la capacité de charge, mais en se servant d'une certaine terre poreuse qui n'a plus les mêmes inconvénients ; ainsi, plus de projections de liquide, plus de parcelles d'oxyde détachées faisant court-circuit, car la terre poreuse les maintient.

Du reste, en installant la batterie sur le marchepied ou autre endroit accessible, leur surveillance sera très aisée.

Ce qui détériore surtout les accumulateurs, c'est le démarreur ; il est bien entendu que nous n'en aurons pas ; la manivelle ou mieux une mise en marche mécanique de l'intérieur de la machine est tout ce qu'il faut pour nos petits moteurs.

Avec des accus, nous pouvons nous permettre de petites améliorations : lampe arrière qui ne s'éteindra pas, lampe d'intérieur pour éclairer l'indicateur de vitesse ou aider à la recherche de la panne, gants chauffants pour l'hiver, etc.

Vous voyez donc qu'il faut être opportuniste et qu'il est impossible d'appliquer la même solution à tous. En faisant les distinctions précédentes, nous croyons être dans la bonne note, car elle groupe l'opinion de chauffeurs variés et impartiaux.

(*A suivre.*)

Dr DE VAUBERCEY,
Miribel (Ain).

VARIÉTÉ

En glanant....

Le flacon patriotique.

Le hasard a fait tomber entre mes mains un papelard qui n'aurait eu à mes yeux rien d'anormal, parmi les multiples réclames qui nous assaillent chaque jour, s'il ne s'était agi d'une réclame spéciale et d'un genre qui me paraît, s'il se généralise, appelé à un brillant et fructueux avenir. Il s'agit d'une offre de flacons d'alcool de menthe, marque X-Y, « produit de tout premier ordre » — offre officiellement apostillée par toute la gamme descendante hiérarchisée des autorités militaires.

Serait-ce qu'on trouve insuffisante la somme habituelle des paperasseries officielles militaires et qu'on ressente la nécessité de renforcer cette fâcheuse carence, relative, par des notes privées, officieuses, et, en l'espèce, par des réclames de parfumerie dont on se fait gracieusement les auxiliaires bénévoles ?

Qu'on en juge :

Parfumerie militaire.

Télégramme : ****.
Téléphone : ****

X..., le 1er mars 1921.
11, rue de N...

Monsieur le général commandant
le ne corps d'armée,

Nous avons le plaisir de vous remettre inclus fac-simile de notre flacon plat d'alcool de menthe... Nous sommes persuadés que vous serez intéressé par la forme pratique de ce flacon et nous sommes à votre disposition pour vous envoyer échantillon du produit qui est de tout premier ordre.

Le prix est de 19 fr. par douzaine, droits compris, livraison par boîte de 12. Franco de port et d'emballage pour les ordres de douze douzaines.

A titre d'indication, nous vous informons que nous avons déjà livré de grosses quantités de ce produit en flacon « Z » à de nombreux régiments.

Nous espérons que vous voudrez bien nous remettre un ordre d'essai et, dans cette attente, nous vous prions d'agréer...

L'administrateur délégué,
X...

Etat-major. N., le 17 mars 1921.

Transmis à M. le directeur de l'intendance.

Le général Y..., commandant
la ne région.
P. O. le chef d'Etat-major,
Z...

***/4*.
11e Bureau,
No ***.

Copie conforme notifiée à M. le sous-intendant de N..., pour avis, avec prière de porter la présente offre à la connaissance des corps et détachements dont il vérifie les comptes.

N..., le 19 mars 1921.

L'Intendant militaire-directeur,
P. O. l'officier d'administration.
X...

Sous-Intendance de N.

Copie conforme notifiée pour avis à M. le commandant du...

N., le 23 mars 1921.

Le sous-intendant Mre,
X...

Je ne prétends pas que nos bureaucrates — même militaires — soient accablés de besogne, au point de ne pouvoir distraire quelques minutes de leur temps précieux pour répandre ainsi, en communs lieux, la « bonne parole » qui leur fut transmise, en hauts lieux... Mais qu'il me soit permis, toutefois, de me demander si, vraiment

cette diffusion des grâces du flacon X-Y, à tant la douzaine, bien qu'il contienne en ses flancs aplatis « un produit de tout premier ordre », est tout à fait dans le rôle de ceux dont la vie est consacrée à la défense de la patrie.

Dr Fernand DECOURT.

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations.

— **Laboratoire de sérologie** (direction scientifique, M. Rubinstein) (54, rue Saussure, métro Monceau). M. Rubinstein fera un cours de sérologie appliquée à la clinique, du 24 mai au 23 juin, les mardis, jeudis et samedis, à 14 heures Les cours, suivis de travaux pratiques (de 14 heures à 18 heures) traiteront, les propriétés biochimiques des sérums, le sérodiagnostic de la syphilis, de la tuberculose et d'autres affections. Le but de cet enseignement est de former des sérologistes et de les initier aux recherches de laboratoire.

Le nombre des élèves est limité. Le droit d'inscription est de 150 francs. Pour les renseignements s'adresser au laboratoire, de 15 à 17 heures.

— **Conférences d'ophtalmologie.** — MM. A. TERSON, P. BAILLIART et M. LANDOLT, feront, à partir du 10 mai 1921, une suite de leçons sur les sujets suivants : But et objet du cours. M. A TERSON. — Les ophtalmopathies en pathologie *générale* et *comparée*, chez l'homme et les animaux.

Classification et notation ophtalmologiques. Les grands processus : infection, intoxication, néoplasies, œdèmes hypertensifs ; états sympathiques. Syndromes, entités et transition cliniques. Énigmes ophtalmologiques et hypothèses directrices. Étiologies prépondérantes et associées.

Exemples concrets : méthode de consultation et de conclusion thérapeutique dans les spécialités ; remarque médico-chirurgicales sur les affections de l'œil et des annexes ; notes prophylactiques.

Évolution historique de l'ophtalmologie scientifique, didactique et professionnelle. Textes et commentaires.

L'œil dans l'art. Documents sur l'œil votif et symbolique.

M. P. BAILLIART. — La tension oculaire ; physiologie et pathologie. Tonomètres et tonométrie.

La circulation rétinienne et ses troubles. L'œil dans les maladies du cœur, des vaisseaux, des reins ; dans le diabète et les maladies de la nutrition. Les troubles oculaires dans les maladies des glandes à sécrétion interne.

Réflexe oculo-cardiaque.

M. M. LANDOLT. — Démonstrations sur la vision binoculaire ; la réfraction et ses anomalies ; l'examen de la motilité oculaire ; la recherche de la simulation ; l'embryologie de l'œil ; causerie sur la vision dans la série animale.

Le cours est gratuit. Il sera fait les lundis, mardis, et vendredis (non fériés) à 5 heures. La première conférence aura lieu le mardi 10 mai, à 5 heures 1/4, à l'*Hôtel des Sociétés savantes*, rue Danton.

Autant que possible, s'inscrire par lettre à l'une des adresses : Dr A. Terson, 47 bis, boulevard des Invalides. — Dr P. Bailliart, 15, rue St-Simon. — Dr M. Landolt, 27, rue St-André des Arts (clinique).

— L'Ecole française de stomatologie a pour but de donner l'enseignement aux seuls étudiants et docteurs en médecine désireux de se spécialiser dans la pratique de la stomatologie.

L'enseignement, donné par des médecins spécialistes et techniciens, comprend :

1. La clinique générale des maladies de la bouche et des dents.
2. Des cours spéciaux sur les différentes branches de la stomatologie.
3. Des travaux pratiques de technique opératoire, de prothèse, d'orthodontie et de laboratoire.

Pour les inscriptions et pour les renseignements, s'adresser au Dr Bozo, directeur de l'école, 20 Passage Dauphine, Paris.

— Par arrêté du ministre du travail du 7 avril 1921, M. le docteur Quénu, membre de l'Académie des sciences, membre de l'Académie de médecine, est nommé membre de la commission du tarif des frais médicaux et pharmaceutiques en matière d'accidents du travail, en remplacement de M. le docteur Monod, décédé.

— Le Congrès de la Fédération des internes et anciens internes des hôpitaux de France tiendra sa session annuelle à Toulouse du 28 juillet au 1er août 1921. Le programme détaillé sera tout prochainement publié. Depuis la guerre, aucune réunion n'ayant pu avoir lieu, le Congrès de Toulouse aura donc une importance exceptionnelle. Toute demande de renseignements doit être adressée au Dr TOURNEUX, secrétaire général, 1 rue Bouquière, Toulouse.

Le Directeur-Gérant : Dr GASSOT.

Clermont (Oise). — Imprimerie DAIX et THIRON.
THIRON et FRANJOU Successeurs.
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

Un vieux médecin, avec qui j'aimais beaucoup m'entretenir, la prescrivait de la façon suivante :

4 gr. par jour pendant 3 mois.
3 gr. — —
2 gr. par jour pendant 6 mois.

Pendant la première année.

Au cours de la deuxième année, la *poudre du duc de Portland* était utilisée à raison de 2 gr., 3 fois la semaine.

Multa renascentur...

R. MOLINÉRY.

JURISPRUDENCE

Responsabilité médicale. Le médecin, ayant le libre-choix de la méthode thérapeutique, a le droit de montrer au malade une radiographie incomplète de son cas, pour lui céler la vérité, lorsque le praticien estime devoir agir ainsi pour sauvegarder le bon moral de son client.

TRIBUNAL DE 1re INSTANCE DE BRUXELLES

4e CHAMBRE

31 *décembre* 1920.

Attendu qu'il est démontré, tant par les divers éléments de la cause que par les conclusions du rapport prérappelé, que la fracture dont le demandeur a été atteint le 30 avril 1911 avait un caractère incontestable de gravité : que *les soins qui lui ont été donnés par le défendeur ne se sont pas écartés des règles d'une thérapeutique normale et qu'il n'est nullement prouvé ou même probable que si un autre traitement avait été suivi, le résultat relativement satisfaisant auquel on est arrivé eût été sensiblement amélioré* ;

Attendu que le principal grief formulé par le demandeur consiste à soutenir que le défendeur a commis une faute professionnelle, en procédant le deux mai 1911 à une nouvelle réduction de sa fracture et qu'il a aggravé considérablement sa faute *en exhibant le 8 mai une épreuve radiographique indiquant un bon résultat de l'opération, tandis qu'il ne donnait pas connaissance d'une autre épreuve faite le même jour et montrant la situation réelle beaucoup moins favorable, mettant ainsi le patient dans l'impossibilité de connaître la vérité* et de prendre une décision en conséquence ;

Attendu que la réduction opérée le deux mai, après celle que le docteur Y. avait pratiquée le trente avril précédent au moment même de l'accident, ne constitue pas en soi une faute professionnelle ; ainsi que le constatent les experts, le travail du docteur Y avait un caractère provisoire et il était naturel de substituer à l'appareil en carton qu'il avait appliqué un appareil de caractère plus contentif et définitif ; si à l'occasion de ce remplacement *le défendeur a cru*

devoir procéder à une nouvelle réduction, qu'il a opérée d'ailleurs avec l'assistance du docteur Z..., c'est *qu'elle lui a paru utile et indiquée* par les circonstances ;

Attendu que *l'épreuve radiographique montrant les résultats réels de cette seconde réduction, mise en regard des épreuves qui avaient été obtenues le premier mai après la première réduction, semblait indiquer une sérieuse aggravation de la situation* ; *qu'il se comprend dès lors que le médecin ait jugé à propos, pour ménager le moral d'un malade* reconnu d'une impressionnabilité particulière, *de lui cacher la réalité, tout en lui mettant sous les yeux, pour satisfaire sa curiosité assez naturelle, une autre épreuve moins complète*, prise sous un autre angle et montrant une situation plutôt améliorée ; que le mobile auquel a obéi le défendeur en agissant ainsi ne peut avoir été que celui qui est indiqué ci-dessus et que l'on peut préciser en ajoutant qu'*il cherchait par là à éviter de nouvelles préoccupations et de nouvelles inquiétudes* à son malade, en écartant de sa pensée l'idée d'une troisième opération qu'en sa conscience de praticien il jugeait inutile ; que toute autre interprétation du motif de ses agissements ne serait admissible que si l'on supposait chez le défendeur l'existence d'un sentiment de vile cupidité et la poursuite d'un but déshonnête, faits dont il n'y a pas trace au dossier et que rendent invraisemblables les antécédents d'une longue carrière et le caractère même du docteur Y... ;

Attendu qu'aucune faute professionnelle, imprudence ou négligence ne peut davantage être mise à charge du défendeur ; que *d'une manière générale, il existe des divergences de vue entre les diverses écoles de médecine et même entre médecins de la même école sur l'emploi et l'application des divers procédés thérapeutiques* auxquels on peut avoir recours pour la guérison des fractures, mais *que l'on ne peut faire grief à un praticien, en dehors de toute faute professionnelle, de s'être arrêté à une méthode plutôt qu'à une autre*, alors surtout que, comme dans l'espèce, aucun dommage déterminé ne peut être rattaché d'une façon précise à l'emploi ou au défaut d'emploi de tel procédé de cette médication post-opératoire ;

Attendu qu'il résulte des considérations précédentes, que l'action principale n'est pas fondée ;

Sur la demande reconventionnelle,

Attendu que l'action principale, bien que non

fondée, n'apparaît pas comme ayant un caractère téméraire et vexatoire ; que *le demandeur, M. X.., victime d'un accident dont les suites dommageables pour lui ont été, dans sa pensée, aggravées par les soins insuffisants ou défectueux du docteur Y.., a pu se méprendre de bonne foi sur le droit qu'il croyait avoir à la réparation* du préjudice tant moral que matériel qu'il aurait subi, *qu'il n'a donc fait qu'user de son droit en intentant la présente action* ;

En ce qui concerne l'action du docteur Y... contre M. X..;

Attendu que le montant des honoraires réclamés par le docteur Y... n'est pas critiqué par la partie X..., et qu'il y a lieu en conséquence de les lui allouer.

Par ces motifs,

Le Tribunal,

Écartant toutes autres conclusions,

Déboute la partie X... de son action principale.

La *condamne à payer à la partie Y..., la somme de trois mille cinq cents francs pour honoraires avec les intérêts judiciaires de cette somme.*

Déboute la partie Y... de sa demande reconventionnelle et la condamne aux frais de cette demande.

Condamne la partie X... au surplus des dépens.

(*Bruxelles médical*, 15 février 1921.)

Commentaires.

Le médecin a-t-il le devoir de dire, à son malade, la vérité, rien que la vérité et toute la vérité ? Non, répondent tous ceux qui exercent la médecine ; non, vient de déclarer le tribunal de Bruxelles, par le jugement ci-dessus.

En effet, nombreux sont les malades, qui, ignorants des choses de la médecine, s'affolent dès qu'on leur révèle une vérité sans ambages. Que d'accès de désespoir, lorsqu'on formule un diagnostic de syphilis, de tuberculose, ou de cancer !

Dans certains cas, donc, le docteur doit mentir, pour sauvegarder l'intégrité du moral du patient, comme pour éviter des actes de désespoir, aboutissant à des traitements empiriques et charlatanesques, qui compromettront à tout jamais la vie du malade.

Dans le cas particulier, le tribunal a sainement jugé : nous savons tous, médecins, combien les radiographies de fractures montrent souvent des désordres considérables, alors que plus tard, la consolidation obtenue, les résultats fonctionnels sont bien moins mauvais qu'on aurait pu s'y attendre.

Or, la guérison parfaite des fractures de l'humérus, du fémur, du tibia est rarement obtenue à l'image radiographique. Il est donc permis au médecin traitant de masquer la vérité à son malade, d'autant que ce dernier, ignorant des choses de la médecine, n'est pas qualifié pour juger froidement et scientifiquement de la conduite thérapeutique à tenir.

Remarquons que, pour mettre hors de cause la responsabilité du Dr Y., le jugement de Bruxelles s'appuie sur ce fait que ce dernier était assisté d'un de ses confrères.

D'où la recommandation très importante, que nous croyons devoir signaler à nos confrères : dans tous les cas graves, n'hésitez pas à réclamer une consultation avec un confrère, pour mettre votre responsabilité à l'abri de l'ingratitude des clients.

Notons encore la reconnaissance, par le tribunal, aux médecins, du droit de soigner les malades avec leurs données scientifiques personnelles, puisque « d'une manière générale, il existe des divergences entre les diverses écoles de médecine et même entre médecins de la même école sur l'emploi et l'application des divers procédés thérapeutiques auxquels on peut avoir recours pour la guérison des fractures, mais que l'on ne peut faire grief à un praticien, en dehors de toute faute professionnelle, de s'être arrêté à une méthode plutôt qu'à une autre. »

Aussi, combien serait-il utile, pour la paix publique, que les expertises médicales ne soient plus confiées à un expert unique, comme le prescrit le Code de procédure criminelle, mais bien aux sociétés professionnelles et scientifiques médicales, mieux qualifiées et plus au courant des progrès de la science.

Dr Paul Boudin.

DOCUMENTS OFFICIELS

A L'OFFICIEL

Tarif des expertises criminelles en Algérie.

Un décret du 4 avril 1921 (*Journal Officiel* du 7 avril) étend à l'Algérie, sous réserve de certaines modifications, les dispositions du décret du 5 octobre 1920, portant règlement d'administration publique sur les frais de justice en matière criminelle, de police correctionnelle et de simple police.

Les honoraires des expertises médicales et les règles qui les régissent sont les mêmes pour l'Algérie que pour la France. Les articles du décret du 5 octobre 1920, que nous avons publiés, page 2643 du *Concours médical* de 1920 et page 183 de l'Agenda-Memento de 1921, figurent presque textuellement dans le nouveau décret, à l'exception de quelques modifications telles que, par exemple, à l'article 24, la substitution du Gouverneur général au ministre de la Justice.

Il suffit donc de se reporter, pour connaître le régime des expertises criminelles en Algérie, au décret du 5 octobre 1920, qui réglemente ce régime en France.

Décret du 28 mars 1921 fixant le tarif des frais et dépenses devant les Conseils de Préfecture. (Extraits).

Art. 2. — Les rémunérations auxquelles les experts ont droit leur sont allouées à titre et sous la forme d'honoraires, sans préjudice du remboursement des frais et débours.

Dans les honoraires sont comprises toutes sommes allouées pour prestation de serment, étude du dossier, frais de mise au net du rapport, dépôt du rapport et, d'une manière générale, pour tout travail personnellement fourni par l'expert et pour toute démarche faite par lui en vue de l'accomplissement de sa mission.

Les honoraires sont taxés par le président qui tient compte des difficultés des opérations et de l'importance, de l'utilité et de la nature du travail fourni.

Art. 3. — Les débours et frais divers, tels que le papier timbré, l'enregistrement, le port des lettres et des paquets, les frais de copie ou de dactylographie et le coût de tous travaux et opérations indispensables à l'accomplissement de la mission de l'expert font l'objet d'un état présenté au président. Celui-ci rejette les débours et les frais qui ne sont pas dûment justifiés ; il réduit le montant de ceux qui lui paraissent excessifs.

Dans le cas où l'expert reçoit l'une des allocations prévues à l'article 5 ci-dessous pour rédaction de devis, direction de travaux et vérification ou règlement de mémoires, il ne peut lui être alloué, en raison des mêmes travaux, aucune somme pour frais de copie ou de dactylographie, ni pour s'être fait aider par des dessinateurs, toiseurs ou porte-chaînes.

Art. 4. — Sur la demande des experts, et si la durée ou l'importance de leurs opérations paraît le comporter, le conseil de préfecture peut autoriser le président à accorder une allocation provisionnelle, à valoir sur le montant des honoraires ou sur le montant des débours devant être ultérieurement taxés.

Art. 5. — Si l'expert est appelé soit à dresser un devis détaillé, soit à diriger des travaux, soit à procéder à la vérification et au règlement de mémoires d'entrepreneurs, il lui est alloué :

1° Pour rédaction de devis : 1 1/2 p. 100 ;
2° Pour direction de travaux : 1 1/2 p. 100 ;
3° Pour vérification et règlement : 2 p. 100.

S'il y a plusieurs experts, cette allocation est répartie entre eux ou attribuée à l'un d'eux suivant que le travail a été fait en commun ou par un seul.

Art. 6. — Lorsque l'expert s'est déplacé au delà de dix kilomètres de sa résidence, il lui est alloué pour frais de voyage, par kilomètre parcouru tant à l'aller qu'au retour, 20 centimes si le transport a été effectué par voie ferrée et 60 centimes si le transport a eu lieu autrement.

La première de ces taxes sera applicable de droit quand le parcours sera desservi par une voie ferrée.

En matière fiscale, le parcours effectué en dehors des limites du département n'entrera pas en compte.

Lorsque l'expert bénéficie d'un transport gratuit ou réduit, à raison de sa fonction ou de son emploi, son indemnité de frais de voyage est diminuée du montant des avantages qui lui sont ainsi concédés.

En outre des frais de voyage, il est alloué à l'expert 10 fr. par chaque demi-journée de déplacement.

ART. 7. — Lorsque l'expert est appelé à comparaître devant le conseil de préfecture, par application de l'article 22 de la loi du 22 juillet 1889, le président apprécie s'il doit lui être alloué des honoraires spéciaux pour cette comparution. Mais l'expert a droit, le cas échéant, aux frais de voyage et de séjour taxés conformément à l'article précédent.

L'expert a également droit à des honoraires et, le cas échéant, à des frais de voyage et de séjour dans le cas où il est nommé pour procéder en présence d'un membre du conseil de préfecture, désigné à cet effet, à une vérification d'écritures.

ART. 8. — L'expert ne peut, en aucun cas et sous quelque prétexte que ce soit, réclamer aux parties ou à l'une d'entre elles, une somme quelconque en sus des allocations provisionnelles prévues à l'article 4, des honoraires, des débours et des frais de voyage et de sejour régulièrement taxés.

ART. 9...

ART. 10. — Les témoins entendus dans une enquête pourront requérir la taxe. Il leur sera alloué pour frais de transport, pour indemnité de comparution, les mêmes allocations que celles qui sont prévues en faveur des témoins par les dispositions réglementaires en vigueur au sujet de la taxe des témoins en matière civile.

....

(*Journal officiel*, 14 *avril* 1921)

Sur les laboratoires bactériologiques.

6550. — M. MIELLET, député, demande à M. LE MINISTRE DE L'HYGIENE, DE L'ASSISTANCE ET DE LA PRÉVOYANCE SOCIALES, quelle peut être la part de l'État dans la création et dans le fonctionnement d'un laboratoire bactériologique et signalant l'urgence de cette création à Belfort, où il n'existe aucun établissement hospitalier ayant les moyens de faire des analyses bactériologiques. (*Question du* 31 *décembre* 1920).

Réponse. — Le montant des subventions accordées à chaque laboratoire est en relation avec le crédit mis à la disposition du ministère et le nombre et la nature des demandes. Pour apprécier la valeur de ces demandes, le ministère fait appel à une commission composée de techniciens. En ce qui concerne particulièrement la ville de Belfort, une subvention de 8,000 fr. a été accordée au dispensaire antituberculeux et par conséquent, en partie tout au moins, au laboratoire qui doit être attaché audit dispensaire.

(*J. O.*, 13 *avril* 1921.)

Le VIN GIRARD

IODOTANNIQUE PHOSPHATÉ

SUCCÉDANÉ DE L'HUILE DE FOIE DE MORUE

est le véritable

SPÉCIFIQUE DU LYMPHATISME

chez les Enfants et les Adultes

Le **VIN GIRARD,** de l'aveu des milliers de praticiens qui le prescrivent journellement, est un des modes d'administration de l'iode les plus parfaits. L'iode, en combinaison avec le tanin, est facilement assimilable, très actif, et n'occasionne jamais ni irritation des voies digestives, ni accidents d'iodisme. D'un dosage rigoureux, d'une conservation parfaite, le **VIN GIRARD** est, de plus, d'un goût fort agréable et toujours pris avec plaisir.

Sa haute teneur en lacto-phosphate de chaux lui permet de lutter contre cette déminéralisation de l'organisme, dont le professeur ROBIN a montré le rôle prédisposant à la tuberculose.

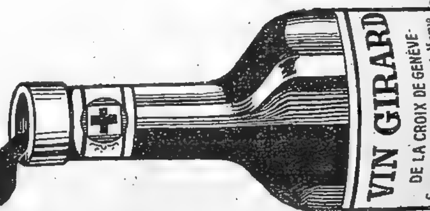
LYMPHATISME, MALADIES DE POITRINE

ENGORGEMENTS GANGLIONNAIRES

TUBERCULOSE



UN VERRE A MADÈRE
AVANT LE REPAS



VIN GIRARD

48, Rue d'Alésia, PARIS

QUARANTE-TROISIÈME ANNÉE — N° 18 — DIMANCHE 1er MAI 1921

Fondé en 1879 par Auguste CÉZILLY
Rédigé et dirigé par H. JEANNE (1900-1914),

LE CONCOURS MÉDICAL

ORGANE HEBDOMADAIRE DES PRATICIENS
Groupés dans la Société « **Le CONCOURS MÉDICAL** » *et ses Filiales*

ADMINISTRATION & PUBLICITÉ

G. BOULANGER, ADMINISTRATEUR

ABONNEMENTS :

France	24 fr.
Étranger	28 »
Étudiants (*France*)	12 »
Le numéro	50 cent.

Chèques Postaux Paris 167-95

DIRECTION

MM. les Drs A. GASSOT, *Directeur*; A. MAURAT; H. CEZILLY; J. NOIR; P. BOUDIN docteur en droit; M. VIMONT; G. DUCHESNE.

MM. P. CEZILLY, J. DUMESNY, licenciés en droit; C. BOULANGER.

RÉDACTION

Dr J. NOIR, RÉDACTEUR EN CHEF

Drs P. LACROIX et G. DUCHESNE SECRÉTAIRES DE LA RÉDACTION

N.-B. — Les manuscrits, publiés ou non, ne sont pas rendus.

Rédaction et Administration : 132, rue du Faubourg St-Denis, PARIS (10e). Téléphone : Nord 48-17

Quarante-troisième année. | N° 18 | 1er Mai 1921.

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

Office de Renseignements du « Concours »

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum, aux* « demandes et offres ».

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne, qui est versé dans la caisse de la Société civile du Concours Médical). *Adresser un mandat ou mieux verser au compte de chèques postaux,* Concours Médical, *Paris 167-95.*

Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse.**

Nº 198. — Docteur, 29 ans, au courant clientèle, cherche clientèle avec fixe à Paris.

Nº 199. — On demande à acheter d'occasion lit d'enfant complet laqué, fer et cuivre, dim. 1 m. 50 ou 1 m. 60.

Nº 200. — A vendre torpedo 4 places, 10 HP de Dion 1914, 4 cylindres, bon état de marche, belle carrosserie, accessoires, 16.000. Dr Maguin, Château-la-Vallière.

Nº 201. — Faut. gyn. Dupont, salle à manger, ventilateur, dict. Jacoud relié, meubles et tableaux, Dr Savornin, av. Jean-Jaurès, 60, Tél. nord 39-13.

Nº 202. — Chambre Louis XV en noyer, armoire à une glace, table de nuit, grand lit avec sommier, 1.000 fr.

Nº 203. — Médecin ayant bel appartement, quartier riche, avec installation de courant industriel, désirerait trouver confrère ayant clientèle pour association.

Nº 204. — A louer pour août-septembre dans stations balnéaire bretonne une villa avec jardin. Docteur Bazin, Cancale (Ille-et-Vilaine).

Nº 205. — On demande infirmier-major, service de chirurgie, pour clinique de province.

Nº 206. — A vendre, cause double emploi, auto Ford, torpédo, 4 places, 1918, éclairage électrique, bon état de marche, peu roulé. Dr J. Dournès, St-Céré (Lot).

Nº 207. — Médecin 42 ans, ne faisant pas clientèle, disposant de capitaux, recherche situation paramédicale. Ecrire Dr G., 101, avenue Mozart, Paris.

Nº 208. — Médecin ret. Maroc. céd. 1.400 fr. beau tapis « Haute-Laine » neuf. 1 m. 80 × 5 m. Valeur 2.500. Dr Bobillier. Vayoucourt (Doubs).

Nº 209. — Cause double emploi, à vendre conduite intérieure Zèbre 10 HP, 1920. 3 places, absolument neuve.

Nº 210. — A vendre table examen gynécologique noyer, pieds tournés, état neuf 250 fr. ; livres de médecine, lit cage neuf, timbre pour réponse.

Nº 211. — A vendre torpedo Buchet 8 HP 1913 deux places, spider et strapontin, entièrement remise à neuf, pas roulé pendant la guerre ni depuis revision. Prix à débattre au-dessus 12.000, cause double emploi, Docteur Cudennec, Audierne (Finistère). Timbre pour réponse.

Nº 212. — A céder de suite, à Paris, clinique avec grand appartement composé de 8 pièces, téléphone installé. Loyer avantageux communications faciles. Indem. 18.000 fr. Cession urgente pour cause de départ. S'adresser à Breitel et Goret (Lanctin, succ.), 1, rue Dante, Paris (Ve).

Nº 213. — A céder dans la banlieue immédiate de Paris laboratoire de chimie, biologie, bactériologie. Très belle installation long bail, reprise pour la valeur du matériel. Sans aucune indem., on cède en plus bel appartemeut à Paris. S'adresser à MM. Breitel et Goret (Lanctin, succ.), 1, rue Dante, Paris.

Nº 214.— Docteur, belle campagne Lorraine, prendrait pensionnaire, 15 fr. par jour.

Nº 215. — A céder : app. Chardin, courants continus, app. Richard enregistreur double de T. Formojecteur. Galet le corps de l'homme. Dr Leraitre, Beauvais.

Nº 216. — Achèterais sphygmomanomètre de Potain bon état. Dr Simeray à Moirans (Jura).

Nº 217. — *Centre.* Médecin céderait immédiatement clientèle à jeune Dr célibat. rapport 33.000 fr. fixe 15.000 fr.

CORRESPONDANCE

A l'auteur d'une lettre non signée.

L'auteur de la lettre non signée, en date du 16 avril, portant comme cachet de la poste : « Orléans à Paris » et nous posant une « question de déontologie », est prié de se faire connaître, vu que nous avons pour habitude de ne pas répondre, même par la voie du journal, aux lettres dont nous ne connaissons pas les auteurs.

Déclaration de revenus.

J'ai un petit renseignement à vous demander :

Avant le 1er avril 1921, j'ai fait la déclaration d'impôt sur le revenu et dans la colonne « catégories des revenus », j'ai inscrit en face du paragraphe 8 « bénéfices des professions non commerciales », le chiffre que je voulais déclarer.

Or, j'ai reçu le 2 avril, un papier me priant de faire ma déclaration de bénéfices professionnels. Que dois-je faire ?

Dr X...

Réponse.

D'après la notice qui est distribuée par les soins de l'Administration aux contribuables, une déclaration spéciale pour les bénéfices des professions non commerciales n'est pas nécessaire quand le contribuable a produit une déclaration pour l'établissement de l'impôt général sur le revenu, contenant l'indication distincte du montant du revenu professionnel.

Puisque vous avez fait une déclaration de votre revenu général comportant cette indication, vous êtes donc exempt de faire une déclaration distincte de vos bénéfices professionnels. Mais, en fait, il est de votre intérêt de répondre au contrôleur, de manière à éviter une taxation d'office, pour redresser son erreur et, si vous lui répondez, vous pourrez, tout en lui rappelant, pour le principe, les prescriptions de son administration, lui citer à nouveau le chiffre de vos bénéfices.

Si vous avez un accusé de réception de votre déclaration du revenu général, il sera bon de l'indiquer dans votre réponse.

La taxe de luxe sur les autos.

Membre du « Sou », je vous serais très obligé de bien vouloir, si possible, me donner le renseignement suivant :

La taxe de luxe de 10 % sur les automobiles neuves achetées à l'usine est-elle obligatoirement comprise dans le prix de vente indiqué par la maison sur ses catalogues ? ou, au contraire, le fabricant peut-il à son gré ne pas comprendre cette taxe dans ledit prix de vente ? Qui la paye directement au fisc ?

Il doit y avoir, sinon une loi, du moins un usage établi à ce sujet afin que le fisc puisse récupérer à coup sûr la taxe de 10 % sur chaque voiture vendue par une maison d'automobiles. Je désirerais le savoir.

D[r] F.

Réponse.

L'impôt sur les objets classés comme étant de luxe, notamment sur les automobiles servant au transport des personnes, fait partie intégrante, lorsque la vente est faite par un commerçant, de l'impôt sur le chiffre des affaires établi par les articles 59 et suivants de la loi du 25 juin 1920.

A défaut de convention contraire, il est à la charge du vendeur et nous croyons que, en général, les marchands d'objets de luxe et notamment les fabricants d'automobiles, ont pris l'habitude de vendre taxe de luxe comprise.

Cependant, il est licite d'agir autrement, et de stipuler que la taxe de luxe sera à la charge du vendeur. Dans ce cas d'ailleurs, l'administration fiscale admet comme règle que le commerçant doit payer à l'Etat la taxe de 10 % sur la somme totale qu'il a touchée lui-même. Par exemple, si le fabricant qui vend une auto 20.000 francs a fait payer à son acheteur le 10 % du prix, soit 2.000 fr., il devra lui même verser à l'Etat, la taxe sur 22.000 fr., soit 2.200 fr. C'est d'ailleurs, certainement, l'application de ce principe qui a fait admettre facilement aux commerçants d'intégrer la taxe de luxe dans le prix, malgré le mauvais effet que peut produire auprès de la clientèle, l'augmentation du chiffre porté au catalogue.

L'impôt est payé directement par le commerçant après déclaration mensuelle de son chiffre d'affaires.

Prescription des honoraires accidents.

En ma qualité de membre du « Sou » et d'abonné au *Concours*, je vous prierai de vouloir bien me renseigner sur le cas suivant :

La prescription en matière d'accidents du travail est d'un an, mais peut-on attendre jusqu'à la date de cessation du payement de l'indemnité temporaire (c'est-à-dire de reprise du travail) pour citer le patron en justice de paix.

Voici le cas qui m'intéresse : ouvrier blessé le 14 avril 1920, a repris son travail le 23 août 1920.

Puis-je attendre jusqu'au mois de juillet pour réclamer ?

D G.

Réponse

L'article 18 de la loi du 9 avril 1898, qui a fixé à un an la prescription en cette matière, donne comme points de départ de cette prescription, les trois dates suivantes : jour de l'accident, clôture de l'enquête du juge de paix et cessation du payement de l'indemnité temporaire.

Vous pouvez donc attendre au mois de juillet pour citer le patron devant le juge de paix du lieu de l'accident, puisque l'indemnité temporaire a été payée jusqu'au 23 août 1920. Mais il y a lieu de vous rappeler que ce n'est pas l'avertissement en conciliation, mais la citation en justice de paix elle-même qui suspend la prescription, et de calculer les délais en conséquence.

Nombreux postes de tout repos.

Dans le numéro du *Concours médical* du 3 avril dernier, le Dr C., aspirant pédagogue, a écrit un article où il exhale sa mauvaise humeur tout en croyant faire de l'esprit.

Permettez à un modeste instituteur rural de répondre à sa violente diatribe qui n'a dû être prise au sérieux par aucun de ses confrères que l'esprit de parti n'anime pas.

D'après le Dr C. nous avons 8 h. de « travail léger ». C'est exact. Notre tâche est même si *douce* que de trop nombreux instituteurs ou institutrices sont atteints de la tuberculose.

L'hiver, pendant trois mois, nous organisons des cours d'adultes, deux séances par semaine de 1 h. 1/2 au moins chacune.

Souvent aucune rétribution, et si elle existe, elle est dérisoire. Ajoutez à cela la Mutualité scolaire, les associations d'anciens élèves avec fêtes, soirées, tir, etc., les sociétés de sports physiques, etc., et puis le comble, le secrétariat de mairie, ridiculement rétribué bien qu'étant devenu une charge écrasante.

Pas de responsabilité, déclare le Dr C. ? Quelle ignorance ou quelle mauvaise foi ! Et l'art. 1384 du Code pénal ? épée de Damoclès qui nous oblige à contracter une assurance contre les accidents.

Ne rien faire ou si peu ajoute le bon docteur !

On ne peut être plus aimable.

Je n'ai cependant nulle envie de lui reprocher qu'il ne dédaigne pas de prendre 10, 15, 20 fr. ou plus par visite, même s'il examine plusieurs malades dans le même village. Il a raison. Science se paye.

Pas de rapports désagréables ! Hélas ! Y a-t-il profession plus ingrate, surtout qu'il ne manque jamais de grincheux comme le Dr C. en connaît certainement partout où il exerce.

A-t-il 50 ans ce bon docteur, qu'il croit gagner tout de suite 10.000 fr. ? 20.000 avec sa femme ? En supposant que la péréquation soit votée bien entendu.

Il regrette, ayant son brevet élémentaire, d'avoir eu l'ambition de préférer l'enseignement supérieur. C'est peut être qu'à l'époque dont il parle, un instituteur débutait à 71 *francs par mois*. Une telle perspective ne lui a pas souri.

Et il a pu poursuivre ses études ! Le malheureux ! Etre aisé devient vraiment bien ennuyeux ! Mais a-t-il protesté contre les augmentations des soldes militaires ? Là, pas besoin du B. E. Un caporal fourrier ne gagne-t-il pas plus qu'un pédagogue de 1re classe ?

Le filon, le primaire ? Eh oui ! c'est peut être la raison pour laquelle, il n'y a plus de candidats !

Le Dr C. conclut en déclarant que l'inspecteur ne comprendrait pas son langage ! Qu'il se rassure ! L'inspecteur jugerait qu'il a affaire à un homme désabusé qui n'a pas su se faire une place dans la cité où il réside. A moins que la haine de l'Ecole laïque ne l'ait guidé dans ses recriminations.

Oh ! alors, n'insistons plus.....

J. (Eure).

Mise à l'index.

Je vous serais reconnaissant de m'informer si nous avons le droit légal de notifier aux médecins de l'arrondissement d'A., la décision prise concernant la mise à l'index de deux médecins d'A., qui se conduisent comme des bandits, en violant toute règle de déontologie, en déconsidérant la profession.

Avons-nous le droit de les désigner nominalement sans nous exposer à des poursuites ?

Réponse.

Pour vous mettre à l'abri de tout ennui judiciaire, il faut d'abord respecter le droit de défense.

Les médecins délinquants ont-ils été cités régulièrement, par lettre recommandée, soit devant le Conseil de famille de votre syndicat, soit devant une assemblée générale disciplinaire ? Il doivent avoir le droit de présenter leur défense et ne doivent pas être condamnés sans avoir été cités.

S'ils ne répondent pas à la lettre recommandée, il faut leur faire signifier la décision du syndicat, décision prononcée par défaut. Si, au bout du temps imparti par vos statuts, pour l'opposition au défaut, les délinquants ne vous ont pas fait connaître leur intention de se disculper, la décision du syndicat deviendra définitive.

Donc, qu'ils soient syndiqués ou non syndiqués, les 2 médecins doivent être régulièrement cités devant le syndicat.

Une fois la décision devenue définitive, vous pouvez lui donner toute la publicité que comporte vos statuts. Sinon, toute publicité abusive

(Voir la suite page XXXVII-1293)

PROPOS DU JOUR

A l'Assemblée générale de l'Association générale des médecins de France. La réintégration de la société du Bas-Rhin. Le conflit créé pour l'application de la loi des Pensions. Syndicats et associations mutuelles.

L'Assemblée générale annuelle de l'Association générale des médecins de France s'est tenue à la Faculté de médecine selon les rites habituels devant de nombreux délégués des sociétés locales.

Le président Bellencontre, dans un discours fort éloquent et très applaudi, évoqua la mémoire de celui qui symbolisera désormais le Praticien français avec toutes ses qualités de cœur et d'esprit, de science et de conscience, d'énergie, de bonté, de droiture et de loyauté, le Dr Gairal, président de l'Union des syndicats médicaux de France, vice-président de l'Association, dont une délégation est allée récemment assister à la translation des cendres, ramenées à Carignan son pays.

Puis, aux acclamations unanimes et frénétiques de l'Assemblée, il salua le délégué de la Société du Bas-Rhin, le Dr Kein, de Strasbourg, dont la présence signifiait le retour, au giron de l'Association, de la seule société locale alsacienne existante.

M. le Dr Kein, très ému, remercia l'Assemblée et fit l'historique de la Société locale des médecins du Bas-Rhin. Elle fut la seule de toutes les sociétés alsaciennes et lorraines qui parvint à vivre sous le régime allemand, toutes les autres furent dissoutes. Cette société, présidée en 1870 par le père du Dr Kein, sut se protéger contre la pénétration des médecins allemands en exigeant pour l'admission de chaque nouveau membre au moins les 2/3 des suffrages des sociétaires. Le Dr Kein assura ses confrères des sentiments patriotiques et confraternels des médecins du Bas-Rhin et termina par le cri de « Vive la France ! ».

Nous ne saurions décrire l'accès d'enthousiasme que provoqua le discours de notre confrère d'Alsace. Un ban fut battu en son honneur et l'on exprima l'espoir que bientôt de nouvelles sociétés, tant en Alsace qu'en Lorraine, viendraient compléter les cadres de l'Association.

Les statuts de la nouvelle Caisse des retraites de droit avaient été votés sans discussion dans une assemblée générale extraordinaire préalable et la séance paraissait devoir se dérouler dans le calme habituel quand fut abordée la discussion sur le conflit créé par l'application de l'article 64 de la Loi des Pensions.

Notre ami Decourt, membre du Conseil général de l'A. G. et délégué de la Société de Meaux, qui est aussi vice-président de l'Union des syndicats médicaux de France, avec une netteté et une loyauté dont nous le félicitons, posa la question : Quel rôle jouerait dans le conflit l'Association des médecins de France ? Il fit la lecture dans le *Journal Officiel* d'une intervention à la Chambre des députés de M. Maunoury, de Chartres, intervention que nous n'hésitons pas à qualifier de peu confraternelle, et montra comment certains politiciens, désirant importer dans le Corps médical français les basses intrigues du plus mauvais parlementarisme, cherchent à dresser en face de l'Union des syndicats, l'Association générale. Il est regrettable qu'il n'y ait pas eu un médecin député qui ait daigné venir dire à la tribune que l'Union des syndicats médicaux de France était le seul groupement qui légalement et effectivement représentait la très grosse majorité des médecins français, la presque unanimité des praticiens, et qu'il était étrange de voir des législateurs, qui devraient au moins connaître les lois votées par le Parlement, opposer dans la défense professionnelle, aux syndicats compétents, des sociétés de secours mutuels.

D'ailleurs le Corps médical fait bloc dans le conflit créé par M. Maginot, et il ne se laissera pas imposer, quoiqu'on fasse, un tarif à l'élaboration duquel il n'aura pas pris part.

Mais l'énergie avec laquelle a été conduite la lutte par l'Union des syndicats n'avait pas l'heur de plaire à un nombre appréciable de délégués de l'Association, gênés dans cette campagne, les uns par leurs attaches administrati-

ves ou politiciennes, les autres par leur désir de complaire à M. le Ministre des pensions ou à son administration.

Les arguments que les impénitents anti-syndicalistes de l'Association ont produits en toute occasion depuis la création du syndicalisme médical, furent réédités.

On parla de la diplomatie habile et courtoise qui donnerait de meilleurs résultats que le conflit aigu. Comme si le ministre des Pensions, en qualifiant les médecins de *mercantis des mutilés*, en se déchargeant sur un de ses fonctionnaires, qui portera lui surtout la responsabilité du conflit, le soin de le représenter, en faisant modifier furtivement par une manœuvre parlementaire le texte de l'article 64 de la loi des pensions, en évitant de discuter nos propositions syndicales et de leur opposer des contre-propositions, n'avait pas lui-même banni de la discussion toute courtoisie. Nous entendîmes dans la salle un de nos collègues dire : « Les diplomates, nous les connaissons, ils savent surtout signer des capitulations. »

Pour l'avenir des praticiens, un échec complet est mille fois plus désirable que la plus favorable des capitulations.

Certains des assistants, mal renseignés sur l'historique du conflit et, méconnaissant dans leur naïveté la roublardise des ambitieux de la politique, émirent l'espoir que parmi les dirigeants de l'Association, l'on trouverait des hommes qui sauraient user de la main de fer gantée de velours.

Et c'est avec des arguments de ce genre et le reproche que l'Union des syndicats médicaux était conduite par des hommes évidemment dévoués, mais trop autoritaires et trop cassants, que l'on fit voter un ordre du jour hybride, félicitant de sa conduite passée le Conseil général de l'A. G., qui, jusqu'à ce jour s'était prudemment abstenu, et l'engageant à coopérer à la reprise des négociations avec le ministère des pensions en accord avec l'Union des Syndicats médicaux de France. Le président de l'Union des syndicats médicaux de France, M. le Dr Legras, délégué de la Société des Vosges, en des termes excellents, avec une grande modération, mais aussi avec une grande fermeté, avait cependant fait remarquer à l'Assemblée que l'unanimité *moins un* des 250 syndicats médicaux de France avait décidé de refuser les propositions de M. Maginot, et que le seul syndicat dissident, sans doute mal informé, ne comptait qu'un nombre très restreint de syndiqués. Il avait en outre rappelé ce que plusieurs membres de l'Assemblée paraissaient ignorer : c'est qu'à l'Union des Syndicats médicaux de France, *il n'y a pas de meneurs qui prennent des résolutions, mais des secrétaires qui, après avoir renseigné les syndicats, attendent leurs décisions et les exécutent.*

D'ailleurs au cours des entrevues avec les représentants du gouvernement, la délégation de l'Union des Syndicats (dont nous faisions partie nous-mêmes) a toujours fait preuve dans les discussions de la plus grande courtoisie et de la plus parfaite correction.

Nous connaissons assez la prudence des confrères distingués qui président aux destinées de l'Association générale, pour être convaincus qu'ils sauront dans le conflit actuel laisser agir seule et comme il convient l'Union des Syndicats médicaux de France.

L'intervention de l'Association serait déplorable parce qu'elle romprait dans la lutte l'unité d'action, ou pour parler le style de notre époque, l'unité de front et de commandement.

Au cours de pourparlers, les représentants du Ministre des pensions, hommes astucieux, rompus aux intrigues de la politique, auraient bientôt fait que de provoquer des réflexions imprudentes ou équivoques qu'ils sauraient vite interpréter à leur façon. Loin d'apporter un appui à l'Union, l'Association générale risquerait d'alourdir si non d'annihiler son action.

D'ailleurs ni le bureau, ni le Conseil général de l'Association générale des médecins de France ne sont mandatés et ne sauraient l'être pour intervenir dans cette grave question d'intérêt professionnel.

Ceci nous conduit à examiner la situation de l'A. G. au point de vue professionnel, ce sera la meilleure réponse à ceux qui affirment qu'elle représente aussi bien, et même mieux que les syndicats, le corps médical français.

***

Les sociétés locales de l'A. G. groupent environ 9.000 membres dans un but de bienfaisance et d'entr'aide. Ce sont des sociétés de secours mutuels. Sur ces 9.000 membres, 7 à 8.000 sont syndiqués et parmi eux sont certainement les plus actifs militants de nos syndicats.

En regard, l'Union des Syndicats médicaux

de France compte environ 15.000 cotisants, alors qu'il existe 20 à 21.000 médecins en France. Les 5 ou 6.000 médecins non syndiqués comprennent des professeurs, des médecins n'exerçant pas ou n'exerçant plus, des confrères que leur situation de fortune met en dehors de nos soucis professionnels et un certain nombre que la discipline syndicaliste gêne dans leurs ambitions, leurs habitudes ou leurs méthodes d'industrialisation et de commercialisation de la médecine.

Nous passerons sous silence les rares fossiles ou fossilisés que le nom seul de syndicat offusque encore.

Mais, nous objectera-t-on, d'où vient qu'avec les mêmes adhérents, l'esprit des assemblées à l'Association et à l'Union des syndicats médicaux soit sensiblement différent ?

Pour quiconque connaît un peu les milieux médicaux, il est facile de comprendre cette dissemblance apparente.

L'Assemblée de l'Union des syndicats médicaux est composée de délégués nommés par des groupements dont la vie est souvent très intense. Ces délégués indemnisés viennent aux frais de leurs groupements assister aux assemblées générales ; ils sont choisis parmi les plus actifs et les plus compétents des syndicalistes.

A l'Association, les assemblées comprennent les présidents des sociétés et leurs délégués. Les présidents sont en général des confrères âgés, universellement respectés et vénérés, qu'on honore en les mettant à la tête d'une société de bienfaisance.

Beaucoup sont riches, capables d'un geste généreux, exercent peu ou n'exercent plus et se préoccupent rarement d'intérêts professionnels.

Les délégués, qui ne reçoivent aucune indemnité pour venir à Paris, sont désignés généralement parmi les médecins de chemin de fer qui voyagent gratuitement ou parmi les confrères fortunés ou ceux que des attaches familiales attirent à Paris. Présidents et délégués sont donc excellents pour prendre part à l'administration de caisses de secours, mais, avouons-le, bien peu préparés, sauf exceptions, à l'étude et à la défense des intérêts professionnels.

En sortant du domaine médical, nous trouverons l'équivalent de cette situation en apparence contradictoire dans nos villes de province. Les habitants de ces villes choisissent pour les représenter au conseil municipal des citoyens actifs qui ont leur confiance et qui partagent leurs opinions politiques pour diriger la commune et défendre ses intérêts. A la commission administrative des hospices, ils font en général déléguer pour gérer le bien des pauvres et s'occuper de l'organisation de la bienfaisance municipale des notables, estimés, honorés, vénérés, riches le plus souvent, capables de générosités, dévoués à la charge qu'on leur confie, d'opinions politiques les plus diverses, mais qui, s'ils se présentaient aux élections municipales ne seraient jamais élus !

Soyons francs. Pas plus que les commissions administratives des hospices des villes ne représentent les communes, les conseils des sociétés de secours mutuels des médecins ne sauraient représenter le corps médical. Nous ne saurions excuser nos confrères de la Chambre des députés, qui savent bien qu'il en en est ainsi, de n'avoir pas dissipé cette équivoque lors de la dernière discussion sur l'application de la loi des pensions et d'avoir permis à des hommes politiques ignorants, ou plutôt malicieux, de dresser l'Association générale des médecins de France contre l'Union des Syndicats médicaux de France. En l'état actuel de notre organisation médicale, cette division de nos forces, qui sourirait à nos ennemis, ne saurait se produire et, si, contre toute vraisemblance, elle s'esquissait, elle serait factice, éphémère et promptement réprimée par tous ceux qui ont souci des intérêts et de la dignité du corps médical.

J. Noir.

PARTIE SCIENTIFIQUE

CLINIQUE MÉDICALE

Hôpital Cochin : M. le professeur WIDAL.

L'anaphylaxie médicamenteuse.

Dans une précédente leçon, je vous ai montré déjà la réalité de l'anaphylaxie en clinique. Je désire vous parler aujourd'hui de l'anaphylaxie développée par l'absorption de médicaments. C'est une question doublement intéressante, pour ce qui concerne l'anaphylaxie elle-même d'abord, et pour ce qui concerne la clinique ensuite.

Les éruptions médicamenteuses sont fréquentes. Elles sont quelquefois toxiques. D'autres fois, elles relèvent du choc anaphylactique, hémoclasique. Elles sont connues depuis longtemps et l'on a décrit, il y a nombre d'années déjà, les éruptions qui peuvent succéder à l'absorption du copahu, du cubèbe, du bromure, de l'iodure, de l'antipyrine, des alcaloïdes, et de bien d'autres médicaments encore.

Ce sont les dermatologistes qui ont étudié les premiers ces accidents morbides. Ils en ont distingué deux variétés : les éruptions directes, se faisant au contact du médicament, et les éruptions indirectes. A l'époque où les pansements à l'acide phénique et au sublimé étaient très utilisés, on a observé beaucoup de ces éruptions locales. On a vu ensuite que la simple absorption de certains agents médicamenteux, l'iodure, le bromure, l'arsenic, par exemple, dont l'élimination se fait par les glandes des muqueuses et de la peau, pouvait produire des accidents cutanés. Les dermatologistes ont remarqué également qu'un même médicament, le sublimé je suppose, était susceptible de provoquer des troubles cutanés par action directe et par action indirecte. Ils avaient noté autre chose encore, à savoir : que ces éruptions sont quelquefois spécifiques, pathognomoniques. Ainsi, l'iodure provoque parfois un pemphigus particulier, à grosses bulles, au niveau du cou, le bromure des papules tuberculeuses, l'arsenic une sorte de kératose palmaire, l'antipyrine des taches rouges devenant brunâtres et laissant une pigmentation (antipyrinides de Brocq). Dans d'autres cas, l'éruption est moins caractéristique, comme l'acné de l'iodisme et du bromure, ou même n'offre plus rien de spécifique, plus rien faisant penser à l'intervention d'une substance déterminée : telles, les éruptions médicamenteuses urticariennes, érythémateuses, avec souvent un peu d'œdème local, quelquefois des vésicules d'herpès.

La question était assez obscure et l'on ne savait pas très bien se reconnaître parmi ces divers types. Tout d'abord, ces éruptions, il ne faut pas les ignorer. Quand on voit un exanthème dont la cause n'est pas nette, on doit penser à l'origine alimentaire et à l'origine médicamenteuse. Un premier groupe d'éruptions de ce genre est d'ordre toxique, avec les caractères de spécificité de l'intoxication, par exemple la pigmentation durable de l'exanthème antipyrinique. A côté de cela, il y a l'éruption banale, non toxique, qui est réalisée surtout par l'urticaire. Elle survient brutalement, disparaît de même, et peut être accompagnée de troubles généraux. On a pensé que beaucoup d'éruptions médicamenteuses pouvaient être dues à l'anaphylaxie. Voilà certes une notion qui bouleverse nos connaissances sur ce phénomène. Longtemps, on a cru qu'il fallait l'intervention d'albuminoïdes pour provoquer l'anaphylaxie. Et bien, les cristalloïdes peuvent la créer également. Chez des sujets sensibles à l'antipyrine, on a recherché les caractéristiques de l'anaphylaxie. Expérimentant sur des cobayes, on a fait des constatations tantôt positives, tantôt négatives (Achard et Flandin).

Nous avons eu dans le service deux observations intéressantes à ce point de vue. La première observation, suivie avec M. Pasteur-Vallery-Radot, concerne une femme migraineuse qui pendant 9 années avait absorbé de l'antipyrine. A ce moment, un jour, quelques minutes après une prise du médicament, elle ressentit des démangeaisons et constata de l'enflure au niveau de la lèvre supérieure. Elle continua néanmoins l'usage de l'antipyrine, et pendant neuf années encore elle éprouva les mêmes accidents à chaque ingestion de cet agent thérapeutique. Alors, elle en cessa l'usage pendant une période de 7 ans et elle entra finalement dans notre service pour du diabète. Nous nous sommes demandé si elle était restée sensible à l'antipyrine ou si elle était désensibilisée. On lui donna un cachet de 0 gr. 75 et l'on vit les accidents se reproduire de la même façon, avec la même intensité. Quatre minutes après l'ingestion, des démangeaisons se montrèrent à la lèvre supérieure. Neuf minutes plus tard, la lèvre était rouge. Au bout de 30 minutes, elle était œdématiée, et la lèvre inférieure se prenait ensuite, les deux lèvres offrant un aspect tapiroïde. Ces phénomènes étaient suivis de desquamation, ce petit drame local évoluant en une semaine, sans troubles généraux, sans autre accident cutané. Ainsi, on notait la même localisation qu'il y a sept ans. La malade était restée

sensibilisée, fixée dans son aptitude. Fait intéressant : vous voyez cette anaphylaxie médicale demander longtemps pour se produire, neuf années, ici.

Vous vous rappelez l'histoire de notre marchand de moutons qui s'était sensibilisé en respirant le suint des moutons. Il avait mis pour cela 30 ans et c'est seulement au bout de 30 ans que la première crise d'asthme provoquée par l'odeur des moutons s'était produite. Chez la malade dont je viens de parler, il y a quelque chose de plus. Son histoire montre que lorsqu'on a été bien sensibilisé, on reste fixé dans son type de sensibilisation souvent pendant longtemps. En présence de ce cas, nous avons recherché la crise hémoclasique, qui est notre flambeau en matière d'anaphylaxie médicale. Etudiant les modifications du sang de 10 en 10 minutes, nous n'avons rien trouvé et nous avons pensé qu'elle faisait défaut. Je vous montrerai une autre observation où elle n'a pas manqué.

Nous avons constaté cet autre fait que, quelle que soit la dose du médicament, les troubles se produisent, pourvu toutefois qu'on ne descende pas au-dessous d'un certain chiffre. Entre 1 gr. et 0 gr. 05, la crise est identique et il y a là une donnée bien différente de ce qu'on voit pour les intoxications, où les accidents varient avec la quantité de substance absorbée. Cependant, il existe une limite, et chez cette malade, au-dessous de deux centigr., les accidents faisaient défaut.

On s'est demandé alors s'il n'y aurait pas moyen de pratiquer la désensibilisation. Nous avons donné tous les jours une petite quantité d'antipyrine, 0 gr. 02 pour commencer. En variant les doses, nous avons vu qu'une heure après la dose minima, on pouvait donner 0 gr. 50 du médicament sans avoir d'accident cutané. Puis, au bout de quelques jours, on parvenait à faire prendre d'emblée les 0 gr. 50 sans inconvénient. La désensibilisation s'établissait progressivement. On produisait ainsi non seulement de l'anti-anaphylaxie, mais encore de la désensibilisation.

Deuxième observation. Elle concerne une malade que nous avons continué à suivre depuis un an. Chez elle également, c'est au moment de la reprise de l'antypirine, après un arrêt de trois années, que des accidents (semblables à ceux de la première patiente) se sont montrés. Il semble que c'est pendant cette période d'arrêt que souvent la sensibilisation se fait. Cette femmere prend donc de l'antipyrine, qui lui était conseillée pour du diabète, pendant deux mois. Fatiguée des poussées labiales dues au médicament, elle le cesse, le reprend, le recesse. Dans le service, nous lui faisons absorber un cachet d'antipyrine. Quelques instants après, commence la démangeaison de sa lèvre supérieure, suivie, au bout de 20 minutes, d'un peu d'œdème. Le lendemain, la bouche est également en tapir ; puis tout cela se calme et se termine par de la desquamation.

Nous avons recherché le choc hémoclasique. Nous ne l'avons d'abord pas trouvé. Serrant la question de plus près, au lieu de faire la prise de sang toutes les 10 minutes, nous l'avons faite de 2 en 2 minutes. Nous avons pu reconnaître une crise précoce et passagère, qui était passée inaperçue à l'examen toutes les 10 minutes.

Il était intéressant, chez cette malade, de voir si les corps voisins de l'antipyrine, l'aspirine, le pyramidon surtout, ne provoquaient pas les mêmes accidents. Eh bien, on pouvait lui donner de grandes quantités d'aspirine ou de pyramidon sans rien déterminer sur les lèvres. Il s'agissait donc bien d'une anaphylaxie spécifique.

Il était intéressant, en outre, de rechercher la désensibilisation. Nous avons tenté de l'obtenir d'une façon différente, non par petites doses prolongées, mais par doses progressives. Nous donnâmes 2, puis 3, 5, 10 centigr., augmentant la quantité quand on avait atteint la tolérance pour la dose précédente. Après 40 jours, la patiente supportait 1 gramme. Nous laissâmes alors la malade tranquille pendant 40 jours, et voilà où apparaît un phénomène nouveau. Allait-elle, après ce repos, rester désensibilisée. Elle prend à ce moment 1 gr. d'antipyrine et elle fait la même réaction que la première fois. Nous recommençons la tentative de désensibilisation : rapidement les accidents s'atténuent pour disparaître. Voilà un élément nouveau dans l'histoire de l'anaphylaxie On savait que l'on pouvait désensibiliser, mais on ne savait pas si la désensibilisation obtenue était tenace.

Dernier point. Un jour, sur quelques scarifications faites au bras, on appliqua de l'antipyrine. Localement, rien ne s'ensuivit, mais par contre un prurit intense fut ressenti à la lèvre supérieure : phénomène curieux qui montre bien la puissance de la localisation des accidents.

Voilà deux exemples d'anaphylaxie médicamenteuse. Ils montrent que parmi les troubles cutanés médicamenteux, à côté de phénomènes d'ordre toxique, il existe des phénomènes de choc, de colloïdoclasie. Les anciens auteurs avaient bien vu qu'outre les éruptions médicamenteuses spécifiques, on observait des éruptions banales. L'anaphylaxie y joue un rôle.

M. Pasteur-Vallery-Radot suit une malade qui fut atteinte, à sa première prise d'antipyrine, d'une urticaire généralisée. La sensibilisation, en pareil cas, n'est pas facile à expliquer. La cause n'est pas toujours simple à dépister, mais un jour on y parviendra. Nous avons, dans le service, une femme asthmatique, chez laquelle un cachet d'aspirine déclanche une crise d'anaphylaxie générale. La connaissance d'antécédents asthmatiques montre ici que la malade avait un

substratum anaphylactique, qu'elle était anaphylactisée d'une façon générale.

En multipliant et en comparant ces observations on arrivera à élucider le problème. Il existe une anaphylaxie médicale spécifique, mais aussi, dans certains cas, une anaphylaxie générale, une anaphylaxie d'entraînement. Il est probable que chez la patiente de M. Vallery-Radot il y a eu sensibilisation par un mécanisme qui nous échappe encore.

Parmi les éruptions médicamenteuses, certaines, donc, sont d'ordre anaphylactique. Ceci montre qu'il y a une anaphylaxie avec les cristalloïdes comme avec les colloïdes. La sensibilisation se fait lentement et demande des années. La question de terrain intervient sans doute. Je vous ai parlé de 4 malades sensibles à l'antipyrine. Trois sur quatre sont des diabétiques. Ne devient pas anaphylactisé qui veut. D'autre part, il est intéressant de noter la fixité des accidents. En vous parlant de l'anaphylaxie médicale dans l'asthme, je vous ai dit qu'il devait y avoir dans le bulbe une zone sensible au choc anaphylactique. Il y a crise générale et puis atteinte des points faibles. Chez deux de nos malades, ces points faibles ont été la lèvre supérieure et du même côté.

Tout cela indique la complexité des phénomènes biologiques. Chez l'homme, qui a accumulé des troubles morbides personnels et héréditaires, les choses ne se passent pas comme chez le cobaye, terrain indemne. Quand la crise survient, il y a toute une série d'états antérieurs qui interviennent pour la localiser. Voilà le complexe qui explique pourquoi l'anaphylaxie médicale se présentera d'une façon variable d'un malade à l'autre (asthme, éruptions médicamenteuses, etc).

Au point de vue philosophique, il est curieux de voir notre organisme soumis, dans ces conditions, sans que nous nous en rendions compte, à des périodes de sensibilisation et de désensibilisation. Ce sont les impondérables de la nature qui nous sensibilisent ainsi et nous désensibilisent. Richet a appelé cela la « mémoire humorale », l'organisme conservant quelque chose de ces impondérables qui le touchent. Nous subissons des fluctuations de sensibilisation et de désensibilisation, ce qui explique pourquoi certains troubles, l'asthme par exemple, disparaissent à la longue.

Au point de vue pratique, la notion de l'anaphylaxie médicale est importante. Elle aboutit à une thérapeutique, puisque nous savons désensibiliser et que, avec le temps, nous saurons mieux encore y parvenir.

Leçon recueillie par le Dr P. LACROIX.

A TRAVERS LA PRESSE

Traitement de la tuberculose pulmonaire par les cires du bacille tuberculeux.

Le bacille tuberculeux est entouré d'une cire protectrice. Pour que l'organisme puisse le bactériolyser et neutraliser les toxines qu'il sécrète, il faut que cette enveloppe cireuse soit détruite. C'est à quoi tend la méthode de M. BOSSAN, qui consiste à injecter dans la trachée une solution huileuse de cires et toxines tuberculeuses. (*Journ. des Prat.*, 5 fév. 21).

Sous l'influence de ce traitement, on assiste à des modifications importantes de l'état local et général des malades, en même temps que l'examen des crachats montre assez rapidement la disparition des bacilles.

La technique consiste à injecter dans la trachée 5 cmc. d'huile mélangée à ce que l'auteur appelle la phosphatide bacillaire. Ce volume de 5 cmc. représentant le volume optimum des injections intra-trachéales, on ajoute à un, deux ou trois cmc. de phosphatide le nombre de cmc. d'huile de manière à obtenir au total 5 cmc. Les injections ont lieu tous les jours, avec un jour de repos par semaine. « Il n'y a jamais de réaction.. « La fièvre tombe peu à peu, les sueurs nocturnes disparaissent, l'état général s'améliore « progressivement ainsi que les signes locaux. »

L'auteur se garde bien de donner sa méthode comme une panacée. « L'amélioration, dit-il, « est fonction, non de l'étendue ni du degré des « lésions, mais bien de la capacité de l'organisme « atteint, de répondre à l'incitation spécifique « du médicament et de fournir l'effort nécessaire à la réparation. »

La radiothérapie des glandes endocrines.

M. BÉCLÈRE est un des auteurs modernes qui possèdent peut-être l'expérience la plus consommée de la radiothérapie. Il fait un long exposé de ses observations relatives à l'emploi des rayons X dans les affections des glandes endocrines, qu'il résume ainsi : « La radiothérapie, dans la « pratique médicale, n'est encore applicable « qu'à ces trois glandes endocrines, la thyroïde, « le thymus et l'hypophyse. Employée à temps « contre les états morbides euxquels elle convient, « c'est une merveilleuse médication dont les « bienfaits méritent d'être de plus en plus appréciés » (*Paris méd.*, 5 fév. 1921).

La crise hémoclasique des diabétiques.

Continuant leurs intéressantes recherches sur les modifications humorales qui se rencontrent dans certains états pathologiques, et qui affectent plus particulièrement la formule vasculo-

sanguine, MM. WIDAL, ABRAMI et IANCOVESCO viennent de découvrir que les diabétiques auxquels on fait ingérer du sucre présentent la crise hémoclasique caractérisqique. Il en est de même dans les affections du foie, ainsi qu'il résulte de travaux des mêmes auteurs que nous avons précédemment signalés (*Presse méd.*, 12 fév. 1921).

« Après avoir établi, chez le malade à jeun « depuis la veille au soir, le chiffre de la leucocy- « tose, par l'examen à l'hématimètre d'une gout- « telette de sang recueillie au doigt immédiate- « ment avant l'épreuve, on lui fait absorber « 20 gr. de glycose en solution dans 200 cmc. « d'eau, et l'on refait la numération des leuco- « cytes de vingt en vingt minutes, pendant une « heure et demie. En procédant de la sorte, on « voit apparaître, vingt minutes déjà après « l'absorption du sucre, la leucopénie caracté- « ristique de la crise hémoclasique. Cette leuco- « pénie atteint généralement son chiffre le plus ba- « vingt minutes plus tard ; après une heure, une « heure trente au maximum, le taux initial de « la leucocytose est presque toujours atteint, « puis dépassé : une leucocytose réactionnelle « succède à la leucopénie... »

Nous retiendrons de cette étude que « l'apti- « tude à faire ainsi de l'hémoclasie après inges- « tion de faibles doses de sucre constitue un « véritable stigmate sanguin du diabète suscep- « tible de survivre à la disparition des signes « révélateurs de cette maladie... »

Comme il est impossible d'imputer au sucre lui-même un tel bouleversement de la formule cyto-sanguine, les auteurs se demandent si, le diabète représentant une altération du métabolisme des hydrates de carbone, au cours des différentes fermentations dont ils sont le siège pour être d'abord transformés en glycogène et fixés par le foie, puis retransformés en sucre cristalloïde pour être utilisés par les différents tissus, le sucre n'interviendrait pas uniquement, chez les diabétiques, pour agir sur l'un des ferments nécessaires à ces diverses mutations, et si ce ferment ainsi actionné ne serait pas la cause immédiate de l'hémoclasie. Ce sont là spéculations que nous nous bornons à signaler. L'essentiel, c'est, pour le moment, que « la possibilité de « déterminer chez la plupart des diabétiques, « avec des doses très faibles de glycose, une crise « hémoclasique aussi typique que celles que nous « avons vu se produire antérieurement avec les « substances albuminoïdes, constitue un fait « nouveau en biologie et représente, au point de « vue de la séméiologie du diabète, un véritable « stigmate humoral facile à révéler. »

Bronchites et rhino-pharyngites.

D'après M. LEHMANN (*Journ. des Prat.*, 12 fév. 1921), la plupart des malades qualifiés bronchiteux aigus ou chroniques, ne sont en réalité que des infectés du rhino-pharynx. C'est donc le rhino-pharynx de ces sujets qu'il faut traiter au moyen principalement de gargarismes et de lavages des fosses nasales, faits régulièrement.

« Grâce à ce traitement hygiénique, coryza, « toux, expectoration, bref tous les troubles fonc- « tionnels imputés à la bronchite, disparaissent « rapidement, même lorsque l'on a affaire à des « moucheurs, tousseurs, cracheurs invétérés. »

Traitement des retards de consolidation par le sérum de fracturés.

Après s'être livré à des expériences très bien conduites sur des chiens hypoalimentés et traités au moyen d'injections de sérum d'animaux récemment guéris normalement d'une fracture osseuse, pour des retards de consolidation constatés à la suite d'une fracture obtenue expérimentalement, M. PRETAULT a fait suivre ce même traitement à quatre sujets atteints cliniquement de fractures diverses, et ayant présenté des retards plus ou moins longs de consolidation. Il a injecté à ses blessés 15 cmc. de sérum provenant de sujets ayant eu précédemment une fracture normalement guérie. Les résultats ont été des plus encourageants ; le processus d'ossification, jusque-là languissant, s'est effectué rapidement, dans un délai de seize à vingt-sept jours.

Les rapports de cause à effet entre cette méthode de traitement et les résultats obtenus sont démontrés par ce fait que « les traitements les plus « variés, le temps lui-même parurent sans action « et l'on ne peut qu'être frappé du dénouement « heureux provoqué en quelques jours, d'affec- « tions qui duraient depuis des mois » (*Paris méd.*, 12 fév. 1921).

Paralysie amyotrophique des membres supérieurs suite de réinjection anti-tétanique

Cette observation de MM. SERR et ROQUES est à signaler, ainsi que les commentaires dont ils l'accompagnent (*Toulouse méd.*, 1er fév. 1921).

Il s'agit au demeurant d'un cas de paralysie amyotrophique de l'épaule droite et des muscles extenseurs du bras et de la main gauche consécutive à une réinjection de sérum antitétanique, et survenue en période d'accidents sériques.

Des observations analogues ont été recueillies par d'autres auteurs et sont en quelque sorte superposables à celle-ci.

Au dire des auteurs, « ces paralysies amyo- « trophiques sont bien sous la dépendance de la « sérothérapie elle-même, sans que nous puis- « sions expliquer leur pathogénie. Quoiqu'elles « constituent des accidents séro-toxiques excep- « tionnels, il est bon que l'attention soit attirée « sur elles. Le souvenir de leur existence peut en

« particulier avoir son importance au cours « d'une expertise médico-légale. »

Les asthénies par troubles polyglandulaires d'origine syphilitique.

« En définitive, concluent MM. MERKLEN, « DEVAUX et DESMOULIÈRE, d'un intéressant « travail, un grand nombre d'asthénies, avec ou « sans signes polyglandulaires, s'installent chez « des sujets, chez des femmes et des enfants de « préférence, indemnes d'accidents syphiliti-« ques antérieurs. Mais l'examen détaillé de « l'entourage familial montre l'existence de « syphilis connues, bien plus souvent de syphilis « ignorées ou oubliées. L'étude du sang des « asthéniques révèle un Bordet-Wassermann ou « un Desmoulière positifs, celui-ci correspondant « à une plus faible virulence que celui-là et se « décelant plus fréquemment que lui. Le trai-« tement spécifique améliore les malades ; il les « guérit lorsqu'on le prolonge assez longtemps « et avec assez d'intensité. » (*Presse méd.*, 16 février 1921).

Le traitement des épileptiques par les médicaments nouveaux.

Ces médicaments, qui permettent de recourir avantageusement à d'autres agents thérapeutiques que le bromure, dont on connaît les inconvénients, sont, selon MM. CROUZON et BOUTTIER, d'abord le tartrate borico-potassique, qui se prescrit en solution à 20 pour 300, à raison de 3 à 6 gr. par jour (*La Médecine*, février 21).

Cependant, la pratique variera selon que le malade n'aura encore suivi aucun traitement ou au contraire qu'il aura été soumis depuis plus ou moins longtemps à d'autres médications, le bromure par exemple.

Dans le premier cas, on commence d'emblée par la dose de 3 gr. (2 gr. chez l'enfant de sept ans). Dans le second, on ne supprimera pas brusquement le bromure : on substituera un gramme de tartrate borico-potassique à un gr. de bromure. Si l'amélioration persiste, on atteint 2 gr. par jour de tartrate. Enfin au bout d'un mois on peut abandonner complètement le bromure et s'en tenir aux 3 gr. de tartrate b. p.

Si le traitement bromuré était mal supporté ou était supprimé depuis longtemps, on commencerait comme si aucun traitement n'avait jamais été institué.

Les résultats du traitement boré sont généralement excellents aux doses indiquées ci-dessus. S'ils se montraient moins marqués, on augmenterait la dose de médicament jusqu'à 6 gr. par jour. Si l'effet était nul, on aurait affaire à un produit impur ou falsifié, le plus souvent.

Toutefois, un sel pur peut demeurer inopérant. On substituera alors au tartrate borico-potassique le tétraborate de soude, à raison de 3 gr. par jour.

La médication borée ne doit jamais être interrompue sans l'avis du médecin.

Les autres médicaments recommandés récemment contre l'épilepsie sont le luminal, autrement dit gardénal (marque française) et la dialacétine.

Dans certaines circonstances on sera amené à associer la médication bromurée et la médication borée ou gardénalée (cures successives de 15 jours au bromure, au tartrate et au gardénal).

Ethérisation à distance dans les interventions sur la face.

Il s'agit d'un dispositif ingénieux dû à M. LEFEBVRE, qui permet d'anesthésier les malades justiciables d'une intervention sur la face, à défaut du masque d'Ombredanne, alors impraticable dans ces conditions. (*Toulouse méd.*, 15 fév. 21).

L'éther est contenu dans un flacon bouché d'un bouchon à deux tubulures qui ne plongent pas dans le liquide, et dont l'une est reliée avec la soufflerie du thermocautère, et l'autre avec une vessie extensible, par exemple celle de l'appareil d'Ombredanne. Le bouchon de la vessie est lui-même percé de deux orifices : par l'un d'eux pénètre l'éther envoyé par la soufflerie. Par l'autre sort un tube assez gros qui se bifurque en deux branches dont chacune pénètre dans une des narines du patient, sur une profondeur de 20 cm. On commence par anesthésier celui-ci avec le masque classique. On continue ensuite au moyen du dispositif décrit ci-dessus. Ne pas oublier de recouvrir la bouche du patient d'une compresse de gaze épaisse pour éviter la déperdition d'anesthésique par cette voie.

Précaution : retirer de temps en temps les sondes qui pénètrent dans les narines pour les débarrasser par un coup de soufflerie des mucosités qui les encombrent.

Traitement du sycosis de la face.

M. RENAUD-BADET relate 10 observations personnelles choisies entre de nombreuses semblables, et desquelles il résulte que la guérison du sycosis, qui résiste au traitement classique ainsi qu'à la radiothérapie, aux injections d'hyposulfite de soude et de vaccins de Delbet, est obtenue rapidement au moyen d'auto-vaccins staphyloccociques provenant du malade lui-même. (*Paris Méd.*, 19 fév. 1921.)

G D.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

Paris

Traitement de la lèpre.

(M. JEANSELME. — *Académie de médecine.*)

M. Jeanselme présente un rapport sur un nouveau traitement de la lèpre institué par le Dr HARRY T. HOLIMANN et mis en application au lazaret de Kalihi (archipel Hawaïen).

Avec le concours de M. Dean, chimiste, M. Holimann a extrait de l'huile de chaulmoogra l'ensemble des acides chaulmoogriques et il les a mélangés à 2 1/2 % d'iode. C'est le produit ainsi obtenu dont il se sert, en ingestion et en injections intra-musculaires. Des améliorations très notables auraient été ainsi obtenues non seulement dans la forme tuberculeuse, mais encore dans la forme anesthésique, d'ordinaire si rebelle, de la lèpre.

Il ne paraît pas possible, toutefois, ajoute M. Jeanselme, de formuler dès à présent une appréciation définitive sur la valeur curative des acides gras chaulmoogriques, la lèpre étant une maladie à évolution lente, qui comporte parfois de longues périodes silencieuses.

Le cancer chez les animaux.

(M. CADIOT. — *Académie de médecine.*)

M. Cadiot expose une série de remarques sur le cancer des animaux, comparé, en particulier, au cancer de l'homme.

On a voulu attribuer, dans la genèse du cancer, un rôle à l'alimentation carnée. Or, dans les espèces animales, les tumeurs cancéreuses s'observent avec une égale fréquence chez les herbivores et chez les carnivores. Le cheval n'est pas plus indemne de tumeurs malignes que le chien.

De même, les irritations locales prolongées, si souvent invoquées à l'origine du cancer, en pathologie humaine, ne semblent pas intervenir beaucoup en pathologie animale. Chez le cheval, la peau des régions qui supportent les harnais subit pendant des années une irritation mécanique ou traumatique quotidienne, et cependant les tumeurs malignes ne sont pas plus communes en ces régions qu'aux autres parties du corps. Un argument du même ordre est la rareté, dans les espèces animales, du cancer des voies digestives. En médecine vétérinaire, on voit très peu de cancer des lèvres, de la langue, de l'œsophage, de l'estomac, du rectum, malgré l'alimentation grossière des animaux et la fréquence avec laquelle ils ingèrent des objets hétéroclites, source de traumatismes du tractus digestif. La grande rareté des cancers du tube digestif chez l'animal, contrastant avec leur fréquence chez l'homme, mérite d'être notée. L'alcoolisme, la syphilis, ne sévissent pas en pathologie vétérinaire. Exceptionnels également sont les cancers de la mamelle et de l'utérus chez les animaux. D'ailleurs, bien que le cancer, dans sa totalité, soit assez fréquent chez l'animal, il a souvent une gravité moindre que chez l'homme.

Autre point : le cancer du pénis et le cancer du fourreau sont relativement fréquents dans la race chevaline, mais les excitations génésiques et les frottements sexuels n'ont aucune part dans leur production, car ils sont surtout l'apanage des sujets châtrés.

M. HAYEM remarque que le terrain organique de l'homme est plus complexe que celui de l'animal.

M. LETULLE estime qu'un nombre important de cancers vrais se rattachent à un développement défectueux de nos tissus au cours de la vie embryonnaire.

Les dangers du radium. Mesures de protection.

(M. BORDIER, de Lyon. — *Académie de médecine.*)

Un travail du Dr Mottram, du « Radium Institute » de Londres, a montré que le radium fait courir aux personnes qui le manipulent des dangers plus redoutables encore que les rayons X. Trois cas de mort de ce genre ont été constatés chez des infirmiers du Radium Institute.

L'action nocive du radium, en pareil cas, porte sur les organes hématopoiétiques, d'où anémie et absence de régénération sanguine. Le danger est d'autant plus grand qu'il n'est pas annoncé, comme pour les rayons X, par des lésions de la peau. D'ailleurs, les rayons X plus puissants que l'on emploie aujourd'hui peuvent faire courir des risques voisins de ceux du radium. L'auteur formule le vœu que la question des moyens de protection des personnes exposées aux rayons du radium soit étudiée par l'Académie.

M. TUFFIER a appris qu'en Amérique les femmes employées dans les salles de préparation des appareils radifères étaient l'objet d'accidents de ménopause anticipée, le séjour prolongé dans ces services entraînant des altérations des ovaires.

Angor pectoris et médiastinite bacillaire.

(MM. RIBADEAU-DUMAS et VIGNERON. — *Société médicale des hôpitaux.*)

M. Ribadeau-Dumas rapporte l'observation d'une femme de 75 ans entrée à l'infirmerie de l'hospice d'Ivry pour des crises douloureuses rétro-sternales offrant les caractères de l'angine de poitrine. La malade était, en outre, atteinte de lésions chroniques de la plèvre et du médiastin, d'origine tuberculeuse, expliquant les phénomènes cardiaques.



Les troubles de la coagulation dans l'érythrémie.

(MM. LAUBRY et DOUMER. — *Société médicale des hôpitaux.*)

MM. Laubry et Ed. Doumer ont étudié les troubles de la coagulation dans l'érythrémie (maladie de Vaquez). Les résultats ont été différents selon la méthode employée. Les troubles n'apparaissent pas à l'épreuve de Dukes (temps de saignement au lobule de l'oreille), mais sont très nets par la méthode de Bloch (sang citraté, puis dilué et recalcifié) et par celle de Brissaud (plasma salé, dilué). Le procédé de Dukes, comportant des erreurs, ne doit pas être ici retenu.

Choc hémoclasique après ponction d'un kyste hydatique.

(MM. BERGÉ, BÉNARD, GUTTMANN et ROBERTI. — *Société médicale des hôpitaux.*)

Les accidents dits d'intoxication hydatique, observés à la suite de la ponction ou de la cure chirurgicale des kystes hydatiques du foie, sont bien connus. La nature de ces accidents prête encore à discussion, mais l'on a tendance à admettre, depuis les travaux de Chauffard et de ses élèves, qu'ils sont d'ordre anaphylactique.

M. Bergé a observé chez une jeune fille atteinte de kyste hydatique du foie, à la suite d'une ponction, une série de phénomènes toxiques ayant consisté en élévation thermique, tachycardie, agitation et vomissements. Ayant recherché l'existence d'une crise hémoclasique, l'auteur a pu retrouver rapidement, cinq minutes après la ponction et assez longtemps avant le début des signes cliniques, tous les caractères du choc hémoclasique. Il en conclut que les accidents de l'intoxication hydatique doivent être rangés dans le choc hémoclasique.

M. SICARD ajoute que l'on pourra, dès lors, prévenir ces accidents et revenir à la ponction médicale du kyste hydatique en recourant aux techniques anti-colloïdoclasiques, en particulier à l'injection préalable, intra-veineuse, de 1 à 2 gr. de carbonate de soude dissous dans 50 centimètres cubes d'eau distillée.

La névrite spécifique et les douleurs de l'anévrysme.

(M. MANOUÉLIAN. — *Société médicale des hôpitaux.*)

M. Manouélian rapporte un cas d'anévrysme de l'aorte abdominale accompagné de vives douleurs lombaires, à exaspération nocturne. Le patient ayant succombé, M. Manouélian constata des lésions de névrite du plexus solaire, d'ordre spécifique, expliquant les douleurs et leur caractère nocturne. La constitution du sac anévrysmal lui est apparue celle du tissu scléro-gommeux, avec tréponèmes décelables en nombre variable. L'auteur souscrit, dans ces conditions, à l'opinion de M. Œttinger sur la modalité du traitement spécifique à mettre en œuvre dans ces anévrysmes. Le tissu gommeux, paroi de la poche, étant sa seule défense contre une rupture, il y aurait danger à le détruire trop rapidement. Le traitement intensif doit être rejeté pour ce motif.

Médication anti-sérique par le carbonate de soude intra-veineux.

(MM. SICARD et PARAF. — *Société médicale des hôpitaux*).

Le carbonate de soude en injections intra-veineuses peut prévenir les accidents sériques. De même le bicarbonate de soude en ingestion, à la dose de 10 à 15 grammes donnés un quart d'heure avant la prise de lait, empêche la crise hémoclasique digestive des insuffisances hépatiques (épreuve de Widal-Abrami). Peut-être en serait-il de même pour l'hémoclasie déclenchée à la suite de l'injection de sucre chez les diabétiques (Widal-Abrami-Iancovesco).

Partant de là, M. Sicard propose de recourir au carbonate de soude pour prévenir les accidents de la sérothérapie, accidents quelquefois sérieux et dont l'importance croît avec l'extension progressive de cette méthode thérapeutique. Cette pratique serait surtout intéressante chez les sujets sensibilisés déjà par une sérothérapie antérieure. M. Sicard a recours, dans ce but, à l'injection intra-veineuse d'une solution (en ampoule stérilisée) de un gramme de carbonate de soude pour 40 cent. c. d'eau distillée. La stérilisation doit se faire en verre dur — verre dit serax — pour éviter l'attaque du verre ordinaire. La méthode est, il est vrai, d'application assez difficile chez l'enfant.

P. L.

Reminéralisation phospho-magnésienne et cancer.

(M. DUBARD. — *Association française pour l'étude du cancer*).

I. — L'élimination urinaire exagérée de la magnésie n'est pas pathognomonique du cancer. En l'Etat actuel de nos connaissances, la dolomiurie ne peut asseoir le diagnostic précoce d'un néoplasme.

Elle se rencontre dans d'autres affections déminéralisantes : tuberculose au début ; troubles névropathiques, états dyspeptiques graves ou prolongés.

Mais c'est « un signal d'alarme » indiquant la rupture de l'équilibre, l'affaiblissement de la résistance, et qui pose une indication à la fois clinique et thérapeutique.

La reminéralisation dolomitique doit être envisagée, à notre avis, comme une cure de terrain et non comme une médication antiseptique des néoplasies.

Le temps est un facteur essentiel, qu'on ne saurait

RENOUVELLEMENT DES ABONNEMENTS

Pour éviter les frais de recouvrement nous prions nos abonnés de vouloir bien nous adresser le montant de leur abonnement, soit ***24 fr.***, par versement à notre compte de chèques postaux PARIS 167-95, versement qui peut être fait dans tous les bureaux de poste.

rait pallier par l'introduction de doses massives. La capacité d'assimilation juge seule la question d'efficacité ou non de la médication.

L'acide phosphorique, et surtout celui-ci sous une forme organique, nous a paru le fixateur électif de l'ion magnésien.

Une longue expérience nous a montré que l'absorption alternante d'acide phosphorique et de poudre magnésienne, est plus efficace que l'administration de phosphates, glycérophosphates, etc., que l'organisme est souvent impuissant à dégrader et à assimiler.

Dans l'œuvre de réminéralisation dolomitique, on devra se souvenir, avec Braithwait, que la soude et ses sels sont nos ennemis, car ils accélèrent la déperdition phosphorique et terreuse.

Aussi, en sommes-nous arrivés à formuler cette loi de pratique prophylactique : *Profiter des états dyseptiques pour reconstituer les réserves magnésiennes, en substituant systématiquement aux alcalins monovalents, les préparations dolomitiques.*

Car c'est préventivement ou à la période de doute ou tout au début, que la méthode enregistre ses succès, et non pas dans les cas avancés de généralisation, où toute thérapeutique est fatalement vouée à l'insuccès.

III. — Le temps et une longue expérimentation pourront nous fixer sur la valeur prophylactique de la réminéralisation magnésienne.

Les sarcomes, cependant si sensibles à certaines radiations, n'ont aucunement bénéficié du traitement réminéralisant. Seuls les épithéliomes ont été influencés.

Nos résultats sont encourageants, puisque sur un chiffre déjà considérable de sujets déjà traités, près de 40 p. 100 porteurs de lésions que, cliniquement, macroscopiquement et histologiquement, nous appelons *cancers*, ont vu leur état général et local s'améliorer, ou la marche de l'affection subir un retard impressionnant.

Les rémissions souvent inexplicables, notées chez certains cancéreux nous commandent la plus grande prudence dans nos conclusions.

Certains sujets, *soit* à cause de l'étendue du mal, de son siège, de ses généralisations ou de la forme histologique de la néoplasie, n'ont paru obtenir aucune modification de leur état local.

Cette réserve établie, il nous semble que la reminéralisation dolomitique devrait être employée comme la cure de terrain complémentaire de l'acte chirurgical toujours à conseiller, et des traitements locaux R. X.., radiumthérapie, liqueur de Czerny, etc...

Devant la gravité du problème, l'importance biologique des éléments dolomitiques, l'imminence de carence causée par le faible apport alimentaire, la reminéralisation magnésienne mérite d'attirer l'attention et doit avoir sa place dans la thérapeutique.

THÉRAPEUTIQUE APPLIQUÉE

Du traitement des séquelles pulmonaires chez les gazés de la guerre.

(*Suite et fin*) (1).

La méconnaissance de ces effets prête à confusion ou à des erreurs d'interprétation. Ce qui frappe dès le début du traitement, c'est la diminution presque constante de la dyspnée, procurant au malade une joie sans mélange. C'est la première période qui est immédiate : puis, suivent les autres en nombre varié, caractérisées par des alternatives de santé presque parfaite, avec, de nouveau, la sensation d'un certain malaise et de la réapparition de la dyspnée pendant quelques jours. Mais ces alternatives deviennent des plus en plus rares, plus espacées, à manifestations moins intenses chaque fois, pour céder finalement la place à la santé parfaite. Les malade de n'est plus alors dyspnéique, n'éprouve plus aucune gêne à faire n'importe quel effort, ne tousse ni ne crache plus. Que s'est-il passé ? Seuls, les signes d'auscultation, la qualité et la quantité des crachats émis permettent de tirer une conclusion.

La diminution si rapide de la dyspnée est due à ce que les malades, sous l'influence de la vapeur fluidifiant les crachats, la pression y aidant, arrivent à vider leurs bronches. L'obstruction des grosses bronches est levée. Le malade traduit très bien cette agréable sensation en nous disant : « Je me sens dégagé et je respire librement ». Il n'y a que celui qui a souffert de la véritable obsession qu'est la dyspnée pour apprécier à sa juste valeur ce résultat.

A ce premier soulagement correspond, à l'auscultation, une diminution marquée des ronchus et des sibilances, aussi bien en nombre qu'en volume. Il ne persiste alors que les signes fins de l'auscultation dus aux sécrétions séjournant dans les bronches fines lobulaires et alvéolaires, râles muqueux, râles congestifs et fines sibilances. Ce sont des zones plus ou moins larges constituant, à mon avis, la lésion réelle et chronique, le point de départ de toutes les complications. Tant qu'elles n'ont pas disparu, le malade n'est pas guéri ; seule, la désobstruction en met le gazé à l'abri des ennuis futurs. C'est là qu'entre surtout en ligne de compte toute la valeur de ma méthode, car il n'est pas possible, en dehors d'elle, d'obtenir cette désobstruction.

Cette période nous est du reste annoncée par une symptomatologie particulière.

Après un temps de soulagement, la dyspnée revient quelquefois très violente, l'état général

(1) Voir *Concours Médical* n° 16.

laisse à désirer, les grosses bronches étant vidées et asséchées, les crachats sont presque nuls, la toux est sèche et fréquente. Les signes d'auscultation n'ont pas varié. Puis, tout d'un coup, les crachats réapparaissent, abondants, muqueux, mucopurulents. Les petits râles sont devenus gros, les sibilances de même. Le malade expectore de véritables paquets de pus ressemblant à des vomiques et contenant de nombreux moules bronchiques. Ceux-ci revêtent la forme des bronches qu'ils ont obstruées, et vont de la forme vermicelle à celle du réseau de bifurcation lobulaire, imitant de façon frappante une branche d'arbre avec ses divisions. Leur consistance est souvent très prononcée, traduisant et l'ancienneté et la solidité avec laquelle ils étaient enchâssés entre les parois bronchiques. On devine pourquoi la dyspnée avant l'évacuation a été si intense. Cette élimination dure généralement plusieurs jours, puis se ralentit et disparaît. Le calme est revenu, le malade déclare que sa respiration est plus ample, plus large.

L'auscultation donne une diminution du volume et du nombre des râles et sibilances, en même temps qu'une diminution d'étendue ; la zone suspecte est plus petite, quelquefois disparue après une seule élimination. Plus souvent, il en existe plusieurs, tantôt plus, tantôt moins fortes, jusqu'au mome où l'absence des râles et des sibilances, de la toux et des crachats, de la dyspnée, indiquent que les bronches, si petites soient-elles, sont débarrassées de leurs sécrétions et laissent le champ libre à l'air. Mais elles ne sont pas que débarrassées de leur contenu gênant. Les balsamiques qui ont pénétré, en même temps que la vapeur, ont modifié la surface de sécrétion, et, à constater que presque pas un seul malade ne s'est plaint de rechute, il faut en conclure que la sécrétion a été tarie totalement. C'était le but à atteindre ! Le malade est dorénavant à l'abri des complications.

Le traitement n'a duré que de 2 à 3 mois.

Voici ce qu'il en est pour les gazés simples non compliqués.

***

Mais j'en ai également soigné atteints déjà de complications.

La bronchite suppurée intense, torpide, m'a paru être la plus fréquente. Le résultat est le même, mais la durée du traitement ne peut être calculée en raison de l'impossibilité où l'on se trouve d'apprécier l'étendue et la profondeur des surfaces suppurantes. Elles ne se traduisent par rien à l'auscultation, et le diagnostic ne peut être fait que par les crachats qui sont jaunes, filants, s'évacuant en quantités énormes, à odeur fade ou fétide. Le premier symptôme d'amélioration chez des malades moins dyspnéiques que les précédents, consiste en la diminution très grande de la quantité émise, en ce que le pus devient moins jaune, plus dilué et en ce que la fétidité, en dehors des périodes d'élimination forcée, disparaît.

On trouvera, dans les observations qui suivent, une relation se rapportant à une *bronchite gangréneuse* dont l'odeur infecte se répandait irrésistible ; une autre observation, se rapportant à un malade présentant un foyer localisé de ramollissement avec souffle et hémoptysies ; et enfin, des gazés devenus bacillaires.

La particularité de ceux-ci me semble résider en ce que leur bacillose appartient surtout aux formes fibreuses, avec leurs hauts et leurs bas, relativement localisées, à évolution longue et déprimante avec un état général assez bon dont le malade, du reste, ne peut jouir à cause de la dyspnée qui lui interdit tout effort suivi.

Le traitement s'adresse ici surtout à la bacillose.

On trouvera plus loin deux observations se rapportant à ces formes.

Observations.

Soldat T... 27 ans, chloré en 1915, évacué pour bronchite consécutive aux gaz, mis dans l'auxiliaire et inapte définitif. Les divers traitements sont restés sans effet sur son état pulmonaire. Celui-ci est caractérisé au point de vue fonctionnel par une dyspnée d'effort extrêmement pénible ; la marche accélérée, la course, monter un escalier normalement, sont chose impossible. Des crises d'asthme entrecoupent très fréquemment les périodes de calme relatif ; elles sont aussi bien diurnes que nocturnes. Le malade ne peut se coucher allongé ; il passe ses nuits avec 2 ou 3 oreillers dans son dos. État général bon, appétit conservé. Au point de vue physique, ce sont des ronchus et sibilances de tous les calibres, généralisés aux deux poumons. A la base gauche, il existe un large foyer de râles fins, serrés, augmentés de nombre et d'intensité par la toux, ne laissant pas passer l'air. Il commence les inhalations en novembre 1917, par conséquent 2 ans après son intoxication et des essais infructueux de guérison. Après 15 jours d'inhalations prises à l'Inhalatorium journellement, il accuse une diminution notable de la dyspnée. Pendant ce temps il a évacué des quantités énormes de muco-pus. Il peut marcher mieux, mieux aussi faire des efforts et, ce qui le rend spécialement heureux, c'est que ses nuits sont bonnes. « Enfin je dors », nous dit-il !

Deux mois de traitement pendant lequel il subit plusieurs crises d'élimination accompagnées chacune de dyspnée et de toux plus intense, quoique moindre chaque fois et le gazé est guéri. Plus aucune dyspnée, il peut courir, faire n'importe quoi, rien n'entrave plus une vie normale. Plus de toux, plus de crachats ;

je l'ai revu il y a peu de temps, 3 ans après le traitement, il n'a jamais plus rien eu.

Il s'est marié, il y a un an, superbe de santé.

***

Soldat D...,42 ans, réformé 100 %,ypérité en juillet 1918 et évacué. Depuis cette date, le malade n'a cessé de souffrir, incapable à tout travail. Il se présente à l'Inhalatorium en mai 1919 se plaignant d'être constamment oppressé, jour et nuit. Il se réveille toutes les demi-heures suffocant, en proie à des quintes de toux atroces avec crachats. Le soir, il n'ose pas manger de crainte de favoriser l'éclosion des crises. Il vomit presque journellement les aliments qu'il prend, ne peut se coucher et passe ses nuits assis dans le lit ; une douleur violente le tenaille constamment du côté gauche. Il est amaigri,pâle, complètement asthénié, un véritable squelette. Pour atteindre le premier étage de l'inhalatorium, il se cramponne aux rampes d'escaliers, s'arrêtant à chaque marche.

A l'auscultation, ce sont des ronchus et sibilances d'une densité extrême ; c'est à peine si on entend la respiration. L'inspiration est courte, l'expiration très prolongée et pénible. Au sommet gauche, en arrière, il existe un foyer de râles fins aux deux temps avec submatité et vibrations augmentées et renforcées par la toux.

Après avoir craché d'énormes paquets de mucopus, il commence à être moins oppressé au bout de 15 jours. Il ne vomit plus ses aliments, repose mieux, engraisse. Cette amélioration continue pendant 2 mois. Puis se montre une crise de dyspnée dépassant en intensité presque celles qu'il a eues jusqu'alors. Il est obligé de se reposer, mais aussitôt il fait une véritable vomique qui dure 2 jours suivie d'expectoration fétide et abondante pendant 8 jours. Puis, tout rentre dans l'ordre. La dyspnée a disparu ; le malade au bout de quelques inhalations sent une amélioration inaccoutumée. Il respire librement, dort sans aucune gêne, peut marcher et faire ce qu'il veut.

Il reprend ses forces, engraisse et quitte l'Inhalatorium. Le tout a duré 3 mois. A l'auscultation plus rien. Je revois ce malade de temps en temps. Il est transformé, ne se plaint plus de rien et occupe un emploi assez pénible de garçon livreur, sortant par tous les temps. Aucune rechute. Analyse des crachats négative à l'entrée et à la sortie.

***

Soldat C...,28 ans, ypérité en 1916, auxiliaire pour ce motif, évacué pour bronchite consécutive aux gaz. Constamment malade, toussant,crachant un pus fétide avec crachats nummulaires fréquents ; hémoptysies fréquentes à sang rouge vif. État général mauvais, pâleur des téguments, appétit capricieux, dyspnée moyenne sans crises exacerbantes, mais consécutive à chaque effort soutenu. Point douloureux constant, un peu au-dessous et en dehors du mamelon gauche.

A l'auscultation, ronchus et sibilances dans tout le poumon gauche. Au point douloureux il existe un souffle très net avec râles sous-crépitants, renforcés par la toux. Température vespérale 38,2 à 38,7. Il commence le traitement en novembre 1917 et subit plusieurs séries de crises de dyspnée suivies chacune d'expectoration abondante, fétide et hémorragique. L'état général s'améliore très vite, les forces reviennent et la dyspnée diminue progressivement. La fétidité des crachats cesse en même temps que les hémoptysies. La température devient normale. A l'auscultation,le souffle disparaît, les sous-crépitants diminuent. En 3 mois, le malade est complètement remis et n'a plus de signes d'auscultation. J'ai revu ce malade il y a 3 mois, très bien portant, sans aucun signe anormal.

***

Soldat V... 25 ans, réformé avec pension ; ypérité en octobre 1918 et congestion pulmonaire gauche en novembre. Depuis cette époque, il tousse et crache sans accès de dyspnée intense, mais dyspnée d'effort. L'expectoration est extrêmement abondante, constituée par du pus jaune filant, à odeur alcaline très prononcée. En plus, il a 2 fois par jour une vomique, l'une le matin, l'autre à midi. L'état général est satisfaisant. Pas de température. Doigts hippocratiques. A l'auscultation on trouve toute la base gauche envahie par un très grand nombre de râles humides d'assez gros calibre pendant l'inspiration, augmentés par la toux.

Il commence le traitement un an après le début de son affection, après avoir épuisé toute la théra eutique. Au bout d'un mois, les vomiques ne se reproduisent plus, l'expectoration, en dehors des vomiques, a diminué de beaucoup et n'a plus aucune odeur. Plus de dyspnée d'effort. Le malade poursuit le traitement, diminuant ses crachats progressivement. Il est obligé de partir, mais nous quitte en disant : si je n'avais pas encore 3 ou 4 crachats dans la journée, je ne me sentirais plus malade. J'ai eu de ses nouvelles depuis. Il exerce le métier de mécanicien sans aucune difficulté, crache encore un peu, mais des crachats muqueux, et se porte très bien. Analyse négative.

***

Soldat P... 35 ans, ypérité, réformé 100 %. Première hémoptysie en juillet 1918. Depuis, il ne cesse de tousser et de cracher. Presque tous les crachats sont sanguinolents. En septembre 1918, nouvelle hémoptysie très abondante. L'état général va en déclinant jusqu'en août 1919. Depuis, il reste stationnaire, l'appétit est assez bon, la dyspnée plus accentuée. A l'entrée à l'Inhalatorium le malade tousse et crache abondamment. Les quintes sont nombreuses et



agaçantes. La nuit surtout, elles se font plus exacerbantes; encore il ne peut se coucher sans être pris aussitôt d'une quinte qui dure de 15 à 30 minutes ; puis il s'endort assis sur son lit pour se réveiller plusieurs fois dans la nuit. Tous les crachats contiennent du sang rouge-brique mêlé à de la pulpe. Ils ont une odeur de fétidité extrême et caractéristique. Doigts hippocratiques.

A l'examen, on trouve au poumon droit en arrière dans la gouttière scapulo-vertébrale, une respiration soufflante (pas de souffle véritable), irrégulièrement perçue avec retentissement de la voix. La toux fait éclater d'assez nombreux râles humides qui disparaissent aussitôt. Dès le 2e jour, le malade se sent mieux, les crachats ont diminué, les quintes nocturnes ont disparu, il peut enfin dormir. L'état général s'améliore, la fétidité des crachats diminue, quoiqu'il rejette toujours des quantités assez considérables de matières pulpeuses. Au bout de 6 mois, tout a disparu, le malade a repris sa vie normale.

Je l'ai revu, il y a un mois, sans aucun des symptômes précédents, très bien portant.

***

Soldat C... 23 ans, ypérité en 1918. Réformé 100 p. cent. Nombreux bacilles de Koch : n'a cessé de tousser et de cracher, mais sa situation s'est surtout aggravée depuis juin 1919. Il a une hémoptysie en novembre 1919. A l'entrée à l'Inhalatorium, juin 1920, il se plaint de tousser et de cracher beaucoup et surtout d'être incommodé par une dyspnée qui se produit au moindre effort, lui interdisant tout travail. L'état général est bon, l'appétit de même ; pas de température. A l'examen on trouve de très nombreux craquements humides dans tout le poumon gauche, augmentés de nombre et de volume par la toux, particulièrement confluents à la base gauche.

Au poumon droit, de nombreux craquements secs dans la fosse sous-claviculaire.

En décembre 1919, le malade quitte le traitement ne toussant plus, crachant très peu, sans aucune dyspnée. A l'auscultation, les craquements humides ont disparu et il ne persiste plus que quelques ronchus irrégulièrement perçus au poumon gauche en arrière. A l'analyse, bacilles extrêmement rares, après une analyse négative. Son médecin, surpris de ce changement, m'a adressé ses félicitations sur ce remarquable résultat, dit-il. Le malade a cessé le traitement pour raisons personnelles.

***

Soldat L... 50 ans, ypérité en juin 1916. Réformé 100 % pour tuberculose pulmonaire en septembre 1916. Analyse : nombreux bacilles. Après une période très grave en juin et septembre 1916, le malade maintient un état général assez satisfaisant n'ayant perdu que 5 kilog depuis cette date. Il tousse et crache moyennement ; les forces sont médiocres ; il ne peut se livrer à un travail normal à cause de la dyspnée qui se manifeste aussitôt après l'effort. L'état général est assez bon, néanmoins il se sent décliner depuis environ 2 mois, motif qui le fait venir à l'Inhalatorium. A l'examen on trouve des lésions multiples et variées, les unes appartenant à des processus de sclérose ancienne, les autres à des lésions évolutives.

Deux zones attirent particulièrement l'attention. A gauche, dans la fosse sous-épineuse, existent au milieu d'un grand nombre de râles humides quelques râles caverneux, alors que la base du même côté est obscure, farcie de nombreux râles dits sous-crépitants humides d'inspiration).

Au sommet droit, aussi bien en avant qu'en arrière, il existe de nombreux craquements humides.

Aujourd'hui, il ne persiste plus aucun craquement à droite.

A gauche en avant, il persiste encore des craquements secs et en arrière quelques rares craquements secs en voie d'effacement.

Le malade au point de vue de l'état général va très bien ; plus de dyspnée d'effort. L'analyse ne révèle plus que de très rares bacilles. Continue le traitement.

Ces deux gazés, devenus tuberculeux tous les deux, à forme fibreuse, me paraissent particulièrement intéressants à signaler en raison de l'ancienneté de leur lésion, mais surtout en raison de l'intensité des lésions en évolution.

***

Je me suis borné, dans mes observations, à ne communiquer que des cas types, tous compliqués : les uns de sclérose plus ou moins étendue, les autres de congestion aiguë, de bronchectasie, de gangrène ou de bacillose.

Ils n'appartenaient certes à aucune indication thérapeutique, puisque, depuis longtemps, les complications dont ils étaient atteints devaient les conduire à une issue fatale. La valeur d'une méthode ne doit être logiquement jugée que d'après les résultats obtenus sur des lésions à leur origine. Le fait que des lésions de catarrhe simple ou d'ulcérations récentes n'ont pu être déviées de leur cours de complication ultérieure, juge la valeur des procédés employés chez eux. Il me serait aisé de faire imprimer une centaine d'observations types de gazés dont les lésions ne s'étaient encore pas compliquées, mais je puis bien dire en faveur de ma méthode : cela ne présente pour moi plus aucun intérêt tant ces lésions cèdent facilement à ma thérapeutique. Excusez cette prétention; cela n'en est pas une, c'est une simple constatation. Quant, au prix d'incroyables efforts, on a vainement cherché à se rendre utile à tous et non à quelques-une seulement, on a autre chose que de la prétention.


EPF

En présence des explications qui précèdent, est-il admissible qu'on ait le droit d'ignorer plus longtemps une médication qui fait ses preuves depuis fin 1917 ? Non, n'est-ce pas ? Il y a des devoirs auxquels on ne se soustrait pas indéfiniment. Mais on peut se demander s'il existe encore des gazés, tant la mort a fauché dans leurs rangs. Hélas, oui ! Seulement ils sont las des essais de traitements aussi répétés qu'infructueux et ils se laissent aller, désespérés, pour ne revenir chez le médecin que quand les complications ne leur permettent plus de faire autrement.

Eh bien, je le redis aujourd'hui avec la même force que je le fais depuis 3 ans : il faut sauver les milliers de gazés qui sont exposés aux complications funestes (les boiteux du poumon de notre 2e catégorie) parce qu'on le peut.

Il faut leur apprendre que leurs lésions sont dangereuses.

Il faut mettre à leur disposition de nombreux inhalatoria avec le personnel médical et infirmier compétent.

Il n'est pas dans notre pouvoir de le faire ; mais devant le danger auquel continuent à rester exposés tant d'anciens combattants, le devoir est tracé.

Dr ARNOLD, ✻, ✠,
Directeur de l'Inhalatorium.

VACCINATION

Vaccine normale et vaccines modifiées dans les revaccinations,

Par le Dr André FASQUELLE.

Pour banale et courante qu'elle soit dans la pratique médicale, la vaccination jennérienne n'en comporte par moins assez fréquemment certaines anomalies de manifestation et de réaction qu'il est important de bien connaître.

Nous avons demandé à notre excellent confrère, le Dr André Fasquelle, Directeur de l'Institut de Vaccine animale, de vouloir bien traiter pour nos lecteurs cette question qui lui est particulièrement familière.

M. Fasquelle nous a remis le travail ci-après, publié déjà il y a près de 15 ans et qui, après quelques retouches, a tenu à rester dans les limites de la pratique vaccinale.

N.D.L.R.

Au moment où la loi du 15 février 1902, sur la vaccination et la revaccination obligatoires, a trouvé partout son application, nous avons cru intéressant de dégager des documents connus ce qu'il est essentiel de savoir au sujet des vaccines modifiées (1), peut-être un peu oubliées, que l'on observe dans les revaccinations.

(1) Appelées encore « fausses vaccines », « vaccines incomplètes », résultats douteux, incertains.

S'il est, en effet, facile d'apprécier les résultats de la première vaccination, il n'en est pas de même dans les revaccinations.

A quoi tient cette différence ?

Sans nous attarder à l'historique de cette question ni aux longues dissertations auxquelles elle a donné lieu, nous allons demander à la clinique d'abord, puis à l'expérimentation, le soin d'y répondre, nous réservant d'en tirer telles conclusions qui nous paraîtront en découler.

Quand on observe jour par jour les phénomènes qui se succèdent au niveau des points d'inoculation de vaccin chez des revaccinés, voici d'abord un type d'éruption que l'on pourra rencontrer (fig. 1 [1]).

A première vue, on reconnaît, dans cette figure 1, la *vaccine normale*, celle que l'on observe à une première vaccination chez le nouveau-né, ou à la revaccination d'un individu ayant perdu toute immunité vaccinale.

Résumons, dans leurs grandes lignes, les caractères classiques de cette vaccine normale chez les revaccinés :

1° La formation des papulo-vésicules ne commence à apparaître qu'à la fin du troisième jour ou au début du quatrième.

2° Au huitième jour, c'est le « bouton blanc aplati, ombiliqué » bien connu. La sérosité, *inoculée à des enfants non encore vaccinés, leur donne une vaccine normale, aussi belle que le ferait du vaccin frais pris directement sur la génisse, ou de la pulpe glycérinée ayant conservé son activité primitive.*

3° La pustule conserve ces caractères pendant deux, trois, quatre jours ou plus ; la sérosité qu'elle contient devient seulement plus louche et moins abondante ; elle est aussi moins active.

C'est à ce moment que les auteurs anciens signalent l'apparitions de symptômes *généraux* (courbature, anorexie, céphalalgie, fièvre), *locaux* (rougeur, chaleur, douleur et œdème des bras au niveau des scarifications), *régionaux* (tuméfaction douloureuse du groupe externe des ganglions axillaires).

4° Après ces quelques jours, il commence à se former des escharres d'abord au centre, puis sur toute la surface de la pustule. Ces escharres brunâtres, semblables aux croûtes de la première vaccination, tombent du quinzième au vingt-cinquième jour en laissant des cicatrices bien nettes, mais moins accentuées et moins durables que les cicatrices de la première vaccination.

Tous les praticiens porteront ces cas comme vaccinations positives, comme succès incontestables dans toutes leurs statistiques. On observera assez rarement ce type parfait, avec tous ses stades bien réguliers, chez les enfants revaccinés pour la première

(1) Ce tableau, ainsi que ceux qui vont suivre, sont empruntés à la belle collection de M. Chambon actuellement réunie à l'Institut de vaccine animale, 8, rue Ballu. Tous ces dessins ont été faits d'après nature dans les services hospitaliers de la ville de Paris.

fois à dix ans, plus souvent chez les revaccinés pour la première fois à vingt ans et surtout chez les femmes et les vieillards.

***

Voici, au contraire, deux types que l'on rencontrera plus souvent dans les revaccinations (fig. 2 et 3).

La figure 2 rappelle beaucoup la figure 1 ; cependant, en l'examinant de plus près, on remarque facilement que :

1° Les pustules ont une évolution générale plus rapide ;

2° Elles débutent plus tôt, dès le deuxième ou troisième jour ;

3° Elles sont moins développées, mais elles ont toujours l'ombilication ;

4° Leurs contours sont moins bien limités ;

5° Les phénomènes généraux, locaux, régionaux sont moins accentués ;

6° Les escharres qui succèdent aux pustules sont moins profondes, elles tombent plus tôt, ordinairement du douzième au vingtième jour ;

7° Les cicatrices s'effacent rapidement ; au bout de quelques semaines, on ne remarque que des taches à limites floues, d'un blanc-grisâtre.

Ce qui prouve bien que ces pustules sont réellement vaccinales, c'est que si l'on vaccine pour la première fois un enfant ou une génisse avec la sérosité recueillie le sixième ou septième jour sur ces pustules, on obtient une vaccine normale ou à peine modifiée.

Quand le médecin vient constater au huitième jour le résultat des revaccinations et qu'il se trouve en face de ces figures de vaccine modifiée (fig. 2 et 3), il est souvent embarrassé, il hésite, va-t-il mettre succès ou insuccès ? Habitué à observer l'évolution de la vaccine chez le nouveau-né, il a, malgré lui, devant les yeux, comme terme de comparaison, l'aspect familier de la pustule normale au huitième jour ; quand il voit cette pustule pâle, dont l'ombilication est souvent cachée par le début de l'escharre, entourée d'une faible zone inflammatoire, peu humide (fig. 2) ou déjà presque sèche (fig. 3), intransigeant, il mettra « insuccès », conciliant « succès », hésitant « fausse vaccine ou succès douteux », alors qu'il se trouve en présence d'une *vaccine modifiée* évoluant sur un organisme en partie immunisé par une vaccination ou une variole antérieure. Si les individus qui présentent ces types de vaccinations modifiées avaient contracté la variole, ils auraient présenté une variole atténuée, une varioloïde. Aussi a-t-on pu donner par analogie, à ces vaccines modifiées, le nom de *vaccinoïdes* (Béclère, Chambon, et St-Yves Ménard) (1).

Cet embarras du médecin, dans la classification des résultats, s'accentuera encore, on le conçoit facilement, si la revision des revaccinés se fait après le huitième jour, époque déjà tardive pour l'observation des vaccines modifiées. Il est remarquable de voir, en effet, combien rapidement change l'aspect de ces vaccines modifiées entre le septième et le dixième jour, alors que la vaccine normale conserve pendant cette période son aspect classique d'ombilication (comparez fig. 1, 2, 3).

Ce sont ces cas qui faussent les statistiques générales, réunion de statistiques particulières qui ne peuvent être comparables. C'est pourquoi il est impossible de tabler sur des statistiques non intégrales faites par différents observateurs ou par le même observateur revoyant ses vaccinés à des intervalles non identiques. Un jour ou deux d'attente peuvent faire varier les résultats dans de grandes proportions : les vaccines normales restent, en effet, comme succès certains, mais les vaccines modifiées tombent toutes dans les insuccès.

***

Voici enfin un dernier type d'éruption vaccinale modifiée (fig. 4).

Il n'y a que les vaccinés ou les parents des enfants vaccinés qui le constatent ; le médecin ne le voit jamais au moment du contrôle de la revaccination. Au 8e jour, en effet, de cette éruption éphémère, il ne reste plus que la trace d'une piqûre avec une petite croûte et une zone inflammatoire insignifiante. Pour ces cas, le médecin n'hésite pas, il les classe comme insuccès. Et cependant si on avait suivi jour par jour le processus vaccinal, on aurait pu voir que « quelquefois, déjà après vingt-quatre heures, mais d'autres fois seulement après quarante-huit heures, de petits noyaux se forment autour des incisions ; ces noyaux prennent une couleur rose et ont la grandeur d'une lentille ou d'un pois. Le troisième ou quatrième jour, il s'élève sur ces noyaux une petite pustule qui n'est jamais plus grande qu'une lentille, mais qui possède encore une structure cellulaire ou une dépression centrale. Ces pustules ont des parois très minces, de sorte que, le plus souvent, dès le cinquième jour, elles sont déchirées par le frottement et sont alors remplacées par de petites croûtes » (Steinbrenner) (1). Si bien que, comme le dit Eichorn, « très souvent les observateurs ne voient pas ces petites pustules et croient qu'il n'y en a jamais eu, d'autant qu'elles ne laissent jamais de cicatrices ».

Ainsi que l'a très bien remarqué et exprimé Steinbrenner, « comme pour la varioloïde, il arrive aussi pour les différents degrés de la vaccine modifiée que, depuis le degré le plus modifié jusqu'à la vaccine la plus normale, la transition se fait insensiblement par les nombreux cas intermédiaires ; de sorte qu'il n'y a pas de démarcation distincte entre les différents degrés de la vaccine modifiée, ni entre la vaccine modifiée et la vaccine vraie ». C'est ce qui explique que sur le même individu on pourra trouver à la

(1) *Annales de l'Institut Pasteur*, janvier 1896, p. 7.

(1) Steinbrenner, *Traité sur la Vaccine*, Paris 1846.

fois des pustules modifiées des types 2 et 3 ou des types 3 et 4.

La nature vaccinale de ce dernier type de pustules (fig. 4) est discutée. Si Eichorn a pu nettement, avec la sérosité, donner à des enfants une vaccine légitime; Steinbrenner a échoué dans deux tentatives; aussi, en pratique, croyons-nous sage de négliger ces vaccines très modifiées et de les classer dans les insuccès.

C'est ce type que notre distingué confrère, le Dr Rafinesque, médecin inspecteur des Écoles de la Ville de Paris, classe dans les résultats zéro simple (0).

Enfin, les *véritables insuccès* (double zéro (00), Dr Rafinesque) doivent être réservés aux cas où, aux points d'inoculation, il ne se développe ni pustule, ni vésicule, ni papule ; au huitième jour, il ne reste de la petite scarification qui a été faite qu'une trace insignifiante.

Cette forme d'insuccès (double zéro) est celle que l'on observe chez le nouveau-né quand la vaccine échoue ; on la constate aussi chez les individus qui ont subi plusieurs revaccinations antérieures, deux, trois, quatre ou plus, ou qui ont été vaccinés avec succès certain (cela va sans dire), mais aussi chez ceux qui ont présenté, plusieurs mois auparavant, une vaccine modifiée.

C'est ainsi que le Dr Rafinesque a noté depuis longtemps que les enfants qui, une année, avaient présenté une vaccine modifiée ou un résultat classé par lui zéro simple (0), avaient toujours le résultat double zéro (00), le véritable insuccès, à la revaccination de l'année suivante.

Notre excellent ami, le Dr Casteret, de Toulouse, dans sa très intéressante étude sur les « Éruptions mal caractérisées de la vaccine » (1), arrive aux mêmes conclusions ;

« 1° Les boutons « douteux » sont de nature vaccinale ; leur ensemencement sur la génisse donne une éruption typique de la vaccine.

« 2° Ils constituent une vaccine avortée ; la vaccine n'a pu arriver à son complet développement parce que le sujet était en état de moindre réceptivité, mais elle a rendu à l'individu son complément d'immunité, puisqu'une nouvelle revaccination, pratiquée trois mois après, reste entièrement stérile. »

Dans toutes les collectivités, écoles, pensions, etc., où, par application de la loi du 15 février 1902, le service des vaccinations et revaccinations fonctionne méthodiquement depuis de longues années, il est logique de penser que le chiffre global des vaccines modifiées doit l'emporter de beaucoup sur les vaccines normales puisqu'on opère sur des sujets ayant subi un nombre plus ou moins grand de revaccinations.

Aussi, pour apprécier l'état de la réceptivité, est-il nécessaire de connaître le nombre de revaccinations antérieures.

(1) *Presse médicale*, 24 juin 1899.

Voici, par exemple, une statistique des résultats obtenus chez 152 jeunes gens de treize à dix-huit ans de l'École municipale Estienne. Ces élèves ont été revaccinés par nos soins le 22 décembre 1905 et ont été revus par nous-même le 29 décembre 1905, c'est-à-dire sept jours pleins après la revaccination.

NOMBRE des revaccinations antérieures	NOMBRE d'élèves	SUCCÈS		INSUCCÈS
		Vaccine normale	Vaccine modifiée	
1	9	1	4	4
2	56	5	10	41
3	31	1	3	27
4	17	0	3	14
5	19	0	3	16
6	6	0	1	5
7	6	0	0	6
8	4	0	0	4
9	3	0	0	3
10	1	0	0	1

On voit, d'après ce tableau, chez ces jeunes gens de treize à dix-huit ans, qu'après la troisième revaccination, il n'y a plus de vaccine normale et qu'après la sixième, l'immunité est absolue, puisqu'il n'apparaît ni vaccine normale, ni vaccine modifiée. Ces résultats se rapprochent beaucoup de ceux publiés par nos confrères, dans les Écoles de la Ville de Paris.

Il est donc raisonnable, avant d'accuser le procédé opératoire ou le vaccin employé (1), de se demander *si ce n'est pas au terrain totalement ou en partie* immunisé qu'il faut attribuer le petit nombre des vaccines normales dans les revaccinations successives. Aussi, dans l'appréciation des résultats, faut-il tenir le plus grand compte des revaccinations effectuées antérieurement (2), puisqu'un résultat classé comme nul, quand on ne connaît pas bien ces vaccinoïdes ou quand la revision a été tardivement faite, a parfaitement pu être une vaccine modifiée venant donner à l'organisme le complément d'immunité qui lui manquait.

***

Nous voici bien fixés par l'observation et la clinique sur l'existence de ces vaccines modifiées qui peuvent s'expliquer, si j'ose faire cette comparaison, par le phénomène décrit par Richet sous le nom d'anaphylaxie dans l'action des poisons, où

(1) Pour être bien certain que la qualité du vaccin ne peut être mise en cause, il est bon de vacciner, toujours avec le même vaccin, un certain nombre de nouveau-nés chez lesquels (à part des exceptions rarissimes sur lesquels nous reviendrons) on doit toujours avoir un succès franc.

(2) Pour être complet, il faudrait également connaître la date de la dernière revaccination et le résultat des revaccinations antérieures. Malheureusement, le praticien ne pourra que très rarement contrôler, *de visu*, ce résultat, puisque, le plus souvent, les revaccinations mêmes positives, peuvent ne laisser, comme nous l'avons dit, que des traces éphémères.

mieux, par l'état d'*allergie* étudié par Pirquet dans la vaccine est bien mis en lumière dans le récent et excellent travail de notre ami le Dr Pierre Gastinel (1).

Pour qu'il ne puisse subsister aucun doute dans l'esprit, il fallait démontrer qu'on pouvait les reproduire expérimentalement en diminuant la réceptivité de l'organisme vis-à-vis de la vaccine.

MM. Chauveau (2), Maurice Raynaud (3), Strauss, Chambon et Ménard (4) nous avaient déjà appris que, dans certaines conditions, par l'injection sous-cutanée ou endo-veineuse de vaccin ou de sang d'animal vacciné, on pouvait immuniser complètement un animal contre la vaccine, mais l'immunisation ayant été trop absolue, jamais ces auteurs n'avaient obtenu de vaccines modifiées.

C'est au cours de leurs patientes et belles recherches sur « l'immunité vaccinale » que MM. Béclère, Chambon et Ménard (5) y sont parvenus pour la première fois.

Alors que sur une génisse neuve, l'inoculation de vaccin par scarification donne lieu à la formation de pustules vaccinales typiques, ces observateurs purent modifier l'éruption en faisant une injection sous-cutanée de sérum recueilli chez une génisse vaccinée quelque temps auparavant.

« Le sérum d'une génisse, vaccinée depuis quarante-six jours, est injecté en sept reprises, séparées par des intervalles de vingt-quatre heures, à la dose totale de deux litres, sous la peau d'une génisse non vaccinée. Cette dernière, inoculée aux flancs presque aussitôt après avec du vaccin normal et éprouvé, présente une éruption remarquablement modifiée et comme avortée. De même qu'on appelle *varioloïde* l'éruption variolique modifiée par une première atteinte de la maladie ou par une vaccination antérieure, de même, par analogie, cette éruption vaccinale modifiée mérite le nom de « *vaccinoïde* ».

Des éléments éruptifs, beaucoup ont avorté. La plupart sont croûteux et secs ; quelques-uns seulement, et par places, pustuleux, contiennent de la lymphe que l'on recueille et que l'on soumet à des essais. La virulence de cette lymphe semble varier avec la quantité de sérum préalablement injecté. Tantôt elle est très amoindrie puisque la lymphe inoculée à un animal reproduit l'éruption de vaccinoïde dont elle provient (après une injection sous-cutanée de deux litres de sérum : expérience II, page 7) ; tantôt la sérosité vaccinale conserve une virulence normale et reproduit la vaccine typique (après une injection sous-cutanée de 800 gr. de sérum : expér. V, p. 9). Ce dernier cas est la confirmation expérimentale des expériences de Harder, Eichorn, Streinbrenner, Hervieu, Casteret qui, recueillant, comme nous l'avons dit plus haut, la lymphe de pustules modifiées et l'inoculant à des enfants non encore vaccinés ou à des génisses, arrivent à reproduire la vaccine-type normale.

(1) *Traité de Pathologie Médicale et de Thérapeutique appliquée*, de MM. Sergent, Ribadeau-Dumas, Babonneix, 1920.
(2) Acad. méd., 1866. — *Revue méd. et chir.*, 1877.
(3) Acad. des sciences, 1877 ; Acad. de méd., 1878.
(4) Soc. biologie, 1890.
(5) *Annales de l'Institut Pasteur*, 1896-1898.

Conclusions

1° L'observation, la clinique et l'expérimentation sont d'accord pour admettre, dans les revaccinations, à côté de la vaccine normale et des insuccès, l'existence bien nette des vaccines modifiées ;

2° Si la vaccine normale correspond à une immunité perdue complètement, l'insuccès à une immunité toujours présente, les vaccines modifiées sont la traduction d'une immunité diminuée ;

3° La vaccine modifiée ayant une évolution rapide, il importe de ne pas attendre après le septième ou le huitième jour au plus tard pour faire la revision des résultats ;

4° *La vaccine modifiée complète l'immunité et la rend absolue pendant un certain temps, comme la vaccine normale.*

5° Il est indispensable, dans les statistiques, de tenir compte des vaccines modifiées. Avec la répétition des revaccinations on verra les vaccines normales diminuer, les vaccines modifiées augmenter de nombre jusqu'au moment où le nombre des revaccinations sera tel, que l'immunité de l'organisme deviendra absolue, du moins pendant un certain temps. Et ceci nous amène à la question importante de la durée de l'immunité vaccinale, qui fera l'objet d'un autre article.

BIBLIOGRAPHIE CRITIQUE

Revue des livres

Chez DOIN, 8, place de l'Odéon, Paris.

Prof. P.-E. Micheleau. — Eléments de pathologie générale.

Les éléments de pathologie générale du professeur E. Micheleau sont un livre simple, clair et précis. L'auteur a essayé, non point de faire une énumération complète de théories, mais un exposé de faits bien établis, paraissant bien établis, tout au moins.

Etre, c'est lutter, a écrit Darwin, avec trop de succès peut-être. La matière vivante dont l'adaptation aux agents extérieurs constitue l'état de santé, la non-adaptation, l'état de maladie, ne vit que parce qu'elle est animée d'un principe vital, immatériel, particulier à chaque être, principe qui fait l'individualité de chacun de nous à l'état de santé comme à l'état de maladie.

L'auteur est donc nettement spiritualiste. Cette tendance philosophique ne peut manquer d'inté-

A CONSERVER ET

VACCINE NORMALE ET VACCINES MODIFIÉES, par M. le Docteur André FASQUELLE

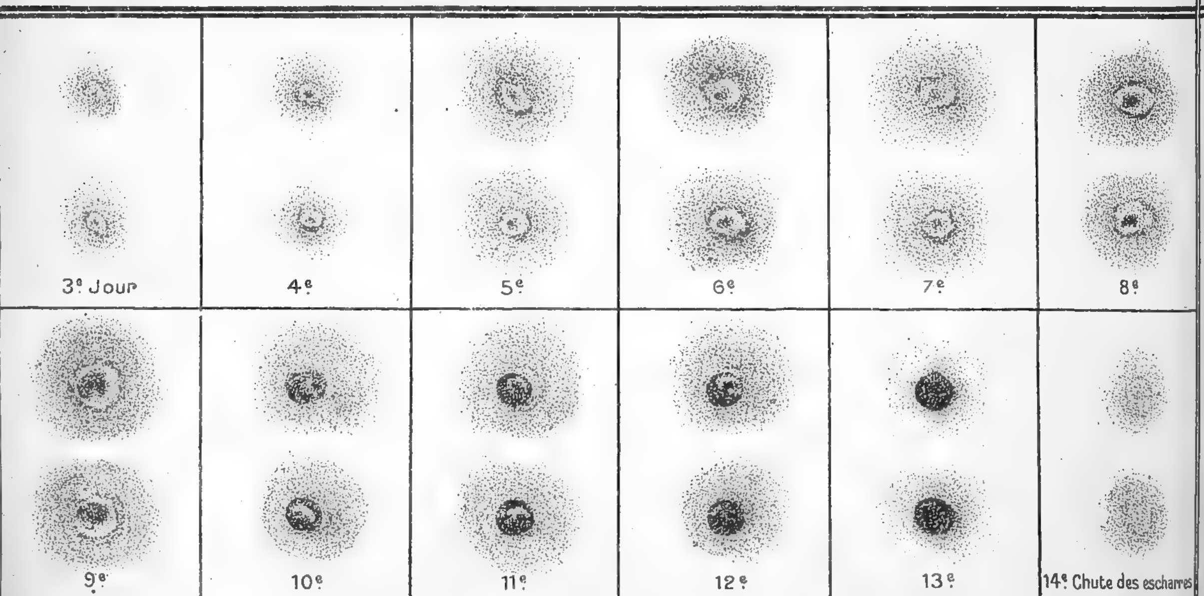
Fig 1. Vaccine normale

4e Jour — 5e — 6e — 7e — 8e — 9e

10e — 11e — 12e — 13e — 14e — 15e

16e — 17e — 18e — 19e — 20e — 21e Chute des escharres

Fig 2. Vaccine modifiée



LLER SUR CARTON

VACCINE NORMALE ET VACCINES MODIFIÉES, par M. le Docteur André FASQUELLE

Fig 3. Vaccine modifiée

2e Jour | 3e | 4e | 5e | 6e | 7e

8e | 9e | 10e Chute des escharres

Fig 4. Vaccine modifiée

1er Jour | 2e | 3e | 4e | 5e | 6e

7e | 8e

resser le corps médical à tous ses degrés, en dehors des étudiants de première année, pour lesquels ce livre a été plus particulièrement écrit.

« Nous voudrions, dit l'auteur, que chacun de nos chapitres fît rechercher par le lecteur des explications supplémentaires, comme nos élèves nous donnèrent souvent la joie de nous en demander à la fin de nos leçons. Le plus sûr moyen de s'instruire est de réfléchir : la mémoire meuble l'esprit, elle ne saurait suffire à le former.

Le lecteur réfléchira après chaque lecture. Il réfléchira d'autant plus aisément que sa lecture aura été plus aisée, plus attrayante même, comme nous pensons que le sera pour beaucoup celle des éléments de pathologie générale. ».

Chez LE FRANÇOIS, 91, boulevard St-Germain, Paris.

G. Le Filliatre. — **Précis de rachianesthésie.**

Ce précis est le premier livre qui mette nettement au point la question devenue si importante de la « Rachianesthésie », question si combattue depuis sa naissance, et pour laquelle l'auteur, sans se décourager, a dû lutter pendant près de 20 ans, pour ne pas laisser tomber dans l'oubli une méthode aussi précieuse à l'extension et au progrès de la chirurgie, et que l'on aurait certainement condamnée pour ne pas l'avoir assez étudiée.

L'auteur divise son précis en 10 chapitres dans lesquels il étudie et met au point : l'*historique*, l'*évolution physiologique* de la rachianesthésie, l'*anatomie de la région* intéressant le praticien, le *lieu d'élection* pour la ponction, la *technique*, *la durée et la marche de l'anesthésie*, les *incidents de l'anesthésie*, la *suppression des accidents*, l'*examen du liquide rachidien* après anesthésie, les *contre-indications* et les *avantages*.

Une bibliographie aussi complète que possible termine l'ouvrage.

M. Courtade. — **Electrothérapie appliquée à l'urologie. 2e édition.**

Cette nouvelle édition comporte quelques améliorations de détail, mais, dans l'ensemble, le livre reste le même ; nul doute qu'elle jouisse du même succès que l'édition antérieure.

Chez MALOINE et fils, éditeurs, 27, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris.

Prof. A. Astruc. — **Traité de pharmacie galénique.**

Les traités de *Pharmacie galénique* sont rares et ceux qui existent dans les bibliothèques datent déjà d'un certain nombre d'années. Aussi la publication d'un ouvrage de cette nature répond-elle à un besoin.

M. Astruc, lauréat de l'Institut, était particulièrement qualifié pour l'écrire.

Un caractère spécial à l'ouvrage réside dans le fait qu'il ne constitue pas un double emploi avec le Codex. L'auteur a eu l'excellente idée en effet de renvoyer au Codex de 1908 ou à son supplément de 1920 pour l'exposé des formules de préparation des médicaments.

Tous les pharmaciens de France qui ont conscience du sérieux de leur profession consulteront journellement ce *Traité* ; les médecins eux-mêmes ne manqueront pas d'en tirer quelque profit.

G. Marion. — **Technique chirurgicale. 5e édition.**

Dans cette édition, l'auteur a modifié les chapitres de la transfusion du sang, de l'ostéosynthèse, de la greffe des os, des tendons, des nerfs, etc. ; des adjonctions ont été faites au chapitre de la crâniectomie, et des interventions sur la glande pituitaire, sur le nerf trijumeau Enfin il existe une description des amputations cinéplastiques qui « méritent de prendre place dans les opérations courantes. »

Nous sommes convaincus que cette 5e édition recevra le même bienveillant accueil que par le passé. G. S.

Revue des Thèses

THÈSES DE PARIS 1920 et 1921.

Dr Emile Maguin. — **Des amputations économiques de l'avant-pied à lambeau plantaire interne ou externe.** (Louis Arnette, 2, rue Casimir-Delavigne, Paris).

Maguin conseille le procédé d'amputation transversale, de M. Savariaud, à lambeau plantaire interne ou externe.

Cette opération trouve sa principale indication dans la tuberculose fistuleuse du premier métatarsien avec envahissement de la plante, dans la gangrène spontanée du gros orteil et de son métatarsien. Accessoirement, elle peut être indiquée dans les cas de tumeur ou de traumatisme avant détruit l'un des bords du pied. Cette opération est possible, alors que le Lisfranc et le Chopart classiques ne le sont pas.

Dr Jacques Renard. — **Etude clinique sur les pneumococcies des nourrissons.** (Louis Arnette, 2, rue Casimir-Delavigne, Paris.)

Très bonne étude des différentes modalités cliniques des affections pneumococciques du 1er âge.

PARTIE PROFESSIONNELLE

LA VIE SYNDICALE ET PROFESSIONNELLE

La loi des Pensions, le Parlement et le Corps médical.

Le Corps médical vient d'être mis fortement sur la sellette à la Chambre des députés. Nos lecteurs auront intérêt à prendre connaissance du compte-rendu *in extenso* des séances des 13 et 14 avril, en ce qui a trait aux soins médicaux des pensionnés de guerre tels qu'ils sont définis dans l'article 64, première version.

Trois médecins, au cours des débats, ont pris la parole. Trois seulement !

Le professeur *Pinard*, dont la première intervention a été très nette et très franche mais qui, plus tard, a « lâché » l'Union des syndicats médicaux, pour préconiser une entente avec toutes les sociétés médicales, l'Association générale, l'Association des médecins de la Seine, etc.

Pourquoi des Sociétés de secours mutuels et de prévoyance ? Pourquoi pas, dès lors, la Mutualité familiale du Corps médical français, le Sou médical ?

C'est de l'enfantillage.

Le professeur Pinard qui, dans sa vie professionnelle, a présidé à tant de gestations difficiles et d'accouchements laborieux, semblait pourtant assez désigné pour aider à l'enfantement d'un accord qui aurait pu heureusement se conclure entre l'Etat et les seuls représentants qualifiés du Corps médical organisé, c'est-à-dire les Syndicats.

Sous l'influence de quelle suggestion intéressée s'est-il rallié à la thèse des anti-syndicalistes ? Nous le saurons sans doute un jour. En tout cas, jusqu'à présent, il ne lui a servi de rien de jeter ainsi du lest, et le ministre Maginot est demeuré sur ses positions, en ce qui concerne le conflit actuel.

M. G. Maunoury, de Chartres, s'est déclaré, lui, un fervent anti-syndicaliste. Reconnaissons-lui la franchise d'une opinion qu'il n'a jamais cessé de professer. Et regrettons qu'en sa qualité de législateur, il semble oublier que le Syndicat est parfaitement légal et qu'il est même, selon les textes législatifs eux-mêmes, le défenseur plus particulièrement qualifié des intérêts professionnels.

Il voudrait une entente avec le Corps médical représenté par des sociétés autres que les Syndicats.

15.000 médecins syndiqués se chargeront de lui répondre, comme, d'ailleurs, à M. Balanant, qui déclare gravement que *les décisions du Conseil de l'Union n'ont été appliquées nulle part par les médecins*. Comme il est bien renseigné, cet excellent représentant du peuple !

Enfin, un troisième député médecin, M. *Hermabessière*, du Cantal, est intervenu dans la discussion, pour déclarer que son syndicat n'a pas obéi aux directives de l'Union dont il trouve les prétentions exagérées. Il a perdu là une belle occasion de rester coi : l'indiscipline syndicaliste n'est pas un de ces hauts faits dont on doive se vanter.

Donc, les médecins députés n'ont pas fait très brillante figure, à notre sens, dans ce débat, mais nous ne leur en voulons pas. Ils ne sont pas à la Chambre pour y défendre nos intérêts ; mandatés par le corps électoral tout entier, qui les a élus, ils ne sauraient chercher à complaire à une seule profession, fût-ce la leur, et s'il advient que les intérêts de celle-ci soient en opposition avec ceux de la masse de leurs électeurs, ils négligent plus ou moins ostensiblement leurs confrères si leur popularité l'exige : c'est très humain, et il en sera sans doute ainsi, tant que nous ne possèderons pas un Parlement de techniciens, où le Corps médical aura ses représentants propres.

* * *

M. Maginot a ergoté sur le libre choix du chirurgien, avec une mauvaise foi qu'il faut souligner.

Gilbert Laurent, qui est volontiers de nos amis, a qualifié son argumentation de mauvaise plaisanterie.

C'est pire qu'une mauvaise plaisanterie, mais cela n'est pas pour nous déplaire.

Un politicien qui, à la tribune de la Chambre française, sort de son sac de tels procédés de discussion, se disqualifie.

J'ai mis en relief une intéressante intervention de M. Aubry. Elle se résume ainsi : « Les mutilés se soucient fort peu du tarif des honoraires médicaux des soins qu'ils réclameront. Ils renonceraient volontiers au bénéfice de la gratuité de ces soins, s'ils recevaient une pension en rapport avec le coût de la vie et leur permettant de payer eux-mêmes leur médecin.... »

Cette thèse me plaît infiniment et j'y reviendrai à propos des dernières observations de M. Maginot.

M. Aubry a ensuite dénoncé, avec un grand courage, une situation que j'ai moi-même signalée au grand jour des colonnes du *Concours médical*, sur la façon dont la loi des pensions tout entière est faite et appliquée. Il a dénoncé « la « pensionnite », et demandé la revision des titres de pension, délivrés beaucoup trop à tort et à travers.

Tout le mal vient en effet de là ; je m'en suis expliqué et j'ai eu la bonne fortune d'être approuvé par un grand nombre de nos lecteurs, ce qui me confirme dans l'idée que je suis dans la vérité.

***

Je termine par les deux solutions de la situation actuelle que M. Maginot a indiquées à la Chambre comme possibles.

La première est la création de médecins fonctionnaires ; il peut toujours essayer...

La seconde, beaucoup plus attrayante, consiste « à allouer aux invalides de la guerre une « somme forfaitaire qui varierait avec le degré « de leur invalidité et qui serait plus forte pour « les malades que pour les blessés. Cette allo- « cation constituerait en quelque sorte une « augmentation de la pension et compenserait « pour les invalides de la guerre la perte du « bénéfice de l'article 64 ».

Parlant en mon nom personnel et n'engageant que moi-même, je déclare tout net que cette solution me parait heureuse. Elle laisse le pensionné de guerre libre en face du médecin de son choix, libre également, en même temps qu'elle permet l'entente locale ou régionale entre associations de pensionnés et syndicats médicaux.

Je crois que nous aurions tout avantage à en obtenir la réalisation pratique, conforme aux intérêts véritablement bien compris des malades d'une part et du Corps médical de l'autre.

G. Duchesne.

CHAMBRE DES DÉPUTÉS

Extraits des procès-verbaux des séances des 13 et 14 avril 1921.

....

M. Tranchand. — J'arrive au troisième point de mon exposé : application de l'article 64. L'article 64 reconnait aux mutilés et invalides bénéficiaires de la loi du 31 mars 1919, la gratuité des soins médicaux, pharmaceutiques nécessités par la blessure ou la maladie qui a motivé leur réforme. D'après le paragraphe 5, ces frais sont supportés par l'État, suivant un tarif établi par un décret d'administration publique, décret qui, jusqu'au 30 décembre dernier, devait être pris après entente avec les représentants autorisés des associations et des syndicats professionnels intéressés.

Dès octobre 1919, l'union des syndicats médicaux de France présente un projet. L'administration le discute, des pourparlers s'engagent qui ne peuvent aboutir.

Survient la création du ministère des pensions. M. Maginot se met à étudier le problème. Des réunions fréquentes, dont je ne peux pas faire l'historique détaillé, groupent représentants du ministre et représentants des médecins. Bref, on se met d'accord sur un minimum et sur un maximum de prix, laissant, pour le reste, aux préfets, le soin de s'entendre avec les syndicats médicaux de leurs départements. Si bien qu'au mois de novembre 1920, vous pouviez annoncer que l'accord était fait dans 65 départements et que, dans 27 seulement, les syndicats médicaux étaient réfractaires à l'entente.

En présence de cette résistance et, nous direz-vous, de l'impossibilité où vous vous trouviez d'homologuer les tarifs acceptés par les 65 autres départements, vous avez, le 30 décembre 1920, en fin de session et dans la hâte qui préside généralement au vote des douzièmes provisoires, fait supprimer, à l'article 64, l'obligation pour le ministre des pensions de s'entendre avec les syndicats médicaux.

Conséquence immédiate : les médecins décident qu'à partir du 1er février les bénéficiaires seront soignés comme des clients ordinaires et s'adresseront pour remboursement à l'État.

La Chambre me permettra, pour exemple, de lui lire les décisions prises par le syndicat de mon département :

« Les médecins du syndicat de la Vienne réunis en assemblée générale le 28 janvier, ont voté à l'unanimité les décisions suivantes :

« A partir du 1er février 1921, les médecins du syndicat de la Vienne ne reconnaîtront plus à aucun malade la qualité de bénéficiaire de la loi des pensions. Les réformés de guerre seront traités comme des malades ordinaires et payeront directement le médecin, qui leur délivrera un reçu et établira l'ordonnance sur son papier personnel. Les médecins ne rempliront aucun bordereau, aucune feuille administrative. Dans le cas où la situation des malades ne leur permettrait pas d'honorer le médecin, ils recevront néanmoins tous les soins qui leur sont nécessaires. »

M. Marcel Ferraris. Cette circulaire a été envoyée dans tous les départements.

M. Tranchant. C'est ce que j'allais dire. Si on songe que cette décision a été prise par tous les syndicats médicaux de France et que cette Union des syndicats médicaux de France comprend 13.000 cotisants sur 18.000 médecins — c'est un chiffre qui nous a été certifié au groupe des combattants de la Chambre —, il est bien permis de s'inquiéter de la situation et de dire qu'il existe entre le ministre des pensions et la majorité des médecins un conflit assez sérieux, digne de retenir quelques instants notre attention. (*Très bien ! très bien !*)

Nous nous en sommes émus, les associations de mutilés également. Nous nous sommes inquiétés de savoir quelles mesures vous aviez l'intention de prendre devant la situation préjudiciable faite aux mutilés. Vous avez répondu qu'un décret était en préparation, qu'il donnait largement satisfaction à l'ensemble de tous les médecins de France. Depuis, le décret est paru — il est du 9 mars — mais la situation ne semble pas modifiée, car les médecins refusent énergiquement d'accepter les termes de ce décret et annoncent qu'ils persistent dans l'attitude qu'ils ont prise.

M. About. C'est malheureusement exact.

M. Tranchant. Tels sont les faits. J'ai essayé de

les exposer aussi complètement et aussi clairement que possible. (*Applaudissements.*) Ils sont, je pense, l'expression exacte de la vérité, et on me rendra cette justice que je les ai exposés en toute impartialité. (*Très bien ! très bien !*) Je ne suis pas médecin, et si j'ai pour le corps médical le plus grand respect, j'ai, comme vous, monsieur le ministre, et comme tous mes collègues de la Chambre, le scrupuleux souci de tenir les engagements pris par le législateur envers les invalides de la guerre, tout en ne livrant pas au pillage les finances publiques. (*Applaudissements.*)

En vérité, ce n'est pas l'article 64 qui, jusqu'à ce jour, a pu créer des embarras à notre trésorerie et compromettre l'équilibre du budget, car, depuis près de deux ans, les médecins donnent leurs soins aux mutilés et pas un seul n'a été payé. Après chaque visite ou consultation, le médecin détache bien une feuille du « carnet de soins gratuits » qui est mis à la disposition du mutilé ; tous les trois mois il doit envoyer ces feuilles à la préfecture, qui doit le rembourser ; mais, comme ce remboursement doit être fait suivant un tarif, que ce tarif vient juste d'être établi par décret et qu'il n'est même pas encore appliqué, il s'ensuit que pas un seul médecin n'a touché un centime.

Vous reconnaîtrez que cette situation ne peut pas subsister.

D'abord, l'État ne peut manquer à ses engagements, et puis, il faut bien penser que parmi les médecins, un assez grand nombre, ayant fait la guerre ou ayant été simplement mobilisés, ont perdu une partie de leur clientèle et ne seraient pas fâchés de recouvrer les sommes qui leur sont dues. (*Très bien ! très bien !*)

Après avoir examiné la situation telle qu'elle se présente, il semble nécessaire et la Chambre voudra bien me le permettre, de rechercher pourquoi le décret qu'on a été si long à enfanter soulève les protestations du corps médical.

Pour cela, il me paraît indispensable de dégager le principe essentiel de l'article 64, qui est le libre choix du médecin, du pharmacien ou du chirurgien par le mutilé.

C'est le principe auquel tiennent essentiellement les intéressés parce que, grâce à lui, ils sont assurés d'avoir les soins du praticien qui leur plaît ; et l'on ne peut nier que l'influence personnelle du médecin soit un facteur important dans le traitement de la maladie. Du reste, si ce libre choix n'était pas reconnu, il faudrait envisager la création d'un corps de fonctionnaires du service de santé, solution qui, outre qu'elle n'aurait pas l'agrément de la Chambre, ne donnerait nullement satisfaction aux bénéficiaires de l'article 64 et soulèverait les protestations du corps médical tout entier.

Or, disent les médecins — ce sont toujours les médecins qui parlent — l'administration ne vise dans son tarif que la visite, la consultation et le tarif kilométrique, l'hôpital étant obligatoire pour les interventions opératoires. C'est donc, dans ce dernier cas, la suppression du libre choix du médecin. De sorte que lorsque nous serons en présence d'une intervention chirurgicale immédiatement nécessaire, nous ne pourrons la faire, disent les médecins, et le mutilé sera obligé de remplir des formalités pour se faire admettre dans un hôpital, où on lui imposera un praticien quelconque, d'où, pour certains cas, suppression du libre choix du médecin, Je vous dis, du moins, monsieur le ministre, ce que déclarent les médecins.

M. MAGINOT, *ministre des pensions.* Voulez-vous me permettre de vous interrompre ?

M. TRANCHANT. Volontiers.

M. LE MINISTRE DES PENSIONS... car il n'y a intérêt pour personne à ce que des inexactitudes puissent se répandre..

Le libre choix est, en effet, prévu par l'article 64 de la loi des pensions. Cet article, dans son paragraphe 4, pose bien le principe que « les bénéficiaires de la présente loi ont droit au libre choix du médecin et du pharmacien », *mais la loi n'a pas prévu le libre choix du chirurgien.*

En effet, le paragraphe 5 de l'article 64 ne prévoit l'établissement de tarifs que pour les soins médicaux et pour les soins pharmaceutiques ; de sorte que pour les soins chirurgicaux, qui doivent être donnés cependant, le ministre des pensions — ministre liquidateur qui a charge d'appliquer la loi — est obligé de se référer au seul texte qui permette de payer ces soins, en l'espèce au paragraphe 6 de l'article 64.

Suivant ce paragraphe 6 « si l'hospitalisation est reconnue nécessaire, les malades seront admis à leur choix, dans les salles militaires ou dans les salles civiles de l'hôpital de leur ressort. L'État payera les frais de séjour suivant le tarif adopté dans l'hôpital mixte du chef-lieu d'arrondissement le plus voisin ».

C'est donc l'article 64 de la loi des pensions qui n'a pas prévu le libre choix du chirurgien et ce n'est pas le décret du 9 mars qui a porté atteinte sur ce point, au libre choix.

D'autre part, que la loi des douzièmes ait été votée par le Parlement en fin de session, cela n'a rien que de très habituel ; et si la modification au paragraphe 5 de l'article 64 insérée dans la loi des douzièmes n'a donné lieu à la Chambre à aucun débat elle a, du moins, fait l'objet d'une discussion au Sénat et tous les arguments dans les deux sens ont pu être présentés.

Mais ni la loi des douzièmes, ni le décret du 9 mars n'ont porté atteinte au libre choix du médecin et du pharmacien, tel qu'il avait été institué par la loi du 31 mars 1919.

Et je répète que la question du libre choix du chirurgien n'a pas été posée, puisque l'article 64 de la loi des pensions n'a pas permis ce libre choix.

Par conséquent, vous avez tort de considérer comme une conséquence du décret du 9 mars la non-liberté du choix du chirurgien. La liberté du choix du chirurgien n'a jamais existé depuis que la loi du 31 mars est entrée en vigueur. (*Très bien ! très bien !*)

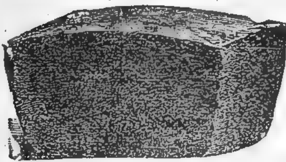
M. TRANCHANT. J'ai tenu, monsieur le ministre, à vous faire connaître l'interprétation des médecins ; ce n'est pas mon opinion personnelle que j'apporte ici.

M. LE MINISTRE DES PENSIONS. Je suis très heureux que vous me disiez que ce n'est pas votre opinion personnelle que vous apportez. *Cela donne une idée de la campagne qui est menée par les syndicats médicaux. L'argument dont ils se servent est totalement inexact.*

M. PINARD. Je demande la parole.

M. LE MINISTRE DES PENSIONS. Il en est de même d'un certain nombre d'autres arguments dont je parlerai.

M. TRANCHANT. Les médecins prétendent que la question qui vous divise n'est pas une question de gros sous. Ils préconisent un service de soins complets permettant aux mutilés de se faire soigner à leur choix, soit chez eux, soit à l'hôpital, de donner en un mot leur confiance aux médecins qu'ils auront librement choisis. Ils désirent également que les mu-



(2)



Argan —. Au diable leurs clystères, Coquine !.. je ne puis aller !...
Toinette — Eh! pour "aller" Monsieur, prenez de la THAOLAXINE !..

Nouvelle Edition DURET & RABY · Marly le Roi · S&O.

MOLIÈRE. « le Malade Imaginaire »

THAOLAXINE

LAXATIF-RÉGIME

agar-agar et extraits de rhamnées

PAILLETTES, CACHETS, GRANULÉ, COMPRIMÉS.

ECHANTILLONS ET LITTÉRATURE

Laboratoires DURET RABY, 5, Avenue des Tilleuls, PARIS (18e).

liés participent à l'élaboration de l'organisation des soins et à l'établissement du tarif, et en particulier que la commission départementale comprenne en nombre égal des délégués du préfet, des mutilés, choisis par eux, des médecins, choisis par les syndicats.

Ils ajoutent que, rares sont les préfets qui convoquent les délégués des syndicats et qu'aucun ne convoque des délégués des mutilés.

Ils demandent enfin la constitution de commissions de contrôle destinées à s'assurer du bon fonctionnement des soins médicaux et à empêcher les abus, se rendant bien compte que malgré l'honnêteté, hors de tout soupçon, du corps médical, il peut se trouver quelques médecins ayant la faiblesse d'abuser des facultés que leur donne le carnet pour, de complicité avec certains mutilés, peu scrupuleux, assurer d'autres soins que ceux dus aux réformés.

Toutes ces revendications que j'ai essayé de résumer très fidèlement, les médecins, vous les ont présentées, vous leur en avez accusé réception ; je veux croire que vous les avez examinées très attentivement, mais il n'en est pas moins vrai que, le 30 décembre 1920, comme je le disais il y a un instant, vous avez supprimé dans l'article 64 toute possibilité d'entente avec les médecins. C'est la goutte d'eau qui a fait déborder le vase, c'est ce qui a fait dégénérer le désaccord en rupture.

Ainsi que vous le voyez, je n'ai pas, dans cette délicate question de l'article 64, cherché à apprécier les faits ; j'ai exposé devant vous la conception médicale. Il vous appartient, monsieur le ministre des pensions, de nous apporter, pour nous permettre de juger, la conception administrative sur les trois points que j'ai traités, peut-être un peu trop longuement, et je m'en excuse devant la Chambre (*Parlez ! parlez !*), à savoir les rappels d'arrérages, les emplois réservés et l'article 64.

A droite. Surtout l'article 64.

M. Tranchant. Je pense avoir apporté, en dehors de tout esprit de surenchère et de démagogie et sans rechercher les applaudissements qu'en cette matière on peut avoir dans une Chambre aussi sensible que la nôtre, des précisions telles que M. le ministre des pensions se fera un devoir de nous donner à leur sujet les éclaircissements et les assurances que nous sommes en droit d'attendre de lui et qui seront, je l'espère, de nature à dissiper notre inquiétude. (*Vifs applaudissements. — L'orateur, en rejoignant son banc, est félicité par ses amis.*)

M. Defos du Rau..........................

Mais en ce qui concerne l'article 64, je veux, du point de vue même de la commission des finances, apporter ici quelques explications indispensables.

Je suis convaincu qu'un tarif s'impose, et il n'est pas indifférent, au point de vue financier, que ce tarif, décrété, fixé, soit appliqué ; il y va, en effet, de l'ordre, plus indispensable que jamais, de nos finances publiques. Il importe que la dépense qu'entraîne avec lui l'article 64 ne mène pas l'État, à l'aveugle, vers un abîme où viendraient s'effondrer, sans utilité, peut-être dans le gâchis, des centaines de millions. Dans l'intérêt même des mutilés, les facultés de payement de l'État français doivent être ménagées par un contrôle rigoureux des dépenses. Il faut prévenir les abus, et, pour cela, il faut un tarif. Le législateur l'a voulu. J'estime qu'il a eu raison. L'État doit être généreux, mais il doit savoir où il va, et, puisqu'il a la responsabilité, il doit garder l'autorité. (*Très bien ! très bien !*)

....

Il ne faut pas seulement un tarif ; il faut, je n'hésite pas à le dire, un tarif qui soit sensiblement moindre que le tarif des consultations et des visites ordinaires.

Je voudrais être bref. (*Parlez ! parlez !*) Mais il y a certaines considérations qui, me semble-t-il, n'ont pas été portées suffisamment à la connaissance des unions syndicales de médecins.

Les invalides de guerre constituent, pour les médecins, une clientèle nouvelle, ou tout au moins un accroissement de clientèle, du fait unique de la guerre. Sans l'article 64, beaucoup de mutilés se fussent fait inscrire , sans doute, à l'assistance médicale gratuite.

Enfin messieurs, le fait que l'État devient débiteur des frais médicaux reconnus, substitue un débiteur solvable à des débiteurs souvent peu aisés, d'une solvabilité inégale, et tout risque de non-payement disparaît. (*Applaudissements.*)

J'ajoute qu'il ne faudrait pas que l'exemple de l'État servît de prétexte à quelques-uns pour augmenter le lendemain le prix de leurs visites et de leurs consultations à la clientèle ordinaire. N'a-t-on pas assez souvent, mes chers collègues, reproché à l'État de pousser, par son exemple, à la cherté de la vie ?

Je laisse ces considérations à la sagesse du corps médical, pour lequel j'éprouve moi-même beaucoup de sympathie. J'ai même des raisons d'ordre familial pour témoigner publiquement au corps médical beaucoup de respect. Mais c'est justement parce que je respecte profondément l'ensemble des médecins français, que je suis sûr qu'ils voudront bien entendre cette voix du bon sens que j'apporte aujourd'hui à cette tribune. (*Applaudissements.*)

Au nom de la commission des finances, je viens donc tenir aux médecins de France le langage suivant :

« Que les mutilés ne servent pas d'enjeu à votre différend avec l'État. »

M. Balanant. Très bien !

M. le rapporteur. « Ne les engagez pas surtout dans une voie qui resterait pour eux semée d'ennuis et de déceptions. Comprenez que la charge assumée par l'État d'assurer à tous les réformés, leur vie durant, les soins nécessités par leur invalidité, est si grave en cette période si difficile, qu'il vous appartient de ne pas émettre des prétentions trop exagérées, quant au payement de vos honoraires. Les pharmaciens ont accepté le tarif qui leur était proposé. Faites de même, ne laissez pas au bon plaisir des chirurgiens, habitués aux gros honoraires, le droit de réclamer 5.000 fr. ou 10.000 fr. à l'État, par opération. Ils en ont tant fait gratuitement pendant la guerre ! Certains y ont gagné une expérience qui leur vaut aujourd'hui la renommée. (*Sourires*) C'est une clientèle qui vient à vous, du fait de la guerre ; elle vous vient avec la garantie de l'État. Ceci n'est pas négligeable. (*Très bien ! très bien !*)

« Vous serez payés de façon honorable. Pour le restant, vous aurez le devoir auquel vous ne faillirez pas, j'en suis sûr, d'aider l'État dans son contrôle. Vous lutterez contre les abus s'il s'en commettait, mais je ne le pense pas. Et, avec la noblesse dont est coutumière votre corporation, vous garderez le sentiment de collaborer avec l'État, dans la grande œuvre d'après guerre qu'il a si loyalement assurée. » (*Applaudissements.*)

....

M. Pinard. Mes chers collègues, je suis à cette tribune, croyant remplir un devoir.

Hier, à la fin de la séance, vous avez entendu un exposé aussi complet, aussi lumineux que pondéré de M. Tranchand, concernant l'application et le fonctionnement d'une des plus belles lois qui aient été votées au cours de la guerre, je veux parler de

la loi qui assure à tout réformé, invalide du fait de la guerre, tous les soins nécessaires à son état.

D'après ce que vous avez entendu, cette belle loi n'est pas appliquée bien qu'elle ait été votée il y a plus de deux ans. A quoi cela tient-il ?

M. Tranchand a fait un exposé aussi complet, aussi parfait que possible, mais il n'a donné aucune appréciation ; il n'a pas recherché les causes de cet état de choses. Ces causes, je tiens à vous les exposer telles que je les conçois et, au cours de l'exposé de notre collègue M. Tranchand, une interruption de M. le ministre des pensions me démontra que je ne m'étais pas trompé. Il nous a donné une fois de plus la preuve qu'il ne suffit pas à un homme, même quand il appartient à la vaillante cohorte des glorieux mutilés, d'être ministre pour avoir la certitude de ne pas commettre une erreur d'interprétation. Oui, c'est une erreur d'interprétation qui a été commise depuis le début.

Je ne vous referai pas l'historique de la question, je vous rappelle seulement que cette loi devrait être appliquée d'après un règlement d'administration publique pris en conseil d'Etat, après entente entre le Gouvernement et les délégués autorisés des syndicats médicaux et des associations de mutilés. Je ne vous retracerai pas toutes les péripéties de cette histoire. Appartenant d'abord au ministère de l'intérieur, à une division spéciale, le directeur de l'assistance publique d'alors eut de grandes difficultés ; puis le ministère des pensions fût créé. Vous avez assumé, monsieur le ministre des pensions, une tâche aussi immense qu'elle est grande, belle et lourde.

Mais, depuis que vous êtes ministre, est-ce que vraiment vous vous êtes conformé à l'esprit même de la loi ?

Hier, nous avons eu la preuve du contraire. En effet, il est dit à l'article 64 :

« Sont assurés gratuitement, aux réformés, aux invalides de la guerre, les soins médicaux et pharmaceutiques. »

Les soins médicaux, mais non pas chirurgicaux, avez-vous rectifié.

Comment, monsieur le ministre ! D'une façon générale on ne dit plus école de médecine et de chirurgie, on dit : faculté de médecine. On dit : docteur en médecine. La médecine comprend tout, absolument tout.

Ainsi, non seulement vous êtes en contradiction avec le langage commun qui prend le mot de médecine dans son acception la plus large, mais vous donnez un sens restrictif à cette loi si belle. Vous refusez à nos malheureux mutilés les soins gratuits de chirurgie !

Permettez-moi de dire que c'est là une des causes du non fonctionnement de la loi, de cette loi que la Chambre a votée dans un si magnifique élan de générosité et de reconnaissance à l'égard de nos mutilés.

Monsieur le ministre, il ne faut, sous aucun prétexte, exclure les soins chirurgicaux. Je ne veux pas entrer dans le détail, car je tiens à être aussi bref que possible.

Pourquoi avons-nous éprouvé tant de difficultés ?

Parce que, permettez-moi de vous le dire, vous n'avez pas satisfait au paragraphe 5 de l'article 64, qui déclare qu'une entente est indispensable entre les délégués du corps médical, les mutilés et les représentants du Gouvernement.

Car si, dans cette question, doit être placé avant tout l'intérêt des malades, des blessés, des infirmes, des invalides. j'ai également souci autant que qui que ce soit des intérêts de l'État.

Que se passe-t-il ? La loi ne fonctionne pas. Pourquoi ? Parce que, dès le début, on n'a pas fait ce que recommandait le paragraphe 5.

Or, j'entendais dire à M. le rapporteur hier : « Il faut un tarif ». Mais — je ne sais s'il outrepassait ses droits — il le délimitait.

Je ne veux pas le délimiter, il n'appartient pas à la Chambre de délimiter ; il n'appartenait pas au rapporteur de dire que ce tarif doit être inférieur au tarif ordinaire.

M. Defos du Rau. *rapporteur.* C'est une opinion qui n'est pas personnelle.

M. Pinard. Soyez convaincu que le corps médical n'acceptera jamais un tarif imposé.

Il acceptera facilement, avec son dévouement ordinaire, dévouement dont il a donné tant de preuves depuis bien des années et particulièrement pendant les années de guerre...

M. Charles Bernard. C'est vrai.

M. Pinard. ...un tarif consenti, mais non pas un tarif imposé.

M. Join Lambert. Il l'imposera lui-même.

M. Pinard. Or, vous ne pouvez imposer au corps médical un tarif particulier, sous prétexte que cette loi donne un avantage aux médecins.

D'après notre rapporteur encore, les médecins de complément auraient gagné, du fait de la guerre, une grande expérience dont ils peuvent profiter maintenant.

Je sais ce que, pendant la guerre, les médecins de complément ont fait. J'en connais beaucoup qui, ayant de la famille, ont dû dépenser toutes leurs économies, pendant que leur clientèle disparaissait alors qu'ils étaient absents.

Je ne crois pas qu'on puisse rencontrer de médecins profiteurs de la guerre. Cela non, par exemple.

Je le répète, vous ne pourrez arriver à un résultat. Vous avez, monsieur le ministre, coupé les ponts par votre décret du 30 mars et vous ne sortirez de cette impasse — il faut en sortir et le plus vite possible — que par l'obtention d'un contrat dont les parties doivent être d'une part l'État, d'autre part, les représentants du corps médical, non pas seulement des syndicats médicaux, mais de toutes les associations médicales, comme le dit fort bien le paragraphe 5 de l'article 64, car sur les 18.000 médecins de France il y en a 13.000 syndiqués, ce qui est une force et 5.000 qui ne le sont pas ; mais il y a des associations médicales : l'association des médecins de la Seine, l'association générale des médecins de France, etc., etc.

Voyez les délégués de tous ces groupements, voyez les mutilés, discutez avec eux, je suis certain que vous arriverez à un résultat.

Je veux rassurer notre rapporteur, car nul plus que moi n'a le souci des deniers de l'État. A l'heure actuelle, que se passe-t-il ? D'abord, pour vous montrer que les médecins ont du dévouement, je vous rappelle que, depuis deux ans, ils soignent vos malades et vos blessés. Qui les paye ? Personne. Alors que beaucoup d'entre eux sont dans la misère, je les connais, quel est donc le médecin qui a refusé de donner ses soins ? (*Très bien ! très bien !*)

....

Les médecins ont fait leur devoir comme ils ont l'habitude de le faire.

Je n'ai pas dit autre chose.

....

Depuis deux ans, sans savoir s'ils seront payés, les médecins donnent leurs soins aux blessés.

Je vous demandais, avec quelques-unes de ces associations, qu'il y eût une commission de contrôle. Les médecins ne perdent pas de vue les intérêts de

l'État. Dans la corporation des médecins, comme dans toutes les autres, il y a hélas ! des brebis galeuses. Quelle est donc la collectivité qui n'en a pas ? Il y en a partout.

Mais les médecins ont réclamé, et dans l'intérêt des malades et dans l'intérêt des deniers de l'État, l'institution d'une commission de contrôle. Rien n'existe. Il faut la créer. C'est la seule solution possible. C'est celle que nous nous étions efforcés de présenter aux délégués, nos confrères, lorsque nous les avons reçus au groupe parlementaire médical. Nous n'avons pas eu la chance de les convaincre. Mais j'espère qu'on arrivera à cette solution, car c'est la seule qui, pour moi, soit possible, et qui permettra enfin de rendre utile et fructueuse, cette belle loi de reconnaissance, c'est la seule qui permettra à cette loi de fonctionner dans toute sa plénitude. (*Applaudissements.*)

M. LE PRÉSIDENT. La parole est à M. le rapporteur.

M. LE RAPPORTEUR. Je voudrais répondre d'un mot à un passage de l'intervention de M. le professeur Pinard. Notre collègue a rappelé que j'avais bien soutenu à cette tribune que le tarif rendu nécessaire par le conflit entre les médecins et l'État devait être un tarif au-dessous du tarif ordinaire des consultations et des visites.

En effet, j'ai exprimé cette opinion. Mais il ne faut pas que la Chambre croie qu'il s'agit simplement d'une opinion personnelle ; si l'on se reporte aux travaux préparatoires de la loi des pensions, on se rend compte que cette opinion a été exprimée à l'époque par l'éminent rapporteur de la loi, M. Lugol, qui s'exprimait ainsi :

« Il y a lieu d'élaborer un tarif spécial qui ne sera pas celui des clients ordinaires, mais qui sera plus avantageux que celui de l'assistance médicale gratuite. »

Un des membres de la Chambre, M. Pacaud, d'intervenir alors et de dire :

« Je ne vois pas pourquoi l'État imposerait aux médecins un tarif spécial pour soigner les malades qu'il a mission de soigner. »

Et le rapporteur lui répondait en donnant la raison de son opinion :

« Les médecins y trouveront un avantage, parce que beaucoup de ces malades auraient été, par le fait de leur situation pécuniaire, des clients de l'assistance médicale. »

La Chambre se rend compte, par conséquent, que l'opinion que j'ai émise hier n'était pas une opinion personnelle, mais qu'elle était strictement conforme à l'opinion exprimée, en mars 1919, par le rapporteur même de la loi. (*Très bien ! très bien !*)

Au centre. C'est l'intérêt des deniers de l'État.

M. LE PRÉSIDENT. La parole est à M. Aubry.

M. AUBRY. Je m'excuse d'ouvrir une parenthèse sur l'article 64 dont il vient d'être question. Dans l'application de l'article 64, il y avait deux groupes d'intérêts en cause : les intérêts des médecins et les intérêts de la nation.

M. le ministre a dit que les médecins n'étaient pas satisfaits des tarifs qui leur étaient proposés, qu'il n'était pas possible de se mettre d'accord avec eux. Voyant qu'on ne pouvait pas s'arranger, il a pris une résolution énergique ; il a refusé aux médecins le droit de discuter du tarif qu'il allait leur appliquer.

Eh bien ! moi, monsieur le ministre, je crois que le contrat unilatéral que vous avez conclu — si toutefois on peut conclure un contrat unilatéral — contrat que le conseil d'État a homologué, vous donnera des déboires. Si le corps médical dans son ensemble est très honnête, il peut tout de même s'y glisser quelques individualités qui chercheraient à profiter des mutilés, qui chercheraient à se créer ainsi une clientèle forcée. Je comptais, et je crois que le corps médical et les mutilés comptaient sur la part prise à l'élaboration du contrat par le corps médical pour la surveillance effective de l'application de l'article 64 et ainsi éviter les abus.

Satisfaction morale pour les médecins, garantie pour les victimes de la guerre, juste emploi des deniers publics, voilà ce que vous avez rejeté en vous privant de l'aide des représentants du corps médical.

. . . .

D'ailleurs, tout ce qui a fait jusqu'ici l'objet des débats sur le budget des pensions, la délivrance des titres, les centres d'appareillage, l'article 64, le libre choix du médecin, du chirurgien, du pharmacien ou de l'appareil orthopédique, tout cela représente un ensemble de palliatifs qu'on a eu tort d'introduire dans nos lois.

Je crois, et beaucoup de mutilés arrivent à penser comme moi, que le remède est tout simplement dans une augmentation du taux des pensions. Il faut mettre celles-ci en rapport avec le coût de la vie et donner au mutilé les moyens de se soigner et de payer lui-même son médecin, son chirurgien ou son pharmacien et d'acheter ses appareils de prothèse.

Tous les avantages spéciaux qui, jusqu'à présent, ont été accordés en dehors de la loi des pensions, aux mutilés et aux victimes de la guerre, tels que les voyages et le pain à prix réduit, peuvent être supprimés. Les mutilés le réclament eux-mêmes, ils tiennent seulement à ce que la loi soit revisée de façon à mettre le taux des pensions en rapport avec le coût de la vie. (*Applaudissements.*)

. . . .

Il y a un corollaire indispensable à l'augmentation du taux des pensions : la revision des titres.

Il y a eu des abus. Pierre voit, à côté de lui, Jacques, qui après avoir passé huit jours dans un dépôt, où il était entré malade déjà, demandait et obtenait une pension, comme réformé à 100 p. 100, toucher maintenant une rente de 6.000 fr. (*Applaudissements.*) Et Pierre veut aussi une pension.

La revision des pensions s'impose.

Il faut que tous ceux qui sont réellement des victimes de la guerre, qui, comme on l'a dit justement, ont des droits sur la nation, obtiennent la pension intégrale qui leur est légitimement due. Mais il faut aussi que tous ceux qui cherchent à se faufiler sous le couvert de la loi, pour obtenir des rentes, soient impitoyablement châtiés. (*Vifs applaudissements.*)

Une petite maladie a sévi sur la France après le vote de la loi des pensions. Un spirituel journaliste de l'Ouest l'a appelé « la pensionnite ». Il faut enrayer cette épidémie. Le remède, que les services du ministère des pensions et les associations de mutilés pourraient être chargés de rechercher, consisterait, je crois, non pas à essayer de remplacer pour l'examen au conseil de réforme le médecin par les mutilés, qui ne sont pas qualifiés pour cela, mais à reconnaître aux mutilés un droit de regard sur l'origine de la maladie.

Si l'on revise la loi des pensions en augmentant les taux établis et si l'on donne aux mutilés la garantie que le pensionné est une véritable victime de la guerre, on fera œuvre utile et on rétablira chez les mutilés un peu de l'union qui leur manque actuellement. (*Applaudissements.*)

M. LE PRÉSIDENT. La parole est à M. Gabriel Maunoury.

M. GABRIEL MAUNOURY. La question si importante des soins médicaux à donner aux mutilés n'a pas encore été résolue. Permettez-moi de rappeler qu'elle a été introduite dans la loi des pensions par un amendement que j'avais déposé et qui, d'ailleurs, n'était même pas mon œuvre personnelle. Nous avions beaucoup parlé de cette question à la commission de l'hygiène publique et c'est un peu le résultat de nos discussions que j'avais codifié dans mon amendement.

Nous avions indiqué un tarif, avec certaines modalités possibles. C'est alors que notre ancien collègue M. Pacaud fit remarquer que nous ne pouvions pas préciser des chiffres et qu'il fallait nous entendre avec les médecins : c'était tout naturel. Mais cette pensée très juste a été formulée, dans l'article 64 de la loi, en termes pouvant prêter à discussion. On devrait éviter d'insérer dans nos lois des phrases aussi vagues.

M. ANDRÉ MAGINOT, *ministre des pensions, primes et allocations de guerre.* Très bien !

M. GABRIEL MAUROURY. Vous voyez quelles difficultés elles soulèvent quand on veut passer à l'exécution. L'article dit qu'on s'entendra, pour les tarifs, avec les syndicats de médecins et les sociétés médicales. Lorsqu'il s'est agi d'appliquer la loi, on s'est aperçu qu'on ne s'entendait pas du tout.

Comme l'ont très bien dit hier M. Tranchand et tout à l'heure mon ami M. Pinard, les mutilés et les malades réclament des soins qu'on leur a promis, les médecins, eux aussi, sont mécontents : de part et d'autre, on réclame .

Dans toutes les associations de mutilés, la question des soins médicaux est une des principales préoccupations. Les mutilés ne veulent pas recevoir des soins par charité, ils veulent leur droit. (*Très bien très bien !*)

Les médecins, eux, disent : « Puisque l'État ne veut pas me payer,je donnerai mes soins par charité. » En effet, l'État ne leur a pas encore versé un centime pour les soins aux mutilés, mais il est juste d'ajouter qu'ils n'en continuent pas moins à les leur donner libéralement. Il faut sortir de cette impasse.

Je ne m'attendais pas à prendre la parole, c'est en entendant M . Pinard que j'ai cru devoir formuler une suggestion.

Le problème est difficile à résoudre : il y a beaucoup de problèmes difficiles à résoudre. Il n'en est pas moins vrai qu'il faut leur trouver une solution. Comment ?

La loi dit qu'il faut l'accord des médecins.

Ici, je laisserai de côté une explication que M. le ministre des pensions a imaginée, semble-t-il, pour esquiver la difficulté. Il a dit : « soins médicaux, mais pas chirurgicaux ».

M. GILBERT LAURENT. *C'est une plaisanterie.*

M. GABRIEL MAUNOURY. *Non, nous ne faisons aucune différence, l'expression « les médecins » comprend aussi, évidemment, les chirurgiens.*

(*Très bien ! très bien !*)

J'ignore, n'étant pas dans le secret des dieux, si on a essayé de constituer les commissions mixtes qui devaient être l'émanation réelle des sociétés médicales.

Je dis : « sociétés médicales », et non « syndicats médicaux », parce qu'il y a beaucoup de médecins qui n'ont pas voulu — ils n'ont peut-être pas eu tort — constituer des syndicats.

Je ne suis pas partisan des syndicats de médecins, mais je suis très partisan des sociétés médicales.

Dans le département que je représente, nous avons une société qui comprend tous les médecins, ce n'est pas un syndicat.

Nous agissons comme conseil, comme organe de conciliation.

Je voudrais qu'une commission mixte fût constituée et composée d'une part, d'administrateurs désignés par M. le ministre des pensions ; d'autre part, des représentants de toutes les sociétés médicales : elles y enverraient les hommes qu'elles jugeraient les plus capables de résoudre la question. Je ne serais pas fâché non plus qu'il y eût quelques mutilés dans cette commission. Car les mutilés, s'ils ne sont pas à même de juger toutes ces questions, peuvent du moins exercer un utile contrôle . (*Très bien ! très bien !*)

Les administrateurs représenteraient le ministre, qui lui, est chargé de gérer les intérêts de l'État. Il faut le dire : il se peut que tous les médecins ne soient pas des hommes consciencieux, impeccables. Il y a des abus partout. Dans toutes les professions, il y a des hommes intègres et il peut y en avoir aussi qui ne soient pas suffisamment délicats. Dans tous les milieux, il y a des bons et des mauvais. Il faut se garer des mauvais : s'il n'y avait que des bons, il ne serait pas nécessaire de faire des lois. (*Applaudissements.*)

Voilà trois ans que je pense à cette question et je n'ai pas encore trouvé d'autre solution que celle que j'indique. J'avais espéré un moment appliquer le tarif des accidents du travail : la guerre c'est un travail — un travail un peu rude.

Les indemnités prévues par les accidents du travail auraient pu, par exemple, être majorées d'un tiers. Il paraît que cette solution n'agrée pas à tout le monde et cependant, je connais beaucoup de sociétés médicales qui se rallieraient à cette solution.

Il faudrait donc nommer une commission formée d'administrateurs, de médecins et de quelques mutilés. Elle soumettrait à M. le ministre des pensions ses conclusions : on pourrait les mettre en application au moins à titre d'essai. (*Très bien ! très bien !*)

Dans chaque département, une commmission de vérification et de contrôle, comme pour l'assistance médicale gratuite, commission composée d'hommes de haute valeur et de conscience, examinerait les cas délicats et donnerait son avis. Après six mois, un an ou deux ans d'expérience, nous arriverions, je crois, à une organisation pratique.

Les mutilés ont droit aux soins gratuits pour les blessures qui ont été la cause de leur réforme, bien entendu, pas pour autre chose.

M. ABOUT. C'est le principe de la loi.

M. GABRIEL MAUNOURY. Il n'est pas question de leur faire la charité.

Les médecins, de leur côté, sont en droit de demander pourquoi ils seraient chargés de payer des dépenses qui incombent à l'État. Ils ont, eux aussi à gagner leur vie. Pourquoi l'État mendierait-il les services des médecins ? Il doit les payer.

Je crois que c'est en partant de ces bases extrêmement loyales que nous arriverons à un résultat. C'est la suggestion que je me permets de soumettre à la Chambre. Je ne sais si elle est bonne. C'est celle qui m'est venue à l'esprit après avoir entendu MM. Pinard et Tranchand. (*Applaudissements.*)

AVIS

I

Stations thermales
Stations d'altitude.

Nos lecteurs qui désirent voir leur nom figurer dans les listes que nous publierons prochainement sont priés de nous en informer.

II

Envois de fonds.

Pour l'envoi des abonnements et des cotisations aux filiales, nous rappelons que le moyen le plus pratique et le plus économique est le versement au compte de chèques postaux dont voici les nos :

Concours Médical, Paris, 167-95.

Sou Médical, Paris 182-31.

Mutualité Familiale, Paris, 182-32.

Caisse des pensions de retraites du Corps médical français. Paris, 1271-46.

M. LE MINISTRE DES PENSIONS.................

J'aborde maintenant la question de l'article 64 qui a été soulevée ici par un certain nombre d'orateurs. L'article 64 est l'article de la loi des pensions qui dispose que les soins médicaux, chirurgicaux et pharmaceutiques sont assurés, leur vie durant, aux invalides de la guerre pour les blessures, les maladies ayant donné lieu à pension. Cet article prévoit donc la gratuité pour les soins médicaux, chirurgicaux et pharmaceutiques.

Le texte ne fait aucune distinction sur ce point et je n'en ai jamais fait moi-même. D'autre part, l'article 64 prévoit le libre choix du médecin et du pharmacien. Le paragraphe 4 est ainsi conçu : « Les bénéficiaires de la présente loi auront droit au libre choix du médecin et du pharmacien. »

Mais le paragraphe 5 est ainsi libellé : « Les frais de soins médicaux et pharmaceutiques seront supportés par l'État. Le tarif en sera établi par un décret d'administration publique, après entente avec les représentants des organisations et des syndicats professionnels intéressés. »

J'ai toujours soutenu — et cela jusqu'à présent n'avait jamais fait de doute pour personne — que si l'article 64 prévoit le libre choix du médecin et du pharmacien, cet article, en raison des dispositions du paragraphe 5, ne prévoit pas le même libre choix pour le chirurgien.

En effet, si le paragraphe 5 dispose que des tarifs interviendront pour les soins médicaux et pharmaceutiques, il ne prévoit pas qu'un tarif pourra être établi pour les soins chirurgicaux ; de sorte que, pour les soins chirurgicaux, force est de nous référer au paragraphe 6, lequel dispose : « Si l'hospitalisation est reconnue nécessaire, les malades sont admis, à leur choix, dans les salles civiles de l'hôpital de leur ressort. L'État payera les frais de séjour suivant le tarif adopté dans l'hôpital mixte du chef-lieu d'arrondissement le plus voisin.

Telles sont les dispositions essentielles de l'article 64.

Cet article, en ce qui concerne les soins médicaux, n'a malheureusement pas pu fonctionner jusqu'à ce jour, ou plutôt si les invalides de la guerre ont reçu des soins des médecins, il a été impossible de rembourser les médecins pour les soins qu'ils ont donnés.

Cela tient à la disposition finale du paragraphe 5 dont on a tant parlé et qui subordonnait l'établissement des tarifs à une entente avec les représentants des groupements professionnels, c'est-à-dire des syndicats de médecins.

Cette entente, cependant, on a tout fait pour la réaliser. Avant moi, alors que l'application de l'article 64 relevait, comme on l'a rappelé tout à l'heure, des attributions du sous-secrétaire d'État de l'intérieur qui, en la circonstance était M. Albert Favre, des pourparlers suivis furent engagés avec l'union des syndicats médicaux, pour arriver à une entente.

Et bien que M. Albert Favre, médecin lui-même, fût tout particulièrement disposé à prêter aux propositions de ses confrères une oreille favorable, malgré tous ses efforts, au bout de plusieurs mois de discussion, devant les prétentions des représentants des syndicats médicaux, les pourparlers durent être rompus.

Lorsque le ministère des pensions fut constitué, désireux que j'étais d'appliquer dans toutes ses dispositions la loi du 31 mars 1919 qui est, je le répète, la charte des pensionnés de la guerre, j'ai repris les pourparlers qui avaient été abandonnés par mon honorable prédécesseur. Vers le mois d'avril, j'ai cru que j'étais sur le point d'arriver à un accord, et, à ce moment-là, je dois dire que les représentants de l'union des syndicats médicaux rendaient hommage à la bonne volonté et au désir de conciliation du ministre des pensions. Nous sommes arrivés à ce moment-là aux conclusions suivantes : les tarifs devaient être fixés départementalement au lieu de l'être pour l'ensemble de la France, comme les représentants des médecins l'avaient demandé tout d'abord ; ces tarifs, conformément aux intentions du législateur, rappelées tout à l'heure par M. Defos du Rau, lorsqu'il invoquait les paroles prononcées à l'époque par M. Lugol, rapporteur de la loi des pensions, ces tarifs, dis-je, devaient être supérieurs à ceux de l'assistance médicale, mais rester inférieurs à ceux de la clientèle ordinaire.

Les représentants des médecins avaient accepté un maximum, mais ne s'étaient pas entendus sur le minimum ; ce maximum devait être de 8 fr. par commune de moins de 200.000 habitants et de 10 fr. pour les communes de plus de 200.000 habitants.

Une fois cet accord de principe intervenu, il avait été convenu que je devais en référer aux préfets de façon que, dans chaque département, le préfet pût se concerter avec les représentants des médecins pour réaliser l'entente dans la limite fixée.

Les préfets se sont mis à l'œuvre ; ils ont engagé des conversations dans tous les départements avec les représentants des médecins et, vers la fin d'octobre, nous étions arrivés à des ententes dans 65 départements ; malheureusement, dans les 27 autres, auxquels il faut ajouter les 3 départements d'Algérie, on ne put arriver à s'accorder, soit que les représentants des médecins exigeassent partout le maximum, alors cependant que les conditions de la vie locale ne le justifiaient pas, soit même qu'ils considérassent ce maximum comme insuffisant.

J'ai alors envoyé dans les départements où les syndicats médicaux étaient réfractaires, des inspecteurs généraux du ministère des pensions, choisis parmi les médecins, espérant qu'ils pourraient réussir là où les préfets avaient échoué.

Malgré ces interventions, les syndicats médicaux des départements réfractaires demeurèrent intransigeants. Je me suis donc trouvé dans la situation suivante : impossibilité de saisir le conseil d'État de propositions qui n'auraient réglé le sort que de soixante-cinq départements, alors que les autres seraient restés en dehors de la règlementation.

Puis s'est produit le fait suivant : dans un certain nombre de départements où des accords avaient été passés entre l'administration préfectorale et les représentants des médecins, ces derniers, voyant que dans d'autres départements les syndicats étaient restés réfractaires et pensant que ceux-ci seraient probablement mieux traités par la suite qu'ils ne l'étaient eux-mêmes, en vinrent à dénoncer les accords qu'ils avaient précédemment consentis. (*Exclamations.*)

C'est à ce moment qu'est intervenue la lettre des syndicats médicaux, lettre du 18 novembre 1920, dans laquelle les dirigeants de l'union des syndicats médicaux remettaient tout en cause, en reprenant dans leur intégralité toutes leurs revendications primitives.

La meilleure volonté pouvait vraiment se décourager. Je me trouvais, en tout cas, dans l'impossibilité, malgré mon désir de conciliation, d'arriver à l'accord prévu par le paragraphe 5 de l'article 64.

Obligé cependant d'aboutir, parce que je me trouvais pris entre les mutilés qui réclamaient à juste titre l'application de l'article 64 et les médecins qui demandaient à être payés pour les soins déjà donnés, je me suis vu dans la nécessité de saisir le Parlement d'une modification à l'article 64, modification qui n'est pas passée inaperçue, quoi qu'on en ait dit.

Avant de proposer au Parlement cette modification, j'en avais longuement conféré avec nos camarades du groupe des députés mutilés dont j'invo-

que le témoignage, et nous étions tous d'accord pour apporter à l'article 64 la modification qui a été votée ; celle-ci, d'ailleurs, a fait l'objet d'une discussion publique au Sénat.

On a prétendu, en outre, que l'innovation portait atteinte au libre choix du médecin et du pharmacien, alors que cette innovation a tout simplement consisté à ne plus subordonner à une entente avec les représentants des médecins l'établissement des tarifs qui devaient être fixés par le conseil d'État. L'article 54 de la loi de finances du 31 décembre dernier a disposé en effet :

« Les frais des soins médicaux et pharmaceutiques seront supportés par l'État. Le tarif en sera établi par décret rendu en la forme des règlements d'administration publique. »

Aussitôt ce texte promulgué, ce fut une protestation véhémente parmi les représentants des médecins qui m'accusèrent d'avoir escamoté la discussion.

Je viens de vous prouver qu'il y avait eu discussion et point d'escamotage.

En tout cas, l'union des syndicats médicaux prit alors la décision suivante, dont je vous demande la permission de vous donner communication :

« Le conseil de l'union des syndicats médicaux de France, dans sa réunion du 16 janvier, mis en présence de la modification apportée par le Parlement à l'article 64 de la loi des pensions, a pris la décision suivante :

« A partir du 1er janvier, aucun médecin ne devra reconnaître à aucun malade ou blessé la qualité de bénéficiaire de la loi des pensions. » (*Exclamations.*)

Comme s'il était possible de refuser à un mutilé cette qualité.

« Les blessés malades ou mutilés seront soignés comme des malades ordinaires. Ils payeront directement leur médecin. Le médecin traitant délivrera un reçu et aura soin d'établir son ordonnance sur papier personnel. Les médecins ne rempliront aucun bordereau, aucune feuille administrative. »

M. Balanant. Heureusement que cette circulaire n'a été appliquée nulle part par les médecins, qui sont plus honnêtes que ceux qui l'ont signée.

M. le ministre des pensions. Cependant la loi du 31 décembre m'ayant rendu les mains libres, j'ai aussitôt saisi le conseil d'État de propositions en vue de l'établissement des tarifs que prévoit l'article 64.

Le conseil d'État s'est prononcé après discussion à la session des finances et discussion à l'assemblée plénière. Le tarif adopté figure au décret du 9 mars 1921.

Ce tarif a été appelé Maginot. J'ai l'habitude de prendre mes responsabilités, mais, tout de même, je suis obligé de présenter ici une observation, parce qu'elle est conforme à la vérité.

On a comparé le tarif Maginot à ce qu'on a appelé le tarif Breton sur les accidents du travail. Or, il importe qu'on sache que la situation n'est pas comparable.

M. Breton a pu fixer les tarifs qui doivent être payés par les compagnies d'assurances par simple arrêté ministériel et pouvait, par conséquent, accorder les tarifs qui lui étaient demandés. Mais le ministre des pensions était obligé par l'article 64 de recourir à un décret rendu en la forme des règlements d'administration publique, c'est-à-dire pris en conseil d'État, après avis de la section des finances et délibération de l'assemblée plénière, et le ministre des finances ayant été consulté.

J'étais d'ailleurs si peu maître de la situation que le conseil d'État a modifié mes propositions les considérant comme excessives et trop onéreuses pour les finances publiques.

Quoi qu'il en soit, le décret du 9 mars est enfin publié. Ce décret divisait les communes en 5 catégories :

Communes de :	Consultation	Visite
5.000 habitants au plus..........	4 fr.	5 fr.
5.001 à 50.000 habitants.........	5 fr.	6 fr.
50.001 à 100.000 —	6 fr.	7 fr.
100.001 à 200.000 —	7 fr.	8 fr.
au-dessus de 200.000 habit.........	8 fr.	10 fr.

En y ajoutant les frais de déplacement, dont le maximum est fixé à 1 fr. 50 par kilomètre, on est en droit de dire que les tarifs adoptés par le conseil d'État offrent aux médecins une rémunération honorable et suffisante, d'autant plus que le prix de la visite est doublé lorsque, dans les cas d'urgence, celle-ci doit avoir lieu la nuit. En outre, les opérations de petite chirurgie et les menues interventions qui ne nécessitent pas l'hospitalisation, mais qui ne rentrent pas dans les actes médicaux usuels, sont tarifées au prix de deux ou trois consultations ou visites.

Au lendemain de la publication de ce décret, l'union des syndicats médicaux, dans des circulaires adressées aux syndicats adhérents à l'union, comme dans des lettres circulaires adressées aux grandes associations de combattants et de mutilés, fit savoir qu'elle n'accepterait pas le décret du 9 mars.

L'union des syndicats médicaux reproche au décret du 9 mars de ne comporter aucune nomenclature chirurgicale, aucune organisation de soins, aucun contrôle. Elle lui reproche également de ne donner aux médecins qu'une rémunération insuffisante, ce qui constitue, ajoute-t-elle, « un précédent dangereux qui pourrait être exploité contre le corps médical lorsque viendra en discussion le projet de loi sur l'assistance invalidité et maladie. »

« La lutte que nous soutenons actuellement — déclare dans une lettre circulaire le syndicat des médecins de la Seine — n'est que le prélude de celle qui va se livrer à propos de la loi sur l'assistance invalidité et maladie, lutte qui mettra en péril grave l'indépendance et la dignité de la profession médicale. »

Et dans son communiqué du 25 mars aux autres syndicats de France, l'union des syndicats médicaux revenant sur cette préoccupation, déclare :

Avec et sous l'égide de l'État, s'organise l'attaque contre le corps médical et, si l'État se comporte aujourd'hui avec cette désinvolture, c'est qu'il pourrait bien être l'un des éléments d'une coalition dont il est aujourd'hui le centre. L'assaut contre le corps médical est donc méthodiquement préparé.

« Légalement, on ne peut imposer un tarif à un médecin traitant qui le refuse. Nous sommes donc dans une position très forte et nous pouvons, par une résistance méthodiquement poursuivie, faire échouer les tentatives de taxation et de domestication dirigées contre nous. (*Mouvements divers.*)

« Le dernier effort de conciliation auquel nous avions consenti, à la demande pressante de la commission parlementaire des pensions, a échoué. C'est donc aujourd'hui, la lutte et cette lutte ne doit cesser que par notre victoire. Rien ne doit plus l'interrompre.

« Par décision du conseil de l'union, nous venons donc vous demander de continuer ou de reprendre l'action, dès aujourd'hui, là où son application avait été momentanément suspendue.

« La décision prise par le conseil de l'union, conformément au mandat précis donné par l'assemblée générale de décembre, doit être appliquée, et à partir d'aujourd'hui, ajoute-t-on sur cette lettre, aucun médecin ne doit reconnaître à aucun blessé, malade

ou mutilé de guerre la qualité de bénéficiaire de la loi des pensions. » (*Vives exclamations sur divers bancs.*)

M. BALANANT. Tant qu'ils parleront ainsi, on ne doit plus discuter avec eux.

M. LE MINISTRE DES PENSIONS. « Les bénéficiaires de la loi seront soignés comme des malades ordinaires. Ils payeront leur médecin au tarif ordinaire. Le médecin fera son ordonnance sur papier personnel. Il se refusera à remplir un papier administratif quelconque. »

M. EMMANUEL BROUSSE. Ce sont des médecins français qui ont écrit cela ?

M. BALANANT. Ces gens-là représentent-ils les médecins de France ?

M. CHARLES BERNARD. Qui a écrit cela ?

M. LE MINISTRE DES PENSIONS. C'est l'union des syndicats médicaux.

« Une autre circulaire actuellement en préparation vous apportera des précisions sur la situation actuelle Cette courte note n'a qu'un objet, vous dire : reprenez immédiatement ou accentuez l'action. »

M. MAURICE MARCHAIS. Il est bon d'observer que les avocats prêtent gratuitement leur concours aux mutilés de la guerre devant les tribunaux de pensions. (*Applaudissements.*)

M. LE MINISTRE DES PENSIONS. Comme suite à ce communiqué qui émane, je le répète, de l'union des syndicats médicaux, cette union a envoyé, au mois d'avril, aux associations des victimes de la guerre, une lettre-circulaire dont j'extrais le passage suivant :

« Les médecins vont donc continuer la campagne et la continueront jusqu'à ce qu'ils aient obtenu satisfaction sur les trois points pour lesquels ils l'ont entreprise, c'est-à-dire jusqu'à ce qu'ils aient obtenu :

« 1° une organisation des soins, qui garantisse le libre choix du malade et lui permette, dans les cas les plus graves comme dans les cas les plus simples, de donner sa confiance au médecin qu'il aura librement désigné ;

« 2° Une organisation de contrôle sérieux, donnant des garanties d'ordre technique et moral ;

« 3° Un tarif suffisant pour permettre aux médecins de pouvoir exercer consciencieusement et honnêtement la médecine. »

M. CHARLES BERNARD. Avouez que les pharmaciens se sont mieux tenus. (*Rires et applaudissements.*)

M. LE MINISTRE DES PENSIONS. Nous nous sommes entendus, dès le premier jour, avec l'association générale des pharmaciens de France. (*Très bien ! très bien !*)

M. DE LASTEYRIE, *rapporteur général.* Est-ce que l'union des syndicats médicaux de France représente véritablement le corps médical français ? J'espère, pour l'honneur du corps médical français, qu'il n'en est pas ainsi. (*Très bien ! très bien !*)

M. BALANANT. C'est ce que je disais tout à l'heure. La circulaire de l'union n'a pas été suivie, fort heureusement, par les médecins de province.

M. EMMANUEL BROUSSE. Quels sont les signataires de cette circulaire ?

M. HERMABESSIÈRE. Lorsque la circulaire que viens de lire M. le ministre des pensions a été publiée, les différents syndicats médicaux de province se sont réunis. Cette réunion a eu lieu pendant les dernières vacances parlementaires. Je tiens à donner ces détails à la Chambre.

Le syndicat médical dont j'ai l'honneur de faire partie s'est réuni. Voici quelles ont été les décisions prises à la presque unanimité des médecins présents. Ils ont trouvé que les exigences de l'union des syndicats médicaux de France étaient exagérées.

Au centre. Un peu !

M. HERMABESSIÈRE. Il est certain que le tarif qu'elle voulait imposer était exagéré et permettrait des abus graves.

Le décret qui fixe les honoraires des médecins serait accepté par eux, s'il n'établissait pas cinq catégories. Avant la guerre, les frais des médecins dans les grandes villes étaient peut-être plus importants que dans les campagnes ; mais aujourd'hui dans les campagnes, étant donné le prix de l'essence et des dépenses de déplacement, les médecins ont de grands frais.

Sur divers bancs. Les frais de déplacement sont remboursés.

M. HERMABESSIÈRE. C'est pourquoi nous ne comprenons pas, en province, la division en cinq catégories.

La plupart de mes confrères se seraient rangés à l'avis du président demandant l'application du tarif Breton pour les accidents du travail.

M. LE MINISTRE DES PENSIONS. Dans le projet de décret que j'avais soumis au conseil d'État — c'est un renseignement que je donne en passant — je n'avais prévu que trois catégories : celles des communes de moins de 100.000 habitants, celle des communes de 100.000 à 200.000 habitants et celle des communes au-dessus de 200.000 habitants. C'est le conseil d'État qui a adopté la division en cinq catégories

D'ailleurs, l'union des syndicats médicaux n'a jamais protesté sur ce point, car il n'est guère possible d'établir un tarif uniforme.

M. HERMABESSIÈRE. Pourquoi ?

M. LE MINISTRE DES PENSIONS. Parce que le prix de la vie n'est pas le même dans les grandes agglomérations que dans les communes rurales et que, dans les communes rurales, l'indemnité de déplacement, s'ajoutant presque toujours au prix des visites ou consultations, vient augmenter la rémunération du médecin.

Mais je veux répondre aux critiques adressées par l'union des syndicats médicaux, dans le communiqué que je viens de lire, au décret du 9 mars.

On reproche au décret du 9 mars de ne prévoir aucune organisation de soins, aucun contrôle.

Il n'y a rien d'étonnant à cela, étant donné que le décret du 9 mars avait pour but unique de fixer des tarifs, tandis que l'organisation et le contrôle avaient fait l'objet déjà du règlement d'administration publique du 26 septembre 1919. Néanmoins, l'organisation et le contrôle ainsi déterminés pouvant être améliorés, pendant que le conseil d'État délibérait sur les propositions que je venais de lui adresser, et désireux, sur la demande qui m'en avait été faite par la commission des pensions, de témoigner vis-à-vis des représentants des médecins d'un dernier désir de conciliation, j'avais reçu de nouveau, au mois de février, les dirigeants de l'union des syndicats médicaux et je leur avais dit : Si vous acceptez les tarifs qui viennent d'être adoptés par le Conseil d'État et

qui assurent aux médecins une équitable rémunération pour l'avenir et le moyen d'être immédiatement payés des soins qu'ils ont donnés dans le passé, je suis tout disposé, d'accord avec vous, à instituer une commission, celle dont a parlé tout à l'heure M. Gabriel Maunoury, qui serait composée de représentants des médecins, de représentants des mutilés et de représentants de mon administration, et qui serait chargée de préparer un nouveau projet de décret organisant les soins et établissant ce contrôle, qui s'impose aussi bien dans l'intérêt de l'État que dans l'intérêt des médecins.

M. CHARLES BERNARD. Très bien !

M. LE MINISTRE DES PENSIONS. Et même, en ce qui concerne la question des soins chirurgicaux, bien que l'article 64 de la loi des pensions, je le répète, n'ait pas prévu le libre choix du chirurgien, j'ai déclaré aux représentants de l'union des syndicats médicaux que j'étais disposé, d'accord avec la commission dont je viens de parler, dès qu'elle serait constituée, à envisager la possibilité de déposer un projet de loi modifiant l'article 64 et étendant au chirurgien le libre choix.

Il s'agissait, vous le voyez, d'importantes concessions. Elles étaient subordonnées simplement à ce fait de l'acceptation des tarifs qui venaient d'être adoptés par le conseil d'État.

J'ajoute que, me serais-je mis d'accord, je le suppose un instant, avec les représentants des syndicats médicaux, et aurais-je déjà personnellement accepté les propositions qu'ils me faisaient, bien qu'elles fussent exagérées, je n'aurais pas pu, le conseil d'État étant appelé à intervenir, obtenir de celui-ci l'homologation des ententes qui seraient intervenues entre nous.

M. GABRIEL MAUNOURY. Voulez-vous me permettre de présenter une observation ?

M. LE MINISTRE DES PENSIONS. Volontiers.

M. Gabriel MAUNOURY. — *Vous parlez toujours de l'Union des Syndicats Médicaux ; je crois que le corps médical a une représentation plus normale et plus générale ; c'est l'Association générale des médecins de France, qui a toujours été une association ayant un égal souci de la moralité et des intérêts de la profession et qui a ses ramifications dans toute la France.*

La majorité des médecins ne fait pas partie des syndicats, mais appartient à l'Association générale des médecins de France. Vous obtiendriez de ce groupement, sur ces questions professionnelles, un avis donnant mieux l'opinion du corps médical que celui de l'Union des Syndicats médicaux. (Très bien ! très bien!

M. ERNEST LAFONT. Pourquoi jetez-vous ainsi le discrédit sur des hommes qui ne font pas partie de votre organisation ? (*Interruptions au centre et à droite.*)

Dans le département de la Loire, il y a des médecins réactionnaires, il y a des médecins qui n'ont pas d'opinion politique et d'autres qui appartiennent au parti socialiste ; tous cependant font partie du syndicat médical.

M. GABRIEL MAUNOURY. Dans le département que je représente, il y a approximativement 100 médecins. Tous font partie de l'association générale des médecins de France. Je ne crois pas qu'un tiers d'entre eux fasse partie d'un syndicat.

M. ERNEST LAFONT. Ailleurs, ils font partie du syndicat.

M. GABRIEL MAUNOURY. Je crois que si on veut avoir l'opinion réelle du corps médical, il faut s'adresser, d'abord, à l'association générale des médecins de France, qui a toujours eu à sa tête des hommes honorables et représentant toute la corporation. (*Très bien ! très bien ! au centre et à droite.*)

M. ABOUT. Il faut s'adresser à toutes les organisations.

M. BARILLET, *président de la commission des pensions.* Monsieur le ministre, voulez-vous me permettre de vous donner un renseignement ?

M. LE MINISTRE DES PENSIONS. Très volontiers.

M. BARILLET. La commission des pensions a répondu par avance à la préoccupation de M. Gabriel Maunoury.

Lorsque l'union des syndicats médicaux de France nous a demandé d'intervenir pour servir de conciliateur entre elle et le ministère des pensions, nous avons commencé par répondre que nous n'étions saisis d'aucun projet et qu'il nous serait difficile d'intervenir officiellement. Cependant, dans un but de conciliation, nous avons décidé d'entendre, d'une part, M. le ministre des pensions et, d'autre part, les représentants des médecins. Soucieux de connaître l'opinion de tous ceux qui avaient le droit de parler au nom du corps médical, nous avons alors convoqué deux représentants de l'union des syndicats médicaux et deux représentants de l'association générale des médecins.

Je dois dire que, si les premiers ont répondu à notre convocation, l'association générale des médecins a déclaré que, puisqu'il s'agissait uniquement de questions de tarifs, elle ne croyait pas avoir à intervenir.

Je crois que la Chambre est maintenant fixée et voit que, si certains médecins sont prêts à accepter les tarifs proposés par le ministre, il en est d'autres qui, peut-être, ne voient dans l'affaire qu'une question purement syndicale. (*Applaudissements au centre et à droite.*)

M. LE MINISTRE DES PENSIONS. Jusqu'à la dernière minute, j'ai fait preuve d'un grand esprit de justice et d'un grand désir de conciliation vis-à-vis des représentants des médecins puisque, comme je viens de l'indiquer, même pendant que le conseil d'État était saisi de la question, j'ai continué les pourparlers avec ces représentants. Les concessions que j'avais accepté de faire et que je viens de résumer étaient importantes, comme vous avez pu en juger.

Mais depuis la promulgation du décret du 9 mars je n'ai plus eu de nouvelles des représentants de l'union des syndicats médicaux. Je sais, par contre, que l'union fédérale des mutilés de la guerre, qui est le plus important groupement de mutilés en France, a voulu s'interposer entre le ministre des pensions et les représentants de l'union des syndicats médicaux. Ces derniers avaient toujours déclaré que, s'ils ne pouvaient pas s'entendre avec le ministre des pensions, ils étaient tout disposés à s'entendre avec les représentants des associations de mutilés.

Voici ce qui s'est produit, suivant un passage que j'extrais d'une brochure publiée par l'union fédérale sous la signature de M. Pichot, vice-président de cette importante fédération.

M. Pichot rend compte qu'il eut une entrevue, au nom de l'union fédérale, avec le docteur Lafontaine, qui représente l'union des syndicats médicaux de France.

« Je fis connaître à M. Lafontaine — dit M. Pichot — ce qui suit :

« 1° L'union fédérale demande aux médecins d'accepter le règlement du passé sur les tarifs du 9 mars ;

« 2° L'union fédérale est prête à provoquer la réunion de la commission demandée par l'union des syndicats médicaux et que le ministre a acceptée en principe ;

« 3° L'union fédérale demande au corps médical de cesser sa campagne dès que l'entente sera réalisée sur ces deux points, c'est-à-dire dès que le corps médical aura accepté le décret pour le règlement du passé et que la réunion de la commission aura été décidée.

« M. Lafontaine répondit :

« 1° Que, si personnellement il n'était pas opposé, en principe, à ce que le passé se réglât sur les tarifs du 9 mars, il n'avait pas qualité pour en décider seul et qu'il soumettrait la question au conseil d'administration de l'union, qui doit se réunir le 17 avril ; que, d'ailleurs, le passé, à son avis, s'arrêtait au 1er février 1921, date de la rupture avec l'administration ;

« 2° Qu'il était prêt à accepter la réunion de la commission, puisque la proposition émanait de l'union des syndicats médicaux ;

3° « Qu'il n'acceptait en aucune façon la cessation de la campagne et que, s'il était de son devoir de transmettre ma proposition aux administrateurs de l'union, il la transmettrait en la combattant ». (*Exclamations.*)

M. Balanant. Et l'on a continué à discuter avec un pareil personnage !

M. le ministre des pensions. J'ai tout lieu de penser que les représentants des mutilés ne seront pas plus heureux dans leurs négociations que je ne l'ai été moi-même avec les dirigeants de l'union des syndicats médicaux.

Je sais, d'autre part, que, dans un certain nombre de départements, les médecins ont obéi au mot d'ordre de l'union des syndicats. Il en résulte que, dans ces départements, les invalides de la guerre ne sont plus considérés comme des bénéficiaires de la loi des pensions ; ils sont traités par les médecins comme des malades ordinaires, c'est-à-dire qu'ils sont soignés contre payement ; en un mot la gratuité ne joue pas.

Je veux continuer à espérer, cependant, que ces médecins, lorsqu'ils se trouveront en présence des instructions que je viens d'adresser aux préfets, qui doivent permettre la mise en vigueur du décret du 9 mars, et que des obligations de crédit auront été faites en vue de cette application, je veux espérer qu'ils ne s'obstineront pas dans une attitude qui, si elle est funeste aux intérêts des mutilés, n'est certainement pas profitable aux intérêts des médecins eux-mêmes. (*Applaudissements.*)

Dans tous les cas, je veux croire que la grande majorité des médecins de France, à laquelle tout à l'heure M. Gabriel Maunoury faisait allusion, qui a conservé le noble souci de sa dignité professionnelle, qui a une haute conception de ses devoirs et qui, depuis la guerre comme pendant la guerre, n'a cessé de témoigner à nos blessés tant de preuves de sollicitude et de dévouement, je veux croire que la grande majorité de nos médecins ne se soumettra pas aux injonctions qu'on lui adresse. (*Applaudissements.*)

Si mon espoir était déçu, je me verrais dans l'obligation, car avant tout il faut aboutir et tenir, sous une forme ou sous une autre, les promesses qui ont été faites aux invalides de la guerre et qui sont inscrites dans la loi des pensions, je me verrais, dis-je, dans l'obligation de revenir devant vous et de vous faire telle ou telle proposition permettant de sauvegarder les droits des mutilés. (*Applaudisements.*)

Je pourrais alors vous proposer — ce n'est qu'une indication que je donne — la création d'un corps de médecins spéciaux auxquels on faisait allusion hier.

M. Ernest Lafont. *Des médecins militaires probablement ! (Mouvements divers.)*

M. le ministre des pensions. *Ils n'auraient pas à être recrutés dans le service de santé ; ils pourraient être désignés par les comités départementaux des mutilés, c'est-à-dire par les intéressés eux-mêmes et heureusement choisis parmi les médecins anciens combattants ou invalides de guerre. (Applaudissements).*

Je pourrais vous faire une autre proposition. Elle consisterait à allouer aux invalides de la guerre une somme forfaitaire qui varierait avec le degré de leur invalidité, et qui serait plus forte pour les malades que pour les blessés. Cette allocation constituerait en quelque sorte une augmentation de la pension et compenserait pour les invalides de la guerre la perte du bénéfice de l'article 64.

Mais, dans une pareille matière, alors que nous pouvons être appelés à modifier la situation que les bénéficiaires de la loi des pensions tiennent de son texte même, je ne ferai rien, vous le pensez bien, sans m'être mis d'accord au préalable avec les intéressés. Depuis que je suis ministre des pensions, j'ai toujours eu à cœur de maintenir, entre mon administration et les grandes organisations de mutilés, une collaboration étroite et constante. (*Très bien ! très bien !*) Ce n'est pas aujourd'hui que je renoncerai à cette politique, qui, si elle est profitable aux intérêts des mutilés dont j'ai la charge, est aussi profitable à la paix sociale. (*Applaudissements.*)

J'ai hâte, autant que vous, d'aboutir et je n'ai qu'un désir : trouver le plus tôt possible, d'accord avec les intéressés, une solution qui permette de mettre un terme à la situation dont on s'est plaint si justement.

....

M. Pinard. Dans la réponse que M. le ministre a bien voulu me faire, une chose me console, mais une autre me peine beaucoup.

Vous désirez comme moi, monsieur le ministre, que nos malades, nos mutilés de guerre soient soignés comme ils le méritent. Et ils ne le sont pas.

Nous différons sur un point qui est capital et qui a de graves conséquences. Vous persistez à croire que la gratuité des soins chirurgicaux n'est pas contenue dans la loi.

M. le ministre des pensions. Je n'ai jamais dit cela. J'ai dit : le libre choix du chirurgien.

Le paragraphe 1er de l'article 64 est formel : il vise la gratuité des soins «médicaux, chirurgicaux et pharmaceutiques. » En ce qui concerne le libre choix, qui ne peut s'exercer que si les tarifs chirurgicaux sont fixés, le paragraphe 5 stipule que « les frais de soins médicaux et pharmaceutiques seront supportés par l'État ». Il n'est plus question là des soins chirurgicaux. Et pour les soins chirurgicaux ne peut jouer que le paragraphe 6, lequel dispose que « si l'hospitalisation est reconnue nécessaire, les malades seront admis, à leur choix, dans les salles militaires ou dans les salles civiles de l'hôpital de leur ressort ».

Cette thèse n'a jamais été contestée par personne.

La proposition que j'ai faite aux représentants de l'union des syndicats médicaux, qui consistait à saisir la commission dont vous avez parlé d'un projet

modifiant l'article 64 est le seul moyen qui nous permette de sortir de la situation dont vous vous plaignez.

M. PINARD. Monsieur le ministre, nous nous rapprochons sensiblement, il n'y a plus qu'une petite différence entre nous : c'est que je regrette que vous n'ayez pas constitué cette commission avant, au lieu de la constituer après la rupture des pourparlers.

En interrogeant l'union des syndicats médicaux, vous n'avez pas interrogé le corps médical tout entier. C'était cela qu'il fallait faire.

Comme je l'ai dit et comme l'a répété avec tant de raison M. Gabriel Maunoury, je suis absolument certain que si vous aviez convoqué les représentants de l'association générale des médecins de France, l'association des médecins de la Seine...

M. LE MINISTRE DES PENSIONS. Ils ne sont pas venus.

M. PINARD. Sans doute, mais on n'aurait pas dû laisser s'établir cette lutte.

On aurait pu convoquer les grandes associations médicales, vous ne pouvez pas dire le contraire. Il y a 13.000 médecins syndiqués, c'est une force énorme avec laquelle vous devez compter. Il faut leur parler, et je suis convaincu que s'il y avait eu une délégation de l'association générale des médecins de France, des médecins de la Seine, de toutes les grandes associations de France, en même temps qu'une délégation des mutilés et des représentants de l'autorité, nous n'en serions pas où nous en sommes.

Actuellement, beaucoup de nos malheureux mutilés n'ont pas les soins qu'ils méritent, car ils méritent des soins spéciaux. (*Très bien ! très bien !*) Je n'ai pas eu, hélas ! l'honneur de prendre part au vote de cette belle loi : elle est admirable, laissez la fonctionner dans sa plénitude, accordons seulement tous les moyens d'exécution voulus.

Vous n'allez pas condamner les mutilés à accepter l'hospitalisation. Croyez-vous, mon cher ministre, que les mutilés, dans un hôpital, trouvent tout le confort que nous voulons pour eux ? Nous ne le pensons pas. . . . .

M. TAITTINGER. Ils y sont souvent mieux soignés que chez eux.

M. PINARD. Je sais ce que c'est que l'hôpital.

Les mutilés n'y ont pas, je le répète, tout le confort qu'ils méritent.

M. LE MINISTRE DES PENSIONS. Dans tous les cas, ce n'est pas nouveau. La loi du 31 mars a toujours été appliquée de la même façon, non seulement par moi, mais par mes prédécesseurs.

M. PINARD. Je ne demande qu'une seule chose, c'est que nos malades et nos blessés de guerre soient traités comme ils le méritent.

M. LE MINISTRE DES PENSIONS. Moi aussi.

M. PINARD. Je suis convaincu, pour ma part, qu'ils le seront le jour où vous voudrez bien reconstituer cette commission en faisant appel à tous les représentants du monde médical.

Il y a de l'amour-propre un peu des deux côtés. Il y a une dignité médicale qui exige que l'on ne consente pas à tout. On est médecin avant tout et on ne cherche pas à s'enrichir quand on est médecin. N'exerce bien la médecine que celui qui aime sa profession.

Monsieur le ministre, de même que vous ménagez les susceptibilités de vos mutilés et de vos malades ménagez la dignité médicale, c'est tout ce que je vous demande. (*Applaudissements.*)

II

Union des Syndicats médicaux de France.

L'Union des Syndicats médicaux de France est en conflit avec l'administration du Ministère des pensions, et non avec les mutilés. Les médecins refusent de remplir les *papiers administratifs* et non de soigner les mutilés ; ils ont soigné, ils soignent, ils continueront à soigner les mutilés.

L'Union fédérale des Associations des mutilés et réformés de guerre s'est réunie hier et a renouvelé auprès de l'Union la proposition qui avait *été faite déjà, et dans les mêmes termes*, par le Ministère des pensions. Cette proposition est la suivante :

1o **Cessation de la campagne** engagée.

2o Taxation des honoraires médicaux au tarif Maginot.

3o Les deux clauses précédentes étant acceptées, l'Union fédérale participerait, avec des délégués des médecins et des délégués du Ministère, à l'établissement d'un nouveau tarif, car elle reconnaît avec l'Union des Syndicats médicaux, que le tarif Maginot actuel diminue considérablement le libre choix du médecin et, notamment, ne comprend la tarification d'aucun acte chirurgical et aucun service de contrôle.

L'Union des Syndicats médicaux a déclaré qu'elle acceptait la troisième proposition aux conditions suivantes : La Commission serait composée, par tiers, de délégués des Associations des bénéficiaires de la loi désignés par les Associations, de délégués des médecins désignés par l'U. S. M. F. et de délégués de l'Etat, désignés par le ministre. Le but de cette Commission serait :

a) Etude et construction d'une organisation de soins.

b) Organisation d'un contrôle.

c) Établissement d'une nomenclature et d'un tarif d'accord.

Cette Commission pourra, en outre, examiner le règlement de l'arriéré, et, en général, les questions intéressant l'application de l'article 64 avec le libre choix.

L'Union des Syndicats médicaux rappelle qu'elle n'est pas en conflit avec les mutilés mais avec le Ministère. Ce ne sont pas les médecins qui ont contracté des dettes vis-à-vis des mutilés, c'est l'État. L'Union ne peut donc accepter de voir les dettes de l'État endossées par l'Union fédérale des mutilés, et voir substituer, dans le conflit actuel, les mutilés au Ministère des pensions.

Le Conseil de l'Union estime que le Ministère des pensions est capable, à lui seul, de résoudre le conflit qu'il a créé.

HYGIENE ET PROPHYLAXIE

La lutte anti-tuberculeuse dans le département du Rhône.

En décembre dernier, l'Union des Syndicats médicaux de France tenait son assemblée générale annuelle. Elle avait inscrit à l'ordre du jour d'une des séances la question de la lutte anti-tuberculeuse.

Le rapporteur, dans ses conclusions, déclara : « Une grande activité semble actuellement se manifester, dans bon nombre de départements. Mais, jusqu'à présent, les résultats obtenus ne sont pas très importants ».

Après la lecture des différentes communications, après les discussions qui suivirent, les délégués pouvaient constater, une fois de plus, qu'en France, suivant l'expression de Würtz, souvent citée « L'hygiène est une façade derrière laquelle il n'y a rien ».

J'essayai de réagir contre cette impression et de montrer, en quelques mots, que, dans le Rhône, des résultats notables avaient été obtenus.

Plusieurs confrères me demandèrent alors, de publier une note sur ce sujet. C'est pour répondre à leur désir que je fais aujourd'hui l'historique de notre Comité.

Origines du Comité.

Lorsqu'en 1916, on créa, dans chaque département, le Comité d'assistance aux militaires réformés pour tuberculose, cette œuvre de guerre répondait à un sentiment de reconnaissance et de justice.

Il était naturel de chercher à secourir les premiers ceux qui avaient doublement souffert et par les fatigues des tranchées et par la maladie. Mais, on se proposait également d'engager la lutte contre la tuberculose pour enrayer la marche progressive de ce fléau national, par tous les moyens pouvant être utiles.

C'est ce comité d'assistance aux militaires réformés pour tuberculose qui devint le comité départemental du Rhône pour la lutte contre la tuberculose.

Dès 1917, dans sa réunion générale, le Comité avait décidé de ne pas disparaître après la cessation des hostilités — de fonder une œuvre durable — et d'étendre son action à toute la population civile.

Tout en étant aidé par les subventions de l'Etat, du département et de la ville de Lyon, il est un bel exemple de la générosité publique et de la force de l'initiative privée qui assure son fonctionnement.

Il eut la bonne fortune d'être dirigé, dès le principe, par des hommes éminents, dont l'intelligente activité égalait le généreux dévouement.

M. Joseph Gillet, industriel, est président du Conseil d'administration, depuis l'origine.

Le professeur Jules Courmont, que ses travaux de laboratoire placent à côté de ses maîtres Chauveau et Arloing, ces gloires de l'Ecole lyonnaise, fut président de la Commission technique.

Par leurs compétences, ils devaient assurer le succès rapide de l'œuvre.

La mort prématurée de Jules Courmont (mai 1918), fut une perte irréparable.

Depuis cette époque, le Dr Mouisset, médecin des hôpitaux, l'a remplacé comme président de la Commission technique.

Le prof. Paul Courmont qui continue, avec tant d'ardeur, les œuvres entreprises par son frère, est directeur de l'Institut bactériologique et des dispensaires anti-tuberculeux.

C'est à eux que nous devons la communication de tous les documents utilisés pour cette publication. Nous sommes heureux de leur adresser publiquement nos remerciements.

But du Comité. Son organisation.

Le Comité a pour but de veiller à ce que les tuberculeux apprennent à se soigner et appliquent les préceptes d'éducation sanitaire qu'ils ont reçue. Il se propose également de prendre, à l'égard de leur famille et de leur entourage, toutes les mesures d'assistance et de prophylaxie que réclamment leur situation et leur état.

Il comprend quatre sections principales :

a) Des dispensaires ;

b) Un hôpital de tuberculeux au Château du Montet, à Saint-Genis-Laval (Rhône).

c) Le sanatorium de Bayère, à Charnay (Rhône).

d) Des préventoriums : la Maison des Enfants, à Charly (Rhône) ; le préventorium de Cuire.

Dispensaires.

A Lyon, le Comité départemental n'a pas eu à se préoccuper de la création d'un dispensaire.

Il a pu agir de suite en collaboration avec le dispensaire anti-tuberculeux organisé, depuis 15 ans, par Jules Courmont. Ce dispensaire fonctionne, en effet, depuis le 1er février 1905, pour la rive gauche du Rhône, et, depuis le 1er février 1906, pour le reste de la Ville.

Son organisation a été inspirée par celle du dispensaire Calmette fondé à Lille en 1909. Elle n'est pas identique à celle de Lille, *les ressources du dispensaire* et *les besoins de Lyon* étant différents de ceux de Lille. Le but est, en tout cas, le même : diminuer le nombre des cas de tuberculose en surveillant les foyers tuberculeux. C'est une œuvre d'hygiène sociale bien plus que médicale. *Guérir le tuberculeux est son moindre objet. Empêcher la propagation de la tuberculose est sa raison d'être.*

La grande difference entre le dispensaire de Lille et celui de Lyon est la suivante. A Lille, Calmette a une somme annuelle à dépenser, provenant de donations. Il a des revenus fixes. Il peut assister et surveiller 200 tuberculeux

Il a des enquêteurs qui sont chargés de dépister les tuberculeux et de les faire inscrire au dispensaire, où ils sont admis dès qu'il y a des places vacantes.

A Lyon, nous recevons une subvention de la ville et du Bureau de Bienfaisance pour admettre tous les tuberculeux qui sont inscrits au Bureau de bienfaisance. Notre action est donc illimitée. Nous surveillons tous les foyers tuberculeux des indigents de la ville de Lyon qui demandent assistance au Bureau de bienfaisance.

Notre action peut servir de modèle à d'autres municipalités. Rares seront les dispensaires qui auront, comme celui de Lille, une fortune personnelle.

Au contraire, la plupart des grandes villes peuvent organiser un dispensaire analogue à celui de Lyon. Les dépenses seront extrêmement minimes. Il s'agit seulement d'employer autrement qu'on ne le fait généralement les sommes destinées à l'assistance.

« Le rendement social des budgets d'assistance, tels qu'ils sont compris dans la plupart des communes est excessivement faible. Il faut modifier ces méthodes.

En d'autres termes, nous estimons qu'avec les budgets municipaux actuels, on peut organiser des dispensaires dans toutes les grandes villes. Il suffit de changer l'orientation des dépenses (1) ».

A Lyon, il existe actuellement, dans divers quartiers de la ville, six dispensaires anti-tuberculeux, appelés encore dispensaires d'hygiène sociale : un dispensaire central et cinq dispensaires annexes.

Le Comité départemental a créé en outre plusieurs dispensaires anti-tuberculeux dans les principaux centres du département : à Villefranche, à Givors, à Tarare.

De plus, pour généraliser l'œuvre du dispensaire et en faire bénéficier les habitants de toutes les communes, le Comité a institué un dispensaire ambulant qui, composé d'un médecin et d'une dame visiteuse, parcourt, en automobile, les différents secteurs du département.

Ce dispensaire ambulant a rendu les plus grands services pendant la guerre, à cause de la pénurie de médecins à la campagne. Actuellement, les visites médicales sont moins fréquentes, depuis le retour des médecins dans leurs communes.

Mais le rôle de la visiteuse d'hygiène doit continuer à s'étendre, de plus en plus, dans le département lorsque tous les médecins donneront leur collaboration, qui est nécessaire.

Quelques chiffres feront comprendre l'importance rapidement croissante du rôle des dispensaires.

Au Dispensaire rural, le nombre de malades inscrits depuis le début était :

Au 31 août 1919 : 286 ;
Et au 31 août 1920 : 3546.

Ce dispensaire rural est réservé plus specialement aux communes de l'agglomération lyonnaise.

A Villefranche, aux mêmes dates, les chiffres ont été de 87 et 260.

A Givors, 31 et 112.

A Tarare, 25 et 66.

Pour Lyon même, les six dispensaires doivent faire l'objet d'un rapport spécial que nous ne possédons pas encore.

Tous ces dispensaires fonctionnent sur le modèle du dispensaire français. Leur action comporte donc : l'assistance médicale (consultations, médicaments, etc.), l'enquête à domicile, condition essentielle de la prophylaxie sociale ; la mise en œuvre de cette prophylaxie.

L'une et l'autre sont réalisées, sous la direction médicale, par les enquêteurs d'hygiène et les visiteuses d'hyigène. C'est là, la cheville ouvrière de l'œuvre.

Dès qu'un malade est inscrit, la visiteuse se rend à domicile et remplit la feuille spéciale qui indiquer au médecin tout ce qu'il doit savoir sur la situation de la famille du malade. Elle commence de suite sa propagande, explique que la tuberculose est contagieuse et comment elle l'est, ce qu'il faut faire pour s'en préserver. Elle affirme aussi la curabilité pour ceux qui se soignent à temps. Elle donne des leçons d'hygiène et de propreté et distribue des brochures où sont condensés les préceptes de la lutte anti-tuberculeuse, elle devient bien vite la conseillère des ouvriers. « Sa parole, porte bien plus, dans ces milieux, que la parole du médecin ».

Les jours de consultation, la visiteuse est dans la salle d'attente, recevant les malades, les interrogeant encore, les encourageant. Elle indique au médecin les malades propres, intelligents et ceux qu'il faut morigéner. Cette collaboration est des plus active.

Dès que le malade est examiné, on lui réclame des crachats et, de ce chef, les tuberculeux sont immédiatement classés en deux catégories : non contagieux et contagieux.

On continue pour les premiers l'assistance médicale et, dans la mesure du possible, l'assistance matérielle. Mais ce sont les autres, les contagieux, qui sont l'objet de notre sollicitude.

Les risques de contagion, pour l'entourage familial, sont réduits au minimum par la surveillance hygiénique dont il est l'objet (conseils, crachoirs, liquides antiseptiques, tenue du logement, etc.).

Par la désinfection des locaux et la stérilisation du linge au Dispensaire central.

La prophylaxie est complétée par une liaison intime avec les autres œuvres anti-tuberculeuses de la région lyonnaise.

Un système très complet de fiches permet à chaque dispensaire de suivre les malades et leur entourage, d'être renseigné sur leur évolution physio-pathologique, sur les conditions d'hygiène variables dans lesquelles ils sont placés.

De plus, un fichier central réunit tous ces renseignements, facilitant les recherches, permettant les recoupements pour une prophylaxie efficace, établissant le casier sanitaire des maisons et la carte de la tuberculose à Lyon.

(1) Jules Courmont. — *Lyon Médical*, 16 juillet 1911.

Les dépenses annuelles de fonctionnement ont été en 1919 de près de 100.000 fr. C'est une somme très peu élevée, par rapport au nombre de malades (près de 800 malades, soit à peu près 117 fr. par malade), et de sujets mis en surveillance (1674).

Il a été donné 8.564 consultations médicales, fait 9.363 visites à domicile (en tout 17.937 visites ou enquêtes sociales), distribué 24.770 bons de viande, désinfecté 11.561 kilogr. de linge.

En résumé, le Dispensaire anti-tuberculeux est la formule la plus souple, la plus économique et, en même temps, la plus efficace de la lutte anti-tuberculeuse.

Il est donc à souhaiter qu'elle se généralise de plus en plus et qu'elle prenne toute l'ampleur et tout le développement nécessaires.

Les longs détails dans lesquels nous sommes entrés à ce sujet nous permettront d'être brefs sur les autres sections de notre organisation.

Hôpital de tuberculeux au chateau du Montet a Saint-Genis-Laval (Rhone).

Cet établissement reçoit des tuberculeux à différents degrés de la maladie. Il répond à l'indication de l'hôpital-sanatorium situé à la campagne.

Il contient 40 lits pour l'hospitalisation dans le double but de donner aux malades les soins nécessaires et de faire de la prophylaxie pour préserver l'entourage de la contagion.

Sanatorium de Bayère.

Installé, depuis le 2 mai 1918, il peut recevoir 50 malades légèrement atteints qui doivent bénéficier de la cure sanatoriale.

Préventoriums.

La Maison des Enfants à Charly, ouverte le 4 avril 1918 comprend 50 lits pour les enfants sains qui doivent être éloignés du danger familial, lorsque les parents tuberculeux sont contagieux.

Le nouveau préventorium de Cuire pour 50 enfants également, est ouvert depuis l'automne dernier.

C'est le principe de l'œuvre de Grancher ; mais, le placement individuel est remplacé par la création de petites colonies, avec les meilleures conditions d'hygiène et une surveillance médicale plus grande.

Pour l'admission de tous ces enfants, il est absolument nécessaire que les parents malades soient inscrits et régulièrement soignés au dispensaire.

Limite d'âge : à partir de 5 ans, jusqu'à 9 ans pour les garçons et 11 ans pour les filles.

Ressources.

Au moment de la création, pendant la guerre, un appel au public a été suivi de généreuses souscriptions qui ont permis les premières installations et le fonctionnement initial.

Des subventions ont été accordées par le Ministère de l'Intérieur, le département , la ville, la Croix-Rouge américaine, etc.

Pour faire les organisations diverses que nous avons pu rapidement réaliser, nous avons procédé de la façon suivante :

Après avoir décidé l'établissement d'un dispensaire ou d'un préventorium, nous fixions la somme qui correspondait à nos plans. Nous disions l'impossibilité de prélever sur notre caisse une somme aussi importante. Nous montrions l'utilité du développement de notre œuvre, le besoin de trouver l'argent nécessaire et nous sommes ainsi arrivés à obtenir des souscriptions particulières, versées dans un but spécial.

C'est ainsi qu'après avoir démontré le rôle des dispensaires anti-tuberculeux, nous avons recueilli pour l'installation de ces établissements : à Givors : 70.000 fr. ; à Villefranche : 120.000 fr. ; à Tarare : 42.000 fr.

Après la participation des villes intéressées, nous avons obtenu des collaborations patronales.

Grâce au concours financier de la Société des automobiles Berliet et des membres du Syndicat de la Soierie Lyonnaise, nous avons pu entreprendre l'installation d'un nouveau préventorium, pour lequel le Ministère de l'Intérieur, nous a accordé une subvention de 100.000 fr. sur le produit des jeux.

Aucun moyen n'est négligé. Pour les fêtes de Noël et du Réveillon, des troncs ont été placés à la porte des restaurants de nuit et ont rapporté 2.600 fr.

Par ces efforts successifs, *le Comité départemental a reçu environ deux millions*, depuis le début de son existence et, *dans ce chiffre, une somme de 400.000 fr. représente les subventions des Pouvoirs publics.*

Il s'agit d'assurer le fonctionnement des diverses organisations du Comité. Or, le budget prévu dans le dernier rapport du trésorier n'est plus exact.

L'état de l'actif donne un total de 593.569 fr.

Les dépenses annuelles probables figurent pour une somme de 264.000 fr. Ce chiffre dépasse certainement 300.000 fr. à cause de la vie chère et de l'augmentation des salaires.

Il en résulte que nos réserves risquent d'être vite épuisées et que la durée de notre existence serait très limitée.

Comment pouvons-nous espérer avoir les ressources nécessaires ?

Depuis l'armistice, les nouveaux souscripteurs deviennent plus rares et même les cotisations annuelles diminuent sensiblement.

Dans les circonstances actuelles, il serait difficile de faire trop tôt et trop souvent un nouvel appel à la charité lyonnaise.

Le décret de reconnaissance d'utilité publique rendu par le Conseil d'Etat, en septembre 1920, nous permettra sans doute de recevoir de nouveaux dons.

En plus d'une subvention annuelle, le Conseil général du Rhône a voté, pour le Comité départemental, une augmentation du prix de journée, dont le taux vient d'être fixé à 11 fr. pour les malades hospitalisés au Château du Montet et au sanatorium de Bayère.

A ce sujet, puisque notre sanatorium de Bayère comprend 10 lits réservés aux malades hospitalisés par le Ministre de l'Intérieur, nous demandons que pour cette catégorie de malades, ainsi que pour les tuberculeux bénéficiaires de la loi du 31 mars 1919, le prix de journée, qui est actuellement à 6 fr., soit également porté à 11 fr.

Nous avons émis un vœu pour que les enfants des préventoriums cessent d'être complètement à la charge du Comité. Aucune loi actuelle ne permettant de les comprendre dans le budget de l'assistance.

Comme l'indique notre vœu, s'il est important de créer des préventoriums, il est nécessaire d'assurer leur fonctionnement.

Il est juste que l'Assistance rembourse le prix de la journée des enfants des préventoriums comme la loi de 1893 et la loi du 31 mars 1919 assurent l'hospitalisation des tuberculeux indigents ou victimes de la guerre.

De cette façon, l'entretien des établissements sanitaires du Comité étant assuré par les Pouvoirs publics, les efforts constants du Comité départemental pour la lutte contre la tuberculose, les nouveaux dons et les subventions serviraient à l'extension de l'œuvre par une assistance plus large et la création de nouvelles organisations. M. MICHON.

J'allais remettre ces pages à la poste, lorsque j'ai lu, dans le *Concours Médical* du 10 avril, le très savant rapport de notre excellent confrère, le Dr Leredde.

Je ne puis qu'approuver ce qu'il écrit sur la lutte anti-syphilitique. Mais je suis étonné des idées qu'il exprime en matière de lutte anti-tuberculeuse. Elles ne correspondent ni à ce que je connais, ni à ce que je sais, ni à ce que j'ai vu.

Il est inexact, du moins dans le Rhône, que l'organisation des dispensaires ait été réalisée en dehors du corps médical. Au contraire, chaque fois qu'il a été question de créer un dispensaire nouveau, la première démarche accomplie a toujours été la convocation de tous les médecins de la ville intéressée et des communes voisines, pour les mettre au courant du projet, demander leur avis, leur approbation, leur collaboration et étudier, avec eux, les moyens d'organiser le dispensaire.

Lorsqu'il s'agit de dépister la tuberculose, bien entendu, c'est, dans la période initiale qu'il importe de se montrer perspicace. Les efforts de tous concourent à réaliser ce but. C'est ainsi que, dans une œuvre toute récente — le « Repos de la jeune fille à la campagne » —, un examen bien dirigé a permis de découvrir 3 ou 4 tuberculeuses authentiques sur 5 postulantes présentées comme pré-bacillaires. Elles ont été dirigées sur les dispensaires spéciaux, créés, comme le souhaite le Dr Leredde, en collaboration avec le corps médical. Il est impossible d'attaquer le mal plus près de sa source et plus heureusement.

Le Syndicat des Médecins du Rhône a toujours eu le droit de se faire entendre.

Notre vieil ami, le Dr Mouisset, nous a appelé près de lui, dès notre entrée en fonctions et jamais il ne propose une réforme et même une simple mesure médicale, sans demander notre adhésion et réclamer le concours du Syndicat.

Enfin, nous sommes heureux de déclarer que, parmi les médecins qui dirigent les dispensaires ou les autres fondations de notre Comité départemental, il n'en est aucun « paraissant avoir pour but de préparer ou de développer sa clientèle personnelle ».

Avant tout, la santé des malades et le bien public ; voilà leur premier désir et le but principal de leurs efforts. M. M.

REPORTAGE PROFESSIONNEL

— L'Assemblée générale annuelle de la Société de Secours Mutuels et de Retraites pour femmes et enfants de médecins a eu lieu le jeudi 14 avril, au siège social, 5, rue de Surène, sous la présidence de Mme Butte, présidente, assistée du Dr Darras, président de la Société Centrale de l'Association Générale des Médecins de France.

Le Dr Abel Watelet, secrétaire général, rappelle que le but principal de la Société est de constituer, à 55 ou à 60 ans, une retraite de 360 fr. pour tous ses membres participants qui cotisent pour la retraite, mais qu'il existe aussi une seconde catégorie de membres participants, non cotisants pour la pension, qui ont droit — sauf la retraite — aux mêmes avantages, c'est-à-dire, en cas de besoin, à l'aide matérielle de la Société.

Il remercie les membres honoraires qui, par leurs souscriptions, contribuent à la prospérité de l'Œuvre, sans participer à ses avantages. Il répond enfin à plusieurs questions qui lui ont été posées : toute femme, veuve ou enfant de médecin peut faire partie de la Société à la condition d'être français ou naturalisé français et d'être présenté par deux sociétaires. Les veuves de médecins, même remariées, sont admises ainsi que leurs enfants. Le nombre des membres, soit bienfaiteurs, soit honoraires, soit participants (les uns non cotisants, les autres cotisant pour la retraite), est depuis la création en progression croissante.

Les modifications statutaires votées par la dernière assemblée générale extraordinaire ont été approuvées par l'arrêté ministériel du 18 octobre 1920.

Pour les adhésions, demandes de renseignements, s'adresser au Dr Abel Watelet, secrétaire général, 5, rue de Surène, Paris, 8e.

Le Directeur-Gérant : Dr GASSOT.

Clermont (Oise). — Imprimerie DAIX et THIRON. THIRON et FRANJOU Successeurs, Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

pourrait constituer une injure grave avec intention de nuire et les deux délinquants pourraient s'en servir, pour attaquer le syndicat.

Comme conclusion, envoyez-nous les statuts du syndicat ainsi qu'un résumé de l'affaire, au point de vue jugement et nous vous indiquerons d'une manière précise quels sont vos droits syndicaux.

Dr Paul Boudin.

L'erreur du lait dans la fièvre typhoïde.

Me sera-t-il permis, au nom probablement de pas mal de confrères, d'élever une légère protestation à propos de l'article du Dr Meunier : « l'erreur du lait dans la fièvre typhoïde ».

J'ai quarante ans d'exercice de la médecine. J'ai soigné quelques centaines de typhiques et j'en ai relativement très peu perdu. A tous, avec une antisepsie intestinale poussée aussi loin que possible, j'ai prescrit un régime liquide dans lequel le lait a joué un rôle important.

Pour une maladie qui dure environ trois semaines, parfois 6, j'en ai vu qui ont duré trois mois, ce n'est pas avec l'eau champanisée, l'eau de Seltz, les eaux minérales, les tisanes, etc., que nous soutiendrons les forces de nos malades assez longtemps pour les conduire à la convalescence. Tandis que nous avons à notre disposition un liquide qui est un aliment complet et qui a son rôle à jouer dans la diététique de nos malades.

Certains ont pu abuser du régime lacté exclusif, ce n'est pas une raison pour condamner l'emploi de ce précieux aliment.

On croirait vraiment, à l'heure présente, qu'on veut chavirer toute l'ancienne médecine, qui avait du bon, même si elle ne connaissait pas certaines méthodes nouvelles de sérothérapie, vaccinothérapie et autres, qui ont du bon également.

Que notre confrère Meunier relise la vieille clinique de Trousseau sur la nécessité de nourrir ces malades, et il recommande le lait. Dreyfous recommande également le lait dans la fièvre typhoïde et ajoute qu'il agit à la fois comme aliment *et médicament*. Le professeur Armand Gautier, dans son livre des régimes, recommande le lait. Les professeurs Huchard et Fiessinger, le professeur d'Espine, de Genève et le Dr Picot également, et tous les auteurs qui ont écrit sur la fièvre typhoïde parlent du lait comme d'un bon aliment à donner aux malades qui en sont atteints. Si je voulais citer tous les noms, je remplirais vos colonnes.

Il ne faudrait pourtant pas, par amour des nouveautés, condamner des traitements et des régimes qui ont fait leurs preuves.

Pour peu que cela continue, je m'attends à être poursuivi pour faute grave pour avoir ordonné du lait à un typhique.

S'il le faut, je courrai ce risque, car je suis bien décidé à continuer l'emploi du lait comme aliment même et surtout chez mes fiévreux. Et je crois, que nonobstant l'article du *Concours*, beaucoup de nos confrères en feront autant pour le plus grand bien de leurs malades.

Dr G.

Application du Tarif Breton.

I

Vous seriez bien aimable de me dire quel prix je dois demander pour le cas suivant (accident du travail).

J'ai été appelé *d'urgence* dans une usine pour voir une ouvrière qui venait de s'ouvrir l'œil avec une lame de couteau qu'elle polissait. Je l'ai fait transporter chez moi et j'ai pratiqué une intervention sous *anesthésie générale* environ une heure après ma visite.

Dois-je compter une visite à part ? ou bien est-elle comprise dans le prix de l'opération ?

Y a-t-il pour les oculistes une différence de prix pour la consultation et la visite ? s'il n'y en a pas, je signale le cas à la commission du tarif Breton.

Si j'ai le droit de compter ma visite à part, est-ce que le prix en sera 11 fr. 25 ? ou bien puis-je la compter 50 % en plus ? Je ne comprends pas très bien le texte du tarif Breton dans ce cas. Est-ce qu'il se rapporte à l'art. 3 ?

D'autre part, pour l'anesthésie générale j'ai pris un pharmacien (et un médecin comme aide). Puis-je demander 50 fr. pour le pharmacien ? ou bien est-il nécessaire que l'anesthésiste soit médecin ?

Dr G.

Réponse.

1° Vous devez compter : *a*) la visite que vous avez faite chez le blessé ; *b*) l'intervention que vous avez faite *plus tard*. Bien que dans la même journée, il s'agit de deux choses différentes.

2° Le prix de la consultation pour les oculistes est supérieure, « par dérogation », (art. 27) aux prix de consultation et même de visite de *tous* les autres confrères. D'où la non-différenciation, entre visite et consultation, que vous signalez.

3° L'art. 3 donne une majoration de 50 % à « la visite prévue par, etc... », c'est-à-dire à la visite faite avec le médecin de l'assurance ou du patron, ce qui n'est pas le cas pour vous.

4° Domicilié à T., vous êtes de la 2e catégorie, donc réduction de 25 % sur les honoraires marqués au tarif, quels qu'ils soient (sauf pour la radiologie qui n'est plus une question de soins).

5° Vous avez fait donner le chloroforme par un pharmacien, alors que l'art. 13 dit : « des honoraires sont prévus pour un *médecin* anes-

thésiste ». Il serait bizarre, d'ailleurs, de voir un pharmacien toucher officiellement 50 francs pour exercice illégal de la médecine. Vous ne pouvez pas non plus réclamer les 50 francs dans votre note, l'art. 30 disant, *in fine*, « le médecin ne peut réclamer d'honoraires que pour les soins qu'il a donnés lui-même. »

Mais pourquoi ne pas vous être fait assister d'un confrère ?

Dr F. DECOURT.

II

Je lis dans le *Concours médical* du 10 avril sous la rubrique « Interprétation du tarif Breton » une discussion sur l'article « régularisation, épluchage et suture d'une plaie » qui me paraît appeler quelques commentaires.

1° Il ne faut évidemment laisser à aucun degré s'affirmer cette opinion qu'une suture digne de ce nom n'entraîne aucune intervention consécutive. Il y en a au moins une indispensable : c'est l'enlèvement des fils ou des agrafes; et il y en a une autre non moins indispensable pour tout médecin prudent : c'est la — ou les — visite ou consultation de surveillance et de contrôle entre la pose et l'ablation des fils si l'on ne veut pas risquer de pénibles surprises au déballage.

Et puis il y a des sutures qui manquent : cela se voit même au cas de plaie opératoire, à plus forte raison pour une plaie accidentelle que l'antisépsie la plus minutieuse n'arrive pas toujours à nettoyer complètement.

2° Il me paraît excessif de définir, même dans un « avis officiel », la régularisation, épluchage et suture d'une plaie comme une opération nécessitant habituellement l'anesthésie générale ou régionale. Cela dépend beaucoup de l'énergie du blessé et aussi de l'importance de la plaie. Et précisément le tarif Breton prévoit deux degrés : « la plaie contuse, étendue et profonde » mnis aussi « la plaie contuse superficielle » ou « petite plaie de la main ou du pied. »

Pour couper quelques lambeaux déchiquetés du derme, terminer l'ablation d'un ongle à demi détaché réséquer des filaments de tissu musculaire ou cellulaire, point n'est besoin de chloroforme ni d'anesthésie des troncs nerveux ; un peu de cocaïne, de chlorure d'éthyle ou simplement quelques paroles d'encouragement y suffisent. Et la suture qu'on pratique alors a moins pour but la recherche d'une réunion par première intention qu'un simple rapprochement des tissus dilacérés en vue de faciliter la cicatrisation consécutive.

Je vois, pour ma part, cette intervention très expressément énoncée dans le tarif Breton et s'il ne faut pas lui faire dire ce qu'il ne dit pas, il serait excessif de supprimer ce qu'il dit en termes très clairs.

Dr P.

Réponse.

1° L'opinion qui vous offusque n'est pas soutenable. Dans ma réponse précédente, sur ce même sujet, je l'avais traitée de ... naïveté.

2° L'épluchage a été introduit, dans le tarif Breton, sur l'initiative du Dr Mocquot, chirurgien des hôpitaux qui vint, à ma demande, à la Sous-Commission à titre de conseiller technique. (Voir mes comptes-rendus des séances de la Sous-Commission dans le « Médecin Syndicaliste » de juillet 1920). Cette rubrique ne fut admise qu'après des explications très précises fournies par le docteur Mocquot et *sous réserves de celles-ci. L'avis officiel* qui va être émis à ce sujet vient d'être, à ma requête, rédigé par le docteur Mocquot lui-même, alors que les assureurs demandaient des précisions sur ce point, pour éviter litiges ... et procès.

Il y a là, pour les responsables du tarif Breton, une question de bonne foi et de loyauté.

Dr F. Decourt.

Cession d'une clientèle médicale.

Je suis sur le point d'acheter une clientèle médicale dont on m'annonce que le produit annuel est d'environ 35.000 francs. Mon cédant me propose de m'engager à lui verser pendant trois ans 20 % des honoraires que je toucherai moi-même. Que pensez-vous de cette combinaison ? Est-elle légale ? Est-elle avantageuse pour moi ?

Réponse.

Nous vous conseillons très vivement d'accepter les conditions que vous propose votre prédécesseur. Un pourcentage sur les recettes que vous ferez proportionne vos obligations aux résultats que vous obtiendrez. En outre, votre prédécesseur ayant intérêt à ce que vos affaires soient aussi brillantes que possible, se trouvera amené *ipso facto* à faire tous ses efforts pour que toute sa clientèle, ou tout au moins la plus grande partie de celle-ci, vous demeure fidèle. En travaillant ainsi pour vous, il travaillera en même temps pour lui. Et c'est la meilleure garantie qu'il puisse vous donner de la valeur de son concours.

La garantie du « Sou Médical ».

Membre du « Sou », je suis sollicité par une compagnie d'assurances de souscrire une police qui couvrirait le risque professionnel au delà des dix mille francs que le « Sou » prend à sa charge en cas de condamnation. Que me conseillez-vous ?

Réponse.

Le « Sou » a limité jusqu'à présent sa garantie à 10.000 francs parce que les condamnations à des

dommages supérieurs à cette somme sont très rares. La preuve en est dans l'extrême modicité des primes demandées ailleurs pour de très gros risques. Ainsi que nous l'avons déjà dit, les compagnies jouent sur le velours.

Il n'est pas impossible d'ailleurs que le « Sou » porte, un jour prochain, sa couverture à une somme supérieure à la limite actuelle de ses engagements. La question est à l'étude : elle sera sans doute résolue avant la fin de l'année.

Mais ce que le « Sou » fait, et que les assurances ne font pas, c'est qu'il dirige la procédure, assure au besoin la défense de son adhérent, lui apporte un appui moral qui représente une force énorme devant un tribunal, et prend à sa charge les frais du procès proprement dits. Aussi, tout en laissant à chacun ses mérites respectifs, convient-il de ne pas établir de comparaison entre le « Sou » et les assurances. Il est seul à représenter une organisation qui assure la défense individuelle de ses membres dans des conditions aussi positives.

NOTES DE MÉDECINE PRATIQUE

A propos des maladies vénériennes.

Pourquoi de longs articles sur des sujets courants ?

Le praticien veut des données précises. Un syphiligraphe connu écrivait, récemment, que la syphilis était traitée d'une façon incohérente. C'est très possible.

Cependant, quand un vieux médecin a, pendant longtemps, obtenu, avec sa thérapeutique personnelle, des résultats sérieux, il se doit, il doit à la collectivité médicale — cette grande famille — de les lui indiquer. Eh bien, lorsqu'on soigne un syphilitique, et qu'on s'est assuré qu'il n'a rien du côté des poumons, du cœur, du foie, et des reins, ces quatre organes cardinaux de l'organisme, il me semble que les méthodes les plus simples sont les meilleures.

J'ai fait des centaines d'injections intra-veineuses de 606, 914, galyl, sulfarsénol, hectine, etc.

On arrive à des guérisons, c'est-à-dire à des Wassermann négatifs !...

Mais, je dis : voici un sujet sain, du côté des organes précités, il n'a pas de sucre, il n'a pas d'albumine.

Vous redoutez les dangers de l'injection intraveineuse, c'est très prudent de votre part.

Peut-on le guérir autrement qu'en l'employant ?

Mais certainement.

Faites 20 séances de piqûres intra-musculaires, intra-fessières, aux points d'élection, à raison d'une piqûre de 0,20 centigrammes de *benzo-naphtol-sulfone-para-aminophénylarsinate de sou-*

de, dans chaque fesse, soit 40 piqûres en 20 séances.

En même temps, faites prendre, au sujet, 3 cuillerées à café de ce vieux sirop de Gibert qu'aucun similaire n'a pu détrôner.

Protégez les reins de votre client par l'absorption de 1 à 2 litres de lait pur, et non bouilli, par jour. D'où diurèse excellente.

Il est entendu que vous avez fait faire, avant le traitement, un Bordet-Gengou. Quatre-vingts fois sur cent vous avez une *négative* après ces 40 injections.

Dans le cas contraire : repos de 15 jours. Reprendre et vous irez vers la guérison.

***

Second chapitre : il s'agit de blennorrhagie à répétition.

Un Monsieur, très chic, me demandait, récemment, après avoir consulté « nos Grands Maîtres », si, ayant une urétrite, il avait le droit de se marier ?

Précisément, je venais de parcourir un *carnet médical* publié sous la direction du très savant professeur N. Nicolas, de Lyon, et paru, je crois, en 1914.

Je m'en suis inspiré pour répondre à mon correspondant : recueillez, le matin, à votre petit lever, une goutte de votre liquide urétral ; mettez-le sous la double plaquette de verre que vous remettra le pharmacien du coin. Si cette goutte contient du gonocoque : défense de vous marier ; si ce sont des staphylocoques : idem ; si ce ne sont que des polynucléaires, mariez-vous, puisqu'on a dit qu'il vaut mieux se marier que de brûler !

Dr Galand, de Cambrai.

(1)

Après les Maladies Contagieuses

Fumigator N° 4 pour 20 m3



Fumigator N° 3 pour 15 m3

Le Fumigator Gonin

DÉSINFECTE sans rien abîmer
ÉCONOMIQUEMENT
DISCRÈTEMENT

il est autorisé par le Ministère de l'Intérieur pour

Toutes Désinfections de Locaux

Rappelons que chacun a le droit d'exécuter par ses soins ou de faire exécuter par un service privé **LA DÉSINFECTION DE SES LOCAUX** pourvu que ce soit à l'aide d'un procédé autorisé

— comme —

le Fumigator Gonin

(Article 17 du décret du 10 juillet 1906)

ETABLISSEMENTS GONIN, 60, rue Saussure, PARIS
Téléphone : Wagram 17-23 — *Télégraphe : FUMIGATOR-PARIS*

QUARANTE-TROISIÈME ANNÉE — N° 19 — DIMANCHE 8 MAI 1921

Fondé en 1879 par Auguste CÉZILLY
Rédigé et dirigé par H. JEANNE (1900-1914),

LE CONCOURS MÉDICAL

ORGANE HEBDOMADAIRE DES PRATICIENS
Groupés dans la Société « Le CONCOURS MÉDICAL » et ses Filiales

ADMINISTRATION & PUBLICITÉ
C. BOULANGER, ADMINISTRATEUR

ABONNEMENTS :

France	24 fr.
Étranger	28 »
Étudiants (France)	12 »
Le numéro	50 cent.

Chèques Postaux Paris 167-95

DIRECTION

MM. les Drs A. GASSOT, Directeur; A. MAURAT; H. CEZILLY; J. NOIR; P. BOUDIN docteur en droit; M. VIMONT; G. DUCHESNE.

MM. P. CEZILLY, J. DUMESNY, licenciés en droit; C. BOULANGER.

RÉDACTION

Dr J. NOIR, RÉDACTEUR EN CHEF

Drs P. LACROIX et G. DUCHESNE SECRÉTAIRES DE LA RÉDACTION

N.-B. — Les manuscrits, publi[és] ou non, ne sont pas rendus.

Rédaction et Administration : 132, rue du Faubourg St-Denis, PARIS (10e). Téléphone : Nord 4[…]

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

Office de Renseignements du « Concours »

DON. — Nous avons reçu à titre de don à la Société civile du *Concours médical*, de M. le Dr DÉNOMMÉ, de Paris, la somme de vingt francs, pour bons offices du journal.

AVIS

MÉMOIRES D'EXPERTISES DE FRAIS DE JUSTICE CRIMINELLE

Nous informons nos lecteurs que nous pouvons dès à présent leur adresser des imprimés établis d'après le dernier modèle du Ministre de la Justice. (Voir condition d'envoi page XXX).

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum, aux* « demandes et offres ».

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne, qui est versé dans la caisse de la Société civile du Concours Médical). *Adresser un mandat ou mieux verser au compte de chèques postaux,* CONCOURS MÉDICAL, *Paris 167-95.*

Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse.**

No 217. — *Centre.* Médecin cèderait immédiatement clientèle à jeune Dr célibat. rapport 33.000 fr. fixe 15.000 fr.

No 218. — Bon poste médical à céder de suite en Vendée. Moyenne des 5 dernières années 12 à 15.000 fr. par an touchés sans aucun frais, bicyclette suffit. Indemnité à débattre. Timbre pour réponse.

No 219. — A vendre de suite : 10 HP. Delage 2 pl. mot. Ballot, carbur. Claudel, 9.000 fr. — Cycle-car Morgan 2 cyl., 3 roues, 2 vitesses, phares et lanternes 4.500 fr. — Berliet 12 HP torpédo 6 pl., écl. élect., 4 pneus neufs 16.000 fr. — 2 motos-sidecars Indian. — 1 moto-solo Royal Enfield. S'adresser Dr Cornet, 41, Bd Victor, Saxe 70-15.

No 220. — Jeune docteur cherche à reprendre poste important, environs de Paris ou province.

No 221. — A vendre, cause double emploi, torpedo Ford. 4 places, 1919. Garanti parfait état. Carburateur Solex. Accessoires et pièces de rechange 10.000. S'adresser Dr Lauret, Ardres (Pas-de-Calais).

No 222. — Serais reconnaissant à confrère qui indiquerait sage-femme disponible pour excellent poste vacant. Anjou.

No 223. — A céder au plus offrant superbe Berger d'Alsace 20 mois, avec Pédigrée primé concours. Dr Guesné, Nort-sur-Erdre (Loire-Inf.).

No 224. — Le Dr Guiot, 88, rue Chézy, à Neuilly-sur-Seine, recommande particulièrement une infirmière diplômée, apte à tous soins chirurgicaux, y compris le massage médical.

No 225. — A céder dans de très bonnes condition, un urétroscope de Luys, 2 urétroscopes de Janet, la série presque complète des béniqués, un urétrotome de Maisonneuve, etc. Le tout à l'état de neuf.

No 226. Yonne. Poste de médecin propharmacien à céder. Rapport 25.000 francs, gare, grande maison. Indemnité 8.000 fr.

No 227. — Au plus offrant. Pièces rechanges neuv. p. voiturette Sigma ; vieille soupape, disques, etc. — 2 envel. Michelin non déballées, chambres à air bon état.

No 228. — Docteur désirerait acheter petit chien

d'appartement louiou, papillon ou fox, jeune, propre et de petite taille. Dr Sauget, 14, place du Vieux-Marché, Orléans.

N° 229. — On demande jeune docteur compétent et sérieux pour maladies des voies urinaires, syphilis, peau, gynécologie. Bons appointements. Dr Daniel, 1, Avenue du Bel-Air, Paris, de 10 h. 1/2 à 11 h. 1/2.

N° 230. — Pharmacien, docteur en médecine, désire poste avec fixe de préférence, Paris ou banlieue.

N° 231. — On recher. pour dame fatiguée, fam. méd. pouvant offrir chambre conf., nourr. saine, serv. bien fait. Le pays doit être joli, à la fois riant et calme, sans être une sol., offrir des prom., des exc. peu fatig., quelques sociétés, situé dans un des dépar. suiv.: S.-et-O., Eure, Calvados, E.-et-L., Loiret, L.-et-Ch., I.-et-L. Durée du séjour de trois à cinq mois à compter de juin. Prière ind. cond. Ecrire Dr René Martial, à Fez, Maroc.

N° 232. — A vendre, Zèbre conduite intérieure, 3 places, éclairage et démarrage électriques, mars 1921, marche parfaite, cause achat voiture plus forte. Prix 14.000 fr.

N° 233. — A céder dans petite ville, gare d'express P.-L.-M., très ancien poste, rapportant 20.000 fr. touchés, bicycletre peut suffire, bonnes routes, petit loyer, grande maison avec électricite, 10.000 fr. dont moitié comptant. S'adresser à Breitel et Goret (Lanctin, succ.), 1, rue Dante, Paris.

N° 234. — A céder dans régions libérées poste rapportant 30.000 fr., 7.000 fr. de fixe, prochainement 12.000 fr. Indem. 12.000 fr. S'adresser Breitel et Goret (Lanctin, succ.), 1, rue Dante, Paris.

CORRESPONDANCE

Patente médicale.

Ayant passé ma thèse en avril 1920, j'ai loué pour quatre mois, à partir de juin 1920, une maison meublée à R. pour chercher un logement dans cette ville ; à mon arrivée j'ai fait viser mon diplôme à la Préfecture, au tribunal civil et à la mairie et j'ai exercé ma profession. Au bout de quatre mois, c'est-à-dire fin septembre, trouvant à me loger à X. je suis venu m'y fixer et ai quitté R. ; j'ai donc exercé en tout quatre mois à R. Or, je reçois d'un percepteur de cette ville la feuille d'imposition ci-jointe dont le chiffre me paraît formidable. La patente de fr. 145,83 est calculée exactement, c'est-à-dire sur 7 mois ; mais que signifient les chiffres des trois dernières colonnes ? Suis-je redevable, n'ayant passé que quatre mois dans une ville, en logement meublé, des impositions départementales et communales de toute une année ? Je vous serais donc reconnaissant de vouloir bien me dire si j'ai une réclamation à formuler et quels arguments je dois faire valoir.

Dr X.

Réponse

Il est de règle que la contribution des patentes est due par le contribuable à compter du 1er

jour du mois au cours duquel il a commencé l'exercice de sa profession, et pour tout le reste de l'année, comme elle est due dans les mêmes conditions par le contribuable qui exerçait à la date du 1er janvier, encore qu'il ait cessé d'exercer pendant le courant de l'année, fût-ce quelques jours seulement après son début.

D'autre part, la contribution des patentes a cessé d'être perçue en principal, depuis la mise en vigueur de la loi du 31 juillet 1917, qui l'a remplacée par des impôts sur les bénéfices des professions patentées. Mais, c'est le principal seul qui a été supprimé, et les centimes additionnels restent dus.

Or, ce sont les centimes additionnels seuls qui vous sont réclamés dans l'avertissement que vous nous avez communiqué.

En effet, la somme de 145 fr. 83, qui représente les 7/12 du droit proportionnel, calculé au douzième sur le loyer de 3.000 fr., ne figure dans l'avertissement qu'à titre d'indication et la somme que vous avez à payer est celle de 484,50, formant le produit de celle de 145,83 par 3,32197824, qui est le chiffre des centimes additionnels à R.

Votre imposition a donc été bien établie, et nous sommes d'avis que vous ne pourriez utilement réclamer.

Tarif des accidents agricoles.

Comme abonné du *Concours médical*, je me permets de vous demander votre avis au sujet d'une contestation avec une compagnie d'assurances pour une note d'accident du travail. Voici le cas :

M. X., ouvrier agricole, employé chez un cultivateur se fait, dans son travail, une fracture de l'extrémité inférieure du radius. Après traitement, j'adresse au patron une note d'honoraires, en me basant sur le tarif Breton. La Compagnie d'assurances me la retourne en me faisant remarquer que ce tarif n'est applicable qu'aux ouvriers de l'industrie et du commerce, et que, dans le cas me concernant, il y a lieu d'appliquer le tarif Dubief majoré de 100 %. Or, ma note avec le tarif Breton s'élevait à 220 fr., avec l'autre, elle se trouve réduite à 118 fr.

Veuillez donc me dire, je vous prie, ce que je dois faire et à quel tarif je dois me soumettre.

Dr C.

Réponse.

La Compagnie a raison lorsqu'elle soutient que le tarif Breton n'est pas applicable aux soins donnés à un ouvrier agricole blessé dans son travail. Mais elle a tort de dire que c'est le tarif Dubief, même majoré de 100 %, qu'il y a lieu de suivre dans ce cas.

En réalité, c'est le tarif ouvrier local qui seul doit être appliqué, à moins de convention con-

traire entre le médecin et la compagnie ou le patron, convention qui n'existe pas évidemment dans l'espèce, sans quoi on vous l'aurait explicitement opposée.

Si la compagnie tient tant à ce tarif Dubief majoré, contre lequel elle devait sans doute protester hautement lorsqu'il était applicable aux ouvriers garantis par la législation spéciale sur les accidents du travail, c'est évidemment qu'il est inférieur au tarif Breton, comme le prouvent les chiffres que vous citez, et à votre tarif local.

Si vous ne voulez pas accepter la réduction qui vous est proposée, vous n'avez qu'à citer devant le juge de paix, non la compagnie d'assurances, avec laquelle vous n'avez pas de lien de droit, mais le patron et l'ouvrier solidairement, devant le juge de paix du domicile de l'un d'eux. Nous vous conseillons de citer également l'ouvrier, car la responsabilité du patron n'est pas toujours engagée envers le médecin en matière d'accidents agricoles et nous ignorons les circonstances de l'accident et celles dans lesquelles vous avez été mis en œuvre.

Rachat des rentes des ouvriers étrangers blessés.

Encore jeune, mais fidèle abonné du *Concours médical*, je vous serais reconnaissant de me donner votre avis sur le cas suivant, par l'intermédiaire de votre journal, si vous pensez intéresser les confrères.

Un accidenté du travail, de nationalité russe, auquel j'ai évalué une rente d'environ 270 fr. peut-il toucher, à la place de la rente annuelle, une somme globale ? A qui devrait-il faire cette demande ?

J'ai bien lu dans la loi de 1898 à l'article 3 que les ouvriers étrangers, quittant le territoire français, recevraient un capital égal à 3 fois la rente qui leur avait été allouée ; j'ai bien lu également dans un numéro de votre journal que le « rachat » de la rente ne pouvait s'effectuer que si celle-ci ne dépassait pas 100 fr.

Mais une nouvelle mise au point de la question m'enlèverait encore des doutes.

Dr C.

Réponse.

Il n'y a rien de changé dans la législation des accidents du travail en ce qui concerne le rachat des rentes et les solutions que vous indiquez à la fin de votre lettre sont exactes.

L'article 3 de la loi accidents dispose en effet que les ouvriers étrangers, victimes d'accidents, qui cesseraient de résider sur le territoire francais, recevront, pour toute indemnité, un capital égal à trois fois la rente qui leur avait été allouée.

D'autre part, aux termes de l'article 21, en dehors des cas prévus à l'article 3, la rente ne

peut être remplacée par un capital que si elle n'est pas supérieure à 100 fr. et si le titulaire est majeur. Ce rachat ne peut être effectué que d'après le tarif officiel dressé en exécution de la loi. Cette disposition, bien entendu, ne fait pas obstacle à celle qui s'applique exclusivement aux ouvriers étrangers.

La demande de rachat doit être adressée au débiteur de la rente, qui peut être soit le patron, soit la compagnie d'assurances, soit la caisse nationale des retraites.

Il est peu probable que, lorsqu'il s'agit d'un étranger, le débiteur de la rente consente facilement à la racheter au tarif officiel, même si elle n'est pas supérieure à 100 francs.

L'expiration des baux non prorogeables.

Vous serait il possible de me renseigner sur le cas suivant ? En venant m'installer ici, en 1919, après la guerre, j'ai eu énormément de peine à trouver une maison à louer. J'ai fini par en obtenir une, abîmée par l'occupation des soldats et dans laquelle je me suis installé comme j'ai pu. Mais, je n'ai voulu la louer que pour un an de juillet 1919 à juillet 20. En juillet 1920 j'ai renouvelé un bail d'un an n'ayant pas encore trouvé de nouvelle maison et ne voulant pas me charger de réparations qui m'auraient entraîné à de trop fortes dépenses. Or, aujourd'hui, on vient de vendre cette maison et mon bail expire le 30 juin prochain. Il a été fait simplement pour un an et sans obligation de préavis de part et d'autre. Je puis donc m'en aller si je veux le 1er juillet, mais on peut aussi me mettre dehors à cette date et c'est l'intention du nouveau propriétaire d'entrer en jouissance le 1er juillet prochain. Et je ne suis nullement sûr d'avoir trouvé une maison pour cette date. Je viens donc vous demander si, dans les dernières lois faites sur les locations, et auxquelles je n'ai rien compris, il n'y a pas un moyen d'obtenir une prolongation d'occupation. Je repète : mon premier bail d'un an est du 1er juillet 1919, mon second est du 1er juillet 1920 et expire le 30 juin prochain. J'ajoute que je suis « réfugié » puisqu'avant la guerre j'habitais L. actuellement complètement détruit. Cette dernière qualité m'octroie-t-elle des droits particuliers ? Suis-je absolument forcé de quitter ma maison le 1er juillet prochain ? Ne puis-je avoir une prolongation pour me permettre de trouver autre chose dans la commune que je ne puis ainsi quitter, ma clientèle y étant maintenant établie ?

Dr Y.

Réponse.

La loi du 1er mars 1921, que nous avons commentée dans le *Concours médical* du 20 mars, vous aurait donné le droit, puisque votre bail expire

(*Voir la suite page XXXI-1357*)

PROPOS DU JOUR

Pour venir en aide aux médecins sinistrés.

Sur les indications de notre ami, le Dr Quivy, secrétaire général adjoint de l'Union des Syndicats Médicaux de France, qui, après être parvenu, non sans peine, à se tirer d'affaire, n'a pu, avec son cœur généreux, oublier ses confrères sinistrés du Nord, ses compagnons d'infortune, nous avons essayé de faire une enquête sur le nombre et la situation des médecins sinistrés. Notre désir était, et est encore, de faire un effort pour leur venir en aide, de créer, si possible, une caisse de prêts, non pour leur faire cadeau d'une avance, ils ne l'accepteraient pas et les fonds que nous pourrions encore recueillir, seraient, nous le craignons, bien insuffisants pour cela, mais pour leur ouvrir un crédit en attendant que la lenteur administrative des régions libérées parvienne à leur délivrer leurs titres de créance sur le Crédit national. Dans notre esprit, capital et intérêts des sommes avancées seraient remboursables lors de la liquidation des titres. Les bailleurs de fonds de la Caisse de prêts ne perdraient donc rien et rendraient un inestimable service à nos malheureux confrères.

A notre grande surprise, un très petit nombre de sinistrés nous a répondu, et quelques unes des lettres que nous avons reçues et que nous n'hésitons pas à publier, sans, bien entendu, révéler les noms de leurs auteurs, indiquent bien la cause de ce silence. Les malheureux ont reçu tant de belles promesses, qui furent toujours suivies de désillusions, qu'ils ont perdu toute confiance et se disent : A quoi bon ?

Nous comprenons le scepticisme farouche, la rancœur légitime de nos pauvres confrères sinistrés ; nous voudrions pouvoir panser leurs blessures, et il nous serait infiniment agréable de voir s'affirmer encore dans ce but la solidarité confraternelle.

Aussi, nous adressons un appel à tous nos lecteurs, nous les engageons vivement à prier nos confrères sinistrés de nous écrire, de se faire connaître.

Avant de jeter les bases d'un avant-projet de Caisse de prêts, avant de faire étudier la question par des spécialistes compétents qui, seuls, pourront nous dire si la réalisation de notre rêve est possible et comment elle pourrait être poursuivie, il est indispensable que nous connaissions le nombre des sinistrés qui pourraient bénéficier de l'œuvre projetée, et de pouvoir fixer approximativement le total minimum des sommes qu'il faudrait recueillir. Nous ne nous illusionnons pas sur la difficulté de cette tâche, peut-être irréalisable. Mais est-ce une raison pour ne rien essayer, tout au moins étudier ? On nous objectera que, lors de la création de la caisse d'assistance médicale de guerre, les Drs Triboulet et Claisse avaient déjà eu cette idée. Nous le savons très bien, car, membres du Comité de la Caisse d'assistance, Vimont et nous, avons suivi ses travaux et pris part à toutes ses discussions. Mais, depuis la fondation et la liquidation de la caisse d'assistance, la situation a changé et le nombre des confrères à aider doit être singulièrement restreint. Aussi, nous supplions ces derniers de se faire connaître. Ceux qui, comme Quivy et nous, désirent faire quelque chose, sont sans doute plus nombreux qu'on ne pense. Si ces hommes de bonne volonté arrivent à se convaincre de leur impuissance, ils savent que leurs confrères sinistrés ne leur en garderont pas rancune, mais pourquoi ces derniers refuseraient-ils les moyens de faire un effort pour leur venir en aide ? Tant au point de vue moral que matériel, le but poursuivi est absolument désintéressé. La Caisse de prêts pour les médecins sinistrés, si elle s'organise, resterait une œuvre discrète qui s'efforcerait d'aider le plus possible, en faisant le moins de bruit possible.

Confrères sinistrés, écrivez-nous. Confiez-nous votre détresse. Ne nous laissez pas le regret de n'avoir rien essayé pour vous secourir.

J. NOIR.

Pour donner une idée exacte de l'état d'esprit, hélas ! bien légitime, de nos confrères sinistrés, nous croyons devoir publier à titre de documents les quatre lettres suivantes :

Réponse à la question :

Ne pourrait on pas venir en aide aux médecins sinistrés des régions dévastées ?

Il est regrettable, à mon avis, qu'une caisse de prêts destinée à avancer aux médecins sinistrés une partie de la somme des dommages aux-

quels ils ont droit, n'ait pas été créée dès l'armistice.

C'est à cette époque-là que le médecin sinistré avait besoin d'être aidé de façon à faciliter son installation.

Je vais vous citer mon cas personnel et je suis persuadé qu'il peut se rapporter à beaucoup de mes confrères.

Je suis de pays détruit ; avant la guerre j'habitais une petite ville qui a été complètement anéantie et ma femme s'est enfuie devant l'envahisseur, n'emportant avec elle que ses quatre enfants. Je n'ai donc rien sauvé, absolument rien.

En novembre 1918, ne sachant où aller, n'ayant pas ou n'ayant que peu d'argent devant moi, je demande à rester à l'armée.

En août 1919, un de mes amis, docteur, m'apprend que la Cie des mines de .... est à la recherche d'un médecin.

Fixe : 12.000 francs.

Bien que n'étant pas partisan de ce genre de poste, je me laisse tenter par le chiffre et traite avec la Cie.

Je me fais démobiliser et je m'installe.

Mais dans quelles conditions ?

Pas de meubles, pas d'outillage professionnel.

Heureuseusement, je me mets en relation avec une personne qui, *à crédit*, me cède un vieux cabinet de docteur comprenant quelques instruments indispensables, quelques livres de médecine, un bureau et quelques chaises.

Depuis un certain temps j'avais fait à la préfecture une demande d'avances de 10.000 francs. Après bien des démarches, cette avance m'est accordée et avec les 5.000 francs que j'obtiens plus tard, je puis rembourser la personne charitable qui m'a procuré les choses indispensables à mon installation : instruments, ustensiles de ménage, chambre à coucher et salle à manger des plus modestes, etc.

..... Mais je ne puis vivre avec le fixe qui m'est octroyé.

J'ai quatre enfants dont deux me coûtent 5.000 francs, rien que pour la pension.

Il faut absolument que j'étende mon rayon.

Une auto m'est indispensable.

J'écris à la préfecture.

.... Rien ..

De guerre lasse, je vais trouver le marehand d'autos avec qui, avant la guerre, je faisais des affaires et j'achète une voiture *que je paye par acomptes*.

A présent, à présent seulement, c'est à-dire après 1 an et 8 mois, je suis à jour, mais où est le confortable d'avant-guerre ?

Dans mon bureau : rien, pas même une bibliothèque.

Pas de salon...

Une salle à manger composée d'un vieux buffet et de quelques chaises tenant à peine debout.

Une seule chambre à coucher ayant coûté 1.500 francs. Que peut-on avoir pour ce prix-là par les temps qui courent ?

Voilà toute l'installation d'un médecin sinistré.

L'an dernier, j'ai gagné à peine 28.000 francs.

Retirez de là ce qu'il m'a fallu pour entretenir mon auto, m'habiller, payer la pension de mes deux garçons (5.000 frs), habiller ma femme et mes quatre enfants, payer la servante, etc.

La soustraction faite, que reste-t-il pour me meubler ? zéro ou à peu près.

La Commission cantonale devant laquelle j'ai passé a bien fixé mes dommages. L'Etat a reconnu qu'il me devait 400.000 francs pour la reconstruction de la maison que j'occupais autrefois, mais il ne m'a pas encore payé la première brique.

En attendant, je suis forcé de payer mon loyer (chose que je ne faisais pas avant la guerre) et la maison que j'habite n'est pas assez grande pour y loger toute ma famille.

Oui, une caisse de prêts est nécessaire et, je le répète, il est regrettable qu'elle n'ait pas été créée plus tôt, car il est pénible de voir des médecins qui, heureux avant la guerre et faisant bien leurs affaires, ont tout perdu : poste et fortune, et se voient dans l'obligation de végéter dans un coin de notre France dont la réputation de générosité est répandue dans le monde entier.

Dr L.

A Monsieur le Docteur Noir,
Rédacteur en chef du *Concours médical*

Honoré confrère.

Je viens, en ce qui me concerne, vous remercier du généreux article que vous avez fait paraître dans le *Concours médical* de ce jour 10 avril 1921 en faveur des médecins sinistrés.

Que voilà une belle occasion pour un journal, si ardemment professionnel, de justifier par des actes son titre de *Concours médical* !

Concours n'égale-t-il pas secours, quand il s'agit d'aider des médecins devenus malheureux d'une façon imprévue et imméritée, et dans quelles circonstances !!

Je ne veux pas vous redire leur détresse, celle de ceux qui sont restés dans les ruines et de ceux qui n'ont pas pu ; de ceux qui doivent vivre d'une clientèle sinistrée elle-même, et de ceux qui doivent se contenter des miettes de la clientèle des autres... des autres qui n'ont pas été mobilisés.

Ce que je veux, c'est stigmatiser une fois de plus la carence de l'Etat qui.., de *parti-pris* ne veut pas trouver les ressources nécessaires pour

nous restituer, après tout... notre dû, alors que pendant la guerre.... mais n'insistons pas pour ne pas remuer le fiel qui commence à se déposer au fond de notre cœur.

Pour mon compte, depuis 2 ans qu'il est étudié et 10 mois qu'il est arrêté, j'attends encore la délivrance de mon titre de créance sans lequel je ne puis obtenir aucune avance ! et sur plus de 20000 dossiers de ma circonscription, j'avais le nº 300 et quelques.

Se doute t-on bien que c'est pendant ces deux mortelles années qui suivirent la constatation de notre désastre qu'une avance aurait été la bienvenue ?

Vous avez rappelé, Monsieur le Rédacteur, la démarche infructueuse de Quivy (1) auprès de l'Association générale dont la Caisse de Secours de guerre pourtant, a rendu service, mais ce ne fut qu'une goutte d'eau dans un désert.

D'accord avec lui, j'ai fait une démarche identique auprès d'une société civile de vente à crédit (capital 6 millions) et qu'on m'avait signalée être susceptible de nous secourir. Je vous communique sa réponse : c'est net et brutal comme refus.

Et pourtant, je limitais nos achats au 1/4 de la créance valeur 1914 et je donnais celle-ci en garantie et j'y ajoutais par dessus le marché l'honorabilité du corps médical !

Et cette société vend à crédit..., à la petite semaine... à n'importe qui !!

Et j'ai été mobilisé pendant 5 ans et j'ai comme les 1.500.000 autres poires risqué 20 fois ma vie pour sauver les biens de ces gens-là, qui, aujourd'hui sont décorés à ma place par dessus le marché... l'infâme marché.

Créez votre caisse de prêts, Monsieur le directeur ; après tout, je me sentirais moins... humilié d'aller frapper à votre porte que d'assister à la dernière pièce de théâtre — montée à quels frais? de M. X., ou à un des 4 grands bals qui seront donnés cette année à l'Opéra au profit des sinistrés de Reims! Payer ces malheureux avec le produit d'une partie de plaisir où le luxe s'acoquine toujours avec la luxure !

Finissons, mon cher et honoré confrère, sur ce dernier trait de mœurs contemporaines et croyez-moi toujours et bien cordialement.

Votre abonné depuis 18 ans.

Dr D.

Cher confrère,

Dans le nº du 10 avril, le *Concours médical* manifeste le désir de connaître les médecins qui auraient intérêt à la création d'une caisse de prêt en vue du relèvement des ruines. Du coup, je m'inscris avec enthousiasme, car c'est la seule étoile de salut.

Chez moi tous les sinistrés, les bourgeois comme les prolétaires, les utiles comme les inutiles, ont été convoqués devant la commission des dommages et moi, médecin, j'aurai l'honneur de clôturer la session.

Si j'avais cru jusqu'ici ma présence utile dans mon village à demi-détruit j'éprouverais une douloureuse désillusion !

D'autre part, au taux de la valeur de remplacement accordée par la Commission et avec la lenteur savamment calculée des versements d'indemnités futurs, il y a des chances pour que les reconstructions ne se fassent pas et que le service médical des campagnes soit par la suite assuré par l'instituteur assisté du cantonnier, comme pour le service d'hygiène.

A moins que votre excellente idée puisse se réaliser et que les entrepreneurs sentent la réalité du paiement derrière la fantasmagorie des promesses !

En attendant, croyez moi sincèrement avec vous dans cette circonstance ainsi que toutes les fois qu'il faudra faire tête au tyran.

Veuillez agréer, cher confrère, l'expression de mes sentiments les plus respectueux.

Dr L.,

abonné au *Concours*,

Membre du Sou et de l'A. G.

Mon cher confrère,

En réponse à votre appel du *Concours* du 10 avril 1921, je vous envoie, pour vous documenter, quelques renseignements.

Une caisse de prêts serait extrêmement utile aux médecins du nord sinistrés, mais est-ce réalisable ? Les besoins sont tellement grands ! A quel intérêt prêterait-on ? Sur quelles garanties ? Hypothèques, sans doute. Voyez formalités et frais surtout.

On trouve à prêter sur valeurs, mais à quel taux. J'ai obtenu 15.000 fr. sur un contrat d'assurance-vie qui arrive heureusement bientôt à expiration (6 %).

Grâce à une autre assurance-vie, terminée celle-là, grâce à la vente d'une villa, j'ai pu payer mes fournisseurs d'appareils (qui exigent maintenant moitié à la commande !) et les entrepreneurs de la ville les plus exigeants, mais je suis obligé de cesser les travaux de peur de ne pouvoir être en règle au jour des échéances.

Et combien d'autres dans mon cas, ou plus malheureux encore ! Ce n'est guère le moment de réaliser les valeurs ottomanes et russes qui font, hélas ! le fond de beaucoup de portefeuilles médicaux ; je parle de ceux qui, par un

(1) La démarche de Quivy auprès de l'A. G. n'a pas été infructueuse, mais l'A. G. liée par la loi de la mutualité, car ne l'oublions pas, elle est une société de secours mutuels approuvée, ne peut distraire un sou de son capital, ni de ses intérêts en dehors des indications précises que donnent ses statuts.

J.N.

travail acharné pendant de longues années, en ont un.

Je vous prie de croire, mon cher confrère, à mes sentiments très dévoués.

Dr B.

Ce confrère, qui est un spécialiste, nous affirme qu'il a perdu à la guerre un mobilier médical valant 14.000 fr. en 1914.

L'Etat lui a rendu en 2 fois 11.000 fr.

En réponse à une nouvelle demande d'avances, le préfet lui répondit (10 août 1920) ;

« Le maximum des avances consenties pour reconstitution de mobilier professionnel ne peut être supérieur aux trois quarts du montant des dommages estimés valeur 1914. »

En réalité, notre confrère a dû dépenser (il a naturellement les notes acquittées) plus de 35.000 fr. pour la reconstitution de son mobilier médical particulièrement des appareils coûteux pour reprendre l'exercice de sa spécialité. On dira qu'il aurait dû acheter aux stocks de l'Etat. Il a fait toutes les démarches utiles. Il a été admirer au fort de Vanves les longues théories de meubles à Rayons X de Ledoux-Lebard (qui y sont sans doute encore...) ; à la pharmacie centrale, derrière les Invalides, il a vu des tas de choses utiles, fort usagées, parmi lesquelles il a été appelé à faire un choix ; puis, une fois toutes les paperasseries fournies, on lui a écrit du Ministère de la guerre :

« 16 avril 1919. La nécessité de pourvoir les établissements hospitaliers des régions libérées ne permet pas de donner suite en ce moment à votre demande. Celle-ci a reçu un numéro de classement d'après lequel elle sera satisfaite dans la mesure des disponibilités du Service de santé ».

Il avait reçu précédemment une lettre du ministère des finances (26 mars) : « En réponse à votre demande d'appareillage, je vous informe que le service de santé de l'armée ne nous a pas encore fait connaître ses disponibilités. J'ignore si ce matériel sera à liquider. Quoi qu'il en soit votre demande est CLASSÉE ».

Plus de nouvelles depuis, bien entendu, et nous savons comment se liquident les stocks !

En novembre 1920, notre confrère fait une demande d'avance spéciale pour le remplacement de son automobile, demande qui a été soumise à l'instruction réglementaire ». Il attend toujours, naturellement. C'était d'ailleurs pour avoir 3 ou 4.000 fr. d'avances, car il ne rachèterait certainement pas d'auto actuellement.

J. N.

PARTIE SCIENTIFIQUE

CLINIQUE CHIRURGICALE

Hôtel-Dieu de Toulouse : M. J.-P. TOURNEUX, chirurgien des hôpitaux.

Péritonite généralisée par perforation appendiculaire.

Nous avons reçu dernièrement dans nos salles un malade dont le cas mérite de retenir votre attention pendant quelques instants, car il me paraît des plus instructifs pour vous, tant au point de vue clinique qu'au point de vue opératoire. Il s'agit de ce jeune homme qui est couché au n° 5 de la salle St-Maurice, et qui nous a été envoyé d'urgence à l'hôpital avec le diagnostic d'obstruction intestinale, affection dont il présentait un certain nombre de symptômes. A la suite de mon examen, je n'ai pas cru devoir, pour ma part, accepter une pareille interprétation des faits (je vous en exposerai les raisons dans un instant) ; j'ai pensé qu'il s'agissait là d'une péritonite aiguë par perforation appendiculaire, et l'intervention pratiquée quelques instants plus tard m'a donné raison.

Je tiens à profiter de ce cas pour insister quelque peu sur ces péritonites, que vous serez appelés à rencontrer un certain nombre de fois au cours de votre carrière médicale, lésions qu'il importe que vous connaissiez bien, car il arrive assez souvent, comme pour le malade dont il s'agit ici, qu'égaré par l'importance de certains symptômes, on se trompe dans un diagnostic, et qu'on commette l'erreur d'attribuer à un obstacle s'opposant au cours des matières les différents phénomènes fonctionnels qui relèvent exclusivement de la péritonite.

Voyons donc l'histoire de notre malade qui est âgé de 21 ans.

Je néglige ses antécédents héréditaires et consanguins qui ne nous présentent aucun intérêt ; comme antécédents personnels, nous ne relevons pas grand'chose : une lésion traumatique de la jambe gauche en 1910, et une grippe assez forte,

à forme thoracique, en 1918. En dehors de ces deux périodes, René R. a toujours joui d'une excellente santé, et tous ses appareils ont toujours fonctionné de la façon la plus normale : jamais de douleurs abdominales, ni constipation, ni diarrhée.

Dans la matinée du 17 août, pendant qu'il s'acquittait de ses fonctions de valet de chambre, il ressentit subitement dans la région épigastrique une douleur, d'abord légère et supportable, mais dont l'intensité ne tarda pas à s'accroître progressivement. En même temps, cette douleur, primitivement fixée et bien localisée, ne tarda pas à s'étendre et à diffuser dans les deux hypochondres ; elle perdit ensuite un peu de son acuité, mais s'étendit encore et, au bout de quelques heures, elle avait gagné tout l'abdomen. Dans l'après-midi, notre malade présenta plusieurs vomissements bilieux, ainsi que trois selles diarrhéiques ; dans la nuit, le ventre se ballonna légèrement, et, en même temps que se manifestait ce symptôme, il se produisit un arrêt absolu des matières et des gaz.

La journée du 18 août offrit un tableau clinique à peu près semblable, que des compresses chaudes fréquemment renouvelées ne modifièrent en aucune façon : le ventre resta douloureux et légèrement ballonné ; il n'y eut ni vomissements, ni évacuations.

Comme l'état du malade ne présentait pas de modifications, on fit appeler un médecin, dans la journée du 19, qui, étant donnés les différents symptômes observés, pensa qu'il s'agissait là d'une obstruction intestinale, et conseilla l'envoi du patient à l'Hôtel-Dieu de Toulouse, en vue d'une intervention chirurgicale. Ce transport n'eut lieu toutefois que le lendemain après-midi, et ce fut le 20 août, vers 5 heures du soir, au moment de la contre-visite, qu'il me fut donné de l'examiner.

Je me trouvai alors en présence d'un individu de petite taille, assez maigre, et dont l'état général laissait fortement à désirer : la lucidité est parfaite, et il répond nettement à toutes les questions qu'on lui pose, mais il est abattu, le teint plombé, les yeux brillants, la langue sèche. La température est de 36.9 ; le pouls, régulier et ferme, bat à 120.

En examinant la région abdominale, qui est assez tendue, on ne constate pas de ballonnement excessif du ventre, pas de saillies d'anses dilatées, ni de mouvements péristaltiques. On note de l'hyperesthésie cutanée, ainsi que de la défense musculaire étendue à toute la surface abdominale ; la douleur, assez intense, est de même uniformément généralisée et l'on ne trouve aucun point particulièrement douloureux au palper appuyé. La percussion semble montrer une légère matité dans les fosses iliaques, l'auscultation est négative. Les divers orifices herniaires sont libres ; le toucher rectal ne donne pas de renseignements ; il n'y a pas de rétention d'urine.

A quel diagnostic devais-je m'arrêter ? Il est bien évident que les différents signes cliniques indiquaient que l'on se trouvait en présence d'un iléus ; restait à savoir s'il s'agissait d'un iléus mécanique (obstruction intestinale vraie), ou d'un iléus paralytique, secondaire à des lésions de péritonite.

Bien que l'arrêt des matières et des gaz fût absolu, ce qui ne se voit pas ordinairement dans les péritonites et se note plutôt au cours de l'occlusion intestinale, je n'ai pas cru qu'il s'agissait ici de cette dernière lésion, et cela pour plusieurs raisons. D'abord, par suite des caractères de la douleur qui n'avait pas présenté le début atroce et déchirant de l'obstruction aiguë, et qui, au lieu de rester pendant un certain temps bien localisée à un étage abdominal, avait diffusé très rapidement et s'était généralisée à tout l'abdomen, quelques heures à peine après le début des premiers accidents ; et ensuite, en constatant l'absence de tout mouvement péristaltique de l'intestin et de ballonnement considérable de l'abdomen, l'existence d'un ventre assez dur avec contracture et défense musculaire uniformément étendues ; et enfin, l'absence de vomissements fécaloïdes, après que les premières déjections avaient été porracées.

Il est encore un symptôme dont j'ai tenu le plus grand compte et qui me paraît avoir, dans ce cas, marqué une *réelle* importance, c'est la discordance existant entre le pouls (120) et la température (36.9). Assurément cette discordance peut également s'observer dans l'iléus mécanique aigu, mais elle ne se manifeste, dans ce cas, que dans la période ultime de l'affection, où l'hypothermie s'associe à un pouls petit, rapide et fréquent, caractères résultant alors de l'intoxication d'origine intestinale. Or ici, nous n'étions encore qu'au 4e jour de la maladie, le pouls était bien régulier et bien ferme : on ne pouvait véritablement songer à la dernière phase d'un iléus mécanique.

C'est pour ces différentes raisons que j'ai pensé qu'il s'agissait là, non d'occlusion intestinale, mais bien de péritonite due à une perforation viscérale.

Restait à savoir en quel point du tube digestif siégeait la lésion.

Etant donné le début particulier des phénomènes douloureux au niveau de la région épigastrique et leur diffusion primitive dans la partie abdominale supérieure, nous devions, au premier abord, penser à la possibilité d'une perforation de l'estomac ou du duodénum, bien que notre malade n'eût jamais présenté aucun symptôme duodénal ou gastrique. Il pouvait en effet s'agir d'un ulcère latent, dont le premier symptôme aurait été la complication habituelle des perfo-

◆◆

rations intestinales, c'est-à-dire la péritonite. Mais il ne faut pas oublier qu'il existe également des appendicites latentes, se perforant d'emblée, et se révélant par des lésions péritonéales, dont la symptomatologie se rapproche complètement de celle des perforations du duodénum et de l'estomac.

Les cas de lésions appendiculaires, où les phénomènes douloureux se manifestent, non aux points de Mac Burney ou de Lane, mais au niveau de la région péri-ombilicale, ne manquent point, et me basant sur la diffusion actuelle des lésions aussi bien sus que sous-ombilicale, sur la contracture abdominale un peu plus marquée dans la zone inférieure, sur la matité constatée dans les fosses iliaques, et aussi sur la plus grande fréquence des perforations appendiculaires, c'est à ce dernier diagnostic que je m'arrêtai. Je crus en définitive me trouver en présence d'une péritonite aiguë, à forme plutôt purulente que toxique, et dont le pronostic devait être très réservé.

Une seule conduite était possible, l'intervention immédiate. Elle eut lieu quelques minutes plus tard, sous anesthésie générale à l'éther. L'ouverture de la cavité abdominale donna issue à une quantité assez considérable de liquide purulent venant profondément du petit bassin. Après avoir écarté des anses intestinales rouges et couvertes de débris d'adhérences inflammatoires, j'arrivai sur la région cæcale où l'appendice, adhérent en partie à la terminaison de l'iléon, présentait une perforation au niveau de sa région moyenne. Je pratiquai alors l'appendicectomie d'arrière en avant ; puis, après la toilette de toute cette région, et après avoir placé 2 gros drains, l'un au niveau du cæcum et l'autre plongeant jusqu'au fond de la cavité de Douglas, je fermai la paroi abdominale en un seul plan, au fil d'argent, mais seulement, lorsqu'une exploration rapide de l'étage abdominal supérieur m'eut montré que le duodénum et l'estomac étaient intacts.

Bien que l'intervention chirurgicale ait été des plus rapides, mon opéré paraissait assez fatigué ; on lui fit, le soir même, une injection de 500 centimètres cubes de sérum caféiné, 120 centimètres cubes d'huile camphrée, ainsi que quelques piqûres de strychnine et de spartéine.

Je ne crois pas devoir insister sur les détails des suites opératoires, qui furent excellentes en tous points. Certes, pendant quelques jours, notre opéré fut assez agité et nous occasionna assez d'inquiétudes, mais, grâce aux différents agents thérapeutiques employés (huile camphrée, lantol, caféine, etc.), le calme ne tarda pas à revenir, un mieux sensible se manifesta, et la marche vers la guérison se fit à grands pas. Le pouls resta assez élevé pendant une huitaine de jours ; puis, il se mit à décroître insensiblement, et environ 16 jours après l'intervention chirurgicale, il était revenu à la normale. Quant à la température, elle est restée constamment basse et n'a pas dépassé 37.2. Le 9e jour, on put retirer les drains, et le 20e, on enleva les fils d'argent. Inutile de vous dire que la diète la plus absolue fut imposée pendant 6 jours et que l'alimentation, d'abord liquide, ne fut reprise que petit à petit avec les plus grandes précautions : pendant les premiers jours, la soif du malade, extrêmement vive, fut calmée par du sérum intra-rectal in stillé à petites doses, sans pression. Le 28 septembre, notre opéré pouvait commencer à se lever, et le 14 octobre, il quittait l'hôpital complètement guéri.

Nous avons donc eu affaire dans ce cas à une péritonite généralisée à forme purulente, occasionnée par la perforation subite d'une appendicite latente. Je ne crois pas devoir revenir de nouveau sur la question du diagnostic des péritonites, sujet sur lequel je me suis déjà suffisamment étendu, et je tiens à me borner à quelques considérations sur l'évolution de ces lésions.

Les péritonites purulentes, encore appelées septiques, se traduisent généralement par des symptômes locaux très nets, montrant une défense active de la séreuse abdominale contre l'infection : aussi, le ballonnement du ventre, et la douleur à la pression sont-ils toujours très marqués. Dans notre cas au contraire, ils ont été assez réduits, et au lieu de rencontrer une température élevée (39 à 40) en rapport avec l'accélération du pouls, nous avons noté une dissociation du pouls et de la température, phénomène qui indique toujours une infection profonde, une intoxication générale de l'organisme. La symptomatologie de notre malade a donc évolué d'une façon un peu spéciale, constituant une forme intermédiaire de péritonite purulente avec signes d'intoxication générale.

C'est là une forme qui se rapproche plutôt, au point de vue de la gravité, des péritonites toxiques que des péritonites purulentes, et dont le pronostic est des plus sombres. Abandonnées à elles-mêmes, elles se terminent fatalement par la mort, et l'intervention chirurgicale, même très précoce, n'est couronnée de succès que dans un petit nombre de cas.

Nous avons pu enregistrer un succès, sans doute : il est dû pour une bonne part à notre intervention, mais il ne faut pas oublier que nous avions à faire à un malade encore jeune, à antécédents peu chargés, d'une docilité exemplaire, à qui les soins post-opératoires ont été faits intelligemment, toutes choses dont il faut savoir tenir compte, et qui ont été évidemment pour beaucoup dans l'heureuse évolution qu'il nous a été donné de constater.

LARYNGOLOGIE

Dans quels cas employer les injections intra-trachéales.

Le *Concours médical* a publié depuis quelques mois un certain nombre d'articles sur la pratique des injections intra-trachéales. La question de technique a été longuement envisagée et nous n'y reviendrons pas. Reste le côté formulaire et indications de cette méthode. Quelles préparations utiliser et à quelles doses ? Dans quels cas employer les injections intra-trachéales ?

Préparations et doses.

Les préparations injectées dans la trachée sont généralement des solutions huileuses de substances balsamiques, antiseptiques ou calmantes, et plus exceptionnellement des solutions aqueuses. On s'adresse habituellement à l'eucalyptol, au menthol, au goménol, au gaïacol, à la créosote, au myrtol, etc., ainsi formulés :

A) Eucalpytol	1 à 5 gr.
Huile d'olives stérilisée....	100 gr.
B) Goménol	1 à 5 gr.
Huile d'olives stérilisée....	100 gr.
C) Gaïacol	1 à 5 gr.
Huile d'olives stérilisée....	100 gr.
D) Menthol.	1 à 3 gr.
Huile d'olives stérilisée....	100 gr.

Il est facile de varier les formules et d'associer plusieurs agents médicamenteux dans la même préparation. L'eucalyptol, dont l'action locale est douce, peut être employé d'emblée à 4 ou 5 %, le menthol (calmant) à 2 ou 3 %. Pour le goménol, le gaïacol, ou la créosote, il est préférable de commencer par des solutions assez faibles, à 2 %, et d'élever ensuite la concentration, plus ou moins rapidement.

La dose de début, pour la première injection, sera d'un ou deux centimètres cubes de solution huileuse. Le malade s'habitue assez vite au traitement et l'on peut généralement porter sans inconvénient la dose injectée à 3, 4, 5 centim. cubes, quelquefois à 6, 8 et 10 centim. cubes par injection. Les injections sont répétées, selon les cas, deux fois par jour, une fois par jour, tous les deux jours. Dans les affections chroniques, l'habitude est de faire 3 injections par semaine.

Indications de la méthode.

Avant de passer aux indications des injections intra-trachéales deux mots de leurs contre-indications. On devra les pratiquer avec prudence ou s'en abstenir (hormis certains cas particuliers), chez les sujets très cachectiques, atteints d'affections des voies respiratoires avancées, les cardiaques dans un état grave, les malades, en un mot, chez lesquels on pourrait craindre de provoquer une crise dyspnéique qu'ils supporteraient mal.

Les indications des injections thérapeutiques intra-trachéales sont de deux ordres : le traitement des affections des voies respiratoires, d'une part, et d'autre part l'administration (par voie trachéale) de certains agents curatifs. Ce dernier emploi, conseillé tout dernièrement, n'est pas d'ailleurs bien entré dans la pratique. Il reste encore à l'étude.

D'une façon générale, toutes les affections chroniques des voies respiratoires et quelques affections subaiguës peuvent bénéficier des injections intra-trachéales. Toutefois, on ne saurait s'adresser à cette méthode que pour des maladies résistantes aux moyens ordinaires. Il est, de plus, un groupe spécial d'états morbides des voies aériennes plus particulièrement influencés par cette médication, qui en constituent les indications proprement dites.

Ces maladies sont les suivantes :

a) Les trachéites subaiguës traînantes et les trachéites chroniques.

b) La trachéite sèche ou ozène trachéal.

c) Les bronchites chroniques, avec dilatations des bronches surtout.

d) La gangrène pulmonaire.

e) La tuberculose pulmonaire.

Les huiles eucalyptolée, mentholée, gaiacolée, s'adressent aux trachéites catarrhales, à la dilatation des bronches. L'ozène trachéal relève de l'huile mentholée. Les huiles antiseptiques, goménolée, gaïacolée, mentholée, à assez fortes doses, sont utilisées dans la gangrène pulmonaire. Pour la tuberculose pulmonaire, on a eu recours à des cures prolongées à l'aide d'huile gaïacolée, créosotée, mentholée, additionnée quelquefois d'acide cinnamique. Si la médication n'a pas une action héroïque sur le bacille de Koch, elle diminue tout au moins les infections secondaires.

Que doit-on attendre du traitement des maladies des voies respiratoires dont nous venons de parler par les injections intra-trachéales ? On a signalé des cas de gangrène pulmonaire améliorés rapidement et guéris par cette médication. Jointes à la sérothérapie anti-gangréneuse, les injections intra-trachéales sont un des meilleurs traitements de cette grave affection. La dilatation des bronches, si tenace, sera également traitée avec beaucoup d'avantages par la méthode intra-trachéale. De même, pour les trachéites chroniques intenses et rebelles. La tuberculose pulmonaire retirera quelques bénéfices de la thérapeutique en question, s'il n'y a ni hémoptysie, ni éréthisme. Il serait cependant très exagéré de dire que nous possédons là un traitement de base de la tuberculose.

Il est souvent difficile d'apprécier la valeur

d'un traitement en matière de tuberculose. Pour ce qui concerne les injections intra-trachéales dans la bacillose pulmonaire, je crois que c'est un adjuvant qui ne se place qu'assez loin après la cure hygiéno-diététique.

Deux mots, enfin, sur la trachée voie d'absorption de certains agents thérapeutiques. Levaditi, s'appuyant sur quelques expériences faites chez les animaux, remarqua que les sérums administrés par la voie laryngo-trachéale, semblaient agir sans exposer le sujet aux accidents sériques. M. Rénon a fait pratiquer, dans son service, des essais de sérothérapie par injections laryngo-trachéales et il s'en est déclaré satisfait. La question est seulement à l'étude et il faut que nous attendions des travaux plus importants et plus complets pour juger la valeur de cette méthode de sérothérapie laryngo-trachéale.

D[r] P. LACROIX.

A TRAVERS LA PRESSE

Traitement du tabès.

Le tabès étant reconnu comme procédant de la syphilis, il était logique et légitime de chercher à le traiter par la médication spécifique : les résultats s'en montrèrent d'abord assez douteux. Cependant, certains neurologistes finirent par reconnaître qu'ils n'étaient pas toujours absolument négatifs.

La découverte et la pratique des composés arsenicaux dans le traitement de la syphilis ont permis d'instituer une méthode systématique de cure de l'ataxie, qui n'a pas la prétention de faire disparaître les lésions anatomiques acquises, mais d'enrayer l'évolution du processus dégénératif, et d'obtenir une guérison partielle, dont la rééducation augmente encore l'étendue.

Cette méthode, selon M. SÉZARY (*La Médecine*, fév. 21) consiste à « débuter par des doses « faibles des produits dont l'action est la moins « brutale (sels solubles de mercure, hectine) : « on évitera ainsi des réactions douloureuses « souvent pénibles et même des incidents que « pourrait provoquer l'emploi trop rapide des « arsénobenzols. Mais on ne s'en tiendra ni aux « doses faibles, ni même à ces composés relativement peu actifs. Après une ou deux séries « de telles injections, on utilisera le calomel et « les arsénobenzols ; non pas l'un ou l'autre de « ces produits, mais successivement l'un et l'autre. On pratiquera par exemple (sauf intolé- « rance) de 8 à 10 injections hebdomadaires « de calomel, puis une série d'injections d'arsé- « nobenzol (soit 15 cgr., 30 cgr., 45 cgr., 60 cgr. « de novarsénobenzol) et on répétera cette doses « 4 à 8 fois, ou des doses équivalentes d'arséno- « benzol, de galyl ou de sulfarsénol ».

Mais il importe de dépister l'atteinte précoce de la moelle et de ses enveloppes, que traduit sûrement le liquide céphalo-rachidien, avec sa leucocytose et son hyperalbuminose. Aussi, le syphiligraphe devra-t-il pratiquer, au moment où la guérison clinique paraît acquise, une ponction lombaire, afin de dépister des lésions nerveuses absolument occultes, et d'en attaquer les causes par une thérapeutique intensive.

La sérothérapie antituberculeuse.

Nous sommes parfois interrogés par nos lecteurs à ce sujet. Nous ne saurions mieux faire pour répondre à leurs préoccupations, que de leur en faire connaître l'état actuel, selon M. PRUVOST (*L'Hôpital*, février B).

C'est uniquement dans les formes fluxionnaires ou granuliques jeunes, avant toute dégénérescence caséeuse, que la sérothérapie peut et doit être mise en œuvre, soit au moyen du sérum de Jousset, soit avec celui de Maragliano, soit enfin avec le sérum de Vallée.

On se guidera, pour se déterminer, sur la fièvre, régulière, à petites oscillations, et sur la cuti-réaction, qui doit être positive et franche.

Le sérum de Jousset s'injecte tous les 12 jours à des doses variant de 100 à 140 cmc. pour un adulte, la première étant répartie en deux ou trois jours pour éviter une trop grande intensité des réactions congestives pulmonaires. Le sérum de Maragliane s'injecte tous les deux jours, à raison de 1 cmc., dix fois de suite ; repos de 10 jours. Reprise des injections à raison de 2 cmc. chaque fois ; nouveau repos de 10 jours suivi d'une troisième série de 5 injections de un cmc. et de deux cmc. Enfin, le sérum de Vallée est administré à raison de 5 à 20 cmc. tous les jours ou tous les deux jours.

Le rendement pratique du forceps, d'après les données actuelles.

M. DEMELIN fait une critique serrée de l'emploi du forceps qui, malgré les dangers incontestables qu'il présente tant pour la mère que pour l'enfant, ne peut, en certains cas, être remplacé par aucune autre manœuvre obstétricale. (*Jour. de méd. et de chir. prat.*, 10 fév. 1921).

Sans suivre l'auteur dans cette instructive discussion, nous lui empruntons les contre-indications qu'il reconnaît à cet instrument :

« Le forceps doit être proscrit : 1° tant que « la dilatation de l'orifice utérin reste incom- « plète (et je ne vois ici aucune exception) ; « 2° dans tous les cas de présentation de l'épaule « (vieil aphorisme toujours vrai) ; 3° dans tous « les cas de présentation du front (transitoire

« ou définitive) ; 4° dans tous les cas de présen-« tation du siège au détroit supérieur ; 5° dans « la plupart des cas de présentation du som-« met et de la face franche retenue au détroit « supérieur normal ou au-dessus de lui (les « exceptions se rapportent aux circonstances, « d'ailleurs défavorables, où l'extraction arti-« ficielle s'indique par un danger immédiat de la « mère ou de l'enfant, après qu'un essai prudent « de version a décelé la rétraction de l'utérus « sur le fœtus resté vivant, et où l'opération « césarienne semblerait trop risquée) ; 6° dans « presque tous les cas de dystocie par obstacle « mécanique.... »

Quant aux principales indications, elles se formulent dans les propositions suivantes : « Le forceps est essentiellement l'instrument « des têtes engagées dans un bassin normal, « alors que la période d'expulsion dure depuis « un temps plus ou moins long (dilatation com-« plète). A ces conditions mécaniques, qui ren-« dent possible son application, mais qui, à « elles seules, ne la justifient pas, il convient « d'ajouter les vraies indications qui sont les « suivantes, par ordre de fréquence :

« 1° Les signes de souffrance éprouvée par « le fœtus (modifications de teinte du liquide « amniotique et du rythme cardiaque) ; 2° les « anomalies de mécanisme, permanentes, entra-« vant la marche du travail et irréductibles « manuellement..... ; 3° moins souvent, l'infec-« tion du liquide amniotique.... ; 4° bien plus « rarement enfin les troubles de la santé de la « mère, que les efforts expulsifs pourraient « aggraver. Exemples : les cardiopathies hypo-« systoliques, les lésions graves des poumons « (pneumonie, congestion étendue, œdèmes rapi-« des, tuberculose sévère) ou bien, par ailleurs, « décollement de la rétine, hémorragie cérébrale « etc. . ».

M. Demelin donne ensuite quelques conseils judicieux sur la façon dont on doit pratiquer l'application des cuillers d'abord, puis du tracteur (il s'agit du forceps « de prédilection » utilisé dans son service), et il rappelle que toute application devra être précédée immédiatement d'un contrôle minutieux de la présentation, de la position et de la variété de position. ainsi que du degré de l'engagement.

J'ajouterai, au nom d'une expérience de plusieurs années à la campagne, que tant que les femmes n'accoucheront pas exclusivement dans une maternité — et nous n'en sommes pas là ! – tant que le praticien les assistera chez elles, parfois en pleine campagne, livré à lui-même et dans l'obligation de terminer l'accouchement, le forceps restera dans bien des cas, où la nature doit être secondée, sa suprême ressource obstétricale, le sommet restant la présentation élective, le col dilaté ou dilatable, la condition *sine qua non*.

Traitement de la sciatique par les rayons X.

Une ressource de plus, entre les mains du praticien secondé ici par le spécialiste, dans le traitement d'une affection qui résiste souvent aux méthodes classiques. M. Japiot, qui recommande l'emploi des rayons X dans le traitement de la sciatique, en a obtenu des effets impressionnants dans dix cas qu'il a soignés.

Son expérience lui suggère les précisions suivantes : On localisera l'irradiation à la zone d'émergence du nerf, sur les gouttières vertébrales des 4e et 5e lombaires et des quatre premières sacrées. On procédera par séances peu rapprochées avec des doses modérées.

La sédation de la douleur est toujours très rapide : elle est caractérisée par la rapidité, la brusquerie et la précision de sa date d'apparition après les séances ; l'ancienneté de l'affection n'est pas un obstacle au succès du traitement.

Les rayons X n'agissent que sur l'élément douleur ; ce sont des analgésiques. Les troubles de la sensibilité, les œdèmes, les atrophies musculaires, etc., ne sont pas influencés.

L'irradiation convient aussi bien aux sciatiques essentielles qu'aux formes secondaires.

En résumé, « c'est en général après avoir « épuisé tout l'arsenal thérapeutique qu'on a « recours à l'électricité, courant continu, haute « fréquence, bien rarement rayons X. Il nous « semble cependant que les résultats publiés, « remarquables par leur rapidité et le petit nom-« bre des échecs, et que notre expérimentation « nous oblige à confirmer pleinement, doivent « faire accorder à cette thérapeutique plus de « confiance qu'on ne l'a fait jusque-là ». (*Lyon Méd.*, 25 fév. 21).

Une nouvelle méthode de narcose générale.

Due à M. Le Clerc-Dandoy (*Le Scapel*, 19 fév. 21), elle comporte l'injection, une heure et quart avant l'opération, d'une ampoule contenant de la dionine, de l'héroïne, de la morphine, de l'hyoscine.

Ce mélange endort profondément le sujet, auquel il n'y a plus qu'à faire inhaler le mélange anesthésique proprement dit pour entretenir la narcose sans qu'elle soit poussée à fond.

L'anesthésique est formé de 20 cmc. de chloroforme, de 20 cmc. d'éther et de 10 cmc. de chlorure d'éthyle ; on le réalise au moment de l'emploi en versant dans un flacon compte-gouttes le chloroforme et l'éther provenant de flacons distincts, et le chlorure d'éthyle fourni par une ampoule. Il s'utilise goutte à goutte avec un masque ordinaire.

Les avantages de cette méthode consistent en ce qu'il n'y a pas de période d'excitation ; qu'il n'y a pas d'alerte chloroformique ; que la narcose n'a pas besoin d'être poussée jusqu'à

◆◆◆

l'abolition du reflexe palpébral, et que 30 cmc. de mélange suffisent la plupart du temps pour une intervention d'une heure. Enfin, les risques d'intoxication sont infiniment moins grands qu'avec le chloroforme pur.

A noter que l'injection sous-cutanée prépépératoire contracte la pupille qui cesse dès lors d'être un signal d'alarme. Cela n'a que peu d'importance, le pouls, la respiration et le reflexe palpébral constituant des signes auxquels l'anesthésiste peut avoir confiance. G. D.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

De l'orientation professionnelle. Rôles respectifs des maîtres, des associations et des pouvoirs publics.

(M. PAUL LE GENDRE. — *Académie de médecine.*)

Une orientation professionnelle adéquate aux aptitudes de chacun importe autant à la Société qu'à l'individu. Cette question de sociologie mérite de préoccuper hautement les éducateurs. Avant la fin des études secondaires, les maîtres doivent préparer les jeunes gens au choix d'une carrière, en leur exposant les avantages et les inconvénients des principales.

Les « Médecins de famille », les « Médecins scolaires » sont des collaborateurs précieux pour l'appréciation des aptitudes.

Il est désirable qu'ils insistent sur les difficultés particulières et l'encombrement de la carrière médicale.

Dans les Ecoles et Facultés de Médecine, l'orientation professionnelle des futurs praticiens s'impose comme un devoir aux Maîtres.

Elle doit être morale, technique et régionale. Pour l'*orientation morale*, à côté de l'enseignement de la déontologie par les professeurs de médecine légale, un rôle considérable est dévolu aux chefs de service dans les hôpitaux. Ils peuvent chaque jour rattacher à l'enseignement clinique des exemples de difficultés professionnelles d'ordre moral, si fréquentes dans la clientèle, en signaler les solutions traditionnelles et honorables, développer chez leurs élèves, avec la connaissance de la psychologie des malades, la notion du *rôle moral* et *social du Médecin*.

Le rôle de maintenir les praticiens dans la voie de la stricte moralité professionnelle ne peut actuellement incomber qu'aux Conseils de famille et de discipline des Associations et des Syndicats, à défaut de cet ordre des médecins dont la création, plusieurs fois proposée sous des formes diverses, a toujours paru irréalisable.

En vue de l'*orientation technique*, du choix à faire entre les divers modes de l'activité professionnelle (pratique générale ou spécialisation), il appartient aux maîtres de fournir des suggestions à leurs élèves, après avoir attentivement noté leurs aptitudes physiques et intellectuelles, leur caractère, leur éducation, leur santé, leurs ressources pécuniaires.

Enfin l'*orientation régionale*, c'est-à-dire l'adaptation du nombre des « omnipraticiens » et des diverses catégories de spécialistes aux besoins des populations, actuellement très défectueuse et qui pèse plus lourdement sur la profession que la surabondance des médecins, pourrait être améliorée par la collaboration des pouvoirs publics (Ministère de l'Instruction publique, de l'Intérieur et de l'Hygiène) avec les associations professionnelles et syndicats en vue d'établir une *statistique analytique* et *régionale, les Facultés servant de centres régionaux.*

Grâce à une telle statistique, actuellement inexistante, et qu'il serait aisé de tenir à jour, l'étudiant, le docteur en quête d'un poste, pourraient savoir pour chaque centre régional la proportion relative des diverses catégories de praticiens dans chaque ville ou agglomération rurale en regard du nombre des habitants.

Les maîtres, également renseignés, pourraient par leurs conseils aiguiller les étudiants vers telle ou telle spécialité encore insuffisamment représentée dans la région — ou les détourner de telle autre en mal de pléthore.

Il dépend donc des bonnes volontés, isolées ou conjuguées, des maîtres, des associations et des pouvoirs publics que la bonne orientation professionnelle, gage de sécurité pour la Société et de succès pour l'individu, soit la règle, et non l'exception.

La vaccination anti-typhoïdique de la population civile.

(M. CHAUFFARD. — *Académie de médecine.*)

M. Chauffard présente, au nom d'une commission spéciale, un rapport sur la vaccination antityphoïdique dans la population civile.

La vaccination anti-typhoïdique a fait ses preuves, pour l'armée, pendant la guerre et il serait désirable de l'étendre à la population civile. Il ne s'agit pas de la rendre obligatoire, car elle est d'application moins simple que la vaccination jennérienne. Il faudrait agir auprès du public par persuasion, tout au moins dans certaines circonstances, au cours d'épidémies, chez les personnes (médecins, étudiants en médecine, infirmiers) appelées à soigner des typhiques, dans les localités plus particulièrement frappées par la maladie.

M. Chauffard conclut qu'il y a lieu de recommander et de propager dans la population civile la vaccination anti-typhoïdique par les vaccins T.A.B. Cette vaccination est spécialement nécessaire dans

les villes et localités où la fièvre typhoïde est endémique et dans celles où éclate une épidémie typhique,

Les signes oculaires de la tuberculose pulmonaire : l'inégalité pupillaire spontanée et provoquée.

(M. E. Sergent. — *Académie de médecine.*)

On peut observer, dans les affections pleuro-pulmonaires en général, et dans la tuberculose en particulier, des signes oculaires, dont le principal est l'inégalité pupillaire, signes pouvant servir au diagnostic de la bacillose du sommet, au début.

L'inégalité pupillaire a été signalée dans la pleurésie par Chauffard, dans la pneumonie par Pernot, dans la tuberculose par Roque, Dehérain, Souques, Cantonnet et Sergent. Son mécanisme est des plus simples : il tient à une excitation du sympathique dont certains éléments sont en relation avec le dôme pleuro-pulmonaire. L'excitation des filets sympathiques, qui indique des lésions récentes, se traduit par une mydriase du côté correspondant. A l'excitation peut succéder la paralysie, avec, comme conséquence oculaire du myosis, qui traduit des lésions anciennes (cicatricielles souvent) de l'apex pulmonaire.

L'inégalité pupillaire, interprétée de cette façon se rencontre en effet quelquefois chez des tuberculeux pulmonaires. Mais, dans bien des cas, le phénomène est seulement latent et ne devient appréciable que si on le provoque au moyen d'une épreuve spéciale. Il y a une dizaine d'années, M. Cantonnet a proposé l'emploi d'une solution de cocaïne en instillation oculaire pour cette épreuve. M. Sergent préfère recourir à l'atropine. La technique qu'il conseille est la suivante : on instille, dans les culs-de-sac conjonctivaux inférieurs deux gouttes d'une solution d'atropine au millième et l'on surveille la réaction. La dilatation pupillaire commence au bout de 10 minutes pour être complète après 25 minutes. Dans une tuberculose récente du sommet droit par exemple, on verra la dilatation se faire plus rapidement à droite (inégalité du début). Ce n'est pas tout. La mydriase de l'atropine dure 2 à 3 jours, temps après lequel les pupilles reviennent à la normale. Le retour se fait différemment des deux côtés. Du côté sain, toute mydriase a disparu alors qu'elle persiste encore assez accusée du côté malade (inégalité de retour). L'inégalité de retour, plus longue comme durée que l'inégalité du début, est d'observation plus facile.

Cette épreuve permet donc de suspecter une lésion tuberculeuse pleuro-pulmonaire du sommet. L'épreuve n'est pas, il est vrai, constamment positive. Sa négativité indique non pas l'intégrité du sommet, mais l'absence de retentissement sur le sympathique. L'épreuve, d'autre part, doit être faite avec soin, en versant une quantité égale d'atropine dans chaque cul-de-sac conjonctival. Un point délicat est d'apprécier s'il s'agit de mydriase d'un côté (par lésion récente) ou de myosis de l'autre côté (par lésion ancienne). M. Sergent se propose d'y revenir.

M. Souques rappelle qu'il a signalé sous le nom de syndrome oculo-pupillaire, dans la tuberculose du sommet du poumon, un ensemble composé de 3 signes : l'inégalité pupillaire ; le rétrécissement de la fente palpébrale ; ou l'élargissement de cette même fente.

M. de Lapersonne remarque que cette épreuve offre une contre-indication : la tendance glaucomateuse, qu'il faudra rechercher. Le choix du collyre, n'est pas non plus indifférent. L'atropine paralyse l'accommodation pendant 6 à 8 jours. La cocaïne est plus avantageuse (à 4 %). Son inconvénient est de dessécher la cornée temporairement.

Ruptures recto-coliques par l'air comprimé.

(M. G. Jean, — *Société de chirurgie.*)

M. Lenormant présente un rapport sur deux observations de M. Jean concernant des ruptures du rectum et du côlon par l'action d'un courant d'air comprimé appliqué sur la région anale. Il s'agit d'ouvriers travaillant à l'aide d'appareils à air comprimé qui furent victimes d'une décharge brusque d'air sur la région ano-périnéale. Aussitôt après l'accident, douleurs abdominales vives ; ballonnement du ventre, etc. A l'opération, on trouva des ruptures de l'intestin, à siège recto-colique.

Un certain nombre de cas de ce genre ont été publiés en Amérique. Quelquefois, l'arrivée de l'air comprimé est le résultat d'un accident. Assez souvent aussi, c'est au cours d'une brimade, d'une plaisanterie, que les ouvriers projettent un jet d'air comprimé sur des nouveaux venus à l'atelier. C'est à travers les vêtements et à une certaine distance qu'agit la colonne gazeuse sous pression (10 à 50 atmosphères). Les lésions anatomiques, dues à la pénétration violente de l'air dans l'intestin, se localisent en général au-dessus de l'anus, vers la jonction recto-sigmoïde, et consistent en déchirures de l'intestin, souvent multiples. Les symptômes sont saisissants. Au moment de l'accident, le malade ressent une douleur vive, syncopale, et le ventre se ballonne, avec de l'emphysème sous-cutané habituellement. Le pronostic est d'une très grande gravité. L'opération constitue la seule chance de salut, mais elle reste grave.

M. Pierre Duval pense que le facteur dominant dans la perforation est plus la brusquerie de l'introduction de l'air que le degré de pression. Pendant la guerre, il a observé un simulateur qui avec sa pompe à bicyclette, s'insufflait de l'air par l'anus. La pression était assez élevée, mais l'introduction de l'air étant lente, il n'y avait pas de rupture.

La sténose du pylore par hypertrophie musculaire chez les nourrissons.

(M. Pierre Fredet. — *Société de chirurgie.*)

M. Pierre Fredet a pu opérer, depuis 13 ans, onze nourrissons atteints de sténose du pylore par hypertrophie musculaire. Cette maladie, peu connue en France, est une malformation congénitale caractérisée par l'hypertrophie des deux couches musculaires du pylore. Le premier symptôme est le vomissement. Les vomissements se produisent après chaque tétée et sont explosifs. Puis l'estomac se dilate et les rejets alimentaires sont moins fréquents, mais très abondants. La dénutrition, d'abord rapide, se ralentit, et, si l'obstacle n'est pas levé, le petit malade finit par succomber. Quelquefois, quand la lésion n'est pas très considérable, la survie est assez grande. Le traitement sera surtout chirurgical. Sur 11 opérations personnelles, M. Pierre Fredet compte 9 guérisons. Le diagnostic (aidé par la radioscopie et la radiographie) devra être fait de bonne heure, pour les sténoses serrées principalement, qui constituent des cas aigus.

Névralgie du trijumeau : résection du ganglion de Meckel.

(M. Salva Mercadé. — *Société de chirurgie*).

M. de Martel lit un rapport sur une observation de M. Salva Mercadé concernant un cas de névralgie du trijumeau traitée par la résection du ganglion de Meckel.

M. de Martel pense qu'avant d'employer — dans le traitement des névralgies faciales rebelles — les sections nerveuses, si souvent suivies de récidive, ou l'arrachement du nerf maxillaire supérieur plus efficace mais très difficile à pratiquer, on doit recourir aux injections d'alcool qui donnent d'excellents résultats, à peu de frais.

M. Alglave signale un insuccès des injections d'alcool. Il concerne une malade opérée de sinusite frontale chez laquelle s'installa dans la suite une névralgie persistante du frontal. Une injection d'alcool, faite par M. Sicard, ayant échoué, M. Alglave intervint opératoirement et trouva, au niveau de la cicatrice, un névrome du nerf frontal. Le névrome réséqué, les douleurs disparurent. L'opération ne date, il est vrai, que d'un mois.

Sympathectomies péri-artérielles pour douleurs causalgiques.

(M. O. Platon, d'Autun. — *Société de chirurgie.*)

Les douleurs causalgiques, si pénibles, dont souffrent certains blessés, signalées il y a longtemps déjà par W. Mitchell, ont été étudiées à nouveau pendant la guerre. Meige et Mme Benisty remarquèrent les premiers que la causalgie s'observe plus souvent chez les blessés atteints de lésion d'un paquet vasculo-nerveux ou même simplement de lésion artérielle. Leriche formula alors l'hypothèse qu'une altération irritative du sympathique périartériel était la principale cause de la causalgie. Il en déduisit un traitement : la sympathectomie péri-artérielle. Chez bon nombre de blessés, l'opération de Leriche a amené une atténuation ou une disparition des phénomènes causalgiques. Douleurs, refroidissement du membre, raideur des muscles, ont quelquefois cessé comme par enchantement. La méthode, toutefois, a eu ses échecs et les idées de Leriche sur l'origine sympathique de la causalgie ne sont pas acceptées partout le monde, du moins comme origine unique de cet état morbide.

M. de Martel présente aujourd'hui un rapport sur un mémoire de M. Odilon-Platon (d'Autun), intitulé: les résultats éloignés de 19 sympathectomies péri-artérielles pour douleurs causalgiques. L'auteur a obtenu des résultats immédiats qu'il considère comme remarquables, et des résultats éloignés qu'ils estime satisfaisants.

M. de Martel pense que la question pourrait être discutée à nouveau, l'accord étant loin d'être fait sur l'étiologie et le traitement de la causalgie.

P. L.

HYDROLOGIE

Les principales indications thérapeutiques de Luchon et sa radioactivité,

Par le Dr S. Baqué.

Les indications thérapeutiques des eaux sulfureuses de Luchon sont universellement connues et il serait superflu de revenir sur cette question, si un fait nouveau n'était venu apporter des modifications ou plutôt une orientation nouvelle dans les propriétes de quelques-unes de ces sources.

M. A. Lepape, dans le but de compléter une étude déjà commencée en 1908 sur la radioactivité des sources de Luchon, a repris ses travaux dans le courant de la saison 1920 et s'est attaché à l'analyse des sources non encore étudiées dont il a déterminé la teneur en émanation de radium.

« Ces sources, dit M. Lepape, dans son rapport à « l'académie des sciences le 18 octobre 1920 présentent « au point de vue de la radioactivité, une gamme « extrêmement étendue, montant régulièrement à « partir de la radioactivité banale des eaux potables « (0,5 millimicrocuries, sources Grotte, Reine, Ri- « chard), jusqu'aux très hautes valeurs de (26,6 « Bordeu n° 6, Bosquet n° 4); 31,6, sources ferrugi- « neuses non captées de la galerie François) et (41,5 « source tiède A. Lepape, de la galerie François). « Ces dernières valeurs élèvent la station de Bagnères « de Luchon, au premier rang des stations radio- « actives françaises. »

La municipalité de Luchon, se rendant compte de

l'importance de cette découverte, a fait capter ces nouveaux griffons et conduire, par une canalisation spéciale, dans un nouvel établissement indépendant des Thermes sulfureux et auquel le professeur Ch. Moreu, a bien voulu accepter de donner son nom. Cet établissement fonctionnera pour la saison prochaine et servira dès le 1er juin 1921 aux diverses applications de l'émanation de radium.

En présence de ces récentes découvertes, il nous paraît indispensable de jeter un coup-d'œil sur l'ensemble de ces ressources en les envisageant au titre d'eaux sulfureuses d'une part, et comme eaux essentiellement radioactives, d'autre part.

I. Eaux thermales de 29° à 66°. Sulfurées sodiques ; sulphydratées. 52 sources.

Elles jaillissent au nombre de 52 de la montagne de Superbagnères, à travers un terrain granitique et schisteux, à des températures comprises entre 29° et 66° centigrades, toutes sulfureuses et constituant la plus belle gamme connue où toutes les variétés des sulfureuses pyrénéennes sont représentées. Elles appartiennent à la catégorie des sulfurées sodiques, variété des sulphydratées. Ce dernier caractère a valu à la station la merveilleuse spécialité du *humage*, universellement reconnue, à l'heure actuelle, d'une si grande efficacité dans le traitement des *voies respiratoires* et de leurs annexes et si précieux également comme base du traitement général par le soufre.

Ces eaux peuvent être ramenées aux trois classes suivantes : blanchissantes, hyposulfitees et polysulfurées.

Les *Blanchissantes*, ainsi nommées parce qu'elles deviennent lactescentes au contact de l'air. Ces bains adoucissent la peau, et produisent des effets sédatifs. Nous les appelons les bains des *dermatoses*, employés avec succès dans les affections cutanées accompagnées d'un certain degré d'irritation ; particulièrement dans le groupe eczéma.

Les *Eaux hyposulfitées* remarquables par leur action à la fois tonique et sédative. Riches en soufre, elles contiennent une grande quantité d'hyposulfites, de l'azote, de la sulfurine et possèdent une grande valeur en émanation radiocative. (Bordeu 26,6).

Les *Polysulfurées* enfin représentent les eaux sulfureuses à forte minéralisation et sans aucune valeur radioactive. Leur action excitante fait réserver leur emploi dans les cas où il faut donner un coup de fouet à l'organisme, ce sont des sources tonifiantes par excellence.

A côte de ces sources sulfureuses, nous signalons la source de Ravi, *sulfurée alcaline* fortement *silicatée*, employée avec succès dans les affections catarrhales de la vessie, dans les infections chroniques des voies urinaires. Nous signalons également de nombreuses sources ferrugineuses dont l'une est fortement radioactive (31,6 millimicrocuries).

Emploi des eaux.

L'application des eaux affecte de nombreuses modalités, la place prépondérante étant réservée, au traitement externe. Celui-ci est appliqué sous forme de bains de baignoires dont l'action est modifiée suivant la température, l'association des sources, la disposition des cabines, bains de piscines à eaux fortes, etc.

Ce sont des douches générales ou locales, douches chaudes ou froides, ou écossaises, alternatives, en jet plein ou brisé, en pluie, en balance, etc., les étuves naturelles, étuves locales et bains de caisse ; les pulvérisations à la palette, au tamis ; la douche à colonne et les douches ascendantes. Nous signalons également les buvettes auxquelles sont annexées les services de gargarismes et les douches nasales. Signalons enfin, plus particulièrement, le *humage*, qui constitue la grande spécialité du traitement Luchonnais.

Mode d'action. — Jusqu'à nos jours, cette action a été basée sur les propriétés chimiques. De récentes découvertes ont jeté une lumière toute nouvelle sur le mode d'action des eaux minérales, en montrant les modifications apportées dans les propriétés des eaux par certains éléments tels que le radium, les gaz rares, l'état colloïdal des eaux, autant de facteurs nouveaux de nature physique qui font de ces eaux un milieu vivant, dont le dynamisme sert à modifier, quelquefois profondément, l'action des eaux minérales, jusqu'au point d'opposer les effets de deux sources à composition chimique identique ou à peu près.

Principales indications thérapeutiques.

Elles sont très nombreuses à cause du grand nombre de sources variées et s'adressent plus spécialement aux *dermatoses*, aux voies *respiratoises*, à la *syphilis* et aux *rhumatismes*.

1° Les *dermatoses* présentent deux catégories, les unes irritables, heureusement modifiées par les eaux blanchissantes remarquablement douces à la peau, sur laquelle elles produisent une action à la fois sédative et tonique.

D'autre part, les dermatoses *torpides* sont améliorées par les eaux fortes polysulfurées toniques et excitantes.

2° La *syphilis.*— L'action de ces eaux n'est pas directe contre l'infection, mais elles sont un puissant adjuvant du traitement spécifique, grâce à leur action dissolvante et circulante sur le mercure dont le soufre provoque l'absorption dans les tissus et active l'élimination par le rein ; action précieuse dans deux circonstances surtout ; dans les cas urgents qui nécessitent une cure intensive et chez certains sujets qui ne peuvent tolérer un traitement mercuriel sans cette association.

3° *Voies respiratoires et annexes.* —C'est dans ce traitement qu'interviennent surtout les vapeurs sulfureuses inspirées au contact de la muqueuse respira-

toire, par le moyen du *humage*, mode d'inhalation spécial à Luchon et basé sur l'extrême facilité avec « laquelle certaines eaux de cette station s'altèrent « à l'air libre, et dégagent spontanément des vapeurs « très riches en *hydrogène sulfuré* et en *soufre assi-* « *milable.* » L'hydrogène sulfuré est absorbé au niveau des alvéoles et le soufre qui a été démontré soluble au moment où il se forme, se dépose, à l'état naissant, sur la muqueuse humide et s'y dissout pour être lancé dans la circulation.

Parmi les affections des voies respiratoires, nous mentionnons l'ozène, le coryza chronique ou purulent, la pharyngite hypertrophique, l'hypertrophie des amygdales, les végétations adénoïdes, les laryngites chroniques, professionnelles, etc., affections des voies respiratoires supérieures que le humage modifiera avec l'aide de pratiques locales, pulvérisations, gargarismes, bains de gorge, bains et douches nasales.

Ce sont d'autre part les bronchites chroniques d'emblée ou descendantes par propagation, l'emphysème, ce dernier devant être considéré comme la bronchite des alvéoles, affections des voies respiratoires inférieures où le humage seul permettra de porter les éléments actifs à travers la glotte, dans les régions situées au-delà des cordes vocales.

Otites. — Ces propriétés sont également utilisées pour le traitement des *otites moyennes chroniques*, plus particulièrement du type adhésif et liées aux affections du rhino-pharynx qui se sont propagées par la trompe d'Eustache.

Ces cas sont traités par l'insufflation de la caisse qui consiste à porter dans l'oreille moyenne, par l'intermédiaire de la sonde d'Itard, à travers la trompe d'Eustache, les vapeurs sulfureuses qui servent au humage, ce n'est pas autre chose que le *humage de la caisse.*

4° *Affections rhumatismales.* — Les sources sulfureuses de Luchon ont été employées de tout temps contre les affections rhumatismales chroniques à manifestations articulaires, musculaires et nerveuses. Leur forte minéralisation, leur haute thermalité et leur puissante radioactivité contiennent, soit séparément, soit par leur association, les trois éléments essentiels modificateurs de cet état par leur action stimulante, tonique et sédative à la fois. Ils modifient, après la poussée aiguë, les phénomènes douloureux, la tuméfaction, les atrophies musculaires et autres troubles trophiques.

II. Eaux radioactives.

Ces sources forment un groupe spécial avec des températures variant de 29°3 à 39°9 degrés centigrades et donnent naissance à une émanation de radium dont la valeur s'étend de 23,3 à 41,3 estimés en millimicrocuries par litre d'eau minérale. La plus riche en émanation a reçu le nom de source Lepape juste hommage rendu au distingué chimiste qui a mis au jour ses qualités.

La source Moureu, qui vient au second rang avec 31,6 millicrocuries, joint, à cette richesse radioactive, la qualité d'être ferrugineuse. Les autres ne présentent au point de vue chimique aucune autre propriété spéciale qui puisse modifier leur caractère radio-actif.

En utilisant isolément ces eaux purement radioactives, il nous sera permis désormais de traiter certaines affections qui ne pourraient sans inconvénients subir l'action du soufre combiné. Actuellement, nous ne pouvons donner les résultats d'expériences personnelles par la cure de ces eaux, mais nous connaissons suffisamment les résultats curatifs de l'émanation de radium appliquée en dehors des eaux thermales, pour en tirer des déductions intéressantes.

Nous connaissons ses effets sur l'organisme humain, tant au point de vue général, par son action sur le métabolisme qu'il active, sur la composition du sang dont elle augmente la coagulation, sur la pression artérielle qu'elle diminue, sur la cellule elle-même, qu'au point de vue local, sur la peau, sur les tumeurs où elle se manifeste tout d'abord comme agent stérilisant et bactéricide et enfin destructeur des tissus.

Parmi les résultats thérapeutiques de l'émanation, nous connaissons son action analgésiante sur les *algies* en général, sur les *névralgies du sciatique*, du *trijumeau*, sur les *douleurs fulgurantes du tabes.* La *diathèse goutteuse* est-elle-même modifiée, ainsi que le *rhumatisme articulaire aigu* ; après une courte exacerbation de la douleur et de la tuméfaction articulaire, l'une et l'autre s'amandent insensiblement, alors que reparaissent parallèlement les mouvements articulaires. Ces résultats d'ailleurs se reproduiraient dans les *rhumatismes blennorrhagiques*, dans les *rhumatismes subaigus et chroniques* et même dans certains rhumatismes d'origine *tuberculeuse.*

Dans la *goutte*, cette action analgésiante s'accompagne d'une importante *diurèse* associée à une diminution considérable d'acide urique, soit que l'émanation ait une action empêchante sur la formation de ce dernier, soit qu'il favorise sa solubilité.

Dans les inflammations et infections utérines, dans les *salpingites* et *salpingo-ovarites*, la même sédation se produit et de la douleur et de la température, entraînant une atténuation des symptômes et un raccourcissement de la crise aiguë, favorisant ainsi la résorption des masses inflammatoires péri-annexielles, au point de permettre des interventions conservatrices et même de les rendre inutiles.

Mais nous n'insistons pas sur cette thérapeutique générale et nous signalons simplement les effets locaux s'adressant plus particulièrement aux néoplasies de la peau et des muqueuses ; épithéliomes, carcinomes, lupus, etc., et à diverses manifestations cutanées : plaies atones, certaines prurits, psoriasis, certains eczémas, etc.

Conclusions. — Les indications thérapeutiques des eaux de Luchon, que nous les considérions au titre d'eaux sulfureuses ou comme eaux purement radioactives, sont communes dans leur ensemble, elles


ECZÉMAS
ULCÈRES
PRURITS
INNOTYOL
Cold-Cream INNOXA à la lanoline
35, Rue des Petits Champs
PARIS

AVIS

I

Stations thermales
Stations d'altitude.

Nos lecteurs qui désirent voir leur nom figurer dans les listes que nous publierons prochainement sont priés de nous en informer.

II

Envois de fonds.

Pour l'envoi des abonnements et des cotisations aux filiales, nous rappelons que le moyen le plus pratique et le plus économique est le versement au compte de chèques postaux dont voici les nos :

Concours Médical, Paris, **167-95.**

Sou Médical, Paris **182-31.**

Mutualite Familiale Paris, **182-32.**

Caisse des pensions de retraites du Corps médical français. Paris, 271-46.

Changements d'adresses

Nous rappelons à nos lecteurs que toute demande de changement d'adresse doit être accompagnée de 0 fr. 60 pour frais de réimpression de bande.

se complètent mutuellement tout en conservant certaines particularités inhérentes à leur caractère dominant.

Nous avons envisagé un premier groupe, à minéralisation riche en soufre et dépourvues ou à peu près d'émanation de radium. Ce sont les sulfureuses fortes, les *polysulfurées*, relativement fixes et caractérisées par une action fortement stimulante ; elles augmentent la pression artérielle.

Les *eaux hyposulfitées* constituent un second groupe, remarquable par leur action essentiellement sédative, due à leur richesse en hyposulfites, en sulfurine, en azote et à leur haute valeur en émanation de radium. Elles diminuent la pression artérielle.

Un troisième groupe, enfin, comprend les sources purement radioactives, nouvellement mises en lumière et dont les propriétés thérapeutiques utilisables séparément à l'heure actuelle, nous permettront désormais de traiter à Luchon, certains états pathologiques considérés jusqu'ici, comme devant être éloignés de cette station.

Nous terminons ce petit travail en donnant quelques aperçus sur le climat de Luchon, sur la cure, le genre de vie, et les ressources qu'offre cette station aux malades qui viendront lui demander l'amélioration de leur santé ou leur guérison.

Située dans une des plus grandes et des plus belles vallées des Pyrénées, au pied du Massif de la Maladetta (3.404 mètres), cette station est adossée contre la montagne de Superbagnères à l'ouest et s'appuie au nord sur la montagne de Cazarilh. Protégée ainsi contre les brusques changements de température, elle voit la vallée se dérouler devant elle, au midi, à l'est et au nord-est, sur une longueur de 10 kilomètres et sur une largeur de 3 kilomètres. Ainsi garantie des vents du nord, de l'ouest et du sud-ouest, ayant devant elle un vaste horizon très éclairé, à une altitude de 625 mètres, la ville réunit tous les avantages du climat de montagne. Les soirées sont un peu fraîches, agréablement, jamais froides et la transition se fait toujours graduellement. Les pluies sont rares en été et, quand le temps est couvert, le brouillard ne descend jamais dans la vallée ; il reste suspendu à une hauteur minima de 150 mètres environ. L'état du ciel est pur pendant 240 jours, nuageux pendant 125 jours dont 75 de pluie. Les températures moyennes sont de 11°8 centigrades au printemps, 20°6 en été, 11°5 en automne, 3°8 en hiver. Le climat est très sain et les épidémies y sont à peu près inconnues.

L'air qui circule dans la vallée s'est déchargé de son humidité à son passage, sur les hauts sommets ; il arrive *sec et pur*, et jouit d'une superbe *luminosité* qui inonde toute la région. Son action est stimulante et sédative à la fois. Le malade se sent mieux disposé, son appétit augmente dès les premiers jours de son arrivée et son sommeil est plus calme, plus reposant. Toutes les fonctions de l'organisme se réveillent, les forces musculaires renaissent, la respiration devient plus ample dans un thorax qui se développe, la circulation plus active. Les échanges nutritifs sont augmentés et il en résulte une augmentation progressive des globules rouges. C'est le *climat moyen* essentiellement tonique qui convient à la grande majorité des malades.

A ce climat moyen s'ajoute celui du plateau de Superbagnères, à 1800 mètres, relié à la station par un chemin de fer électrique qui parcourt la distance en 35 minutes.

Ce climat plus excitant convient surtout aux sujets jeunes et est contre-indiqué chez les débilités, les grands anémiques, chez les cardiaques insuffisamment compensés chez les artério-scléreux les rénaux, les emphysémateux, les vieillards.

C'est la double consécration de Luchon climatique. Climat moyen de montagne à 625 mètres, climat d'altitude à 1800.

THÉRAPEUTIQUE APPLIQUÉE

L'insomnie des névropathes. Son traitement par le dial.

Clarapède, exposant au XXe Congrès de Neurologie sa théorie biologique du sommeil, a montré le peu de fondement de l'hypothèse de la « quasi intoxication » : c'est, au contraire, une fonction active, s'exerçant sous le contrôle du système nerveux central, fonction à la fois modératrice des réactions vitales et exaltatrice du catabolisme. On comprend alors pourquoi le manque de sommeil est un des plus grands facteurs d'usure et d'intoxication nerveuses. De fait, les névrosés, les asthéniques, les surmenés, sont presque tous des insuffisants du sommeil. Hartemberg (*Traitement des neurasthéniques*, p. 48) a décrit les divers troubles relevant de cette insuffisance, et notamment cet assoupissement superficiel des neurasthéniques, où la conscience, ne se perdant jamais tout à fait, sombre en rêvasseries anxieuses.

« Dormir, c'est guérir », professait Liébault, et plus récemment, Mazade a célébré le sommeil qui guérit ; refaire l'éducation du sommeil des névropathes, c'est aussi, très souvent, permettre à leurs neurones de récupérer leur équilibre nutritif. Malheureusement, « l'insomnie est un des symptômes les plus rebelles chez les névropathes en général et chez les neurasthéniques en particulier » (Hartemberg).

D'une manière générale, il faut être sobre de médicaments hypnotiques chez les neurasthéniques. Ils en exagèrent volontiers les doses et passent trop facilement d'un usage exceptionnel à un emploi continu ; de plus, la plupart de ces produits nuisent au sang ; or chez le neurasthénique, l'anémie est aussi redoutable que la dépression nerveuse. Le dial, dont on connaît l'ac-

tion sédative générale sur le nervosisme, constitue pour cette catégorie de malades le seul hypnotique vraiment sans danger parce que seul il leur procure un sommeil calme, exempt de cauchemars, et ne les incite point à l'exagération des doses, l'accoutumance à ce produit étant pour ainsi dire nulle. Dépourvu de toute action nocive sur le foie ou le rein, le dial, par son élimination beaucoup plus rapide que celle de tous les autres narcotiques, laisse au réveil l'organisme reposé, détendu, et délivre le neurasthénique de cette anxiété matinale devant les efforts d'une journée nouvelle, anxiété portée au maximum par une nuit d'insomnie.

Observations.

I

Mme B..., 35 ans, émotive, extrêmement nerveuse ; dort habituellement très mal. A perdu tout sommeil à la suite d'un choc émotif d'ordre affectif. Échec du véronal. Le bromure et le chloral à fortes doses ont procuré du repos, mais aussi de l'irritation gastrique et une hébétude prononcée, de telle sorte que ces médicaments doivent être bientôt suspendus.

Le sommeil étant toujours impossible, on prescrit le dial à la dose de 0 gr. 10. Résultat rapide et excellent. Le traitement, continué depuis plus de 2 mois, ne détermine ni accoutumance, ni désagréments d'aucune sorte.

II

Mme L..., 36 ans, très nerveuse. Insomnie presque complète depuis plusieurs mois à la suite du décès de son mari, mort dans des circonstances tragiques. Elle ne repose jamais plus de deux heures par nuit, et d'un sommeil entrecoupé de cauchemars, de visions de son défunt mari. Cet état d'agrypnie ne tarde pas à entraîner la perte des forces et un amaigrissement considérable. Redoutant les hypnotiques, la malade se refuse à les employer durant deux mois, puis, lasse de ne pouvoir dormir, elle consent à prendre du dial à la dose de 0 gr. 15 (1 comprimé 1/2), le soir, 20 minutes avant de se mettre au lit. Dès le début du traitement, elle peut dormir une bonne partie de la nuit. Actuellement, le sommeil est bon, on ne constate pas d'accoutumance au dial, et la malade arrive à le supprimer un jour sur deux, sans pour cela passer une nuit blanche.

III

Mme D. L..., 30 ans. Présente tous les deux mois des crises douloureuses de dysménorrhée accompagnée d'insomnie débutant trois jours environ avant les menstrues, et se continuant pendant les deux premiers jours des règles. Cette insomnie a été combattue sans succès par l'administration de divers hypnotiques, et a cédé très bien au dial. Depuis qu'il en est fait usage, ce médicament lui permet de traverser, sans trop de fatigue, ces périodes difficiles.

(A suivre).

BIBLIOGRAPHIE CRITIQUE

Revue des Thèses

THÈSE DE MONTPELLIER, 1921.

Dr Escande. — **Le forage de la prostate (méthode de Luys).**

Le Dr Escande a, dans une remarquable thèse, exposé en détail la méthode du forage de la prostate par l'électro-coagulation

Nos lecteurs se souviennent de l'article paru dans notre numéro du 16 janvier 1921 où l'inventeur du forage de la prostate, le Dr Georges Luys, a bien voulu nous décrire lui même son procédé. Le beau travail du Dr Escande a le mérite de bien préciser les indications, les contre-indications du forage de la prostate et, après avoir fait l'historique des procédés thérapeutiques employés contre l'hypertrophie prostatique, d'indiquer clairement la technique de Luys après avoir décrit avec soin l'instrumentation nécessaire.

Nous croyons intéressant de publier les conclusions de cette thèse qui la résument en quelques lignes :

Le forage de la prostate est une opération qui consiste à creuser, par les voies naturelles, dans toute la traversée prostatique, un tunnel permettant le libre cours de l'urine aux dépens des obstacles qui empêchent la miction.

Cette opération se différencie essentiellement de tout ce qui a été fait jusqu'ici, parce qu'elle permet de détruire, sous le contrôle de la vue, les obstacles qui empêchent la miction.

La destruction de ces obstacles s'obtient par l'électro-coagulation ou la galvano-cautérisation, appliquée au moyen du cystoscope à vision directe de Luys.

Cette méthode, qui ne doit être appliquée que dans les cas de petites et de moyennes prostates, est tout à fait contre-indiquée dans les énormes hypertrophies.

Ses avantages incontestables sont les suivants :

1° Le forage de la prostate est une opération bénigne, n'entraînant jamais la mort, puisque sur 63 cas, nous n'avons jamais relevé un seul cas de mort opératoire :

2° Elle ne nécessite pas, le plus souvent, l'alitement du malade ;

3° Elle donne aux sujets en déficience rénale le bénéfice d'une intervention qui autrement leur serait refusée ;

4° Elle est la seule pouvant être pratiquée chez les prostatiques jeunes, en état de rétention, puisque c'est une opération non mutilante.

En effet, ses conséquences au point de vue génital sont tout à fait favorables, puisqu'elle

respecte les canaux éjaculateurs et que, de ce fait, les rapports sexuels continuent à s'effectuer d'une façon normale.

C'est en raison de la bénignité du pronostic opératoire et des résultats excellents qu'il donne, tant d'une façon immédiate que par ses résultats éloignés, puisqu'il fournit 90 % de guérisons, que le forage de la prostate doit constituer un procédé qui doit être retenu et inspirer la confiance, et c'est à juste titre que cette méthode doit porter le nom de « Méthode de Luys ».

La thèse du Dr Escande est illustrée de 8 belles figures qui ajoutent encore à la clarté du texte.

Le forage est appelé à tenir la première place dans le traitement de l'hypertrophie de la prostate. La prostatectomie périnéale n'est pas toujours aussi bénigne qu'on a voulu le faire croire, et nous avons quelques exemples de personnalités bien connues, depuis le Professeur Landouzy, doyen de la Faculté de Médecine, jusqu'au général Galliéni, qui succombèrent à la suite de cette opération ; le Dr Escande avait une raison intime pour étudier à fond ce sujet, puisqu'il dédie sa thèse à la mémoire de son grand-père, décédé des suites d'une prostatectomie périnéale. Il laisse sous-entendre qu'avec le forage de la prostate, il n'aurait peut-être pas eu cette perte à déplorer.

Les succès si bien établis de la méthode de Luys permettent donc d'affirmer que le forage de la prostate est un grand progrès réalisé dans cette branche de la chirurgie.

J. NOIR.

THÈSES DE PARIS 1920 et 1921.

Dr MARIE HADJE-MARCARIAN PORCHER. — **Contribution à l'étude clinique des états fonctionnels et de leur traitement.** (Le François, 91, boulevard St-Germain, Paris.)

Pour Porcher, bien que la guerre soit terminée, le chapitre consacré à l'étude du fonctionnel est loin d'être clos. En raison de divers facteurs, l'avenir semble même amener une rude besogne au neurologiste, comme au psychiatre.

Dr Jacques CARTIER. — **Contribution à l'étude de la médication iodique. L'administration de l'huile iodée en injections intra-veineuses.** (Jouve et Cie, éditeurs.)

Médication rigoureusement dosable, d'action hâtive, énergique et prolongée. On peut, dit J. Cartier, injecter des doses variant de 1/2 centimètre à 2 centimètres d'huile iodée à 40 % en espaçant les injections au minimum de quatre à six jours et en ne répétant pas un trop grand nombre de fois.

La tolérance est parfaite dans ces conditions.

Cette méthode permet d'introduire dans l'organisme des quantités importantes d'iode (0 gr. 27 à 1 gr. 08 par injection) qu'il suffit de renouveler à des intervalles éloignés pour maintenir l'état d'imprégnation iodique ; elle présente l'avantage d'être non douloureuse, facilement applicable.

Dr Louis BARBANNEAU. — **La sacralisation douloureuse de la 5e lombaire (étude clinique).** (Louis Arnette, 2, rue Casimir-Delavigne, Paris.)

Travail consciencieux. Pour Barbanneau, le traitement de choix de la sacralisation de la 5e lombaire se résume en une courte période d'immobilisation au lit, suivie d'une reprise progressive des mouvements accompagnée de la médication antirhumatismale. La résection de l'apophyse est un traitement que l'on peut tenter quand les autres ont échoué.

Dr Henri LEFEBVRE. — **Le tubercule de Carabelli.** (Jouve et Cie, 15, rue Racine, Paris.)

Le tubercule de Carabelli peut s'observer sur chacune des trois molaires supérieures permanentes ainsi que sur la deuxième molaire de lait. C'est sur cette dernière dent et la première molaire permanente qu'il est de beaucoup le plus fréquent dans nos régions.

Pour Lefebvre, c'est une formation normale, indépendante de la syphilis dont l'acquisition remonte à une époque fort reculée.

Dr Yvette DAUTREVAUX. — **Les troubles oculaires dans l'encéphalite léthargique épidémique.** (Jouve et Cie, 15, rue Racine, Paris.)

Les troubles oculaires, dit l'auteur, sont fréquents au cours de l'encéphalite léthargique et sont un des principaux symptômes de cette affection.

Apparaissant au début de la maladie, ils peuvent mettre sur la voie du diagnostic. Comme séquelles, ils permettent, lorsque les commémoratifs ne sont pas nets, de faire le diagnostic rétrospectif.

Dr Louis VERNIÉ. — **Contribution à l'étude du syndrome infundibulaire dans les tumeurs du troisième ventricule.** (A. Legrand, 93, boulev. Saint Germain, Paris.)

Conclusions de l'auteur : « Les tumeurs de la région infundibulaire produisent des modifications de la vision, des troubles moteurs dus à la compression des pédoncules, des troubles de psychisme et de la fonction du sommeil, et enfin des modifications de la régulation de l'eau de l'organisme. »

G. S.

PARTIE PROFESSIONNELLE

LA VIE SYNDICALE ET PROFESSIONNELLE

I

A propos de la loi des pensions.

Quel est le tarif applicable en cas d'hospitalisation ?

Plusieurs confrères, médecins ou chirurgiens d'hôpitaux, nous ont posé la question suivante : en cas d'hospitalisation de réformés de guerre, bénéficiaires de la loi du 31 mars 1919, quel est le tarif applicable en ce qui concerne les opérations et les soins médicaux consécutifs ?

La loi du 31 mars 1919, dans son article 64, paragraphe 6, décide que « si l'hospitalisation « est reconnue nécessaire, les malades seront « admis, à leur choix, dans les salles militaires « ou dans les salles civiles de l'hôpital de leur « ressort. L'Etat paiera les frais de séjour, sui« vant le tarif adopté dans l'hôpital mixte du « chef-lieu d'arrondissement le plus voisin ».

Le décret du 9 mars 1921, rendu en forme de règlement d'administration publique, dit. dans son article 5 : « Les interventions opératoires «nécessitant l'hospitalisation, sont assurées gra« tuitement, aux frais de l'Etat, dans les hôpi« taux appropriés, aux conditions fixées par le « paragraphe 6 de l'article 64 de la loi du 31 « mars 1919 ».

Deux cas se présentent :

1° Si le règlement de l'hôpital prescrit l'admission des malades non indigents, moyennant le payement d'un prix de journée global, leur incombant pour toutes charges, si, par suite, le médecin ou chirurgien de l'établissement n'est pas autorisé à demander à ces non indigents une rémunération quelconque, pour soins médicaux, ou frais d'opérations chirurgicales. le bénéficiaire de la loi du 31 mars 1919 devra être traité à l'hôpital, gratuitement, par les médecins et chirurgiens de l'établissement.

Les frais médicaux et chirurgicaux sont compris dans le prix de journée global et forfaitaire, fixé par la commission administrative de l'hôpital.

Au personnel médical de réclamer de l'administration hospitalière un supplément de traitement annuel, étant données les nouvelles charges qui leur sont imposées. Car, si les médecins consentent à donner leur concours gratuit, leur science et leur dévouement, aux pauvres, dans un but de solidarité sociale, ils ne peuvent plus, devant la cherté croissante de la vie, être les éternelles victimes de leur philantropie. Qui peut payer doit payer son médecin, lequel n'a de cadeau à faire à personne, surtout lorsque le malade est souvent plus riche que le praticien.

2° Le règlement de l'hôpital a été modernisé : les administrateurs ont compris qu'ils devaient respecter les légitimes intérêts de leur personnel médical, qui a besoin de gagner sa vie et ils ont pris une délibération, approuvée par l'autorité préfectorale, délibération aux termes de laquelle les médecins sont autorisés à réclamer des honoraires de qui peut les payer.

Dans ces conditions, j'estime qu'en ce qui concerne l'hospitalisation des réformés de guerre, l'Etat doit se conformer au règlement de l'hôpital, aux termes de l'article 64 précité : il devra solder les frais de séjour, plus les frais médicaux.

En effet. les hôpitaux, qui accordent ce droit aux honoraires à leur personnel médical, ont fixé un prix de journée inférieur à celui qui aurait été édicté, si le malade avait été hospitalisé, pour une somme globale et nette de toute autre charge.

Une objection nous sera présentée : le tarif Maginot ne comporte pas de prix, pour les opérations chirurgicales. De plus, M. le Ministre a déclaré, à la tribune de la Chambre, que l'article 64 ne spécifie le paiement par l'Etat que des frais médicaux et non des frais chirurgicaux.

Nous ne voyons, dans ce dernier propos, qu'une boutade d'un ministre soucieux de ne pas glisser sur la pelure d'orange parlementaire. Un ministre, quel qu'il soit, est trop au courant des lois, qu'il doit faire exécuter, pour ignorer les termes précis de la loi du 30 novembre 1892, sur l'exercice de la médecine. Le ministre, comme son entourage, faisant fonction de commissaire du gouvernement, savent très bien que le diplôme de docteur en chirurgie a été supprimé et que la loi précitée n'institue qu'un seul grade, celui de docteur en médecine. De plus, ils sont loin de méconnaître qu'avant de devenir chirurgien, il faut au préalable avoir fait de bonnes études médicales, parce que le départ est souvent difficile entre le domaine médical et le domaine chirurgical.

Cette boutade mise à part, comme il convient, reste l'absence de chiffres, afférents aux différentes interventions, pour la rémunération de celles-ci.

Le tarif Maginot n'a pas la prétention d'être complet : il a même été rédigé dans un esprit quelque peu hâtif, dans une atmosphère de bataille : il contient par suite, des erreurs, des inconséquences, qui, à la suite de l'expérience

de la pratique, seront appelées à disparaître dans un autre tarif, modifiant celui du 9 mars 1921.

Nous estimons que, sous réserves des directives syndicales, données par l'Union des syndicats médicaux, des honoraires peuvent être demandés au préfet par les chirurgiens d'hôpitaux, pour opérations et soins aux réformés de guerre hospitalisés dans des établissements qui autorisent leur personnel médical à réclamer directement leurs honoraires, à ceux qui ne sont pas indigents.

Quel tarif appliquer ? Jusqu'à fixation d'un prix quelconque, c'est le tarif moyen syndical local qui sera suivi.

Mais l'Etat se refusera certainement à payer. Une action en réclamation devra être adressée au tribunal départemental des pensions. Suivant la décision de ce dernier, il y aura lieu de se pourvoir devant qui de droit.

La question est fort complexe et nous ne donnons les indications ci-dessus qu'à titre purement personnel. Mais l'Union des syndicats médicaux et « Le Sou médical » ne ménageront ni leurs conseils, ni leur appui à ceux de leurs adhérents, qui seraient spoliés dans leurs légitimes intérêts.

Dr Paul Boudin.

***

Lettre adressée par le Président de la Fédération des Syndicats médicaux de l'Isère à Monsieur le Préfet de l'Isère.

Grenoble, le 1er *avril* 1921.

Monsieur le Préfet,

J'ai l'honneur de vous confirmer les termes de la conversation que j'ai eue avec vous le 30 mars 1921, au cours de l'entretien auquel vous m'avez convié dans votre cabinet.

Je regrette de ne pouvoir, malgré les arguments que vous m'avez longuement exposés, accepter pour les différents Syndicats médicaux du département une discussion sur le décret récemment rendu par Monsieur le ministre des Pensions.

Le corps médical de l'Isère, approuvant pleinement l'action de l'Union des syndicats médicaux de France, ne saurait en effet accepter une taxation d'office de ses honoraires. Il estime que toute taxation, ainsi formulée, sans entente préalable avec les groupements professionnels qui le représentent, est contraire aux principes même de l'existence et de l'exercice d'une carrière libérale. Il s'agit ici d'une question de fond, à laquelle nous ne pouvons consentir aucune dérogation. Son observation rigoureuse dans le présent et dans l'avenir est en effet la condition même du maintien du caractère libéral de notre profession.

Quant au décret lui-même, nous estimons qu'il est contraire non seulement aux droits des médecins, mais encore et surtout aux intérêts des bénéficiaires de la loi, puisqu'il ne prévoit pour eux aucune organisation complète de soins et les oblige dans la majorité des cas à recourir à l'hospitalisation, détruisant ainsi pour eux toute possibilité de libre choix. Ce décret, essentiellement restrictif, limite en effet notre action aux soins médicaux proprement dits et nous interdit toutes les interventions chirurgicales, c'est-à-dire celles-là précisément qui peuvent s'imposer dans l'avenir aux véritables « mutilés de guerre ».

Vous avez, avec raison, Monsieur le Préfet, fait appel au dévouement et au patriotisme du corps médical. Nous pensons que nous en avons, nous aussi, donné des preuves pendant cette guerre, et nous pouvons précisément nous montrer surpris qu'après avoir, comme tant d'autres, payé notre tribut en vies humaines, en blessures et maladies, nous soyons appelés aujourd'hui encore à supporter, pour la plus grande part, les charges matérielles et morales qui incombent à la Nation tout entière. Notre profession, nul ne l'ignore, a été cruellement éprouvée de 1914 à 1918, et les médecins de l'Isère, comme ceux des autres départements, n'ont recueilli de la douloureuse période que le Pays a traversée, que la satisfaction du devoir accompli, laissant à d'autres les bénéfices pécuniaires, que le corps médical est justement fier de n'avoir point connus.

Nous éprouvons pour les blessés et mutilés de guerre toute l'admiration et la reconnaissance qui leur est si légitimement due, mais nous regrettons de ne pouvoir assumer entièrement la dette que l'État a contractée envers eux et qu'il veut aujourd'hui faire reposer presque uniquement sur nous. Nous avons tout lieu d'espérer que les mutilés et réformés de France comprendront les raisons qui dictent aujourd'hui l'attitude du corps médical et reconnaîtront le sens de notre résistance actuelle, entièrement conforme, je le répète, à l'observation de nos droits et à la défense de leurs intérêts. Ils ne se méprendront point sur l'esprit et le caractère de toutes les modifications nouvelles qui pourraient être apportées à la loi. Le corps médical ne doute point qu'on ne veuille lui en faire supporter tout le poids de la cause, mais il a conscience d'avoir fait tout son devoir et dégage par avance toute sa responsabilité.

Je vous prie de bien vouloir agréer, Monsieur le Préfet, l'expression de mes hommages et de mon dévouement.

Dr F. Sappey.

***

Union des Syndicats médicaux de France.
(18 *avril* 1921)

Vous avez pu lire dans la grande presse de ce matin un ordre du jour de l'Union fédérale des mutilés, par lequel ce groupement déclare rompre les pourparlers qu'il aurait engagés avec nous. Ne vous étonnez pas et ne vous frappez pas surtout !

L'Union féderale qui fait beaucoup de bruit parce

que la grande presse lui est ouverte, n'a pas une grande importance. Ce groupement a eu pour secrétaire M. Valentino, puis M. Lehmann. Le premier est encore directeur du cabinet de M. Maginot. M. Lehmann a été chef de cabinet de M. Maginot. Il a encore un poste au ministère. M. Valentino vient de démissionner de l'Union fédérale. Querelles de famille, affaires sans doute d'héritage. Le Président de l'Union fédérale a, d'ailleurs, eu soin de lui faire remarquer qu'il avait eu, par l'obtention du poste qu'il occupe, une sérieuse récompense des services rendus... Cela vous donne une idée exacte de l'atmosphère où se meut l'Union fédérale...

Nous n'avons pas eu, à proprement parler, de pourparlers avec ce groupement. Nous avons reçu la visite de son vice-président qui nous apportait la proposition suivante : accepter le tarif Maginot, en attendant la création d'un nouveau tarif qui serait élaboré par une commission dont nous-mêmes avons demandé la constitution depuis 1919, et qu'en principe, le ministre avait acceptée au cours des pourparlers récents. Autrement dit : mettre bas les armes.

Le conseil de l'Union a examiné la question hier et il a nettement refusé de cesser la campagne, *tout en acceptant volontiers de reprendre des pourparlers, chacun restant sur ses positions.* Voilà tout.

Une délégation du Conseil, composée des confrères : Priolo, Humbel, Campinchi, Lenglet, Quivy et Lafontaine, est allée porter cette réponse et essayer d'exposer, en même temps, les raisons des médecins. Nous ne doutions pas du résultat auquel, d'ailleurs, nous n'avons jamais attaché grande importance. La proposition faite par l'Union fédérale nous a, en effet, déjà été faite par M. Valentino, au nom de son ministre, le 8 mars, c'est-à-dire aussitôt le décret sorti du Conseil d'État. L'Union fédérale vient donc de se livrer à une manœuvre qui consiste à *faire endosser* par les mutilés les *dettes de l'Etat.* Ce geste élégant, qui consiste pour le débiteur, « l'État », à se débarrasser de ses créanciers : les bénéficiaires de la loi des Pensions, en essayant de les jeter contre nous, a trouvé des approbateurs parmi les dirigeants d'un groupement de mutilés... Cela éclaire la situation... Cela est digne de ce fameux débat parlementaire, où le corps médical a été insulté par de pauvres ignorants...

Ceci nous est un encouragement pour continuer la campagne. Le conseil de l'Union qui a constaté hier avec quelle discipline, avec quelle ardeur, les décisions prises par l'Assemblée générale *étaient partout* exécutées, a décidé de poursuivre plus que jamais la campagne.

La violence même avec laquelle on nous combat, prouve que notre action porte. Continuons sans crainte. Vous allez recevoir aujourd'hui le numéro de mars du « Médecin syndicaliste ». Le numéro d'avril est sous presse, le numéro à 20.000 va incessamment paraître, avant l'assemblée générale.

Nous ne voulons pas attendre pour vous communiquer le texte de la circulaire confidentielle adressée par M. Maginot à ses Préfets... Vous la connaissez en partie déjà,... Vous goûterez la « menace » de ne pas payer le corps médical...

Réjouissons-nous des résultats obtenus et félicitons-nous.

Ajoutons que nous ne devons pas manquer de continuer la campagne auprès des bénéficiaires de la loi et de leur expliquer la manœuvre actuelle qu'ils comprendront facilement. Les médecins ne doivent rien aux mutilés... C'est l'État qui a contracté des dettes envers eux. C'est l'État qui doit payer ses dettes. Et ce n'est pas les payer que de rejeter sa responsabilité sur les médecins même avec la complicité de l'Union fédérale.

Dr Quivy. Dr Lafontaine.

Circulaire ministérielle.

Paris, le 22 *mars* 1921.

Le Ministre des pensions, primes, allocations de guerre,

à Messieurs les Préfets,

En même temps que je vous adresse les instructions qui doivent régler l'application du décret du 9 mars 1921 fixant les tarifs des visites, des consultations médicales et des frais de déplacement des médecins, prévus par l'art. 64 de la loi des pensions, je tiens à vous faire savoir qu'il est nécessaire que vous convoquiez, dans le plus bref délai, les représentants des médecins de votre département, afin de leur faire comprendre qu'il y a intérêt à tous les points de vue, à ce que les tarifs adoptés par le Conseil d'État entrent en vigueur le plus tôt possible.

L'Union des syndicats médicaux de France a fait connaître par la voie de la presse qu'elle recommandait à ses adhérents d'ignorer le décret du 9 mars 1921 et de ne tenir aucun compte de ses dispositions. Une pareille attitude de la part des médecins rendrait inapplicable l'art. 64 de la loi des Pensions, ce qui ne serait ni l'intérêt des mutilés, ni l'intérêt des médecins. Les médecins, en effet, ne pourraient, s'ils se conformaient à ce mot d'ordre, obtenir pour les soins qu'ils ont donnés dans le passé la juste rémunération qui leur est due ; les mutilés, d'autre part, ne pourraient pas, à l'avenir, bénéficier de la gratuité des soins qu'a entendu leur accorder le législateur.

Il vous sera facile de démontrer aux représentants des médecins que les tarifs arrêtés par le Conseil d'État constituent pour eux une rémunération suffisante et équitable. Il a toujours été entendu, en effet, que les tarifs des soins à donner aux mutilés devaient être supérieurs à ceux de l'assistance médicale et inférieurs à ceux de la clientèle ordinaire. En comparant les tarifs qui viennent d'être publiés avec ceux de l'assistance médicale et ceux de la clientèle ordinaire dans votre département, vous prouverez sans peine aux médecins que ces tarifs sont de beaucoup supérieurs aux premiers et qu'ils se rapprochent, à peu de chose près, des seconds. Les engagements pris par le législateur ont donc été tenus de la façon la plus large.

Si certains médecins s'obstinaient à ne pas accepter les nouveaux tarifs, vous pourriez leur faire observer qu'en ce qui concerne les soins qu'ils ont donnés aux mutilés dans le passé, ils se verraient, pour être payés, dans l'obligation de recourir aux tribunaux. Comme il s'agit dans la circonstance d'un service public, c'est devant la juridiction administrative qu'ils devraient se pourvoir. Ils seraient par

conséquent taxés d'office à la suite d'une décision judiciaire. Il est permis de penser que les tarifs qui leur seraient ainsi alloués ne seraient pas supérieurs à ceux qui ont été adoptés par le Conseil d'État lui-même.

Pour les soins à donner aux mutilés pendant l'avenir, le refus des médecins de se conformer au décret pourrait avoir des conséquences beaucoup plus graves. Ce refus rendrait, en effet, impossible l'application de l'art 64 qui, s'il est favorable aux mutilés, est également, et il convient d'insister sur ce point, très avantageux pour les médecins. Je pourrais alors me voir dans l'obligation, ne pouvant accepter la responsabilité d'une inapplication que j'aurais tout fait pour éviter, de proposer aux Chambres de remplacer l'art. 64 par d'autres dispositions. Je serais forcément conduit à envisager l'une ou l'autre des solutions suivantes, car je ne vois pas qu'il en puisse exister une troisième, soit la création de médecins spéciaux de l'art. 64 rétribués directement par l'État, choisis de préférence parmi les mutilés et les combattants et qui donneraient gratuitement leurs soins aux pensionnés, soit l'allocation aux invalides de guerre, d'une somme forfaitaire qui remplacerait pour eux le bénéfice de l'art. 64.

Je vous donne ces indications de façon à ce que vous ayez, dans vos conversations avec les médecins, tous les moyens d'argumentation nécessaires. Je compte d'ailleurs sur l'efficacité de votre intervention comme sur le dévouement et le patriotisme de la grande majorité des médecins, pour que ceux-ci, une fois éclairés sur la situation, acceptent de collaborer avec vous en vue d'assurer l'application des dispositions du décret du 9 mars 1921.

Signé : MAGINOT.

***

Syndicat des médecins de la Seine.

Le Conseil d'administration du Syndicat des médecins de la Seine, dans sa séance d'hier soir, 19 avril, a entendu un exposé de M. Jayle, secrétaire général, sur la position actuelle du corps médical dans la loi des Pensions.

Le secrétaire général a donné cette première conclusion que, du point de vue supérieur de la défense des droits du corps médical, la campagne de l'Union des syndicats médicaux à laquelle s'est associé le S.M.S. en la soutenant énergiquement et en usant de moyens rapides de publicité, a pleinement réussi, puisque le décret du 9 mars est considéré comme inapplicable, même par le ministre des Pensions qui en est à chercher un autre projet d'organisation.

La première bataille est gagnée, mais une autre se dessine, et il s'agit de ne pas la perdre.

M. le secrétaire général a ensuite donné connaissance de deux projets de M. le ministre des Pensions.

Par égard pour les bénéficiaires de la loi des pensions et pour leur éviter toutes les difficultés dans lesquelles ils se débattent, pour faire cesser aussi toute lutte intestine en un moment où la France a besoin d'une union constante et en tout point, le Conseil a émis 3 voeux :

1er *vœu.* — Le conseil du S.M.S. invite l'Union des syndicats médicaux à reprendre de suite les pourparlers avec M. le ministre des Pensions sur les bases suivantes :

1° Demander une nouvelle modification de l'art. 64, pour supprimer l'intervention du Conseil d'État dans l'établissement des tarifs qui seraient fixés par le ministre, d'accord avec les syndicats médicaux.

2° Cette modification obtenue, il pourrait être tenu compte, de suite, des desiderata formulés par les syndicats médicaux de province.

3° Le ministre des Pensions s'engage à avaliser les lettres envoyées par les Préfets au sujet des tarifs consentis pour les soins donnés jusqu'au 9 mars. Pour les 27 départements où il n'y a pas eu accord les syndicats seront invités à accepter le tarif des départements limitrophes où il y a eu accord.

4° Une Commission sera nommée immédiatement pour l'établissement des soins et du contrôle, et cette commission sera composée à parties égales de médecins, de bénéficiaires de la loi des Pensions et de fonctionnaires. Le choix des médecins sera fait par l'Union des syndicats qui fera appel à des compétences scientifiques.

5° Une autre commission serait également immédiatement nommée pour étudier la manière d'établir tous les soins chirurgicaux et de spécialités, elle serait composée de la même manière que la précédente. Les médecins qui en feraient partie seraient désignés par l'Union des syndicats.

6° Il est bien entendu que l'application du décret du 9 mars reste en suspens jusqu'à ce que l'ensemble des 5 propositions sus-énoncées soit adopté.

2e *vœu.* — Le conseil d'administration du S. M. S. demande que, en raison de l'importance de la question, son secrétaire général soit adjoint à la délégation actuelle auprès de l'Union des syndicats médicaux de France.

3e *vœu.* — Le S.M.S., dans le but de sauvegarder à la fois, les intérêts des véritables victimes de la guerre et ceux des finances de la Nation, prie l'Union des syndicats d'intervenir auprès de M. le ministre des Pensions en lui demandant de faire modifier par le Parlement, la loi des Pensions, de manière à ne pas établir constamment une égalité absolue entre les maladies contractées en temps de guerre et celles survenues en temps de paix, ces dernières pouvant n'avoir aucun rapport avec la mobilisation antérieure du malade.

II

Syndicat des médecins français électrologistes-radiologistes.

8 *mars* 1921.

Propagande syndicale. — Le Secrétaire déclare qu'il a fait encarter, comme supplément, dans le numéro spécial du *Médecin syndicaliste* de la

loi des pensions, la liste des membres du Syndicat et le tarif minimum pour l'année 1921.

Cette décision a été soumise au préalable au Président et aux deux vice-présidents, car les finances du Syndicat se trouvaient ainsi assez fortement engagées.

Ce bulletin ayant été envoyé aux 20.000 médecins praticiens de France, aux médecins militaires, semblait au Bureau être un excellent moyen de propagande.

Le Syndicat approuve la décision prise par le Bureau et estime que si les finances le permettent, le même moyen devrait être employé au moins une fois par an.

Le Dr AUBOURG demande que les journaux spéciaux d'électricité et de radiologie reçoivent un compte-rendu de nos séances, ainsi qu'un tarif avec une demande d'insertion dans ces journaux (*Adopté*).

Radiologie dans les hôpitaux. — Une lettre d'un médecin de Chambéry annonce qu'au centre de réforme de cette ville, le radiologiste militaire fait toutes les radios pour la population civile et même pour les accidents du travail.

Une seconde lettre du même confrère annonce, quelques jours après, que le centre de réforme va disparaître dans quelques mois et qu'en conséquence, il retire sa plainte.

Le Syndicat estime néanmoins qu'il y a là une question de principe et il est décidé qu'on interviendra en s'adressant, d'une part, au ministère compétent, d'autre part au directeur de la région pour protester contre cet abus.

Le Dr LANEL, de Dieppe, fait savoir que le Conseil municipal de cette ville a décidé de mettre à la disposition du public le service radiologique de l'hôpital.

Le Syndicat décide d'envoyer à l'administration de l'hôpital et au Conseil municipal une lettre de protestation.

La succession d'INFROIT. — Le Président, M. JAULIN, a écrit au président du conseil municipal de Paris, pour lui demander que le service d'Infroit, récemment décédé, soit confié à un médecin radiologiste.

Il donne lecture de sa lettre, dans laquelle il indique les raisons pour lesquelles, à l'heure actuelle, il n'est plus possible à un médecin chef de service de confier la radiologie à un « non-médecin ».

Le Dr JAULIN a reçu une réponse évasive.

Il est décidé qu'une nouvelle protestation sera adressée au directeur de l'Assistance publique contre la nomination, effectuée depuis, d'un « non-médecin » au poste de radiologie confié autrefois à INFROIT.

Considérant qu'en ratifiant la décision du conseil municipal, le directeur de l'Assistance publique a contrevenu à un vœu de l'Académie de médecine, il sera envoyé également une lettre de protestation aux académiciens.

Tarif des caisses d'Alsace-Lorraine. — A titre documentaire, le Dr COLANERI, de Metz, communique au Syndicat le tarif appliqué chez lui par les caisses d' « assurance invalidité-maladie ».

Ce tarif, qui est de plus de 50 % inférieur à notre tarif minimum, est celui pratiqué d'une façon générale en Alsace-Lorraine.

Il y a donc lieu, pour le Syndicat, de prévoir une action énergique contre le projet de l'application en France, sur les mêmes bases, de la loi « assurance invalidité-maladie ».

Loi des pensions. — Le secrétaire donne connaissance au Syndicat des pourparlers engagés par l'*Union* des Syndicats médicaux avec M. MAGINOT.

Il fait prévoir que le décret, qui paraîtra incessamment, ne contient aucun tarif de radiologie, et pourtant, il a posé au ministre des pensions la question suivante : Lorsqu'un bénéficiaire de la loi des pensions se présentera chez un radiologiste pour être examiné, celui-ci devra-t-il lui dire que la loi ne permet pas au radiologue de faire un examen chez lui, que le bénéficiaire de la loi des pensions doit s'adresser à l'hôpital ?

La réponse de M. VALENTINO, en présence de M. MAGINOT, a été très nette : « Vous ne devez pas envoyer à l'hôpital les bénéficiaires de la loi des pensions, mais vous pouvez les examiner dans votre cabinet, et, à la condition qu'il n'y ait pas d'abus, nous règlerons les frais de radiologie.

Or, depuis la réunion, le tarif a paru, et il n'y est pas question de radiologie.

Néanmoins, les confrères doivent réclamer dès maintenant à leur préfet, les examens radiologiques faits jusqu'ici, en se basant sur le tarif adopté au Syndicat, c'est-à-dire le tarif minimum augmenté de 20 %.

En cas de refus, ils sont priés d'aviser le Secrétariat afin qu'une décision soit prise en commun.

Radiodermites de guerre. — La réclamation de nos confrères ayant abouti à une fin de non-recevoir, il est décidé que le Dr RONNEAUX fera auprès de M. HIRSCH une démarche à l'effet d'obtenir l'introduction dans le barême officiel, d'une rubrique spéciale pour les radiodermites de guerre, qui n'y figurent pas jusqu'ici.

Tarif Breton. — Le secrétaire rend compte de l'état de ses démarches à la sous-commission du

tarif Breton chargée d'interpréter le tarif actuel et d'établir, en quelque sorte, la jurisprudence avant plaidoirie, pour éviter des procès entre assureurs et médecins.

Se basant sur le fait que le tarif actuel prévoit une diminution de 25 %, *en ce qui concerne les soins* pour les villes de moins de 100.000 habitants, mais que, d'autre part, le même tarif ne prévoit pas de différences de prix pour les actes de laboratoire chimique et pharmaceutique, le secrétaire du Syndicat, qui fait partie de cette sous-commission, a fait valoir que la radiologie coûtait plus cher aux médecins éloignés des centres; pour beaucoup de raisons telles que frais supplémentaires de port, de produits et de plaques, frais supplémentaires, lorsqu'un électricien spécialiste doit être appelé pour réparer les appareils.

En conséquence, la sous-commission a estimé que pour les actes de radiologie, le tarif ne devait pas subir la minoration de 25 %. Au contraire, en ce qui concerne les soins donnés par les médecins électrothérapeutes, cette réduction est applicable en vertu de la rédaction actuelle du tarif.

La sous-commission du tarif Breton a examiné comment il convenait de déterminer l'urgence en matière de radiologie. Elle estime que l'urgence n'existe pas en matière de radiologie, que seul le traitement chirurgical ou médical est urgent ou non. Par conséquent, toutes les fois que le clinicien estimera qu'il y a urgence à traiter son malade dans un sens ou dans l'autre, il devra se contenter d'aviser par lettre recommandée la compagnie d'assurances qu'il a, pour telle ou telle raison, envoyé son blessé au radiologue.

En cas de non urgence, le fait, pour un assureur, de ne pas répondre à une lettre recommandée dans un délai de quelques jours sera toujours considéré par le juge de paix, en cas de contestation, comme un acquiescement de la part de la compagnie d'assurances.

En ce qui concerne le drainage, par les compagnies d'assurances, des blessés en faveur des laboratoires de radiologie des compagnies, au détriment des radiologistes libres, le Syndicat estime que les médecins traitants doivent faire l'éducation de leurs blessés et leur faire comprendre que leur intérêt est de s'adresser à des médecins indépendants.

Tarif de radiumthérapie. — Le Dr Nogier demande des précisions : il sera stipulé dans le tarif que les prix adoptés se rapportent au centigramme de radium élément, et à la journée de 24 heures. (*Adopté*).

Dispensaires anti-tuberculeux. — Les docteurs Bouchacourt et Leulier sont chargés d'élaborer un tarif et les conditions de travail dans les dispensaires anti-tuberculeux.

Le tarif de radiologie des chemins de fer. — Une longue discussion s'engage à propos de la lettre du Dr Chuitton sur la question du tarif des chemins de fer. Il est impossible au Syndicat d'admettre un tarif d'abonnement inférieur à notre tarif. Le danger, en effet, d'un tel tarif serait de le faire opposer à toute demande qui serait faite dans tout différend avec une collectivité.

La question dépasse de beaucoup le cas du Dr Chuitton et demande à être traitée dans son ensemble. Les médecins qui ont accepté un tarif de la part des compagnies de chemin de fer sont priés d'envoyer des renseignements au secrétariat et la question sera reprise dans son ensemble dans la prochaine séance.

Les radiologistes des compagnies sont instamment priés d'assister à cette séance.

Exercice illégal. — A propos d'une plainte, le Dr Leulier est chargé de porter l'affaire devant la commission spéciale du Syndicat des médecins de la Seine, qui a pour fonction de poursuivre l'exercice illégal de la médecine.

Il s'agit d'une organisation fonctionnant en Angleterre et faisant de la réclame dans les journaux français.

Il y a là une question de droit à élucider.

MUTUALITÉ FAMILIALE
DU CORPS MÉDICAL FRANÇAIS

Réunion du Conseil d'Administration.

31 *mars* 1921.

Présents : MM. Maurat, *président* ; Nollet, Mignon, Gassot, Noir, Duchesne, de la Rochefordière et Mazeroux.

Excusés : MM. Boudin et Vimont.

En l'absence de M. le Dr Boudin, M. de la Rochefordière remplit les fonctions de secrétaire.

M. Gassot, trésorier, communique au Conseil la liste des membres qui ont été rayés au 1er janvier 1921.

Indemnité-maladie.

Sur le rapport du secrétaire général, le Conseil alloue les indemnités suivantes à Messieurs :

25	ARMAND	Savoie	59 jours	590 »
31	CALMELS	Aveyron	3 mois	300 »
32	LAURENT	Seine-et-Marne	3 mois	300 »
34	PARMENTIER	Var	3 mois	300 »
79	NAUDET	Loiret	31 jours	310 »
80	PARDOUX	Paris	3 mois	300 »
81	TREILLE	Creuse	3 mois	300 »
83	QUÉRÉ	Côtes-du-Nord	60 jours + 2 mois et 13 jours chr.	843 30
99	GONTHIER	Savoie	19 jours	190 »
100	COQUERET	Aube	3 mois	300 »
105	COLLOT	Loire-Inférieure	6 jours	60 »
106	ROGER	Ille-et-Vilaine	3 mois	300 »
119	RECOURS	Lot-et-Garonne	9 jours	90 »
142	DUCLAUX	Alpes-Maritimes	3 mois	300 »
154	POIRSON	Jura	37 jours	370 »
162	BILHAUT	Paris	24 jours chr	79 95
164	DE GRISSAC	Seine-et-Oise	3 mois	300 »
171	LAGUENS	Gironde	3 mois	300 »
173	GAUCHERAND	Alpes-Maritimes	3 mois	300 »
186	COLLINET	Charente-Inférieure	3 mois	300 »
206	PUITG	Pyrénées-Orientales	3 mois	300 »
251	MIGNON	Seine-et-Oise	6 jours	60 »
255	DEMMLER	Oise	3 mois	300 »
260	JACQUOT	Oise	3 mois	300 »
288	Mlle HAMILTON	Gironde	37 jours + 26 jours chr	456 60
311	ROUVIER	Isère	3 mois	300 »
357	MATHIEU	Paris	3 mois	300 »
363	BERTIER	Loire	27 jours	270 »
379	MARTY	Bouches-du-Rhône	3 mois	300 »
429	SIGUAN	Bouches-du-Rhône	3 mois	300 »
440	CAPITREL	Orne	1 mois et 24 jours chr	179 90
458	SANTELLI	Alpes-Maritimes	12 jours + 5 jours chr	137 75
464	AUDOUCET	Marne	22 jours	220 »
467	JOSSU	Maine-et-Loire	60 jours + 6 jours chr	620 »
490	VINCENS	Alpes-Maritimes	3 mois	300 »
504	DELUCQ	Gers	3 mois	030 »
524	FRAIKIN	Seine	37 jours	370 »
540	NORDMANN	Pas-de-Calais	14 jours	140 »
542	RENAUD	Doubs	14 jours	140 »
552	BOBIER	Paris	21 jours + 10 jours chr	243 35
578	PERCHET	Haute-Saône	18 jours	180 »
590	LAISNÉ	Indre	3 mois	300 »
596	GRANDO	Pyrénées-Orientales	26 jours + 2 mois et 4 jours chr.	473 30
611	MOREL	Savoie	3 mois	300 »
700	REY	Haute-Garonne	3 mois	300 »
769	LAUR	Aveyron	32 jours	320 »
770	CAUDRON	Paris	3 mois	300 »
771	GIRES	Paris	46 jours	460 »
808	THIÉNOT	Eure-et-Loir	9 jours	90 »
837	BÉCOUR	Nord	3 mois	300 »
839	GIRODOLLE	Corrèze	3 mois	300 »
846	CORNU	Aube	18 jours	180 »
852	LE GOFF	Morbihan	6 jours	60 »
861	LAUGIER	Alpes-Maritimes	3 mois	300 »
878	SALLÉ	Somme	3 mois	300 »
080	SEYTRE	Alpes-Maritimes	58 jours	580 »
893	SOULEYRE	Oran	3 mois	300 »
900	DUCLOS	Loire-Inférieure	3 mois	300 »
954	PAUMÈS	Haute-Garonne	3 mois	300 »
			A reporter	16.153 55

			Report	16.153	55
958	SAINT-GERMAN	Haute-Garonne	13 jours	130	»
985	FLU	Maine-et-Loire	60 jours + 23 jours chr.	676	60
1041	MILLET	Ain	60 jours + 14 jours chr.	646	60
1189	LÉPINE	Rhône	20 jours	200	»
1205	SECHEYRON	Haute-Garonne	2 mois et 5 jours chr.	216	65
1262	PETIT	Nord	45 jours	450	»
1223	GILBERT	Oise	18 jours	810	»
1228	LEROY	Pas de-Calais	31 jours	310	»
1259	RILHAC	Aube	3 mois	300	»
1272	MOLINÉRY	Haute-Garonne	3 mois	300	»
1308	LAUNAY	Maine-et-Loire	2 mois et 5 jours chr.	216	65
1363	BERNARD	Maine-et-Loire	3 mois	300	»
1385	LANDRY	Deux-Sèvres	19 jours	190	»
1387	VAN HEGENBORGH	Ain	3 jours	30	»
1408	GRANDOU	Eure	3 mois	300	»
1414	NICOLLET	Ain	21 jours	210	»
1418	ROBERT	Haute-Saône	10 jours	100	»
1454	VALOT	Haute-Saône	un mois et 19 jours chr.	163	25
1458	GAILLARD	Aveyron	19 jours	190	»
1511	LANDRON	Maine-et-Loire	36 jours	360	»
1515	PECKER	Seine-et-Oise	24 jours	240	»
1527	JACQUIER	Landes	18 jours	180	»
1573	LECOUILLARD	Manche	2 mois	200	»
1603	ARIN	Maine-et-Loire	11 jours	110	»
1606	FAUCONNEAU	Cher	13 jours	130	»
1625	STAÏCOFF	Isère	9 mois et 1 6 jours chr.	953	35
1651	DUQUESNAY	Manche	28 jours	280	»
1668	MAURAT	Lozère	17 jours	701	»
1717	DESANTI	Bouches-du-Rhône	51 jours	510	»
1756	Mme MOSNIER	Gard	*3 mois*	*300*	»
1820	PRIOUZEAU	Maine-et-Loire	36 jours	360	»
1832	LEULIER	Seine-et-Oise	3 jours	30	»
1847	PAPEGAEY	Paris	2 jours	20	»
1860	O'FOLLOWELL	Paris	14 jours	140	»
1868	GRELICHE	Puy-de-Dôme	60 jours + 8 jours chr.	626	25
1909	CANNAC	Tunisie	21 jours + 2 jours chr.	216	65
1937	BERTHAIL	Loire	21 jours	210	»
			Total	27.460,55	

L'indemnité du n° 1262 se rapporte à des exercices antérieurs.

Pensions aux veuves.

Le Conseil alloue à Madame Lepage 150 fr., à Madame Beauxis-Lagrave 150 fr. pour leur pension du 1er trimestre 1921 et à Madame Valot 81 fr. 65 pour sa pension pendant la période 19 février-21 mars 1921.

Ces sommes leur seront versées sur la production d'un certificat de vie au 31 mars 1921.

Remboursement de cotisations contre-assurées.

Le Conseil ordonnance le paiement à la succession du Dr Secheyron d'une somme de 6.336 fr. et à la succession du Dr Recours d'une somme de 3.234 francs pour remboursement de cotisations contre-assurées à la combinaison R.

Caisse auxiliaire.

Le Conseil alloue une somme de 300 fr. à Madame Veuve Hegenborg à titre de secours exceptionnel.

Ratifications d'admissions à la combinaison MAD

Sur le rapport du secrétaire général, le Conseil prononce l'admission définitive :

1° A la combinaison MAD, de :

MM. les docteurs DUVERNEY, GISCLARD, RAYAN, BOBRIE, AUBOUIN, BONNET, DURON, BEAUREPAIRE, MARCHAND, LECAT, CORTADE, MOISAN, VIRE, BRACHET et DAURE ;

2° A la combinaison 1/2 MAD de :

MM. les docteurs RISS, BELZONS, SEIBEL, ARMAND, CAYLA, GOURMAND, COSTE, ROUSSET BARLATIER, BASSET, GUITTARD, GELAIN, BROT,

GAUTHIER, RIOU, ROUX, DE FLEURIAU, DUMONT et REYNIER.

Admissions.

Sur le rapport du secrétaire général, le Conseil prononce les admissions suivantes :

1° Combinaison MA :

MM. les docteurs :
ROY, de Bligny-sur-Ouche (Côte-d'Or).
VIAL, de Serrières (Ardèche).
GONTAN, de Morienval (Oise).

2° Combinaison P :

M. le Dr ROUTIN, de Mézin (Lot-et-Garonne).
3° Combinaison R :
M. le Dr PERDRIGEAT, d'Essonnes (Seine-et-Oise).
Madame PERDRIGEAT, d'Essonnes (Seine-et-Oise).

Admissions provisoires

1° Combinaison MAD :

MM. les docteurs :
PERRET, de Romans (Drôme).
COLLIGNON, de Fresnay-sur-Sarthe (Sarthe).
FONTENEAU, de Legé (Loire-Inférieure).
GAUDEFROY, de Formerie (Oise).
COSTE, de Vertolaye (Puy-de-Dôme).
CAREL, de Chaumont (Haute-Marne).
MENIER, de Saint-Méard-de-Gurçon (Dordogne).
BOUCHET, de Navarrenx (Basses-Pyrénées).

2° Combinaison 1 /2 MAD :

MM. les docteurs :
BOURRUD, de Saint-Claude (Jura).
LEFEVRE, de Montluçon (Allier).
DAMEY, de Douarnenez (Finistère).
COUPUT, de Saint-Vrain (Seine-et-Oise).
JULIN, de Cinq-Mars-la-Pile (Indre-et-Loire)
GAUDELET, de Noyant, (Maine-et-Loire).

L'admission définitive de ces membres sera prononcée dans la séance de fin juin.

Le Trésorier communique au Conseil les comptes de l'exercice 1920 qui sont approuvés. Il entretient ensuite le conseil des travaux préparatoires de l'inventaire actuariel qui va avoir lieu très prochainement.

L'ordre du jour étant épuisé, la séance est levée.

Le secrétaire, Dr DE LA ROCHEFORDIÈRE. *Le président,* Dr A. MAURAT.

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations.

— Un groupement amical de médecins, ayant fait tout ou partie de leurs études à Toulouse, a été créé depuis juillet dernier à Paris. Son but est de resserrer entre ses membres les liens de camaraderie que de communes études dans la même faculté ont déjà établis et que le temps, l'éloignement et le dispersement auraient pu relâcher. Tous les mois, en principe le 1e samedi, le groupement se réunit en un banquet ; cinq ont déjà eu lieu, tous aussi animés et aussi brillants, qui ont permis une heureuse et féconde reprise de contact fraternel entre les adhérents.

Le bureau de la Société est ainsi constitué : Président d'honneur, Dr Roule, professeur au Muséum d'histoire naturelle ; vice-président d'honneur, Dr Terson ; président, Dr Dartigues ; vice-présidents, docteurs Privat et Bourguet ; secrétaire général, Dr Mont-Refet ; trésorier, Dr Clavel ; secrétaire des séances, Dr Groc.

A l'heure actuelle la Société réunit 65 membres. Les médecins — anciens étudiants toulousains — qui n'auraient pas encore été touchés par une convocation, sont instamment priés de s'inscrire : le plus chaleureux accueil leur est réservé (Ecrire au Dr Mont Refet, 197, rue de la Convention) Le prochain banquet aura lieu le 14 mai, au restaurant Saint-Michel, 2, place Saint-Michel.

— Leçons sur la diphtérie. — M. P. Lereboullet, agrégé, médecin de l'hôpital des Enfants-Malades, chargé d'un cours de clinique annexe, commencera le jeudi 19 mai 1921, à 9 h. 1/2 du matin (hôpital des Enfants-Malades, pavillon de la diphtérie), avec l'aide de M. Pierre-Louis Marie, ancien interne des hôpitaux, chef de laboratoire, et de M. Brizard, interne des hôpitaux, un enseignement pratique du diagnostic et du traitement de la diphtérie (bactériologie ; clinique de l'angine diphtérique et du croup ; sérothérapie ; tubage et trachéotomie ; prophylaxie).

Tous les matins : visite ; examen des malades. — Avant et après la visite : Leçon théorique et travaux pratiques.

Seront admis à suivre ces enseignement MM. les étudiants pourvus de 16 inscriptions et MM. les docteurs en médecine.

Les inscriptions seront reçues au secrétariat de la Faculté (guichet n° 5), les lundis, mercredis et vendredis, de midi à 3 heures.

Les élèves seront classés par séries de quinze et pour une période de trois semaines. MM. les docteurs en médecine devront justifier de leur grade, soit en produisant le diplôme de docteur, soit toute autre pièce énonçant leur identité.

Le Directeur-Gérant : Dr GASSOT.

Clermont (Oise). — Imprimerie DAIX et THIRON, THIRON et FRANJOU Successeurs, Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

Médication Infantile

**Anémie,
Scrofule,
Rachitisme.
Etats ganglionnaires.**

STHÉNOPHYL

VIGAN

Granulé fondant

(très supérieur aux huiles de foie de morue et sirops iodotanniques)

Goût exquis - Efficacité constante



Doses { Enfants au-dessous de 5 ans: 1/2 cuillerée à café avant chaque repas.
Enfants au-dessus de 5 ans: 1 cuillerée à café.
Adultes: 2 cuillerées à café avant chaque repas.

Echantillon et Littérature: Laboratres VIGAN, 103-105, Rue St-Lazare, PARIS (IXe)

AVIS

Accidents du Travail

Note d'honoraires médicaux ;
Mémoires de fournitures pharmaceutiques ;
Certificats ;
Mémoires d'expertises ;
Mémoires de frais de justice criminelle ;
Feuilles de comptabilité ;

Nous tenons à la disposition de nos lecteurs les imprimés suivants :

1° **Notes d'honoraires médicaux**

2° **Mémoires de fournitures pharmaceutiques** prévues par l'arrêté ministériel du 8 juillet 1920.

3° **Certificats.** — Certificats pour blessés d accidents du travail.

4° **Mémoires d'expertises. — Accidents.** — Mémoires d'expertises médicales concernant les accidents du travail.

Justice criminelle.

5° **Mémoire de frais de justice criminelle** (honoraires). **Mémoires des frais de justice criminelle** (fournitures).

Ces imprimés sont établis d'après le format officiel.

6° **Feuilles de comptabilité**, servant à établir le compte de chaque client.

Modèles se trouvant dans l'Agenda-Memento du Praticien, édition 1920).

Ces différents imprimés sont envoyés au prix de franco :

Les 50.........	5 fr. »»
Les 100.........	8 fr. »»
Les 500.........	35 fr. »»
Les 1000.........	60 fr. »»

Adresser les commandes accompagnées du montant à M. C. Boulanger, administrateur du Concours Médical, 132, *faubourg St-Denis, Paris.*

le 30 juin prochain, d'obtenir une prorogation maxima de six mois, à titre de locataire de bonne foi. Mais vous avez laissé passer le délai de rigueur pour demander cette prorogation, délai qui était d'un mois à dater de la promulgation de la loi.

Une autre loi dont vous auriez pu vous autoriser, si votre habitation a été détruite ou rendue inhabitable par fait ou accident de guerre, c'était la loi du 4 mai 1920, qui vous aurait permis, votre bail ayant été fait avant la cessation des hostilités, de bénéficier d'une prorogation, plus courte encore, il est vrai dans votre cas, puisqu'elle n'aurait eu effet que jusqu'au 24 octobre 1921, soit deux ans après la cessation des hostilités. Mais la demande devait être faite dans les trois mois qui ont suivi la promulgation de la loi. C'est dire que le délai est expiré depuis longtemps.

Dans ces circonstances, vous ne pouvez compter actuellement sur aucune prorogation légale, à moins que le projet de loi déposé par le Gouvernement n'aboutisse avant le 1er juillet, chose qui paraît bien peu probable. Cependant à défaut de la loi définitive, il peut intervenir une autre loi transitoire, qui vous donne satisfaction. Mais il n'y faut pas trop compter.

Les médecins civils pour les civils. Les médecins militaires pour les militaires.

Je lis dans *Cherbourg-Eclair* d'aujourd'hui : « Dix marins du « Quentin Roosevelt » atteints de grippe ont été transportés d'urgence à l'hôpital de la Marine. »

J'ai déjà fait protester par un ordre du jour du syndicat de Cherbourg contre l'immixtion des médecins de la Marine dans le traitement des marins du commerce. Nous soutenons, et nous avons demandé à l'Union de provoquer des décisions analogues de la part de tous les médecins des ports, que les marins du commerce soient des civils et que les médecins de marine ne doivent intervenir que dans les cas ou il s'agit de leur situation militaire.

Actuellement, si un marin veut embarquer sur un navire marchand, un certificat d'un médecin de la marine est nécessaire s'il a moins de 16 ans ! Si un marin conteste ou si l'armateur conteste la valeur d'un certificat d'un médecin civil, l'administration fait passer une contre-visite par un médecin militaire ! Ceci représente autant d'argent perdu pour nous qui payons patente, autant de temps perdu par les médecins militaires que nous payons pour soigner nos soldats et non les civils.

Où la question devient tout à fait ridicule, c'est lorsqu'il s'agit, comme dans le cas cité plus haut, de marins étrangers. Or, de plus en plus, on tend vers l'industrialisation des arsenaux de la marine, rendus inutiles du fait de la guerre. Notre arsenal se con-

sacre chaque jour davantage à la construction, à la réparation, à l'aménagement de navires de commerce français et étrangers. Tandis que ces navires sont aux frais des armateurs, pour tout ce qui concerne les autres dépenses que les réparations, bien que faites par les constructions navales, sont effectuées avec le concours de l'industrie privée locale, qui en retire de gros et très légitimes bénéfices, les malades sont vus et soignés gratuitement par les médecins de la marine. J'entends bien que lorsque leur état nécescite l'hospitalisation, les armateurs remboursent (?) les dépenses de l'État, sous forme de prix de journée d'hôpital. Mais nous savons que l'État toujours généreux avec nos deniers en est de sa poche et qu'en tout cas les soins médicaux sont gratuits puisqu'on impose sans rétribution supplémentaire ce surcroît de travail à des médecins militaires qui ne sont pas faits pour cela. Il est vrai qu'on aurait bien tort de se gêner avec ces bonne poires que sont les médecins, (n'est-ce pas, Monsieur Maginot ?)

Nous demandons que nos organisations centrales interviennent auprès du ministre de la Marine pour faire décider que les civils soient des civils, ce qui est un théorème à démontrer malgré une évidence apparente qui pourrait le faire prendre à première vue pour un axiome.

Nous voulons que l'intervention des médecins de la marine soit rigoureusement limitée aux rapports des inscrits avec les lois de recrutement ; qu'en toute autre occasion : embarquement, maladies, congés, etc., les médecins civils soient seuls compétents ; que les hôpitaux de la Marine soient fermés aux équipages de la marine marchande et surtout aux officiers et marins des marines étrangères dont les poches sont bourrées de livres et de dollars. Si leur état nécessite l'hospitalisation, ils doivent être dirigés sur les maisons de santé *et à défaut* sur les hôpitaux civils.

Mais me direz-vous, ils seront alors soignés gratuitement par les médecins civils ! Hélas oui ! mais je m'obstine à croire qu'un jour viendra où les médecins des hôpitaux cesseront d'être aussi bêtes qu'aujourd'hui (pour appeler les choses par leur nom) et refuseront leurs soins gratuits à qui peut et doit payer.

Dr Le Duigou

Doctorats en tissu épithélial !

Depuis qu'il est question de créer de nouveaux diplômes de docteurs, nos « ectodermistes » sortent de leur... blastula !

Ils sont sur les « dents » aujourd'hui et font... des pieds et des mains pour avoir demain... la peau !

Nous apprenons en effet qu'après Messieurs les dentistes, l'honorable corporation des masseurs-ventouseurs va se joindre à Cieudames les pédicures et manucures pour réclamer à cris et... à cor la même peau d'âne !

Si telle chose arrive, je réclame le *dignus intrare* pour Messieurs les coiffeurs qui eux au moins manient le... rasoir d'une façon utilitaire... et sans trop vous blesser.

Dr D.

Les troubles psychiques liés à la tuberculose.

Vous analysez dans le *Concours* de ce jour, que je viens de recevoir, le travail de M. Charpentier sur les *troubles psychiques liés à la tuberculose.* L'idée n'est pas nouvelle, puisqu'elle a fait, il y a vingt-trois ans, le sujet de ma thèse de doctorat « L'aliénation mentale et la tuberculose », que je vous adresse en communication par le même courrier, à titre documentaire. J'avais soutenu à cette époque l'idée particulièrement chère à mon vénéré et regretté maître, le Professeur Pierret, celle de la pathogénie de nombreuses psychoses par la tuberculose : c'est dans son service de l'asile de Bron que j'avais pris mes observations. Je dois ajouter que j'ai eu l'occasion de constater bien souvent, depuis, dans ma longue pratique des affections nerveuses, des périodes de délire prolongé, avec prédominance des illusions sensorielles et de la persécution, particulièrement dans la période ultime des lésions pulmonaires. J'ai eu, ici-même, un cas absolument caractéristique dans ma clientèle, il y a trois ans : *plusieurs mois d'aliénation* (*sans aucun antécédent*) chez un phtisique terminal. Mais, comme vous le dites très justement, l'idée de Pierret et de son école n'a pas été admise sans discussion ; beaucoup voient seulement des coïncidences là où nous voyons étiologie...

Je veux seulement aujourd'hui fixer *une question de date*, celle de la théorie de Pierret, vieille de plus de vingt-trois ans, et la modeste étape de mon travail dans cette discussion...

Dr La Bonnardière.
(d'Hyères.)

NOTES DE PRATIQUE QUOTIDIENNE

Thérapeutique et vie chère

Le genièvre.

Le Dr Garrigue, dans le no de mars des *Archives médicales de province*, rappelle qu'au début de la grippe une sudation, provoquée après une onction faite avec le *remède de Bourget* (de Lausanne), constitue « une méthode recommandable » Mais l'alcool et les essences sont hors de prix » !

Bourget formule son mélange :

Essence de sauge...........	3 gr.
Acide salicylique...........	4 gr.
Essence d'eucalyptus........	5 gr.
Beurre de muscade..........	5 gr.
Salicylate de méthyle........	10 gr.
Huile camphrée.............	30 gr.
Alcoolat de genièvre.........	120 gr.

Frictionner vigoureusement tout le corps du malade et envelopper celui-ci soigneusement... Au temps où nos grands-pères traitaient, dans le Sud-Ouest, sous le nom de « Jolette » ou de « peste », l'actuelle grippe espagnole (ainsi nommée, comme chacun sait, de sa naissance en Italie), la sudation au moyen des *fumigations de baies de genièvre* étaient en singulier honneur.

Un malade était-il déclaré « sang glacé » ? Immédiatement, une bonne poignée de baies de genièvre était jetée dans la « bassinoire » ou dans la « chaufferette du moine » — on remplissait le lit de fumée et le malade se coulait vivement entre ses draps — La sudation ne tardait pas à s'établir et les humeurs peccantes (pardon... les toxines) s'éliminaient. Un nouveau lit était préparé dans les conditions analogues à celles rapportées plus haut, le malade était rapidement changé de linge et, plusieurs heures durant, on cherchait à le faire suer.

Si la sueur « ne venait pas », cela était considéré comme d'un pronostic peu favorable. Au fait, il n'y a rien là que de très raisonnable.

Comme stimulant stomachique, dans l'atonie gastrique, une infusion chaude de *baies de genièvre* n'est pas à négliger.

Comme diurétique, contre la gravelle, faites infuser 50 grammes de baies dans 500 gr. d'eau d'orge. Au bout de 48 h., le résultat sera obtenu. Dans l'œdème de l'albuminurie de l'enfance, utilisez des infusions de baies de genièvre, de petite centaurée, l'enfant devant en prendre, suivant l'âge, 5 à 10 cuillerées à potage par 24 heures.

Enfin, dans la convalescence des maladies infectieuses, comme la fièvre typhoïde, prescrivez, à la fin du repas, 5 à 10 gr. (1 à 2 cuillerées à café) de macération de baies de genièvre dans de l'eau-de-vie. Dans notre Sud-Ouest, on a coutume de préparer ainsi une véritable liqueur que les gens bien portants ne dédaignent pas...

R. MOLINÉRY.

DOCUMENTS OFFICIELS

A L'OFFICIEL

Sursis des étudiants.

7865. — M. GASTON DESCHAMPS (Deux-Sèvres), député, demande à M. LE MINISTRE DE

LA GUERRE : 1° si les étudiants en médecine engagés pour la durée de la guerre, ayant accompli plus d'un an de services et ayant pris leurs premières inscriptions de médecine depuis leur libération momentanée, peuvent bénéficier des dispositions de l'article 25 de la loi du 21 mars 1905, modifié par l'article 15 de la loi du 7 août 1913 ; 2° quelle est l'autorité qui, en pareil cas, délivre le sursis ; 3° quelles sont les formalités à remplir pour faire la demande régulière. (*Question du* 4 *mars* 1921.)

2° *réponse.* — 1° Les étudiants en médecine engagés pour la durée de la guerre, ayant accompli plus d'un an de services et actuellement dans leurs foyers, en situation de libération provisoire, peuvent obtenir le sursis prévu à l'article 15 de la loi du 7 août 1913 ; 2° et 3° : ils doivent, à cet effet, remettre au commandant du bureau de recrutement dont ils relèvent, une demande accompagnée d'un certificat justificatif de leur qualité d'étudiant en médecine. Ces demandes sont transmises au général commandant le corps d'armée, qui statue.

(*J. O.*, 15 *avril* 1921.)

L'emploi des loisirs des médecins militaires.

8274. — M. Antoine, député, demande à M. le Ministre de la guerre s'il ne pourrait pas donner des instructions pour qu'un certain loisir, par exemple le temps de la matinée, soit donné aux médecins militaires dont l'emploi est, en quelque sorte, paramédical, pour leur permettre d'aller dans les hôpitaux et ne pas perdre ainsi tout contact avec les malades, ajoutant que, notamment dans la plupart des directions du service de santé, les médecins adjoints n'ont d'autre rôle que celui d'un chef de bureau, et qu'étant pris par leur service du matin au soir, ils n'ont plus rien de médical ; qu'ils sont cependant destinés, après un certain laps de temps, à soigner les malades, qu'il est regrettabble de voir que ces médecins n'ont pas le temps matériel de profiter des ressources hospitalières locales, civiles ou militaires, faisant observer que dans presque tous les corps d'armée, il y a, ou une faculté, ou une école de médecine.

2° *réponse.* — D'une manière générale, les directeurs du service de santé des corps d'armée, non seulement laissent à leurs médecins adjoints de grandes facilités pour profiter des ressources universitaires et hospitalières locales, mais encore leur confient souvent un service hospitalier, afin de les laisser en contact avec les malades, tout en assurant correctement le service important de direction.

(*J. O.*, 19 avril 1921.)

SOCIÉTÉ MÉDICALE D'ÉDUCATION PHYSIQUE et de sports

(21 *mars* 1921.)

Le docteur Cayla demande que, comme suite à sa communication de la séance précédente sur l'éducation physique à l'école primaire et à la discussion qui a suivi, il soit nommé une Commission pour établir un programme de l'éducation à l'école primaire et donner son avis sur les méthodes d'éducation physique.

Le dosage de la culture physique. — Il est décidé qu'on attendra, pour aborder cette question, un rapport qui doit être fait à son sujet.

Les signes prémonitoires de la fatigue. — M. le professeur Langlois montre l'importance et l'étendue de la question et les difficultés qu'elle présente à propos des études nombreuses qui en ont été faites, en Angleterre notamment, pendant la guerre.

Le rôle du médecin dans les sociétés de sport. — Le Docteur A. Richard montre quel est l'état actuel de la surveillance médicale dans les sociétés de sports, ce qu'elle doit devenir, comment il faut, pour cela, organiser les sociétés. Il est à souhaiter que de plus en plus, le médecin prenne part aux manifestations sportives, non seulement pour intervenir en cas d'accident, mais pour donner l'appui de ses conseils au cours de l'entraînement des jeunes sujets.

Un échange de vues a lieu ensuite sur cette question et l'accord est complet sur la nécessité d'obtenir, avant les épreuves sportives, une sélection qui permettra d'éviter d'imposer à des sujets insuffisamment développés des efforts manifestement au-dessus de leurs moyens.

ANTHOLOGIE MÉDICALE

Sonnets Hippocratiques.

V. Van Helmont (1577-1664)

Van Helmont, de Louvain, fut un savant mystique,
Jusqu'au jour de sa mort par des songes hanté,
Il crut à l'origine étrange et poétique
D'où proviendraient les maux de notre humanité.

Son rêve de l'Archée, où maître et domestique
Par leur bonne harmonie assurent la santé,
Ressemble, à s'y méprendre, à l'apologue antique
Qu'Ésope, au temps jadis, avait déjà conté.

Chercheur, ingénieux et chimiste notoire,
Un jour, il isola, dans son laboratoire,
L'acide secrété par le sac stomacal,

Traitant avec mépris la purge et la lancette,
De pneumonie atteint, il n'en fit qu'à sa tête
Et mourut, conspué par le corps médical.

Dr Émile Junès, de Sfax (Tunisie).

QUARANTE-TROISIÈME ANNÉE — N° 20 — DIMANCHE 15 MAI 1921

Fondé en 1879 par Auguste CÉZILLY
Rédigé et dirigé par H. JEANNE (1900-1914),

LE CONCOURS MÉDICAL

ORGANE HEBDOMADAIRE DES PRATICIENS
Groupés dans la Société « Le CONCOURS MÉDICAL » *et ses Filiales*

ADMINISTRATION & PUBLICITÉ
G. BOULANGER, administrateur

ABONNEMENTS :

France	24 fr.
Étranger	28 »
Étudiants (*France*)	12 »
Le numéro	50 cent.

Chèques Postaux Paris 167-95

DIRECTION

MM. les Drs A. GASSOT, *Directeur*, A. MAURAT ; H. CEZILLY ; J. NOIR ; P. BOUDIN docteur en droit ; M. VIMONT ; G. DUCHESNE.

MM. P. CEZILLY, J. DUMESNY, licenciés en droit ; G. BOULANGER.

RÉDACTION

Dr J. NOIR, rédacteur en chef

Drs [illegible]CROIX et G. DUCHESNE secrétaires de la rédaction

N.-B. — Les manuscrits, publiés ou non, ne sont pas rendus.

Rédaction et Administration : 132, rue du Faubourg St-Denis, PARIS (10e). Téléphone : Nord 48-17

Quarante-troisième année. Nº 20 15 Mai 1921.

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

Office de Renseignements du « Concours »

DON. — Nous avons reçu à titre de don à la Société civile du *Concours médical*, de M. le Dr GRIMAUD, de Paris, la somme de dix francs pour bons offices du journal.

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum, aux* « demandes et offres ».

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne, qui est versé dans la caisse de la Société civile du Concours Médical). *Adresser un mandat ou mieux verser au compte de chèques postaux*, CONCOURS MÉDICAL, *Paris 167-95.*

Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse.**

No 235. — Médecin ayant grosse clientèle à Paris, connaissant auto et moto, remplacerait pendant les vacances confrère rural (de préférence mer ou montagne), dont il occuperait la maison avec sa femme, trois enfants et deux domestiques.

No 236. — A céder crédence Gaiffe 110 volts alternatif, table, ampoules, soupapes. Dr Dufour, à Mâcon.

No 237. — Station estivale, région lyonnaise (gde banlieue), hôtel meublé 26 chambres, garage, pelouses et jardin 1 hectare 1/2. Prix, 145.000 fr.

No 238. — Canton, région du centre (pays de pêche et de chasse) clientèle à céder, rapport 50.000 fr.. Prix demandé 35.000 fr.

No 239. — Oto-rhino et ophtalmologiste demandé pour participer à fondation polyclinique, rue Lafayette. Frais peu élevés.

No 240. — A vendre, voiturette Zèbre mono, 2 places, 2 vitesse, Faire offre.

No 241. — On achèterait voiture boghey bon état, roues caoutchout. de préférence. Ecrire Dr Prévost, Chaville (S.-et-O.).

No 242. — Docteur courant clientèle générale, vénéréolog., parl. angl. et allem., dispos. petit capital, cherche situat. méd. ou para-méd.

No 243. — A vendre micro-hist-object., 1,2,5, 6, 9. (15, rue Cadix, Paris, 15e).

No 244. — Pharmacien : poste de tout repos datant de 25 ans à reprendre gratuitement, le titulaire vient de se marier et quitte la région — deux médecins. Bernaville (Somme).

No 245. — Ser. reconn. confr. qui procur. seringue Pravaz, tout métal 3 cmc. Dr Marbot, à Mondovi (Algérie).

No 246. — Jeune docteur possédant auto, 30 mois d'internat, très au courant clientèle, inject. intraveineuses, ponction lombaire, cherche à aider ou à suppléer confrère ou autre situation.

No 247. — A vendre : 1 table examens métal et 1 vitrine de 1 mètre bois laqué, 450 frs. ; 1 aspirateur Potain, boîte métal, 55 frs. ; 1 table métal laqué pour autopsie, 250 frs. ; 1 forceps Tarnier neuf, 145 frs. ; 1 transformateur cautère lumière 110 volts alter., 195 frs. ; 1 sphygmotensiomètre à brassard, 100 frs. S'adresser Loreau, 3 bis, rue Abel, Paris XII.

No 248. — On demande infirmière-major, service de chirurgie, pour clinique de province.

No 249. — On recher. pour dame fatiguée, fam. méd. pouvant offrir chambre conf., nourr. saine, serv. bien fait. Le pays doit être joli, à la fois riant et calme, sans être une sol., offrir des prom., des exc. peu fatigu., quelques sociétés, situé dans un des départ. suiv. : S.-et-O., E.-et-L., Eure, Calvados, Loiret, L.-et-Ch., I.-et-L. Durée du séjour de trois à cinq mois à compter de juin. Prière ind. cond. Ecrire Dr René Martial, à Fez, Maroc.

No 250. — Pharmacien, docteur en médecine, désire poste avec fixe de préférence. Paris ou banlieue.

No 251. — Agent de publicité polyglotte introduit auprès des laboratoires cherche représentation exclusive de journaux médicaux franç. et étrangers. Publicité médicale, 28 r. Henri-Monnier, Paris IXe.

N° 252. — A céder dans grande banlieue parisienne poste seul médecin, faisant pharmacie. Rapport 30.000 fr., facile à augmenter. Belle villa. Breitel et Goret, 1 rue Dante, Paris.

N° 253. — A reprendre d'urgence dans d'excellentes conditions poste ancien dans petite ville. Rapp. 20.000 fr., facilités de payements, bicyclette suffit. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris.

CORRESPONDANCE

Les quittances d'honoraires accidents sont exemptes de timbre.

Vous seriez bien aimable de me dire si les reçus d'honoraires concernant les accidents du travail sont exempts de timbre.

Certaines compagnies m'envoient les quittances toutes timbrées. D'autres me laissent le soin de les acquitter régulièrement. Enfin, quelques-unes assez rares m'envoient des quittances portant la mention : « exempt de timbre, loi du 9 avril 1898. »

D^r M.

Réponse.

Les quittances d'honoraires médicaux sont exemptes du timbre-quittance lorsque ces honoraires s'appliquent à des soins donnés à des blessés du travail garantis par la législation spéciale sur les accidents.

Cette solution, qui résulte de l'article 29 de la loi de 1898, qui exempte de timbre les *actes* faits en vertu et pour l'exécution de la loi, a été admise, notamment, par la Direction générale de l'enregistrement, ainsi que l'indique une lettre du directeur de l'enregistrement d'Angers, en date du 17 juin 1919 (*Concours médical*, 1919, p. 1198). Cette lettre reconnait que le mémoire produit à l'administration des Ponts et Chaussée, pour les soins donnés à un blessé du travail, est (contrairement à la règle générale) dispensé de timbre, *ainsi que la quittance* à donner lors du paiement.

A propos de l'urotropine (uroformine).

Je vois, dans deux numéros du *Concours*, se poursuivre une discussion sur les décompositions en cachets de l'hexaméthylène tétramine. On n'a oublié qu'une chose, c'est que l'administration en cachets d'un corps soluble dans l'eau est une double erreur : d'abord, parce que des traces de l'humidité dans l'atmosphère de la boîte où ils séjournent plus ou moins longtemps peuvent amorcer une décomposition, et ensuite, parce que, si le cachet arrive dans l'estomac accompagné de trop peu d'eau, il se produit un effet caustique sur la muqueuse.

Cela n'a jamais lieu quand on donne ce produit en solution fraîchement préparée.

Ayant fait, comme chef de service, un séjour prolongé pendant la guerre dans un hôpital urologique, j'ai pu convaincre nombre de confrères de ménager l'estomac de leurs patients, en utilisant exclusivement les solutions, d'héxaméthylène tétramine accompagnées de tisanes abondantes.

Dans un autre ordre d'idées, combien a-t-on pu remarquer d'échantillons d'acide acétosalicylique, dégageant une odeur intense d'acide acétique, et quel travail dans l'estomac à l'arrivée du cachet — insoluble celui-là ! à moins d'y envoyer en même temps une solution bicarbonatée.

Dr M. MEUNIER.

La lutte anti-tuberculeuse dans le département du Rhône.

Je viens de lire, dans le *Concours*, l'article de M. le Dr Michon, sur l'organisation de la lutte antituberculeuse, dans le Rhône.

Notre confrère nous apprend que celle-ci a été réalisée en « collaboration » avec le corps médical, et paraît croire qu il en a été de même dans d'autres départements.

Il faut évidemment s'entendre sur le sens du mot collaboration.

Je trouve excellent qu'une Administration ou un Comité qui crée un dispensaire convoque, dès le début, les médecins de la ville ou de la région. Il est mieux encore, que le médecin chef ne prenne aucune mesure sans l'assentiment du Syndicat. En sera-t-il toujours de même, et un autre médecin ne pourrait-il agir dans un autre esprit ?

Je crois que, *dans l'intérêt même de l'organisation de l'hygiène sociale*, nous devons donner au mot collaboration un sens plus étroit, et la réaliser par la structure même des dispensaires, en confiant, en particulier, aux Syndicats médicaux, le soin de désigner les médecins chargés de la direction.

Dr LEREDDE.

Mise à l'index.

Je vous ai demandé récemment une consultation juridique sur la mise à l'index de deux confrères de X. et la façon d'y procéder régulièrement. Vous me demandez communication des statuts de notre Syndicat pour préciser encore votre point de vue. Je vous les adresse ci-joint, en vous priant de me les retourner. Il n'y est question, à l'article VIII, que des sanctions à l'égard des syndiqués délinquants ; rien contre les non-syndiqués.

Or, les deux confrères en question n'appartiennent à aucun Syndicat, à aucune Association médicale.

Ils font partie d'un lot assez nombreux de jeunes diplômés, qui se sont abattus, après la guerre, sur X, comme une nuée de sauterelles, mettent la clientèle en coupe réglée, en violant les règles les plus élémentaires de déontologie et même de vulgaire honnêteté.

Au Syndicat, nous nous occupons de leurs menées, parce qu'ils débordent de tous côtés et vont, à jour fixe, donner des consultations dans les communes.

A juger par eux les produits actuels de la Faculté, on croirait plutôt qu'il s'agit d'apaches, et non de médecins. De mon temps, on n'enseignait pas la déontologie ; mais maintenant ! ! !

Dr M.

Réponse.

Un Syndicat peut toujours atteindre un non syndiqué, par la mise à l'index. Ce droit est reconnu par la jurisprudence (Cour de Nîmes, 30 janvier 1907 ; Trib. Toulouse, 14 avril 1910).

Vous devez convoquer, par lettre recommandée, le confrère délinquant à avoir à se présenter devant le Conseil de famille enquêteur, puis devant l'Assemblée générale disciplinaire. Cette convocation est nécessaire, pour que le délinquant puisse présenter sa défense. Il ne peut être condamné sans avoir été entendu.

S'il ne se présente pas, il peut être condamné par défaut et signification lui en est faite par ministère d'huissier, en lui laissant un mois, par exemple, pour faire opposition.

La décision ne peut recevoir que la publicité prévue aux statuts, pour les procès-verbaux ; sinon, une publicité intempestive pourrait constituer un abus de droit et permettrait un recours en dommages-intérêts au profit du médecin lésé (Cour de Riom, 7 février 1900 ; Cour de Paris, 3 février 1901 ; Cassation, 25 février 1905, etc.).

Toute relation confraternelle est rompue avec le médecin mis à l'index, hors les cas d'extrême urgence, où la situation du malade impose le concours du médecin auprès d'un confrère mis en interdit.

Vos statuts vous donnent le droit d'agir ainsi.

Dr P. B.

L'assurance de la responsabilité civile par le « Sou Médical ».

Je serais très désireux d'entrer au « Sou Médical » dont j'apprécie la très grande utilité, mais auparavant, je désirerais savoir s'il ne serait pas possible de s'assurer contre les risques de responsabilité civile pour une somme supérieure à 10.000 francs.

Dans les conditions actuelles, cette somme me paraît insuffisante.

Comme la question doit intéresser un grand nombre de confrères, je vous serai reconnaissant de bien vouloir me répondre par la voie du journal.

E. D.

Réponse.

Le « Sou médical » n'est pas une assurance et la garantie contre la responsabilité civile n'est qu'une des modalités de son action de défense

et de protection confraternelles qui est égale pour tous ses membres.

Il est donc impossible qu'il vous garantisse *actuellement* pour une somme supérieure à 10.000 francs.

Mais, en ce moment même, il étudie la possibilité de porter la garantie à 20.000 francs *et cela sans augmentation de la cotisation annuelle qui est de 25 francs.*

La chose, bien entendu, ne pourra être décidée qu'à l'Assemblée générale de novembre prochain pour être mise en vigueur au 1er janvier 1922. A. G.

L'indépendance des combinaisons de la Mutualité Familiale.

J'étais membre de la combinaison M A : n'ayant pas acquitté mes cotisations arriérées, j'ai été rayé au 1er janvier 1921. La règle était dure, mais enfin c'était la règle et je m'incline.

Mais, ne me serait-il pas possible maintenant d'entrer à la combinaison nouvelle qui donne 20 francs par jour et 200 francs par mois de chronicité ?

Il me semble qu'il n'y a aucune raison de me refuser à cette combinaison nouvelle.

J'étais également membre de R. (retraité à 65 ans) ; ai-je le droit de reprendre mes versements ?

Et, si je suis admis à MAD, pourrai-je continuer à cotiser pour R. ? Dr F.

Réponse.

Il a toujours été dit que les combinaisons de la Mutualité Familiale étaient indépendantes les unes des autres. Le fait d'avoir été rayé à MA ne vous empêche donc pas de continuer à cotiser à R, dont vous faites toujours partie.

Vous pouvez reprendre vos versements comme et quand vous voudrez, sauf dans les quatre dernières années. Vous n'avez pour cela qu'à vous entendre avec le trésorier.

Vous pouvez également entrer à MAD, cette combinaison étant indépendante de MA. Vous vous trouvez devant elle dans la situation d'un adhérent nouveau.

Enfin, rien ne vous empêche de cotiser à la fois pour MAD et pour R.

La réunion des combinaisons MA ou MAD d'une part et R de l'autre est même la solution de choix, puisqu'elle assure la pension au lendemain même du jour où cesse le droit à l'indemnité-maladie.

A. G.

Tarification des pansements de brûlures.

Votre amabilité à l'égard des confrères du *Concours* et du « Sou », est si grande que je viens à mon tour,

(Voir la suite page XXXV-1429)

EN FAVEUR DE Mme LE Dr BRES

Mme Bres, vraisemblablement la doyenne du corps médical français, arrive à la fin d'une vie, toute de devoir et de dévouement, aveugle et sans ressources : elle compte plus de 80 ans.

Nous avons déjà signalé à nos chers abonnés la *souscription* ouverte en sa faveur, par Mme le Dr Alice Sollier, 145, avenue Édouard-Vaillant, à Boulogne-sur-Seine.

Nous nous permettons de leur renouveler un pressant appel. Beaucoup déjà y ont répondu avec la générosité qui caractérise le corps médical français.

Il reste cependant un effort à faire pour assurer à ce vieux médecin infirme la tranquillité de ses derniers jours.

C'est une bonne action à accomplir, et nous sommes convaincus que nous n'aurons pas frappé vainement à la bourse de tous ceux pour qui nos précédentes communications sont demeurées inaperçues.

PROPOS DU JOUR

L'esprit de la Médecine française.

Empirisme scientifique, Clarté, Équilibre, Critique, Probité et Pitié, voilà les principaux caractères de l'Esprit de la médecine française, nous allions dire du médecin praticien français. C'est cette thèse qu'a brillamment soutenue, dans sa belle leçon inaugurale, M. le Dr Louis Rénon, appelé par la Faculté de médecine à occuper la chaire de pathologie interne (1).

M. Louis Rénon est un homme de caractère, qui n'oublie ni ses maîtres, ni ses amis, ni son passé, et la Faculté, en l'appelant dans son sein, a fait preuve d'un esprit nouveau qui, espérons-le, aura une répercussion sur un autre esprit, celui de l'enseignement de la médecine française. En effet M. Louis Rénon, en prenant possession de la chaire de pathologie interne, a fait avec une grande franchise l'éloge de son maître préféré, Huchard, « penseur de haute envergure, enthousiaste, ardent polémiste, qui se créa nombre d'ennemis, grand clinicien, grand thérapeute, grand journaliste, grand patriote. » Il n'a pas craint de rappeler les luttes de ce maître indépendant, luttes menées contre le vieil esprit de la Faculté, esprit que nous croyons sur le point de disparaître, s'il n'est encore tout à fait disparu. Nous nous souvenons du concours puissant que nous apporta Huchard lorsque les praticiens se levèrent en masse pour flétrir les injustices des concours et exiger les réformes de l'enseignement médical, réformes qui, presque toutes, sont encore à réaliser.

M. Louis Rénon a encore rappelé son passage au Conseil d'administration du Syndicat des médecins de la Seine, dont il fut vice-président. « J'ai pu voir de près, a-t-il dit, les efforts tentés pour améliorer la situation matérielle et morale du médecin au moment où la socialisation progressive de la médecine mettait en péril son indépendance et sa dignité. » Nous félicitons M. Louis Rénon d'avoir évoqué solennellement ce souvenir et d'avoir proclamé dans le grand amphithéâtre de l'Ecole « qu'à notre époque plus qu'à toute autre une aristocratie médicale doit être basée uniquement sur le mérite ».

***

La médecine française, proclame le professeur L. Rénon, est née de l'empirisme et s'est développée par lui.

Par empirisme, il ne faut pas entendre l'empirisme grossier et ignorant, mais le véritable empirisme scientifique, tel que l'entendait Claude Bernard, c'est-à-dire l'expérience. Cet empirisme scientifique, qui emprunte sa technique à toutes les sciences et à toutes leurs découvertes, procède de la clinique et revient à la clinique, qui reste la base la plus solide, la plus caractéristique de la médecine française.

Avec une véritable éloquence, M. Rénon a esquissé l'évolution de l'art médical en France, où le praticien cherche à « cognoistre », selon l'expression d'Ambroise Paré, les maladies par les cinq sens. Il a montré l'utilisation des sens, méthodiquement réglementée par la percussion avec Piorry, par l'auscultation avec Laënnec. Tour à tour, l'analyse chimique, la thermométrie, le microscope, l'électricité, les méthodes graphiques, la radiologie, la bactério-

(1) Cette leçon a été publiée *in extenso* dans la *Presse médicale* du 30 avril 1921.

logie, la cytologie, la sérologie, le radium, etc., etc , sont venus apporter leur puissante coopération aux cinq sens et augmenter singulièrement la puissance de notre diagnostic et l'efficacité de notre thérapeutique.

La médecine française est en outre claire, nette et précise ; elle ne se contente pas de nébuleuses théories, elle procède de l'esprit latin, fait d'harmonie et d'équilibre. Elle n'admet pas ce qui n'est pas scientifiquement établi, nettement constaté et ses découvertes sont consacrées par l'esprit critique.

Cet esprit critique, qui n'est pas le dénigrement systématique, comme l'a fait observer Claude Bernard, est la recherche de la vérité qui distingue le vrai du faux, le bon du mauvais et fait litière des théories régnantes quand les faits sont en opposition avec elles.

M. Rénon cite une phrase que Renan a écrite dans *l'Avenir de la Science* et qui mériterait d'être gravée au fronton de la Faculté de Médecine :

« La critique ne connaît pas le respect ; elle rompt tous les charmes, elle dérange tous les voiles. »

Cet esprit critique, qui n'est pas le scepticisme, oblige à la probité, probité envers les idées, probité envers les malades.

De cette dernière probité naît la Pitié. Et le professeur Rénon montre toute la puissance de la pitié et de la bonté qu'il qualifie « les armes traditionnelles dont se sert chaque jour la médecine française dans sa lutte contre le mal. » Il montre la puissance de ces armes pour guérir commo pour soulager, la valeur considérable de l'influence morale.

L'avenir pratique de la médecine française est de guérir les malades et de prévenir les maladies. Pour prévenir, il faut un diagnostic précoce, un traitement précoce et les progrès récents montrent que « les pèlerins de la science médicale ont plus qu'une vague espérance pour arriver au but. De tous les côtés les semences lèvent, prémices des moissons futures. »

M. Louis Rénon a terminé en exposant comment il concevait l'enseignement *théorique* de la pathologie interne qu'il est tenu de faire. Un peu gêné par cette obligation de traiter théoriquement une science et un art qui sont exclusivement pratiques, il définit le cours de pathologie interne : une sorte de cours clinique plus méthodique et moins livré au hasard des ressources de l'hôpital que la véritable clinique. Nous souhaitons que le plus tôt possible M. Louis Rénon soit tiré d'embarras et que très prochainement il puisse dans une véritable chaire de clinique donner toute la mesure de son talent.

***

La lecture que nous venons de faire d'un ouvrage remarquable du Dr Dalché, médecin de l'Hôtel-Dieu, sur les maladies des femmes (1), nous a démontré ce qu'il y a de profond et de vrai dans les idées émises par le prof. Rénon sur la nécessité de la clarté, de la critique, de la probité et de la pitié en médecine. Nous avons vu, avec les progrès inouïs de la chirurgie, la gynécologie tomber tout entière dans le domaine chirurgical ; nous avons été témoin d'un engoûment, singulièrement fâcheux, pour l'extirpation des ovaires. Pendant une période, il était de mode de cureter à outrance pour traiter la moindre métrite, et le médecin simpliste ne voyait guère en étiologie gynécologique qu'un facteur, l'infection.

La pratique des maîtres qui faisaient de la gynécologie médicale, n'était pas prise au sérieux par la jeune génération enthousiaste des beaux succès opératoires. On eût dit que supprimer un organe utile était devenu un progrès dans l'art de guérir et que la mutilation était l'idéal de la thérapeutique.

Lisez les leçons du Dr Paul Dalché, et vous vous rendrez compte de toute l'influence que les maladies génitales ont sur le système nerveux de la femme et que, réciproquement, les maladies du système nerveux ont sur l'appareil génital.

Vous vous convaincrez du rôle si important que jouent les glandes endocrines dans le fonctionnement des organes de la génération chez la femme et de l'efficacité de l'opothérapie judicieusement employée. Vous constaterez qu'il existe des médicaments actifs en gynécologie, et qu'il est des pratiques de thérapeutique médicale telles que l'hydrothérapie qui, bien appliquées et à temps, peuvent souvent éviter l'intervention chirurgicale.

Loin de nous la pensée de médire de la chirurgie moderne : elle rend de trop grands services pour être mise en discussion, mais l'idéal de la science médicale française doit être d'en restreindre le plus possible le domaine, qui sera d'ailleurs toujours très étendu.

J. Noir.

(1) P. Dalché. — Leçons cliniques et thérapeutiques sur les maladies des femmes. Paris, Vigot, édit., 1921.

PARTIE SCIENTIFIQUE

CLINIQUE INFANTILE

Hôpital Saint-Louis, annexe Grancher :
M. le Dr Jules Renault.

Prophylaxie générale des maladies transmissibles de l'enfance.

Si l'on juge un médecin, Messieurs, à la sûreté de son pronostic, pronostic qui est certainement la partie la plus délicate de notre art, croyez aussi que la sûreté et la précision des conseils qu'il sera appelé à donner dans le cas de maladies transmissibles et, en particulier, de celles qui touchent l'enfance, entreront pour une large part dans l'estime et la confiance qui lui seront attribuées.

L'idée de prophylaxie est aussi ancienne que le monde, et, du jour où la maladie a apparu sur notre planète, l'homme a cherché les moyens de s'en « garantir », terme qui traduit le mot de « prophylaxie ». Les peuples primitifs usaient d'amulettes et d'incantations. Je ne suis pas bien assuré que, de nos jours encore, certaines de ces pratiques ne soient en honneur au cœur même de Paris. La connaissance de la transmission des maladies remonte, dit-on, à Hippocrate. Je n'ai jamais lu cet auteur. Mais ceux qui l'ont lu, pensent ou croient l'avoir lu, nous l'affirment. Les chefs d'armée, l'*Iliade* en témoigne, essayaient de se prémunir contre le mauvais air, et Achille purifiait sa tente avec du soufre...

Les méthodes, vous le pensez bien, ont varié suivant les époques, suivant les conceptions que nos aïeux se faisaient de la cause de la maladie. Jugeons les Anciens, en bonne critique historique, en nous replaçant dans le cadre où ils ont vécu.

Que l'agent de transmission nous soit connu ou inconnu, il est une méthode générale que nous appliquerons constamment. A noter que les plus anciennement connues, comme maladies transmissibles, sont celles-là même dont nous ignorons le plus l'agent de transmission : variole, rougeole, scarlatine. Le malade est porteur de ce que nos anciens appelaient le virus : il faut donc prendre des précautions contre le malade. C'est la doctrine des léproseries. Si nous comparons ces affections avec d'autres maladies, comme la tuberculose, par exemple, nous verrons, au contraire, que le tuberculeux n'est pas dangereux par lui-même, mais par voie indirecte, par les objets qu'il aura souillés, mouchoirs, parquet, murailles jusqu'à une certaine hauteur. C'est donc aux objets souillés que nous appliquerons nos principes généraux de prophylaxie.

Contre le typhus exanthématique, que de précautions n'a-t-on pas vainement prises, jusqu'au jour où l'on a pu s'assurer que le pou était l'agent transmetteur du virus ? La suppression du pou enraya immédiatement la propagation de cette terrible maladie.

Le virus n'en reste pas moins inconnu. Pour la scarlatine, la rougeole, nous *supposons* qu'il faut un agent transmetteur, mais nous ne le connaissons pas. Pour ces deux maladies en particulier, les notions de prophylaxie générale que nous édictons aujourd'hui seront donc sujettes à revision.

L'isolement est la notion de défense la plus ancienne contre les maladies transmissibles : cette notion procédait de la crainte du malade. Vous savez comment il en était agi vis-à-vis des lépreux et des pestiférés. Ce n'est que peu à peu que l'on a perfectionné l'isolement.

A la fin du dix-huitième siècle, à l'Hôtel-Dieu de Paris et, du reste, dans la plupart des hôpitaux, les malades étaient couchés par deux et par trois, et quelquefois par quatre. (Le Dr Borgella, médecin en chef de l'hôpital militaire de Barèges, signale encore cet état de choses dans son rapport de 1814.) Nul compte n'était tenu de la diversité des maladies qui pouvaient frapper les « camarades de lit ». C'est une idée de pitié, de charité qui conduisait nos ancêtres à hospitaliser les malades : on ne pouvait pas les laisser mourir sur la voie publique.

Enfants, vieillards, accouchées, contagieux, étaient couchés, pêle-mêle, dans la salle commune. Ce ne fut que tout à la fin du 18e siècle que des salles d'enfants furent, enfin, organisées. Notez cette date : ce fut une grande étape dans la notion d'isolement. L'enfant est le grand vecteur de germes. La mortalité infantile des petits hospitalisés était, en bloc, d'au moins 50 %.

Vers 1840, certains médecins avaient bien jeté un cri d'alarme. On mit 40 ans à réaliser leurs desiderata : l'année 1879-80 vit s'ouvrir le premier pavillon pour contagieux, un pavillon pour les diphtériques. L'hôpital Sainte-Eugénie (Trousseau et Bretonneau actuels) fut le premier à entrer dans la voie des réformes ; il fut bientôt

suivi par l'hôpital de l'Enfant-Jésus. Très rapidement, fut signalée la diminution de la contagion d'enfant à enfant ou de salle à salle, la mortalité des infectés restant la même. Nous n'avions pas encore le sérum de Roux !

Par analogie, on fut amené à créer des salles d'isolement pour les rougeoleux, les scarlatineux, les coqueluchеux.

Grancher, en 1888, proposa l'isolement de chaque malade : la troisième étape était franchie. Vous auriez pu voir, il y a 25 à 30 ans, dans le service de Grancher, certains petits malades isolés dans la salle commune, au moyen de paravents grillagés, non point que Grancher ait pensé que l'air, chargé de microbes, pouvait se filtrer au contact des mailles, mais simplement pour appeler l'attention du personnel et des visiteurs sur le suspect ou sur le contagieux.

Un entrant se présente dans nos services, son diagnostic est encore incertain : vous devez le considérer comme « suspect » de maladie contagieuse ; il ne doit donc pas être alité dans la salle commune. Mais ici, il n'existe pas de pavillon spécialisé pour les « suspects ». Il ne restait donc plus qu'à établir des « boxes » dans la salle commune, boxes qui constitueraient une véritable chambre personnelle. A l'hôpital Pasteur, à l'hôpital Saint-Joseph, on a réalisé ces boxes, et le résultat a été que la contagion a disparu des services de médecine générale.

Il y a dix ans environ, je fus appeler à diriger l'annexe Grancher. Je trouvai de petites salles où les enfants étaient rassemblés par deux ou quatre lits. C'était la méthode de concentration au lieu de la méthode d'isolement. Je demandai le « boxage » des salles.

L'assistance publique, en raison des frais énormes exigés par la réforme que nous réclamions, ne pouvait immédiatement nous suivre : l'A.P. attend de voir si nos théories sont une mode passagère ou la constatation de faits indiscutables. Qui songerait à la blâmer de cette sage expectative ? Elle a réalisé progressivement la réforme, et sur 100 lits, j'en ai 80 en boxe ; les 20 autres sont dans deux salles de convalescents.

Nos petits malades sont complètement isolés dans de petites cabines individuelles dont les parois vitrées ont un mètre quatre-vingt-dix de haut. Nous nous sommes arrêtés, après bien des tâtonnements, à ce chiffre de 1 m. 90 ! Élever plus haut notre cloison, c'était encourir le reproche d'avoir créé de véritables caves où l'aération serait bien incomplète ; nous en tenir à une hauteur inférieure à celle que je vous ai signalée, c'était s'exposer à ce que les enfants puissent se jeter, les uns aux autres, leurs jouets, leurs mouchoirs, etc., autant de vecteurs de contagion.

Pasteur et Lister nous ont démontré la nécessité d'avoir les mains propres, une blouse propre, un thermomètre propre, une serviette propre, un abaisse-langue propre. Complétant la formule, en la modifiant un peu, j'ai exigé, pour chacun de mes petits malades, « *des objets qui leur soient propres.* » Chacun d'eux a donc son nécessaire individuel, que vous voyez disposé sur chacune des tables de nuit : abaisse-langue, canule pour le lavage de gorge, thermomètre, le tout baignant dans une solution antiseptique. J'appelle votre attention sur le choix de cette solution.

Le sublimé ne stérilise souvent pas. Ce produit coagule toutes les mucosités qui font ainsi aux microbes une véritable enveloppe de protection contre l'action antiseptique. L'oxycyanure présente presque les mêmes inconvénients. D'autre part, l'un et l'autre sont hypertoxiques. Un enfant, poussé par une soif ardente, ou encore dans son délire, peut boire imprudemment l'une de ces solutions.

J'ai donc abandonné les sels de mercure et j'ai fait choix d'une solution de Thymol. Or, le Thymol, à 1/5000, détruit tous les microbes d'une façon radicale. D'autre part, sa saveur est tellement désagréable que s'il prenait à un enfant la fantaisie de vouloir y goûter, il s'arrêterait immédiatement. Enfin, l'enfant serait-il dans un état tel que son goût soit annihilé, nous n'aurions pas à craindre un empoisonnement : vous savez que nous prescrivons couramment le Thymol dans l'helminthiase.

Dans certains services, vous voyez encore les médecins se promener dans leurs salles avec une serviette à auscultation dans leur tablier. La même serviette sert à toute une série de maladies et, quelquefois, pendant une semaine.

Vous verrez, ici, chaque malade avoir sa serviette d'auscultation. Mais il ne suffit pas que cette serviette soit individuelle : il faut encore que vous appreniez à l'utiliser. Si étrange que vous paraisse ce détail, je vous demande la permission d'y insister.

Vous faites déplier la serviette de telle sorte que la partie extérieure des plis soit appliquée contre le corps de l'enfant, afin que vous puissiez appliquer votre oreille sur un linge qui n'a pas été souillé par toutes les poussières, poussières que vous iriez disséminer pendant toutes les auscultations successives.

Le temps n'est pas très éloigné où, dans une salle de petits malades, on ne possédait que deux ou trois vases de nuit, et deux ou trois thermomètres, pour tout un dortoir. C'était l'époque où nous assistions à de véritables épidémies de vulvite chez les fillettes. Nous avons pu avoir confirmation absolue de ce fait au début de la guerre, où il n'a pas été possible de se procurer, en nombre suffisant, ces instruments indispensables. Les épidémies de salle ont dis-



PANTOPON
"ROCHE"
Opium total injectable

paru dès que chaque enfant a été pourvu de son vase et de son thermomètre.

J'ai encore exigé, dans mon service, que chaque enfant soit muni d'ustensiles de cuisine qui lui soient propres : cuillère, fourchette, verre, serviette de table.

Que ces détails ne vous paraissent pas superflus! C'est au sujet de la prophylaxie des maladies transmissibles que l'on peut et que l'on doit se remémorer le « *de minimis curat medicus* »...

Lorsque nous passons d'un box à un autre, vous nous voyez changer de blouse, vous nous voyez nous laver les mains et tout le personnel en faire autant. Cet assujettissement est pénible, au début ; il est indispensable ; grâce à lui, à sa rigueur, nous avons vu disparaître complètement les épidémies de salle. Vous en avez su toute la gravité.

Il faut encore procéder à la stérilisation du linge contaminé et contaminant. Nous avons banni le sublimé ; vous avez vu pourquoi. J'ai donc imaginé deux trémies communiquant avec une grande cuve divisée en deux parties, au fond de laquelle se trouve une solution de crésylol sodique à 4 %. Au moyen de la trémie, le linge est précipité dans cette cuve ; il y séjourne 24 heures et, dès ce moment il peut être transporté à la buanderie sans aucun danger.

Vous n'assistez plus à ce spectacle du linge étalé ou roulant dans les couloirs.

Comment en userez-vous en clientèle ? Deux hypothèses se présentent à vous. Ou vous aurez, dans la ville où vous exercerez, un service de désinfection, ou vous n'en aurez pas. Dans le premier cas, la déclaration de maladie contagieuse étant faite, il sera délivré à la famille des sacs de désinfection et le service d'hygiène procédera à leur enlèvement. Dans le second cas, vous ferez disposer une petite cuve, une « grésale » en terre contenant une solution forte de crésylol et le linge devra y demeurer 24 heures. Dans aucun cas, vous ne laisserez séjourner dans la chambre le linge contaminé.

Malgré ses imperfections et les attaques qu'elle a subies, la loi de 1902 reste encore la charte de l'hygiène en France.

Il appartient au médecin de faire pénétrer dans les masses les notions d'hygiène, base même de toute prophylaxie. Usez de votre légitime influence sur les familles pour faire leur éducation à ce sujet. Du reste, maintenant, la tâche est plus aisée. Les familles sont les premières à solliciter vos conseils, dès qu'un enfant étant malade, il s'agit de protéger les frères ou sœurs. Soyez très précis dans les prescriptions que vous ordonnerez ; ne restez pas dans le vague, ni l'à peu-près. *Faites l'éducation individuelle* : c'est la bonne méthode. Mais, faites aussi l'éducation des conseils municipaux, soit que vous soyez appelés à siéger dans les assemblées communales, soit que vous soyez appelés comme conseils techniques, soit que vous ayez à délibérer dans les Chambres d'industrie thermale. Faites entendre votre voix dans les conseils de préfecture. Ne vous rebutez pas si, d'emblée, vous ne pouvez réaliser. Je vous ai dit il y a un instant que l'assistance publique demandait au temps la confirmation de nos théories.

Jetez donc un regard en arrière. Parcourez les étapes de l'hospitalisation au cours des cent dernières années : il y a 100 ans, nos malades couchaient par deux et par quatre. Il y a 50 ans, on avait réalisé la formule : un lit par malade. Il y a 30 ans, on élevait les premiers pavillons de contagieux. Aujourd'hui, nous en arrivons à la chambre individuelle.

Il faut donc lutter avec persistance. Nos efforts soyez-en assurés, porteront leurs fruits.

(*Leçon recueillie par le Dr Molinéry et revue par l'auteur.*)

SOU MÉDICAL

Les membres du Sou médical sont instamment priés de bien vouloir régulariser leur situation en envoyant la cotisation de l'année 1921 au trésorier Dr Gassot, à Chevilly (Loiret).

PHYSIOTHÉRAPIE PRATIQUE

Traitement des adénites tuberculeuses par les agents physiques.

But du traitement. — Détruire les tissus de moindre résistance, stériliser le terrain bacillifère, provoquer la dégénérescence fibreuse du ganglion, augmenter l'action défensive de l'organisme.

Agents à utiliser : pour le traitement *local* : la radiothérapie, la radiumthérapie et la photothérapie ; pour le traitement *général* : l'héliothérapie, l'hydrothérapie, la gymnastique respiratoire et le climat.

I. TRAITEMENT LOCAL. — *Indications* : Toutes les adénites tuberculeuses sans exception, même suppurées. Il est indiqué cependant d'évacuer le pus, quand il y en a, par ponction avec une

fine aiguille ; s'il y a des fistules et des ulcérations, il est utile d'enlever les grumeaux, de faire sauter les ponts cutanés, de faire des badigeonnages iodés.

Rayons X. — Les *utiliser chaque fois que cela sera matériellement possible* ; ils ont une influence dégénérative sur les tissus lymphatiques, produisant un arrêt de l'activité cellulaire et entravant sa prolifération.

On fera irradier, non seulement les ganglions hypertrophiés, mais aussi la région environnante.

Séances *hebdomadaires* ou plus espacées (suivant la technique utilisée), par plusieurs portes d'entrée avec des rayons pénétrants filtrés.

La durée du traitement va de deux mois dans les cas favorables à 6 mois. Le terme évolutif est la sclérose.

Le radium. — Sous l'influence du rayonnement ultra pénétrant appliqué de 24 à 48 heures, en séances répétées à 6 semaines d'intervalle, on obtient la régression des masses ganglionnaires volumineuses, de la même façon qu'avec les rayons X (Barcat).

Photothérapie locale. — Consiste à exposer la partie malade au rayonnement d'une lampe donnant beaucoup d'*ultra-violets* (lampe en quartz Cooper Hewwit), séances progressives de 2 à 3 minutes au début, puis augmentées suivant l'accoutumance jusqu'à l'apparition d'une pigmentation analogue à celle que donne le soleil sur la peau. Plus facile à appliquer partout où l'on ne peut faire usage des rayons X, la photothérapie par une lampe à *incandescence de* 100 *ou de* 200 bougies est aussi très efficace, employée seule, ou de préférence combinée aux autres traitements. On place la lampe devant un réflecteur que l'on peut improviser, on la met à 20 ou 30 centimètres de la peau, sans l'entourer d'une couverture pour réaliser un espace clos. Durée de la séance : une demi-heure par surface irradiée.

Hyperhéliothérapie. — Artaut de Vevey, qui utilise la lampe à incandescence, se sert aussi avec de beaux résultats de la *lumière solaire concentrée* sur la région malade au moyen d'une lentille à grand foyer (un mètre), la masse ganglionnaire étant mise à mi-distance du foyer. Séances d'une demi-heure tous les jours ou tous les deux jours.

II. Traitement général. — ***Héliothérapie*** : pourra être pratiquée partout, même dans les pays du Nord, mais il faut beaucoup de persévérance et de patience pour profiter des heures ensoleillées. Il faudra qu'elle soit méthodique. *Tout le corps* sera exposé au soleil avec une progression indiquée par Rollier (5 minutes d'exposition des jambes le premier jour; le 2e jour, 10 minutes les jambes et 5 minutes les cuisses, etc.) ; on arrivera à une ou plusieurs heures d'insolation quotidienne. Le malade sera mis à l'abri du vent.

(L'héliothérapie, dit Rollier, qui a systématisé cette cure, a le grand avantage de favoriser la circulation lymphatique et d'augmenter les forces défensives du ganglion. Elle permet d'obtenir son rétablissement anatomique et fonctionnel, et laisse à l'organisme son rempart naturel contre l'infection.)

Climat : Il est difficile de se prononcer sur les avantages ou les indications spéciales de l'héliothérapie pratiquée soit à la montagne, soit à la mer ; il semble que l'on obtienne des résultats à peu près analogues dans les deux cas, le climat marin paraissant cependant préférable pour les malades qui n'ont pas de complications pulmonaires et qui ne sont pas fébricitants.

Il est alors utile de leur prescrire un séjour dans le midi de la France ou dans la région de Biarritz

Aérothérapie : De toute façon, avec ou sans soleil, on recommandera la vie de plein air, avec *exposition permanente* à l'air de la région malade, même si elle est fistulisée ; dans ce but, Rollier fait placer sur les adénites un treillis métallique en forme de corbeille maintenu par du sparadrap.

Hydrothérapie : Les bains de soleil, les rayons X n'empêchent pas l'usage de l'eau, utilisée comme agent thérapeutique.

La meilleure application est le bain salé naturel de Biarritz-Briscous, ou de Salies ; une série de bains semblables, associés à la cure d'air marin, transforme rapidement l'état général des malades ; mais on peut aussi chez soi prendre deux fois par semaine des bains salés suivant la vieille pratique connue de nos grand'mères.

En dehors du bain salé, les formules hydrothérapiques employées auront pour but d'entraîner progressivement le malade à la résistance au froid ; pour cela, on le réchauffera d'abord dans un maillot, dans un bain d'air chaud ou de lumière, court ; on lui donnera aussitôt après une douche ou une simple affusion, refroidie chaque jour de 1° suivant l'accoutumance, et allant de 30° à 18°.

Gymnastique respiratoire : Ne pas oublier que le mouvement est indispensable à la bonne nutrition de ces organismes ; si le sujet est trop fatigué pour effectuer de véritables séances de gymnastique, on lui demandera d'exécuter deux à trois fois par jour 10 insufflations forcées au spiroscope de Pescher, ou dans une simple bouteille de 3 litres (procédé de la bouteille.)

Résultats. — Le traitement est d'autant plus efficace qu'il est plus précoce ; mais, même dans des cas anciens, on obtient généralement la disparition des ganglions. Le premier effet de

l'irradiation ou de l'héliothérapie, c'est de faire disparaître la gangue de périadénite ; après une ou deux séances de rayons X, la tuméfaction diminue, les ganglions s'isolent et se transforment ensuite progressivement en micropolyadénite.

Quelquefois, sous l'influence de l'héliothérapie, le ganglion est énucléé. (Il tombe, dit Rollier, dans son beau livre sur la cure solaire, comme une noix de sa brou.)

Il faut savoir que le traitement héliothérapique des adénites suppurées augmente parfois momentanément la suppuration.

Les cicatrices données par la cure solaire sont remarquables par leur souplesse.

En somme, *rayons X* ou *lumière solaire ou artificielle* sont le traitement de choix des adénites, ils sont même le *spécifique* de cette affection ; mais, si l'on ajoute à ce traitement local le traitement général que nous avons indiqué, hydrothérapie, gymnastique respiratoire, séjour aux bords de la mer, la durée de la maladie est considérablement écourtée et la menace des rechutes est plus sûrement écartée.

Dr H. Dausset.

ORTHOPÉDIE

De la cure d'assouplissement dans le traitement de la scoliose

Par le Dr Devimeux (de Paris).

Le traitement de la scoliose ne peut être le même pour tous les cas, légers ou avancés, pour les formes mobiles ou pour les formes fixées. Mais pour ces dernières, ou tout au moins pour les formes peu mobiles, le traitement devra insister sur les manœuvres d'assouplissement de la colonne vertébrale. Agir autrement serait courir à un échec.

Pourrait-on, par exemple, faire plus mauvaise besogne que d'appliquer pour tout traitement un appareil de prothèse orthopédique, quel qu'il fût, sur une scoliose accentuée et médiocrement mobile ?

Emploiera-t-on l'appareil plâtré, suivant la méthode d'Abbott ou toute autre, l'action que l'on cherchera à exercer sera grandement facilitée par l'assouplissement préalable.

Le traitement de la scoliose comporte donc à mon avis un temps essentiel avant l'application d'un appareil orthopédique ou d'un corset plâtré ; je veux parler d'un temps prolongé d'assouplissement et de réduction de la scoliose.

Voici en résumé la description de l'appareil que j'ai fait construire pour arriver à ce but :

Il se compose d'un cadre rectangulaire (fig. 1, vue latérale en CR) porté sur quatre pieds et supportant à chacune de ses extrémités les pièces P. et P' sur lesquelles repose le patient.

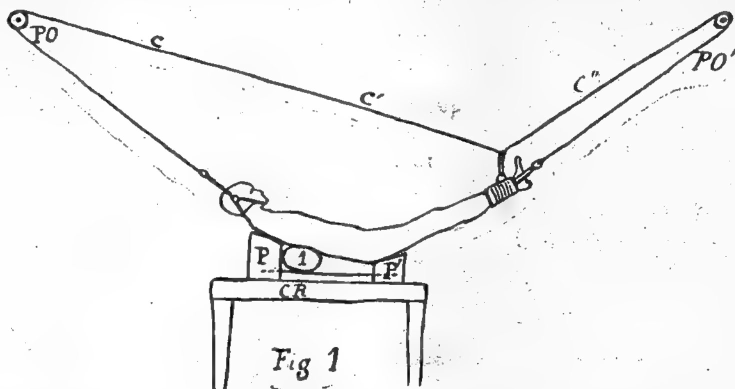
L'une de ces pièces est fixée au bâti de l'appareil ; je l'appelle chariot fixe. L'autre, que je dénommerai chariot mobile, coulisse sur le cadre horizontal pour être adaptée aux différentes tailles des malades.

Les chariots forment un double plan incliné, rembourré de feutre épais, et sur lequel le patient repose par la partie la plus élevée de ses épaules ainsi que par le bas de son bassin.

Des courroies de cuir matelassées me permettent de saisir la tête sous le menton et la nuque et d'exercer des tractions sur la tête. La corde qui tire sur la tête se réfléchit sur les poulies P O et P O' et vient se fixer sur les guêtres qui maintiennent les pieds (voir fig. 1).

Pour augmenter la traction sur la tête et sur les pieds, j'utilise le poids des jambes en solidarisant les guêtres avec la corde C. C.' C'' primitivement horizontale, entre les poulies P O et P O'.

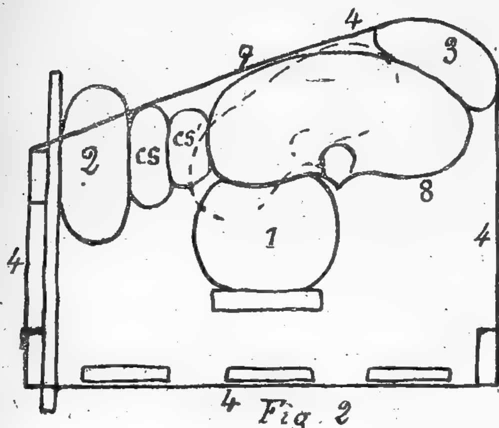
De cette façon, aussi, j'accentue la position générale du patient en demi-flexion de son rachis. N'oublions pas, en effet, que c'est dans la demi-flexion que s'opère le plus facilement la réduction de la scoliose.



Vue latérale schématique de l'appareil et du sujet. Traction, en demi-flexion du rachis, sur la tête et les pieds.

Voilà donc notre sujet placé sur l'appareil comme le représente la figure 1.

Reportons-nous maintenant à notre deuxième schéma (fig. 2) qui représente la coupe transversale du sujet et de l'appareil.



Coupe schématique, appareil et sujet.
1. Ballon agissant sur la gibbosité dorsale postérieure.
2. Ballon agissant sur la déviation latérale du rachis.
3. Coussin établissant une contre-pression sur la gibbosité thoracique antérieure.
4. 4. 4. Sangles.
En pointillé, contour du thorax avant l'application, avec en 7 et en 8 les zones où se fait l'ampliation thoracique par les exercices respiratoires, le sujet étant sur l'appareil.

Je suppose, cas habituel, que le sujet est atteint de scoliose dorsale droite.

Je place alors sous sa gibbosité costale postérieure un ballon pneumatique (1) non gonflé.

J'installe ensuite un deuxième ballon en (2), dont le rôle sera d'agir sur l'inflexion latérale de la colonne vertébrale.

Je cale ce ballon avec des coussins en CS. CS'.

Puis je place le coussin n° 3 maintenu en position par une ou deux courroies (n° 4). Ce coussin (n°3) établit sur la gibbosité thoracique antérieure une contre-pression obligeant le corps du malade à rester en demi-flexion et à ne pas se laisser soulever par le ballon postérieur.

Je fixe ensuite la courroie AP (fig. 3) qui passe en avant de l'épaule droite, matelassée par un feutre épais et l'empêche d'être soulevée par le ballon n° 1.

Cette même figure (n° 3) indique la position à donner aux bras : dans une scoliose dorsale à convexité droite, bras gauche élevé tirant sur la corde de traction céphalique — bras droit tirant sur le côté droit du cadre, en Bdr.

A l'aide d'une pompe pneumatique, je gonfle les deux ballons 1 et 2 ; le ballon 1, d'abord, pour agir sur la rotation vertébrale et réduire la gibbosité costale, puis le ballon 2 est gonflé à son tour (1).

Un petit manomètre à air comprimé que j'ai fixé sur un côté de l'appareil me permet de mesurer les pressions utilisées.

Il est facile de calculer la poussée produite par chaque ballon et ces poussées ne sont pas négligeables puisque un sujet de 20 ans environ supporte facilement sur sa gibbosité costale une poussée de 70 à 80 kgr., pendant les 20 ou 25 minutes que peut durer en pratique chaque application de l'appareil.

A remarquer que pour obtenir une poussée de 70 ou 80 kgr, la pression mesurée au manomètre n'a pas besoin d'être très élevée.

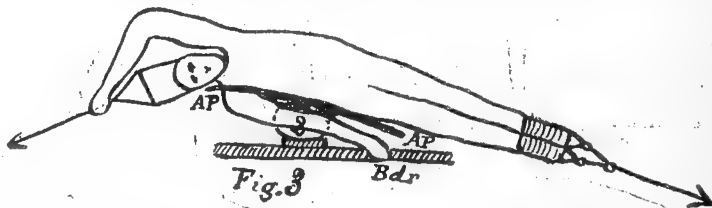
Mesurons par exemple la surface de contact du ballon n° 1. C'est facile lorsque la sujet sort de l'appareil. Dans toute la partie qui s'est trouvée comprimée, le sang afflue et il est aisé d'en délimiter le contour.

Il est simple ensuite d'en déterminer la surface.

Dans une observation prise au hasard, je la trouve de 168 cm². La pression au manomètre pendent l'application de l'appareil avait été de 35 cm de mercure soit 460 gr. environ par cm². Nous voyons donc qu'il s'exerce sur 168 cm², surface d'appui de notre ballon, une force de $0,460 \times 168$, c'est-à-dire de 77 kilogr. environ.

---

(1) Ce ballon n° 2 est gonflé beaucoup moins fortement que le ballon n° 1 de façon à ne pas exagérer la fermeture de l'angle postéro-externe des côtes du côté convexe, angle d'autant plus fermé que la scoliose est plus accentuée. Pour la même raison, le coussin CS' doit être placé bas, tout contre le ballon 1 (Fig. 2) de façon à être aussi près que possible de l'angle postéro-externe des côtes. Pour certains cas, même, je préfère n'utiliser qu'un seul ballon, situé un peu en dehors du ballon 1, prenant point d'appui sur un plan incliné de dehors en dedans et de haut en bas, la poussée de ce ballon étant alors dirigée de bas en haut et de dehors en dedans.



Sujet vu d'en haut subissant la traction oblique des cordes pour compléter la réduction de l'inflexion latérale déjà opérée par le ballon 2.
AP, sangle maintenant l'épaule droite.
Noter la position des bras.

Les pressions supportées par les différents sujets sont forcément variables (1); mais tous tolèrent sans difficulté des poussées assez considérables. Le fait s'explique facilement : j'utilise des ballons de caoutchouc de forme ovoïde recouverts d'une gaine de cuir souple. La pression exercée par ces ballons est forcément égale dans tous les points de la surface de contact avec le corps du malade.

Une plaque métallique, même rembourrée, ne peut avoir une pression aussi uniforme en tous ses points. De plus, la disposition des ballons et l'absence de toute courroie ou bande touchant le malade font qu'il ne peut y avoir la moindre poussée dans un endroit où une pression n'est pas nécessaire. Donc, pas de compression inutile comme il arrive fatalement avec des bandes.

De cette façon, les zones 7 et 8 du schéma n° 2, qui sont des zones où doit se faire l'ampliation thoracique, sont libres pendant l'application de l'appareil. La gymnastique respiratoire qu'exécute le patient pendant tout le temps qu'il est placé sur l'appareil se fait ainsi sans difficulté et les zones 7 et 8 peuvent s'amplifier sans être aucunement gênées.

Pour compléter la réduction de l'inflexion latérale du rachis, j'ai l'habitude de déplacer latéralement l'appareil, le sujet une fois mis en place.

De cette façon, comme l'indique la figure 3, la traction oblique des cordes appuie plus fortement la convexité de la déviation sur le ballon 2

J'utilise actuellement mon appareil en applications tous les deux jours environ. Je considère qu'il y a grand intérêt à en prolonger l'emploi pour bien assouplir le rachis avant d'appliquer un plâtre. Si l'on emploie un appareil amovible, il est possible et utile d'en continuer les applications 2 ou 3 fois par semaine, pendant le port de l'appareil.

Lorsque, au bout de 20 à 25 minutes, le sujet manifeste de la fatigue et qu'il est retiré de l'appareil, quelles sont les modifications qu'il est possible de noter ?

En prenant la taille du patient avant et après l'application, j'ai noté régulièrement une augmentation de la taille, au sortir de l'appareil, variant de 1 cm 1/2 à 2 cm 1/2.

Le chiffre donné par le voussomètre se trouve diminué de plusieurs unités.

Le contour du thorax est amélioré.

Le gain réalisé a besoin évidemment d'être maintenu par un appareil de celluloïd ou de prothèse orthopédique. Si l'on a pris la décision de faire un plâtre inamovible, ses bons effets sont forcément facilités par des passages fréquents et assez prolongés dans cet appareil de redressement et d'assouplissement.

J'utilise, pour obtenir les graphiques des gibbosités scoliotiques, un appareil dont voici succinctement la description :

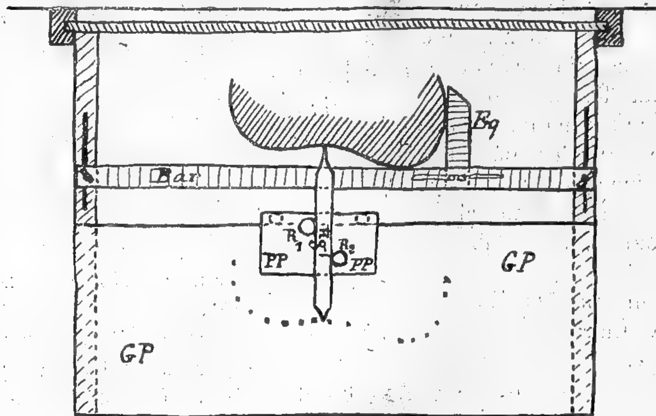


Schéma du scoliographe me permettant d'établir le tracé des déformations thoraciques.

Un bâti, susceptible de glisser dans deux rainures verticales, me permet de donner à deux barres antéro-postérieures horizontales et parallèles la hauteur que je désire. Sur ces barres, je dispose une grande planchette G. P. (Fig 4). que je fixe par une petite presse de chaque côté.

Mon patient se tient debout, à 8 ou 10 cm. en avant de ma planchette G.P. Il prend contact légèrement avec une barrette (Bar) et la partie (Eq) formant équerre. Ce contact lui permet de se maintenir plus facilement dans la même position pendant le temps de la prise du graphique.

La partie essentielle de ce scoliographe est constituée par la petite planchette PP. Celle-ci présente, à sa partie inférieure, deux roulettes disposées horizontalement et permettant le dé-

(1) Elles varient entre 30 et 76 cm. de mercure, environ.

placement latéral de la petite planchette tout en conservant ses rapports identiquement semblables avec la grande planchette.

La partie supérieure de la petite planchette PP présente deux autres roulettes à gorge R_1 R_2, entre lesquelles glisse une réglette (Rgl).

Il est facile de comprendre qu'en déplaçant la petite planchette latéralement et en prenant contact par la réglette Rgl avec le thorax examiné en une série de points, tout en conservant aux différentes parties les rapports représentés sur le schéma, il est aisé de déterminer un certain nombre de points qui, reliés entre eux, donnent le contour thoracique avec une exactitude rigoureuse.

Cet appareil m'a permis de vérifier les modifications apportées au contour thoracique par les applications de l'appareil de redressement (1).

En particulier, il est intéressant de noter les progrès de l'assouplissement du rachis.

Une poulie, plus exactement un petit moufle, muni d'un dynamomètre, me permet d'exercer sur la tête du malade une traction connue, 35 kg. par exemple, au début du traitement. Je prends alors le contour thoracique au niveau de la gibbosité costale. Si, au bout d'un mois ou un mois et demi de traitement par les manœuvres de réduction, je me replace dans les mêmes conditions d'expérience, je remarque que le graphique est très modifié, que l'asymétrie thoracique disparaît et qu'il y a, en somme, un notable assouplissement du rachis.

Ce petit appareil qui me permet d'établir le tracé des déformations thoraciques me paraît des plus utiles pour suivre les progrès du traitement.

Je ne puis, avant de me résumer, m'empêcher de citer quelques passages de MM. Mouchet et Rœderer au dernier Congrès d'Orthopédie.

(1) Lorsque le malade prend contact avec les planchettes Bar et Eq, il est facile de dessiner le contour thoracique à un niveau donné. Mais, pour prendre un graphique complet, j'immobilise mon malade sans le laisser toucher les parties mobiles de l'appareil. Je modifie alors la hauteur du bâti mobile, 5 cm. par 5 cm., et chaque fois, je prends note sur la feuille de la planchette GP. des points intéressants pour le graphique : projection du contour thoracique, apophyse épineuse, bords des omoplates, etc. Ces repères me permettent de construire un tracé général me donnant : 1° le contour général du thorax, celui des omoplates et la ligne des apophyses épineuses ; 2° le contour du thorax dans un plan horizontal, à un niveau connu ; 3° la ligne des apophyses épineuses dans le plan sagittal. Un graphique général est ainsi établi au début du traitement. Quelques mois plus tard, il est possible d'inscrire sur la même feuille le tracé nouveau et de le comparer avec le premier.

Les mêmes données sont fournies en tracé continu par le thoracographe de Schulthess. L'établissement d'un graphique par la détermination de points à des niveaux connus rappelle les graphiques établis d'après le procédé de Zander (voir Atlas manuel Luning et Schulthess).

Leurs idées me semblent en conformité avec celles qui ont présidé à la construction de mon appareil de redressement.

Voici, en effet, ce que disent ces auteurs :

« Ce traitement gymnastique assouplissant (constituant un long traitement préparatoire) doit faire état du principe de la flexion rachidienne et de l'emploi du jeu pulmonaire comme agent de correction » et plus loin : « Nous croyons que la flexion moyenne réalise les avantages de la flexion forcée au point de vue de la mobilisation des segments vertébraux ». « Nous croyons aussi que la suspension par la tête ou d'une manière plus générale, l'élongation de la colonne vertébrale, représente un moyen de redressement qu'on a abandonné à tort ». « Cas plus avancés : après une longue période d'assouplissement par la gymnastique et le passage quotidien ou tri-hebdomadaire dans un appareil de redressement forcé associant, en position horizontale, l'élongation de la colonne vertébrale avec des pressions latérales fortes, mesurées au dynamomètre, nous mettons pour 2 ou 3 mois dans un plâtre fermé. »

Le Dr Barbarin, au même Congrès, dit également :

« J'ai reconnu aussi la nécessité d'une longue période de préparation, d'assouplissement, avant l'application du premier plâtre. »

En somme, en résumé, le traitement de la scoliose dans un cas tant soit peu avancé doit comporter une période assez prolongée d'assouplissement.

Je propose pour les manœuvres de réduction et d'assouplissement l'appareil que j'ai décrit et qui combine, en position horizontale du sujet, le rachis étant en demi-flexion, la traction sur la tête et les pieds avec la compression élastique et forte sur la gibbosité costale, en même temps que sur la convexité de l'inflexion latérale du rachis.

La gymnastique respiratoire favorise l'ampliation des parties déprimées du thorax.

Les progrès du traitement sont suivis plus facilement par l'emploi d'un appareil du type du scoliographe dont j'ai donné la description.

A TRAVERS LA PRESSE

Diagnostic et traitement des hémorroïdes.

On sait avec quelle insistance M. Pauchet réclame un examen complet et sérieux de la région ano-rectale, pour arriver au diagnostic précoce du cancer du rectum, que l'on pourrait confondre à première vue avec des hémorroïdes, surtout quand l'état général du malade est devenu si mauvais, du fait des douleurs et des pertes sanguines, qu'il en impose pour la cachexie cancéreuse.

MM. Bensaude et Ernst exposent une nouvelle méthode d'exploration de cette région qui permet d'avoir pour ainsi dire sous les yeux les lésions que l'on doit soigner. Elle consiste à obtenir l'éversion de la muqueuse. Cette éversion est réalisée au mieux par l'emploi d'une ventouse de Bier appliquée de manière à ce que l'orifice anal soit exactement à son centre. Quelques précautions sont à prendre : graisser légèrement le pourtour de l'anus et le bord de la ventouse ; la chauffer préalablement pour éviter le dépôt sur sa paroi interne d'une buée qui empêche l'inspection ; si cette buée recouvre néanmoins abondamment l'intérieur de la ventouse, une compresse imbibée d'eau très chaude et glissée tout autour du corps de la ventouse la dissipera suffisamment.

« Sous l'aspiration, on voit apparaître les « tumeurs variqueuses avec une grande netteté « tantôt sous forme de petites masses granu- « leuses framboisées, tantôt en paquets plus « volumineux, tendus, bleuâtres ou violacés ».

La rectoscopie peut intervenir pour découvrir les hémorroïdes internes haut situées.

Le traitement des hémorroïdes s'adresse à la crise congestive et aux hémorroïdes elles-mêmes. Contre la crise, aux médicaments déjà connus (hamamelis, viburnum, hydrastis canadensis, marron d'Inde), les auteurs proposent d'ajouter un produit nouveau, l'*echrinops spinosus*, vasoconstricteur énergique et durable des muscles lisses, et un autre produit, le *cupressus* en teinture (XL gouttes), vanté par Henri Leclerc.

Le traitement local comporte une hygiène rigoureuse, l'emploi de douches locales froides, de courants de haute fréquence, de glace, d'eau blanche, de chlorhydrate double de quinine et d'urée, de préparations à l'oxychlorure de bismuth et à l'adrénaline, de la ferripyrine contre les hémorragies, du chlorure de calcium, etc.

Le traitement des hémorroïdes elles-mêmes est chirurgical, selon l'enseignement de Quénu. Mais, on tend, surtout à l'étranger, à lui substituer la méthode des injections coagulantes avec la glycérine phéniquée, l'alcool, l'eau salée, l'éther iodoformé, l'ergotine, l'adrénaline, le chlorhydrate double de quinine et d'urée. Ces injections constituent en elles-mêmes un acte chirurgical ; elles seront pratiquées avec le maximum de précautions aseptiques. Quand elles sont bien faites, il semble qu'elles donnent des résultats remarquables, parfois même surprenants. Elles apparaîtraient comme un type de traitement ambulatoire, indiqué chez les malades trop anémiés, trop affaiblis pour supporter ni une intervention sanglante, ni l'anesthésie générale. (*Presse méd.*, 2 mars 1921.)

Traitement des métrites.

Les métrites aiguës sont blennorhagiques ou puerpérales. Contre les premières, Mlle de Jong conseille le repos au lit, les compresses chaudes en permanence sur le ventre ; les lavements ou les suppositoires calmants (opium, belladone), les injections chaudes (40°, 45°) avec la décoction de têtes de pavot et de racines de guimauve, sous faible pression, le bassin étant surélevé. L'état aigu calmé, utiliser les injections au permanganate, les badigeonnages du col et des culs-de-sac avec la solution de nitrate d'argent au 30°, les pansements vaginaux des formes chroniques. Soigner la vulvite.

La métrite puerpérale, prévenue par l'asepsie obstétricale, demande le repos, les applications de glace sur l'abdomen, les lavages vaginaux antiseptiques, au besoin, selon l'auteur, le curage digital ou le curettage instrumental, contre lequel toutefois un cour nt se dessine, nous n'en voulons pour preuve que les conceptions de M. Vignes, que nous avons exposées d'après lui ici même.

Dans les formes chroniques des métrites, on recommandera autant que possible également le repos, les injections variées, la variété des solutions donnant de meilleurs résultats que leur uniformité prolongée : permanganate, liqueur de Labarraque, coaltar, ichtyol, bicarbonate et borate de soude, tanin. Les pansements sont pratiqués avec des tampons à la glycérine ichtyolée, au collargol, à l'acide lactique, après badigeonnages du col à la teinture d'iode. Les ovules sont de bons succédanés des tampons préparés extemporanément.

Les autres procédés indiqués par l'auteur sont l'application sur le col de la ventouse de Bier, les scarifications linéaires, la columnisation vaginale, l'electrothérapie. Quand il existe des ulcérations, le caustique de Filhos bien manié donne d'excellents résultats ; je l'ai employé jadis avec succès.

Les hémorragies des vierges, dont l'origine métritique est discutée, seront traitées par l'immobilisation, les lavements au viburnum et à l'hamamelis, l'ergotine, l'opothérapie mammaire, surrénalienne, hypophysaire. L'électricité, le

radium, ont été conseillés dans certaines formes rebelles, de pathogénie mal connue.

Chez les vieilles femmes, on pensera au cancer et on désinfectera la région avec des injections antiseptiques et des pansements vaginaux. (*L'Hôpital*, mars 1921, A.).

Restauration du pouce par greffe du gros orteil.

On sait de quelle importance est la conservation du pouce dans les mutilations de la main, Cependant, quand la chose est impossible, en raison du traumatisme et de ses conséquences, peut-on y remédier ? Oui, répond M. Grégoire qui, dans une observation personnelle, a réussi à greffer sur la tête du premier métacarpien, le gros orteil.

Le résultat obtenu est satisfaisant. « Le malade est capable d'une grande précision et « d'une grande délicatesse dans ses mouvements « .... Il est aussi capable d'une certaine force, « puisqu'il peut sérrer et tenir, la paume en « bas, un poids de 2 kil. ou le porter horizontalement par l'anneau passé dans son pouce ». (*Paris méd.*, 26 fév. 1921.)

Traitement de la laryngite chronique

Il s'agit de la laryngite pure, et non secondaire à la syphilis, à la tuberculose ou au cancer, celles-ci devant être attaquées dans leur cause. La laryngite associée, nonobstant le traitement de l'affection primitive, est justiciable, dans son élément laryngé, de la même médication.

On prescrira, dit M. Miégeville, le repos de l'organe par le silence absolu, le changement de vie et de climat. On proscrira le tabac et l'alcool.

La médication interne utilise le benzoate de soude et l'extrait de racines d'aconit.

Localement, le malade pourra faire lui-même des inhalations et des pulvérisations.

Pour les inhalations, on recommandera l'eau bouillante additionnée, pour un quart de litre, d'une cuillerée à café de la mixture suivante :

Teinture d'eucalyptus...... } Teinture de benjoin........ }	ââ 20 gr
Teinture de tolu	10 gr.
Essence de thym .... } Essence de lavande........ }	ââ 5 gr.
Essence de pin sylvestre...	2 gr.
Alcool..............q.s.p.	100 cmc.

La solution alcoolique de baume du Pérou, ainsi que l'essence de térébenthine, sont également recommandables.

Pour les pulvérisations avec un appareil, on aura recours aux astringents (alun), aux antiseptiques (acide phénique, thymol, benzoate de soude).

A ces manœuvres que le malade peut faire lui-même, le spécialiste ajoutera les insufflations, les badigeonnages locaux, les injections intra-trachéales.

Certaines cures hydro-minérales (Cauterets, Eaux-Bonnes, Allevard, La Bourboule, le Mont-Dore) jouissent d'une réputation méritée dans le traitement des laryngites chroniques (*Bull. méd.*, 26 fév. 1921.)

Injections massives intra-bronchiques dans la gangrène pulmonaire.

M. Guisez s'en fait de nouveau le protagoniste. Elles demandent l'anesthésie parfaite du larynx, et emploient la solution huileuse de goménol à 1/10, 1/5.

Elles seront faites tous les deux jours ou tous les jours, avec, tous les trois ou quatre jours, un jour de repos. « Après l'injection, le sujet doit rester dans l'immobilité pendant une demi-heure et couché du côté du poumon que l'on a voulu atteindre ». On injectera de 20 à 25 cmc.

Grâce à un dispositif spécial, l'auteur est assuré de pénétrer dans la bronche qu'il veut irriguer. La vérification en a été faite par la radioscopie.

Chez les malades qu'il a ainsi traités « la température est redevenue normale après quelques injections ; très rapidement aussi l'état « général a semblé profondément modifié. « L'appétit, totalement absent, est redevenu « très vif, souvent dès la quatrième ou cinquième injection. La quantité de l'expectoration « a rapidement diminué, la fétidité gangréneuse semble avoir été le signe le plus lent à « disparaître. Celle-ci a récidivé dans 2 cas, « mais a cédé sans retour à une nouvelle série « d'injections ». (*Presse méd.*, 26 fév. 1921.)

Traitement des tuberculoses chroniques par les sulfates de terres cériques.

MM. Grenet et Drouin proposent non seulement un médicament nouveau, mais encore et surtout une méthode nouvelle de traitement des tuberculoses par les sels cériques, tant en application locales sur les ulcérations que d'une manière générale, beaucoup plus importante et de portée infiniment plus grande. (*Presse méd.*, 23 fév. 1921.)

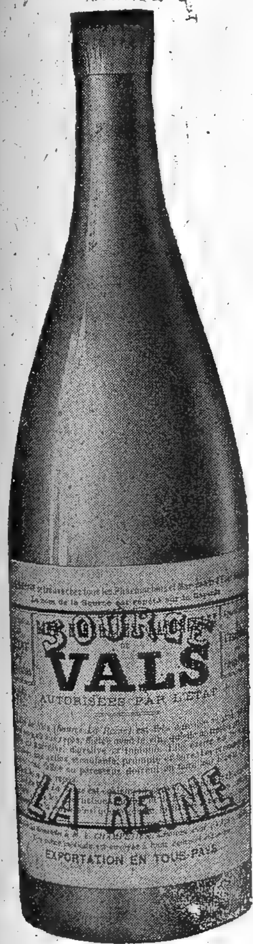
Rejetant les voies gastriques, intestinales et intra-trachéales, ils donnent la préférence aux injections intra-veineuses et aux injections hypodermiques.

Ils conseillent de procéder par séries de vingt injections, tous les jours ou tous les deux jours, séparées les unes des autres par des repos de vingt jours. Ils emploient une solution de sulfate de dydime à 2 %, dont ils injectent de 4

VALS SOURCE REINE

TRAITEMENT de

l'ARTHRITISME



Cure de Printemps

Mode d'administration de la REINE de Vals dans le traitement de l'arthritisme

L'eau de **Reine de Vals** est la véritable boisson des **arthritiques** ; qu'il s'agisse de manifestations **articulaires** ou de manifestations **viscérales**, son emploi est formellement indiqué, et les malades en retirent le plus grand bien.

Ils peuvent la prendre d'une manière habituelle comme **eau de table**, car son usage, prolongé même pendant des années, ne présente aucun inconvenient.

Ils peuvent aussi la prendre à la manière d'une **cure hydrominérale**, savoir :

UN VERRE LE MATIN A JEUN,
UN SECOND VERRE AU BOUT D'UNE HEURE SI POSSIBLE,
UN VERRE AVANT LE DÉJEUNER,
UN VERRE AVANT LE DINER,
LE RESTE DE LA BOUTEILLE ÉTANT CONSOMMÉ AU REPAS.

Ce mode de faire continué pendant **trois semaines** est particulièrement recommandable au **commencement du printemps** et à l'**automne**.

N.-B. — Pour éviter *les substitutions*
AVOIR SOIN DE BIEN SPÉCIFIER
Vals SOURCE LA REINE

L'Eau de la Reine se trouve dans toutes les pharmacies, chez tous les marchands d'Eaux et dans les dépôts de la Cie fermière de Vichy. On peut également s'adresser à M. CHAMPETIER *à* VALS-LES-BAINS *(Ardèche).*

VALS SOURCE REINE

à 5 cmc., de façon à introduire chaque jour de 0,08 à 0,10 de sel cérique. Pour l'utilisation de la voie hypodermique, ils conseillent de recourir à une solution du même sel à 2 p. 1000 en milieu lipoïdique phosphoré.

Ce qui importe, c'est de procéder méthodiquement, d'une manière continue et suffisamment prolongée, en raccourcissant les périodes de traitement si le malade est légèrement atteint ou se montre déprimé ; de même, la période de repos sera raccourcie ou allongée suivant l'importance des résultats obtenus.

Cette méthode de traitement convient aux tuberculoses chroniques, à l'exclusion des formes aiguës et fébriles, particulièrement aux tuberculoses ganglionnaire, pulmonaire, cutanée, pharyngo-laryngée, osseuse, péritonéale, entéro-péritonéale, rénale, etc.

Les poussées évolutives fébriles commandent l'abstention, ainsi que les hémoptysies, la granulie, la cachexie des grands cavitaires.

Autre remarque importante, quand on a adopté une voie d'introduction du médicament, il faut s'y tenir et ne pas varier arbitrairement.

« Résumant, disent-ils, les résultats déjà « obtenus, et dont on ne saurait nier l'importance, « nous ne nous dissimulons certes pas que notre « méthode doit être encore étudiée et perfec« tionnée : telle qu'elle est, elle nous paraît déjà « susceptible d'entrer dans la pratique et de « donner des succès que les autres traitements « n'obtiennent pas, dans les mêmes cas, avec la « même régularité ».

G. D.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

Paris

Prophylaxie de l'encéphalite léthargique.

(M. Dopter. — *Académie de médecine.*)

M. Dopter discute le rapport de M. Arnold Netter sur l'étiologie et la prophylaxie de l'encéphalite léthargique. Il insiste sur la difficulté de proposer des mesures prophylactiques efficaces. L'encéphalite, en effet, offre de nombreuses formes frustes. Souvent, la présence du virus semble se manifester uniquement par des rhino-pharyngites qui n'ont aucun caractère spécial. Certaines observations, même, incitent à penser que le virus spécifique produit d'abord une rhino-pharyngite qui, dans quelques cas seulement se complique d'encéphalite bien caractérisée, au hasard des défaillances de l'organisme. Les moyens prophylactiques conseillés (isolement, déclaration) ne s'adressant qu'à l'encéphalite déclarée, laissent nécessairement de côté tous les foyers contagieux du pharynx nasal.

M. Netter répond qu'il ne s'est pas mépris sur les imperfections des mesures prophylactiques qu'il a recommandées. Ce n'est pas une raison pour les rejeter et ne pas réaliser ce qui est réalisable dès à présent. La déclaration devrait porter, en matière d'encéphalite, non seulement sur les cas avérés, mais aussi sur ceux qui paraissent fortement suspects.

Fou rire et bâillements dans l'encéphalite léthargique.

(MM. Sicard et Paraf. — *Société méd. des hôpitaux.*)

M. Sicard a observé, chez un convalescent d'encéphalite épidémique, l'apparition de crises, répétées 4 ou 5 fois par jour, de fou rire inextinguible, à tendance syncopale. Chez d'autres malades, il a vu des crises de bâillements. Une fois, le bâillement, par son intensité, sa répétition, a provoqué une luxation de la mâchoire, à caractère récidivant. Une alcoolisation des muscles ptérygoïdiens, d'un côté, fit cesser les récidives et évita à la malade une intervention opératoire.

Sténose pylorique chez des nourrissons.

(M. Maurice Péhu, de Lyon. — *Société médicale des hôpitaux.*)

M. Péhu communique six observations inédites de sténose pylorique chez des nourissons, ce qui porte à 32 le nombre des cas de ce genre actuellement publiés en France. Cinq des petits malades de M. Péhu ont guéri par le seul traitement médical, dont l'élément principal a été les lavages de l'estomac. Le sixième cas, plus grave, soumis à l'opération, a succombé, malgré l'intervention.

Fièvre par morsure de chien.

(M. Cazamian. — *Société médicale des hôpitaux.*)

M. Cazamian a traité un matelot qui, à la suite d'une morsure de chien, fut atteint d'une fièvre analogue au sodoku. Le patient, après un traitement anti-rabique d'une durée d'un mois, fut pris de crises fébriles, en même temps que la plaie de sa main s'ouvrait à nouveau. Au bout de cinq ou six jours, la fièvre se calma, mais il resta de l'anémie, des adénopathies régionales. M. Cazamian, pensant à une infection par un trypanosome de l'ordre de l'agent causal du sodoku, fit au malade des injections de novarsénobenzol et la guérison fut rapide.

On connaît la fièvre par morsure de rat ou sodoku (de so : rat, doku : poison), spirochétose bien étudiée par les Japonais. Il s'agit ici d'une affection analogue, sinon semblable. On a établi que le chat, le furet, l'écureuil, peuvent inoculer le sodoku. Peut-être en est-il de même du chien, soit que ces animaux constituent des vecteurs du spiro-



chète en cause, soit qu'ils contractent l'infection en mordant eux-mêmes des rats.

Surveillance des sujets mordus, après traitement anti-rabique.

(M. RAYMOND MALLET. — *Société médicale des hôpitaux.*)

M. Mallet rapporte l'observation d'une malade qui, mordue à la face par un chien, fut traitée régulièrement à l'Institut Pasteur, et mourut de la rage *neuf mois après*. Chez cette femme, les symptômes de rage confirmée furent précédés pendant quelque temps de certains troubles (accès de dépression, pressentiments tristes, perte de la mémoire, malaises céphaliques vagues).

On sait que la guérison qui suit le traitement pastorien peut être seulement temporaire. Roux, d'autre part, a pu prévenir quelquefois le développement ultérieur de la maladie, en reprenant les vaccinations chez des sujets offrant des indices locaux prémonitoires, la douleur au niveau de la cicatrice en particulier. On peut se demander si, chez la patiente vue tardivement par M. Mallet, une observation clinique plus prolongée n'aurait pas permis d'éviter l'éclosion des grands accidents. La surveillance des malades, après inoculations pastoriennes, semble donc indiquée, en pareil cas, assez longtemps, sans trop s'illusionner cependant sur la certitude d'éviter les surprises d'un retour de la rage.

Le scorbut infantile ; sa méconnaissance.

(M. J. COMBY. — *Société médicale des hôpitaux.*)

Le scorbut infantile, bien étudié par les pédiatres depuis la description de Barlow, est quelquefois méconnu par les praticiens, dit M. Comby. Avec la guerre et la pénurie de lait frais, le nombre des cas de scorbut infantile est devenu plus grand et il est bon de rappeler en quelques mots les bases du diagnostic et du traitement de cette affection.

Le diagnostic repose essentiellement sur trois notions que l'on doit avoir présentes à l'esprit devant un nourrisson maladif, soigné sans succès par divers moyens ;

1° Un allaitement artificiel, depuis six, huit ou dix mois, avec un lait stérilisé, un lait condensé, une farine de conserve (un lait ou produit non vivant, en un mot) ;

2° Des douleurs osseuses se traduisant par l'impotence des membres inférieurs et des cris quand on les remue (*pseudo-paraplégie* douloureuse, qui ne manque jamais) ;

3° Des ecchymoses gingivales (gingivite hémorrhagique) qui font défaut quand l'enfant n'a pas de dents, mais sont presque constantes si l'enfant a des dents.

Le traitement consiste à supprimer l'aliment de conserve, qu'on remplacera par du lait frais bouilli, et à donner chaque jour, une, deux, trois cuillerées à café de jus d'orange, de jus de raisin, ou encore, de jus de citron dilué dans de l'eau sucrée. La guérison est rapidement obtenue.

La prophylaxie est aussi simple et efficace que le traitement. Sans renoncer à la précieuse ressource des laits stérilisés et modifiés (condensés, séchés, etc.), il convient, après quelques mois d'allaitement artificiel à l'aide des laits de ce genre, de faire prendre systématiquement au nourrisson, tous les jours, une petite quantité de jus d'orange, de raisin ou de citron.

M. NETTER estime que la stérilisation unique et modérée du lait ne suffit pas à rendre ce dernier scorbutigène. Il n'en va pas de même de deux stérilisations successives et c'est, malheureusement, le cas habituel à l'heure présente. M. Netter a observé également depuis la guerre un nombre plus grand de cas de scorbut infantile, ce qu'explique bien la pénurie de lait frais que nous subissons.

Septicémie pneumococcique primitive.

(MM. BROUARDEL et RENARD. — *Société médicale des hôpitaux.*)

MM. Ménétrier et Levesque ont rapporté, dernièrement, un cas de septicémie à pneumocoques primitive. Au même moment M. Brouardel observait une malade dont l'histoire clinique était superposable. L'hémoculture décela du pneumocoque.

Cliniquement, cette septicémie pneumococcique primitive se résume en deux mots : c'est le tableau de la pneumonie sans pneumonie. Même début brusque, par frisson, ascension thermique et courbature, même type de fièvre élevée avec langue sèche et rôtie, urines rares et albumineuses, sans prostration, même défervescence rapide entre le cinquième et le septième jour avec retour immédiat à la santé. Par contre, absence totale de signes de localisation viscérale. L'hémoculture apporte le diagnostic, souvent, il est vrai, quand la maladie est déjà guérie.

L'hypotension des tabétiques. Déductions thérapeutiques.

(M. PAULIAN, de Bucarest. — *Société médicale des hôpitaux.*)

M. Paulian considère que, chez les tabétiques indemnes de lésions aortiques, l'hypotension est la règle. Cette hypotension s'exagère au moment des crises gastriques et des douleurs fulgurantes. Elle expliquerait à la fois les crises en question et l'asthénie des tabétiques. L'administration de l'adrénaline apparaît dans ces conditions comme une médication utile dans les crises douloureuses du tabès.

M. SERGENT a fait la même constatation thérapeutique, depuis quelques années, chez divers malades.

Urticaire et hémoclasie par fatigue.

(M. Joltrain. — *Société médicale des hôpitaux.*)

M. Joltrain a traité une malade chez laquelle la fatigue suffisait, en dehors de toute alimentation et de toute introduction d'éléments étrangers, à produire une crise hémoclasique suivie d'urticaire. Les accidents se montraient très fréquemment. Il s'agit là, suivant l'expression de MM. Widal et Abrami, d'une auto-colloïdoclasie, par opposition à l'hétéro-colloïdoclasie due à l'introduction d'albumines étrangères dans l'organisme.

P. L.

Lyon.

Société des sciences médicales.

Hérédo-syphilis et tabès — Crise abdominale ayant simulé une appendicite.

MM. Cade et Morénas présentent une malade hérédo-syphilitique (tibias en lames de sabre) chez laquelle on constate actuellement des signes manifestes de tabès ayant débuté il y a huit ans environ, sans qu'on trouve chez cette malade de signes de syphilis acquise. Ce cas confirmerait donc les observations de divers auteurs qui prouvent que l'hérédo-syphilis peut provoquer le tabès. D'autre part, cette malade avait eu, au début de son affection, une série de crises douloureuses abdominales qui furent prises pour des crises appendiculaires et pour laquelle elle subit l'appendicectomie.

Phlegmon sous-ombilical profond consécutif à une appendicite aiguë avec abcès.

MM. Patel et Vergnory présentent l'observation d'une malade opérée en juin 1920 pour appendicite aiguë avec abcès volumineux et appendice sphacélé. La malade revient quatre mois après, guérie de son appendicite, mais avec une tumeur sous-ombilicale, presque médiane, mate, très dure, très douloureuse, s'accompagnant de phénomènes généraux, température 39°5. La collection fut ouverte et drainée ; elle était développée dans la loge décrite par Heurtaux (1877) et limitée : en avant par la gaine des droits, en arrière par le *fascia infra-umbilicalis* ; en haut cette poche, lorsqu'elle est « infectée » par le pus, est limitée par un bord à concavité supérieure, alors que les abcès de la cavité de Retzius ont un bord supérieur concave en bas. Ces phlegmons ont été décrits au cours des infections générales, de la puerpéralité, de la fièvre typhoïde.

Hémorrhagie intrapéritonéale par rupture de veines dans un gros fibrome utérin.

M. A. Chalier a opéré une femme qui avait présenté de brusques et vives douleurs abdominales avec tendance syncopale, et chez laquelle il trouva dans le péritoine 2 litres environ de sang, un volumineux fibrome sillonné par de grosses veines, sur lesquelles on découvrit deux déchirures. De telles hémorrhagies intra-péritonéales, en dehors de la grossesse extra-utérine, sont extrêmement rares.

Société médicale des Hôpitaux.

Le traitement d'attaque des diphtéries graves.

MM. Mouriquand, Colrat et Morénas relatent 4 observations prouvant que dans les diphtéries graves, la sérothérapie intramusculaire est insuffisante, même à doses élevées, tandis qu'on obtient des améliorations rapides avec la voie intra-veineuse. Le sérum sera dilué dans son volume de sérum physiologique, le mélange porté à 38° et l'injection faite avec une lenteur extrême (dix minutes par 20 cmc. de mélange). D'autre part, comme il a été reconnu expérimentalement que le pouvoir antitoxique conféré par le sérum intra-veineux décroît rapidement, il convient, après une ou plusieurs injections intraveineuses, de faire des injections intra-musculaires ou sous-cutanées pendant trois ou quatre jours. Ne pas négliger les soins locaux et ceux destinés à soutenir l'état général (huile camphrée, adrénaline).

Entérite chronique ; alimentation carencée ; troubles nutritifs profonds du type scorbutique chez un enfant de six ans.

M. Revillet (de Cannes). Enfant de 6 ans, nourri au sein, en excellente santé jusqu'à 3 ans. A la suite de l'ingestion d'une brioche achetée par sa bonne dans la rue, choléra infantile, qui fut suivi d'une entérite chronique, avec selles mal liées, glaireuses, parfois striés de sang. L'enfant est soumis au régime des pâtes, riz décortiqué, crêmes d'orge, d'avoine, biscottes, pains de régime, etc. ; sévère interdiction de la viande, des légumes, surtout verts, et des fruits cuits ou crus. En somme, régime exclusif de tout aliment frais ou vivant, composé uniquement de substances desséchées, stérilisées, conservées depuis plus ou moins longtemps. Quand M. Revillet vit le malade, il constata : abattement, teint terreux, décoloration des muqueuses, amaigrissement, atrophie des membres inférieurs ; épiphyses du fémur et du tibia très douloureuses à la pression, ligaments latéraux de l'articulation très relâchés. Tibia et péroné également douloureux à la pression au niveau de leur épiphyse inférieure. L'auteur prescrivit du jus d'orange, un régime varié, viandes grillées, pommes de terre, raves, carottes, lentilles. La guérison survint rapidement.

A propos de cette communication, dont M. Mouriquand souligne en quelques mots l'intérêt, M. Pallasse présente une observation analogue dans laquelle il existait en outre de la gingivite hémorrhagique. La guérison fut également obtenue par l'administration de jus d'oranges, légumes verts, purée de pommes de terre.

A. C.

BIBLIOGRAPHIE CRITIQUE

Revue des Livres.

Chez MALOINE, Paris.

Dr A. Cantonnet, ophtalmologiste des hôpitaux de Paris (Hôpital Cochin). — L'Ophtalmologie du Praticien, 4e édition française.

Ce livre en est à sa 4e édition française, c'est-à-dire au 6e mille, ce qui, avec les 5 éditions étrangères (italienne, espagnole, anglaise, grecque et hollandaise), fait le 11e mille. C'est dire la faveur que lui a témoignée le public médical.

En effet, il s'adresse, non aux spécialistes, mais aux praticiens généraux, qui trouvent en lui un livre de poche, de lecture facile et sans termes techniques, largement illustré. Les détails pour le spécialiste, les données d'optique, inutiles en pratique générale, y sont laissés de côté pour faire place aux cas d'urgence, aux traumatismes, aux affections courantes. Ce livre est le reflet de l'enseignement pratique fait par l'auteur à Cochin.

C'est ce qu'il faut au praticien.

Revue des Thèses

THÈSE DE BORDEAUX, 1921.

Dr A. Veisse. — Contribution à l'étude de l'anesthésie générale ; l'appareil de M. le Professeur Bégouin : « Masque universel ».

L'anesthésique parfait n'existe pas, l'appareil parfait n'existe pas. Il ne saurait y avoir d'ailleurs une anesthésie. il y a des anesthésies : le choix de l'anesthésique et des techniques devant être guidé par de trop nombreux facteurs : âge et état du malade, siège et durée de l'intervention, expérience de l'anesthésiste, etc.

La multiplicité des divers appareils préconisés pour l'anesthésie générale montre qu'ils sont compliqués, lourds et encombrants, d'un entretien très défectueux. Leur diversité (masques de Juillard, Landau, Juncker, Ombrédanne, pour l'éther ; — appareils de Ricard, Gauthier, Fredet, Caillaud, pour le chloroforme ; appareils de Camus, Luër, Abrand, Houzel, pour le chlorure d'éthyle) — entraîne pour le chirurgien la nécessité tout au moins onéreuse de se munir d'appareils multiples.

Tous ces appareils, surtout ceux qui sont munis d'inhalateurs mécaniques — et ils passent pour les meilleurs — ont le gros inconvénient de donner à l'anesthésiste une fausse sécurité qui l'entraîne nécessairement à relâcher sa surveillance. L'anesthésiste, en effet, doit rester constamment fidèle au principe si souvent formulé par M. le Professeur Bégouin : « *respiration, coloration, pupille* ». Aussi, en pratique, l'anesthésiste qui fait partie de l'équipe chirurgicale revient-il toujours *au bon procédé*, à la compresse. Or, la méthode de M. le Professeur Bégouin n'est que le *procédé de la compresse perfectionné.*

L'appareil de M. le Professeur Bégouin se compose de deux pièces essentielles : 1° le *cadre*, de forme spéciale, rappelant le cadre ordinaire à compresses, s'adaptant parfaitement au visage du malade et pouvant admettre en bonne position le tube de Mayo ; 2° le *couvercle*, « en chapeau d'amazone » présente quelques détails de construction qui permettent facilement les diverses transformations nécessaires à l'emploi d'anesthésiques variés (kelène, chloroforme, éther, somnoforme), successivement au cours d'une même anesthésie.

Ses avantages sont les suivants : *propreté* (il est entièrement stérilisable), *simplicité, légèreté, universalité.*

Sa pratique n'a donné que des résultats excellents : anesthésies aussi bonnes, aussi parfaites qu'avec la compresse seule, silence abdominal complet dans les laparotomies ; — évaporation réduite au minimum mettant l'anesthésiste et les opérateurs — et le malade — à l'abri des inconvénients et des dangers de cette évaporation ; — enfin, consommation extrêmement réduite d'anesthésique.

L'appareil de M. le Professeur Bégouin constitue donc un réel progrès ; il mérite de figurer dans l'arsenal chirurgical moderne ; *il laisse à l'anesthésiste toute la responsabilité du rôle important qu'il a dans l'acte opératoire* ; il réduit au minimum les risques inévitables de l'anesthésie générale.

Docteur Ch. Faguet.
Chirurgien de l'Hôpital de Périgueux.

THÈSES DE LYON

Dr Pierre Pelissier. — Le citrosalicylate de piperazine. (A. Rey.)

Composé nouveau, augmentant l'excrétion d'acide urique, le citrosalicylate de piperazine, dit Pelissier, se prête à toutes les formes et peut être ordonné à la dose de 1 gr. 40 par jour pendant huit jours.

PARTIE PROFESSIONNELLE

LA VIE SYNDICALE ET PROFESSIONNELLE

La loi des Pensions, le Parlement et le Corps médical.

Nous avons publié, il y a 15 jours, le compte-rendu des débats qui ont eu lieu à la Chambre des Députés le 13 et le 14 avril.

Ces débats ont repris les 25 et 28 avec une soudaine ampleur inattendue.

En fait, une véritable interpellation au ministre des pensions du Dr Régnier, dont il n'est pas difficile, même sans être grand clerc en parlementarisme, de résumer les véritables tendances en ces quelques mots : « *Ote-toi de là que je m'y mette !* »

Mais cela, c'est de la politique, et par suite d'un intérêt des plus médiocres.

Politique encore la déclaration du professeur Pinard sur les devoirs du Corps médical, de l'honneur et de la moralité duquel il se porte garant avec une grandiloquence qui a quelque ressemblance avec un pavé..., « ce Corps médical qui...., ce Corps médical que...., ce Corps médical dont.... certaines *scories* doivent être soigneusement distinguées. » Il vieillit, le professeur Pinard....

Ces scories, que M. Balanant, de son côté, voue aux gémonies, ce sont, confrères, tous ceux d'entre vous qui ont demandé aux pensionnés de guerre, considérés comme des malades ordinaires, de vouloir bien leur régler directement leurs honoraires, quitte à se retourner ensuite envers l'Etat, LEUR DÉBITEUR.

En vérité, je vous le dis, tout cela, c'est de la politique démagogique.... et ça nous indiffère.

Mais je ne m'attarderai pas à commenter plus longtemps ces successifs discours, mieux vaut les publier de nouveau afin de mettre le Corps médical à même de les connaître et de les apprécier.

Avant de le faire toutefois, il importe que nous soulignions une affirmation de M. Régnier, déjà produite d'ailleurs par M. Maunoury, et selon laquelle l'*Association générale des médecins de France est autrement puissante que l'Union des Syndicats de France.*

Malheureux ! Vous la voulez donc assommer, cette pauvre A. G. ?

Mais que valent vos affirmations, purement gratuites, en regard des chiffres ?

D'un côté, Union des Syndicats, plus de 15.000 syndiqués, représentant réellement les véritables praticiens ; de l'autre, Association générale, à peine 10.000 adhérents, *dont les deux tiers* sont d'ailleurs également syndiqués.

Donc, affirme-t-on à la Chambre, l'A. G., *la toute puissante* (!) *A. G.*, veut bien reprendre la conversation avec le ministre.

On s'arrange de manière à l'y faire formellement inviter à la tribune de la Chambre, afin que, dans ses propres assises, ses dirigeants obtiennent un mandat impératif sur ce point, de la majorité de ses membres.

Oui, mais on a compté sans le ministre, qui n'en est plus à une gaffe près, et qui accepte sans doute de causer, mais à la condition que *la conversation soit reprise sur la base de l'acceptation pure et simple de son tarif.*

Et voilà comment ils en sont pour leurs frais, ceux qui ont essayé de pousser la grande dame qu'est l'A. G. dans une voie où elle aurait tout à perdre, rien à gagner, car, tout est peut-être possible, dans ce conflit, sauf la soumission, l'humble, aveugle et dégradante soumission aux volontés de M. Maginot, des médecins, quelle que soit la bannière derrière laquelle ils se groupent.

Ce n'était donc vraiment pas la peine de se donner tant de mal pour aboutir si piteusement !

G. DUCHESNE.

CHAMBRE DES DÉPUTÉS

Séances des 25 *et* 28 *août* 1921.

Extraits du compte-rendu *in extenso* d'après le *Journal Officiel*.

M. LE PRÉSIDENT. La parole est à M. Régnier.

M. H. RÉGNIER. Lors de la discussion du budget des pensions, je me suis abstenu de prendre part au débat relatif à l'application de l'article 64. J'ai pensé que dans une affaire qui avait été rendue délicate, une voix plus autorisée que la mienne devait se faire entendre, et j'avais insisté auprès de M. le professeur Pinard pour qu'il mît au service de cette cause le prestige et l'autorité qui s'attachent à son nom. (*Applaudissements.*) M. le professeur Pinard l'a fait en des termes que vous n'avez pas oubliés. (*Nouveaux applaudissements.*)

Mais depuis, en face des raisons qui alors motivaient ma réserve, est venu se placer un évènement nouveau dont l'importance ne vous échappera pas. C'est ce qui m'incite à monter aujourd'hui à la tribune et à vous demander quelques instants de votre bienveillante attention. (*Très bien ! très bien !*)

Avant de vous dire quel fut cet évènement, quand et comment il s'est produit, je ferai devant vous très rapidement l'historique du conflit qui existe à propos de cet article 64. Un peu d'ordre et de clarté, des précisions aussi sont en effet nécessaires. (*Très bien ! très bien !*)

L'article 64 assure la gratuité des soins médicaux

aux réformés, dans des conditions à établir d'accord entre le ministre et le corps médical.

Par un tour de passe-passe qui, pour beaucoup de nous, fut inaperçu, mais qui, pour lui, fut un jeu facile, M. le ministre des pensions, dans le vote hâtif de la loi de finances, en fin d'année 1920, substitua à cet accord un décret qui devait être rendu en conseil d'État.

D'ailleurs, dès le mois d'avril 1919, apparaît d'une façon très nette le désir du ministère des pensions de faire modifier cet article.

L'accord que consacre l'article 64 semble, en effet, enlever à l'administration une partie de son autorité dont elle est si jalouse.

Une commission mixte a bien été nommée. Le ministre la convoque à regret à de rares et vagues pourparlers où il atermoie et se dérobe.

Après quelques mois de conversations, qui ne furent que des parlotes, le ministre se déclara à bout de patience et recourut au décret.

M. Maginot, *ministre des pensions, des primes et des allocations de guerre*. C'est la thèse de M. Lafontaine. Je la connais bien.

M. H. Régnier. Ne vous offrez pas encore un médecin, c'est une chair indigeste. (*Sourires.*)

Le groupe médical interparlementaire s'émut de la situation et, au début de février, il se réunit sous la présidence du docteur Chauveau, sénateur. A cette réunion furent convoqués les représentants des deux grands groupements médicaux de France, l'union des syndicats médicaux et l'association générale. C'est ainsi qu'assistèrent à cette réunion les docteurs Bellencontre et Levassort pour l'association générale des médecins de France et les docteurs Quivy et Lafontaine pour l'union des syndicats médicaux de France.

J'arrivai à la réunion au moment où le docteur Lafontaine exposait que l'Union avait fait connaître aux syndicats qu'à dater du 1er février aucun médecin ne devrait reconnaître à aucun malade ou blessé de la guerre, venu le consulter, la qualité de bénéficiaire de la loi des pensions.

Je protestai contre cette phrase plutôt malheureuse (*Très bien ! très bien !*) et qui me semblait se prêter à cette interprétation, d'ailleurs fausse, que les médecins allaient refuser leurs soins aux mutilés.

M. Balanant. Voulez-vous me permettre de vous interrompre ?

M. H. Régnier. Volontiers.

M. Balanant. Est-il exact que cette circulaire, malgré ce qu'on aurait pu croire, a bien été suivie par beaucoup de médecins en France ? Je pose la question.

L'autre jour, dans une interruption à M. le ministre des pensions, j'avais marqué mon indignation, et je crois l'indignation de toute la Chambre, à l'audition de cette même phrase que vous venez de citer.

Je demande aujourd'hui aux représentants des médecins à la Chambre, s'il est exact que, dans le pays, des médecins ont accepté de traiter les mutilés comme des malades ordinaires et s'il est exact que des médecins ont demandé à des mutilés, venus les consulter, s'ils avaient les moyens de payer les consultations.

Si cela est exact, cela constitue une injure très grave envers les victimes de la guerre. Je n'admets pas que l'on demande à une victime de la guerre, bénéficiaire de la loi votée par le Parlement, si elle a les moyens de payer une consultation. Il n'y a pas des mutilés pauvres et des mutilés riches devant la nation, il y a des mutilés tout court, cela suffit. (*Applaudissements.*)

M. H. Régnier. Je répondrai d'un mot à la question de mon ami M. Balanant. Il n'est pas du tout à ma connaissance que des médecins aient fait ce que vous venez de dire. Il ne peut, au surplus, s'agir que de cas isolés, car il n'est pas dans les mœurs médicales de faire payer les clients d'avance. Telle n'est pas la prétention des médecins de France qui, après avoir, avec tout le dévouement dont ils étaient capables, soigné nos soldats sur le champ de bataille, dans les ambulances et dans les hôpitaux, entendent continuer à donner leurs soins à ceux qui sont revenus de la guerre malades ou mutilés.

J'indiquai à mes confrères qu'un malentendu existait et qu'il importait bien vite de le dissiper. Pour cela, je demandai que l'affaire fût portée devant la commission des pensions qui entendrait les représentants des deux grands groupements médicaux, et, au besoin, devant le groupe des députés anciens combattants et des députés mutilés.

J'eus la bonne fortune, j'en remercie mes confrères, de voir la proposition accueillie.

M. Balanant. Les représentants des médecins, le docteur Lafontaine, en particulier, car c'est lui qui est la cause initiale de ce conflit regrettable...

M. le ministre des pensions. C'est parfaitement exact.

M. Balanant. ...ont refusé de venir devant le groupe des mutilés de la Chambre et pour cause.

M. H. Régnier. Vous me devancez, j'allais le dire dans un instant.

Le 11 février, les représentants de l'union et ceux de l'association étaient convoqués devant la commission des pensions. A la réunion, vinrent seuls les docteurs Lafontaine et Quivy, représentants de l'Union. Les docteurs Bellencontre et Levassort avaient décliné l'invitation, disant que l'affaire ne regardait que l'Union.

Leur absence me fut une déception. J'avoue que je comptais sur eux pour arriver à la solution désirée.

Bref, les docteurs Lafontaine et Quivy furent entendus par la commission. Une discussion courtoise s'engagea. Je demandai que la conversation fût reprise avec le ministre. Mes collègues de la commission demandèrent aux docteurs Lafontaine et Quivy de suspendre la décision de l'Union de ne pas connaître les bénéficiaires de la loi des pensions. Finalement, on tomba d'accord sur la rédaction d'un communiqué à la presse, dont je vous demande la permission de vous donner lecture :

« La commission des pensions réunie à la Chambre a entendu les représentants de l'Union des syndicats de France au sujet des difficultés d'application de l'article 64 de la loi des pensions.

« La commission est intervenue auprès du ministre des pensions qui a accepté de mettre en rapport les représentants de l'union des syndicats médicaux, avec le conseiller d'État chargé de l'élaboration du projet de décret.

« Les pourparlers vont donc être repris en vue de l'établissement d'un tarif d'accord et, dans ces conditions, la mise en application de la décision prise par le conseil de l'Union des syndicats médicaux de France est ajournée. »

Ce communiqué fut bien envoyé par les soins de l'Union à tous les syndicats, mais il ne fut pas communiqué à la presse. Les représentants de l'Union en manifestèrent leur étonnement. On leur répondit que le ministre était absent et que son entourage s'était opposé à la publication.

Pourtant les docteurs Lafontaine et Quivy furent reçus par le conseiller d'État chargé du rapport qui leur déclara que la communication...

M. LE MINISTRE DES PENSIONS. Sur ma demande.

M. H. RÉGNIER. Sur votre demande, je l'ai dit.

M. LE MINISTRE DES PENSIONS. C'est important, étant donnée la restriction que vous venez de faire, concernant la non publication.

M. H. RÉGNIER. Vous aurez tout à l'heure tout le temps et le loisir de me répondre.

Le conseiller d'État leur déclara que la communication des propositions du ministre devait leur être faite par le ministre lui-même. Le cabinet du ministre opposa des résistances. Tout de même, le ministre reçut le docteur Lafontaine. L'accord ne se fit pas et le décret parut.

Il est inutile de dire que ce décret ne contenta personne, ni les mutilés, ni les médecins et qu'à la réflexion, devant le fait accompli, le ministre lui-même ne paraît point satisfait de son œuvre.

M. FORZY. Personne n'est content.

M. H. RÉGNIER. Il semble, monsieur le ministre, qu'il en est bien ainsi et c'est très certainement pour donner le change à tout le monde et à vous-même, que vous vous évertuez et qu'on s'évertue, dans votre entourage, non seulement à opposer les uns aux autres les médecins et les mutilés, mais à accréditer cette chose énorme et mensongère que les médecins se sont dressés contre les mutilés. Cela n'est pas, monsieur le ministre, vous le savez fort bien ; ce n'est pas entre les médecins et les mutilés qu'est le désaccord, mais entre vous et les médecins. Ce conflit, c'est vous qui l'avez créé ou plutôt c'est dans votre entourage qu'on s'est ingénié à le faire naître et qu'on s'efforce de l'entretenir.

L'autre jour, à cette tribune, on a dit à MM. Brousse et Paisant que ce n'étaient pas eux seuls qui étaient en cause, mais leur entourage. L'indication est la même pour vous. Regardez autour de vous et voyez d'où vous viennent les suggestions regrettables que vous avez le très grand tort d'écouter. Entendez plutôt les sages conseils que vous donnait M. le professeur Pinard et que je vous répète après lui : les médecins accepteront un tarif consenti, mais non pas un tarif imposé.

M. LE MINISTRE DES PENSIONS. Ce sont eux qui veulent imposer un tarif à l'État.

M. HENRI RÉGNIER. Causez avec les grands groupements médicaux.

M. LE MINISTRE DES PENSIONS. Je n'ai fait que cela pendant un an.

M. H. RÉGNIER. Vous seriez bien embarrassé de montrer les procès-verbaux des conversations tenues.

M. LE MINISTRE DES PENSIONS. Évidemment, je n'ai pas tenu de procès-verbaux de conversations.

M. H. RÉGNIER. ... et d'indiquer des dates. Il ne faut pas manger du médecin, comme cela, à propos de tout. (*Sourires.*)

Les choses en étaient là quand est survenu l'évènement auquel je faisais allusion au début de mon exposé. Cet évènement, le voici.

Il y a eu hier huit jours, se tenait dans le grand amphithéâtre de la faculté de médecine l'assemblée générale annuelle de l'association générale des médecins de France.

De chacun de nos départements, y compris ceux de l'Alsace et de la Lorraine, étaient venus deux ou trois délégués, et j'avais l'honneur, avec deux autres confrères de mon département, de représenter le corps médical nivernais.

Je passe sous silence les diverses questions qui furent d'abord traitées, pour en arriver à une qui fit très incidemment dévier le débat sur la discussion de l'article 64 et du conflit que vous savez.

L'assemblée, jusque-là calme, devint rapidement houleuse et le grand amphithéâtre de la faculté de médecine me donna vite l'impression d'une Chambre en miniature. (*Sourires.*)

De nombreux orateurs parlèrent à tour de rôle et firent entendre sur la question les opinions les plus diverses.

Quand le dernier des orateurs eut terminé son discours, je demandai la parole. Je rétablis et précisai les faits ainsi que je viens de le faire devant vous. J'obtins alors ce renseignement, qui fut pour moi une révélation, que si les docteurs Bellencontre et Levassort, représentants de l'association générale, ne s'étaient pas joints aux docteurs Lafontaine et Quivy, représentants de l'union des syndicats, pour répondre à la convocation de la commission des pensions, c'était par discipline. Les représentants de l'union avaient dit aux représentants de l'association : nous sommes chargés, nous union, de la défense des intérêts professionnels des médecins. Vous êtes, vous association, un organisme d'aide et de protection, d'appui moral. La question de l'article 64 n'est pas de votre ressort. Restez chez vous.

Convaincus par ce raisonnement, les docteurs Bellencontre et Levassort s'étaient inclinés. Ils s'étaient inclinés encore, la veille même de l'assemblée générale de l'association, en ne se rendant pas, pas plus d'ailleurs que les docteurs Quivy et Lafontaine, représentants de l'union, à une autre convocation qui les appelait à prendre part à l'étude d'un projet destiné à compléter le décret rendu en conseil d'État.

Je ne cachai pas à mes confrères que tout cela était regrettable et que j'étais convaincu que l'association générale, grande dame, pouvait et devait réussir, à côté de l'union des syndicats, là ou celle-ci, seule avait échoué.

J'insistai pour demander que l'association ne se désintéressât pas de la question de l'acticle 64 et qu'elle se prêtât à de nouvelles conversations si elle y était conviée.

Un confrère, que j'avais eu le bonheur de convaincre, proposa alors un ordre du jour que je signai avec lui, ordre du jour que le bureau accepta de bonne grâce et avec empressement, et par lequel — retenez bien ceci, messieurs — l'assemblée générale donnait mandat à son bureau de répondre désormais aux convocations des pouvoirs publics.

Cet ordre du jour fut voté d'enthousiasme.

Voilà le fait nouveau, messieurs et, j'en suis sûr, il vous semble d'importance.

Quant à vous, monsieur le ministre, il vous met dans l'obligation de causer avec les groupements médicaux, et c'est pour vous, d'ailleurs, la seule manière de sortir d'une impasse où, bien imprudemment, vous vous êtes laissé engager.

M. LE MINISTRE DES PENSIONS. Nous nous expliquerons là-dessus.

M. H. RÉGNIER. Quand vous voudrez.

A cette obligation, manquerez-vous ? Je veux espérer que non, car alors vous seriez seul responsable d'un malaise dont souffrent tant de braves gens, dont vous souffrez vous-même, et dont je ne manquerais pas de vous demander raison dans une prochaine interpellation.

J'ai la conviction que le décret que j'appellerai décret Maginot-conseil d'État ne vivra pas. Aussi ne ferai-je pas devant vous la critique des défauts considérables qu'il présente.

J'aime mieux attendre le décret qui le remplacera et dans lequel nous trouverons, je pense les qualités qui manquent à celui-ci. Il sera facile de les y faire entrer, si l'entêtement ministériel cesse, si les conversations s'établissent et se poursuivent entre le ministre et les intéressés, non seulement les médecins, mais aussi les mutilés qui n'ont que trop de bonnes raisons d'avoir voix au chapitre, Je pense que nous y trouverons, notamment, l'organisation des soins chirurgicaux et l'organisation du contrôle, dont l'oubli, dans le décret actuel, est une erreur et une faute.

M. SALERS. Je voudrais poser une question à mon honorable collègue. J'ai entendu les explications qu'il vient de donner au nom du corps médical.

M. H. RÉGNIER. Je ne suis pas le représentant du corps médical, je suis un médecin.

M. SALERS. Vous avez dit que vous étiez la porte-parole du corps médical.

M. H. RÉGNIER. Non.

M. SALERS. Vous avez donné des explications sur le conflit né entre le corps médical et le ministère des pensions. Vous avez dit que le corps médical, après avoir interrompu les pourparlers avec le ministre des pensions, allait de nouveau prendre langue et recommencer la conversation, cela est très intéressant. Nous le notons avec plaisir. Nous ne méconnaissons pas le droit des médecins de défendre leur corporation. Mais je voudrais savoir si, en attendant que se rouvre la discussion, les médecins, qui connaissent leurs droits, ont l'intention de remplir leur devoir qui est de donner les soins aux mutilés. (*Applaudissements.*)

M. HERMABESSIÈRE. Ils les donnent gratuitement depuis deux ans !

M. SALERS. Ont-ils, oui ou non, l'intention de se conformer à la circulaire adressée par le docteur Lafontaine à tous les médecins de France, aux termes de laquelle il est dit que, jusqu'à plus ample informé, les mutilés ne seront pas considérés comme bénéficiaires de la loi du 31 mars 1919 ?

M. H. RÉGNIER. Je n'ai pas parlé au nom des médecins. J'ai dit très clairement que j'avais pris position, à l'assemblée générale de l'association générale des médecins, et très nettement, contre le docteur Lafontaine. Je l'ai désavoué ici et mes collègues de la commission des pensions le savent fort bien.

J'ai dit publiquement au ministre que, sur le point où un malentendu avait existé, *l'association générale des médecins de France, qui est autrement puissante que l'union des syndicats médicaux de France, avait le meilleur désir de causer avec lui.*

C'est au ministre de provoquer la conversation.

M. SALERS. Dans tous les cas, puisque M. Régnier a assisté à cette discussion du corps médical, il peut nous en donner un reflet et dire si ces confrères sont disposés ou non à suivre les instructions du docteur Lafontaine.

M. H. RÉGNIER. Les médecins n'ont pas à suivre les indications du docteur Lafontaine. Ils veulent actuellement causer avec M. le ministre. (*Mouvements divers.*)

M. LE PRÉSIDENT. Nous ne sommes plus dans l'interpellation ! (*Très bien ! très bien !*)

M. H. RÉGNIER. Aucun médecin n'a refusé ses soins à qui que soit et il n'est pas dans les coutumes du corps médical de se dérober à son devoir ni d'exiger ses honoraires d'avance. (*Très bien ! très bien !*)

M. SALERS. Je remercie M. le docteur Régnier de sa réponse.

M. BALANANT. Messieurs, j'arrive, en terminant, à la question très grave de l'application de l'article 64.

Ce qui m'intéresse dans le conflit survenu entre le Gouvernement et les médecins, ou entre les médecins et le Gouvernement, comme on voudra, ce n'est pas tant le point de vue du Gouvernement, ou celui des médecins. Ce qui m'intéresse surtout, c'est le point de vue des mutilés qui, en ce moment, souffrent de ce conflit et se voient, paraît-il — malgré ce que j'en avais dit, avec une belle confiance dans mon interruption il y a quelques jours — refuser parfois la gratuité des soins médicaux et pharmaceutiques.

Il y a, paraît-il, en France, des médecins qui obéissent à la regrettable circulaire du docteur Lafontaine disant de considérer désormais les mutilés comme des malades ordinaires et de n'accorder la gratuité des soins qu'à ceux qui ne peuvent pas payer.

Messieurs, tant que cette situation durera, je ne serai, en ce qui me concerne, ni du côté des médecins, ni du côté du Gouvernement, si leurs points de vue sont différents.

Je serai avec les mutilés, qui exigent que l'article 64 soit appliqué, qui exigent et qui ont le droit d'exiger la gratuité des soins.

Il ne faut pas que le pays puisse avoir l'impression que ce conflit est devenu uniquement un conflit de personnes entre une personnalité médicale représentant l'union des syndicats médicaux et le ministre des pensions lui-même.

Ce sont en effet les mutilés qui en souffriraient. Cet état de choses ne peut pas se perpétuer. Une solution rapide s'impose. J'apporte une indication au Gouvernement pour faire cesser le plus rapidement possible ce regrettable conflit, mais je demande très nettement aux médecins s'ils sont décidés à réprouver la circulaire du docteur Lafontaine.

M. PINARD. Je demande la parole.

M. BALANANT. Je crois que les médecins de France, après avoir fait preuve, pendant deux ans, de cette belle patience, après avoir attendu pendant ce temps, sans être payés, la solution d'un différend entre eux et le ministère des pensions, je crois que les médecins de France ne seront pas sourds à l'appel que je leur adresse et qu'ils voudront bien accepter, dans un but de conciliation rapide, ce que je leur demande, et qui est d'ailleurs très simple : continuer ce qu'ils ont fait jusqu'ici, et, jusqu'à la fin du conflit, jusqu'à la solution qui est toute proche s'ils le veulent, continuer à assurer gratuitement les soins médicaux aux victimes de la guerre.

M. H. RÉGNIER. Cela ne dépend pas d'eux.

M. BALANANT. Je le leur dis catégoriquement, c'est la condition de la confiance que je leur témoignerai.

M. PINARD. Je crois pouvoir m'arroger le droit de répondre au nom du corps médical tout entier parce que depuis cinquante ans je le connais et j'en fais partie, en vous donnant l'assurance formelle que ce qui s'est passé jusqu'ici continuera. Car il n'est pas possible, cela ne peut pas se concevoir, qu'un médecin quelconque, qu'un Français refuse à un malade ou à un blessé de guerre les soins nécessaires à son état. Peut-être y a-t-il quelques hommes que l'on appelle médecins, qui ont fait cela, mais ce ne sont pas de véritables médecins. Je suis absolument certain que le corps médical continuera à faire ce

qu'il a fait jusqu'à aujourd'hui, il ne refusera pas ses soins. (*Très bien ! très bien !* — *Mouvements divers.*)
Je demande des preuves.

M. BALANANT. Je vais vous en apporter une.

M. PINARD. Alors, ceux-là ne sont pas des médecins.

M. LE MINISTRE DES PENSIONS. Il peut y avoir des exceptions.

M. PINARD. Est-ce qu'il n'y a pas d'exceptions partout ?

M. BALANANT. Voulez-vous me permettre de lire un extrait du *Journal des mutilés*, qualifié pour traiter les questions intéressant nos camarades de guerre, à propos de l'interruption que j'avais faite l'autre jour, après la lecture, par M. le ministre des pensions, de la fameuse circulaire. Traduisant l'émotion et l'indignation de la Chambre unanime, je m'étais écrié : Heureusement que cette circulaire n'a été appliquée nulle part par des médecins, qui sont plus honnêtes que ceux qui l'ont signée.
Vous voyez, monsieur Pinard, que j'avais la même opinion que vous du corps médical.
Mais le *Journal des Mutilés* me fait cette rectification, que je regrette vivement :
« Notre dévoué camarade Balanant nous permettra de lui signaler que, contrairement à ce qu'il croit, il s'est trouvé des médecins assez infâmes pour refuser, aux mutilés qui les payaient, les pièces nécessaires pour qu'ils puissent obtenir des médicaments gratuits, et, d'autre part, pour rembourser les honoraires versés au médecin. »
Vous voyez, monsieur le professeur, que, quoi que vous en pensiez, il y a en France des médecins, quelques médecins, je veux bien le croire...

M. PINARD. Ils ne sont pas pour nous des médecins, ceux-là. Je parle du corps médical tout entier.

M. BALANANT. C'est à lui que je m'adresse.

M. PINARD. Je m'en porte garant, monsieur Balanant.

M. BALANANT. Je vous en remercie du fond du cœur.

M. PINARD. Ils sont tout disposés, je tiens à le dire, à continuer de prodiguer leurs soins à ceux qui ont été mutilés pendant la guerre ainsi que ceux qui ont été frappés par la maladie.

M. BALANANT. Ayant ainsi agi pendant deux ans, il n'y a pas de raison pour qu'ils adoptent une autre attitude ; je suis de votre avis.

M. PINARD. Il faut que, dans les prises de contact entre les médecins et les malades, il n'y ait ni d'un côté, ne de l'autre, aucune dignité froissée. (*Interruptions.*)
Certainement messieurs.

M. PINARD. Je maintiens le mot.
Ainsi que j'ai eu l'occasion de le dire à la tribune, le corps médical n'acceptera jamais un tarif imposé, mais il est tout prêt à appliquer un tarif consenti...

M. LE MINISTRE DES PENSIONS. Qu'il imposera.

M. PINARD. ... Voilà la vérité.
Ce tarif consenti, jamais on n'a cherché, comme il le fallait et comme il convenait, à l'établir.

M. JEAN FABRY. Comme tous les corps sociaux de la nation, le corps médical a envers les combattants des devoirs qu'il comprendra, j'en suis certain.

M. PINARD. Il les a compris.
Il suffit, pour qu'il en soit ainsi, d'appliquer ainsi la bonne loi de 1919, qui n'a jamais été appliquée par ceux qui avaient l'honneur et la tâche de le faire.

M. JEAN FABRY. Je répète que le corps médical, comme tous les autres corps sociaux de la nation, quels qu'ils soient tous, a d'abord des devoirs envers les mutilés.
Il faut, de part et d'autre, mettre de côté toute question d'amour-propre et aboutir très vite à une entente que nous désirons tous. (*Très bien ! très bien !*)

M. LE PRÉSIDENT. L'orateur désire continuer son discours. Je vous prie, messieurs de cesser les interruptions.

M. BALANANT. Je désire quitter la tribune le plus rapidement possible et puisque je suis arrivé au dernier chapitre de mon exposé, je demande à la Chambre de vouloir bien me laisser terminer (*Parlez ! parlez !*) d'autant plus que la question est assez grave pour que, ni les uns ni les autres nous y mettions la moindre passion, la moindre acrimonie.
Je demande à mes collègues de vouloir bien faire comme moi, de ne pas faire allusion au passé. Ce qui m'intéresse, ce ne sont pas les raisons du conflit, ce qui m'intéresse et ce que je regrette, c'est ce qui se passe en ce moment.
Lorsque M. le professeur Pinard me dit qu'il peut se porter garant du corps médical tout entier...

M. PINARD. Parfaitement.

M. BALANANT. ...Je lui demande si le corps médical est disposé à déclarer officiellement qu'il consentira à continuer la gratuité des soins. La circulaire que je demande à l'union des syndicats médicaux de lancer serait le désaveu de la première !
Ce sont malheureusement des médecins qui ont lancé une telle circulaire, ce sont même les représentants d'une *grande association médicale* qui l'ont signée ! Vous reconnaissez, monsieur le professeur Pinard, qu'elle est vraiment trop dure, qu'elle n'est pas acceptable, qu'elle est une honte pour ceux qui l'ont signée. (*Très bien ! très bien !*)
Je répète que le docteur Lafontaine a commis là une très mauvaise action, préjudiciable non seulement au corps médical sur lequel il a failli jeter la suspicion, mais surtout aux victimes de la guerre qui, actuellement, souffrent de ne pas recevoir les soins gratuits, qui souffrent dans leur amour-propre — et elles ont le droit d'avoir cet amour-propre — de se voir poser cette question, lorsqu'elles se présentent chez certains médecins : « Pouvez-vous me payer votre consultation ? » Vous sentez très bien, monsieur le professeur Pinard, vous qui vous intéressez tellement aux œuvres sociales, quelle humiliation il y a, pour une victime de la guerre, une de celles qu'on a appelées les glorieuses victimes de la guerre, de s'entendre poser une telle question. Il n'y a pas devant la nation ni devant aucun corps social — je le disais l'autre jour — de mutilés pauvres ni de mutilés riches, il y a des mutilés. Les médecins, comme les autres corps sociaux, ainsi que le disait si bien M. Fabry, ont le devoir de ne pas faire de distinctions entre les mutilés. S'ils veulent écouter l'appel ému que je leur adresse, puisque malheureusement la première circulaire qu'ils ont fait publier par tous les journaux a été officielle, qu'ils se hâtent de lancer officiellement aussi une nouvelle circulaire.
Je ne prends pas position contre les médecins dans ce conflit ; je ne sais pas et ne veux pas savoir si ce conflit, est, comme ils me l'ont écrit, un conflit de profession. Je veux savoir si ce que les médecins ont magnifiquement fait pendant longtemps, ils sons disposés encore à le faire pendant quinze jours, troit

semaines, un mois, le temps de résoudre ce conflit regrettable pour tout le monde et surtout pour l'honneur de la profession que vous représentez si bien, monsieur le professeur Pinard.

M. Pinard. Je vous en donne l'assurance formelle, mais vous me permettrez de vous répondre tout à l'heure.

M. Balanant. Je suis persuadé que le conflit cessera le jour où les médecins lanceront cette nouvelle circulaire, le jour où les mutilés sauront que, demandant une consultation à un médecin, il ne leur sera plus posé cette question que je persiste à qualifier d'humiliante : « Pouvez-vous payer la consultation? »

Le jour où le pays saura cela, une atmosphère nouvelle entourera ce conflit, le circonscrira, le rétrécira et obligera à le résoudre.

Je me tourne maintenant vers le Gouvernement, vers M. le ministre des pensions et je lui demande si, en présence de cette bonne volonté — si elle est manifestée par les médecins — il est disposé à chercher avec eux la solution du conflit.

Un décret est intervenu, je le sais ; le décret, paraît-il, ne donne pas satisfaction au corps médical.

Pour la dernière catégorie que l'on a créée, la cinquième catégorie je crois, concernant les communes inférieures à 5.000 habitants, le tarif est insuffisant pour le corps médical.

Si vraiment, cette question seule perpétuait le conflit, ce serait à désespérer de le résoudre.

Mais je suis persuadé que ce ne sera pas là un empêchement à la solution que je cherche, que j'appelle de mes vœux. Je suis persuadé que ce ne sera pas un empêchement, les médecins le disent eux-mêmes, ce n'est pas une question de tarif. Je les remercie de cette déclaration.

Qu'ils montrent, dans leurs discussions, que, réellement, ce n'est pas une question de tarifs, qu'ils le montrent par leur bonne volonté dans les négociations que je demande au Gouvernement de reprendre tout de suite.

Je pose cette condition préalable : une circulaire des médecins demandant à leurs confrères de continuer leurs soins gratuits aux mutilés, ensuite, l'intervention du ministère des pensions.

M. Jean Fabry. Pas de conditions et une entente, cela vaudra mieux.

M. H. Régnier. J'ai dit à la tribune que, à l'assemblée générale de l'association générale des médecins de France, je m'étais élevé contre l'attitude du docteur Lafontaine. J'ai précisé que je n'étais pas d'accord avec lui. J'ai eu l'occasion de me rencontrer avec lui dans une réunion récente, je lui ai confirmé ce désaccord.

J'ai ajouté que l'association générale des médecins de France, que l'union des syndicats médicaux de France répondraient à l'appel du ministre, si elles étaient convoquées par lui.

J'ai reçu, d'autre part, une lettre de l'association générale des chirurgiens des hôpitaux qui demandent à causer avec le ministre. J'ai reçu une lettre de l'association mutuelle des médecins de l'avant, des médecins civils qui ont servi au front pendant la guerre. Ces médecins ont écrit au ministre des pensions. Ils demandent à causer avec lui. Il y a là de quoi vous rassurer sur l'attitude du corps médical à l'égard des blessés et malades de la guerre. Le corps médical désire causer avec le ministre. En attendant il continuera, j'en suis certain, de soigner les blessés et malades de la guerre comme il l'a fait depuis deux ans.

Vous attendez, mon cher Balanant, un geste généreux de la part du corps médical. Après le professeur Pinard, je vous dis : le corps médical répondra à votre appel. (*Applaudissements.*)

M. Jean Fabry. Il faut aller à une entente sans conditions préalables.

M. Balanant. Je renouvelle aux médecins de la Chambre tous mes remerciements, pour les déclarations qu'ils viennent de faire...

M. H. Régnier (Nièvre). Vous pouvez être persuadé que j'ai fait l'impossible pour qu'il n'y ait pas conflit.

M. Balanant. ...et j'ai confiance qu'ils seront suivis par le corps médical tout entier. (*Très bien ! très bien !*)

Je demande à M. le ministre des pensions de vouloir bien, dans cette application de l'article 64, penser à la question des soins chirurgicaux. Je crois que le Gouvernement est disposé à accepter un accord en vue d'assurer aux mutilés la gratuité des soins chirurgicaux, après l'élaboration d'un tarif.

....

M. le ministre des pensions. J'arrive à l'article 64 dont j'ai eu l'occasion de vous parler assez longuement il y a quelques jours à l'occasion de la discussion du budget et dont je suis obligé, je m'en excuse, de vous entretenir à nouveau aujourd'hui, à la suite des interventions des honorables MM. Régnier et Pinard.

M. Régnier me rend responsable de ce que l'entente à laquelle l'article 64 subordonnait l'établissement des tarifs pour les soins médicaux et pharmaceutiques n'ait pas été réalisée. Il vous a exposé l'origine du conflit existant entre le ministère des pensions et l'union des syndicats médicaux, et se défend d'être le porte parole de l'union des syndicats médicaux dans la circonstance. Mais je suis obligé de constater cependant qu'il a exposé l'affaire comme l'aurait exposée M. Lafontaine lui-même. Ce sont des arguments que j'ai déjà entendus et que je reconnais au passage. Il faut s'expliquer, une fois pour toutes, sur l'origine de ce conflit.

Je rappelais — M. Pinard y a fait allusion — qu'avant la constitution du ministère des pensions, des pourparlers avaient été engagés entre M. Albert Favre, sous-secrétaire d'État, et M. Lafontaine, secrétaire général de l'union des syndicats médicaux. L'honorable M. Albert Favre n'arriva pas à s'entendre avec Lafontaine qui écrivit à cette époque :

« Il n'y a pas d'accord possible avec le sous-secrétaire d'État du ministère de l'intérieur, parce que c'est un revenant : c'est Louis XIV. Dans ces conditions, nous n'avons qu'à lui opposer la force du syndicalisme qui, paraît-il, n'existait pas du temps de Louis XIV ! »

J'ai pris ensuite à mon compte les pourparlers qui avaient été engagés, et ces pourparlers étaient en bonne voie, puisqu'au mois d'avril dernier, nous étions arrivés à un commencement d'accord avec les représentants des syndicats médicaux.

Ainsi que je vous le rappelais l'autre jour, il avait été entendu que les tarifs, au lieu d'être fixés pour tout l'ensemble du territoire, comme le demandaient les représentants des médecins, seraient fixés par département.

Les médecins ne s'étaient pas mis d'accord avec mon administration sur un minimum, mais ils avaient accepté un maximum : 8 fr. et 10 fr. C'est sur ces bases que j'ai demandé aux préfets de s'entendre avec les médecins de leur département.

Les préfets se sont mis à l'œuvre, et, vers le mois de novembre, dans soixante-cinq départements, ils étaient arrivés à un accord avec les syndicats médicaux, ce qui montre que partout on n'a pas fait preuve de mauvaise volonté. Malheureusement, il

RENOUVELLEMENT DES ABONNEMENTS

Pour éviter les frais de recouvrement nous prions nos abonnés de vouloir bien nous adresser le montant de leur abonnement, soit **24 fr.**, par versement à notre compte de chèques postaux Paris 167-95, versement qui peut être fait dans tous les bureaux de poste.

restait vingt-sept départements dans lesquels il fut impossible de se mettre d'accord avec les représentants des médecins.

Dans ces conditions, je ne pouvais saisir le conseil d'État d'un projet de décret, qui aurait laissé en dehors de la règlementation à venir vingt-sept départements. Et il est arrivé que, dans certains départements où les accords avaient été passés, les syndicats médicaux de ces départements, voyant que dans d'autres départements, l'accord ne se réalisait pas, se sont dit : « Nous serons peut-être moins bien traités que les syndicats réfractaires. » Et ils ont dénoncé les accords qu'ils avaient primitivement conclus.

Au surplus, en novembre dernier, l'union des syndicats médicaux me faisait parvenir une lettre où elle remettait tout en cause et où elle reprenait intégralement toutes ses revendications primitives. Je me suis donc trouvé dans l'obligation de constater qu'il était impossible de réaliser l'entente prévue par l'article 64 de la loi des pensions.

Étant donné qu'avec juste raison, d'une part les mutilés réclamaient les soins gratuits et, d'autre part, les médecins réclamaient la rémunération des soins qu'ils avaient donnés depuis deux ans, et qu'il était absolument impossible d'établir des tarifs suivant l'entente prévue par l'article 64 de la loi des pensions, j'ai demandé aux Chambres, au moment du vote de la loi sur les douzièmes provisoires, de modifier sur ce point la législation et de décider que les tarifs des soins médicaux seraient fixés par un décret rendu dans la forme des règlements d'administration publique, sans qu'une entente préalable fût nécessaire.

Dès que la loi sur les douzièmes fut votée, l'union des syndicats médicaux fit paraître la circulaire à laquelle a fait allusion notre honorable collègue M. Balanant. Aux termes de cette circulaire les invalides de guerre ne devaient plus être considérés comme des bénéficiaires de la loi des pensions, mais comme des malades ordinaires, comme des malades payants.

En d'autres termes, si cette circulaire était appliquée, et elle a été suivie sur un très grand nombre de points, la gratuité ne jouait plus.

Il est évident que, par ce moyen, l'union des syndicats médicaux espérait exercer une pression sur l'administration et obtenir les tarifs qu'elle voulait imposer à l'État. (*Très bien ! très bien !*)

Lorsque l'on parle, en effet, de taxation d'office, il faudrait, une fois pour toutes, s'entendre. La taxation d'office, c'est beaucoup moins le ministère des pensions qui a voulu l'imposer aux médecins, que les médecins qui ont voulu l'imposer au ministère des pensions. La meilleure preuve, c'est que le ministère des pensions, je vous le démontrerai tout à l'heure, a fait des propositions différentes, est revenu à plusieurs reprises sur les offres qu'il faisait en ce qui concerne les tarifs, tandis que de l'autre côté il y avait une intransigeance absolue, M. Lafontaine répondant toujours : « tarif Breton : 7 et 8, 8 et 10 ». Par conséquent, lorsqu'on parle de taxation d'office, c'est un argument qui se retourne contre l'union des syndicats médicaux. (*Très bien ! très bien !*)

En réalité ce groupement n'a jamais voulu accepter que les tarifs qu'il entendait, sans discussion, imposer à l'État.

Malgré cette intransigeance, alors que le conseil d'État était saisi de mes propositions, sur l'intervention de la commission des pensions, j'acceptai de recevoir les dirigeants de l'union des syndicats médicaux. Je n'ai pas tenu de procès-verbaux des entretiens que nous avons eus ainsi que me le reprochait l'autre jour M. le docteur Régnier ; je n'ai pas l'habitude de faire des procès-verbaux de ce genre lorsque j'ai un entretien mais c'est une précaution — je puis rassurer notre collègue à cet égard — que je prendrai désormais. Ce que j'ai pu faire, c'est retrouver, sur mon carnet d'audiences, les dates auxquelles j'ai reçu M. le docteur Lafontaine et M. le docteur Quivy : 17, 18 et 21 février, c'est-à-dire pendant que le conseil d'État était appelé à statuer sur les propositions que je lui avais faites.

Or, messieurs, voici ce qui s'est passé entre les représentants de l'union des syndicats médicaux et moi.

Je leur ai donné connaissance des propositions dont j'avais saisi le conseil d'État. Ces propositions étaient les suivantes :

Les communes étaient divisées non pas en cinq, mais en trois catégories.

Communes de 100.000 habitants et au-dessous, 5 fr. la consultation, 6 fr. la visite ;

Communes de 100.000 à 200.000 habitants, 6 fr. la consultation, 8 fr. la visite ;

Communes de 200.000 habitants et au-dessus, 8 fr. la consultation, 10 fr. la visite.

Ce n'était pas, comme vous le voyez, extrêmement loin du tarif Breton. En tout cas, c'étaient des tarifs très supérieurs à ceux de l'assistance médicale, très voisins de ceux de la clientèle ordinaire et qui, dans bien des départements, se confondaient avec eux. En tout cas, ils étaient de beaucoup supérieurs à ceux que les médecins consentent aux sociétés de secours mutuels.

M. Lafontaine considéra que ces propositions étaient insuffisantes. D'ailleurs, à ce moment, la section des finances était saisie. Elle avait adopté, dans une première délibération, des tarifs inférieurs à ceux que j'avais proposés, considérant que mes propositions étaient trop onéreuses pour les finances publiques. Voici les tarifs adoptés par elle en première lecture :

Les communes étaient divisées en quatre catégories :

Communes de 10.000 habitants et au-dessous, 4 fr. la consultation, 5 fr. la visite ;

Communes de 10,000 à 100.000 habitants, 5 fr. la consultation, 6 fr. la visite ;

Communes de 100.000 à 200.000 habitants, 6 fr. la consultation, 7 fr. la visite ;

Communes de 200.000 habitants et au-dessus, 8 fr. la consultation et 10 fr. la visite.

Ces tarifs étaient inférieurs à ceux que j'avais moi-même proposés et, à la suite de l'entretien que j'eus avec les représentants de l'union des syndicats médicaux, et pour témoigner de ma bonne volonté, je faisais demander à la section des finances une nouvelle délibération et je la priais d'accepter les tarifs suivants, ce qu'elle fit après s'être réunie à nouveau :

Communes de 5.000 habitants et au-dessous, 5 fr. la consultation, 6 fr. la visite ;

Communes de 5.000 à 100.000 habitants, 5 fr. la consultation, 8 fr. la visite ;

Communes de 100.000 habitants et au-dessus, 8 fr. la consultation, 10 fr. la visite.

Ces propositions étaient encore plus près du tarif Breton et constituaient évidemment une rémunération très équitable et largement satisfaisante. (*Très bien ! très bien !*)

A l'extrême gauche. Et juste.

M. LE MINISTRE DES PENSIONS. M. Quivy et M. Lafontaine furent tout de même obligés de constater que j'avais fait un très gros effort ; mais, en me quittant, ils me déclarèrent qu'ils ne pourraient pas faire accepter ces tarifs par leurs délégués de province.

Ils se sont obstinés à dire : « 7 et 8, 8 et 10. » Il ne s'agit pas, dit-on, d'une question de tarifs, d'une question de gros sous, mais tout le temps des négo-

ciations et des conversations avec M. Lafontaine, celui-ci n'envisageait qu'une question : « 7 et 8, 8 et 10 ». Qu'on le veuille ou qu'on ne le veuille pas, c'est un fait.

Pendant que je faisais auprès de la section des finances les efforts que je viens de rappeler, pour obtenir en faveur des médecins une rémunération se rapprochant des tarifs réclamés par eux, j'acceptais de faire d'autres concessions. Je déclarais à M. Lafontaine que j'étais décidé, s'il acceptait les tarifs adoptés par le conseil d'État, à nommer la commission tripartite dont il réclamait la création, commission dont parlait tout à l'heure M. Pinard et qui devrait se composer : partie de représentants des médecins, partie des mutilés, partie de représentants de l'administration.

J'étais disposé, je le leur ai dit, à préparer, avec cette commission, un projet de décret réglant la question de l'organisation des soins et du contrôle, question qui intéresse autant l'État que les médecins...

M. Barthe. ...et les pharmaciens.

M. le ministre des pensions. Je laisse de côté les pharmaciens et j'ai tort, parce que, avec les pharmaciens, nous avons pu nous entendre dès les premiers jours. Si nous avions eu à la tête de l'union des syndicats médicaux des hommes aussi conciliants que ceux qui dirigent l'association générale des pharmaciens de France, l'accord serait fait depuis longtemps. (*Applaudissements.*)

M. Barthe. J'y ai contribué. (*Très bien ! très bien !*) Mais quand vous constituerez des commissions de contrôle, il sera nécessaire que le corps pharmaceutique y soit représenté, car il est décidé à lutter contre tous les abus, parce que les abus qui vont à l'encontre des lois sociales tuent les lois sociales. (*Applaudissements.*)

M. le ministre des pensions. J'ai fait d'autres concessions. Il y a, par exemple, une question qui intéresse beaucoup M. le professeur Pinard, qui m'intéresse moi aussi, qui intéresse surtout les mutilés : la question des soins chirurgicaux.

Le professeur Pinard prétend que le libre choix du chirurgien résulte de l'article 64. Je prétends, avec ceux qui m'ont précédé et texte en main, que, malheureusement, le libre choix du chirurgien ne résulte pas de l'article 64. J'ai dit aux représentants des médecins que j'étais disposé, d'accord avec cette commission tripartite dont j'accepte la création, à présenter un projet de loi modifiant l'article 64, afin de faire bénéficier les mutilés du libre choix du chirurgien, comme ils bénéficient du libre choix du pharmacien et du médecin.

J'allais même plus loin, parce que, pour rendre le libre choix possible, il faut une nomenclature, une tarification des soins chirurgicaux. J'étais disposé à charger cette commission d'élaborer un projet fixant la tarification qui aurait permis d'exercer le libre choix du chirurgien.

C'était là une grande concession s'ajoutant à celles que j'avais faites et aux résultats que j'avais obtenus auprès de la section des finances en ce qui concerne les tarifs.

Malheureusement je me suis heurté, malgré tous mes efforts, à la même intransigeance de M. Lafontaine déclarant : « Il nous faut le tarif Breton : 7 et 8, 8 et 10. »

C'est dans ces conditions que la question a été portée devant l'assemblée générale du conseil d'État, appelés à statuer en dernier ressort.

A ce moment, devant l'obstination de M. Lafontaine et après toutes ces discussions, j'ai eu un moment de défaillance et, tant était grand mon désir d'aboutir, je finis par dire à M. Lafontaine : « Je vais faire part à l'assemblée générale du conseil d'État de votre manière de voir ; je lui dirai que vous vous obstinez à réclamer le tarif Breton, que vous continuez à exiger les tarifs 7 et 8, 8 et 10 et que dans un intérêt d'apaisement le ministre des pensions n'est pas opposé à l'adoption de ce tarif. »

Le conseil d'État a répondu par le décret du 9 mars 1921.

J'ai le sentiment que si M. Lafontaine avait été moins intransigeant et s'il avait voulu accepter les tarifs qu'en seconde lecture avait adoptés la section des finances, nous aurions peut-être obtenu un texte plus favorable pour les médecins que ne l'a été le décret du 9 mars.

Mais la faute — je crois vous l'avoir démontré par tout ce que je viens d'exposer — n'incombe pas au ministre des pensions, mais à M. Lafontaine lui-même.

M. Lafontaine a fait la preuve qu'il n'avait pas pu s'entendre avec le sous-secrétaire d'État au ministère de l'intérieur avant la création du ministère des pensions.

Il a fait la preuve que, malgré toute la bonne volonté dont j'ai témoigné, il ne pouvait pas s'entendre avec le ministre des pensions. A cause de lui, nous n'avons pas obtenu du conseil d'État les tarifs que, sans doute, nous aurions pu obtenir. Et finalement il a fait la preuve qu'il ne pouvait pas s'entendre avec les mutilés eux-mêmes.

En effet — j'y faisais allusion l'autre jour — les mutilés dans cette affaire, et qui désirent être soignés gratuitement, aux termes des engagements pris envers eux par le législateur, ont pensé pouvoir servir d'intermédiaires. L'union fédérale des associations de mutilés et réformés a voulu s'interposer et elle l'a fait dans une pensée d'absolue neutralité. Voici ce que je lis, en effet, dans une circulaire envoyée par cette association à tous ses membres : « L'union fédérale n'entend défendre en l'occasion que les intérêts des mutilés, sans prendre parti ni pour ni contre le ministre des pensions, ni pour ni contre l'union des syndicats médicaux. »

Vous savez comment la conversation s'est engagée entre M. Pichot, vice-président de l'union fédérale, ayant mandat de cette importante fédération, et M. le docteur Lafontaine. M. Pichot avait posé trois questions à M. le docteur Lafontaine :

1° L'union fédérale demande aux médecins d'accepter le règlement du passé sur les tarifs du 9 mars ;

« 2° L'union fédérale est prête à provoquer la réunion de la commission demandée par l'union des syndicats médicaux et que le ministre a acceptée en principe ;

« 3° L'union fédérale demande au corps médical de cesser sa campagne — c'est ce que demandait ce matin M. Balanant — dès que l'entente sera réalisée sur ces deux points, c'est-à-dire dès que le corps médical aura accepté le décret pour le règlement du passé et que la réunion aura été décidée. »

M. le docteur Lafontaine répondit :

« 1° Que si, personnellement, il n'était pas opposé en principe à ce que le passé se réglât sur les tarifs du 9 mars, il n'avait pas qualité pour en décider seul, qu'il soumettrait la question au conseil d'administration de l'union et que, d'ailleurs, le passé, à son avis, s'arrêtait au 1er février 1921, date de la rupture avec l'administration ;

« 2° Qu'il était prêt à accepter la réunion de la commission, puisque la proposition émanait de l'union des syndicats médicaux ;

« 3° Qu'il n'accepterait en aucune façon la cessation de la campagne et que, s'il était de son devoir de transmettre la proposition aux administrateurs de l'union, il la transmettrait en la combattant. »

Néanmoins, M. Pichot ne se découragea pas, et, le 17 avril dernier, le comité fédéral de l'union fédérale des mutilés se réunissait à Paris, en présence du docteur Lafontaine.

Celui-ci, qui avait toujours déclaré que, s'il n'arrivait pas à s'entendre avec le ministre des pensions, il s'entendrait facilement avec les mutilés, fit preuve dans la circonstance, d'une telle intransigeance que les pourparlers furent immédiatement rompus entre l'union fédérale des mutilés et l'union des syndicats médicaux, et que le comité de l'union fédérale à la réunion duquel assistaient les représentants de soixante départements de France, votait à l'unanimité l'ordre du jour suivant :

« Le comité fédéral réuni le 17 avril 1921 à la Sorbonne, après avoir entendu :

« 1° L'exposé fait par le camarade Pichot des pourparlers engagés avec M. Lafontaine, secrétaire général de l'union des syndicats médicaux, conformément à la décision du 13 mars ;

« 2° Les explications fournies par celui-ci en présence d'autres représentants de l'union des syndicats fédéraux.

« Considérant que l'U.S.M. repousse les offres catégoriques que l'union fédérale lui a faites sur la base de la cessation du refus des soins, du payement de l'arriéré suivant le décret du 9 mars et d'une commission tripartite :

« 1° Décide que l'union fédérale reprend sa liberté à l'égard de l'U.S.M. ;

« 2° Engage les associations à s'adresser directement au corps médical à qui il témoigne sa confiance, en renseignant les médecins sur l'exacte situation ;

« 3° Demande d'une manière pressante aux pouvoirs publics de hâter le payement de l'arriéré aux médecins qui ont soigné nos camarades, ainsi que l'organisation des soins chirurgicaux ;

« 4° Décide, en conséquence, que les associations et le bureau rechercheront, dès maintenant, toute solution à proposer au congrès national de Nancy, en vue d'assurer les soins dus aux mutilés. »

J'avais donc raison de dire tout à l'heure que M. Lafontaine a fait la preuve qu'il ne pouvait s'entendre avec personne.

On me demande s'il y a encore possibilité d'arriver à un accord avec le ministre des pensions.

Messieurs, je viens de vous démontrer que j'avais tout fait pour arriver à un accord ; et, effectivement, je n'ai aucun intérêt à ne pas m'entendre ; mon seul intérêt est que les mutilés soient soignés et que les médecins ne se plaignent pas. Par conséquent, ce n'était pas moi qui pouvais désirer prolonger le conflit, mais ceux qui, sur aucun point, n'ont voulu s'entendre et qui, en présence des concessions que nous leur faisions, ont constamment refusé d'atténuer leurs prétentions. (*Très bien ! très bien !*)

Messieurs, si, à l'heure actuelle, nous recommencions à discuter avec les mêmes hommes, alors qu'au bout d'un an et demi nous n'avons pu, à la suite de toutes nos conversations et de tous nos efforts, arriver à aucun résultat, nous risquerions de prolonger encore la triste situation dont pâtissent d'abord les mutilés et les réformés de la guerre. (*Très bien ! très bien !*)

Il est vrai que l'honorable docteur Régnier faisait allusion, l'autre jour, à un fait nouveau. *Il nous a dit que l'association générale des médecins de France demandait à être partie aux conversations et négociations qui pourraient s'engager entre l'administration et les représentants des médecins.*

Je m'en félicite, messieurs, et je regrette seulement que ce fait se soit produit un peu tard. Mais la question que je pose et qui est bien simple, est la suivante : s'entendre avec qui, et sur quoi ?

Je ne demande pas mieux que de recevoir encore les représentants des associations médicales, et notamment les représentants de l'association générale des médecins, mais je voudrais, de façon à dissiper toute équivoque, parce qu'il y a eu assez de malentendus dans cette affaire, ou plutôt on a trop cherché à exploiter des malentendus, que nous sachions sur quoi nous pouvons nous entendre.

Messieurs, mon avis est le suivant . Je suis tout disposé à recevoir les représentants des médecins, mais à la condition, comme le demande l'union fédérale, qu'ils acceptent, en ce qui concerne les tarifs, le décret du 9 mars. En effet, je viens de vous démontrer, en vous exposant l'historique des pourparlers qui ont eu lieu avec le conseil d'État, qu'il m'est impossible de faire obtenir aux médecins un autre tarif. On a comparé le tarif du 9 mars avec le tarif Breton,

La situation n'est pas la même. Le tarif Breton est relatif à des victimes d'accidents du travail et à la charge de compagnies d'assurances. M. Breton a pu fixer ces tarifs par simple arrêté ministériel. Mais l'article 64 m'oblige à faire fixer ces tarifs par décret rendu en conseil d'État, c'est-à-dire après avis de la section des finances, et délibération de l'assemblée générale, le ministre des finances ayant été entendu.

Je ne suis donc pas maître de ce tarif et par conséquent, si on veut reprendre totalement les conversations, il faudra d'abord accepter les tarifs du décret du 9 mars, au moins pour l'avenir. Pour le passé, je dirai que les représentants des syndicats médicaux de la Seine, que j'ai eu l'occasion de recevoir dernièrement, me faisaient remarquer que dans certains départements des accords étaient intervenus entre les préfets et les représentants des médecins sur des bases différentes de celles du décret du 9 mars et qu'en toute équité on devait rembourser l'arriéré d'après les tarifs résultant de ces accords.

Je ne me suis pas *a priori* opposé à cette manière de voir, qui est peut-être équitable. En tous cas : tarif du 9 mars, quitte à examiner si pour *l'arriéré* on ne doit pas payer suivant les tarifs qui ont été arrêtés au cours des accords ; réunion d'une commission tripartite composée dans les conditions que j'ai indiquées et qui serait chargée d'élaborer un projet de décret sur l'organisation des soins ; modification de l'article 64 pour permettre le libre choix du chirurgien, élaboration d'un décret fixant la nomenclature et la tarification des soins chirurgicaux de façon à permettre le libre choix du chirurgien ; voilà ce que j'avais proposé.

Si sur ces conditions les représentants du corps médical, comme c'est leur intérêt et celui de tous, sont disposés à s'entendre, ils trouveront le ministre des pensions tout disposé à les écouter.

Mais si l'accord ne se fait pas, si, par la faute de M. Lafontaine, je continue à me heurter à la même intransigeance, je ne pourrai faire que ce que je fais actuellement : chercher à appliquer le décret du 9 mars. Des instructions ont été envoyées aux préfets de façon que ce décret puisse être mis en vigueur.

Une commission s'est réunie pour fixer la nomenclature et les tarifs des petites interventions chirurgicales qui doivent être payées au prix de 2 ou 3 visites. Les médecins accepteront ou n'accepteront pas. J'ai exprimé le souhait que la grande majorité des médecins de France, au dévouement desquels j'ai depuis longtemps rendu hommage, acceptent le décret du 9 mars, quittes à s'entendre avec nous sur les divers points que j'ai énumérés. D'ailleurs, si j'en juge par ce qu'on me dit, par certaines lettres que je reçois, il semble que, sur un grand nombre de points de la France, les médecins sont disposés à accepter le décret du 9 mars.

J'ai reçu, ce matin, une lettre qui vaut la peine d'être lue. Elle émane des médecins inspecteurs cantonaux des Alpes-Maritimes. Elle est ainsi conçue :

« Par ma lettre du 21 mars écoulé, j'ai eu l'honneur de vous faire connaître que le syndicat des médecins inspecteurs cantonaux, que je préside depuis dix ans, se séparant à regret des autres syndicats médicaux du département, avait, à l'unanimité de ses membres, accepté dans toute sa teneur votre décret du 9 mars, relatif aux soins médicaux aux pensionnés de la guerre. Vous avez bien voulu m'en accuser réception en des termes dont mes confrères et moi vous sommes infiniment reconnaissants, et je m'en autorise pour me permettre, monsieur le ministre, de vous exposer respectueusement ce qui suit :

« Chacun des quarante-deux médecins cantonaux qui assurent, dans les Alpes-Maritimes, le service de l'assistance médicale gratuite, dessert un certain nombre de communes disséminées autour de sa résidence et distantes quelquefois de 10,20 et jusqu'à 40 kilomètres. Seul médecin au centre de sa circonscription, il soigne naturellement tous les malades et, parmi ceux-ci, les mutilés de la guerre. Certaines visites de mutilés sont ainsi faites à 10, 20 et 40 kilomètres, entraînant pour le médecin des frais de déplacement de 20, 40 et jusqu'à 80 fr. par visite. Il n'est pas un médecin cantonal qui ne fasse chaque mois au service des mutilés, une avance, un débours de 100 à 500 francs de frais de déplacement. Et cela dure, monsieur le ministre, depuis deux ans. Tandis que les médecins de ville n'ont aucun débours à effectuer pour assurer ce service, les médecins de campagne que nous sommes, et qui seuls avons constamment fait face à ces obligations, en subissons une très lourde charge pécuniaire, que nous avons acceptée courageusement jusqu'à l'extrême limite de nos capacités de débours. Aujourd'hui, monsieur le ministre, cette limite est atteinte par la plupart d'entre nous. Fermement décidés à ne pas nous dérober à une besogne que nous considérons comme un devoir à la fois professionnel et patriotique, voulant continuer nos soins aux pensionnés, ayant d'autre part, accepté sans réserve, le décret du 9 mars 1921, nous venons solliciter de votre bienveillance et de votre justice, que vous veuilliez bien faire jouer et mettre pour nous en application ce décret et le tarif d'honoraires médicaux qui y est prévu, en ouvrant à notre profit un crédit en rapport avec les mémoires que nous avons produits depuis deux ans, pour le service des soins aux pensionnés de la guerre. » (*Applaudissements.*)

M. Join Lambert. Ce sont de braves gens !

M. le ministre des pensions. Voilà des médecins qui acceptent le décret du 9 mars 1921 et qui demandent sur ses bases, ce qui est juste, le remboursement de l'arriéré. Des instructions ont été données aux préfets et des crédits vont être délégués pour payer aux médecins qui acceptent le décret l'arriéré des honoraires qui leur sont dus.

Je voudrais que cet exemple fût suivi. Je compte encore sur le dévouement et la sollicitude des médecins de France.

Si nous ne réussissons pas à nous entendre sur les bases que je viens de préciser, pour éviter toute équivoque, je serai obligé, ainsi que je l'ai dit l'autre jour, de revenir devant vous — et dans un très bref délai, car il faut que cette situation prenne fin — pour que, d'une façon ou d'une autre, nous sauvegardions les droits des mutilés. Je vous proposerai soit la création d'un corps de médecins, soit l'attribution aux invalides de la guerre d'une allocation forfaitaire qui, variant avec l'invalidité, serait plus élevée pour les malades et compenserait pour eux la perte du bénéfice de l'article 64.

Pour cette allocation forfaitaire, on pourrait envisager différentes modalités. Elle pourrait être remise aux intéressés eux-mêmes, ou, comme semblent le demander, à l'heure actuelle, d'importantes associations de mutilés, aux offices départementaux de mutilés, qui seraient alors chargés d'assurer le service médical.

Quelle que soit la solution proposée dans une affaire comme celle-ci, où ce sont les droits et les intérêts des mutilés qui sont en cause, où il ne s'agit de rien moins que de modifier la situation qu'ils tiennent de la loi, je vous ai dit que je ne ferai rien sans être d'accord avec les mutilés eux-mêmes. Je suis disposé à m'entendre avec eux, à réunir un congrès où les différentes solutions seront envisagées, et ensuite je reviendrai devant vous disant : « Voici les vœux des réformés et des mutilés de la guerre. » (*Très bien ! très bien !*)

. . . .

M. le président. Avant de mettre aux voix l'ordre du jour de M. Jadé, je rappelle que M. Régnier a proposé l'addition suivante :

« Résoudre le plus rapidement possible par entente avec le corps médical et les mutilés le conflit survenu au sujet de l'application de l'article 64 de la loi du 31 mars 1919. »

L'addition est-elle maintenue ?

M. H. Régnier. Oui, monsieur le président.

M. le président. Elle n'est pas acceptée par les auteurs de l'ordre du jour.

La parole est à M. Jadé.

M. Jean Jadé. Messieurs, à cet égard, je dois faire appel à la loyauté de M. Régnier. Si, dans la pensée de notre collègue, l'ordre du jour qu'il vient de déposer signifie que, dans un but de conciliation et d'apaisement, il entend faire appel à l'ensemble du corps médical — et quand je dis l'ensemble du corps médical, je ne vise pas telle ou telle association particulière — si, d'autre part, il entend ne pas faire à M. le ministre des pensions l'injonction de s'incliner devant certains représentants de certaines associations médicales ; si, d'autre part, il entend dire, par son addition, que les mutilés interviendront dans la conversation générale et ne seront pas consultés à part, j'accepte cette addition.

M. H. Régnier. J'ai fait allusion à l'attitude du docteur Lafontaine dans le conflit. J'ai dit que je désirais que soient consultés non seulement les médecins, mais les mutilés, qui avaient, encore plus que les médecins, voix au chapitre, je pense que M. Jadé acceptera l'addition.

M. le ministre des pensions. En ce qui concerne l'addition de M. le docteur Régnier, il est bien entendu que sous cette forme notre collègue ne reprend pas l'ancienne disposition de l'article 64 qui subordonnait l'établissement des tarifs à une entente avec les syndicats médicaux. Il faut que cette condition soit nettement et clairement posée.

J'accepterai volontiers l'addition de M. Régnier à condition qu'elle ait cette signification que je reprendrai les conversations avec les représentants du corps médical sur la base du tarif du 9 mars.

Étant bien entendu, en outre, qu'en ce qui concerne la commission tripartite, cette commission aura pour rôle d'élaborer un projet de décret organisant les soins et le contrôle des soins médicaux ; que de plus elle aura pour mission, d'accord avec les représentants des chirurgiens, d'élaborer un projet de décret fixant la nomenclature et la tarification des soins chirurgicaux.

Si, sur ces bases, nous sommes d'accord, je suis tout disposé à reprendre la conversation avec les médecins, mais j'entends ne pas être lié et si je ne

puis m'entendre avec les médecins, je m'entendrai avec les mutilés. (*Très bien ! très bien !*)

M. LE PRÉSIDENT. La parole est à M. Régnier.

M. H. RÉGNIER. L'addition que j'ai proposée n'a rien de restrictif. J'ai demandé à M. le ministre des pensions de reprendre la conversation avec les médecins et les mutilés. Je n'ai pas demandé autre chose.

***

Nous avons déjà dit que tout le conflit actuel n'est que la conséquence de la façon déplorable dont, au cours de la guerre, le recrutement a été assuré et surtout les récupérations opérées.

Nous avons montré que la quantité avait été préférée à la qualité et qu'il en est résulté un déchet presque immédiat, qui, tout d'abord, a réduit naturellement la fameuse quantité tant convoitée, mais qui, dans la suite, a bénéficié de la fameuse loi des pensions.

Nous avons dit que les experts avaient reçu des instructions formelles pour obtenir un pourcentage élevé de recrues et de récupérés.

Avons-nous exagéré ? Lisez la déclaration suivante du colonel Picot, à la Chambre des députés, le 25 avril dernier :

G. D.

M. le colonel PICOT. — Pendant la guerre, alors que j'étais à l'hôpital, j'ai rencontré un médecin à quatre galons — je ne le nommerai pas — que j'avais connu jadis dans une garnison et qui me dit : « Je pars avec pleins pouvoirs du ministre pour aller faire de la récupération et je vous assure que je vais faire sortir de l'hôpital ces gaillards-là. « — » Mais, lui-ai-je dit, ces gaillards-là, vous allez les voir une minute ou deux, alors qu'ils sont soignés par des médecins qui connaissent leur état. » (*Très bien ! très bien !*)

J'ai vu ensuite le résultat de cette récupération dans les hôpitaux de l'intérieur. Des médecins traitants m'ont dit : « C'est abominable. Un médecin inspecteur est venu qui, malgré toutes nos déclarations, a fait sortir des hommes non guéris et les a renvoyés au front ou dans un dépôt. »

Si l'on ajoute à cela les visites hâtives à la suite desquelles des hommes, atteints de maladies qui n'en faisaient que des demi-valides, ont été envoyés dans des dépôts, d'où ils ne sont sortis que pour entrer à l'hôpital et passer ensuite devant une commission de réforme, on reconnaîtra qu'à de pareils agissements remonte en grande partie l'attribution de certaines pensions élevées auxquelles il vient d'être fait allusion. (*Applaudissements.*)

***

Syndicat des médecins de la Lozère.

(17 *avril* 1921).

Les questions suivantes exposées par le Dr Joly, président, ont été examinées et approuvées par le Syndicat :

Pupilles de la nation. — Le Président du Syndicat a proposé à l'Office départemental des Pupilles de la Nation, le libre choix du médecin par la famille du pupille pour tous les actes médicaux. L'Office a accepté cette proposition. Le prix de la visite ou consultation est fixé à 5 fr. Les pupilles de la Nation devant être examinés deux fois par an par un médecin. Ces visites seront faites par le médecin du pupille qui consignera ses observations sur la fiche médicale qui lui sera présentée lors de cette visite. Le prix de chacune de ces visites est fixé à 5 francs.

A ce sujet, le Président fait remarquer que le Syndicat ne possède aucun fonds suffisant pouvant lui permettre, soit de venir en aide à un de ses membres nécessiteux, ou à leur famille en cas de décès, soit pour aider un confrère à soutenir un procès d'ordre professionnel. Il émet l'idée d'inviter chaque médecin à abandonner au Syndicat le prix des deux visites obligatoires. Ces visites pourraient être payées directement par l'Office des Pupilles au trésorier du Syndicat.

Les pupilles étant environ au nombre de 2.000, ce serait une somme de 20.000 fr. que recevrait le Syndicat, et, dans quelques années, il se trouverait à la tête d'une somme lui permettant de parer aux diverses éventualités exposées plus haut.

Cette proposition, mise aux voix, est adoptée à l'unanimité.

L'Office demande également la désignation de deux médecins par arrondissement, pour constituer une Commission de contrôle.

Assistance médicale gratuite. — Demande d'élévation du tarif adressée au Conseil général, visite de jour et consultation : 3 fr. ; visite de nuit : 6 fr. Indemnité kilométrique : jour : 3 fr. ; nuit : 4 fr. ; pendant les mois de décemrbe, janvier, février : 4 fr.

Etablissement d'un tarif chirurgical et obstétrical plus en rapport avec les circonstances actuelles. — Ce tarif devra être fixé après entente entre l'administration préfectorale et le Syndicat.

Soins aux mutilés. — A l'unanimité des membres présents, après l'exposé fait par le Président, il est décidé que les médecins de la Lozère doivent continuer à suivre les indications données par l'*Union des Syndicats Médicaux de France*. Par suite, le tarif Maginot ne doit pas être accepté. Une lettre sera adressée aux diverses Sociétés de Mutilés de la Lozère, leur expliquant la raison de l'attitude des médecins et les informant qu'à partir du 1er mai 1921, les médecins n'accepteront plus les fiches détachées du carnet. Les mutilés payeront eux-mêmes leur médecin suivant le tarif Breton augmenté de 20 %. Les médecins leur donneront un reçu pour leur permettre de se faire rembourser par l'Etat. Le reçu mentionnera leur situation de mutilé. (Cette lettre paraîtra dans les journaux locaux). Les membres du Syndicat prennent l'engagement d'honneur de ne jamais accepter d'être désignés par l'administration pour donner spécialement leurs soins aux mutilés. Le Président pro-

pose alors l'ordre du jour ci-dessous, qui est adopté à l'unanimité.

Ordre du jour :

Dans sa réunion du 17 avril 1921, le Syndicat des Médecins de la Lozère approuve l'attitude des représentants de l'Union des Syndicats médicaux de France dans la question des soins à donner aux mutilés de la Guerre ;

Il est d'avis de ne pas accepter le tarif fixé par le dernier décret du Ministre des Pensions et proteste contre toute catégorisation du corps médical. Il émet l'idée qu'au lieu d'attendre, il est plus opportun de reprendre les pourparlers avec le Ministre des Pensions et de s'efforcer de faire accepter comme tarif transitoire, tant au point de vue médical qu'au point de vue chirurgical, le tarif des accidents du travail (tarif Breton), augmenté de 20 %.

Dès que les conditions de la vie seraient redevenues normales, après entente entre le Ministre des Pensions, les représentants des mutilés et les délégués de l'Union des Syndicats, il y aurait lieu alors d'élaborer un nouveau tarif.

21 avril 1921.

Le Président du Syndicat des Médecins de la Lozère, à MM. les Présidents de la Société des Mutilés de X.,

Monsieur,

J'ai l'honneur de vous prier de vouloir bien porter à la connaissance des membres de votre Association la décision prise par le Syndicat des médecins de la Lozère dans sa réunion du 17 avril 1921 : « A partir du 1er mai 1921, les médecins de la Lozère feront payer les visites et les consultations suivant le tarif des accidents du travail (tarif Breton), augmenté de 20 %. Il sera délivré à chaque mutilé un reçu pour lui permettre de se faire rembourser par l'Administration ses frais de maladie ».

Cette décision lui a été dictée par la nécessité où il se trouvait de défendre les intérêts de ses membres. Ce faisant, il défendait également les intérêts des mutilés.

Le tarif édicté par M. le ministre des pensions a été élaboré en dehors de toute collaboration avec le corps médical et avec vos représentants. En catégorisant les médecins, il catégorise également les mutilés, établissant ainsi une différence entre les soins reçus par les mutilés des campagnes et par les mutilés des villes. Comme nous, vous ne pouvez accepter une classification semblable.

De plus en vous obligeant, dans certains cas, et ces cas seront peut-être fréquents, à entrer dans un hôpital désigné par elle, l'Administration vous enlève le droit d'être soignés chez vous par le médecin de votre choix et vous impose le médecin de l'hôpi qui peut ne pas avoir votre confiance. On vous place dans les mêmes conditions que les indigents de l'assistance médicale gratuite.

Quand il s'agissait de défendre la Patrie et de vous sacrifier dans l'intérêt de tous, conscients de vos devoirs, vous avez obéi sans murmurer. Aujourd'hui où il s'agit de vous rendre moins douloureuses les mutilations que vous avez subies, vous avez le droit de faire entendre votre voix. Vous avez droit aux soins qui vous conviennent, donnés par les médecins qui vous agréent.

Nous ne sommes pas les mercantis des mutilés, comme a eu l'outrecuidance de dire en réunion publique un parlementaire devenu ministre, qui bien que mutilé comme vous, aurait dû trouver autre chose que cette grossièreté pour payer sa dette de reconnaissance aux médecins qui l'ont soigné et guéri.

Certainement vous n'êtes pas de son avis, car rien dans l'attitude des médecins de la Lozère et de la France ne peut justifier une injure aussi méprisable.

Aucun de vous n'a jamais frappé en vain à notre porte. Les mutilés ont toujours trouvé auprès de nous les soins dont ils avaient besoin. Nous savons que la maladie n'attend pas, seule l'Administration, absolument indifférente à vos besoins immédiats, est restée jusqu'à ce jour sourde à vos réclamations.

Jusqu'à aujourd'hui. nous lui avons fait crédit, mais notre patience, elle aussi, a un terme. Jusqu'au jour où un réglement équitable établi en collaboration avec nos représentants, les représentants des mutilés et l'Administration, entrera en vigueur, nous aurons le regret de ne plus accepter les bulletins que délivre l'administration sous forme de carnets. Quand vous aurez besoin de nos soins, nous vous donnerons après payement un reçu qui vous servira à vous faire rembourser par l'Etat. Si cette façon de procéder vous convient, libre à vous de la voir se perpétuer. Dans le cas contraire, si elle vous gêne, il vous appartient par vos réclamations collectives de faire cesser cet état de choses en invitant l'administration à s'entendre avec vous pour vous assurer les droits que vous confère la loi.

N'oubliez jamais que par votre nombre, hélas trop grand, vous êtes une force morale, contre laquelle, ni les discussions parlementaires, ni l'obstination de l'administration ne sauraient prévaloir.

Je vous prie d'agréer, Monsieur le Président, l'assurance du dévouement du corps médical de la Lozère et de ma considération la plus distinguée.

Le Président du Syndical des médecins de la Lozère.

***

Décidément, M. Maginot abuse.

Après nous avoir traités de mercantis, après avoir tenté de nous imposer un tarif de famine pour les soins aux mutilés, après avoir vu que, d'un bloc, nous refusions d'endosser la livrée ministérielle, il consent à recevoir les délégations des associations médicales, *à la condition qu'elles acceptent ses tarifs du* 9 *mars.*

Vous verrez que si, comme je l'espère, l'Union des Syndicats médicaux refuse de reprendre contact avec le Ministre des Pensions, celui-ci et la plupart des parlementaires nous accuseront à nouveau de mauvaise foi, de parti pris et de mercantilisme — de bolchevisme.

Il est temps que cela finisse.

Je loue fort l'Union des Syndicats, de son travail et de ses efforts auprès des confrères et des syndicats. Jamais notre Union n'a été aussi forte.

Mais, à la lecture de l'*Officiel*, il apparaît clairement que les parlementaires ignorent tout des causes premières de nos démêlés et de nos revendications.

Le public est plus loin encore de comprendre notre résistance à remplir le rôle de sous-larbins.

M. Maginot promène chaque dimanche son éloquence et son influence, assure les mutilés de toute sa sympathie, leur promet de beaux emplois, de larges pensions, puis il sourit, salue et sort, jusqu'à la prochaine fois.

Dans les petites villes, de simples missionnaires suffisent pour catéchiser les dirigeants des Fédérations de mutilés, pour les dresser contre les Syndicats médicaux avec lesquels il est interdit d'entrer en relation. (Exemple si besoin est.)

Pour lutter à armes égales, il importe que nous maintenions avec les différents groupements de mutilés un contact permanent (l'action individuelle, auprès de chaque client réformé est insuffisante), il faut que les médecins assistent à leurs réunions cantonales, y prennent la parole, leur montrent que notre cause est la leur.

J'irai plus loin. Pour éduquer, pour instruire la masse, pour montrer que nos revendications sont justes, je voudrais qu'une campagne fût entreprise dans les journaux politiques les plus répandus.

Je vous serais reconnaissant de me dire ce que vous pensez de mon idée, qui peut vous paraître un peu révolutionnaire, et suis tout disposé à me rallier à d'autres idées plus conformes à la modération habituelle du corps médical, mais je persiste et je maintiens. Il faut agir.

Dr D.
(Ain).

Réponse.

Ce sont précisément les directives que le Conseil de l'Union vient de donner à ses adhérents : agir énergiquement auprès de la troupe des pensionnés pour leur prouver que leur intérêt est de marcher d'accord avec les médecins.

***

Après l'Assemblée de l'A. G.

Un bon Conseil aux Syndiqués qui veulent... qui tiennent... à ce que les Syndicats s'occupent seuls de la défense des intérêts professionnels, et les Associations uniquement des questions de prévoyance et de secours mutuels.

Il était une fois..., en Bretagne, un jeune Syndicat et une vieille Association !

Les vieux confrères de cette vieille association ne voyaient pas d'un bon œil les efforts des jeunes médecins qui venaient de fonder le Syndicat, et ne faisant rien... ou presque rien, pour la défense des intérêts immédiats du Corps médical, ne comprenaient pas que ces jeunes aient envie de faire quelque chose.

Alors, à une réunion du Syndicat qui précédait l'Assemblée annuelle de l'Association, votre serviteur fit la proposition de ne voter, au moment de la réélection du bureau de l'Association, que pour des confrères syndiqués : Nous prîmes donc le bureau de ladite.

L'auteur de la proposition devint même vice-président... c'était il y a 21 ans ! ! et depuis 15 ans, il en est le président. Il a été, en même temps, en 1911, 12, 13, président du Syndicat et en est redevenu vice-président cette année.

Le président du Syndicat est vice-président de l'Association et le secrétaire du Syndicat est trésorier de l'Association ! !

Ainsi, l'Association et le Syndicat marchent la main dans la main ; chacun a son rôle... et son budget, ce qui est très important.

(Je ne comprends pas, en effet, que dans certain département... non loin de Paris, l'Association soit fédérée avec 2 syndicats d'arrondissement !)

L'Association générale est une grande dame répète-t-on ! Les grandes dames ne sont pas faites pour descendre dans la rue... même avec les unions civiques !

Qu'elle se contente donc des questions de prévoyance et de secours mutuels « qui trop embrasse mal étreint » et, en le faisant, cela n'éloignera pas d'elle, bien au contraire, les généreux légataires (quoi qu'en pense le président Bellencontre).

Les Syndicats sont faits pour aller à la bataille, casque en tête, et seule leur Union doit les représenter près des pouvoirs publics.

Je sais bien que ceux-ci, qui voudraient tant diviser pour régner, passent la main dans le dos de certains... très braves confrères ! en leur faisant croire que leur... diplomatie réussirait mieux que la parole enflammée de plus jeunes et plus bouillants ! !

Gare là dessous, confrères... et rajeunissez vos cadres... d'Association !

Un ancien Guépin devenu Breton.

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations.

— **Enghien-les-Bains. — L'ouverture de la Saison thermale d'Enghien est fixée au 17 mai prochain.**

Comme par le passé la Direction de l'Etablissement Thermal mettra gracieusement tous ses services à la disposition de Messieurs les Médecins et de leur famille (Femme et enfants non mariés).

— M. le Dr LEGENDRE, médecin honoraire des hôpitaux de Paris, vient d'être nommé membre de l'Académie de Médecine (associés libres).

Toutes nos sympathiques félicitations à notre ancien et éminent collaborateur, le premier qui, avec le regretté Lepage, a eu le mérite d'inaugurer un enseignement systématique de la Déontologie aux étudiants en médecine.

— **Médecine opératoire spéciale.** — M. J. Charrier, prosecteur, ouvrira, le mercredi 18 mai, à 14 heures, un cours d'opérations sur l'appareil génito-urinaire de l'homme.

Le cours aura lieu tous les jours. Les élèves répèteront eux-mêmes les opérations sous la direction du prosecteur. Le nombre des élèves

admis à ce cours est limité. Seront seuls admis : les docteurs en médecine français et étrangers, ainsi que les étudiants immatriculés. Le droit à verser est de 150 francs. S'inscrire au secrétariat (guichet n° 3) de midi à 3 h., les jeudis et samedis.

— Le deuxième banquet des internes et anciens internes des hôpitaux du Hâvre aura lieu cette année dans la deuxième quinzaine de juin, nous prions tous les anciens internes de bien vouloir faire connaître immédiatement leur nom et leur adresse à M. Péchin, interne à l'hôpital Pasteur, pour qu'on puisse leur adresser les renseignements définitifs.

— **La publicité médicale trompeuse.** — La dixième chambre correctionnelle vient de condamner M. Clostre, pharmacien, 1, rue Daru et M. Joly, chimiste, 121, rue Caulaincourt, à un mois de prison chacun et à 5.000 fr. d'amende pour un « délit voisin dans ses manifestations de l'escroquerie ».

MM. Clostre et Joly, sous le nom de Toxicurol, mettaient en vente un remède qui, affirmaient-ils, dans des prospectus répandus à profusion, constituait un remède radical de la tuberculose.

Point n'est besoin de dire que l'expertise pratiquée sur l'ordre du tribunal a établi que le prétendu remède n'avait aucune efficacité et n'était qu'un produit purement charlatanesque.

La Chambre syndicale des pharmaciens, intervenue au procès en qualité de partie civile, a obtenu 500 francs à titre de dommages-intérêts. (*Presse médicale.*)

— **Hôpital Laënnec.** — M. H. Bourgeois, chef de service, avec la collaboration de MM. Baldenweck et Le Mée, oto-rhino-laryngologistes des hôpitaux, André Bloch, Vernet et Tarneaud, assistants du service, commencera, à partir du 25 mai, un cours privé d'otologie en 15 leçons.

Les cours auront lieu trois fois par semaine les mardi, jeudi, samedi. Les jours intercalaires, les élèves seront exercés à l'examen des malades et pourront assister aux consultations et opérations.

A la fin du cours, un certificat d'assiduité sera délivré aux auditeurs qui en feront la demande.

Programme du cours. — 1° Otites externes ; 2° otites moyennes aiguës, indications de la paracentèse ; 3° mastoïdites aiguës, indications de la trépanation mastoïdienne ; 4° otites chroniques suppurées ; 5° trépanation mastoïdienne et évidement pétro-mastoïdien ; 6° complications veineuses des otites ; 7° abcès du cerveau ; 8° abcès du cervelet ; 9° complications méningées ; 10° otites moyennes chroniques non suppurées et surdité progressive ; 11° examen fonctionnel de l'oreille interne auditive et diagnostic des surdités ; 12° examen fonctionnel du labyrinthe vestibulaire ; 13° les vertiges auriculaires ; 14° les labyrinthes ; 15° les traumatismes crâniens et l'oreille.

S'inscrire dans le service auprès de M. Vernet, assistant. Droit d'inscription : 150 francs pour les élèves nouveaux, 75 francs pour les auditeurs des cours précédents.

— **Du danger des saisies injustifiées.** — A l'ouverture, à Paris, d'un Congrès d'oto-rhino-laryngologie et au moment où un membre allait faire une communication et présenter un appareil du docteur Maurice pour le traitement de la surdité, un huissier intervint et saisit l'appareil. Grand émoi parmi les médecins du Congrès ! L'auteur de la saisie, M. Zund-Burguet, prétendait que l'appareil du docteur était la contrefaçon d'un appareil de rééducation auditive inventé par lui. La 3e Chambre du Tribunal de la Seine, après expertise et plaidoirie de Me P. Appleton, pour le docteur Maurice et de Me Taillefer pour Zund-Burguet, vient de juger qu'il n'y avait point de contrefaçon et que la saisie était injustifiée ; elle a condamné Zund-Burguet à payer au docteur Maurice 25.000 francs de dommages-intérêts, ordonnant, en outre, la publication du jugement dans 20 journaux au choix du docteur. (*Petit Parisien*, 26 avril 1921).

— **Visites.** — **Conférences des œuvres de protection du premier âge,** sous la direction du docteur Georges SCHREIBER. — 1° LA CONSULTATION DE NOURRISSONS : *La Fondation Pierre Budin*, 91 *bis*, rue Falguière (XVe arrond.). Le samedi 28 mai à 16 heures. (Prendre le Nord-Sud ou le métro, descendre à la station Pasteur).

2° L'ASILE MATERNEL : *L'abri maternel de Nanterre*, 2, rue Grandchamp, à Nanterre, le mercredi 1er juin à 15 heures. (Prendre à la porte Maillot, le tramway ligne de Saint-Germain et descendre à la station de Nanterre-la-Boule. Durée du trajet : 15 minutes. Départ : toutes les 20 minutes).

3° LA CRECHE : *La crèche du dispensaire Heine-Fould*, 35, rue de la Glacière (XIIIe arrond.), le samedi 4 juin, à 16 heures.

4° LA POUPONNIÈRE : *La Pouponnière de l'Entre-aide des femmes françaises*, 55, rue Denfert-Rochereau, à Boulogne-sur-Seine ; le mercredi 8 juin à 16 heures 30. (Se rendre par le métro tro ou le tramway à la porte d'Auteuil et prendre le tramway gare d'Auteuil-Versailles. Descendre au rond-point Victor-Hugo. Durée du trajet : 5 minutes).

***Le Directeur-Gérant* : Dr GASSOT.**

Clermont (Oise). — Imprimerie DAIX et THIRON, THIRON et FRANJOU Successeurs,
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

AVIS

I

Stations thermales
Stations d'altitude.

Nos lecteurs qui désirent voir leur nom figurer dans les listes que nous publierons prochainement sont priés de nous en informer.

II

Envois de fonds.

Pour l'envoi des abonnements et des cotisations aux filiales, nous rappelons que le moyen le plus pratique et le plus économique est le versement au compte de chèques postaux dont voici les nos :

Concours Médical, Paris, 167-95.

Sou Médical, Paris 182-31.

Mutualite Familiale Paris, 182-32.

Caisse des pensions de retraites du Corps médical français. Paris, 271-46.

vous importuner, pour vous demander un renseignement : j'ai un blessé atteint de :

1° Brûlure de toute la face ;
2° brûlure de l'avant-bras et main gauches ;
3° Brûlure de l'avant-bras et main droits ;
4° Brûlure de la jambe gauche.

Dois-je compter pour chaque pansement (1, 2, 3, 4) 37 fr. 50 chacun.

Ou vaste brûlure : 75 fr.

Je vous serai très obligé de vouloir bien me donner votre avis autorité sur ce cas.

Dr B.

Réponse.

D'ici peu, mon cher confrère, vont paraître à l'*Officiel*, les AVIS qu'à la Commission du tarif, nous donnons sur divers points litigieux et cela après accord entre les délégués des médecins et des assureurs. Or, l'un de ces avis, à propos des brûlures, répond à votre question.

«.....2° On doit entendre par *vaste brûlure*, toute brûlure dont la surface ou les surfaces additionnées forment une superficie totale supérieure à celle de deux membres ».

« Les surfaces additionnées » donc plusieurs lieux de brûlures, ce qui est votre cas. Comptez donc par pansement : vaste brûlure : 75 francs.

Dr Fernand DECOURT.

Mémoires de frais de justice criminelle.

Je vous serais très reconnaissant de bien vouloir me dire si vous établissez des feuilles de mémoires honoraires de médecine légale et à quel prix le cent. Vos feuilles sont-elles de dimension du timbre de 2 francs ?

Le modèle que je vous envoie est taxable de 4 fr. Ce timbre ne pourrait-il être fiscalement réduit.

Réponse.

Le nouveau modèle de mémoires d'honoraires pour les frais de justice criminelle n'a pas été publié, et nous n'en avons connu l'existence que par certains de nos correspondants, auxquels il est arrivé de se voir refuser la taxation de leurs honoraires, parce qu'ils n'étaient pas portés sur des imprimés conformes au modèle officiel.

Des renseignements que nous avons pu nous procurer par une démarche au Ministère de la Justice, il résulte que si le modèle officiel, qui a été communiqué aux Parquets, est d'un format plus grand que celui du timbre à 2 fr. et nécessiterait, par suite, l'apposition d'un timbre de 4 fr., c'est du fait seul de l'Imprimerie Nationale, qui a réalisé le projet du Ministère de la Justice sur le format qui lui a paru le plus commode. Mais rien ne s'oppose à ce que, pour éviter au médecin, qui est rémunéré, le plus souvent, par

un honoraire de 15 fr., d'avoir à débourser 4 fr., de timbre, le mémoire soit établi sur le format du timbre à 2 fr., le plus petit de tous.

Nous avons donc fait imprimer des mémoires d'honoraires pour frais de justice criminelle du format le plus réduit, que nous vendons, comme la plupart de nos imprimés du même genre, 5 fr. les 50 et 8 fr. le cent.

Le timbre des cartes grises des autos.

J'ai à vous demander le renseignement suivant :

Lors du payement de mes impôts sur les automobiles, le receveur des contributions indirectes m'a dit qu'un récépissé de déclaration du 10 *janvier* 1912 (carte grise) que j'ai en mains, devait être timbré.

Je me suis présenté avec ma carte grise hier à l'enregistrement pour la faire timbrer. Etonnement du receveur, qui m'a dit ne pas connaître ce règlement.

En réalité, la question qui se pose est celle-ci. La décision du Ministre des Finances du 4 février et 22 juillet 1914 a-t-elle un effet rétroactif.

Dans l'affirmative, ma carte rouge qui est du 24 janvier 1906 et qui n'est pas timbrée devrait l'être aussi.

J'ai une carte grise du 6 janvier 1919 timbrée à 1 fr. prix du timbre à ce moment. S'il y avait effet rétroactif, cette carte devrait être timbrée à 2 fr. prix du timbre à ce jour. Alors ?

Réponse par *Concours*, si nous jugez la question d'intérêt général, ce qui me semble.

Dr B.

Réponse.

Pour savoir quel est le droit de timbre dont doit être frappée une pièce, quelle qu'elle soit, il faut évidemment se placer à la date à laquelle cette pièce a été établie. La solution contraire serait absurde, puisqu'elle entraînerait, à chaque augmentation des droits de timbre, la perception d'un supplément sur tous les actes et pièces faits antérieurement, dont le nombre peut certainement se chiffrer par milliards.

Par suite, les cartes grises ou roses pour les autos, délivrées antérieurement à la décision du Ministre des Finances des 4 février et 22 juillet 1914, qui paraît les avoir soumises au droit de timbre, doivent demeurer exemptés de timbre et celles qui ont été timbrées, à la suite de cette décision, à 0 fr. 60 ou à 1 fr. suivant la date de leur délivrance, n'ont pas à payer de supplément de timbre par suite de la majoration des droits.

Si, par exemple, il y avait lieu au renouvellement de ces cartes, les cartes nouvelles devraient, bien entendu, être timbrées conformément aux lois actuelles.

NOTES CLINIQUES

Un cas de néphrotyphus.

Les loisirs me manquent pour étaler, avec index bibliographique, tout ce qu'on sait du néphrotyphus. C'est regrettable pour mon instruction personnelle d'abord, et j'ose le dire, pour beaucoup de confrères. Car il s'agit là d'une forme très rare de l'atteinte typhoïdique dont le diagnostic, du moins au début, peut fort bien s'égarer.

Voici mon observation. Par la connaissance que j'avais des habitudes et de l'existence de ma cliente, par l'authenticité des détails que j'ai consignés, cette observation a une certaine valeur.

Mme X..., 32 ans, a toujours joui d'une santé superbe : embonpoint marqué ; un enfant de 8 ans ; a perdu son mari à la guerre, et depuis a contracté des habitudes de boisson à allure progressive.

Le 19 mars, elle me fait appeler pour une hématurie abondante. C'est une hématurie totale, indolore. Pouls 70. Fièvre 38°. Teint coloré et frais, comme à l'habitude. Rien dans les poumons. La langue est saburrale uniformément. Constipation. La malade garde le lit uniquement parce qu'elle a été effrayée d'uriner tant de sang.

Anamnestiques : malaises légers depuis 3 jours environ, sans fièvre, ni céphalée.

Le 21 mars, l'hématurie est arrêtée depuis quelques heures. Grosse fatigue presque subite, céphalée aggravée, persistante. Pouls 75. Fièvre 39°5. Les traits se tirent. Le soir, diarrhée subite, abondante, purée de pois. La langue est un peu rouge à la pointe, sans tremblement. Rien aux poumons. Diagnostic : typhoïde.

Les jours suivants, l'état s'aggrave rapidement. Adynamie complète. Le 26 mars, le laboratoire confirme le diagnostic. Le 29, consomption extrême, mort.

Ainsi donc, en 10 jours, cette femme a été de la vie au trépas, par une suite d'échelons sans heurt. Une autopsie eût été précieuse. La clinique seule pourtant permet d'affirmer que la déchéance a été progressive. D'autre part, j'affirme qu'avant l'hématurie, pour moi initiale, superposable aux épistaxis du début, la malade était indemne. Aucun signe de typhoïdette. Les typhoïdes dites ambulatoires ne passent pas inaperçues du médecin attentif. Or, je voyais la dame X... presque tous les jours, et, de plus, 3 jours environ avant l'hématurie, il y eut quelques prodromes nets.

En pathologie générale, les acquisitions de la science, comme le simple bon sens, nous montrent que l'infection ira dramatiser les choses

du coté de l'organe affaibli par une atteinte ancienne. J'ai tendance à penser que la dame X.., par son intémpérance, a lésé ses reins, peut-être déjà prédisposés à l'insuffisance ; et qu'avec un Eberth malin, elle a fait un néphrotyphus rapidement mortel. Y a-t-il des néphrotyphus bénins ? ?

Dans le même ordre d'idées, il faut savoir réserver son pronostic quand une typhoïde éclate chez des sujets qui n'ont pas l'arbre pulmonaire intact. Gare aux fins méningitiques !

Pour finir, je dirai que dans le cas relaté plus haut, la séro-agglutination fut, ainsi que dans un cas récent, très forte, même au 1/300. Ce sont probablement deux exceptions.

D[r] PERDRIGÉ.

NOTES DE MÉDECINE PRATIQUE

Poils superflus et épilatoires.

Un de nos lecteurs me demande une formule d'épilatoire. Comme la réponse peut intéresser plusieurs autres confrères, voici celle que j'ai faite : tous les épilatoires chimiques se valent, c'est-à-dire ne valent pas grand'chose. Abstraction faite de sa mauvaise odeur, le « sulfure sulfuré calcique » est, encore, l'un des meilleurs. On l'obtient comme suit : faire un lait avec deux parties de chaux éteinte pour trois parties d'eau. On fait passer dans le mélange, un courant de HS, qui lui communique l'aspect d'une bouillie vert-bleuâtre.

On applique ce produit sur la partie velue, où il sèche.

Au bout de dix minutes, on lave à l'eau tiède : les poils ont disparu.

L'eau oxygénée, à 12 volumes, pure ou coupée d'eau bouillie, passée, chaque matin, au pinceau, sur la partie couverte de poils superflus, les décolore et amincit jusqu'à leur donner l'aspect d'un duvet blond et soyeux qui n'a plus rien de désagréable. Il y a bien encore l'*électrolyse*, mais on sait que cette méthode est extrêmement délicate à employer. Certaines clientes ont attaqué, devant les tribunaux, des spécialistes, dont le traitement avait déterminé des cicatrices chéloïdiennes : il faut donc être prudent.

Comme spécialités : l'Epilatoire Dusser, celui de Lejeune, se trouvent dans toutes les officines. Je ne sais pas ce qu'ils valent.

L'épilation à la pince est pratique : elle donne des résultats immédiats, mais oblige les intéressés à s'épiler au moins une fois par semaine.

D[r] GALAND (de Cambrai).

DOCUMENTS OFFICIELS

A L'OFFICIEL

L'assistance médicale gratuite des étrangers.

8529. — M. Périnard, député, rappelle à M. le ministre de l'hygiène que l'article 1er de la loi du 15 juillet 1893, sur l'assistance médicale gratuite stipule que le bénéfice de cette loi n'est applicable qu'aux Français, et que, seuls, les étrangers dont la nation d'origine aura passé un traité d'assistance avec la France pourront bénéficier de ces dispositions, ajoutant qu'aucun traité d'assistance réciproque n'existe actuellement, qu'il s'ensuit que les étrangers résidant en France n'ont droit ni aux secours médicaux à domicile ni à l'hospitalisation en cas de maladie, que cependant on ne peut laisser sans soins des malades indigents sous prétexte qu'ils sont étrangers, qu'ils sont soignés dans les hôpitaux lorsque leur état de santé l'exige et demandant au ministre à qui incombent alors les frais de leur traitement, si c'est à l'Etat, au département ou à la commune où résidaient ces malades, ou à l'hôpital où ils sont admis, et comment est réglée la même question pour les étrangers infirmes et incurables qui sont recueillis dans les hospices par humanité. (*Question du* 13 *avril* 1921).

Réponse. — En attendant la conclusion très désirable des traités d'assistance réciproque, prévus à l'article 1er de la loi du 15 juillet 1893, les hôpitaux français doivent, même en l'absence d'une obligation légale, continuer à recueillir, dans les conditions de l'article 1er de la loi du 7 août 1851, les étrangers blessés, atteints de maladies aiguës et spécialement de maladies épidémiques. Quant aux malades chroniques étrangers, ils ne doivent être admis qu'autant que les établissements hospitaliers ont des places vacantes et les ressources nécessaires, et après que des démarches auront été faites auprès du consul de la nation à laquelle appartient le malade, en vue d'obtenir l'engagement de rembourser les frais exposés par l'hôpital. Le payement des frais est liquidé dans les conditions prévues à l'article 25 de la loi du 15 juillet 1893, modifié par la loi du 1er août 1919. (*J. O.*, 30 *avril* 1921).

Ministère de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales.

Aux termes du décret du 3 juillet 1905, portant réglementation des bureaux municipaux d'hygiène, les directeurs de ces bureaux doivent être nommés par les maires, parmi les personnes reconnues aptes, à raison de leurs titres, par le

conseil supérieur d'hygiène publique de France.

Conformément à cette disposition et aux prescriptions de la circulaire ministérielle du 23 mars 1906, destinées à en assurer l'application, la vacance de directeur du bureau municipal d'hygiène de Cherbourg est déclarée ouverte.

Le traitement alloué est fixé à 10.140 fr.

Les candidats ont un délai de vingt jours expirant le 20 mai 1921 pour adresser au ministre de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales leurs demandes, accompagnées de tous titres, justifications ou références permettant d'apprécier leurs connaissances scientifiques et administratives ainsi que la notoriété acquise par eux dans des services analogues ou des fonctions antérieures. Cette candidature s'applique exclusivement au poste envisagé.

A la demande doit être jointe une copie certifiée conforme des diplômes obtenus ; l'exposé des titres doit être aussi détaillé que possible et accompagné d'un exemplaire des ouvrages ou articles publiés. Les candidats peuvent, en outre, demander à être entendus par la commission du conseil supérieur d'hygiène.

LE LIVRE D'OR DU CORPS MÉDICAL FRANÇAIS

Citation.

Dr Edme GENGLAIRE, de Coucy-le-Château (Aisne).

« Médecin non mobilisé, n'a pas hésité, du-
« rant les combats d'août et septembre 1914, à
« parcourir les champs de bataille ; a recueilli
« plus de 300 blessés qu'il a soignés. Arrêté trois
« fois sous l'inculpation d'espionnage, a été, du-
« rant toute la guerre, en butte aux suspicions
« de l'ennemi .». (17 mars 1921).

(Croix de guerre et étoile de bronze.)

QUARANTE-TROISIÈME ANNÉE — N° 21 — DIMANCHE 22 MAI 1921

Fondé en 1879 par Auguste CÉZILLY
Rédigé et dirigé par H. JEANNE (1900-1914),

LE CONCOURS MÉDICAL

ORGANE HEBDOMADAIRE DES PRATICIENS
Groupés dans la Société « **Le CONCOURS MÉDICAL** » *et ses Filiales*

ADMINISTRATION & PUBLICITÉ
G. BOULANGER, ADMINISTRATEUR
ABONNEMENTS :

France	24 fr.
Étranger	28 »
Étudiants (*France*)	12 »
Le numéro	50 cent.

Chèques Postaux Paris 167-95

DIRECTION
MM. les Drs A. GASSOT, *Directeur*; A. MAURAT; H. CEZILLY; J. NOIR; P. BOUDIN docteur en droit; M. VIMONT; G. DUCHESNE.
MM. P. CEZILLY, J. DUMESNY, licenciés en droit; C. BOULANGER.

RÉDACTION
Dr J. NOIR, RÉDACTEUR EN CHEF
Drs P. LACROIX et G. DUCHESNE SECRÉTAIRES DE LA RÉDACTION
N.-B. — Les manuscrits, publiés ou non, ne sont pas rendus.

Rédaction et Administration : 132, rue du Faubourg St-Denis, PARIS (10e). Téléphone : Nord 48-17

Quarante-troisième année. N° 21 22 Mai 1921.

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

Office de Renseignements du « Concours »

Membres du Concours exerçant dans les Stations Thermales.

NOTA. — Nous rappelons à nos abonnés qu'il est nécessaire de nous informer chaque année de leur désir de voir figurer leur nom sur ces listes.

MM. les Docteurs :

Aix-les-Bains. Bertier, Blondel, L. Coutaz, Dardel, Duvernay, Forestier, Goddard, Kent-Gazet, Lel. ng.
Allevard-les-Bains, Boël.
Ax-les-Thermes (Ariège) Dresch, Gomma.
Bagnères-de-Bigorre. F. Duprat (Enfants).
Bagnoles-de-l'Orne J. Arnaud, Joly, Pesnel.
Bains-les-Bains, Dr M Henry.
Barèges. Robine.
Besançon La Mouillère. Mme Jeanne Bon.
Biarritz. Clavel, Lacour.
Bourbon-Lancy, Bellœuf, Compin.
Bourbon-L'Archambault. Mansillon.
Bourbonne-les-Bains. Gay, Testevuide.
Brides-les-Bains et **Salins-Moutiers**. Mathieu, Laissus fils.
Cambo-les-Bains, Colbert. — Hamant.
Capvern. Pomarède, Pouy.
Cauterets. Anglade, Armengaud, Got.
Châtel-Guyon. Baumann, Bayrac, Conchon, Foucaud, Gachlinger, Kolbé, Levadoux, Mazeran, Ribérollcs, Saint-René-Bonnet.
Contrexéville. J. Thiéry.
Divonne-les-Bains. Ballivet.
Eaux-Bonnes. Bajac.
Enghien-les-Bains. Beyrand.
Escouloubre-les-Bains. Dr Sarda.
Evaux-les-Bains. J. Gruzu, Lepage
Evian, L. Dalard.
Forges-les-Eaux. Bernardicou
Gréoux (Basses-Alpes). Rigal.
Hendaye. Th. Casenave.
La Bourboule. Christin, Verdalle.
La Motte-les-Bains. De Langenhagen.
Lamalou-les-Bains. Belugou, Cauvy.
La Roche-Posay-les-Bains. Bardet, Guyot.
Luchon, Dutech, Germès, Molinéry (ne fait que la physiothérapie), Pelon, Salles, Sammuller.
Luxeuil-les-Bains. Bornèque, Cugnier, Gauthier, Picot, Rimey.
Martigny. Dedet. Payen.
Mont-Dore. J. André, Béal, Débidour, Dubruel, Levadoux.
Néris. Ducros.
Plombières-les-Bains. Bernard. Gillot. Hagen, de Langenhagen, Truelle.
Pougues-les-Eaux. Hyvert.
Royat. Chassagnard. Mougeot.
Salins-les-Bains. Bourny, Baud.
Salies-de-Salat. Barbé.
Saint-Didier, (Vau.) Masquin.
Saint-Gervais-les-Bains. Alphonsi. Baradat. E. Mallein, Musso, Roux.
St-Honoré-les-Bains. Comoy Comte. Odin. Ségard.
St-Nectaire Serane, Siguret, Versepuy.
St-Sauveur. Sabail.
Salies-de-Béarn. Callais, Coustère. David. Reynaud
Sermaize-les-Bains. Rousselot, Ramonet.
Thonon-les-Bains, Vuillaume.
Ussat (Ariège). Pujol.
Vals-les-Bains, Chabannes, David.
Vichy. Cahen, Castera, Chevreux, Cotar, Desmaroux, Gannat, Guinard, Reynes, Ed. Vidal.
Vittel, Constant, Mousseaux.

DON. — Nous avons reçu à titre de don à la Société civile du *Concours médical*, de M. le Dr BRIQUET, de Pacy-sur-Eure (Eure), la somme de dix francs, pour bons offices du journal.

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum, aux* « demandes et offres ».

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne, qui est versé dans la caisse de la Société civile du Concours Médical). *Adresser un mandat ou mieux verser au compte de chèques postaux,* CONCOURS MÉDICAL, *Paris 167-95.*

Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse.**

No 254. — A vendre, 150 fr., thermocautère complet dans écrin, pointe ignipuncture et pte couteau platine avec allonge. Dr Daubigney Claret Toulon.
No 255. — A échanger poste 20.000 fr. dans chef-lieu canton Vaucluse, contre poste équivalent près Marseille.

Nº 256. — Renault 10 HP., sortant usine, 16.300. Villa meublée, cinq lits, face mer, 1.300 fr. pour saison. Dr Top, à Loon-Plage (Nord).

Nº 257. — Dr recherche petite ville, pays riche et industr. client. méd. génér., rapp. 30.000 fr., préfér. avec fixe industr.

Nº 258. — Docteur demande d'occasion boîte d'essai simplifiée pour correction vices de réfraction (16 verres minimum et lunette d'essai).

Nº 259. — A vendre Darracq 8-10 HP., 2 places, baquet, bon moteur, pneus usagés, cric, clés, pompe, leviers, coffre à outils acajou et cuivre : 5.000 fr. Dr Baudou, Le Porge (Gironde).

Nº 260. — A vendre béniqués métalliques (16, du nº 40 au nº 56), état de neuf, avec bougies conductrices, de chez Colin, le tout enfermé dans une boîte en chêne.

Nº 261. — A vendre auto Charron, 15 HP., garantie neuve, éclairage et démarrage électriques, carrosserie luxe, conduite intérieure, deux roues secours: 37.000 fr.

Nº 262. — Cause départ, à vendre voiturette autofauteuil dernier modèle, livrée il y a 20 jours, n'a pas fait 500 kilm., marche absolument parfaite, état neuf. Faire offre à partir de 12.000 fr.

Nº 263. — A vendre grand dictionnaire Larousse, en 17 volumes. Reliure pleine toile verte de l'éditeur. Etat de neuf, 800 fr. Dr Vallon, 11 bis, rue Adolphe-Focillon, Paris XIV.

Nº 264. — Veuve de médecin désire vendre spécialité pharmaceutique exploitée depuis de longues années par son mari.

Nº 265. — A céder dans grande ville maritime, excellent poste, pas de frais de locomotion, très bel immeuble à reprendre par successeur. S'adresser Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris.

Nº 266. — Dans sous-préfecture agréable de grande banlieue, très ancien poste à céder dans d'excellentes conditions, grande maison avec jardin, susceptible d'un très gros produit. S'adresser Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris.

Nº 267. — Pour répondre aux demandes qui lui sont adressées, le Dr Chevreux, 19, rue Rambert à Vichy, informe les membres du *Concours*, que le prix de revient total d'une cure à Vichy pour leurs malades, peut ne pas dépasser 6 à 700 fr.

CANCER. — L'action puissamment antinévralgique du **Pyréthane**, donné aux doses de 25, 50, 80 gouttes, en eau bicarbonatée, à renouveler, permet de garder en main médicale l'emploi de la morphine, d'en diminuer la dose ou de l'espacer.

CORRESPONDANCE

Recouvrement d'honoraires-accidents.

I

Pourriez-vous m'indiquer la ligne de conduite à suivre pour le cas suivant :

Dans l'impossibilité d'avoir une réponse à l'envoi de mes notes d'honoraires, soit à l'agent pour la région, soit directement au siège de la Compagnie Le P., j'ai écrit ces jours-ci par lettre recommandée au Directeur de cette Compagnie en l'avertissant que si, dans le délai d'une quinzaine, je n'obtenais pas enfin une réponse favorable, je me verrais dans l'obligation d'adresser directement mes notes aux employeurs de façon à pouvoir poursuivre légalement le recouvrement de mes honoraires. Si donc, je n'ai pas la réponse désirée, je relève à nouveau mes

notes, les adresse aux patrons qui renâcleront bien entendu. Mais après, comment faut-il opérer ? ?
Juge de paix ? puis ? Dr A.

Réponse

Vos débiteurs sont les patrons, et non la Compagnie d'assurances, et il était inutile de faire les frais d'une lettre recommandée pour prévenir cette dernière que vous réclameriez à ses assurés, faute par elle de vous payer.

C'était plutôt aux patrons qu'il eût fallu envoyer vos notes par lettre recommandée, en les prévenant que, si vous n'étiez pas payé dans un délai de quinze jours, par exemple, vous vous verriez contraint de les citer devant le juge de paix.

Si, comme nous le pensons, il s'agit d'honoraires pour soins donnés à des blessés du travail garantis par les lois spéciales, le juge de paix compétent est celui du lieu de l'accident, quelle que soit la somme due ; si celle-ci dépasse 300 fr., appel peut être interjeté contre le jugement, dans les 15 jours de la date de celui-ci, et non de sa signification.

Vous ne nous donnez aucun renseignement sur la date des soins auxquels se rapportent les notes réclamées. Nous vous mettons en garde contre la prescription, qui est acquise au bout d'un an en cette matière, et ne peut être interrompue que par une citation en justice de paix ou une reconnaissance de la dette. L'avertissement en conciliation ne suffit pas pour interrompre cette prescription spéciale.

II

Je vous serais reconnaissant de me renseigner sur les points suivants :

1° Un domestique de marchand de vaches, blessé en allant chercher de l'eau pour abreuver ses vaches, tombe-t-il sous le coup de la loi 98 ? et dois-je le soigner selon les prix du tarif Dubief ? Ou bien, son patron doit-il être considéré comme agriculteur ?

2° Dans le cas où le marchand de vaches est un commerçant et que le tarif Dubief est applicable, ne pourrais-je pas, cependant, appliquer le tarif local, car, ce n'est pas l'ouvrier blessé qui est venu me chercher, mais un autre domestique représentant le patron assuré ?

J'ai déjà appelé la compagnie en conciliation, mais nous n'avons pu nous arranger. Elle prétend que le tarif Dubief est applicable (accident qui a eu lieu en 1920 au mois de juillet).

La différence des prix de ma note et de l'offre de la compagnie résulte seulement du tarif kilométrique pour lequel je réclame 3 fr. (à l'aller), alors que la Cie offre 1 fr.60 (prix du tarif Dubief majoré de 100 %). Avant de faire citer en justice de paix, je voudrais avoir votre avis.

Dr V.

Réponse

Un marchand de vaches est un commerçant et comme tel doit être assujetti à la législation spéciale sur les accidents du travail. Il en serait autrement s'il s'agissait d'un éleveur, ne vendant que les animaux qu'il a élevés, et qui pourrait être considéré comme un agriculteur, ne tombant pas sous l'application de la législation spéciale sur les accidents du travail.

Si le marchand de vaches dont il s'agit est patenté, ce serait la preuve qu'il doit être considéré comme commerçant.

Même dans ce cas, le tarif ouvrier local pourrait être applicable, et non le tarif Dubief, si vous pouvez prouver que vous avez été choisi par le patron, et non par le blessé.

Il faudrait donc savoir si l'autre domestique qui est venu vous chercher pour soigner le blessé peut être considéré, en l'absence du patron, comme représentant celui-ci, ou si au contraire il n'a agi qu'à titre de camarade du blessé et comme gérant d'affaires de ce dernier. C'est une question de fait, assez délicate à résoudre. Le juge ne pourrait guère la trancher qu'en citant comme témoin l'ouvrier qui vous a appelé, et sa décision dépendrait du sens des déclarations de celui-ci.

Si vous citez en justice, c'est le patron, et non la Compagnie d'assurances que vous devez citer, devant le juge de paix du lieu de l'accident.

Nous vous mettons en garde contre la prescription, qui vous est acquise au débiteur au bout d'un an en pareille matière (en cas d'applicabilité de la loi accidents) et ne peut être interrompue que par une citation en justice de paix ou une reconnaissance de dette que vous n'obtiendrez probablement pas. La citation adressée à la Compagnie, qui n'a pas de lien de droit avec vous, n'interromprait pas la prescription et celle-ci se gardera bien de vous opposer de suite qu'elle ne doit pas être mise en cause. Elle ferait sans doute plutôt traîner les choses en longueur, pour vous opposer ensuite la prescription, au lieu et place de son assuré, lorsqu'enfin vous auriez cité celui-ci, mais tardivement.

Application du Tarif Breton.

I

Je lis dans le *Concours médical*, page 1294, XXXVIII-I-V-21, votre réponse au Dr G. et je vous prie de me fournir les raisons pour lesquelles vous avez rédigé le paragraphe I et le paragraphe IV.

Dans le premier, vous conseillez de compter la visite et l'opération bien que faites dans la même journée et pour le même sinistre.

Pour moi, on n'en a pas le droit.

Mais comme dans toutes ces questions vous avez une grande compétence, je serais heureux de posséder les raisons qui motivent votre manière de voir.

Dans le paragraphe IV, vous dites que le médecin est de deuxième catégorie (parce qu'il est domicilié dans une ville de moins de 100.000 habitants).

D'après moi ce n'est pas le domicile du médecin traitant qui oblige à faire une réduction de 25 % mais bien le domicile du sinistré.

Or, cette question a une très grande importance au point de vue des honoraires, évidemment.

J'ai énucléé, il y a quatre jours, un sinistré qui habite un village de l'Ariège et j'estime que je dois faire une réduction de 25 % sur l'opération, sur les honoraires des soins consécutifs à l'opération parce que le sinistré habite une localité de moins de 100.000 habitants.

Dans le cas du Dr G., je crois qu'il n'a pas droit à la visite qu'il a faite au domicile du malade.

Quand l'œil ou les deux yeux sont seuls blessés, le sinistré est toujours transportable et il n'est pas dû d'honoraires au médecin qui se rend au domicile, même si le patron l'a formellement demandé, sauf, bien entendu, s'il a spécifié, dans sa demande écrite de visite, que si la compagnie refuse de payer ce déplacement, il le payera à l'aide de sa propre caisse.

Je profite de cette occasion pour vous remercier de tous les efforts que vous avez faits pour obtenir le tarif Breton. Des médecins généraux se plaignent, je n'ai pas de documents pour apprécier le bien fondé de leurs plaintes.

Mais pour les oculistes, ils n'en ont pas le droit, car il est autrement avantageux que le tarif Dubief et d'une application plus facile.

Dr R.

Réponse.

Paragraphe I. — Il s'agissait d'un confrère appelé *d'urgence* dans une usine pour une ouvrière blessée à l'œil. Le confrère : 1° y va, puis là, voyant qu'il y avait une coupure de l'œil (par lame de couteau que polissait l'ouvrière) il la fait transporter chez lui et, une heure après, 2° pratique une intervention grave sous anesthésie générale. Ce sont deux actes médicaux bien distincts, de même que s'il avait fait une visite matin et soir à un blessé. Voyons, devait-il vraiment faire sa première visite... « à l'œil » ?

Paragraphe 4. — J'ai dit « domicilié à T., vous êtes de la deuxième catégorie ». Dieu ! combien il faut éplucher ses mots avant d'écrire ! J'entendais par là que les faits s'étaient passés dans une région de deuxième catégorie, donc 25 % de rabais. Mais il est évident, d'après le tarif même, que c'est le seul domicile du malade qui compte et non celui du médecin. Nous sommes d'accord.

(Voir la suite page XXXI-1493)

PROPOS DU JOUR

La réalisation d'un rêve. La maison médicale de la Thiérache.

Depuis une vingtaine d'années environ, nous avons, à diverses reprises, engagé nos confrères à organiser des maisons médicales.

Sous ce nom, nous entendions des établissements destinés à faciliter la tâche des médecins et à faire bénéficier les malades d'une organisation complète, munie de tout un matériel technique moderne qu'il est impossible à un praticien de se procurer individuellement. Cette création nous permettait d'entrevoir, surtout à la campagne, une organisation coopérative nouvelle de la médecine pratique, où les médecins de toute une région, unis dans une association confraternelle, faisant de l'exercice professionnel normal, se seraient néanmoins spécialisés partiellement pour se prêter un mutuel appui. Tout malade serait assuré de trouver ainsi des soins éclairés et immédiats. Les spécialistes réputés des villes pourraient prêter leur concours à ces utiles institutions, maintenant que l'automobile et le téléphone ont supprimé les distances. Résultats : le praticien exercerait une médecine plus sûre, plus intéressante. Il pourrait dans presque tous les cas continuer à donner lui-même ses soins à son malade. Ce dernier éviterait les risques des interventions trop tardives, les frais de transports et d'hospitalisations onéreux.

D'autre part, cette coopération des médecins d'une région créerait entre confrères des liens d'intérêts moraux et matériels qui les uniraient intimement, et cette organisation collective serait en mesure d'offrir ses services aux institutions d'hygiène sociale et d'assistance municipale ou départementale, en contractant avec elles.

Nous aurions voulu voir les syndicats médicaux poursuivre ce but et, tout en continuant d'assurer la défense professionnelle, tenter une œuvre plus positive de construction, d'organisation, qui aurait affermi leur puissance par les bienfaits même dont auraient profité les malades et la société tout entière.

Notre éducation syndicale n'est pas encore assez parfaite pour réaliser ce progrès. Mais de très heureuses tentatives ont été faites et se multiplient dans cette voie. Beaucoup de personnalités qui réfléchissent, tant en France qu'à l'étranger, ont compris comme nous la nécessité actuelle de l'organisation coopérative de l'exercice de la médecine. Nous avons déjà, l'an passé, résumé ici les articles très intéressants sur ce sujet de notre distingué confrère le Dr Cruchet, de Bordeaux.

Des médecins, surtout dans les grandes villes, ont essayé d'organiser des polycliniques, mais ces institutions ont plus le caractère de maisons de santé que de la maison médicale telle que nous la concevons, ouverte à tous les praticiens d'une région, et respectant le libre choix du médecin par le malade.

Avant la guerre, un confrère distingué de Périgueux, M. le Dr Delbès, profitant de la légitime influence qu'il avait su acquérir, surtout auprès de ses confrères, créa la Maison de santé médico-chirurgicale de Périgueux qui, dans une large mesure, réalisait ce que nous avons appelé la Maison médicale. L'exemple fut suivi par le Dr Prioleau, de Brives. M. et Mme les Drs Bon, au Chalet d'Argueil, près Besançon, M. le Dr Trapenard, à Bellenaves, remplissent en partie à la campagne les desiderata que nous avions formulés, dans les maisons de santé qu'ils ont fondées.

A Agen, M. le Dr Rouillès, à la fois homme de science éminent et réalisateur généreux, envisageant la question de très haut, mit à la disposition de tous ses confrères une remarquable maison de diagnostic pourvue de laboratoires, sur l'organisation scientifique complète de laquelle nos lecteurs ont été renseignés de façon très précise. Cette fondation qui, croyons-nous, est actuellement entre les mains d'une véritable société coopérative de médecins, a été plus ou moins imitée au point de vue de l'organisation matérielle, dans quelques grandes villes, notamment à Paris.

Mais ces institutions avaient été jusqu'ici fondées dans des villes. Le nombre des médecins qui exercent dans les grandes cités font qu'elles ne peuvent y être mises à la disposition de tous les praticiens et qu'elles restent presque toujours le domaine exclusif de quelques-uns.

Nous avions pensé que, dans les régions libé-

rées, où la barbarie allemande a fait table rase de tout ce qui existait avant la guerre, nous verrions des esprits ingénieux, audacieux même, tenter de réaliser notre rêve.

Notre espoir n'a pas été déçu, et un praticien de campagne, M. le Dr M. Mairesse, a fondé dans un bourg du département de l'Aisne, La Capelle-en-Thiérache, qui, avant la guerre, ne comptait pas plus de 2.000 habitants, la *Maison médicale de la Thiérache*, **qui répond presque complètement à l'idéal que nous avions conçu.**

Nous allons reproduire la notice sur la *Maison médicale de la Thiérache* **que M. le Dr Mairesse a bien voulu nous communiquer : elle expose mieux que nous ne saurions le faire les mobiles qui ont engagé ses fondateurs à l'organiser et le but qu'ils ont voulu atteindre.**

La guerre a fait connaître au public un grand nombre de moyens scientifiques capables d'aider au diagnostic de certaines affections, et il arrive maintenant très souvent qu'un malade réclame, à tort ou à raison, soit un examen aux rayons X, soit un examen dit de spécialité, soit tel ou tel traitement qui n'est pas à la portée du médecin de campagne.

Celui-ci, si instruit qu'il puisse être, a le désir, à chaque instant, d'être éclairé sur un point particulier, d'avoir le renseignement précis qui établira son diagnostic, l'avis d'un spécialiste quelconque ayant une compétence spéciale sur telle ou telle branche de la médecine.

L'ophtalmoscopie, la laryngoscopie et même la bronchoscopie, l'œsophagoscopie, la rectoscopie sont devenues pratique courante; elles rendent des services précieux, mais pour acquérir toute leur valeur, il faut quelles soient pratiquées par des médecins qui en ont une grande expérience.

Il en est de même du radiodiagnostic (radioscopie et radiographie). Les rayons X doivent être maniés avec prudence et compétence, et pour les malades et pour les médecins.

En revanche, quelle sécurité pour traiter une fracture difficile, quelle précision pour coapter des fragments sous un bon plâtre, quelle force pour affirmer tel diagnostic que ne discutera plus une Compagnie d'assurances, quelles ressources et quels avantages pour le traitement des accidents du travail !

Non seulement le médecin doit connaître l'étendue des ressources et la valeur des services du radiodiagnostic, mais il est de son devoir de recourir à l'exploration radiologique chaque fois qu'il est utile de le faire. Un exemple : une luxation ou une fracture du coude méconnue ne peut-elle pas engager gravement sa responsabilité civile ?

C'est même pour lui, dans certains cas, une obligation morale, car « de ce recours négligé, différé ou invoqué en temps opportun peuvent dépendre la mort ou la vie des malades » (1). Un diagnostic précis est en effet, après le merveilleux progrès de la chirurgie viscérale, d'une importance capitale pour le traitement des affections chirurgicales de l'estomac et de l'intestin. Il en est de même, en médecine, pour le traitement d'une tuberculose pulmonaire, d'une pleurésie interlobaire ou d'une dilatation syphilitique de l'aorte.

Dans son remarquable ouvrage *Déontologie et Technique professionnelle*, Legendre s'exprime ainsi : « Il n'est plus permis de refuser au client, chaque fois que les circonstances le permettent, la sécurité qu'apportent au diagnostic certaines techniques (analyses urinaires et hématologiques, bactériologiques ou cytologiques, radiographie, réaction de Wassermann, ponction lombaire, etc.) »

Et, dans son *Diagnostic clinique* (examens et symptômes), Alfred Martinet prévoit et appelle pour l'avenir « la constitution d'organisations médicales collectives, groupant des praticiens rompus aux diverses méthodes d'examens et de traitement et où le patient aura la certitude de trouver réuni l'ensemble des compétences et des techniques utiles, dans des conditions satisfaisantes de confort, de commodité et de prix. »

Cette organisation nouvelle, basée sur l'association et la coopération des médecins praticiens d'une région, est d'une réalisation des plus tentantes, puisqu'il y va de l'intérêt de tous.

C'est dans ce but qu'un petit groupe de Praticiens de la Thiérache vient de fonder à La Capelle une *Maison Médicale*, entièrement à la disposition de tous les médecins de la région.

Comme l'a si bien définie et schématisée le Dr Noir, la *Maison Médicale* n'est pas une maison de santé, encore moins un hôpital, c'est une sorte de Dispensaire très bien outillé.

Conçue d'après les données du docteur Noir, la *Maison Médicale de la Thiérache* comprend :

Au rez-de-chaussée : Salle d'attente, cabinet de consultations, salle de pansements, chambre noire pour examens ophtalmoscopiques, laryngologiques et autres, cabinet dentaire.

Au premier étage : salle de stérilisation, salle d'opérations, quatre chambres de clinique.

Dans un pavillon annexe : cabinet de radiologie, laboratoire.

Salle de bain, chauffage central.

Six médecins coopérateurs et spécialisés : médecine générale, chirurgie générale, radiologie, maladies des yeux, du nez, de la gorge et des oreilles, maladies de la bouche et des dents.

Enfin, la région de la Thiérache étant éloignée

(1) Béclère. — Radiologie et radiumthérapie.

de tout centre opératoire, nous avons réalisé une clinique modeste, mais qui permettra de faire toutes les interventions grandes, moyennes et petites, dans les meilleures conditions d'hygiène et d'aseptie et cela, avec un minimum de frais pour le malade.

Un praticien a-t-il, par exemple, une appendicite à faire opérer ? Il s'adresse à la *Maison Médicale*. Le malade est opéré par le chirurgien choisi, aidé du médecin traitant et si besoin est, d'un autre confrère. L'opération est faite dans une salle d'opérations, simplement mais suffisamment bien installée avec toutes les garanties d'aseptie désirable. Le malade est ensuite hospitalisé dans une des chambres, aménagées suivant les conceptions les plus modernes de l'hygiène, et y est soigné de nuit comme de jour par une garde-infirmière expérimentée.

Le *Médecin habituel* reste seul maître vis-à-vis de son malade, et du diagnostic et du traitement. *Il reste même, s'il le désire, le médecin traitant.*

Tous les jours, famille ou médecin peuvent se tenir au courant, avec la plus grande facilité, de l'état du malade.

Son passage à la *Maison Médicale* est du reste de courte durée et, dès que possible, l'opéré est évacué chez lui où son propre médecin, qui ne l'a pas abandonné, lui continue ses soins jusque guérison complète.

Les prix des opérations et du séjour à la *Maison Médicale* sont établis consciencieusement, et leur taux est évidemment inférieur aux frais d'une intervention pratiquée dans les meilleures conditions d'économie à la ville. Beaucoup de gens médiocrement aisés préfèreront faire un petit sacrifice et avoir recours à la *Maison Médicale* plutôt qu'à l'hôpital de la ville voisine, leur unique ressource jusqu'ici.

Par une entente confraternelle bien comprise, la *Maison Médicale de la Thiérache* est en mesure d'assurer aux malades des soins intelligents et répondant à tous les progrès scientifiques acquis.

Nous n'avons rien à ajouter à cet exposé, et nous félicitons vivement le Dr Mairesse et MM. A. Sénéchal, Bertemes, Dantrelle, L. Simon, G. Decreton, M. et R. Borochovitch et Le Marchal, président du Syndicat médical, qui prêtent leur concours à l'œuvre si intéressante de la Maison médicale de la Thiérache. Nous ne doutons pas que tous les médecins de la région sauront comprendre l'intérêt qu'ils ont à assurer la prospérité de cette nouvelle création, et nous espérons pouvoir avant peu annoncer son succès et sa plus grande extension.

J. Noir.

PARTIE SCIENTIFIQUE

CLINIQUE MÉDICALE

Leçons cliniques sur la pression artérielle (1).

Les sphygmomanomètres auscultatoires.
(Suite) (2).

Par le Dr Camille Lian,
Médecin des hôpitaux de Paris
(Consultation de l'hôpital Tenon.)

II. — Qualités à exiger d'un bon sphygmomanomètre auscultatoire.

Envisageons donc maintenant quelle instrumentation il va falloir pour réaliser la méthode auscultatoire, et quelles devront être les qualités d'un bon sphygmomanomètre auscultatoire.

Appareils improvisés.

Il est très simple d'improviser un appareil pour appliquer la méthode auscultatoire. Il faut avoir pour cela une manchette de caoutchouc qui sera doublée d'un brassard résistant. Il faut avoir également un manomètre, ainsi qu'une soufflerie qui lancera de l'air dans l'appareil, et un robinet qui permettra de faire sortir cet air. Il faut enfin un stéthoscope bi-auriculaire.

Je tiens à vous dire qu'avec une pareille instrumentation, vous seriez dans de mauvaises conditions pour appliquer la méthode auscultatoire.

D'une part, en effet, avec un simple stéthoscope bi-auriculaire, vous seriez obligés de tenir d'une main le pavillon, et de l'autre main la poire à compression et la vis ou le robinet de décompression. Vos deux mains seraient ainsi immobilisées et vous seriez dans l'impossibilité de palper l'artère radiale. Or je vous ai dit qu'il n'est pas simplement recommandable, mais qu'il est indispensable de palper le pouls radial, en même temps qu'on ausculte l'artère humérale.

D'autre part, vous vous mettriez dans de mau-

(1) Ces leçons cliniques du Dr Lian ont lieu à l'Amphithéâtre des cours de l'hôpital Tenon, les 2e et 4e lundis de chaque mois à 11 heures.

(2) 4e leçon recueillie le 14 février 1921 par M. Cahen, externe des hôpitaux, et revue par M. Lian (voir les nos 6, 7, 9, 10, 12, 13.)

vaises conditions pour ausculter l'humérale. En effet, pour peu que le pavillon du stéthoscope soit étroit, il est difficile à appliquer exactement sur l'artère humérale, et vous risquez de ne pas le placer au bon endroit. En outre, vous risquez fort de faire varier la compression de l'artère humérale, et par suite d'être dans l'impossibilité de comparer avec quelque rigueur l'intensité des bruits artériels pour chaque chiffre de pression dans la manchette. Enfin vous risquez de créer avec vos doigts des bruits artificiels qui gênent dans l'auscultation des bruits huméraux.

Il faut par conséquent que le dispositif qui permettra l'auscultation de l'humérale soit fixé d'une façon automatique sans que les doigts n'aient besoin de le tenir. Ainsi mon ami le Dr Tixier (de Nevers), dans le premier dispositif de fortune qu'il avait réalisé, avait pensé à cette nécessité. Il appliquait au pli du coude un petit phonendoscope qu'il maintenait en place avec une bande de crépon de Velpeau.

La membrane phonendoscopique.

Donc un bon sphygmomanomètre auscultatoire doit répondre à cette condition déjà formulée : *membrane phonendoscopique maintenue au contact de l'humérale par un dispositif approprié, et non pas appliquée avec les doigts.* J'irai plus loin, et je dirai que, *pour rendre la membrane très facile à placer au contact de l'humérale, il me paraît indispensable qu'elle soit indépendante de la manchette brachiale.*

Si la membrane phonendoscopique est rattachée au brassard brachial, vous allez en effet être poursuivis sans cesse par la nécessité de placer le brassard de façon telle que la membrane vibrante se trouve ensuite appliquée exactement sur l'humérale. Aussi, pour tourner cette difficulté, bien des médecins, qui se servent d'un appareil où la membrane phonendoscopique est ainsi solidaire du brassard brachial, en arrivent-ils à les séparer, et préfèrent-ils tenir d'une main la membrane phonendoscopique. Ils font alors la faute de technique que je viens de souligner à votre attention.

Il est donc préférable que le médecin puisse placer le brassard sans se préoccuper de la membrane phonendoscopique, laquelle sera fixée par un dispositif tout à fait indépendant du brassard. Ceci permet une application beaucoup plus simple. D'ailleurs si l'on a besoin de mesurer la pression dans un autre segment de membre que le bras, il peut devenir indispensable qu'il n'y ait pas de solidarité entre le brassard et la membrane phonendoscopique.

La manchette de caoutchouc.

Quelles dimensions doit-on donner à la manchette de caoutchouc destinée à la compression ? On s'accorde d'une façon générale à admettre que cette manchette doit avoir 12 cm. de haut. Je ne veux pas entrer dans le détail des discussions qui ont conduit à ce chiffre généralement admis. Il semble bien en tout cas que plus le membre est volumineux, plus il est nécessaire d'avoir une manchette qui soit haute. Or si l'on envisage qu'une manchette doit pouvoir servir, le cas échéant, non seulement au bras mais même à la cuisse, la hauteur de 12 cm. apparaît alors comme un minimum ou même comme un chiffre insuffisant. Donc *chez l'adulte il n'y a pas lieu d'adopter une manchette dont la hauteur n'atteint pas 12 cm.*

De même il est bon que la manchette de caoutchouc soit longue. Si elle est relativement courte, certes cela suffira pour l'humérale, mais si vous voulez un jour mesurer la pression à la partie supérieure de la jambe, il faut que votre manchette de caoutchouc soit assez longue pour entourer une bonne partie du membre, et pouvoir ainsi comprimer les deux artères de la jambe.

Le brassard.

Quelles conditions doit remplir le brassard qui enveloppe cette manchette ? Il faut évidemment qu'il soit suffisamment résistant. Il faut aussi qu'il soit conçu de telle façon qu'il puisse s'appliquer autour d'un bras grêle comme autour d'un bras gros, et aussi autour d'une jambe volumineuse ou même d'une cuisse.

Manomètre à mercure ou manomètre métallique ?

Comme autre condition, on pourrait souhaiter qu'un sphygmomanomètre soit pourvu d'un manomètre à mercure. Mais cet appareil est loin d'être facilement transportable. Il existe cependant des types de manomètre à Hg qui sont pliants et par suite moins volumineux. Tel est celui de M. Nadaud, construit par M. Spengler. En outre, M. Pierre Ménard a fait réaliser récemment un manomètre à Hg qui n'est pas renversable, et est contenu dans une boîte plate de 40 cm. de long environ. Malgré ces perfectionnements, il est vraisemblable que le médecin préfèrera en général avoir un manomètre métallique, et vous connaissez tous le manomètre métallique type Potain, qui est de la dimension d'une grosse montre. Malgré le soin de plus en plus grand apporté dans la construction des manomètres métalliques, ces appareils sont susceptibles de se dérégler. Aussi est-il bon de les faire vérifier de temps en temps, mettons chaque année par exemple.

La méthode auscultatoire ne nécessite donc qu'un minimum d'instrumentation.

Si j'ajoute qu'il faut pour la compression une poire, qui est pourvue d'une vis pour la décompression, j'en aurai fini avec les principales conditions que doit réaliser un bon appareil pour la méthode auscultatoire. Il suffit somme toute d'une instrumentation très minime :

Brassard doublé d'une manchette de caoutchouc.
Manomètre.
Poire de compression avec une vis pour la décompression.

Que reste-t-il donc en plus de ce strict minimum, sans lequel on ne conçoit plus un sphygmomanomètre ?

Une membrane phonendoscopique.
Un stéthoscope bi-auriculaire.

Or un tel stéthoscope est un instrument indispensable pour l'auscultation du thorax. J'ai montré récemment que la position de choix pour l'auscultation de la pointe du cœur est le decubitus latéral gauche. Or dans cette position l'auscultation est impossible sans un stéthoscope bi-auriculaire.

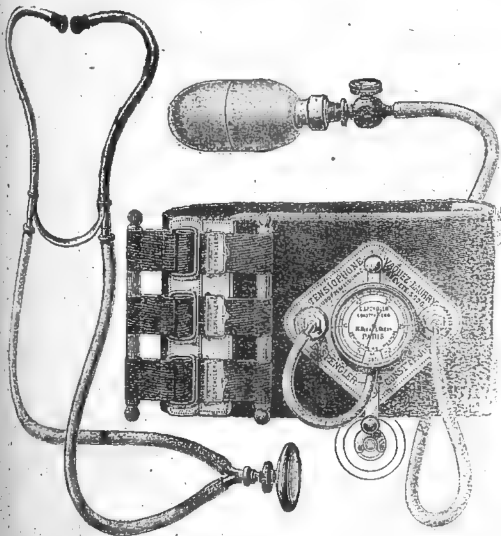
Somme toute, le seul petit instrument spécial à un sphygmomanomètre auscultatoire est la membrane vibrante qui se fixe sur l'humérale. Par conséquent, j'avais bien raison de vous dire que l'on n'a besoin pour la méthode auscultatoire que d'une instrumentation minime.

III. — Le sphygmo-tensiophone et le phono-sphygmomètre.

Après les constatations générales précitées, je vais maintenant vous présenter deux sphygmomanomètres auscultatoires : le *sphygmotensiophone* de MM. Vaquez et Laubry et le *phonosphygmomètre* que je viens de faire construire.

A. — Le *sphygmo-tensiophone Vaquez-Laubry.*

Cet appareil est livré soit avec un brassard haut de 12 cm. soit avec un brassard haut de 9 cm. Le brassard s'enfile par l'extrémité du membre supérieur, et un dispositif, spécial à chaque type de brassard, permet de le serrer au contact du bras. Ce dispositif est constitué par trois courroies pour le brassard large, et par un clan métallique pour le brassard étroit.



Sphygmo-tensiophone Vaquez-Laubry.

Sur la face interne du brassard est placée la manchette de caoutchouc, de la même hauteur que le brassard, et longue seulement de 17 cm.

A la face externe du brassard est fixé un petit manomètre type Potain relié à la manchette.

Au-dessous du manomètre se trouve un ressort en acier, en forme de fourche, qui est destiné à relier au brassard la cupule exploratrice (sphygmophone) qu'on place sur l'humérale.



Sphygmo-tensiophone en place.

Le sphygmophone est formé d'une cupule métallique dont la face inférieure est constituée par une peau de tambour bien tendue. La face supérieure présente au centre un orifice dans lequel s'engage l'embout d'un stéthoscope bi-auriculaire.

Enfin à la manchette est reliée par un tuyau de caoutchouc une poire à compression avec une vis de décompression.

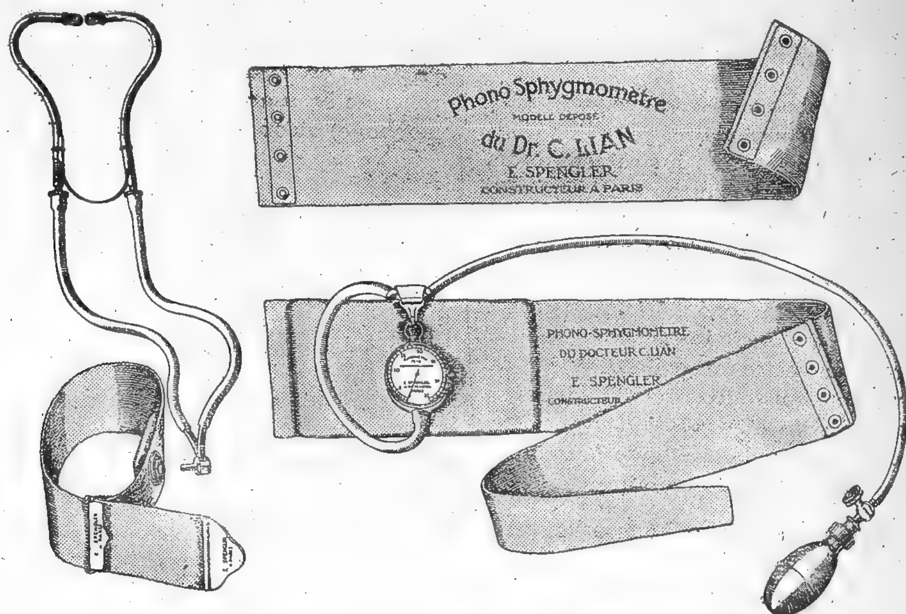
L'ensemble de l'appareil, avec un pavillon d'auscultation s'adaptant au stéthoscope, tient dans une pochette de cuir de 15 cm. de hauteur et de 25 cm. de longueur.

B. — *Le phono-sphygmomètre Lian.*

Son brassard peut s'adapter aussi bien à un bras frêle qu'à une grosse cuisse, contrairement aux autres sphygmomanomètres dont le brassard est conçu pour entourer tel ou tel segment d'un membre supérieur de grosseur moyenne. En effet le brassard du phono-sphygmomètre s'applique à la façon de la bande d'un pansement, et présente une rallonge qu'on adapte lorsqu'on veut mesurer la pression artérielle à la partie supérieure d'une grosse jambe ou à la cuisse. Enfin il est aussi peu encombrant et aussi léger que possible, puisqu'il est en étoffe souple. Quand il est enroulé autour du membre, on le fixe en enfonçant son extrémité étroite sous le tour de bande précédent. Bien serré, formant 2 à 3 tours, il a toute la résistance suffisante. Il renferme une manchette de caoutchouc, haute de 12 cm. et lon-

gué de 22 cm. Ce brassard s'inspire d'un type américain analogue.

Le *manomètre* type Potain, rattaché au bord supérieur de la manchette, ne gêne pas l'application du brassard si l'on a soin d'élever un peu le bras du malade, ce qui fait reposer le manomè-



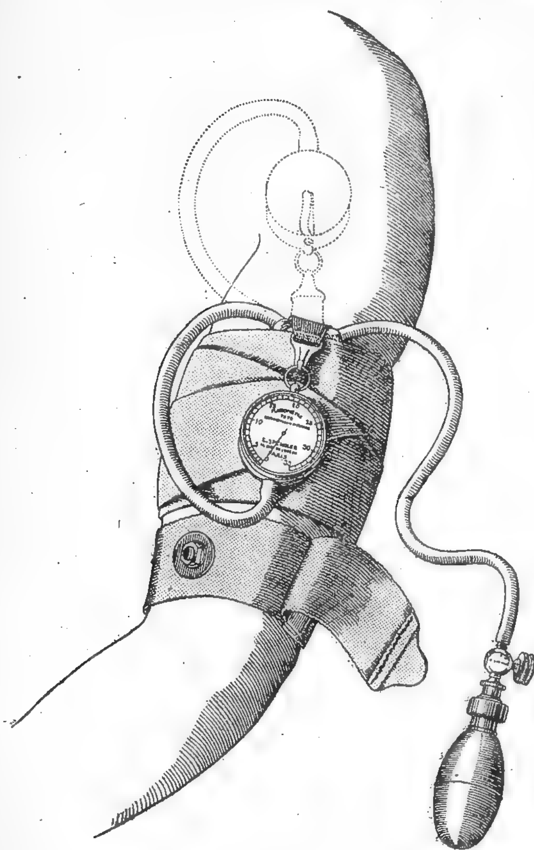
Phono-sphygmomètre Lian.

tre en amont du brassard sur la racine du membre. Dans ce but je conseille au médecin de se tenir debout à côté du malade assis ou couché. Puis le brassard appliqué et le bras ballant, le manomètre se place tout naturellement sur la face antérieure du brassard. D'ailleurs un petit crochet permet, si l'on veut, de l'accrocher à la bande étroite qui termine le brassard.

La *membrane vibrante* qui se place sur l'artère au-dessous du brassard est insérée dans une pochette de caoutchouc, elle n'est donc pas rigide et peut se mouler sur le membre. Elle a ainsi l'avantage de pouvoir s'appliquer partout, dans les dépressions du cou-de-pied, ou sur un membre très arrondi. De plus, étant rectangulaire elle se place soit dans le sens vertical, soit dans le sens transversal : elle permet donc d'ausculter une seule de deux artères voisines, par exemple de mesurer successivement la pression au poignet dans l'artère cubitale puis dans l'artère radiale. Elle est maintenue en place à l'aide d'un bracelet, détail capital.

Le *stéthoscope bi-auriculaire* comporte une armature métallique, ce qui est supérieur à la transmission exclusive par des tubes de caoutchouc. Il est à direction coudée, ce qui évite que les tuyaux de caoutchouc aillent frôler la chemise ou le thorax du malade, détail qui sera encore plus important lorsqu'on l'emploiera non plus pour la sphygmomanométrie, mais pour l'auscultation du cœur dans le décubitus latéral gauche. En effet au stéthoscope s'adapte pour l'auscultation du cœur un pavillon spécial.

Quant à la *poire à valve pour la compression,*



Phono-sphygmomètre en place (1).

(1) Le tracé en pointillé indique l'emplacement du manomètre pendant qu'on enroule la bande brassard.

avec vis de fuite pour la décompression, **M. Spengler, qui a réalisé ce phono-sphygmomètre, a trouvé tout simple de placer la même que celle qu'il construit pour le sphygmotensiophone.**

Le phono-sphygmomètre, ainsi constitué, est susceptible d'être porté dans le veston ou le pardessus, à condition toutefois d'en répartir les différentes parties dans deux poches. L'ensemble tient dans une pochette de cuir de 14 cm., 18 cm.

MÉDECINE PRATIQUE

L'art de formuler.

Notre excellent confrère et ami Ségard vient de publier, dans les *Archives médico-chirurgicales de Province* (avril 1921), *quelques points de repère pour formuler vite et bien,* dont j'ai fortement goûté la lecture, et qui méritent d'être signalés à l'attention, non seulement des débutants, mais encore des vieux praticiens, qui y trouveront peut-être à glaner quelques aperçus originaux, et en tout cas, intéressants à rappeler.

Peut-être mon appréciation enthousiaste provient-elle de ce que je me trouve ici en complète communion d'idées avec l'auteur. Il est exact, en effet, que ses conceptions sont de tout point conformes aux miennes propres, et qu'au cours de ma pratique personnelle, je n'ai jamais cessé d'agir et de formuler autrement qu'il le recommande.

Je reprendrai donc sa leçon, — car c'en est une qui ne serait nullement déplacée au cours de thérapeutique — et je me permettrai d'y ajouter quelques considérations personnelles.

Le praticien qui va rédiger une ordonnance a le droit et le devoir de réfléchir avant d'écrire, mais il ne faut pas qu'il paraisse embarrassé, même s'il l'est au fond de lui-même. Qu'il applique sa réflexion non seulement aux médicaments qu'il va prescrire, selon les indications pathologiques, mais encore à la façon dont il va les « cuisiner », et les répartir pour obtenir la dose optima dans un temps donné. Pas de calculs compliqués sur les véhicules.

S'il s'agit de la forme liquide : solution, potion, sirop, élixir, vin, rappelons-nous que, en volume, la cuillerée à soupe contient environ 15 cmc. la cuillerée à entremets, 10 cmc. et la cuillerée à café, 5 cmc., le verre à liqueur, 30 cmc. le verre à bordeaux, 50 cmc.

Rappelons-nous d'autre part les différents types de fioles que le pharmacien peut employer, et la contenance de chacun d'eux. Cette contenance est généralement estampée en relief sur le fond de la fiole, *en grammes d'eau.* C'est ainsi que nous disposons de fioles de 15 gr., 1 cuiller à soupe ; 30 gr., 2 cuillers à s. ; 45 gr., 3 cuill. à s. ; 60 gr., 4 cuill. à s. ; 90 gr., 6 cuill. à s. ; 120 gr., 8 cuill. à s. ; 155 gr., 10 cuill. à s. ; 187 gr., 12 cuill. à s. ; 210 gr., 14 cuill. à s. ; 250 gr., 16 à 17 cuill. à s. ; 310 gr., 20 cuill. à s. ; 1/2 litre et litre (1).

Ces notions étant préalablement connues, je suis d'accord avec Ségard pour adopter le type 155, dans les affections aiguës, et le type 310, dans les affections chroniques.

Le type 155 peut être utilisé à volonté, selon les cas, soit en 24 heures, à raison d'une cuillerée à soupe toutes les deux heures, soit en deux jours, à raison de 5 cuillerées à soupe par jour.

Le type 310 convient aux prescriptions qui répartissent le remède ordonné sur dix jours, à raison de 2 cuillerées à soupe par jour.

Si le malade est un enfant, j'ai recours plus volontiers au type 90 qui renferme environ 10 cuillerées à entremets ou 20 cuillerées à café, et qui pourra répondre à une prescription pour 48 heures.

Rien de plus facile dès lors que de formuler, en indiquant les substances actives avec leur dose respective, et en terminant par le véhicule, *en quantité suffisante pour la contenance adoptée,* la préparation devant être prise à raison de *tant* de cuillerées par jour, et *tant* de jours.

On s'assurera, dit Ségard, et j'appuie son conseil, que la préparation est bien prise par le malade dans les conditions prescrites. Il m'est arrivé de me retirer parce que, à ma seconde visite, j'avais trouvé la potion ordonnée deux jours avant pour être absorbée en 48 heures, presque intacte.

On évitera les incompatibilités : il y en a de classiques ; il en est d'autres, moins connues. Le pharmacien vous les signale généralement, si vous n'êtes pas mal avec lui. Au bout d'un certain temps d'exercice, chaque praticien a son formulaire à lui, et s'y tient habituellement.

L'édulcoration des potions et des sirops est loin d'être négligeable : c'est d'elle que dépend en partie la facilité plus ou moins grande avec laquelle le malade accepte le médicament.

Il en est de préférable les unes aux autres. C'est ainsi que j'estime que la saveur un peu âcre du salicylate de soude est mieux masquée par le sirop de menthe que par le sirop d'écorces d'oranges amères.

Quant aux tours de main, quand on les connaît, on ne manque pas de les préciser. Ségard prend comme exemple la terpine qui n'est pas soluble dans l'eau et pour laquelle on fait intervenir l'alcool comme solubilisant. On ordonnera donc :

Terpine XXX
Alcool .... q.s. pour dissoudre à chaud.

A la suite de ces préliminaires, Ségard formule quelques types de potion ; une potion calmante ; une potion stimulante à l'acétate d'ammoniaque : c'est la classique potion de Todd, additionnée d'esprit de Mindererus. N'y ajoutez pas surtout d'extrait de quinquina : il se ferait un précipité insoluble. La potion tonique à l'arséniate de soude, avec ou sans

(1) Les fioles de 187 et 250 n'ont pas une contenance exacte en cuillerées à soupe, en pratique, c'est sans importance.

strychnine, les potions bromurée, iodurée, salicylée, doivent être familières au médecin.

La prescription des teintures est assez délicate, surtout si l'on s'adresse aux teintures particulièrement actives. On n'oubliera pas que le gramme de teinture alcoolique renferme environ 55 gouttes. On recommandera l'emploi d'un compte-gouttes bien calibré et *tenu verticalement,* le volume de la goutte augmentant avec l'inclinaison du tube, ou d'un flacon styli-gouttes.

Les extraits fluides et les extraits mous doivent être surtout réservés pour la forme pilulaire. En potion, ils donnent souvent un louche, voire un précipité (tanin). Cependant, quelques gouttes d'acide chlorhydrique, deux ou trois, suffisent à clarifier la préparation.

Les pilules doivent être molles de préférence. On peut à volonté indiquer la dose d'une pilule, en ordonnant d'en faire *tant* de semblables, ou prescrire la totalité de la masse pilulaire, à diviser en *tant* de pilules. Ségard préfère la première manière. Je ne déteste pas la seconde : elle facilite la prescription. Exemple : je désire prescrire deux centigrammes d'extrait de belladone et de poudre de belladone en trois pilules par jour. Il est plus simple d'écrire :

Poudre de belladone.......... } ãã 20 ctgr.
Extrait de belladone.......... }

M.s.a., et divisez en 30 pilules : trois par jour,

que d'indiquer :

Poudre de belladone.......... } ãã 6 milligr. 6
Extrait de belladone.......... }

pour une pilule. F.s.a. 30 pilules semblables.

L'essentiel, c'est *d'écrire bien lisiblement en soulignant les mots capitaux.*

Ségard ne dit rien des cachets, qui, pourtant, sont d'un emploi courant en thérapeutique.

Je leur applique la même manière de les formuler qu'aux pilules. Là aussi, il faut éviter les incompatibilités. En voici une classique : mélange de naphtol et de camphre, qui devient sirupeux.

Les lavements et les suppositoires font l'objet également de conseils judicieux de la part de Ségard.

Il termine son travail par des indications d'ordre général, qui rappellent notamment les textes relatifs aux substances vénéneuses, et aux opiacés en particulier ; ces textes obligent d'*écrire les doses en toutes lettres,* et de n'ordonner d'opiacés (dérivés compris) *que pour sept jours.*

Il recommande d'éviter la prescription de remèdes chers. A ce point de vue, on tiendra compte surtout de la situation de fortune du malade, de l'affection en cause, de la durée du traitement. Si vous prescrivez pour 24 ou 48 heures, dans une affction aiguë où vous aurez à renouveler fréquemment vos ordonnances, vous ferez bien d'y regarder. Si le traitement ordonné s'applique à un état chronique et doit durer plusieurs jours, cela a moins d'importance. Il y a là une question de doigté qui s'acquiert surtout avec l'expérience.

40 grammes de sulfate de soude sont infiniment meilleur marché qu'une eau purgative spécialisée. Le prix d'un gargarisme obtenu en faisant dissoudre un paquet de 15 grammes de borate de soude dans un demi-litre d'eau bouillante est sensiblement moins élevé que le même gargarisme préparé par le pharmacien lui-même, et comportant une infusion et une édulcoration (sirop de mûres, miel rosat).

Recommandation que je crois importante, pour terminer. Ne négligez pas la diététique ou le régime sur vos ordonnances. Aux formules magistrales, ne manquez pas d'ajouter l'indication de tisanes appropriées : fleurs pectorales, tilleul et oranger, pensées sauvages, capillaire, bourgeon de sapin et uva ursi. Ce sont détails qui ne sont pas superflus : ils plaisent au malade lui-même et surtout à son entourage. Et cela les occupe.

Enfin, marquez chacune de vos visites d'une prescription, aussi anodine et aussi insignifiante que vous voudrez. Aux yeux de beaucoup de malades, l'ordonnance est en quelque sorte la sanction de la visite, et souvent pour eux, vous n'aurez pas fait entièrement votre métier, si vous vous êtes contenté d'un examen clinique et de quelques bonnes paroles.

Si savoir est indispensable pour éviter les erreurs, savoir-faire est nécessaire pour réussir.

G. Duchesne.

A TRAVERS LA PRESSE

Presse française.

Traitement du shock par l'injection intra-rachidienne d'huile camphrée.

Amené fortuitement à pratiquer une injection d'huile camphrée dans la cavité rachidienne d'un grand shocké de guerre, auquel il venait de faire une ponction lombaire, M. Le Grand fut tellement frappé des heureux résultats immédiatement obtenus qu'il a répété ce procédé à plusieurs reprises avec succès. (*Journ. de méd. de Paris,* 20 fév. 1921.)

Immédiatement, on observe le relèvement rapide du pouls et de la pression artérielle, en même temps que la disparition de l'obnubilation intellectuelle.

Plus tard, se montrent quelques phénomènes d'excitation cérébrale, avec de légers troubles du rythme cardiaque et respiratoire.

L'injection est pratiquée au lieu d'élection (entre les 4e et 5e lombaires) à la dose de 10 cmc. introduits lentement. Si le liquide céphalo-rachidien était sous pression normale, on évacuerait préalablement une quantité égale au volume de l'injection.

Le rhumatisme chronique déformant par insuffisance thyroïdienne.

Le type connu sous le nom de rhumatisme polyarticulaire chronique progressif déformant serait sous la dépendance d'une insuffisance de la glande thyroïde. M. P. MENARD établit le bien fondé de cette proposition sur de nombreuses observations qui paraissent concluantes. (*Journ. de méd. et de chir. prat.*, 25 fév. 1921.)

C'est ainsi qu'on a vu évoluer simultanément et parallèlement un rhumatisme déformant et un myxœdème fruste ; que, dans d'autres cas, on a noté, chez des rhumatisants chroniques, des signes d'hypothyroïdie : œdèmes, signe du sourcil, troubles de la calorification, troubles nerveux, obésité, troubles cutanés, etc.

Comme confirmation de cette relation de cause à effet, les excellents résultats du traitement opothérapique sont fréquents ; d'autre part, l'hyperthyroïdie améliore les crises rhumatismales : un syndrome de Basedow apparaissant au cours de l'évolution d'un rhumatisme chronique, amena la disparition de celui-ci. La maladie basedowienne s'atténuant à son tour, les douleurs articulaires avec déformation survinrent de nouveau.

Au point de vue du diagnostic, après avoir éliminé le pseudo-rhumatisme infectieux, l'arthrite blennorhagique, les déformations articulaires d'origine tabétique, goutteuse, tuberculeuse, on reconnaîtra l'insuffisance thyroïdienne aux signes qui ont été déjà indiqués. « Le rhumatisme thyroïdien apparaît surtout « chez la femme au moment de la ménopause. « Les malades ont, en même temps que des cri« ses articulaires, des troubles de la calorifica« tion, des œdèmes transitoires, des migraines, « des névralgies, etc. On tiendra compte de la « coexistence des troubles cutanés, tels que la « sécheresse de la peau, de certaines dermatoses, « eczéma, psoriasis ».

Le traitement consiste à administrer la glande totale desséchée à froid dans le vide, en cachets, pilules, comprimés, dosés de un milligr. à 0,10. On s'en tiendra généralement à la dose moyenne de 0,05, sans dépasser 0,20 cgr., pendant dix jours consécutifs, suivis d'un repos de dix jours, et ainsi de suite, d'une façon prolongée, avec une surveillance constante afin de dépister les signes d'intolérance : palpitations, insomnie, tremblement et diarrhée.

L'opothérapie est contre-indiquée chez les tuberculeux, chez les cardiaques et chez les obèses, dont le cœur est parfois touché.

A l'opothérapie, on ajoutera avec avantage la teinture d'iode à raison de 10 à 30 gouttes à chacun des deux principaux repas, de 10 à 20 jours par mois.

On pourra être amené à associer l'opothérapie thyroïdienne à l'opothérapie ovarienne La galvanisation du corps thyroïde aurait de l'influence sur les ankyloses. Enfin, les analgésiques (aspirine, pyramidon), l'électrothérapie, la thermothérapie, la crénothérapie (Lamalou, Bourbon-l'Archambault, Aix-les-Bains) pourront être employés avec quelque fruit.

Les causes de la mort du fœtus pendant la gestation.

Au dire de M. HIDDEN (*Journ. des Prat.*, 5 mars 1921), elles relèveraient de la syphilis dans 41,5 % des cas. Quand la syphilis des générateurs n'a pas été dépistée, on l'a reconnue aux caractères du fœtus macéré, couvert de pemphigus, présentant de l'ascite, de l'hypertrophie du foie, de la rate, des malformations viscérales, etc.

L'albuminurie provoque la mort du fœtus dans 22 % des cas, l'albuminurie traduisant ici une insuffisance rénale et s'accompagnant d'œdèmes, de céphalalgie, de troubles de la vue, etc.

Les caractères du fœtus sont alors son petit volume, sa maigreur ; le placenta est aussi très nettement atrophié et présente presque constamment des infarctus (placenta truffé).

L'éclampsie, complication de l'insuffisance rénale, détermine elle-même la mort du fœtus dans 33 % des cas.

En dehors de la syphilis et du syndrome albuminurique, on a pu incriminer l'endo-métrite, amenant des déplacements placentaires, et aussi en très faible proportion, l'alcoolisme, le paludisme, le saturnisme, la fièvre typhoïde, la grippe. . . . .

L'intérêt de cette étude consiste surtout à rechercher préventivement les états pathologiques qui, chez la femme enceinte, sont susceptibles d'entraîner la mort du fœtus, et à les traiter en conséquence.

L'avenir obstétrical des césarisées.

Est-il permis, chez ces gestantes de laisser évoluer spontanément la grossesse et le travail ? Ou bien la césarienne conditionne-t-elle nécessairement pour l'avenir une césarienne itérative ? Telles sont les questions que se pose M. BALARD (*Gaz. des Sc. méd. de Bordeaux*, 6 mars 1921). Il ne s'agit là que de femmes ayant été césarisées pour une dystocie occasionnelle, et non permanente.

Il résulte des observations recueillies que les cas de rupture sont rares (2,5 %) et qu'ils n'ont donné eux-mêmes que 14 % de mortalité. Dans ces conditions, il importe de mettre la gestante en état de surveillance médicale pendant les derniers mois de sa grossesse, dans un établissement spécial. Le repos au lit lui sera imposé par mesure de prudence. Au moment du travail, on accélérera l'accouchement au moyen du for-



ceps, afin de diminuer les efforts de l'utérus, tout en se tenant prêt à intervenir immédiatement en cas de danger. C'est, au demeurant, l'expectative armée que conseille le distingué accoucheur de Bordeaux.

M. Vanverts, de son côté, s'appuie sur 6 cas personnels pour formuler les conclusions suivantes : « Tout utérus ayant été césarisé devant « être considéré comme de solidité moindre « qu'un utérus sain, il ne faut jamais perdre de « vue qu'il se trouvera en situation d'infériorité « au moment du travail, surtout s'il a à triom- « pher d'un obstacle pelvien. Aussi, la règle « générale de conduite est-elle qu'il faut pro- « céder systématiquement à la césarienne chez « toute femme en travail qui présente un rétré- « cissement du bassin et qui a subi antérieure- « ment une césarienne.... Si cependant le rétré- « cissement étant peu accusé, on estimait avoir « le droit d'attendre l'engagement spontané de « la tête, on se réserverait d'extraire ensuite « celle-ci à l'aide du forceps, il faudrait ne pas « prolonger l'attente. En l'absence d'un engage- « ment facile et rapide, l'abstention devrait « être considérée comme exposant au grave « danger de la rupture et faire place à l'inter- « vention ». (*Gaz. des Prat.*, 1er mars 1921.)

Les lavements à base de tanin dans la dysenterie amibienne.

Quand l'émétine ne peut être employée, quelle que soit la cause de cette impossibilité, M. Smyrniotis conseille de recourir aux lavements tanniques selon la formule suivante :

Tanin	5 gr.
Laudanum de Syd.	XX gouttes.
Amidon ou arrow-root..	15 gr.
Eau gouillie...........	1 litre.

Le lavement sera donné tiède et gardé au moins un quart d'heure, et répété deux ou trois fois par jour. (*Presse méd. d'Egypte*, 1er fév. 1921.)

G. D.

Presse espagnole.

Orientation nouvelle de la sérothérapie antipneumococcique.

(T. Morato Cardenas. *El Siglo Medico*, 12 mars 1921).

Depuis la découverte des sérums antipneumococciques par Klemperer, on a observé des différences considérables entre l'action sur les animaux de laboratoire et celle constatée dans les usages cliniques, la première étant réelle, alors que la seconde est à peu près nulle.

On a donc recherché les causes de cet échec ; celui-ci est dû pour une part à l'emploi de sérums de titres trop faibles, pour une autre part, à leur mauvais mode d'administration (injections sous-cutanées), mais surtout au défaut de correspondance entre le sérum et la nature du pneumocoque.

La condition indispensable pour obtenir une sérothérapie efficace est de déterminer tout d'abord le type du pneumocoque ; on admet actuellement l'existence d'au moins quatre variétés, nettement distinctes les unes des autres, notamment le « pneumococcus mucosus » (streptococcus mucosus capsulatus).

Il s'agit ensuite de trouver les anticorps correspondants. Le traitement doit être effectué le plus rapidement possible, avec des doses élevées de sérum allant jusqu'à 100 cmc., et même plus, par jour, en injections intra-veineuses.

L'action du sérum est nettement bactériotropique et enzymotique. Quant à la détermination du type de pneumocoque, elle doit être faite de préférence dans le sputum, cette méthode étant plus aisée et plus rapide.

Manifestations oculaires de l'encéphalite léthargique.

(Manuel Marin-Amat. *El Siglo Medico*, 19 mars 1921.)

L'encéphalite léthargique présente un certain nombre de symptômes, diffus ou locaux : les premiers comportent la céphalée, la léthargie, l'insomnie, les convulsions, les vomissements, le délire, la fièvre, l'albuminurie. Parmi les seconds, il faut citer la paralysie faciale, bilatérale, la paralysie oculaire, avec diplopie et strabisme, l'ophtalmoplégie, le nystagmus, l'hipus, la kératite neuro-paralytique, la paralysie des membres, la dyspnée, la glycosurie et la tachycardie. La réaction de Wassermann est quelquefois positive.

L'auteur présente une série de neuf observations et s'attache spécialement aux manifestations oculaires de la maladie. Les premières manifestations sont la paralysie bilatérale, dissociée et passagère, des nerfs moteurs oculaires. Les symptômes sont ceux inhérents à la paralysie des 3e et 4e paires de nerfs crâniens. La paralysie de la 3e paire produit la ptose, la déviation du globe oculaire (strabisme divergent), la mydriase, la paralysie de l'accommodation et la diplopie croisée. Celle de la 4e paire provoque l'impotence fonctionnelle du muscle droit externe, le strabisme interne et la diplopie homonyme.

Les dangers du traitement intra-rachidien.

(Dr Raphael del Valle y Aldabade. *El Siglo Medico*, 26 mars 1921.)

Un malade ayant reçu 4 injections intra-rachidienne de sublimé et de néosalvarsan, a présenté une paralysie totale des extrémités infé-

rieures et de l'incontinence urinaire et fécale, avec abolition des réflexes rotulien et achilléen. En outre, il ne voyait plus rien de l'œil gauche. Le traitement appliqué pour faire cesser cet état fut le suivant : pointes de feu à la région dorsale de la colonne vertébrale ; injections hypodermiques de sulfate de strychnine ; application d'un courant galvanique de 5 milliampères, le pôle positif étant placé à la hauteur de la 10e vertèbre dorsale, et le pôle négatif passant par les extrémités inférieures. Au bout de 15 séances, on constata une amélioration marquée. Le même traitement, renouvelé six jours plus tard, accentua encore les progrès.

Insolations et coups de chaleur. Immunité de la race nègre.

(Dr Luis FIGUERAS BALLESTER. *El Siglo Medico*, 26 mars 1921.)

L'auteur passe en revue les différentes théories proposées pour expliquer les causes de l'insolation : infection, asphyxie, auto-intoxication, destruction des éléments musculaires, sanguins et nerveux. Il rejette catégoriquement les trois premières. La 4e est défendable ; mais aucune ne peut expliquer la destruction des éléments cellulaires par les températures élevées, la coagulation de la myosine, la liquéfaction de la myéline, l'altération des neurones et la perte de l'équilibre leucocytaire, par suite de leucolyse.

Vient ensuite l'étude des moyens de défense employés par l'organisme pour lutter contre l'hyperthermie : le principal est l'élimination de la sueur, son évaporation et une réfrigération consécutive, qui régularise la respiration et la dilatation des vaisseaux périphériques.

D'où provient l'immunité de la race nègre à l'égard des insolations ? L'auteur l'attribue à la couleur de sa peau : la pigmentation noire défend l'organisme contre l'excès des radiations lumineuses et ultra-violettes ; elle agit sur l'énergie cosmique et transforme celle-ci, qui était thermique, chimique, ou lumineuse, en énergie utile à l'organisme. On peut comparer cette action bienfaisante de la pigmentation à celle de la chlorophylle chez les végétaux.

L'auteur établit enfin un rapport entre la pigmentation des différentes races et leur sobriété et il constate que, plus la pigmentation est foncée, moins le nombre de calories nécessaires à l'homme est élevé : ce nombre est de 3.055 calories pour le blanc, alors qu'il n'est plus que de 1.843 pour le nègre.

Les vitamines et leur influence sur le développement de certains micro-organismes.

(Dr Jesus JIMENEZ. *El Siglo Medico*, 2 avril 1921.)

La formule provisoire des vitamines serait, d'après Funck : $C^{17} H^{20} N^2 O^7$. Elles possèdent deux composants : l'un soluble dans les graisses, l'autre soluble dans l'eau et l'alcool.

Les vitamines provoquent le développement des micro-organismes dans des milieux tels que le bouillon, ou l'agar, où certaines bactéries ne se développeraient pas sans leur présence.

L'étude de cette influence a été faite sur les méningocoques, les pneumocoques, les gonocoques et les bacilles de Pfeiffer. L'auteur indique les détails de la préparation du milieu de culture (agar) et de l'extrait de sang qui lui est ajouté pour provoquer le développement des bactéries. Il étudie également l'action de l'extrait globulaire, des extraits de cœur, de foie, de rate, de rein et de muscles.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

Paris

Les caractères différentiels de la strophantine et de l'ouabaïne.

(M. A. RICHAUD. — *Académie de médecine.*)

Les premières recherches chimiques sur les graines du strophantus ont été faites par Fraser, d'Edimbourg, en 1872, mais c'est seulement des travaux d'Arnaud (1888) que datent les connaissances précises que nous possédons touchant la composition chimique de ces végétaux.

Arnaud a isolé de ce groupe deux glucosides, l'un du strophantus Kombe, qu'il appela strophantine, et l'autre du strophantus glabre du Gabon, auquel il donna le nom d'ouabaïne.

Au point de vue physiologique et clinique, la strophantine et l'ouabaïne ont été étudiées par Gley et par Vaquez. M. Richaud a repris la question. Envisageant l'action du produit sur le cœur isolé du lapin, il a obtenu des tracés cardiaques très différents dans les deux cas.

Avec les deux substances, on observe d'abord une première phase traduisant l'action cardio-tonique du médicament. A cette première phase, en succède une seconde : pour la strophantine, elle consiste dans des séries d'alternances séparées par des périodes de pauses diastoliques ; pour l'ouabaïne, il y a tachyarythmie sans caractères spécifiques.

Strophantine et ouabaïne, malgré la similitude de leur composition chimique, ont donc une action distincte.

Le vaccin de Delbet chez les enfants.

(M. OMBRÉDANNE. — *Société de chirurgie.*)

M. Ombrédanne a expérimenté le vaccin de Delbet dans 66 cas de chirurgie infantile. Chez les enfants, la réaction générale observée chez les

adultes manque souvent ou est légère. De même, la réaction locale est moins intense. Les résultats ont été variables suivant les lésions inflammatoires en cause : remarquables dans les lésions de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané (adénites, mammites), ils ont été fort intéressants dans les mastoïdites, et plus discutables en matière d'appendicite à chaud. M. Ombrédanne les considère comme à peu près nuls dans l'ostéomyélite.

M. Grégoire est étonné de l'opinion de M. Ombrédanne sur le manque d'action du vaccin de Delbet et de la vaccinothérapie en général dans l'ostéomyélite. Son avis est tout différent. Certes, le vaccin ne guérit pas toutes les ostéomyélites, mais il permet bien souvent d'éviter l'opération.

Traitement chirurgical des arthrites blennorhagiques.

(M. André Martin. — *Société de chirurgie*).

M. Louis Bazy présente un rapport sur un travail de M. André Martin intitulé : deux cas d'arthrites blennorrhagiques traitées l'une, par l'arthromie simple, l'autre, par l'arthrotomie avec fermeture immédiate.

La question du traitement chirurgical de l'arthrite blennorrhagique est loin d'être élucidée. On peut recourir à la simple ponction des abcès, à l'arthrotomie, à l'arthrotomie suivie de mobilisation (méthode Wilhems et ses variantes). M. Louis Bazy montre la difficulté de poser les indications de ces diverses interventions. Il se demande même si l'arthrite blennorrhagique relève bien de l'intervention chirurgicale. Il en douterait volontiers en présence des acquisitions nouvelles de la sérothérapie anti-gonococcique, étudiées dans la thèse de Paraf. Avec le sérum (injecté, après ponction, dans l'articulation) que prépare M. Nicolle à l'Institut Pasteur, M. Paraf a obtenu 14 succès sur 16 sujets traités.

Le décollement pleuro-pulmonaire.

(M. Roux-Berger. — *Société de chirurgie.*)

M. Roux-Berger fait une communication sur le traitement de certaines affections pleuro-pulmonaires non tuberculeuses, par le décollement pleuro-pulmonaire et la compression du poumon.

Le traitement chirurgical de certaines affections broncho-pulmonaires, du type dilatation bronchichique, est une thérapeutique à sa période de tâtonnements. M. Roux-Berger apporte cinq observations personnelles comportant décollement pleural et compression du poumon par tampon ou pessaire de Gariel. Deux cas ont été des échecs, et trois des succès.

M. Pierpe Delbet rappelle 4 cas personnels où il est intervenu chirurgicalement pour des lésions de ce genre. Il n'a pas l'expérience du décollement de la plèvre, mais cette technique lui semble avantageuse.

Abcès volumineux du sein guéri par le vaccin de Delbet.

(M. Auvray. — *Société de chirurgie.*)

M. Auvray a obtenu la guérison d'un volumineux abcès du sein par le vaccin de Delbet adjoint à deux petites incisions. Autrefois, on eût dû inciser largement, créer des cicatrices fort disgracieuses et sacrifier une bonne partie de la glande. L'auteur estime que la thérapeutique qu'il a mise en œuvre a rendu service à sa malade au double point de vue de l'esthétique et de la conservation de la fonction du sein.

Epithélioma inopérable traité par des capsules radifères.

(MM. Pierre Frédet et L. Mallet. — *Soéiété de chirurgie.*)

M. Pierre Frédet présente un malade atteint d'épithélioma inopérable de la région cervicale soumis dans son service, par M. Mallet, à l'application de capsules radifères. Le résultat après une application unique paraît, actuellement, tout à fait remarquable, la régression de la tumeur ayant été considérable.

La technique de M. Mallet est spéciale. Il ponctionne la tumeur en des points distants de 1 cm. 1/2 et il introduit dans chaque orifice de ponction une capsule radifère. Les capsules sont laissées en place pendant cinq jours.

Fracture de Dupuytren mal consolidée : guérison par ostéo-synthèse.

(M. Pierre Duval. — *Société de chirurgie.*)

M. Pierre Duval a pratiqué une ostéo-arthrotomie suivie de synostose péronéo-tibiale par vis métallique chez un malade atteint de fracture ancienne de Dupuytren vicieusement consolidée, avec pied en valgus très prononcé. Le résultat, au bout de trois mois, est parfait : le pied est dans l'axe, la flexion et l'extension sont normales.

M. Proust croit qu'en pareil cas le vissage métallique a tous les avantages.

Rupture silencieuse de la rate par contusion.

(MM. Picqué et Lacaze. — *Société de chirurgie.*

Un soldat, monté sur le marche-pied d'une voiture, est tamponné par un poteau. Il ressent une douleur aiguë dans le côté gauche, mais n'entre à l'hôpital que 2 jours après, se plaignant simplement de gêne au point contusionné. Le 10e jour, paraissant guéri, il est pris de température (39°). L'auscultation montre des signes de congestion et une ponction ramène du sang nauséabond. On opère à ce moment et l'on arrive sur un épanchement sanguin recouvrant une rate déchirée. Drainage et guérison en 6 semaines.

Il s'agit là d'un cas intéressant de rupture silencieuse de la rate.

La radiothérapie dans la dyspnée de l'adénopathie trachéo-bronchique.

(MM. d'Œlsnitz et Carcopino. — *Société médicale des hôpitaux.*)

Aux observations antérieures de M. Ribadeau-Dumas et de M. Nobécourt, M. d'Œlsnitz ajoute un nouveau cas d'accidents dyspnéiques par adénopathie trachéo-bronchique traités efficacement par la radiothérapie. Cette médication, dans les épisodes aigus avec troubles respiratoires menaçants, de l'adénopathie médiastinale, semble réaliser l'indication d'urgence.

Valeur de la réaction du benjoin colloïdal.

(MM. Duhot et Crampon. — *Société médicale des hôpitaux.*)

MM. Duhot et Crampon ont étudié la valeur de la réaction de précipitation du benjoin colloïdal (réaction de Guillain-Guy Laroche-Léchelle) dans les liquides céphalo-rachidiens. Cette réaction leur est apparue négative dans les affections non syphilitiques et pratiquement toujours positive dans la paralysie générale. Dans la syphilis nerveuse, elle s'est montrée positive 37 fois sur 45 cas.

Les auteurs concluent que la réaction au benjoin colloïdal (qu'ils ont obtenue également avec la teinture de tolu) est simple, rapide, pratique, quoique moins sensible que la réaction de Bordet-Wassermann, du moins hors de la paralysie générale. Elle mérite toute l'attention des neuro-psychiâtres.

Pyothérapie. Auto-vaccination curative.

(M. G. Vallet. — *Société de Biologie.*)

M. Vallet présente une note sur une méthode de traitement par injections sous-cutanées de pus provenant du malade lui-même (auto-pyothérapie), ou de crachats (auto-ptysmathérapie). Pus ou crachats sont d'abord stérilisés et homogénéisés. L'auteur a soumis à cette méthode 9 malades, atteints des affections suivantes : une arthrite purulente du genou à streptocoques, une arthrite à gonocoques, un abcès de la hanche, deux pleurésies purulentes, deux broncho-pnenmonies, etc. Les résultats obtenus furent très bons dans la majorité des cas. Le mode d'action de cette thérapeutique biologique est probablement complexe (auto-vaccination, protéinothérapie, actions lytiques).

Un cas de lactosurie précoce.

(MM. Barra et Bonnin. — *Société de Biologie de Lyon.*)

Le lactose apparaît fréquemment vers la fin de la grossesse dans l'urine des femmes enceintes. Cette lactosurie *ante partum* est faible, de 1 gr. 50 à 2 gr. par litre. Après l'accouchement, la lactosurie *post partum* dure quelques jours et peut atteindre de 1 gr. 50 à 8 grammes. Au moment du sevrage, on constate aussi une légère lactosurie par résorption de lactose.

MM. Barral et Bonnin ont observé un cas de lactosurie précoce. Il s'agit d'une jeune femme qui, au cours de deux grossesses, fut atteinte dès les premiers temps de la gestation, de polydipsie et lactosurie. La lactosurie était manifestement influencée (d'une façon temporaire, il est vrai) par le bicarbonate de soude, ingéré à la dose de 4 à 5 gr. par 24 heures.

Sur le phénomène de d'Hérelle.

(MM. J. Bordet et Ciuca. — *Société belge de Biologie.*)

Le phénomène de d'Hérelle consiste en une lyse microbienne que l'auteur attribue à un agent (microbe, virus) bactériophage. L'interprétation de ce phénomène de destruction microbienne a soulevé beaucoup de discussions. M. Bordet estime que c'est là un fait d'ordre autolytique. On peut le déclancher, dit-il, en faisant agir sur des microbes parfaitement normaux jusqu'alors un exsudat leucocytaire. P. L.

Lyon.

Société médicale des Hôpitaux.

Forme phlébitique de l'oblitération artérielle.

MM. Gallavardin et A. Devic. Il est de notion courante que la thrombose veineuse est le satellite presque obligé de l'oblitération artérielle. Il ne s'agit pas de propagation aux parois veineuses d'une inflammation des parois artérielles, mais cette thrombose veineuse relève vraisemblablement de la stagnation sanguine par diminution de la *vis a tergo*. L'adjonction de la thrombose veineuse est susceptible de modifier la symptomatologie de l'oblitération artérielle (gangrène humide). Dans certains cas même, ce qui n'a pas encore été signalé, les symptômes phlébitiques peuvent arriver à dominer les manifestations ischémiques. Les auteurs rapportent deux exemples très démonstratifs de cette évolution spéciale de l'oblitération artérielle.

Leur première observation concerne une femme de 63 ans qui présenta à un moment donné des signes légers, mais certains, d'oblitération artérielle au niveau du pied gauche ; au bout de quelques jours apparut un œdème marqué de la jambe en même temps que disparaissaient les symptômes ischémiques : pas de refroidissement, pas de douleurs, pas de troubles trophiques. L'autopsie montra l'existence d'une oblitération au niveau du tronc artériel tibio-péronier sur une hauteur de 8 cm. et une thrombose étendue à toutes les veines du membre.

La deuxième observation concerne un homme de 65 ans qui présentait au membre inférieur droit des

signes d'oblitération artérielle : refroidissement et pâleur de l'avant-pied, ecchymoses diffuses de la moitié inférieure de la jambe, disparition des battements de la tibiale postérieure et de la poplitée. A gauche, au contraire, on constatait un volumineux œdème depuis le pied jusqu'à la racine de la cuisse, sans modifications de la température locale ; le début s'était fait progressivement, sans douleur, alors que les phénomènes constatés à droite avaient débuté brusquement par de vives douleurs. L'autopsie montra que le membre inférieur gauche était, comme le droit, le siège d'une oblitération artérielle, cause première des accidents.

Les auteurs se demandent, en terminant, si certaines phlébites des cardiaques ne relèveraient pas d'embolies artérielles localisées et peu extensives, ayant servi d'amorce à des coagulations phlébitiques particulièrement envahissantes.

Pneumothorax au cours d'une fièvre typhoïde.

MM. Roubier et Lamy présentent une observation de cette complication fort rare de la fièvre typhoïde : on en connaît une dizaine de cas. Tantôt la perforation se fait de la plèvre au poumon (pleurésie purulente éberthienne ouverte dans les bronches) ; tantôt, et le plus souvent, elle se fait du poumon à la plèvre, ce qui était le cas chez le malade de M. Roubier, lequel présentait un petit abcès sous-pleural développé dans un foyer d'hépatisation grise.

Syndrome de Reynaud avec gangrène des extrémités d'origine néosalvarsanique probable.

MM. Nicolas, Massia et Dupasquier présentent un malade qui aurait eu la syphilis en 1916 : trois séries d'injections mercurielles cette année-là, puis nouvelle série en janvier 1920, enfin en mai 1920, 0 gr. 15 de novarsénobenzol ; trois à quatre jours après, fourmillements et légère cyanose des doigts de la main droite, le tout passager. Une semaine après, nouvelle dose de 0 gr. 15 de néosalvarsan et au bout de quelques instants : cyanose des doigts de la main droite, sensation de brûlure, envahissement du pavillon des deux oreilles. Les phénomènes durent cette fois deux semaines. Un mois et demi après la deuxième injection, une troisième est pratiquée (0 gr. 30). La cyanose réapparaît rapidement, gagne la main gauche, les oreilles et les orteils gauches. Le malade entra à ce moment dans le service de M. Nicolas. Le nez et le pied droit furent pris par la suite ; un gros œdème avec purpura envahit successivement les mains et les pieds. Finalement le nez, les pieds et les oreilles guérirent, mais aux mains survint de la nécrose qui amena des mutilations. L'existence de la syphilis étant très douteuse chez ce malade, M. Nicolas croit devoir incriminer le novarsénobenzol.

A. C.

BIBLIOGRAPHIE CRITIQUE

Revue des Thèses

THÈSES DE LYON

Dr Jean Cous. — **Contribution à l'étude du traitement interne des eczémas. La cacodylothérapie à hautes doses.** (Imprimerie Express, Lyon.)

Pour J. Cous, le cacodylate de soude peut rendre de très grands services dans les cas d'eczémas rebelles ; ce médicament nous a paru très efficace, spécialement dans les formes très prurigineuses.

Il doit être injecté à doses assez élevées (de 0,50 cg. à 1 gr. par jour chez l'adulte), de préférence par la voie intra-veineuse. En outre, il doit être administré pendant un temps suffisant. — Les rechutes ultérieures possibles de l'eczéma sont souvent entravées par un très petit nombre d'injections.

Ce traitement est habituellement très bien supporté.

Dr Henri Breysse. — **Purpura hémorragique traité et guéri par la sérothérapie familiale.** (Imprimerie du *Réveil-du-Beaujolais*, Villefranche.)

Dans certaines hémorragies dyscrasiques, dit Breysse, notamment au cours des états hémophiliques et des purpuras chroniques hémorragiques, la sérothérapie humaine donne des résultats parfois supérieurs à ceux de la sérothérapie animale.

Pour éviter les accidents dus à des phénomènes d'hémolyse ou d'agglutination de globules rouges, il est préférable de recueillir le sérum à injecter chez un membre de la famille du malade (sérothérapie familiale).

Dr Maurice Faivre. — **Pseudo-rétrécissement mitral dans les cardiopathies et les néphrites de guerre ; sa valeur séméiologique.** (Léon Declume, Lons-le-Saulnier.)

Dr Lucien Vaudiaux. — **Des disjonctions traumatiques des sutures de la voûte crânienne.** (Imp. Express, Lyon.)

Lésion peu fréquente, conclut l'auteur ; ses signes immédiats sont communs avec les autres traumatismes craniens. Les indications chirurgicales ne diffèrent en rien de celles des fractures ordinaires de la voûte ; mais il faut opérer rapidement.

PARTIE PROFESSIONNELLE

MÉDECINE SOCIALE

Les assurances sociales.

Le projet de loi sur l'assurance maladie-invalidité et vieillesse.

I

La Chambre des députés est saisie d'un projet de loi, émanant du gouvernement, instituant l'assurance obligatoire contre la maladie, l'invalidité temporaire ou permanente et enfin contre la vieillesse.

Que les médecins le veuillent ou non, si la loi est votée, elle nous sera imposée. Il convient donc, non pas de récriminer d'avance, mais de se mettre à l'étude du projet du gouvernement, de l'envisager tant au point de vue de ses répercussions sociales, que de ses applications médicales.

Connaissant à fond les obligations et charges que la nouvelle législation imposera aux médecins, nos représentants autorisés seront à même d'exposer notre conception et nos suggestions, au point de vue de l'application pratique de l'assurance sociale.

Nous savons, en effet, que le Dr Grinda, député de Nice, chargé de faire le rapport sur le projet du gouvernement, devant la Chambre des députés, a l'intention de convoquer, devant la commission d'assurance et de prévoyance sociales du Parlement, les représentants des différentes corporations qui seront appelées à concourir à l'application de la loi.

Ce sont les délégués de l'Union des syndicats médicaux, qui, après avoir interrogé les syndicats, parleront au nom du Corps médical.

Il appartient aux traditions du *Concours médicvl* de se livrer à une étude approfondie et méthodique de ce projet, pour que nos confrères aient une documentation suffisante, les mettant à même de se faire une opinion.

Historique de la question.

Le projet de loi provient d'une double préoccupation : il s'agit, d'une part, de donner aux travailleurs la sécurité du lendemain, en même temps qu'il est indispensable que les Alsaciens-Lorrains,maintenant qu'ils sont redevenus Français, puissent, sans perdre les avantages que leur confèrent leurs lois sociales, se conformer néanmoins à la législation française.

Notre régime administratif, centralisateur à l'excès, ne permet pas à une province française de jouir d'une certaine autonomie. Faut-il donc, pour obéir aux errements de notre politique, forcer les deux provinces reconquises à renoncer à leur système d'assurances ? Faut-il au contraire doter la France d'une législation sociale, accordant aux travailleurs les garanties et la sécurité du lendemain, auxquelles ils ont droit ?

Que de fois, médecins, n'avons-nous pas vu la misère pénétrer, en même temps que la maladie, dans le logis modeste de l'ouvrier ? La loi d'airain de Ricardo est toujours vraie et le travailleur,soumis à la loi de l'offre et de la demande de main-d'œuvre, gagne juste l'indispensable. Comment faire des économies suffisantes pour se prémunir contre les accidents de la vie ?

Joignons à cela la mauvaise éducation sociale, qui fait que le monde des travailleurs ne connaît rien de ce qui concerne l'hygiène de l'habitation, l'hygiène domestique : la ménagère, la future mère de famille n'a jamais été initiée à ses devoirs. Aussi l'esprit d'économie est rare, dans la classe ouvrière, tentée qu'elle est par le faux luxe et le clinquant du bar, faisant oublier la sordidité du taudis, ou de la maison, caserne ouvrière, en même temps que le cinéma offre des tentations plus ou moins intellectuelles pour ceux dont on ne s'occupe plus depuis l'école primaire.

Joignons à cela l'arrêt du travail de la mère de famille, pendant la grossesse, pendant l'allaitement, pendant la maladie des gosses. C'est ensuite l'invalidité, les infirmités, la vieillesse souvent prématurée.

Voilà les motifs qui font réclamer,par le monde des travailleurs, un système d'assurances sociales permettant à la collectivité de former une vaste mutualité sociale, pour fondre les risques individuels dans la masse de plusieurs millions d'ayants droit, afin de donner des avantages que les sociétés de secours mutuels n'ont jamais été à même d'organiser sérieusement, parce que trop nombreuses et trop pauvres.

La C. G. T. a inscrit récemment, dans son programme minimum, les assurances sociales. MM. Jouhaux et Marcel Laurent, interviewés, ont une attitude de « curiosité sympathique ». Curiosité, parce que, jusqu'à présent la C. G. T. n'a pas été officiellement appelée à participer à la confection du projet du gouvernement. Seul, M. Imbs, secrétaire des syndicats confédérés d'Alsace-Lorraine, faisait partie de la commission, qui a étudié le projet.

Mais nous croyons savoir, de source sûre, que

les délégués officiels de la C. G. T. seront appelés à la Commission de la Chambre, pour donner le point de vue des ouvriers, en ce qui concerne la loi qui est en chantier. Nous savons également que, malgré bien des résistances de ceux qui sont attachés aux errements du passé et qui manifestent un effroi, quelque peu puéril, au seul mot de syndicat, les organisations professionnelles vont peu à peu collaborer à la conduite de la chose publique. Fini le temps de la méfiance envers les syndicats : il n'est plus besoin d'apporter la preuve que, dans la nation, les syndicats ne sont pas uniquement les défenseurs des seuls intérêts d'une corporation, mais qu'ils peuvent apporter une collaboration vraiment utile. Rompus à la pratique de leur profession ou de leur métier, les syndiqués, intellectuels comme manuels, donnent un point de vue, non pas théorique, mais plutôt marqué au coin de l'expérience.

Certes, bien des résistances se font sentir, car les deux partis se ressentent encore des luttes qu'il a fallu soutenir et des conflits, provoqués par l'action directe. Heureusement que les esprits éclairés et clairvoyants se rendent compte que, si on veut faire aboutir une réforme sociale, aussi importante que celle dont il s'agit, toutes les compétences doivent collaborer avec les pouvoirs publics.

A côté de la C. G. T., c'est le Congrès des employés qui, fin mars dernier, votait une résolution réclamant une action énergique des syndicats, pour obtenir l'assurance contre la maladie, l'invalidité et la vieillesse.

C'est enfin le Congrès des sections parisiennes de la Ligue des droits de l'homme, votant la mise à l'étude du projet du gouvernement, dans chaque section, tout en regrettant que la loi future n'envisage pas l'assurance contre le chômage.

Il convient donc de considérer qu'un vaste mouvement d'opinion se manifeste en faveur des assurances sociales. Que le Corps médical le veuille ou non, la classe laborieuse des travailleurs entend obtenir de la loi la sécurité du lendemain, d'autant que, jusqu'à présent, notre législation sociale se trouve très en retard sur les autres législations étrangères.

Qu'existe-t-il, en fait d'assurances sociales, en France.

Pendant des siècles, notre législation ne s'est pas préoccupée de l'assurance sociale. La charité, la bienfaisance privée secouraient seules les vaincus de la vie. C'est de ce sentiment que sont nés les hôpitaux et les bureaux de bienfaisance.

En 1893, le législateur entendit donner aux indigents un droit basé sur la solidarité sociale. La loi sur l'assistance médicale gratuite met à la charge des communes, des départements et de l'Etat, les soins à donner aux miséreux.

Mais ce n'est qu'une aumône et, médecins, nous savons comment les intrigues et les divisions politiques vicient l'application de la loi, cependant que les finances publiques communales se déclarent sans ressources suffisantes, pour supporter, comme il le conviendrait, toutes les charges de la loi.

Des hommes de bonne volonté ont entendu pallier à l'insuffisance de l'organisation officielle. Sous le nom de mutualité, ils ont groupé des personnes, mettant en commun les avantages, pour supporter ensemble les risques. Le principe du « un pour tous et tous pour un » est magnifique, en apparence ; mais nous savons comment la mutualité a été détournée de son principe initial, pour devenir le tremplin politique de quelques-uns ou le prétexte aux décorations des autres. La poussière de mutualités a provoqué un mirage inconsistant, alors surtout que des gens riches n'ont pas craint de s'enrôler dans les rangs mutualistes, pour avoir à bon compte des avantages matériels, auxquels ils ne devraient pas avoir droit par leur condition sociale.

Et quelle misère des cotisations ! Quel apport minime d'argent, en regard des risques à couvrir ! Aussi le Corps médical n'a-t-il jamais cessé de proclamer, dans les congrès nationaux de la Mutualité, que les errements actuels sont viciés et ne font qu'un simulacre d'assurance. Le peuple des travailleurs se détourne à bon droit et veut quelque chose de plus positif.

La même année 1898 vit organiser légalement le statut de la Mutualité et celui des accidents du travail.

Le blessé de l'industrie n'a plus à faire la preuve que la faute de l'accident incombe à son employeur : la loi, par un système forfaitaire, a donné à la classe ouvrière une garantie contre les risques du travail, tant pour l'invalidité temporaire que pour la diminution permanente de la capacité de gagner sa vie.

Mais est-ce bien la peine de dire à mes confrères comment cette loi a été accaparée au profit de sociétés commerciales d'assurances ?

Reste enfin la tentative de 1910, pour l'organisation des retraites ouvrières et paysannes. Malheureusement, la loi a été élaborée sans le secours des ayants droit, qui auraient signalé les difficultés pratiques d'application. La loi est tombée dans un grand discrédit et a été achevée par la désorganisation sociale, provoquée par la guerre.

Les assurances sociales sont donc à l'ordre du jour. Elles répondent à un besoin ; la classe ouvrière prétend les obtenir.

Voyons maintenant les grandes lignes du projet gouvernemental.

(*A suivre.*) Dr Paul BOUDIN.

II

L'Assurance sociale fonctionne en Alsace-Lorraine où le régime allemand l'avait organisée avant que ces provinces fassent retour à la France.

Parallèlement aux études de P. Boudin, *nous publions celle que nous a adressée le D*r Specklin, *médecin alsacien, qui peut parler avec compétence d'un organisme à la marche duquel il participe et dont il connaît bien le fort et le faible.*

L'assurance-maladie obligatoire.

Son influence sur la profession médicale.

Nous voyons en ce moment se multiplier les signes témoignant du grand intérêt que porte le corps médical français à la question de l'assurance-maladie obligatoire. On ne saurait, en effet, exagérer l'importance qu'a ce sujet pour tout médecin, quel que soit le domaine de son activité.

Au Congrès de décembre 1920 de l'Union des Syndicats, j'avais cru devoir exposer mon opinion au sujet des suites de cette réforme sociale sur le travail médical. Me trouvant être le plus jeune des militants alsaciens, j'avais justifié devant moi-même mon intervention par la considération qu'un stage assez long en Vieille-France m'avait permis d'évaluer avec quelque certitude les modifications que l'assurance y apporterait à la profession médicale, c'est ce qui avait prédominé sur la réserve qu'eût dû m'imposer ma jeunesse. D'autre part, je savais que mes critiques étaient partagées par une partie appréciable du corps médical alsacien, comprenant des jeunes et quelques anciens aussi. Après les expériences faites depuis ces débats, après les controverses tortueuses où je me suis trouvé engagé aux côtés des autres délégués alsaciens qui au Congrès avaient osé exprimer des critiques, j'ai cru devoir une fois encore prendre la parole à ce sujet. Je m'inspire de mon dévouement entier à la cause du médecin français.

Il me semble que les débats ont toujours été mieux « situés » en France de l'intérieur qu'en Alsace, où on a été égaré par des égards pour des avantages passagers, régionaux, étroits en tout cas. On ne s'y est pas encore aveuglé par des déclamations de style démagogique qui sont fallacieuses, car si elles trahissent les intérêts légitimes du corps médical appelé à fournir la part la plus essentielle à l'œuvre sociale qui doit être créée, elles ne sauraient être vraiment profitables à cette œuvre. Il est bien certain que, par suite de notre histoire régionale, nous avons été à deux écoles ; certes, ce que nous avons appris chez « l'ennemi », ne doit pas être perdu ni pour nous ni pour nos compatriotes retrouvés. Mais une certaine réserve n'est-elle pas de mise ?

« Situer » les débats, en cette matière, c'est dire qu'il n'appartiendra pas au corps médical de juger si la loi est opportune ou non ; nous n'aurons pas été appelés à en étudier les bases lorsque les détails de réalisation seront soumis aux Assemblées législatives. Tout en reconnaissant les très grands mérites des médecins parlementaires qui y ont collaboré, des rares collaborateurs très indirects appelés dans des bureaux ministériels, nous pouvons dire que le projet aura été présenté sans que le corps médical ait été consulté. Il ne l'a même pas été, lui seul compétent dans la question, lorsqu'il s'est agi de savoir si le détail essentiel de sa réalisation — le système hospitalier suffisamment développé — si ce facteur est donné.

Le médecin, dont la vie entière est un travail incessant pour le bien de la société, besogne généreuse et muette, ne se mettra pas à proclamer bruyamment son dévouement social. *Il saura qu'une loi sociale qui prétend organiser son travail sera inopérante si elle compromet son existence matérielle et morale.* Or, ce danger existe, il est imminent. L'expérience de la loi des pensions est venue en donner une dernière preuve, s'il en eût fallu encore.

Il s'agit donc dès à présent d'établir les conditions sous lesquelles le médecin peut prêter son concours à l'assurance-maladie. Si ces conditions sont respectées, le corps médical sera heureux de donner toutes ses forces à l'exécution de la loi et de constater les effets bienfaisants qu'en ressentira la santé publique.

Aperçu général de l'organisation de l'A.-M.

Pour donner cet aperçu qui doit précéder nécessairement, pour ceux à qui la question est restée étrangère jusqu'ici, l'étude des suites de l'A.-M. pour la vie professionnelle, point n'est besoin de connaître les détails du projet gouvernemental ; il suffit de savoir que la législation alsacienne a été considérée comme parfaite par les auteurs du projet, c'est donc elle que nous prendrons comme exemple.

Il est même possible de séparer l'A.-M. de cette tetrade d'assurances de prévoyance sociale qu'elle forme avec les accidents, l'invalidité prématurée et l'invalidité physiologique (vieillesse). Comme nous devons refuser de nous prononcer sur la réalisation technique d'un projet auquel le corps médical a été laissé étranger, nous pouvons séparer ici l'A.-M. de l'ensemble logique que forment les assurances sociales.

Le législateur assigne à l'A.-M. le but de fournir aux assurés l'assistance en cas de maladie, l'assistance aux femmes en couche et le payement des frais funéraires. L'assistance en cas de maladie comprend soit les soins médicaux et, s'il y a incapacité de travail, un secours en argent, soit le traitement hospitalier et un « secours aux proches ». Dans le premier cas : soins médicaux et remèdes pharmaceutiques à partir du premier jour de la maladie ; fourniture de lunettes, bandages et objets analogues ; soins à domicile par le personnel infirmier. L'allocation de chômage, pour l'assuré inapte au travail, est une fraction du « salaire de base », chiffre qui devrait, en théorie, représenter le salaire moyen de l'assuré et qui servira d'autre part à déterminer le taux des coti-

sations (4 1/2 à 6 % du salaire de base). Celles-ci sont payées en partie au tiers par l'employeur.

J'intercale ici une première critique du projet gouvernemental ; nous ne comprenons pas, en Alsace, pourquoi on s'obstine à vouloir faire intervenir une cotisation de l'État, ne fût-ce que pour faire des fonctionnaires d'État, des agents de l'assurance. Celle-ci perd par là son caractère d'assurance mutuelle ; l'assurance alsacienne a prouvé qu'elle peut se passer du secours financier de l'État.

En dehors des allocations obligatoires, les organes de l'assurance peuvent offrir des suppléments d'allocation dont la plus importante est l'assistance médicale aux membres non assurés de la famille de leurs affiliés. Il y aurait lieu de rechercher, si le domaine de la prophylaxie, négligé jusqu'ici, n'aurait pas à prendre une place prépondérante dans les programmes des C.-M.

La zone des assurés qui au point de vue classification de la clientèle médicale rangera entre l'indigent et la clientèle payante, cette zone doit être fixée par la loi. L'établissement des deux catégories des assurés obligatoires et des assurés facultatifs semble inévitable ; c'est la première qui est la plus difficile à définir et à limiter avec précision. *Grosso modo* on peut dire que ses limites suivent celles des classes travaillant au salaire et dont les revenus ne dépassent pas un niveau sur lequel l'accord est moins aisé de nos jours qu'il ne l'eût été par des temps plus stables en économie.

En ce moment, en Alsace et Lorraine, la limite supérieure des revenus annuels des assurés obligatoires est de fr. 8.000, le salaire de base servant à l'établissement des cotisations et allocations est de fr. 16 au minimum. Limite supérieure des membres volontaires : fr. 12.000. Les expériences faites chez nous sur la base de ces chiffres qui en réalité sont largement dépassés, ces expériences prouvent que les dispositions légales doivent permettre à ces institutions de suivre avec plus d'élasticité les fluctuations de la vie économique. Que la caisse ait ses raisons de ne pas admettre des taux d'allocations plus élevés, le seul à pâtir de cet état de choses sera le médecin.

Les organes locaux par lesquels se réalise l'A.-M. sont les « Caisses de maladie », réparties sur le territoire selon un ordre économique, géographique et social dont l'intelligente articulation donnera la mesure de l'habileté administrative. Le code allemand prévoyait les quatre catégories des :

Caisses des corporations professionnelles, pour compagnons et apprentis ;

C. d'exploitations, dont le rayon se limite aux entreprises industrielles occupant un nombre élevé d'ouvriers ;

C. rurales pour ouvriers agricoles, gens de service, artisans de l'industrie à domicile (n'existent pas en Als. et Lorr.)

C. locales (Caisses générales), les plus inportantes puisqu'elles s'affilient tous ceux qui ne rentrent pas dans une des spécialités ci-dessus.

La gestion des caisses est confiée à un Comité de direction composé de délégués ouvriers et patronaux dans la proportion de leur part respective aux cotisations. Des offices d'assurance locaux et régionaux surveillent l'exécution des dispositions législatives et ont charge du contrôle financier.

Voici enfin, pour l'exemple de la législation alsacienne, comment l'assuré est dirigé lorsqu'il fait appel à l'organisation qui le protège : se croyant malade il passe aux guichets de sa caisse où lui est remis un bon de consultation pour le médecin de son choix. Ce bon le liera à ce médecin pour un délai de trois mois, sauf consultation de spécialistes avec l'assentiment, qui peut être refusé, du médecin traitant. S'il y a incapacité de travail, nouveau passage à la caisse, qui payera l'allocation de chômage à partir du quatrième jour ; il aura droit à cette allocation pendant 26 semaines après le début du chômage. La caisse soumettra l'assuré aux examens de son médecin de confiance, qui pourra arbitralement le juger apte au travail et supprimer les allocations. Ce dernier pourra de même proposer l'hospitalisation en vue d'un traitement opératoire ou autre, s'il juge que la guérison peut être hâtée par ce moyen. (Pratiquement, le libre choix n'existe pas pour l'acte chirurgical important, malgré le contrat collectif des caisses avec les syndicats médicaux). Le médecin de confiance décide aussi de l'opportunité de traitements ou examens spéciaux qui pourront être proposés ; il les dirigera, là aussi, vers l'hôpital lorsque la caisse y aura un intérêt financier. Les prescriptions pharmaceutiques ne passent au contrôle que lors du décompte du pharmacien ; le médecin, instruit de différentes façons des moyens de prescription « économique » et des limites imposées par les caisses aux spécialités, est tenu responsable matériellement en cas d'indiscipline dans ce domaine.

Nous voici arrivés aux points importants où l'organisation obligatoire de l'A.-M. atteint des intérêts essentiels du corps médical. Nous devons nous y arrêter plus longuement, nous inspirant toujours de l'expérience alsacienne telle que nous l'interprétons pour ébaucher les postulata du corps médical vis-à-vis de l'assurance-maladie.

(*A suivre.*) Dr P. Specklin.

LA VIE SYNDICALE ET PROFESSIONNELLE

I

Société civile du « Concours médical »

Réunion du Conseil de direction du 26 avril 1921.

Présents : MM. GASSOT, *président* ; MAURAT, NOIR, VIMONT, DUCHESNE et BOUDIN, *secrétaire.*

M. Boudin annonce qu'il a pu se procurer le texte du projet de loi sur les assurances sociales, déposé par le Gouvernement sur le Bureau de la Chambre des Députés, le 22 mars dernier.

D'après ce projet, les assurés auraient droit, en cas de maladie, au libre choix de leur médecin, pourvu que ce dernier ait passé contrat préalablement avec la caisse d'assurance. Ces contrats seraient, en principe, conclus entre les Cai ses d'assurance et les associations professionneilles de médecins. La rémunération, consistant en une somme forfaitaire par tête d'assuré, serait versée par la caisse d'assurance à l'Association professionnelle, qui aurait à en répartir le montant entre ses membres, au prorata des visites, consultations et interventions effectuées par eux.

Ce projet est d'un intérêt primordial pour le corps médical, puisque les bénéficiaires en seront obligatoirement tous les salariés et métayers dont la rémunération ou le revenu n'excède pas 10.000 francs par an, et facultativement les fermiers, cultivateurs, artisans et petits patrons qui, habituellement, travaillent soit seuls, soit avec un seul ouvrier, soit avec des membres de leur famille, salariés ou non, habitant avec eux, à condition que leur revenu ne soit pas supérieur à 10.000 fr. ainsi que leur femme et leurs enfants, c'est-à-dire peut être les deux tiers de la population. Il sera donc certainement étudié et discuté avec passion par les médecins.

Le Conseil de Direction est d'avis qu'il appartient à l'Union des Syndicats médicaux seule de fixer les modifications à proposer au projet de loi. Mais le *Concours* peut parfaitement ouvrir dans ses colonnes la discussion de ce projet. En conséquence, il est décidé que M. Boudin fera prochainement un exposé, en plusieurs articles, des dispositions du projet de loi sur les assurances sociales qui sont de nature à intéresser les médecins.

En outre, les communications relatives à la question seront publiées sous la responsabilité de leurs signataires.

II

Discipline syndicale.

Il y a 8 ans, dans le numéro du *Concours médical* du 2 mars 1913, j'essayais de démontrer l'analogie qui existait dans l'évolution du syndicalisme, tant ouvrier, qu'universitaire et que médical. J'arrivais à cette conclusion que « le syndicalisme médical doit être d'abord un organe de défense professionnelle, mais il doit se préparer à gérer les services de médecine sociale qui ne feront que se développer de plus en plus sous l'impulsion de la démocratie et de la solidarité », et je préconisais une organisation semblable à l'organisation ouvrière admirablement agencée pour réaliser son but, qui est identique au but poursuivi par le syndicalisme médical en formation dans les syndicats actuels. »

Cette idée a fait son chemin et j'ai eu cette année la joie de voir le syndicat médical du Lot-et-Garonne, pour lequel cet article était spécialement écrit, réformer ses statuts dans les sens que j'indiquais à cette époque. Cette nécessité s'était imposée à mes confrères par les évènements eux-mêmes qui avaient marché à grands pas, et cette réorganisation de notre syndicat, qui paraissait, en 1913, une utopie « irréalisable et non souhaitable » s'est accomplie presque toute seule, par le propre mouvement des choses, pourrais-je dire.

C'est que le filet de la médecine sociale se resserre de plus en plus autour de nous. L'heure a sonné pour le syndicalisme médical de dresser le plan d'organisation sociale de la médecine et de présenter une réalisation pratique au Gouvernement désemparé. Les dirigeants de l'Union des Syndicats médicaux de France l'ont vu avec netteté et ont posé, dans toute son ampleur, le problème sur son véritable terrain.

Dans son rapport sur l'assurance maladie-invalidité, présenté à l'assemblée générale du 4 décembre 1920 (1), le Dr Lafontaine, qui défend avec dignité et une grande hauteur de vues le syndicalisme médical, insiste sur plusieurs points :

1° Le libre choix du médecin et le contrat collectif.

2° La représentation des syndicats et groupes professionnels médicaux dans tous les organismes chargés de la préparation et de l'application de la loi.

3° Le contrôle technique fait par le syndicat médical.

4° L'organisation technique des soins et la réorganisation hospitalière.

Ces revendications concordent avec le développement scientifique de nos connaissances médicales, avec l'éducation du public qui commence à mieux s'intéresser à sa santé, avec l'intérêt de la Nation qui sent confusément qu'une hygiène rationnelle conditionne l'équilibre de tout organisme vivant. Et c'est l'honneur du syndicalisme médical de les avoir posées sans ambiguïté et de les mettre à l'étude.

A l'heure actuelle, tout indique la nécessité d'une transformation des conditions sociales et économiques sur lesquelles repose la forme politique présente. Des phénomènes nouveaux ont surgi, débordant le cadre dans lequel évoluait la société. Devant l'im-

(1) *Le Médecin syndicaliste*, n° de février 1921.

puissance du Gouvernement à coordonner le chaos dans lequel nous a plongés la guerre, et où sont, épars et confus, les germes de Demain, les organisations professionnelles seules sont soucieuses des réalisations pratiques et représentent seules les forces qui suppléeront aux défaillances de l'État et qui compléteront sont insuffisance.

La bataille engagée sur la loi des pensions est grosse de conséquences ; c'est l'avenir syndical qui se joue. Ce qui nous réconforte, c'est que nos intérêts sont intimement liés aux intérêts des mutilés et aux intérêts de la Nation. Notre position est solide. Pour nous assurer la victoire, il suffit de la discipline absolue et aveugle de tous les médecins aux ordres de l'Union.

Le bureau de l'Union a pris les directives de l'action à mener dans les Assemblées générales qui deviennent plus fréquentes et plus suivies et qui comprennent les délégués de tous les syndicats, syndicats qui ont étudié sérieusement les questions à l'ordre du jour et qui ont donné un mandat précis sinon impératif à leurs délégués. Le bureau représente donc bien l'opinion de la majorité. Il comprend des médecins choisis par nous, dignes à tous points de vue de notre confiance par leur valeur tant morale que professionnelle, et par leur connaissance du syndicalisme et des questions sociales. A lui de rendre pratiques les décisions prises dans les assemblées générales.

A lui de décider l'action à entreprendre et de coordonner cette action.

A nous, confrères, d'obéir,

Quelques médecins attardés aux conceptions sociales de leur jeunesse seront peut-être effrayés. Ils auront peur de perdre cette individualité propre qui a eu tant de charme et qui a mis un e certaine auréole autour de la profession médicale. Mais il faut marcher avec le temps. Autrefois, le médecin pouvait cultiver tout à son aise son individualité, car ses devoirs d'homme social étaient très restreints ; d'ailleurs les premiers groupements médicaux ont été des groupements philantropiques dont l'association générale des médecins de France est le type cristallisé, les syndicats n'existaient pas parce qu'inutiles et ne répondant à aucun besoin.

Mais depuis, une évolution s'est faite. La part de l'homme social s'est agrandie au détriment de l'homme individu. La concentration politique et économique qui s'accentue toujours davantage oblige l'homme individu isolé à s'adapter à une nouvelle conception de la société, où l'individu n'est rien qu'un rouage de la collectivité et où le développement de sa personnalité ne peut se faire qu'autant qu'il est en harmonie avec le développement du mécanisme social.

Et où ce développement de la personnalité se ferait-il mieux qu'au sein du syndicat, organisation professionnelle ; car là la personnalité est garantie par la discipline syndicale qui joue pour défendre nos intérêts et soutenir le bon renom de notre profession. Si aujourd'hui la discipline syndicale joue à mon détriment et que l'intérêt général soit de défendre les intérêts de la majorité contre mon intérêt personnel, demain elle jouera à mon profit, et mon intérêt, se trouvant celui de la majorité, sera défendu contre les intérêts personnels qui pourraient me porter tort, car les règles syndicales doivent être faites pour le profit de tous et dans l'intérêt général du corps médical.

Plus que jamais, est nécessaire cette discipline professionnelle qui honore l'individu et l'élève quand elle est raisonnée et librement consentie. Par elle nous vaincrons. J'en suis sûr, car tous les médecins se rendent bien compte de l'importance du différend. La loi des Pensions n'est qu'un épisode dans la lutte du syndicalisme vers une organisation médicale qui respectera nos droits à la vie, tout en répondant aux exigences modernes, soit des progrès scientifiques, soit de l'évolution sociale.

Hier, c'était le tarif Breton. Nous avions à lutter contre les compagnies d'assurances qui, grâce à l'évolution capitaliste, ont accaparé les accidents du travail. Nous avons pu obtenir un tarif honorable et faire respecter les droits des ouvriers blessés ; mais ce fut après une discussion, longue, pénible et quelquefois ardente. Aujourd'hui, c'est l'application de la loi des Pensions. Nous nous heurtons à l'incompréhension d'un ministre qui promet beaucoup, mais voudrait bien être généreux avec nos porte-monnaies. Demain ce sera l'assurance maladie-invalidité.

Et demain, comme aujourd'hui pour les mutilés, comme hier pour l'assistance médicale gratuite, la démagogie coulera à pleins bords. On essayera de s'en tirer à bon compte, c'est-à-dire au meilleur marché, en faisant appel à notre cœur, à notre générosité, en nous apitoyant sur les misères sociales.

Sommes-nous les auteurs ou les responsables des misères sociales ?

Sommes-nous obligés de les solder seuls ? Non.

L'État, c'est-à-dire la collectivité, doit secourir les mutilés et ceux à qui le salaire annuel ne permet pas une grande prévoyance. Mais il se contenterait d'une aumône ? Il trouverait suffisants les soins au rabais, les demi-soins ? Il faut que l'assistance soit pour les vaincus involontaires de la vie, comme pour les victimes de la guerre, un droit qu'ils puissent demander sans rien perdre de leur dignité humaine. Ils ont droit, eux aussi, à bénéficier des découvertes de la science, des perfectionnements du laboratoire, des examens spéciaux, qui évitent des erreurs, affermissent le diagnostic et précisent la thérapeutique. Et nous, médecins, avons droit à être honorés normalement pour les soins donnés (car on semble trop oublier que nous devons vivre de notre profession). La charge des services de bienfaisance doit être répartie sur tous les bénéficiaires de l'ordre social actuel. Que les privilégiés de la fortune, que ceux qui, soit par leur naissance, soit par leur travail ou leur intelligence, ont des salaires supérieurs au minimum

d'existence et leur permettant un certain luxe, payent un impôt variable suivant leur capital et leur revenu et que cet impôt soit le réservoir où puiserait l'État pour assurer ses services d'assistance, c'est parfait. Mais quel principe d'égalité invoque-t-on quand, après nous avoir fait payer l'impôt que paye tout contribuable, on nous demande une réduction d'honoraires ? L'État nous réclame des faveurs. Nous en accordera-t-il ? Nous voulons bien, en tant que privilégiés, contribuer à l'assistance des moins fortunés que nous ; mais à condition de ne pas y contribuer doublement quand les plus privilégiés n'y contribuent que pour une faible part. Il y a là une injustice et une inégalité contre lesquelles il ne me semble pas indigne pour un médecin de protester, puisque cette injustice et cette inégalité ne profitent qu'à une minorité de privilégiés et que nous supportons presque tout le poids de la justice sociale dont nous ne sommes cependant pas les plus grands bénéficiaires.

Que les ministres de la République ne recourent pas à des expédients indignes d'eux ; qu'ils ne se dérobent pas à leur devoir social et pendant que nous élaborons les grands statuts de la Médecine sociale, qu'ils cherchent par un impôt sur la fortune à consolider le budget de recettes qui correspondra aux nouvelles dépenses.

D[r] J. Ficat.
Moncrabeau (L.-et-G.)

III

Syndicat médical de l'Aube.

Le syndicat médical de l'Aube (ville de Troyes, exceptée) comprenant 53 médecins sur 63 exerçant effectivement dans le département, a, dans son assemblée générale du 8 mai 1921, adopté l'ordre du jour suivant : « A l'unanimité, le syndicat médical de l'Aube approuve l'Union des Syndicats médicaux dans son action vis-à-vis de la loi des Pensions, repousse toute taxation d'État, ou toute tarification des honoraires médicaux qui ne serait pas faite d'accord avec l'Union des syndicats médicaux qui, SEULE, est qualifiée pour représenter les intérêts des médecins français.

IV

Syndicat des médecins du Rhône.

(9 *avril* 1921)

Les médecins de la région de Tarare, de l'Arbresle, de Cours, de Thizy, de Violay, réunis sous la présidence de M. le D[r] Michau, président du syndicat des médecins du Rhône, après avoir entendu l'exposé de la question de l'application de l'article 64 de la loi du 31 mars 1919, décident :

1° De repousser avec énergie la taxation des honoraires établie par surprise en fin de session au Sénat par M. Maginot, sous-secrétaire d'État; dont les propos malveillants à l'égard du Corps médical ont créé une atmosphère de défiance qui ne permet plus de reprendre des pourparlers avec un ministre qui ne fait plus de l'administration mais de la politique de basse surenchère, et le jeu de certains groupements financiers qui agissent dans l'ombre.

2° De demander à tout bénéficiaire de la loi le prix de la visite, consultation, ou intervention, de lui établir un reçu, timbré s'il y a lieu.

3° *De refuser toute délimitation par zone*, car le coût de la vie reste aussi, sinon plus élevé, dans les petites villes ou campagnes que dans les grandes villes. En établissant des catégories, on s'expose à déterminer un exode des médecins de la campagne dans les villes.

4° De faire pression auprès de l'Union des syndicats médicaux pour que la création d'un Conseil de l'ordre des médecins avec toutes ses prérogatives et sanctions, analogue à celui des avocats, soit mis à l'étude et vienne en discussion au prochain Congrès des praticiens.

5° De faire confiance entière à l'Union qui mène le bon combat et de remercier son secrétaire, le D[r] Lafontaine, pour l'activité qu'il déploie.

V

Syndicat médical de la région de Bourg.

(10 *avril* 1921)

Compte-rendu semestriel. — Le Président fait connaître que l'activité syndicale a été presque entièrement absorbée par la question des soins aux pensionnés de guerre, qui sera discutée tout à l'heure. Il signale en outre les quelques faits suivants :

1° Le Préfet a demandé une liste des médecins susceptibles d'être nommés juges au tribunal des Pensions. Le président a envoyé cette liste, en faisant observer qu'aucun frais de déplacement n'étant prévu, la désignation de médecins résidant ailleurs qu'au chef-lieu paraissait impossible. Ont été choisis par le Préfet : D[r] Saint-Pierre, membre titulaire ; D[rs] Pelicand et Servas, membres suppléants.

2° La commission des hospices de Bourg a consulté plusieurs fois le président du syndicat ou demandé son intervention. Tous les médecins de Bourg ont été convoqués pour avis au sujet d'un hôpital d'enfants et d'un hôpital de contagieux.

3° Une correspondance a été échangée entre le D[r] Touillon, président sortant, et une société de S. M., qui demandait que les médecins rédigent leurs ordonnances sur les papiers de la société. Le D[r] Touillon a répondu que la chose était impossible pour les sociétés n'acceptant pas le tarif mutualiste du syndicat.

4° Au sujet de l'A.M.G., lettre du Préfet demandant une liste de quatre médecins, pour désignation par lui de deux membres de la commission consultative médicale.

D'après une communication du Dr Édouard, il s'agirait, pour cette commission, d'examiner certains abus qui auraient été commis par des médecins. Le Président a fourni au Préfet la liste demandée, après entente avec les deux autres syndicats. Il déclare que, si une enquête sérieuse et impartiale révèle des abus, le syndicat ne soutiendra pas les coupables.

5° Lettre du Préfet demandant l'avis du syndicat sur un projet confiant aux sages-femmes la vaccination dans les communes où il n'y a pas de médecins. Le Président a donné un avis formellement défavorable, en montrant les dangers d'une pareille pratique.

Compte rendu financier. — Le Dr Nodet, trésorier, expose la situation pécuniaire du syndicat, à la fin de l'exercice 1920-1921. Les recettes se sont élevées à la somme de 998 francs ; les dépenses à 997 fr. 35. Il reste donc un boni de 0 fr. 65.

Les comptes du trésorier sont approuvés et des remerciements lui sont adressés par le Président.

Union des syndicats médicaux du sud-est. — Une réunion du Comité directeur a eu lieu à Lyon, le 27 février. Le Dr Duby nous y représentait, remplaçant le Dr Servas, empêché. De très rares délégués des syndicaux adhérents y assistaient, ainsi qu'un certain nombre de membres du syndicat du Rhône, dont la plupart se sont d'ailleurs bornés à faire une courte apparition. En somme, il s'agit d'un groupement de peu de vitalité, qui, s'il veut se développer, devra faire effort pour démontrer son utilité. Une des questions traitées a été celle de l'admission des malades non-indigents dans les hôpitaux. A ce propos le Dr Duby demande s'il ne serait pas opportun de faire une démarche auprès de la commission des hospices de Bourg. Un débat confus s'engage et reste sans conclusion.

Les médecins propharmaciens. — Le Président regrette qu'aucun des intéressés ne soit présent. Il propose le vœu suivant qui est adopté :

« Considérant que le projet Vincent, inspiré uniquement par des considérations d'intérêt corporatif égoïste, poursuit le seul but de canaliser vers les officines le maximum de clients ; que l'adoption de ce projet aurait, pour beaucoup de ruraux, des conséquences fâcheuses en les obligeant à aller chercher au loin des médicaments urgents ; que d'autre part, elle aggraverait encore la pléthore médicale des villes en y faisant refluer un nombre important de médecins de campagne ; le syndicat médical de la région de Bourg émet le vœu qu'aucune modification ne soit apportée à la loi du 21 germinal an XI. »

Loi de 1916 *sur les substances vénéneuses.* — Elle a été votée en pleine guerre, sans que le corps médical ait pu donner son avis. Le bureau du Syndicat estime qu'il y a lieu de protester contre certaines de ses dispositions. Le Dr Dessèvre trouve que cela n'a pas grand intérêt, d'autres confrères disent qu'en fait, elle n'est pas appliquée. Après discussion le vœu suivant est adopté :

« Considérant que la loi de 1916 sur les substances vénéneuses n'empêche nullement les toxicomanes de s'approvisionner clandestinement ; mais qu'elle entraîne pour les médecins une restriction blessante du droit de prescrire ; qu'elle les oblige inutilement à rédiger de multiples ordonnances ; qu'elle les contraint abusivement à passer par un pharmacien local pour se procurer les ampoules du tableau B qui leur sont nécessaires ; le syndicat médical de la région de Bourg émet le vœu que l'Union des syndicats réclame une modification de la loi : 1° permettant d'employer la mention « à renouveler *x* fois » pour les prescriptions comportant une ou plusieurs substances du tableau B ; 2° permettant aux médecins de s'approvisionner directement d'ampoules du tableau B dans les maisons de gros qui les fabriquent.

Les soins médicaux aux pensionnés de guerre. — Le président fait l'historique de la question : « Entente avec le corps médical » prévue par l'article 64 ; opposition sournoise et opiniâtre de l'administration aboutissant à l'échec des pourparlers avec l'Union des syndicats médicaux ; reprise des pourpalers, sur la base départementale, entre les Syndicats et les Préfets, avec conclusion d'accords dans une soixantaine de départements, coup de théâtre du 29 décembre détruisant ces accords, supprimant la nécessité de l'entente et posant le principe de la « taxation » ; protestation de l'Union, qui décide d'ignorer complètement la loi ainsi modifiée ; publication du tarif Maginot le 9 mars dernier ; refus indigné du corps médical de le prendre en considération ; tentative du Préfet de l'Ain (2 avril) pour entrer en conversation à ce sujet avec les présidents des trois syndicats ; fin de non-recevoir opposée par ceux-ci. Deux circulaires (20 janvier, 20 mars), envoyées à tous les médecins, syndiqués ou non, leur ont donné les directives du conseil de l'Union.

Au sujet de la propagande auprès des pensionnés, le docteur Dessèvre désirerait qu'une liaison plus étroite fût établie avec leurs associations. Le secrétaire répond que toutes ses tentatives dans ce sens sont restées vaines auprès de l'Amicale des mutilés de l'Ain, dont le Président n'a même jamais daigné accuser réception. Cela s'explique d'ailleurs par les influences officielles agissant sur les dirigeants des groupes à l'aide d'arguments hors de notre portée.

Le Président expose ensuite la question de l'arriéré, c'est-à-dire des honoraires afférents aux soins donnés du 31 mars 1919 au 29 décembre 1920. L'État entend régler ces honoraires sur les bases du tarif Maginot. Devant cette prétention inacceptable, le conseil de l'Union préconise le recours au tribunal des Pensions, au moins de la part d'un confrère par syndicat et fût-ce pour un seul client, dans le but de créer une jurisprudence. Cela n'exclut pas évidemment le paiement direct par les intéressés dans le cas où cela est possible.

Le Président demande l'approbation de l'assem-

L'ATTENTION de MM. les Médecins est attirée sur l'extrême fréquence des substitutions dont le **Gomenol** est l'objet. Pour obtenir *avec certitude* les excellents résultats qui ont fait la réputation de la médication Gomenolée, il est indispensable de prescrire le

Gomenol et les Produits au Gomenol

sous leur complète dénomination et leur appellation d'origine, c'est-à-dire, par exemple :

OLEO-GOMENOL PREVET à **5 0/0** pour Pulvérisations et Instillations nasales.

OLEO-GOMENOL PREVET à **10 0/0** pour Injections trachéales et modificatrices.

OLEO-GOMENOL PREVET à **20 0/0** pour Pansements chirurgicaux et gynécologiques, Instillations vésicales, Injections intra-musculaires, Lavements, etc...

Ces Oleos-Gomenol sont en flacons de 50,100 et 250 cc.

RHINO-GOMENOL en tube pour Antisepsie nasale.

GOMENOL CAPSULES en étui pour Affections broncho-pulmonaires.

GOMENOL SIROP en flacon pour Trachéo-bronchite, Coqueluche, etc...

GOMENOVULES pour Pansements gynécologiques.

Laboratoire des PRODUITS du GOMENOL, 17, rue Ambroise-Thomas — PARIS (IXe)

NUCLÉATOL ROBIN

GRANULÉ

(*Nucléophosphate de Chaux et de Soude d'origine végétale*)



RACHITISME, CACHEXIE, LYMPHATISME
BRONCHITE CHRONIQUE, CONVALESCENCE
SCROFULE, DÉBILITÉ, NEURASTHÉNIE, ETC.

DOSE: 4 à 6 cuillères-mesures chez l'adulte par 24 heures et 2 à 3 pour Enfants et Vieillards.

INJECTABLE

(*Nucléophosphate de Soude chimiquement pur*)

EXALTE LA PHAGOCYTOSE. Employé préventivement dans les opérations chirurgicales.
DÉFERVESCENCE DANS LES FIÈVRES INFECTIEUSES PUERPÉRALES, ÉRÉSYPALES, TYPHOÏDES, SCARLATINES, etc.

ABAISSE la TEMPÉRATURE en QUELQUES HEURES

DOSE : 1 ou 2 injections suivant les cas dans les 24 heures.

VENTE EN GROS : 13, Rue de Poissy, PARIS. — **DÉTAIL :** *PRINCIPALES PHARMACIES.*

blée pour les actes du bureau et lui soumet les deux ordres du jour suivants :

Ordre du jour n° 1.

« Considérant que le décret du 9 mars 1921 prétend imposer au corps médical un tarif d'autorité, sans discussion ni accord préalables, et que le principe d'une taxation est inacceptable ;

Considérant au surplus que les chiffres du dit tarif sont dérisoires, à peine égaux à ceux de l'A.M.G. ;

Considérant que des conséquences paradoxales et ridicules découlent des dispositions suivantes : « Le tarif applicable est celui qui répond à la population du domicile du bénéficiaire de la loi », et « l'indemnité kilométrique n'est allouée en aucun cas pour les parcours de moins de deux kilomètres ; »

Considérant que la répartition en cinq catégories est inadmissible, parce qu'elle crée une situation inférieure pour les médecins des petites localités, qui ont cependant le même diplôme que ceux des grandes villes, et des frais généraux à peu près identiques ;

Considérant que le décret n'est pas moins vexatoire pour les pensionnés, puisque contrairement aux promesses officielles de les considérer comme les « premières créanciers de la nation », il les assimile, en fait, aux indigents, leur impose l'hospitalisation dans tous les cas tant soit peu graves et supprime par conséquent le libre choix inscrit dans la loi ;

Considérant enfin que le décret, malgré les allégations du ministre, ne poursuit pas un but d'économie, puisqu'il refuse toute organisation de contrôle ;

Le syndicat médical de la région de Bourg, convaincu de lutter à la fois pour l'indépendance des médecins et pour les intérêts des pensionnés, décide de suivre rigoureusement la ligne de conduite indiquée par le conseil de l'Union et de traiter jusqu'à nouvel ordre les bénéficiaires de la loi comme des malades ordinaires. Fermement résolu à ne pas transiger sur une question de principe et à faire reconnaître par l'administration la nécessité d'une entente avec le corps médical, il estime que la condition *sine qua non* de la reprise des pourparlers devra être le rétablissement du paragraphe 5 de l'article 64 dans son texte primitif. »

Ordre du jour n° 2.

« Considérant que l'article 64 de la loi des Pensions prévoyait l'établissement d'un tarif après entente avec les représentants des syndicats professionnels intéressés ;

Que cette condition avait été réalisée dans le département de l'Ain, tout au moins en ce qui concerne la visite, la consultation et les frais de déplacement ;

Que la loi des finances du 29 décembre 1920 a modifié l'article 64 et supprimé la nécessité de l'entente préalable avec les syndicats médicaux ;

Que dès lors, pour la période comprise entre le 31 mars 1919 et le 29 décembre 1920, les médecins de l'Ain sont en droit de fixer le chiffre de leurs honoraires d'après le tarif admis par l'accord avec le Préfet ;

Le syndicat médical de la région de Bourg décide : 1° de refuser les mandats qui seraient établis d'après le tarif Maginot ; 2° de poursuivre par tous moyens de droit le recouvrement des créances sur l'État établies conformément à l'accord de décembre 1920. »

Ces ordres du jour sont adoptés à l'unanimité. Ils seront envoyés au Préfet.

Le Président soumet un modèle de reçu édité par l'Union pour les honoraires payés par les pensionnés. La distribution de blocs de reçus semblables est décidée.

Le Président consulte ensuite le syndicat au sujet de l'assemblée générale extraordinaire proposée par le conseil de l'Union pour le 28 mai, en vue de manifester la cohésion du corps médical en face des tentatives de taxation. Avis favorable est donné ; un crédit de 150 fr. est alloué au Dr Bouilloud, qui accepte de nous représenter.

Projet de loi sur l'assurance invalidité-maladie. — Le Président rappelle l'attention des confrères sur la très prochaine discussion de ce projet de loi, qui est déjà déposé, et dont la mise en vigueur aura un retentissement considérable sur l'exercice de la médecine. Il recommande la lecture du dernier numéro du « Médecin syndicaliste » et l'étude attentive des documents qui y sont contenus. La question n'est pas au point, mais, il importe de fixer dès maintenant les désiderata fondamentaux du corps médical. La mention suivante, présentée par plusieurs confrères, est adoptée :

« Le syndicat médical de la région de Bourg émet le vœu que la loi sur l'assurance invalidité-maladie 1° respecte entièrement le libre choix ; 2° établisse le payement à la visite ; 3° adopte pour éviter les abus le ticket modérateur du système lyonnais. »

La question du contrat collectif, grosse de dangers de toute sorte, devra être étudiée de très près.

Questions diverses. — Le Président rend compte qu'il a été informé que certains syndiqués se refusent à appliquer les tarifs. Après discussion et sur la proposition du Dr Boccard, l'assemblée décide de rappeler que les tarifs sont *obligatoires*, sauf dérogation accordée par le bureau ; et que cette obligation est particulièrement impérative dans les circonstances actuelles, où les tarifs de la clientèle nous servent de base pour ceux que nous réclamons des services publics. Dans ces conditions, toute dissidence de confrères syndiqués est extrêmement dangereuse et ne saurait être tolérée.

Le secrétaire,

Dr J. Duby.

VI

Association syndicale professionnelle des médecins de l'arrondissement de Beaune.

Mon cher Confrère,

Il faut en finir. Dans son exposé à la Chambre, concernant l'art. 64, M. Maginot a dit : « Je suis tout disposé à recevoir les représentants de l'A. G., des médecins, mais, afin d'éviter toute équivoque, il faut qu'il soit bien entendu que les médecins *accepteraient* en ce qui concerne les tarifs, le décret du 9 mars, car il me serait *impossible* de leur en faire obtenir d'autres..... Mais, si mon espoir était trompé, si nous n'arrivions pas à un accord, je reviendrais vers vous et vous demanderais, afin de défendre les mutilés, soit la création d'un corps spécial de médecins, soit l'attribution, aux mutilés, d'*allocations forfaitaires* en remplacement des soins médicaux et pharmaceutiques ».

Voilà qui est net : le Ministre ne cèdera pas. Mais ce qui est aussi très net, c'est que nous commençons tous à en avoir assez des Commissions et de toutes ces discussions qui ressemblent à celles de Français et Boches sur le Traité de Versailles : elles aboutiront à un lâchage médical.

Il faut en sortir une bonne fois et définitivement. Le Ministre nous tend la perche, saisissons-la, sans que notre amour-propre nous fasse tenir à des conceptions antérieures ou au désir de continuer à palabrer. Le Ministre propose : allocations forfaitaires aux mutilés ; répondons-lui : Brigadier, vous avez raison.

Cette solution est la meilleure, car :

1° Le Ministre ne peut la refuser, puisqu'il la propose ;

2° Les mutilés ont le libre choix et demeurent libres de leurs actions ;

3° Les médecins recouvrent leur liberté ; pas de tarif forfaitaire, pas de tarif imposé ; ils soigneront les mutilés comme bon leur semblera, d'après leur conscience, soit au tarif syndical local, soit avec toute concession que leur charité leur dictera.

4° Plus de discussion possible ;

5° Plus de médecins de 1re ou de 5e classe ; par suite plus de divisions médicales ;

6° Plus d'imprévu pour les finances de l'Etat, puisque budget fixe et exempt d'aléas.

Ceci convenu et adopté, on règlerait le passé à l'amiable.

Avec l'espoir que ces propositions raisonnables pourraient être prises en considération par l'Assemblée générale du 28 mai, nous vous prions, mon cher Confrère, d'agréer l'assurance de nos meilleurs sentiments.

Docteurs Octave Sirot, Marcel Poisot,
Président et secrétaire du Syndicat des médecins de l'arrondissement de Beaune.

CHRONIQUE DE LA MUTUALITÉ FAMILIALE

La combinaison D. Sa genèse, son présent, son avenir.

Quand, au retour de la guerre, les médecins français, en reprenant leur clientèle si longtemps délaissée, se heurtèrent à l'hydre de la vie chère, ce fut, parmi nos sociétaires, un véritable *tolle* : « Que faire, que devenir avec 10 fr. par jour, nous écrivait-on de toutes parts ? Quand donc nous organiserez-vous une caisse capable de nous assurer au jour de la maladie, 20 fr., 30 fr. au moins de quoi payer nos remplaçants ? » Et nous, au Conseil de la Mutualité Familiale, hantés du même souci, sans même attendre toutes ces objurgations, nous nous étions mis au travail.

Soucieux d'établir une œuvre viable et durable, mûris par l'expérience du passé, nous ne voulions partir qu'à coup sûr. Tout en préparant des statuts et un projet de barème, nous désirions toutefois attendre le résultat de l'inventaire de 1921, pour savoir sur quelles bases nous pouvions établir la nouvelle combinaison.

Mais le temps pressait, la vie était de plus en plus chère, les exhortations de nos correspondants de plus en plus pressantes ; et nous décidâmes d'organiser au plus vite, au moins provisoirement, et sans attendre l'inventaire, la combinaison permettant de donner satisfaction aux légitimes réclamations de nos camarades.

Cependant, il fallait savoir combien nous serions au début pour mettre en marche ce nouvel organisme. C'est alors qu'après l'Assemblée générale de 1919 un registre d'inscriptions de principe fut ouvert, avec la consigne que nous inaugurerions la combinaison future le jour où elle aurait recueilli 300 adhésions.

Après 6 mois de propagande, d'étude, de lettres, et d'attente, il nous vint 80 inscriptions : sur ce nombre un tiers environ émanait de confrères ayant plus de 50 ans ; un autre tiers venait de camarades dont la santé laissait depuis longtemps à désirer ; le reste seul pouvait former un bon noyau de départ... mais combien maigre et insuffisant ! !

Au Conseil, nous fûmes un peu déçus.

Malgré tout, devant la nécessité de faire quelque chose, nous mîmes sur pied un projet que nous soumîmes à l'Assemblée générale de 1920 et qui fut adopté intégralement par celle-ci. Nous étions convaincus qu'en nous mettant en marche, nous serions suivis par un grand nombre de ceux qui attendaient notre geste et nous avaient poussés à l'action.

Au 1er janvier 1921, nous inscrivions nos premiers adhérents à la nouvelle combinaison D et au 1er avril suivant, au lieu des 300 membres prévus dès 1919 pour l'ouverture, au lieu même

des 80 candidats de principe de 1920, nous admettions notre 60e membre ! ! .... *Ridiculus mus* ! ....

Tel est le passé.

Voyons maintenant le présent.

Je viens de revoir mes 1.600 dossiers. Mes confrères admettront bien que, si je connais peu leur personne, je suis assez au courant de leur santé. Or, en épluchant bien tous les cas, j'ai trouvé que parmi les membres actuels de MA et de B, près de 400 pourraient adhérer à 1 /2 D et que plus de 300 y seraient sûrement admis. Qu'attendent-ils pour se présenter ? Oh ! rien. C'est la négligence coutumière au médecin. Ils oublient que, le 30 décembre prochain, aucun membre de MA et de B ne pourra plus passer à D, et, *ipso facto*, tous se seront privés de gaieté de cœur de l'indemnité double, quittesplus tard à gémir sur leur triste sort, comme le fait déjà depuis 10 ans, mon vieil ami Petitjean, de Seine-et-Marne, qui a négligé de passer à B avant la fermeture de cette combinaison et l'a durement regretté depuis lors !

Ainsi, rien que parmi nos anciens, nous pourrions déjà être 300 à la combinaison D, si chacun voulait comprendre son intérêt. Chacun espère peut-être le faire un jour et il attend l'occasion.

Mais dès aujourd'hui, je crie : gare ! gare à l'échéance fatale !! Le 31 décembre prochain, il sera trop tard et même si, d'ici là, vous tombez malade, êtes-vous bien sûr que nous voudrons encore de vous au dernier jour ? Qu'attendez-vous donc pour faire tout de suite le geste sauveur ?

Certains protestent contre la nouvelle prime, trop élevée selon eux, comme si un assuré apportant un risque double ne devait pas coûter plus cher que deux assurés apportant un risque simple ! Deux membres de MA du même âge, payent 2 fois plus qu'un seul, c'est évident ; mais, il ne seront pas fatalement malades, tous les 2 en même temps ; un membre de D, lui, quand il sera malade, touchera chaque jour autant que ces 2 membres de A ; le taux de la morbidité est doublé avec lui, le risque est donc plus grand, il doit donc payer à D plus cher que pour 2 A ; cela saute aux yeux !

D'autres protestent contre le nouvel examen médical, comme si nous pouvions prendre, à D, des risques douteux ! Mais, au contraire, ne devons-nous pas nous montrer d'autant plus sévères que nous sommes moins nombreux, surtout au début. Plus nous serons de membres à D, mieux tout ira : admissions, taux de morbidité, administration, frais de gestion, etc., etc.

Parmi les nouveaux adhérents à notre Société, la plupart viennent naturellement à D. Certains cependant s'inscrivent encore à MA. Je crois devoir avertir aussi ces derniers que D leur sera fermée au 31 décembre prochain, tout comme aux anciens membres de A ou de B et qu'eux aussi, ils ont à prendre garde à la date fatale s'ils veulent bénéficier un jour de la double indemnité.

Quant à l'avenir, il sera, mes chers camarades, ce que vous le ferez. Nous, au Conseil, nous étudierons les moyens les meilleurs de mettre entre vos mains une œuvre de plus en plus perfectionnée. Nous attendons l'inventaire pour voir sur quels points nous devrons l'an prochain porter notre attention et nos études.

Mais je le répète. On ne fait rien, en prévoyance, sans le nombre et la solidarité.

Venez à nous, tous, au plus vite ; apportez-nous des adhésions. N'ignorez plus ce qu'est votre Mutualité Familiale, comme le font encore trop d'adhérents insouciants. Lisez le *Concours Médical*, qui est notre *Bulletin*, avec tout le soin voulu.

La Mutualité Familiale ne sera, sachez-le bien, que ce que vous la ferez. Les personnalités de ceux que vous avez mis au bureau et au Conseil d'administration passeront ; vous, vous resterez.

Et, c'est par votre nombre imposant, votre cohésion, votre ardeur à vous intéresser à votre Société, à ce qu'elle fait et à ce qu'elle pourrait faire de mieux, que vous en ferez une œuvre de prévoyance et de solidarité forte, solide, durable, capable de résister aux pires cataclysmes, capable de devenir le véritable palladium du Corps Médical français.

H. MIGNON.

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations.

— Médecine opératoire spéciale. — M. Henri Lorin, prosecteur, fera à partir du lundi 30 mai une série de dix leçons sur la chirurgie spéciale de la tête et du cou.

Ordre des leçons qui auront lieu tous les jours à 14 h. I. Les trépanations du crâne. Trépanations décompressive et temporaire. Traitement des hémorragies intra-crâniennes, des tumeurs. Autoplasties des pertes de substance crânienne. — II. Trépanation de l'apophyse mastoïde. Chirurgie du sinus latéral du cervelet. Abcès cérébraux d'origine otique. — III. Trépanation des sinus de la face. Résection des maxillaires. Voies d'accès sur l'hypophyse. — IV. Chirurgie des nerfs de la face. Injections d'alcool dans les branches du trijumeau. Résection du ganglion de Gasser. — V. Traitement des becs-de-lièvre. Staphylorraphie, Amputation des lèvres. Extirpation des glandes sus-maxillaire et parotide. — VI. Chirurgie des vaisseaux du cou. Ligature des carotides. Sutures et greffes vasculaires. — VII. Traitement du cancer de la langue. Curage ganglion-

naire du cou. — VIII. Chirurgie du larynx et de la trachée. Laryngectomie. Trachéotomie. Tubage du larynx. — IX. Opérations sur le corps thyroïde. Ligature des artères thyroïdiennes. Thyroïdectomies. Sympathitectomie. — X. Traitement du torticolis. Ténotomies. Voies d'abord de l'œsophage.

Les élèves répéteront eux-mêmes les opérations sous la direction du prosecteur. Le nombre des élèves admis à ce cours est limité. Seront seuls admis : les docteurs en médecine français et étrangers, ainsi que les étudiants immatriculés, titulaires de 16 inscriptions. Le droit à verser est de 150 francs. S'inscrire au secréariat (guichet nº 3), de midi à 3 h. les jeudis et samedis.

— **A. D. R. M.** — Le secrétaire de la Commission de Propagande restera en rapport constant avec la Presse Médicale Française et la Grande Presse d'Information. Après chaque réunion, un communiqué sera envoyé à la Presse, résumant très brièvement la vie de l'Association (missions à recevoir, missions reçues, desiderata des médecins français et étrangers, etc.).

M. le Dr Van der Hoeven Leonhard, président du Comité Hollande-France, expose avec preuve à l'appui, l'intensité de la propagande médicale allemande dans les milieux médicaux hollandais. Il supplie les médecins français, professeurs et praticiens, d'aider le plus possible, le Comité Hollande-France à lutter contre l'envahissement tudesque.

La Commission de propagande remercie la Presse Médicale Française d'avoir inséré la note émanant du Comité directeur.

L'Association Générale des Médecins de France communique à la Commission de Propagande un vœu de la Société du Loiret : « Que les rapports entre les familles des médecins des nations alliées et les médecins français soient facilités par l'A. G. pour permettre aux médecins d'envoyer réciproqeument leurs enfants dans les familles médicales pendant les vacances. ». L'A G. nous ayant transmis ce vœu, l'A. D. R. M. le prend en considération et fera tout son possible pour le faire aboutir.

La Commission de propagande enregistre avec plaisir la fondation d'un bureau analogue à Tokio sous la direction du Dr Motais, et signale que M. Berro, professeur de médecine infantile à Montevideo, s'est présenté de la part du Conseil de sa Faculté, pour organiser de commun accord un office en rapport constant avec le nôtre.

— **Internat.** — L'épreuve de sélection du concours pour les prix à décerner aux élèves externes en médecine (année 1921-1922) et la nomination aux places d'élève interne en médecine, vacantes le 15 février 1922, aura lieu le lundi 4 juillet 1921, à midi précis.

Les épreuves définitives commenceront le lundi 17 octobre 1921.

Les élèves sont admis à se faire inscrire à l'Administration centrale, 3, avenue Victoria, bureau du personnel médical, tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de 14 à 17 h., depuis le mardi 17 mai jusqu'au samedi 18 juin inclusivement.

Des avis ultérieurs indiqueront le lieu où les candidats devront se réunir pour l'épreuve de sélection et la première des épreuves définitives.

Seront seuls admis dans la salle où auront lieu les compositions écrites les candidats porteurs du bulletin spécial délivré par l'Administration et constatant leur inscription au concours.

Un numéro d'ordre qui leur sera remis à l'entrée déterminera la place qu'ils devront occuper pour rédiger leur composition.

— **Voyages aux stations hydro-minérales de France, V. E. M.** — Le voyage d'études médicales aux Eaux minérales françaises, créé par la bienfaisante activité du regretté doyen Landouzy et de M. Carron de la Carrière et qui a fait, si heureusement, connaître aux médecins français et étrangers nos stations thermales, va reprendre, cette année, du 5 au 15 septembre 1921, à travers les stations du *Centre de la France*, sous la direction scientifique du professeur Carnot.

On visitera notamment, Néris, Evaux, La Bourboule, Le Mont-Dore, Vic-sur-Cère et le Lioran, Saint-Nectaire, Châtel-Guyon, Royat, Vichy, etc., etc.

Grâce à la participation effective de l'Office National du Tourisme et des divers groupements thermaux du Centre de la France, le prix du voyage n'aura pas à souffrir des conditions économiques actuelles.

Le programme détaillé et le prix du voyage seront portés, dans quelques jours, à la connaissance des médecins désireux d'y participer. La caravane pourra comprendre les femmes des excursionnistes. Un certain nombre de places seront réservées aux médecins étrangers des diverses nationalités. Le nombre des adhérents sera strictement limité.

Le Directeur-Gérant : Dr GASSOT.

Clermont (Oise). — Imprimerie DAIX et THIRON.
THIRON et FRANJOU Successeurs.
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

AVIS

Changements d'adresses

Nous rappelons à nos lecteurs que toute demande de changement d'adresse doit être accompagnée de 0 fr. 60 pour frais de réimpression de bande.



Bien mieux, voici ce que, en décembre dernier, je répondis au Dr Victor B... de L... (Gironde): « Voici pourquoi c'est le domicile du blessé qui compte (et j'ai vivement insisté sur ce point à la sous-commission) : pour que deux blessés voisins, ou habitant même la même maison, ne soient pas l'objet d'un tarif *différent suivant les médecins* qui les soignent, comme si les deux confrères n'avaient pas la même « valeur ». Les tarifs de catégorie diffèrent ainsi *suivant le lieu* et non *suivant le médecin*, ce qui est une atténuation à cette bizarrerie des deux catégories... en attendant le tarif unique que j'espère bien un jour. »

Dr F. Decourt.

II

J'ai un accidenté du travail atteint d'hydarthrose du genou. J'estime qu'il y a lieu actuellement de lui faire des massages des muscles de la cuisse et des bains de lumière sur son genou.

J'ai écrit à la compagnie pour la mettre au courant et les lui demander ; la Compagnie me répond en m'envoyant un confrère, qui les déclare inutiles. Que faire ?

Dr R.

Réponse.

Si vous estimiez nécessaire « une *série* de plus de *cinq* interventions à tarif spécial » (voir art. 7), vous n'aviez qu'à en donner *avis préalable... au patron ou à son assureur* et, ceci fait, à soigner le blessé suivant ce que vous jugez utile de faire. Il n'en est pas de même, dans ce cas, que pour les « opérations mutilantes, etc... (voir art. 9) qui ne peuvent être *décidées* qu'après avis du *médecin* du patron ou de l'assureur. Il y a, dans ce dernier cas, une consultation implicitement prévue d'où peut sortir une « divergence » (art. 9, 2e §).

L'avis préalable n'est réclamé, à l'article 7, que pour éviter toute *surprise*, plus tard, pour le « tiers payant » et pour qu'il puisse se rendre compte, s'il le désire, de la nécessité de la *série* des interventions indiquées, au *début* même de cette série.

Le confrère, envoyé par la compagnie, déclare votre traitement inutile. Soit ! Vous, vous le trouvez nécessaire et le pratiquez. Ce sera là question à débattre devant la justice, en cas de litige pour le payement, mais vous n'êtes nullement dans votre tort, *a priori*, en le pratiquant quand même.

D'ailleurs le litige ne porterait que sur l'utilité des bains de lumière, puisque les massages sont compris dans le prix de la visite ou consultation (art. 16) et qu'il n'y a pas là « d'intervention à tarif spécial » (art. 7). La question sera

donc de savoir si les bains de lumière sont nécessaires en cas d'hydarthrose du genou.

Dr F. DECOURT.

NOTES DE PRATIQUE QUOTIDIENNE

Pour les amputés.

Un muscle artificiel.

On est frappé du nombre d'amputés, qui actuellement, se plaignent de leur appareil. A ceci, plusieurs causes : les constructeurs ont eu tendance à exagérer les services que leur modèle pouvait rendre... On citait des exemples, réels sans doute, mais combien rares, d'amputés se livrant à de véritables acrobaties ! D'autre part, ces appareils, en série « omnibus », étaient loin de convenir à tous les moignons. Les moignons enfin ont subi de notables modifications : diminution du volume par disparition d'un œdème qui fut si persistant dans certains cas ; par atrophie musculaire, atrophie fonctionnelle ou tropho-névrotique ; nouveau garnissage, truquage de l'appareil, déplacement du support ischiatique, support, point fondamental dans la prothèse du membre inférieur.

Les *quelques conseils aux amputés* que nous avons publiés, ici même, nous ont valu un certain nombre de lettres : en général, lettres exprimant le désenchantement . Quelques-uns de nos correspondants nous demandaient si les fabricants ne pourraient alléger le poids de l'appareil, poids si pénible pour ceux que leur profession oblige à des déplacements continuels. On nous signalait, de-ci, de-là, ce qui avait été réalisé par l'un ou par l'autre. Plusieurs ont utilisé la bande d'élastique à jarretière (reliant le cuissart à une bonne ceinture) afin d'éviter l'énucléation des moignons très courts. C'est un moyen... d'infortune.

Un confrère me signale le muscle, le *psoas artificiel* imaginé par le Dr G. Bidou.

Un ressort à boudin, dont la résistance est *calculée* de rigoureuse façon pour chaque malade, est fixé, au moyen de deux écrous, au niveau des condyles fémoraux de l'appareil. Un baudrier reçoit l'extrémité supérieure du ressort, rivée à une bande élastique. La tension établie, pour un ou deux kilogs, permet une flexion automatique du genou, *le cuissart étant soulevé par son extrémité condylienne.* En outre, ce ressort-psoas maintient sur le point ischiatique une adhérence parfaite du cuissart. Enfin, point capital, il peut s'adapter à n'importe quel genre d'appareil.

Résultat fonctionnel : le pas est allongé de 4 à 5 centimètres, le poids est diminué de 50 %, d'où

fatigue beaucoup moins accusée. (N.B. : une ceinture bien ajustée, prenant bien son point d'appui sur les crêtes iliaques, remplace avantageusement le baudrier.)

Experto crede....

R. Molinéry.

DOCUMENTS OFFICIELS

A L'OFFICIEL

Vacances de Direction de Bureau d'Hygiène.

I

Aux termes du décret du 3 juillet 1905, portant réglementation des bureaux municipaux d'hygiène, les directeurs de ces bureaux doivent être nommés par les maires, parmi les personnes reconnues aptes, à raison de leurs titres, par le conseil supérieur d'hygiène publique de France.

Conformément à cette disposition et aux prescriptions de la circulaire ministérielle du 23 mars 1906, destinées à en assurer l'application, la vacance de directeur du bureau municipal d'hygiène d'Allevard (Isère) est déclarée ouverte.

Le traitement alloué est fixé à 1.000 fr. par an.

Les candidats ont un délai de vingt jours à dater de la publication au *Journal Officiel* pour adresser au ministre de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales leurs demandes, accompagnées de tous titres, justifications ou références permettant d'apprécier leurs connaissances scientifiques et administratives ainsi que la notoriété acquise par eux dans des services analogues ou des fonctions antérieures. Cette candidature s'applique exclusivement au poste envisagé.

A la demande doit être jointe une copie certifiée conforme des diplômes obtenus ; l'exposé des titres doit être aussi détaillé que possible et accompagné d'un exemplaire des ouvrages ou articles publiés. Les candidats peuvent, en outre, demander à être entendus par la commission du conseil supérieur d'hygiène.

II

Aux termes du décret du 3 juillet 1905, portant réglementation des bureaux municipaux d'hygiène, les directeurs de ces bureaux doivent être nommés par les maires, parmi les personnes reconnues aptes, à raison de leurs titres, par le conseil supérieur d'hygiène publique de France.

Conformément à cette disposition et aux prescriptions de la circulaire ministérielle du 23 mars 1906, destinées à en assurer l'application, la vacance de directeur du bureau municipal d'hy-

giène de Cherbourg (Manche) est déclarée ouverte.

Le traitement de début alloué est fixé à 10.140 francs.

Les candidats ont un délai de vingt jours, à compter de la présente publication, pour adresser au ministre de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales leurs demandes, accompagnées de tous titres, justifications ou références permettant d'apprécier leurs connaissances scientifiques et administratives, ainsi que la notoriété acquise par eux dans des services analogues ou des fonctions antérieures. Cette candidature s'applique exclusivement au poste envisagé.

A la demande doit être jointe une copie certifiée conforme des diplômes obtenus ; l'exposé des titres doit être aussi détaillé que possible et accompagné d'un exemplaire des ouvrages ou articles publiés. Les candidats peuvent, en outre, demander à être entendus par la commission du conseil supérieur d'hygiène.

(*J. O.*, 15 mai 1921.)

Instruction du 4 mai 1921

pour l'application de l'article 6 du décret du 9 mars 1921, relative aux tarifs à appliquer aux opérations de petite chirurgie, aux menues interventions qui ne nécessitent pas l'hospitalisation et ne rentrent pas dans les actes médicaux usuels indiqués à l'article 1er dudit décret (1).

Aux termes du paragraphe 5 de l'article 64 de la loi du 31 mars 1919, modifié par l'article 54 de la loi de finances du 31 décembre 1920, le tarif des soins médicaux et pharmaceutiques dus aux bénéficiaires de la loi du 31 mars 1919 doit être établi par un décret rendu dans la forme des règlements d'administration publique.

Ce décret est intervenu le 9 mars 1921. Il a fixé dans son article 1er le prix des consultations et des visites médicales y compris les menues interventions telles que : pansements simples, petits massages, pointes de feu, ventouses, injections hypodermiques.

Aux termes de l'article 6 dudit décret, les opérations de petite chirurgie et les menues interventions qui ne nécessitent pas l'hospitalisation et ne rentrent pas néanmoins dans les actes médicaux usuels indiqués ci-dessus, doivent être tarifés au prix de deux ou trois consultations ou visites suivant la distinction.

(1) Nous publions cette instruction à titre purement documentaire. Ce tarif est en effet appelé à disparaître d'une façon ou de l'autre ; il est d'une fantaisie que nous osons qualifier d'échevelée. Mais nous aurions manqué à notre mission d'informateurs si nous ne l'avions pas mis sous les yeux de nos lecteurs. N. D. L. R.

qui sera faite par une instruction ministérielle prise après avis d'une commission spéciale.

Conformément à l'avis émis par cette commission qui a été instituée par arrêté du 23 mars 1921, le tarif des petites opérations et menues interventions prévues par l'article 6 du décret du 21 mars 1921 est fixé comme suit :

I

1. Extraction de corps étrangers superficiels	3 visites.	A. Jusqu'à 5.000 habitants........... 15 fr.
2. Pansements compliqués	3 visites.	B. De 5.001 à 50.000 habitants....... 18 fr.
3. Injections intraveineuses (toutes catégories)	3 visites.	C. De 50.001 à 100.000 habitants...... 21 fr.
4. Saignée	3 visites.	D. De 100.001 à 200.000 habitants.... 24 fr.
5. Ouverture d'abcès profond	3 visites.	E. Au-dessus de 200.000 habitants.... 30 fr.
6. Prise de sang	3 visites.	
7. Petit plâtre	3 visites.	
8. Ponction capillaire de la vessie	3 visites.	

II

9. Injection de sérum	2 visites.	A. Jusqu'à 5.000 habitants........... 10 fr.
10. Ouverture d'abcès superficiel	2 visites.	B. De 5.001 à 50.000 habitants........ 12 fr.
11. Cathétérisme de l'urèthre	2 visites.	C. De 50.001 à 100.000 habitants...... 14 fr.
12. Lavages vésicaux	2 visites.	D. De 100.001 à 200.000 habitants.... 16 fr.
13. Instillation uréthrale et vésicale	2 visites.	E. Au-dessus de 200.000 habitants.... 20 fr.
14. Dilatation uréthrale	2 visites.	

III

15. Grands massages	2 consultations.	A. Jusqu'à 5.000 habitants........... 8 fr.
		B. De 5.001 à 50.000 habitants........ 10 fr.
		C. De 50.001 à 100.000 habitants...... 12 fr.
		D. De 100.001 à 200.000 habitants.... 14 fr.
		E. Au-dessus de 200.000 habitants.... 16 fr.

Déclaration des maladies professionnelles.

Décret du 4 mai 1921.

Art. 1er. — Les cas de maladies d'origine professionnelle que les docteurs en médecine ou officiers de santé doivent déclarer aux termes de l'article 12 de la loi du 25 octobre 1919, étendant aux maladies d'origine professionnelle la loi du 9 avril 1898 sur les accidents du travail, sont les suivants :

a) Tous les cas d'intoxication saturnine d'origine professionnelle et notamment :

1° Les coliques de plomb ;
2° Le rhumatisme saturnin ;
3° Les anémies saturnines ;
4° Les paralysies saturnines ;
5° L'encéphalite saturnine ;
6° La néphrite saturnine ;
7° La goutte saturnine ;
8° L'amaurose saturnine ;
9° L'artériosclérose saturnine ;
10° Les cirrhoses du foie saturnines ;
11° Les tremblements saturnins ;
12° La cachexie saturnine.

b) Tous les cas d'intoxication mercurielle d'origine professionnelle et notamment :

1° La stomatite mercurielle ;
2° Les tremblements mercuriels ;
3° Les troubles nutritifs mercuriels ;
4° La cachexie mercurielle ;
5° Les paralysies mercurielles.

(*J. O.* 6 et 7 mai 1921.)

LÉGION D'HONNEUR

Un de nos plus fidèles correspondants nous signale la promotion au grade de chevalier de la Légion d'honneur, que nous enregistrons bien volontiers, du docteur Petitclerc (Constant), médecin chef des hôpitaux de Rouen. Titres exceptionnels : dégagé de toute obligation militaire, n'a pas hésité, dès le début des hostilités, à apporter son concours à l'un des hôpitaux auxiliaires créés à Rouen par l'Union des Femmes de France, faisant preuve d'une élévation de sentiments, d'un esprit de désintéressement qui lui ont conquis l'estime de tous ceux qui l'ont vu à l'œuvre.

RENOUVELLEMENT DES ABONNEMENTS

Pour éviter les frais de recouvrement nous prions nos abonnés de vouloir bien nous adresser le montant de leur abonnement, soit ***24 fr.,*** par versement à notre compte de chèques postaux PARIS 167-95, versement qui peut être fait dans tous les bureaux de poste.

QUARANTE-TROISIÈME ANNÉE — N° 22 — DIMANCHE 29 MAI 1921

Fondé en 1879 par Auguste CÉZILLY
Rédigé et dirigé par H. JEANNE (1900-1914),

LE CONCOURS MÉDICAL

ORGANE HEBDOMADAIRE DES PRATICIENS
Groupés dans la Société « Le CONCOURS MÉDICAL » et ses Filiales

ADMINISTRATION & PUBLICITÉ

C. BOULANGER, ADMINISTRATEUR

ABONNEMENTS :

France........................ 24 fr.
Étranger...................... 28 »
Étudiants (*France*).......... 12 »
Le numéro..................... 50 cent.
Chèques Postaux Paris 167-95

DIRECTION

MM. les Drs A. GASSOT, *Directeur*; A. MAURAT ; H. CEZILLY ; J. NOIR ; P. BOUDIN docteur en droit ; M. VIMONT; G. DUCHESNE.
MM. P. CEZILLY, J. DUMESNY, licenciés en droit ; C. BOULANGER.

RÉDACTION

Dr J. NOIR, RÉDACTEUR EN CHEF
Drs P. LACROIX et G. DUCHESNE SECRÉTAIRES DE LA RÉDACTION

N.-B. — Les manuscrits publiés ou non, ne sont pas rendus.

Rédaction et Administration : 132, rue du Faubourg St-Denis, PARIS (10e). Téléphone : Nord 48-17

Quarante-troisième année. N° 22 29 Mai 1921.

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

Office de Renseignements du « Concours »

DON. — Nous avons reçu à titre de don à la Société civile du *Concours médical*, de M. le Dr X..., la somme de dix francs, pour bons offices du journal.

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum, aux* « demandes et offres ».

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne, qui est versé dans la caisse de la Société civile du Concours Médical). *Adresser un mandat ou mieux verser au compte de chèques postaux,* CONCOURS MÉDICAL, *Paris 167-95.*

Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse.**

N° 268. — A louer au Pouliguen (Loire-Inf.) : 1° villa 4 pièces et dépendances, pour saison, 1.000 fr. ; 2° villa 7 pièces et dépend., mois de juillet, 1.000 fr.

N° 269. — On cherche à louer ou acheter grande maison avec jardin et confort moderne pouvant convenir pour une maison de santé à Paris ou aux environs immédiats.

N° 270. — Dans importante ville de l'Afrique du Nord, à louer ou vendre maison de santé et clientèle.

N° 271. — A vendre, microscope Verick n° 1 objectifs nos 2,4, 6, 8, 1/18 immersion oculaire, n° 1. Compdiaphragme carré réglable n° 9. Comp. 18, éclairage Abbe 2 diaphragmes ; platine mobile automatique ; ultra-microscope. — Hématémètre Malassez, bon état. Valeur neuf 2.750 fr., à céder au-dessus de 1.800 fr. Docteur Pozier, à Estrées-St-Denis (Oise).

N° 272. — Cause dble emploi à vendre voiturette Terrot, 1916, 2 places et strapontin, moteur Ballot, 6-8 HP., Bosch-Claudel, roue sec Michelin, bon état marche, 8.000 fr. taxe comp. Dr Riou, Le Chambon-de-Tence (Hte-Loire).

N° 273. — Médecin, 34 ans, marié, deux enfants, 9 ans de pratique, voulant quitter définitivement Afrique du Nord, reprendrait clientèle sérieuse, pays agréable, achèterait maison confortable avec jardin, payerait indemnité.

N° 274. — Médecin habitant petite ville station estivale, région centre, offre son appartement pendant mois d'août, à famille de médecin habitant Paris ou petite banlieue, moyennant échange et remplacement réciproque.

N° 275. — A céder près grande ville ouest, excellent poste seul médecin, clientèle riche, chasse et pêche.

N° 276. — A vendre torpedo Ford, 4 places, 1920, 6.300 km. parcourus seulement. Affaire de confiance. Prix à débattre à partir de 11.000 fr. Dr Chrétien, à Salles-d'Angle (Charente).

N° 277. — Moto Rover, 6 HP., 2 cycl., 3 vitesses, comme neuve, sidecar bateau G. Lévy, 5.000 fr. Dr Minoret, Taverny (S.-et-O.).

N° 278. — Médecin serait reconn. à confrère qui recommand. bon domestique à tout faire (appart., jardin, voiture), bons gages, références sérieuses exigées. Dr Noel, St-Nicolas-du-Port (M.-et-Mlle).

N° 279. — Bon poste médical de propharmacien, dans régions libérées, bourg. de 3.000 habitants et plus de 3.000 aux environs.

N° 280. — Marseille, important cab. dent. à vendre. 2 cab., 2 salons, lab., instal. neuve, chiffre d'affaires 80.000 fr., suscept. d'augment. notable, bail 8 ans, loyer 1.500 fr. Prix demandé 120.000 fr. Ecrire Dr B., Maison Ash, 4, rue Moustiers, Marseille.

N° 281. — Appartement meublé à louer saison d'été, très confortable. S'adresser Dr Daviot, à Domont (S.-et-Oise).

N° 282. — A vendre, Lion Peugeot, torpedo 4 cylindres, type V. H. C. 3, 9 HP., carburateur Claudel, magnéto Bosch, 2 places avec spider 2 places, moteur remis à neuf, 8.500 fr. Dr Chambras, à Larche (Corrèze).

N° 283. — A vendre 200 fr., transformateur portatif en boîte noyer courant continu 220 volts pour cautère 0-40 A et lumière 0 — 20 volts. Docteur Benoit, St-Claude (Jura).

N° 284. — Dr Franc, 3, r. Alfred-Dehodencq, Paris, dem. mobil. et matériel de clinique chirurg. ainsi que beau bureau et s. à manger.

CORRESPONDANCE

L'erreur du lait dans la fièvre typhoïde.

Réponse au Dr G... (1)

Lorsque le *Concours médical* publia mon article du 10 avril dernier, je m'attendais à être prochainement pendu, suivant l'avis que P.-L. Courrier donne à tous ceux qui se permettent de mettre à jour une pensée pour le bien commun. Je l'ai échappé belle cette fois, mais je n'y couperai pas à la prochaine occasion, si je m'en rapporte au ton indigné avec lequel le Dr G... m'enguirlande de sa *légère* (!) *protestation*.

Néanmoins, je remercie mon aimable contradicteur de me fournir, par sa critique, l'occasion de compléter ma pensée, de me défendre des noirs desseins qu'il me prête, et surtout de rendre grâce au comité technique du *Concours* de n'avoir pas jeté au panier ma note de diététique, comme illogique ou peu intéressante.

D'après le Dr G., mon article serait capable de faire poursuivre devant la justice les fanatiques du lait ! J'avoue n'avoir jamais eu cette arrière-pensée, indigne d'un médecin. Thémis serait, d'ailleurs, incompétente pour en connaître. En outre, dans cette note, je condamne des traitements qui ont fait leurs preuves, *par amour des nouveautés* ! Or, quand la diète hydrique est formellement et exclusivement indiquée chez un typhique dont tout l'organisme est infecté, si, conseiller, au lieu de lait, des tisanes, etc. c'est faire de la nouveauté, j'avoue être le premier surpris de mon audace. Bref, mon cher confrère, à la lecture de votre diatribe, j'ai été très heureux de voir que, sur certains points, nous étions tout de même d'accord, malgré les apparences.

Certains ont pu abuser du régime lacté exclusif, dites-vous. C'est cette vérité qui a motivé mon article. Ah ! si vous étiez le seul à donner du lait à *tous* vos typhiques, je n'aurais pas élevé mon cri de méfiance, parce que vous nous apprenez que vous le prescrivez *après une antisepsie intestinale poussée aussi loin que possible*. Cet aveu m'est précieux, car, moi aussi, j'emploie quelquefois ce breuvage dans les mêmes conditions que vous, seulement, je pousse ma désinfection un étage plus haut. Quand je crois avoir obtenu l'antisepsie de tout le tube digestif, depuis la bouche jusqu'au sphincter anal, je permets à mon malade l'absorption de quelques laitages pour m'assurer du bon fonctionnement de la muqueuse gastro-intestinale en voie de réparation. En écrivant cette phrase, j'entends Jacques Bonhomme, du *Concours*, me dire que si l'antisepsie, tant atten-

(1) Lire le *Concours Médical* du 1er mai 1921, page 1293.

due du tube digestif, a pu être ainsi obtenue, notre typhique n'est déjà plus un typhique, mais plutôt un convalescent pour qui l'emploi surveillé du lait n'est plus une erreur. En donnant du lait à leurs typhiques en pleine fièvre, combien de confrères ne poussent pas, comme vous et moi, la minutie de s'assurer de l'antisepsie bucco-intestinale ? Dans les hôpitaux civils ou militaires, rappelez-vous les typhiques ayant sur leur table de nuit le traditionnel pot de lait, encadré du crachoir et du verre à boire, tout embué de dépôts lactescents. Altérés par la fièvre et la sécheresse de la bouche, ils boivent de temps en temps quelques gorgées de lait qui entretiennent et aggravent l'état septique de toute leur cavité buccale. Malgré les instructions données à la visite par le médecin traitant, ils avalent ce liquide, bientôt coagulé, qu'on leur prescrit comme médicament. Ont-ils souci de se rincer la bouche avant et après chaque prise de lait ? Pourquoi, d'ailleurs, prendraient-ils tant de précautions pour absorber ce *précieux aliment*, dans lequel ils espèrent trouver *force et santé* ?

Au cours de votre critique, vous me conseillez charitablement de relire les nombreux auteurs classiques qui conseillent le lait dans la fièvre typhoïde. J'ai suivi votre conseil. Bien plus, après la lecture de ce passage, j'ai retourné la page, geste que je conseillerai de faire, aussi bien à vous qu'aux confrères fanatiques du lait. Il y est écrit que le lait ne peut être un aliment ou un médicament qu'à la condition *sine quâ non* d'être bien digéré et par suite, rendu assimilable par sa transformation normale, au cours de sa pérégrination dans toute la longueur du circuit bucco-anal. Cette phrase est la traduction littérale du livre unique et immortel de la Nature, dont les préceptes immuables ont fait leurs preuves autant que bien des théories magistrales, voire académiques. Le *magister dixit*, que vous prônez avec tant de force, a guidé aussi mes premiers pas dans ma pratique médicale. Peu à peu, ce phare a cessé de m'éblouir, sans que je fasse fi toutefois de ses rayons dirigeants, mais ma déjà longue expérience m'a appris à me méfier des formules toutes faites, fussent-elles magistralement dites.

Qu'après ma réponse, dictée par les termes mêmes de vos réflexions, mes contradicteurs *continuent l'emploi du lait chez leurs fiévreux, nonobstant l'article du Concours*, que m'importe ! Mais que leurs clients, futurs typhiques, viennent à lire par hasard ce même article, je suis convaincu que beaucoup d'entre eux, mis au régime lacté, n'auront pas, comme leur médecin traitant, la même foi aveugle dans les vertus curatives et alimentaires de ce breuvage si parfait et si spécial, créé exclusivement pour le nouveau-né. Merveilleusement adapté par la Nature à l'organisme du nourrisson *bien portant* qui l'assimile normalement, le lait est souvent rejeté ou refusé d'instinct par ce même nourrisson *atteint de fièvre*.

Ne conseille-t-on pas la suppression du lait et ne prescrit-on pas la diète hydrique, le bouillon de lé-

gumes, etc., au bébé, parfois de constitution chétive, qui est atteint de maladie infectieuse, entéro-colite, broncho-pneumonie, etc ? Au typhique adulte, — souvent de robuste constitution — on donne du lait *pour soutenir ses forces et le conduire à la convalescence,* même quand la fièvre est intense !!!

C'est là, il faut bien le reconnaître, une contradiction dont tout lecteur impartial aura de la difficulté à comprendre le Pourquoi ?

Ces explications complètent l'article du 10 avril. Elles clôturent, pour mon compte personnel, quoi qu'il advienne, les remarques et idées d'ordre général que le procès Mazel, tombé dans le domaine public, m'avait suggérées.

Dr G. MEUNIER.
de Calais.

Postes de tout repos.

I

En envoyant au *Concours* l'entrefilet : « Postes de tout repos » je ne croyais pas rencontrer un lecteur assez naïf pour me prendre au sérieux. C'était compter sans la perspicacité d'un « humble instituteur rural ».

Ce monsieur J. qui lit le *Concours* — ce qui prouve la diffusion de notre journal — a flairé dans mes phrases, pourtant bien innocentes, et d'où était bannie toute personnalité, une attaque contre l'enseignement laïque, et il est venu défendre bravement ce capitole que l'on n'attaquait pas.

A la façon des héros d'Homère, il entre en lice en m'accusant gracieusement d'avoir l'humeur mauvaise, des prétentions à l'esprit et d'écrire des diatribes violentes.

Vraiment ! je ne me croyais pas l'âme si noire, ni le foie déjà malade.

Puis, monsieur J., haussant le ton, termine en diagnostiquant que je suis un désabusé, un vaincu de la vie récriminant contre l'école.

Diable ! pas si vite, monsieur l'instituteur ; un diagnostic demande plus de sérieux et plus de réflexion.

Aussi vous trompez-vous étrangement sur mon compte :

Je ne suis qu'au printemps, je veux voir la moisson
Et comme le soleil, de saison en saison,

....

N'auriez-vous pu trouver des adjectifs plus aimables à me dédier ?

En mai, les fleurs n'éclosent donc pas aux environs de votre village ?

Car enfin, dire qu'à X., un couple éducateur peut toucher 20.000 francs par an, logement et jardin non compris, pour dispenser les bienfaits indéniables de l'instruction primaire à 13 élèves masculins et à 11 élèves féminins pendant environ 180 jours sur 365, ne m'apparaît pas un bien gros crime !

Si encore, j'avais risqué une timide protestation ! mais je constatais simplement un fait.

Mon Dieu ! que la terre est peuplée de gens irascibles !

Et en demandant à participer à cette manne budgétaire qui, je l'espère pour vous être agréable, ira croissant chaque année, je ne m'attendais pas à voir tomber sur mes épaules les courtoises épithètes de désabusé, d'homme de parti, de raté professionnel, d'ennemi de l'enseignement.

Quel bon fleuriste vous auriez fait : vous possédez un agréable talent pour composer judicieusement une gerbe.

Si encore ma personne vous était connue ! Mais nous ne nous rencontrerons vraisemblablement jamais ; alors, pourquoi me juger si sévèrement, me prêter gratuitement de si inélégants sentiments ?

Cyrano étourdissait Valvert de son lyrisme, de son pittoresque ; le « modeste instituteur rural » assomme son contradicteur de qualificatifs désobligeants ; c'est évidemment plus modeste. Chacun fait ce qu'il peut : les uns se haussent à la discussion des idées, d'autres se contentent de faire de la personnalité.

Si vous estimez que je gagne lestement 10, 15, 20 francs dans le même village, qui donc vous empêche d'en faire autant ? Ne voit-on pas tous les jours des gens intelligents, tenaillés par une noble ambition, s'évader de leur première profession et s'élever à une autre plus lucrative ? Cela demande, il est vrai, de l'énergie, de la continuité dans le travail, de l'effort soutenu.

Non, mon cher Esculape, je ne te serai pas infidèle ;

J'ignore si le service de tes autels me donnera la grande fortune ou simplement l'*aurea mediocritas*, mais au contact d'Horace, j'ai appris à me contenter de peu.

« .... Me pascunt olivæ, me cicorrhea, levesque malvæ ».

Sous tes lois, je vivrai indépendant ; mon col ne connaîtra pas trace de collier.

Avec toi, ma fortune sera le fruit de mon opiniâtreté au travail, de mon activité soutenue et non d'un émargement quelconque au budget national. Car celui-ci, en dépit de son hypertrophie aggravée tous les ans au détriment des contribuables, ne pourra jamais satisfaire l'avidité croissante de tous les budgétivores, quels qu'ils soient.

Dr C.

***

Dans le dernier numéro du *Concours*, un honorable instituteur soulève une discussion sur les traitements des fonctionnaires et le sort malheureux des membres de l'enseignement primaire. Il termine en insinuant que n'être pas de son avis, c'est vouloir attaquer l'école laïque. Restons-en donc sur les chiffres.

Autrefois, un instituteur débutait à 80 fr. par mois ; actuellement, il débute à 350 fr. ce qui donne : augmentation 400 %. Ajoutons : logement gra-

(*Voir la suite page XXXV-1565*)

PROPOS DU JOUR

En dépit des efforts de ses adversaires, l'entente absolue du Corps médical se fera quand même.

Ceux qui, au cours des débats, des entrevues, des discussions qu'a soulevés l'application de l'article 64 de la Loi des pensions, ont espéré diviser le Corps médical et opposer l'Association générale à l'Union des Syndicats médicaux, en seront pour leurs efforts inutiles et, s'ils sont médecins, pour les frais de la vilaine besogne qu'ils ont tentée sciemment ou inconsciemment d'accomplir.

L'entente des médecins praticiens s'annonce de plus en plus complète, et s'il y eut des discussions au sein de nos groupements professionnels, ce fut seulement sur des questions de tactique ; la cohésion la plus parfaite existe sur le fond du conflit.

Il eût été d'ailleurs fort surprenant que l'Association générale, dont le conseil est formé en grande partie de ceux-là mêmes qui contribuèrent le plus, avant la guerre, au développement du mouvement syndical, fût venue se dresser en face de l'Union des Syndicats médicaux de France. Et il eût été curieux de voir les praticiens se diviser ainsi dans l'unique but de satisfaire M. Maginot, ou plutôt quelques turbulentes et ambitieuses personnalités administratives, politiciennes ou pseudo-médicales, qui ignorent ou feignent d'ignorer notre organisation professionnelle.

N'en déplaise à M. Maginot et surtout à ceux qui voudraient bien, grâce à leur intervention dans le règlement du conflit, prendre sa place, le corps médical est *un* et, si l'on nous permet d'emprunter au langage théologique, nous le définirons : une unité en deux personnes : Association générale, c'est la main ouverte et tendue, secourable vers la détresse professionnelle; Union des Syndicats, c'est le poing fermé pour la défense et la riposte dans la lutte de nos intérêts corporatifs. Mais fermée ou ouverte, menaçante ou cordiale, la main est la même et ne saurait en un temps se plier à deux besognes dissemblables.

Il faut donc que nos adversaires se résignent à traiter avec un corps médical uni, car, en suscitant des délégués médecins sans mandat ou tenant leur mandat de groupements sans consistance, ils courraient à un échec certain et se rendraient tout simplement ridicules.

On a tenté, par une manœuvre aussi habile qu'hypocrite, de saper l'autorité des représentants de l'Union, d'ébranler la confiance qu'ils ont su inspirer à ceux qui les ont placés à leur tête. On les a représentés comme des gens violents, manquant dans la discussion de la courtoisie indispensable pour mener les pourparlers à bonne fin. On a découpé habilement quelques phrases dans les communiqués adressés aux syndicats, pour les renseigner sur la situation, phrases que l'on a osé porter à la tribune du Parlement pour discréditer le Corps médical.

Cette tactique nous fait sourire. Discréditer le Corps médical ! Mais des générations et des générations de députés se succéderont avant que le Corps médical français tombe dans le discrédit.

Discréditer le Corps médical! Mais le pauvre serpent envieux usera sa salive et ses dents à la lime de fin et dur acier qui symbolise notre réputation.

Le crédit du Corps médical français est fait du dévouement sans bornes, de sacrifices *sans équivalents dans aucune autre profession* qu'ont faits toute leur vie et que ne cessent de faire tous les jours les milliers de praticiens qui sont groupés dans nos Syndicats et nos sociétés.

Mutualistes, assureurs, politiciens, transfuges du Corps médical (car dans toute cuve où s'élabore un vin généreux, il y a une écume et une lie qui se séparent spontanément du liquide pur et limpide) tous ces gens peuvent se liguer, ils n'entameront jamais la réputation, la popularité du Corps médical français.

La presse même, toute puissante à notre époque, et qui a mis plus d'une fois à ses genoux les maîtres de l'heure, ne saurait avoir d action contre nous.

C'est que nous pénétrons dans les foyers au moment de la détresse ; c'est que nous y sommes accueillis comme des sauveurs, ou tout au moins comme des dispensateurs de consolation et d'espérance ; c'est que nous avons la mis-

sion de sécher les larmes que d'autres s'ingénient à faire couler ; c'est que nous savons nous faire aimer dans les milieux même où les ambitieux font germer la haine.

Le jour où le Corps médical français sera conscient des forces morales dont il dispose, le jour où il voudra s'en servir en coordonnant ses efforts, il n'y aura pas de pouvoir capable de lui résister, car ce qu'il réclamera pour lui sera toujours basé sur la justice, et ce qu'il demandera pour les autres aura toujours le Bien Public comme fondement.

Le médecin peut être, s'il le veut, bien plus populaire que le philanthrope, plus puissant que le prêtre, car il donne à la fois la consolation morale et le soulagement immédiat des souffrances matérielles.

Aussi, ceux qui nous combattent et cherchent à nous asservir se gardent bien d'attaquer de front le Corps médical ; ils s'en prennent à ceux qui le représentent, ils cherchent à les discréditer dans notre esprit, à nous les montrer comme au-dessous de leur tâche et indignes de notre confiance.

Les plus habiles, selon le mode antique, les couvrent de fleurs en les vouant au sacrifice. Ces manœuvres, bien conduites, finissent par faire naître le doute, même dans les esprits les plus avertis. Mais lorsque dans une discussion franche et loyale entre gens honnêtes, de bonne foi, et ne poursuivant que l'intérêt général, on examine de près les reproches et les griefs, on ne trouve rien, rien, absolument rien. Le seul défaut de nos représentants est d'avoir, avec une volonté de fer, défendu sans faiblesse la cause qu'on leur avait confiée et d'avoir refusé de trahir le mandat qu'ils avaient accepté.

A une heure aussi grave, pour assurer la défense du Corps médical français, il ne faut pas de ces faux diplomates à l'esprit vacillant dont l'habileté consiste à capituler toujours dans l'espoir chimérique d'obtenir sur quelques points de vaines promesses ; il nous faut des gens bien au courant de ce qui s'est passé, à la volonté ferme et sachant le but qu'il faut atteindre.

Ces gens, nous les avons, nous avons dicté leur action, approuvé leurs actes, admiré leur énergie.

Ne recherchons pas actuellement les responsabilités des fautes que nous croyons avoir été commises ; ne nous reprochons pas des actes d'indiscipline fâcheux que le désir d'être utile à la cause commune ont toujours suscités. Ne considérons le passé que comme un enseignement pour notre conduite à venir.

Rappelons-nous une fable que nous apprîmes dans notre enfance : celle *des loups et des brebis*. Ne sacrifions pas nos meilleurs défenseurs en espérant ainsi gagner nos adversaires. Nous ne récolterions que leur mépris.

Soutenons nos délégués de toutes nos forces, de tout notre cœur, car nous sommes certains qu'après de franches explications qui dissiperont bien des malentendus, l'entente complète, unanime, cordiale, loyale et puissante se fera dans le Corps médical français.

J. Noir.

***

L'Assemblée générale du Syndicat des Médecins de la Seine.

Le Syndicat des médecins de la Seine a, dans son Assemblée générale du 22 mai, manifesté hautement son attachement à l'Union des Syndicats médicaux de France. Après un rapport remarquable de son secrétaire général, le Dr Jayle, après un éloquent exposé de la campagne de l'Union au sujet de la loi des Pensions par le Dr Lafontaine, exposé d'une clarté, d'une modération, d'une justesse de vue, d'une correction qui le firent écouter par les assistants avec une attention soutenue, nous allions dire un silence religieux, après une courte intervention du Pr Pinard expliquant le rôle qu'il a joué, un ordre du jour du Président, le Dr Cibrie, proclamant la fidélité du grand Syndicat parisien à l'Union a été acclamé. L'article ci-dessus était depuis deux jours à l'imprimerie, quand s'est tenue l'Assemblée générale du Syndicat. Nous remercions vivement nos confrères Cibrie, Jayle et Lafontaine qui ont réalisé nos prévisions. Nous avions trop de confiance en eux pour douter un instant de l'effort qu'ils feraient pour amener, après Bellencontre et Levassort, l'union parfaite du Corps médical. Cet accord sera définitivement établi le 28 mai à l'assemblée générale de l'Union des Syndicats médicaux de France.

J. N.

PARTIE SCIENTIFIQUE

CLINIQUE CHIRURGICALE

Hôtel-Dieu : M. le professeur HARTMANN.

Comment examiner un malade en chirurgie.

Les étudiants en médecine ont parfois la mauvaise habitude de faire de la clinique sans méthode, sans technique. On doit, pour bien connaître les maladies, partir non des livres, mais des malades. L'élève qui a examiné judicieusement un patient, même s'il n'est pas arrivé à un diagnostic précis, aura acquis néanmoins une idée beaucoup plus juste de l'affection en présence de laquelle il se trouve que l'étudiant dont l'examen a été défectueux, même s'il possède beaucoup de connaissances théoriques.

Pour faire de la bonne clinique, il faut prendre des observations, *écrire* ces observations, ce qui oblige à de la précision. L'interrogatoire et l'examen des malades doivent être suivis dans un ordre déterminé, si non, ils comportent généralement des oublis. Quel sera cet ordre ?

Ce qui caractérise le malade de chirurgie, c'est la présence d'une lésion locale, exigeant un traitement *local*, lésion qui peut être d'ailleurs interne ou externe. Il y a cinquante ans, on décrivait une pathologie interne, considérée comme l'apanage des médecins, et une pathologie externe, apanage des chirurgiens. Il n'en est plus de même aujourd'hui. Actuellement, une maladie de l'estomac, par exemple, dépendra de la médecine ou de la chirurgie, suivant le traitement dont elle relève.

Vous commencerez, dès lors, votre observation non par l'histoire du malade mais par l'histoire de son affection. Vous en préciserez le début, chose simple parfois lorsqu'il s'agit d'un traumatisme ; chose plus complexe d'autres fois, lorsqu'il s'agit d'une lésion dont le début apparent a été précédé d'une période prémonitoire, plus ou moins latente. Quand vous aurez noté l'historique de l'affection locale, vous enregistrerez les antécédents personnels et héréditaires du sujet. Les antécédents n'offrent d'intérêt qu'à ce moment. Voici, je suppose, un individu qui a une lésion du testicule. Si vous commencez par dire que ses parents sont morts tuberculeux, cela n'éveille pas particulièrement l'attention, car il peut s'agir d'un homme qui vient de tomber du cinquième étage. Mais, si vous avez signalé auparavant la lésion testiculaire, la connaissance de cet antécédent fera aiguiller les recherches vers la tuberculose du testicule. De même, je ne serais pas frappé d'apprendre de vous, dès le début, qu'une malade a eu la syphilis ; c'est chose banale. J'y attacherais beaucoup plus d'intérêt si vous me le disiez après m'avoir indiqué que la femme est entrée à l'hôpital pour une fausse couche, qui serait le 7e ou 8e avortement dont elle a été atteinte, par exemple.

Il est important, par conséquent, que l'exposé des antécédents vienne après l'histoire de la maladie locale. Cette histoire comprendra la description de la lésion et la recherche des symptômes en rapport avec elle. Pour une affection du genou, vous décrirez l'état du genou, son fonctionnement, les lésions à distance, les ganglions de l'aine, s'il en existe. L'examen général des autres organes, ne viendra qu'après, de même que tout à l'heure vous avez commencé par l'histoire locale, pour ne vous inquiéter qu'ensuite des antécédents. L'exploration des autres organes, au même titre que les antécédents, est utile pour fixer la nature, souvent indécise jusque-là, d'une lésion locale. Elle a aussi, dans bien des cas, un intérêt thérapeutique. Voici une affection du genou, une ostéo-arthrite tuberculeuse. Il semble possible, par la résection, de guérir le malade en conservant le membre. La résection nécessite un traitement long et on ne saurait l'entreprendre que si l'état du patient le permet. L'examen général des autres organes, fixera sur ce point. Lorsqu'il n'y a pas de tuberculose pulmonaire ou d'autre tuberculose, on pourra faire cette résection. Mais voici un sujet, porteur de la même lésion locale, atteint en outre de bacillose des poumons. Ici, vous aurez recours à l'amputation, car la résection ne donnerait plus de bons résultats. Avec deux lésions locales absolument semblables, l'examen général vous conduit dans un cas à la résection, dans l'autre à l'amputation.

Voilà un premier point. La nécessité de suivre, dans vos observations, un ordre toujours le même. Deuxième point. Dans vos observations, vous devez faire un exposé exact, *impersonnel*, des faits, que vous ne devez pas interpréter. Ceci est quelquefois difficile à obtenir des étudiants. L'élève a souvent tendance à dire : le malade se plaint d'une douleur d'appendicite, de troubles de cystite. Aucun de nous n'est infaillible. Si vous donnez votre appréciation, vous pouvez formuler une série d'erreurs. Si vous ne mettez que des faits, votre observation restera juste, exacte, à travers les siècles. Je vais en citer un exemple. Farabeuf, dans une étude ex-

périmentale sur la luxation du pouce en arrière, montra que l'irréductibilité de cette luxation tenait à ce que, dans certains cas, un os sésamoïde se place entre les deux surfaces articulaires. Ayant reconnu le fait expérimentalement, il se dit que des chirurgiens devaient l'avoir observé cliniquement. Il compulsa les observations et vit que, sur un nombre considérable d'opérations faites pour luxation irréductible du pouce, pas une seule fois un chirurgien n'avait indiqué l'interposition d'un sésamoïde. Dans les Bulletins de la Société anatomique, par contre, il trouva une description de Vulpian qui indiquait la présence de sésamoïde. Vulpian n'avait pas du tout rattaché l'irréductibilité de la luxation à l'interposition du sésamoïde, mais, observateur sagace, il avait mentionné le détail, sans savoir ce qu'il signifiait. Un autre, plus tard, en l'espèce Farabeuf, fut amené à donner à l'observation de Vulpian toute sa valeur.

Ainsi, ne vous faites pas juges d'avance de l'intérêt des choses, notez ce que vous voyez et n'interprétez pas. L'interprétation est sujette à erreur. Quand on décrit seulement on ne se trompe pas. Mardi dernier, vous m'avez vu opérer un malade atteint d'une tumeur du plancher buccal. A l'opération, la tumeur correspondait bien à ce que nous avions senti. La description que j'en avais donnée était exacte, mais mon interprétation avait été imparfaite. J'avais pensé à une grenouillette, alors qu'il s'agissait d'un kyste dermoïde. J'avais écarté le diagnostic de kyste dermoïde d'abord parce que c'est une affection rare, ensuite parce que je n'avais pas constaté les adhérences habituelles de ce genre de néoplasie avec le squelette. Mon interprétation était erronée, mais ma description juste, sauf sur un point, la présence d'une adhérence à l'os hyoïde constatée pendant l'opération. Ce détail, reconnu en clinique, m'eût fait maintenir le diagnostic de kyste dermoïde.

Inscrivez, par conséquent, les faits sans vous préoccuper de la suite à leur donner. De même, pour vos interrogatoires. Usez de précision et prenez soin de ne pas influencer le malade. Ne lui dites pas : « Sentez-vous telle chose ! », parce qu'il pourrait vous répondre oui, inexactement, beaucoup de malades ayant tendance à osciller dans le sens où on les pousse, sans se donner la peine de réfléchir. Ne demandez pas : « Souffrez-vous à droite », mais : « de quel côté, souffrez-vous » ce qui oblige le patient à faire attention.

Après l'interrogatoire, vous procédez à l'examen local. En tête de cet examen, se place l'inspection. Regardez d'abord, sans toucher, et vous constaterez une série de choses importantes. Lorsque la lésion siège sur un organe symétrique, il faut toujours découvrir le côté opposé et comparer. Sans doute, le clinicien qui possède une grande expérience, qui a dans l'œil l'aspect normal d'une région, peut à la rigueur négliger ce détail ; il y a toujours intérêt, néanmoins, même dans ce cas, à faire l'examen comparatif des parties symétriques, placées dans la même attitude.

Après l'inspection, vient la palpation. C'est le mode d'examen le plus important en clinique chirurgicale. La palpation est en chirurgie ce que l'auscultation est en médecine. Elle permet de constater une quantité de signes. Une première donnée à établir, est la sensibilité des parties malades, la détermination des points douloureux. Souvent elle permet un diagnostic. Voilà un malade qui a fait une chute et qui a de l'impotence d'un membre inférieur. Vous pressez sur le tibia en bas : pas de douleur ; vous continuez en remontant : pas de douleur. En un endroit, la pression provoque un sursaut du patient. Au-dessus, plus rien. Quand vous trouvez ainsi, le long d'un os traumatisé, une douleur localisée en un point, ou en une ligne, le diagnostic de fracture est fait. S'il s'agissait d'une contusion, vous auriez une zone douloureuse, la douleur à la pression maxima en un endroit, allant en diminuant de ce point à la périphérie de la zone sensible. Prenez l'abdomen. Une douleur à la pression, localisée au point de Mac Burney, révèle l'appendicite. Une douleur au niveau du rebord costal, au point de jonction avec le bord externe du grand droit, douleur exagérée quand on enfonce le doigt sous le rebord costal, exagérée aussi pendant les larges inspirations qui abaissent le foie, indique une lésion de la vésicule biliaire. Je pourrais multiplier beaucoup les exemples qui démontrent l'importance de la douleur localisée.

La palpation permet d'apprécier la température locale des parties malades. Une partie chaude fera penser à une affection inflammatoire. La palpation indiquera la forme, le volume, la consistance de la lésion, la présence ou l'absence de battements à son niveau, la fluctuation.

La fluctuation se recherche en appliquant doucement une main sur un point de la lésion, et en déprimant un autre point, non moins doucement avec l'autre main. Autre chose à établir : la réductibilité (spontanée, provoquée) ou l'irréductibilité d'une tumeur.

Toutes ces manœuvres, très utiles, du palper — qui est un mode fondamental de la clinique chirurgicale — doivent être faites avec une grande douceur, de façon à déterminer le minimum de douleur possible. D'abord, vous ne devez pas causer de douleur inutile, et, en outre, un palper brutal peut aggraver une lésion, faire éclater, à la rigueur, une poche purulente, dans l'abdomen par exemple.

Il ne faut pas palper du bout des doigts, mais avec les mains bien à plat, pour l'abdomen en particulier. On sent ainsi nettement les choses et on évite pour une bonne part les contractions

de défense de la paroi. Dans beaucoup de cas, le palper sera bi-manuel. Souvent, les parties fuient sous la pression et vous devez utiliser l'autre main pour arrêter cette fuite. Vous ne pratiquerez pas un toucher vaginal seul. Vous le combinerez toujours à une contre-pression obtenue par l'autre main appliquée sur le ventre.

De même pour le rectum. Il est un mode d'examen de la partie terminale du tube digestif connu sous le nom de rectoscopie (terme impropre, puisqu'il se compose de deux racines, l'une grecque, l'autre latine) ou de proctoscopie. C'est un procédé d'investigation évidemment très utile. J'ai été un des premiers à l'employer, et, je m'en suis servi beaucoup ; mais, il est loin de donner les renseignements du toucher rectal. Sans doute, la lunette endoscopique va plus loin que le doigt. Toutefois, si au lieu d'utiliser le doigt comme le font ceux qui ne savent pas se servir des dons du Créateur, vous mettez la main gauche sur la paroi abdominale pendant que vous placez l'index droit dans le rectum, vous parvenez à abaisser jusqu'à ce doigt des tumeurs qui sont bien au-delà du champ du tube endoscopique. A ceux qui parlent de l'infériorité du toucher rectal, je répondrai : apprenez à vous servir de vos deux mains et de vos dix doigts.

Cette nécessité du palper bi-manuel se retrouve en bien d'autres régions. Dans les lésions du plancher de la bouche, la recherche des ganglions avec une seule main ne révèle que les grosses adénopathies. Les petits ganglions (les plus importants souvent, pour le clinicien) ne sont perçus généralement qu'en soutenant le plancher buccal avec la main opposée. Souvenez-vous que si nous avons deux mains, c'est pour nous en servir.

Retenez l'importance du palper en chirurgie et retenez aussi l'importance du palper bi-manuel.

Il est des cas, cependant, où vous ne pouvez pas procéder à un palper de ce genre. Dans une lésion de la vessie, par exemple, vous ne pouvez pas introduire le doigt dans l'urèthre, chez l'homme particulièrement. En pareille circonstance, vous ferez ce que l'on nomme le toucher prolongé. Vous allez prendre un instrument, un explorateur à boule, et vous recueillerez au doigt les sensations de son contact. De même, pour une lésion osseuse profonde, une fistule. Vous introduirez un stylet jusqu'à l'os et ferez un toucher prolongé analogue.

Un autre mode d'examen, moins important que la palpation, est la percussion. Il en existe deux variétés : immédiate et médiate. La percussion immédiate consiste à donner des chocs directs sur la partie malade. Cela ne rend pas de grands services en chirurgie. Quelquefois, cependant, on peut de cette manière obtenir ce que l'on appelle le ballottement. Plus utile est la percussion médiate, dans laquelle on interpose un corps entre la partie percutée et le doigt percuteur. Le meilleur des corps interposés est un doigt de la main gauche, qui a l'avantage de ne pas avoir une forme fixe, de pouvoir se modeler, et de modérer le choc percuteur (ressenti par l'opérateur), le rendant par suite moins douloureux.

Cette percussion médiate rend de grands services. Elle permet de constater les modifications de sonorité et de résistance. Je vous engage toujours, non pas seulement à percuter, mais aussi à *dessiner* les résultats de votre percussion. Un simple dessin fait souvent le diagnostic. Dans d'autres cas, on peut s'aider de certaines explorations accessoires, faisant le palper après une insufflation gastrique par exemple. C'est là un moyen simple, moins utilisé depuis la radiographie, mais qui rendra parfois encore des services.

La méthode dermographique est applicable en tous points du corps. Lorsque vous êtes en présence d'un coude traumatisé, tuméfié, vous ne voyez plus les saillies articulaires, mais vous arrivez toujours à les sentir par le palper. Marquez l'épitrochlée, l'épicondyle, l'olécrâne. Tirez une ligne reliant les deux premières saillies et vous apprécierez facilement le déplacement de l'olécrâne.

Autre point. Quand vous examinez une région, prenez toujours l'anatomie comme base de votre examen. Faites un diagnostic anatomique en recherchant l'état des os, des ligaments, de la synoviale, s'il s'agit d'une articulation. Recherchez les rapports anatomiques de la lésion constatée et cela vous amènera souvent à un diagnostic complet.

J'ai dit qu'il fallait noter les symptômes. Il faut aussi les analyser. Un malade souffre en urinant. Vous préciserez à quel moment de la miction apparaît la douleur, et si cette douleur est améliorée par le repos, exagérée par l'exercice. Un malade perd du sang par l'anus. Analysez dans quelles conditions. S'agit-il de matières noires, le boudin fécal est-il infiltré de sang jusqu'au centre, vous en déduirez que la lésion ne siège pas à l'anus, ni au rectum, mais plus haut, dans le côlon ascendant, le grêle ou l'estomac. Les matières fécales sont en effet normalement solidifiées dans le côlon descendant. Le malade rend-il, en allant à la garde-robe, un peu de sang noir et ensuite le boudin fécal, vous pouvez dire qu'il saigne dans son rectum, le boudin fécal chassant le sang de l'ampoule rectale. Le patient raconte-t-il qu'après sa garde-robe, normale, une pluie de sang tombe sur ses matières fécales, c'est qu'il saigne après, de la région anale et qu'il s'agit d'hémorrhoïdes. Vous voyez tout l'intérêt de l'analyse des symptômes.

En résumé, il importe que vous soyez pénétrés de l'importance d'un examen méthodique et écrit, fait dans un ordre déterminé, qui note tous les



faits observés, sans les interpréter, qui utilise les différents modes d'exploration et analyse les symptômes.

Leçon recueillie par le Dr P. LACROIX.

OPHTALMOLOGIE

La lacrymostomie.

La lacrymostomie est un nouveau procédé opératoire pour le rétablissement du cours des larmes.

L'idée de créer une voie artificielle pour remplacer le canal lacrymal malade et obstrué n'est pas nouvelle. Albucasis, Galien, Aétius, Paul d'Egine ont déjà cherché à l'obtenir par la perforation de l'unguis. D'autres, comme Toti, Reybard, Valude, Van Lint, Dupuy-Dutemps, se sont arrêtés à une technique plus ou moins compliquée, consistant, après la perforation de l'unguis, à un abouchement, par simple contact ou avec sutures, du sac lacrymal avec la muqueuse nasale. Ces différents procédés exigent alors l'incision de la peau, comme dans l'extirpation du sac, et une résection plus ou moins large du sac et de l'unguis, tandis que dans notre procédé de lacrymostomie, nous conservons intacts la peau, le sac, l'esthétique de la région interne palpébrale, sans aucune cicatrice et aucune déformation, et nous n'attaquons l'unguis que dans sa partie inférieure, n'empruntant les voies lacrymales que pour la conversion du canal en gouttière nasale (lacrymostomie) par la destruction ou le morcellement de sa portion nasale.

Du reste, il nous a toujours semblé d'un intérêt capital de conserver le sac lacrymal et l'unguis sur lequel sa face interne se repose ; de la sorte, l'entonnoir des larmes s'abouche directement à la fosse nasale. Il ne faut pas oublier que cette dernière est très fréquemment le siège d'inflammations catarrhales et d'irritations de toute sorte ; et, si les canicules lacrymaux sont directement en rapport avec la fosse nasale, comment ne pas craindre qu'ils puissent subir des troubles inflammatoires analogues, pouvant aller jusqu'à l'atrésie ? Du reste, en considérant son anatomie, nous ne voyons aucun ostium s'y aboucher directement sans être préservé par un paravent muqueux ou une cloison cartilagineuse ou osseuse lui servant de canal.

Notre procédé peut emprunter deux voies différentes, la voie oculaire et la voie nasale, selon que l'obstruction ou les lésions sont placées soit du côté du sac lacrymal ou à la partie supérieure du canal, soit du côté du cornet inférieur. Nous ne décrirons dans cet article que la voie orbitaire.

TECHNIQUE OPÉRATOIRE PAR LA VOIE ORBITAIRE.

1° Comme *instrumentation*, nous nous servons du miroir de Clar ou photophore frontal ; de stylets porte-coton, spéculum nasi, pince nasale coudée, stylet coudé flexible, couteau de Weber, petit bistouri fin et court, ciseau-burin de 2 mm., gouge de 2 mm., curette ronde des voies lacrymales, curette triangulaire pour le canal, morcelleur lacrymal spécial, morcelleur de Laurens.

2° L'*antisepsie* de la région opératoire doit être assurée par :

a) Des lavages de la muqueuse conjonctivale, soit au sérum, soit à l'oxycyanure d'hydrargyre et l'instillation d'un collyre à l'argyrol.

b) Un badigeonnage de la région interne des deux paupières et de la région sous-orbitaire avec la teinture d'iode faible.

c) Des lavages de la narine correspondante avec l'eau oxygénée.

3° L'anesthésie est obtenue par :

a) Un tamponnement ou badigeonnage de la muqueuse nasale au niveau de la tête du cornet moyen, de la cloison correspondante, des fosses supérieure et inférieure du cornet inférieur et du plancher nasal, avec un tampon d'ouate imbibé de la solution de chlorhydrate de cocaïne à 1/10 m. et d'adrénaline à 1/1000.

b) Une instillation du collyre à la cocaïne à 1/20 et à l'adrénaline à 1/1000 sur la muqueuse conjonctivale.

c) Une injection de novocaïne adrénalinée au 1/50 cm. :

1° Au niveau du tronc nerveux sous-orbitaire, (dans le canal sous-orbitaire) : 1 cmc.

2° Sur le trajet du nasal interne, à 2 centim. de profondeur environ, dans l'angle supéro-interne de l'orbite : 1 cent. cube.

3° Injection sous-cutanée au niveau du sac lacrymal : 1/2 cent. cube.

Attendre 15 minutes et commencer l'opération.

TECHNIQUE PROPREMENT DITE.

1° Il faut tout d'abord bourrer d'une mèche de gaze la partie profonde de la narine correspondante à l'aide de la pince nasale coudée, pour éviter la pénétration du sang dans le cavum.

(Se servir du miroir de Clar ou du photophore frontal que l'on conservera pendant toute la durée de l'opération).

2° Inciser ensuite le point lacrymal inférieur jusqu'au sac avec le couteau de Weber ; si ce canalicule était oblitéré complètement, on opèrerait alors par le point lacrymal supérieur.

3° On devra rechercher l'entrée du canal avec une sonde de Bowmann et se rendre compte du siège du rétrécissement.

4° Avec un petit bistouri court et mince, il

faut alors pratiquer une incision verticale et en T de la partie inféro-interne du sac, jusqu'à la naissance du canal, et ensuite, avec une petite rugine, décoller de l'unguis cette partie incisée du sac.

5° C'est alors qu'il faut trépaner soit à la fraise, soit avec notre ciseau-burin (de 2mm.) l'unguis mis à nu, c'est-à-dire vers la partie inférieure de la cavité du sac, et, pour cela, avoir soin de maintenir l'instrument contre le milieu de l'arcade orbitaire supérieure. On devra poursuivre la trépanation en faisant pénétrer le ciseau dans le canal, comme une sonde, c'est-à-dire parallèlement au nez. Ce temps opératoire devra se faire très doucement pour éviter toute échappée brusque ; c'est pourquoi il est nécessaire de contrôler par des examens immédiats et répétés de la narine chacun des actes opératoires sur le canal, afin de ne pas léser la cloison et de se rendre compte du résultat.

6° Il faut ensuite poursuivre la trépanation du canal lacrymal soit avec notre gouge ronde de 2 millim. soit avec notre morcelleur spécial ; pour cela, avoir soin de maintenir la gouge en contact avec le rebord orbitaire supérieur et parallèlement au nez. Il en est de même pour le morcelleur qui, par suite de sa convexité, doit prendre appui contre la partie moyenne de ce rebord ; on doit alors, avec la pointe, conserver le contact de la paroi interne du canal. Ce morcelleur n'est employé que s'il n'y a pas d'oblitération de cette partie du canal ; dans le cas contraire, on doit se servir de la gouge.

7° Dans le cas où le cornet inférieur serait hypertrophié, il faut pratiquer une résection partielle avec le morcelleur de Laurens ; il en serait de même pour l'hypertrophie ou une excroissance polypoïde de la tête du cornet moyen.

8° Drainage orbito-nasal avec un petit drain en caoutchouc fenêtré : pour l'appliquer dans le canal, on doit introduire, comme une sonde ordinaire, le stylet recourbé qui vient apparaître à l'entrée de la narine. Un fil de soie assez fort est attaché à l'extrémité de ce crochet qui, sorti du canal par le canalicule, attire à lui le fil de soie Détaché de la sonde, ce fil est noué autour de l'extrémité du drain ; et ce drain est attiré dans le canal par l'autre extrémité du fil de soie, maintenue à l'entrée de la narine. Ce drain doit avoir 15 centim. environ de longueur et son extrémité supérieure est maintenue au-dessus du sourcil par une bandelette de leucoplaste. Il doit rester dans le canal entre 10 et 15 jours environ.

9° La mèche nasale doit être alors enlevée et remplacée par une autre mèche de gaze stérile ou iodoformée qui doit être appliquée en contact avec le méat moyen, derrière la sonde, et en contact avec le méat inférieur ; elle doit alors remplir la partie antérieure de la narine entre la cloison et l'extrémité antérieure du cornet inférieur.

Un pansement sec occlusif est appliqué sur l'œil.

Au bout de 48 heures, la mèche nasale est enlevée et remplacée par un tampon d'ouate, après nettoyage de la narine, et le pansement oculaire renouvelé, après un lavage de la cavité conjonctivale, une instillation de quelques gouttes d'argyrol et un lavage de l'intérieur du drain avec la seringue de Pravaz.

Ce pansement doit être fait tous les deux jours, et, si le drain venait à ulcérer l'angle interne de la paupière, ce qui peut se produire au bout d'une huitaine de jours, il serait préférable de l'enlever et de continuer alors les lavages par le nouveau canal.

Il ne faut pas oublier d'avertir le malade de se moucher très doucement pendant les trois semaines de traitement.

Indications et contre-indications.

Cette opération trouve ses indications dans tous les cas d'ectasie du sac, de dacryocystoblennorrhée et de fistules lacrymales, que le cathétérisme ou les lavages ne peuvent améliorer, dans les rétrécissements cicatriciels du canal lacrymo-nasal. Elle est contre-indiquée chez les petits enfants et dans les cas d'oblitération complète des deux canalicules lacrymaux.

Nous avons pratiqué cette opération depuis bientôt huit ans, dans une trentaine de cas et nous en avons été très satisfait. L'un d'entre eux remonte à quelques mois ; il s'agit d'un malade, G..., blanchisseur, demeurant à Boulogne, atteint d'une dacryocystite suppurée consécutive à une fracture de la partie latérale du nez. Le cathétérisme était absolument impossible et les lavages ne l'amélioraient nullement. Nous lui avons pratiqué cette opération par la voie orbitaire, et la guérison survint au bout d'une quinzaine de jours. Opéré en avril 1919, nous l'avons toujours suivi.

Dr Pierre Zarzycki.
Médecin de l'Hôpital Sainte-Emilie
et de l'Hospice de Boulogne.
Membre de la Société d'Ophtalmologie
de Paris.

A TRAVERS LA PRESSE

L'urétrite postérieure et son traitement.

Au cours d'une blennorrhagie banale, l'urètre postérieur est presque toujours envahi. Il est des cas où cet envahissement, limité à la région rétro-sphinctérienne, ne se manifeste par aucun signe clinique. Dans d'autres, la région prostatique étant touchée, on constatera de l'impériosité des mictions, et tout le cortège des symptômes de cette infection de l'urètre postérieur.

M. Carle ne méconnaît pas la valeur des grands lavages urétro-vésicaux. Mais, comme ils demandent une technique irréprochable, faute de quoi ils provoquent des prostatites, des cystites, des fausses rétentions, il donne la préférence aux injections dont il décrit ainsi la technique :

« *a*) Bien attendre l'assèchement du canal et « la limpidité absolue du second verre pour com- « mencer les injections. Les prolonger pendant « trois semaines au moins, quelles que soient « les apparences de guérison, sans même se fier « à la disparition des gonocoques, qui peut être « artificielle et momentanée.

« *b*) Enseigner au malade le maniement de la « seringue et la pratique des injections. Employer « à doses faibles le sel que l'on connaît le mieux, « donc le permanganate dans la plupart des cas. « Eviter les astringents...

« *c*) Multiplier les séances.... 3 ou 4 injections « par jour... Diminuer les doses et espacer à la « moindre réaction du canal.

« *d*) Enfin et surtout trouver une seringue « idoine à sa fonction.... Une bonne seringue « étanche de 10 cmc... »

Quand l'urétrite postérieure, au lieu d'être une sorte de conséquence inévitable de l'invasion de l'urètre antérieur, apparaît comme une complication avec les signes précédemment énoncés, il faut s'abstenir des instillations au niveau de la région malade, aussi bien que des grands lavages. On prescrit le repos, les grands bains chauds locaux et généraux, les balsamiques et les antiseptiques urinaires (santal) à doses progressives et surveillées. On défend l'absorption immodérée de tisanes qui congestionnent inutilement la vessie.

« Avec ces très simples moyens, on fera dis- « paraître en 48 heures les phénomènes aigus, et « en cinq ou six jours les mictions anormales. « Les urines redeviennent claires et l'on pourra « reprendre avec prudence les médications topi- « ques terminales s'il y a lieu». (*Paris médical*, 5 mars 1921.)

Sacralisation de la Ve lombaire et sciatique.

La sacralisation est, depuis quelques mois, à l'ordre du jour. On sait qu'il s'agit, dans cette affection, « d'une fusion, d'une assimilation complète ou incomplète de la 5e lombaire au sacrum ».

Or, si nous en croyons M. Feil, à qui nous empruntons la définition qui précède, cette anomalie osseuse entraîne parfois l'apparition d'une sciatique. Si l'on n'est pas prévenu de cette possibilité, on est exposé à passer à côté de la véritable origine de la névralgie. (*Prog. méd.*, 26 mars 1921.)

Ce qui permet d'individualiser cliniquement cette variété de sciatique, c'est la douleur lombaire, dans l'angle spino-iliaque, la déviation de la colonne vertébrale du type scoliotique ou cypho-scoliotique, et l'âge des malades : c'est à la fin de la croissance osseuse, entre 20 et 30 ans, que la sciatique se déclare.

Dans quelques cas cependant, l'apparition fut plus tardive ; il semble alors qu'on puisse incriminer un traumatisme comme *primum movens* de cette apparition. A ce propos, l'auteur discute le côté médico-légal de la question, au point de vue du travail et du service militaire ; la part imputable à l'accident serait diminuée, selon lui, s'il existait préalablement une sacralisation de la Ve lombaire. Il oublie, tout au moins en ce qui concerne la législation des accidents du travail, que l'état antérieur n'entre jamais en ligne de compte dans l'évaluation des réparations dues.

Le diagnostic clinique de la sciatique, suite de sacralisation est difficile : il repose sur la constation des signes suivants : petit dos, augmentation du diamètre transverse bi-iliaque, limitation des mouvements de la colonne vertébrale, scoliose ou cypho-scoliose.

Il devra être confirmé par le diagnostic radiologique.

Une cause exceptionnelle des syndromes rétro-parotidiens.

On désigne sous le nom de syndromes rétro-parotidiens les paralysies associées qui résultent des lésions des dernières paires crâniennes dans l'espace rétro-parotidien. Ces lésions sont habituellement provoquées par la compression de tumeurs inflammatoires (tuberculose, syphilis) ou organiques (cancer) aussi bien que par des traumatismes régionaux, comme la guerre a permis d'en recueillir un grand nombre d'exemples.

Les suppurations locales ont également une part dans l'étiologie de ces syndromes rétro-pharyngiens. MM. Chabrol, Dufourmentel et Michel rapportent une observation dans laquelle les paralysies associées du glosso-pharyngien, du vago-spinal, du spinal externe gauche et du grand hypoglosse gauche furent déterminées par un phlegmon de l'amygdale gauche.

Le mécanisme invoqué par les auteurs est

celui d'une névrite inflammatoire. L'enseignement pratique de leur étude est « qu'il faut combattre la légende suivant laquelle l'abcès « amygdalien peut et doit s'évacuer de lui-même. « Nous venons de voir tous les méfaits de l'abstention thérapeutique ; non seulement elle « prolonge inutilement les souffrances du malade, « mais elle l'expose encore d'une façon, il est vrai « exceptionnelle, au développement d'une complication qui peut aboutir à la mort ». (*Paris méd.*, 12 mars 1921).

Phlegmons péri-amygdaliens.

Il faut donc intervenir sans attendre l'ouverture spontanée qui se fait généralement le 9e ou le 10e jour. Les soins pré-opératoires consisteront en grandes irrigations locales avec de l'eau additionnée de bicarbonate de soude, de liqueur de Labarraque, de liquide de Dakin ; elles pourront être faites soit au bock, soit à l'énéma, soit enfin au siphon d'eau de Seltz. Enveloppements humides chauds du cou. A ces indications. M. de Parrel ajoute le manuel opératoire de l'incision de ces collections purulentes. Il conseille d'insensibiliser la région avec le liquide de Bonain :

Acide phénique neigeux....	ââ un gr.
Menthol	
Chlorhydrate de cocaïne...	

Que le phlegmon soit sus-pré-amygdalien ou rétro-amygdalien, on aura toujours intérêt à ne pratiquer qu'une petite boutonnière au bistouri et à y introduire ensuite une pince à forcipressure fermée, dont on ouvre ensuite les mors pour agrandir l'ouverture. Il faut éviter le voisinage des gros vaisseaux du cou : c'est très possible si l'on se rappelle la disposition anatomique de la région.

Le pus évacué, on essayera de tamponner la cavité abcédée avec un bourdonnet d'ouate imbibé d'eau oxygénée. Puis, on continuera la pratique des grandes irrigations d'eau bouillie.

Il faudra toujours chercher à alimenter le malade (alimentation liquide), à le soutenir, puis à le remonter avec les arsenicaux et la strychnine (*Journ. des Prat.*, 12 mars 1921.)

Le décubitus absolu dans l'encéphalite léthargique.

M. P. P. Lévy a soigné deux malades qui, atteints d'encéphalite léthargique grave, moururent subitement au cours d'un changement de statique.

Aussi est-il d'avis lorsqu'on « redoute « une atteinte des noyaux inférieurs du bulbe, « en particulier quand le rythme cardiaque et le « rythme respiratoire sont affectés d'une manière « durable, d'imposer le décubitus dorsal absolu « et permanent. De plus, nous proscrivons « tout effort pour éviter d'agir sur la pression « intra-crânienne ». (*L'Hôpital*, mars 1921 B).

La thérapeutique iodée et les infections nouvelles.

On sait que M. Boudreau est le protagoniste fervent du traitement de la plupart des manifestations de la tuberculose par la teinture d'iode à hautes doses progressivement et lentement atteintes. Il considère l'iode comme le plus puissant des agents anti-infectieux.

Aussi se déclare-t-il partisan de son emploi systématique dans toutes les maladies infectieuses. Il n'admet pas qu'on se déclare désarmé sous prétexte qu'on ne connaît pas la nature et la cause d'une infection.

En particulier, dans le traitement de l'encéphalite épidémique, il conseille d'utiliser la teinture d'iode à fortes doses, qui sont toujours bien acceptées et supportées par les malades.

Mais comme il faut aller vite, on atteindra d'emblée des doses importantes. Il prescrit dans les formes aiguës d'intensité moyenne dix gouttes de teinture d'iode du Codex dans une tasse de boisson toutes les heures.

Au bout de dix heures, le malade aura absorbé cent gouttes de médicament. Il se produit habituellement une détente, mais le traitement iodé n'en sera pas moins continué jusqu'à résolution complète. Que si la situation ne s'améliore pas, on forcera les doses pour arriver à 12, 15, 20 et même 30 gouttes d'heure en heure.

Des liquides susceptibles d'être employés comme véhicule de l'iode, le plus recommandable est le lait ; le café et le chocolat peuvent être également adoptés, soit purs, soit mélangés au lait. Le vin étendu d'eau ou d'une infusion quelconque masque aussi avantageusement le goût de l'iode. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 10 mars 1921.)

Traitement de l'entéro-névrose muco-membraneuse.

L'entéro-névrose muco-membraneuse serait, d'après M. Gaston Lyon, un syndrome caractérisé par la constipation, l'expulsion de muco-membranes et les douleurs abdominales, celles-ci étant particulièrement sous la dépendance de l'irritation du grand sympathique, qui se traduit surtout par des troubles sensitivo-moteurs, sécrétoires, vaso-moteurs, trophiques. A côté de ces symptômes cardinaux, se placent des algies diverses, des palpitations, des troubles circulatoires et de l'hypotenison artérielle, des troubles psychiques, etc.

En outre, on note souvent des complications qui ressortissent, soit à des poussées secondaires de colite aiguë, soit à l'entéro-spasme.

Les causes de l'entéro-névrose muco-membraneuse sont la neurasthénie, les ptoses viscé-

→→→

rales, l'appendicite chronique, la constipation simple, les coudures anormales de l'intestin, les brides, les fissures anales, les entérites infectieuses, les affections utéro-ovariennes, l'ulcère de l'estomac, la lithiase biliaire, etc.

Le traitement sera d'abord causal et s'adressera, médical ou chirurgical, selon les cas, à à l'appendicite, aux ptoses, aux coudures et brides, à la lithiase vésiculaire, à l'ulcus, aux affections utéro-ovariennes, à la neurasthénie. Quand celle-ci est en cause, on ne manquera pas d'instituer une psychothérapie appropriée, qui bannira des habitudes du malade les médications intestinales.

Quand, à l'origine de l'entéro-névrose, se trouve la constipation, il est présumable qu'elle n'est presque jamais simple et isolée, mais qu'elle procède elle-même de ptoses, d'appendicite, etc. ; elle s'accompagne d'ailleurs d'auto-intoxition. Le traitement réclame d'abord un régime alimentaire qui n'aura pas, sauf pendant les poussées aiguës, l'exclusivisme qu'il fut de mode d'imposer naguère. Régime mixte qu'il est inutile de détailler ici.

Comme laxatifs, l'auteur recommande les graines de lin, les graines de psyllium, l'agar-agar, l'huile de vaseline, l'huile de ricin, ces différents médicaments alternant avec les lavements d'huile. Les grands lavages intestinaux sont à rejeter en principe. Quand on sera amené à y recourir, on emploiera de l'eau tiède ou chaude additionnée de chlorure de sodium ou de bicarbonate de soude.

La solution alcalino-phosphatée convient à l'hyperpepsie concomitante. En voici la formule :

Phosphate de soude......	6 gr.
Bicarbonate de soude.....	4 gr.
Sulfate de soude.........	3 gr.
Eau distillée.............	un litre.

Un verre à bordeaux trois fois par jour.

Les cures thermales se pratiquent à Châtel-Guyon et à Plombières, selon les types cliniques observés. Luxeuil, Néris, Bagnères-de-Bigorre, Bains, ont leurs indications respectives tirées surtout de la prédominance des troubles nerveux.

Contre les douleurs, l'auteur recommande la belladone, l'antipyrine, le bromure de potassium, qui apparaissent surtout comme des adjuvants occasionnels. L'électricité statique ou galvanique a rendu des services dans certaines formes déterminées.

Enfin, les complications appellent, chacune, le traitement classique qui ne présente rien de spécial ici. (*Bull. méd.*, 12 mars 1921.)

Protoxyde d'azote et cholémie.

L'anesthésie générale tend, entre les mains de certains chirurgiens, à substituer le protoxyde d'azote au chloroforme et à l'éther. MM. Desmarest et Lescombes, qui sont du nombre, exposent en effet que l'éther et le chloroforme déterminent chez les anesthésiés une cholémie plus ou moins durable et plus ou moins intense, par suite d'une altération de la cellule hépatique.

Leur étude se termine par les conclusions suivantes qui la résument excellemment (*Presse méd.*, 9 mars 1921) :

« 1° Le chloroforme et l'éther altèrent la cellule hépatique ; seul le mélange $AzO^2 + O$ la laisse intacte ; à ce titre, l'anesthésie au protoxyde d'azote-oxygène doit être préférée aux autres modes d'anesthésie.

2° Le protoxyde d'azote-oxygène est l'anesthésique de choix pour les malades dont la cellule hépatique est lésée ; c'est à lui qu'on doit avoir recours dans toutes les interventions sur le foie et les voies biliaires, en particulier chez les ictériques ; il doit, chez ces derniers, être toujours préféré à l'éther.

3° Le protoxyde d'azote-oxygène est l'anesthésique de choix chez tous les malades dont l'état général est profondément altéré, en particulier chez tous les infectés.

Nous pensons que l'anesthésie au protoxyde d'azote-oxygène, préconisée par l'un de nous depuis plus de deux ans, est la meilleure anesthésie et qu'elle ne jouit pas encore de la faveur qu'elle mérite, parce que son mode d'emploi réclame beaucoup de soins et d'attention.

Nous pensons que l'administration du protoxyde d'azote-oxygène appartient aux seuls anesthésistes de carrière, mais il est indispensable pour eux d'apprendre à se servir d'un anesthésique qui, dangereux en des mains inexpérimentées, donne, en des mains expertes, des résultats que nul ne peut contester ».

La mort subite chez les cardiaques.

M. Lutembacher résume plusieurs observations qui lui ont permis de vérifier, par les examens nécropsiques, que la mort avait été provoquée par l'obturation des orifices auriculo-ventriculaires du cœur, ou des orifices des gros vaisseaux, par des caillots volumineux, dus eux-même à un processus infectieux.

Ces accidents s'observent chez des cardiaques valvulaires aussi bien que chez les hypertendus rénaux, ou les aortiques.

Le processus infectieux, ainsi que cela a déjà été noté, évolue généralement insidieusement, ne se manifestant que par un état fébrile que rien ne justifie dans les grands appareils. (*Presse méd.*, 12 mars 1921.)

L'intérêt de la communication de M. Lutembacher, en dehors de son côté scientifique, réside dans l'éventualité de la mise en cause de la res-

ponsabilité du médecin, si la mort survenait par exemple immédiatement à la suite d'une injection endo-veineuse d'ouabaïne.

Il est bon d'être prévenu de pareils faits, afin de multiplier les précautions, à une époque où les procès de cette nature poussent comme champignons après une pluie d'orage.

Parmi ces précautions, je n'en connais guère de plus impérieuse que l'adhésion à la Ligue qui représente essentiellement l'une des « collectivités spécialement armées » qui offrent au médecin les « moyens pratiques de parer aux accusations », ainsi que l'écrit fort judicieusement M. Cornet, dans *Paris médical* du 12 mars.

Cette Ligue, c'est le «Sou médical ». L'occasion me semble excellente pour en rappeler l'existence à ceux de nos lecteurs qui l'ignorent encore.

G. D.

HYDROLOGIE

Ce que l'on doit attendre d'une cure hydro-minérale,

Par le Dr CONSTANT,

Ancien interne des Hôpitaux de Nancy,
Médecin consultant aux Eaux de Vittel.

(*Communication faite au XIVe Congrès de Médecine à Bruxelles*, mai 1920.)

Beaucoup de malades s'imaginent qu'il suffit de quelques jours de traitement dans une station thermale pour obtenir la guérison immédiate de leurs souffrances. C'est une erreur.

En effet, le plus grand nombre de ces malades nous arrivent souvent, quand tout le bagage pharmaceutique et les ressources locales ont été épuisées ; quand la maladie s'affirme tenace et persistante et lorsque les manifestations sont arrivées à une phase qui en rendra la guérison et moins rapide et moins facile.

Aussi, je pose en principe :

1° *La cure a d'autant plus d'effets qu'elle se rapproche du début de l'affection* ;

2° *La guérison ou les améliorations réalisées sont en raison directe du début du traitement.*

Je prends comme exemple, l'arthritisme et Vittel.

L'arthritisme débute à une époque souvent très éloignée par une série de symptômes peu apparents que j'ai décrits le premier en 1913, et qui marquent le point de départ des accidents.

Ce sont des symptômes d'intoxication et d'encombrement :

1° *La fatigue générale et la lassitude plus accusée au lever que le soir au coucher.*

2° *La paresse intellectuelle et la diminution de la mémoire.*

3° *L'indifférence et le dégoût pour le travail.*

4° *Les modifications du caractère et les troubles nerveux* ;

5° *L'insomnie.*

6° *Les douleurs vagues articulaires et musculaires* ;

7° *La lombalgie parfois très accentuée* ;

8° *L'hypertension artérielle avec parfois des troubles circulatoires ou cardiaques* ;

9° *Les modifications du côté des urines* (diminution, oligurie, dépôts d'urate) ;

10° *L'absence de fièvre* (1).

Mais, pendant l'espace de temps qui s'écoule entre ces manifestations vagues du début et l'éclosion des accidents qui en sont la conséquence plus ou moins éloignée (goutte, colique néphrétique, hépatique, etc.), le trouble de nutrition qui en est la cause, non combattu ou insuffisamment combattu, a permis à l'acide urique de se déposer un peu partout, comme le prouve la physiologie. Outre les vaisseaux et les reins, il s'est logé dans le foie, la rate, les muscles, les articulations, etc., etc., partout où il a trouvé de la place et d'où il faudra l'évacuer. Et cela ne se fait pas en un jour, quand on l'a laissé s'accumuler pendant 15 ou 20 ans.

Quel est le résultat d'une première cure ?

Dans l'uricémie, prise au début, dès l'apparition des premiers symptômes désignés plus haut, on obtient d'abord, une élimination souvent très abondante d'acide urique, proportionnelle à l'encombrement et provenant surtout des reins et des vaisseaux, et ensuite, la disparition des syndromes qui traduisaient l'encombrement et l'intoxication.

C'est là période la plus facilement curable.

Mais, tout l'acide urique a-t-il été éliminé ? Peut-on considérer la guérison comme définitive ? Non.

Le premier résultat, c'est une décharge rénale et circulatoire abondante, et une élimination très importante d'acide urique, mais incomplète, car il en reste encore dans les tissus.

En effet, pour arriver à une accumulation aussi abondante d'acide urique comme on la constate parfois (jusqu'à 2 gr. 30 par litre), il faut que le trouble de nutrition qui avait provoqué pareil encombrement ait débuté à une époque bien antérieure à l'apparition des premiers symptômes d'uricémie.

Et voici où se pose la question de 2 ou 3 cures successives.

J'ai constaté, par des analyses faites 1 et 2 mois après le départ de Vittel, que l'élimination urique persistait, moins abondante cependant. D'autre part, l'amélioration se continuait ; puis 4 ou 5 mois après, réapparaissaient quelques-unes des manifestations éprouvées antérieurement.

La première cure a-t-elle été suffisante ? Certainement non.

Cette cure avait fait un vide important dans le sang et les organes d'excrétion, décharge la plus immédiate et la plus intense tout d'abord ; puis, à la faveur de ce dégagement plus ou moins rapide, et sous l'influence des eaux, les échanges entre les tissus redevenant plus actifs, l'acide urique qui s'était dé-

(1) Dr CONSTANT. — L'uricémie 1913.

posé par ailleurs, était revenu, par des phénomènes d'osmose, reprendre dans le torrent circulatoire la place de celui qui avait été éliminé précédemment.

Aussi, pour assurer définitivement, à cette période de début, la guérison complète ; pour rendre totalement aux différents organes leur activité, pour faire disparaître complètement tous les poisons, toutes les toxines qui ont pu les envahir et y demeurer encore sournoisement, pour détruire tout symptôme d'auto-intoxication, et en empêcher le retour ; pour annihiler sûrement tous les désordres et toutes les souffrances, dont tout cet ensemble toxique a été l'origine, une troisième cure paraît nécessaire.

Je conclus, pour les mêmes raisons, à trois années de cures successives.

J'aborde maintenant une 2e *période*, celle-ci plus avancée, la période des lésions, où les manifestations arthritiques sont déjà écloses, telles que goutte, gravelle, etc.

C'est la période de souffrance où le besoin des eaux thermales se fait de plus en plus sentir ; la cure s'impose. Quel en sera le résultat ? Il faudrait qu'il soit immédiat. Le malade est impatient parce qu'il souffre ; il s'imagine que, parce qu'il a pris religieusement un certain nombre de verres d'eau ou de bains, toutes les manifestations vont s'effacer comme par enchantement.

Et vraiment, il ne faut pas demander aux eaux plus qu'elles ne peuvent donner ; il faut tenir compte de l'époque éloignée du début des accidents, qui les rend d'autant plus tenaces, de l'âge du malade, de son tempérament, de ses fatigues, etc., etc., et non pas s'imaginer voir disparaître subitement en 4 ou 8 jours de cure, des lésions souvent vieilles de 15 et 20 ans.

Je prends, comme exemple, la lithiase rénale.

Le résultat de la cure est certain, s'il s'agit de boue graveleuse ou de petits calculs ; mais, pour des calculs plus gros, dont les dimensions sont supérieures à celles des canaux excréteurs, le succès est moins assuré ; mais, le lavage du rein est toujours excellent pour préparer l'organe à une intervention chirurgicale, si elle est jugée indispensable, par la présence de gros graviers.

Si l'on envisage (3e phase), des périodes plus avancées dans la diathèse, l'action des eaux est encore plus longue à se faire sentir ; le résultat est souvent incertain ; des améliorations sont possibles, quand il n'existe pas de contre-indications formelles.

Prenez un goutteux de vieille date, dont les articulations sont déformées depuis de longues années ; ses tophus ne vont pas disparaître subitement par l'effet magique des eaux ; il les conservera plus ou moins atténués, le plus souvent sans atténuation. Le bénéfice réel du traitement se résume en lavage de la circulation pour empêcher de nouvelles formations et garantir si possible le malade contre l'athérome ou l'artério-sclérose générale ou locale, si celles-ci ne sont déjà pas installées.

Quant à l'artério-sclérose, dans les premières périodes de l'affection, les eaux minérales (Vittel) donnent d'excellents résultats. Dans les périodes plus avancées, quand la tension est très élevée, quand les insuffisances se dessinent un peu partout dans les organes, quand le cœur, les reins,sont altérés, il vaut mieux s'abstenir. Les quelques avantages qui peuvent être obtenus ne compensent pas les risques à courir et les accidents ou incidents qui peuvent survenir.

Tels sont les résultats que l'on peut attendre des cures hydro-minérales aux différente périodes d'une maladie.

Et je répète en terminant ; honnêtement, il ne faut pas demander aux eaux minérales en général, plus qu'elles ne peuvent donner ; le grand défaut des malades est de les ignorer volontairement d'abord, et de ne recourir à leur emploi que trop tardivement, quittes à se montrer souvent injustes, quant aux résultats obtenus.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

Cerclage fibreux d'un anévrysme de l'aorte.

(MM. RÉNON, MIGNOT et BLAMOUTIER. — *Académie de médecine.*)

M. Rénon relate l'histoire d'une femme de 62 ans, atteinte d'anévrysme fusiforme de la partie descendante de l'aorte, qui fut opérée en mai 1914 par M. Tuffier, à l'hôpital Beaujon. L'anévrysme ayant été disséqué entièrement et isolé, M. Tuffier tailla une longue bande, d'environ deux travers de doigt de largeur, sur le fascia lata du côté droit et entoura l'anévrysme avec cette bande fibreuse.

M. Rénon eut l'occasion de revoir la malade à différentes reprises. Elle succomba en 1920, 6 ans et demi après l'opération, à un cancer de l'utérus. L'intervention thoracique avait amené une amélioration de l'état général et des douleurs.

M. DELORME pense que l'atténuation des douleurs s'explique par la section des filets sympathiques péri-aortiques, au cours de la dissection de l'anévrysme. Le mécanisme serait analogue à celui de la sympathectomie péri-artérielle de Leriche.

Les aortites syphilitiques et le traumatisme chirurgical.

(M. Ch. FIESSINGER. — *Académie de médecine.*)

M. Ch. Fiessinger a vu, chez plusieurs malades, survenir de l'aortite syphilitique quelque temps après un traumatisme chirurgical. C'est 3 ou 4 mois après l'opération que les accidents aortiques ont commencé. L'auteur est enclin à croire, dans ces conditions, que le traumatisme chirurgical favorise la production d'une syphilis artérielle qui ne se serait sans doute pas produite sans cela, aussi tôt du

moins. Il conseille en conséquence qu'avant toute opération importante, un Wassermann soit recherché chez le patient. Au cas de réaction positive, faire une cure spécifique avant d'intervenir opératoirement.

Gastrectomie totale pour ulcères calleux.

(M. V. PAUCHET. — *Académie de médecine.*)

M. Victor Pauchet a eu l'occasion de pratiquer 5 fois la gastrectomie totale, c'est-à-dire la suppression de l'estomac, suivie d'abouchement de l'œsophage dans l'intestin. Dans 4 cas il s'agissait de ancer : deux malades sont morts de l'opération ; deux ont succombé à une récidive. Dans un cas cd'ulcère, la malade a guéri.

Traitement des porteurs de germes diphtériques par l'air chaud.

(M. DUJARRIC DE LA RIVIÈRE. — *Académie de médecine.*)

M. Dujarric de la Rivière a traité et guéri par l'air chaud une cinquantaine de porteurs de germes diphtériques. Il emploie, à cet effet, le séchoir électrique du commerce auquel il adapte un embout métallique stérilisable. Les lèvres étant vaselinées, il place l'embout au niveau de l'orifice buccal et dirige le jet d'air chaud (bien supporté) en divers sens. Les séances durent 10 à 15 minutes, mais avec reprises. Le nombre des séances nécessaires pour obtenir la disparition des germes a varié de 3 à 5, habituellement.

L'épreuve de la glycuronurie provoquée en clinique hépatique.

(MM. CHIRAY et CAILLE. — *Société médicale des hôpitaux.*)

La recherche de l'acide glycuronique dans les urines peut permettre d'apprécier l'état d'activité de la cellule hépatique, celle-ci étant le lieu principal de la conjugaison glycuronique.

MM. Chiray et Caille ont pensé qu'en introduisant dans l'organisme des corps glycuronoformateurs, on parviendrait, par le dosage de l'acide glycuronique urinaire, à conclure à l'augmentation ou à la diminution de la valeur fonctionnelle du foie. Les auteurs se servent à cet effet du camphre, administré en cachets de 0 gr. 50.

Le traitement de guérison de la syphilis.

(M. QUEYRAT. — *Société médicale des hôpitaux.*)

Pour guérir un syphilitique, dit M. Queyrat, il faut remplir quatre conditions :

1° Intervenir au bon moment ;

2° Agir avec un bon médicament ;

3° Instituer une cure méthodique avec des doses croissantes et rapidement fortes (à condition que le malade n'en soit pas incommodé) ;

4° Contrôler les résultats du traitement par les moyens de laboratoire.

Le bon moment, c'est la première quinzaine qui suit le début du chancre, lorsque le tréponème a été constaté à l'ultra-microscope et que la séro-réaction est encore négative. Le bon médicament d'attaque est l'arséno-benzol, partant de 0 gr. 15, allant à 0 gr. 60.

M. MARCEL PINARD est également l'adversaire des doses faibles d'arséno-benzol, dans les syphilis récentes surtout.

Mort par urémie après injection intra-veineuse de 0 gr. 15 de novarsénobenzol.

(M. LESNÉ. — *Société médicale des hôpitaux.*)

Les cas de mort à la suite d'injections intra-veineuses d'arsénobenzol ne sont plus, malheureusement, aujourd'hui, des raretés. Jusqu'à présent, on a surtout signalé des crises nitritoïdes et des manifestations nerveuses, cutanées ou hépatiques. M. Lesné relate une observation dans laquelle la mort fut due à des accidents rénaux, urémiques. Elle concerne une femme de 38 ans, qui fut prise, peu après une injection intra-veineuse de 0 gr. 15 de novarsénobenzol, de frissons, pâleur, dyspnée intense et anurie. Elle succomba au bout de huit jours au milieu du tableau de l'urémie aiguë : céphalalgie, vomissements, diarrhée, coma.

M. DE MASSARY a également observé, il y a quelques mois, un cas mortel d'intoxication par l'arsénobenzol. La malade, *après une injection de* 60 centigr. de novarsénobenzol, présenta de la fièvre, une éruption, des symptômes généraux, auxquels succédèrent un syndrome d'anémie pernicieuse et un syndrome méningitique.

M. NETTER estime qu'il ne faut pas laisser ignorés ces faits qui ne sont pas exceptionnels. Il vient d'être appelé auprès de deux malades de ce genre, qui ont succombé. Les médecins légistes lui ont dit avoir eu à s'occuper plus d'une fois de décès survenus dans des conditions analogues.

Certes, il ne saurait être question de se priver de médicaments aussi utiles que les arsénobenzols, mais on ne doit pas non plus en passer les dangers sous silence.

Maladie de Miculicz et syphilis.

(MM. MÉRY, GIRARD et DESROCHETTES. — *Soc. méd. des hôp.*)

La maladie de Miculicz, caractérisée par l'hypertrophie symétrique des glandes salivaires et lacrymales, a été tour à tour attribuée à une infection chronique du rhino-pharynx, à une lymphadénie leucémique, à un trouble du fonctionnement des glandes vasculaires, enfin à la syphilis.

M. Méry rapporte un cas de cette affection chez une fillette de 13 ans. On constatait une tuméfaction dure et indolore des deux parotides, une tumé-

faction des deux paupières supérieures avecsaillies dures des glandes lacrymales. Sécrétions salivaire et lacrymale taries. Etat de sympathicotonie se traduisant par de la tachycardie permanente. Syndrome pluriglandulaire fruste. Etiologie syphilitique probable.

Dans ce cas, la syphilis a pu déterminer une dystrophie polyglandulaire avec état de sympathicotonie, action trophique salivaire et lacrymale, réalisant le syndrome de Miculicz.

M. DE MASSARY rappelle l'histoire, assez analogue, d'un malade qu'il soigna en 1918 à l'hôpital Andral, où il était envoyé pour oreillons. Le syndrome de Miculicz, chez ce patient, céda rapidement au traitement spécifique.

Ictères contagieux observés dans la région parisienne.

(M. ARMAND-DELILLE. — *Société médicale des hôpitaux.*)

Il a été question, ces temps derniers, d'ictères contagieux observés dans la région parisienne. M. Armand-Delille a eu l'occasion d'en rencontrer quelques cas, les uns dans une école, les autres dans une famille. L'évolution a été bénigne et la recherche du spirochète ictéroïde fut négative.

M. LESNÉ a vu également, à l'hôpital Trousseau, une petite épidémie d'ictère infectieux bénin. Les procédés de laboratoire ont démontré qu'il ne s'agissait pas de spirochétose ictéro-hémorragique.

La fièvre syphilitique tertiaire hépatique.

(MM. A. GILBERT, CHIRAY et ALFRED-COURY. — *Société médicale des hôpitaux.*)

MM. Gilbert, Chiray et Alfred-Coury rapportent 4 observations de syphilis tertiaire du foie à forme hypertrophique fébrile.

La fièvre, dans la syphilis hépatique tertiaire, a déjà été signalée par divers auteurs, Wunderlich, Gerhardt, Castaigne et Lion entre autres. Toutefois, il ne semble pas qu'on ait insisté sur elle comme elle le mérite. Elle peut constituer le phénomène dominant dans certains états hépatiques tertiaires.

La fièvre syphilitique en question a pour caractères principaux sa durée prolongée, sa résistance aux traitements non spécifiques, et sa rapide disparition dès les premiers jours du traitement antisyphilitique. Sa durée est un de ses caractères les plus intéressants. Dans les observations de MM Gilbert et Coury, elle a été de 2 mois, 6 mois, 29 mois, 6 ans, sans interruption ou avec des rémissions très courtes. Le foie se montre hypertrophié assez fortement.

Au point de vue du diagnostic, cette fièvre syphilitique tertiaire hépatique fait penser à la tuberculose, à l'hépatite paludéenne ou amibienne (abcès du foie). Le diagnostic se fait par la survenance d'un incident suspect, par le Wassermann, la longue durée de l'hyperthermie, l'échec des autres traitements. Il faut surtout y penser.

M. NETTER a rapporté, en 1916, l'histoire de deux malades atteints de fièvre intermittente prolongée d'origine syphilitique. La rate était volumineuse, mais rien n'autorisait à incriminer le foie. Chez le premier malade, la fièvre qui durait depuis près de 20 ans, disparut après la deuxième injection de benzoate de mercure.

M. ABRAMI insiste sur la confusion de cette fièvre syphilitique accompagnée d'hypertrophie du foie avec l'hépatite amibienne.

P. L.

Il est facile de supprimer les maladies vénériennes.

(M. GAUDUCHEAU. — *Société de médecine publique et de génie sanitaire.*)

M. GAUDUCHEAU, poursuivant ses recherches sur la désinfection prophylactique antivénérienne, propose de renforcer l'action antiseptique de la pommade au thymol-calomel, en y ajoutan 0.05 pour 100 de cyanure de mercure, addition parfaitement tolérée par les muqueuses, y compris celle de la fosse naviculaire.

L'auteur préconise l'emploi de ce désinfectant, chez l'homme, en application *intus et extra*, c'est-à-dire dans l'urètre et sur les muqueuses externes, afin de protéger contre toutes les maladies vénériennes à la fois : le thymol agissant particulièrement contre le gonocoque et le cyanure de mercure et le calomel contre le chancre mou et la syphilis. Il faut introduire cette pommade à un centimètre de profondeur dans le méat urinaire et en enduire toutes les muqueuses exposées à la contagion dans l'heure qui suit un rapprochement infectieux.

Les résultats obtenus jusqu'à présent dans l'armée se sont montrés excellents. Sur 624 hommes qui se sont ainsi protégés après de nombreux rapprochements de toutes sortes, il ne s'est produit aucune maladie vénérienne. Il ne faut pas compter dans la pratique sur des résultats aussi absolus car, ainsi que le fait remarquer l'auteur, l'antisepsie individuelle n'est pas une panacée destinée à se substituer à tout le reste, mais bien un complément aux autres moyens de lutte antivénérienne.

M. Gauducheau ajoute qu'une des raisons pour lesquelles on néglige la prophylaxie individuelle est que les anciens syphilitiques, très nombreux comme on sait, se croient à l'abri d'une nouvelle infection par le spirochète. C'est là une très grave erreur. En effet, les anciens syphilitiques doivent se protéger comme tout le monde contre la syphilis, attendu qu'ils peuvent se superinfecter sans chancre nouveau et prendre une nouvelle souche de tréponèmes plus active que celle de leur première infection, neurotrope par exemple, et contracter la paralysie générale ou le tabes sans porte

d'entrée visible. Il ne faut pas oublier que la syphilis ne confère aucune propriété microbicide aux humeurs de l'infecté.

Lorsque les hommes auront pris l'habitude de se désinfecter après des rapports suspects, ils ne contracteront plus de maladies vénériennes et ne contamineront plus les femmes ; alors ces affections deviendront plus rares, puis disparaîtront dans les deux sexes.

Quelques remarques sur l'action des radiations lumineuses et calorifiques dans l'héliothérapie.

(M. Roux, de St-Gervais.— *Académie des sciences.*)

Les conditions exceptionnelles que présente, pour la pratique de l'héliothérapie, l'atmosphère au voisinage du massif du mont Blanc et plus spécialement à Saint-Gervais, m'ont permis de réunir de nombreuses séries d'observations concernant le traitement, par cette physiothérapie naturelle, de plaies atones banales (ulcères variqueux, brûlures, plaies opératoires, etc.), de fistules bacillaires, de tuberculoses ganglionnaires, de lupus, d'arthrites chroniques, tuberculeuses ou rhumatismales, de névralgies sciatiques ou autres. Un autre groupe de malades traités par l'héliothérapie est représenté par un certain nombre de tuberculeux pulmonaires chroniques.

Il serait banal de signaler les effets heureux de l'héliothérapie chez ces divers malades. Du moins, est-ce une notion moins répandue que celle de l'action très différente, suivant tel ou tel état pathologique, de la lumière solaire *froide* ou *chaude*, toutes autres conditions d'application restant sensiblement égales.

En hiver, dans les premières heures de la journée, les radiations solaires sont exclusivement lumineuses, froides. Entre 12 h. et 14 h., aux radiations lumineuses s'ajoutent des radiations calorifiques, chaudes. De telle sorte que le malade exposé au soleil entre 9 h. et 11 h. subit une action presque exclusivement photothérapique et le malade exposé au soleil, entre 12 h. et 14 h., est soumis à une action photothermothérapique.

Il m'a été donné d'observer très nettement que les malades porteurs de lésions tuberculeuses fermées (adénites, arthrites et surtout localisations pulmonaires) supportent très bien l'héliothérapie froide, matinale, mais sont incommodés par l'héliothérapie chaude de l'après-midi, qui entraîne chez eux des poussées congestives, de l'élévation thermique, des sueurs pénibles, sinon même dangereuses, en raison de leur évaporation rapide. Au contraire, les rhumatismes avec arthropathies, névralgies, etc., souffrent du soleil froid et retirent le maximum d'effets bienfaisants de la double action thermique et lumineuse.

Il semble donc qu'on doive séparer nettement, au point de vue thérapeutique, l'*héliophotothérapie* et l'*héliothermothérapie*, cela aussi bien pour le choix de la station de cure que pour la saison de cette dernière (été ou hiver) et que pour le moment de la journée où le malade pourra être exposé à ce puissant agent de guérison : le soleil.

THÉRAPEUTIQUE APPLIQUÉE

I

L'insomnie des névropathes. Son traitement par le dial (*Suite*).

Nous rappelions, dans un précédent article, qu'Hartemberg, dans son traitement des neurasthéniques, tient l'insomnie pour un des symptômes les plus rebelles des névropathies ; mais, ajoute-t-il, « comme il est nécessaire que le neurasthénique dorme, il faut se résigner à lui prescrire les hypnotiques ». Et, passant en revue la riche série de ces médicaments, il constate que le véronal conviendrait à tous les cas, s'il n'était pas parfois mal supporté et ne provoquait trop fréquemment la céphalée. Le sulfonal risque de s'accumuler à raison de sa faible solubilité et détermine, par des idiosyncrasies fréquentes, des accidents digestifs, cardiaques, rénaux, nerveux. La chloralose exagère l'hyperexcitabilité réflexe de la moelle. Quant au chloral, il transforme trop de névropathes en chloralomanes. Pauchet signale l'efficacité du trional chez les nerveux atteints d'insomnie vespérale, alors que le tétronal ne conviendrait guère qu'aux insomnies du matin ; mais Gierlich a observé des polynévrites consécutives à son usage, même modéré ; d'ailleurs, son action s'épuise vite et il est contre-indiqué chez les lypémaniaques.

Le dial, très utilisé depuis quelques années, inoffensif pour le rein, sans action nocive sur le sang, aussi rapide dans ses effets que le trional, aussi durable dans son action que le tétronal, malgré son élimination précoce, s'est avéré comme l'hypnotique de choix dans toutes les insomnies névropathiques.

On l'a employé avec succès, à la dose massive de 0 gr. 30, contre les hallucinations et les réactions violentes des mentaux ; à dose plus faible, 0 gr. 20, contre l'excitation cérébrale simple, enfin à dose minime contre l'insomnie des entéropathes et l'insomnie génitale.

L'action du dial étant progressive, mieux vaut, en général, débuter par des doses moyennes, 0 gr. 10, 0 gr. 15, de façon à obtenir d'abord une détente nerveuse bien nette, pendant laquelle se réamorcera le sommeil ; celui-ci obtenu, on diminuera peu à peu les doses et on verra le plus souvent réapparaître cette aptitude à dormir naturellement qu'avait perdue le malade.



Le neurasthénique ne saurait trop dormir ; ne craignons pas de lui faire dépasser la dose normale du sommeil, telle que la fixent les hygiénistes, à la condition que ce sommeil soit profond, paisible, et autant que possible, continu.

Si l'on demande au dial, plutôt que son action somnifère spécifique, une action sédative sur l'ensemble du système nerveux, c'est aux doses réfractées qu'il faudra donner la préférence.

Observations.

I

Madame L..., âgée de 27 ans, est atteinte d'une paralysie agitante, remontant à 12 ans. Depuis 2 ans, insomnie complète ; ce n'est que grâce aux hypnotiques que la malade arrive à reposer, et elle met à contribution le véronal, le trional et le sulfonal, lesquels lui donnent bien quelques heures de sommeil, mais elle éprouve au réveil une série de malaises, de la lourdeur de tête et de l'hébétude. Puis, l'accoutumance survenant, l'usage de ces hypnotiques doit être suspendu.

On essaye alors le dial à la dose de 0 gr. 15 le soir. Dès le premier jour, un sommeil calme de 8 heures est obtenu sans aucun malaise consécutif. Le médicament est continué, et les mêmes résultats se manifestent par un sommeil minimum de 6 à 8 heures.

Au bout de 6 mois, d'un usage presque continu de la médication, on ne note pas d'accoutumance. L'amélioration de l'état général est sensible, bien que les tremblements parkinsonniens n'aient pas cessé.

II

Madame F..., 32 ans, est habituellement calme ; elle a dû s'astreindre par suite de circonstances particulières à des travaux très absorbants qui l'occupent même une partie de la nuit. Ce changement d'existence, et la fatigue qui en est résultée, l'ont rendue très nerveuse, émotive, parfois même violente. Elle a fait d'ailleurs quelque abus de café, lequel ne doit pas être tout à fait étranger à cet état. Elle a perdu l'appétit, et ne dort que très difficilement. Elle a, de plus, beaucoup maigri. Cependant, on ne note aucun phénomène douloureux d'origine nerveuse. C'est donc à l'amélioration de l'état général que le traitement doit surtout viser. Aussi prescrit-on une médication phosphatée, le repos et la suppression du café. L'insomnie ne cédant pas, on ajoute un comprimé de dial à 0 gr. 10 le soir. Dès le premier jour, le sommeil revient, et la malade dort environ 6 heures par nuit. Le sommeil s'est maintenu depuis, le médicament étant administré par doses décroissantes, puis enfin supprimé.

II

Propriétés thérapeutiques et posologie de l'acide monoéthylorthophosphorique

L'acide monoéthylorthophosphorique possède une fonction éther et deux fonctions acide.

L'acide phosphorique du Codex possède trois fonctions acide.

Pelouze, le premier en France, parle des acides éthylphosphoriques qui furent ensuite étudiés par Belugou et Chevalier.

Mais toutes ces études restèrent des procédés de laboratoire, donnant des rendements beaucoup trop faibles pour permettre leur emploi thérapeutique, sans parler de leurs propriétés physiologiques et de leur posologie qui n'avaient pas été étudiées.

L'acide monoéthylorthophosphorique est décomposable au-dessus de 40°. C'est pourquoi toute préparation à base de cet acide ne doit pas être chauffée au-delà de 40° au maximum.

L'acide monoéthylorthophosphorique ne coagule pas l'albumine ; il est très diffusible et admirablement supporté par l'estomac, beaucoup mieux que l'acide phosphorique officinal.

Sa toxicité est nulle : des doses de cet acide correspondant à 20 grammes d'acide phosphorique officinal ont été administrées pendant 6 mois à des cobayes et à des chiens. Les animaux n'ont pas présenté la moindre indisposition. Sacrifiés, les coupes microscopiques et macroscopiques des reins et du foie étaient absolument normales.

Les injections intraveineuses, à des doses élevées, provoquent une excitation, une demi-ébriété qui disparaît rapidement.

C'est un puissant antiputrescible : un morceau de viande altéré immergé dans une solution d'acide monoéthylorthophosphorique, perd rapidement son odeur.

Administré par voie gastrique, il exerce une très heureuse action sur les sécrétions gastro-intestinales et hépatiques. Il augmente la diurèse et la teneur en urée de l'urine.

L'acide éthylphosphorique, en entravant les fermentations stomacales, diminue l'acidité urinaire pathologique, mais augmente l'acidité physiologique, acidité normale urinaire.

Il agit très favorablement sur les fermentations gastro-intestinales et vésicales. On constate, en effet, la disparition des éthers sulfo-conjugués, tant dans les urines que dans les matières fécales, produits de la putréfaction gastro-intestinale.

L'action antiseptique stomacale en rapport avec l'acidité du contenu stomacal est spécifique, capitale sur l'action des microbes de la putréfaction gastro-intestinale.

Or, ces putréfactions sont à l'origine de tous les troubles nutritifs et des affections diathésiques. Notons en passant que si l'acide éthylphosphorique exerce une action antiseptique considérable sur les

THÉOBROMOSE DUMESNIL

(*Solution de théobrominate de lithium cristallisé, composé obtenu par l'auteur en 1906*)

est la base de la Thérapeutique Cardio-rénale

car c'est
- 1° Un **cardio-tonique** et un **vaso-dilatateur** aussi efficace que dépourvu d'inconvénients.
- 2° Un **Diurétique** puissant, fidèle, inoffensif

doit être préférée à la théobromine (1)

parce que
- elle est soluble,
- elle ne provoque ni céphalée, ni excitation cérébrale, ni troubles digestifs,
- elle est cinq fois plus active,
- elle agit plus rapidement et quand la théobromine n'agit pas.

DOSE : Une à quatre cuillers par jour. ou 2 à 8 comprimés par jour.

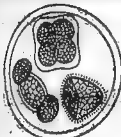
(*Communication à la Société de Thérapeutique, Paris 1906.*)

ÉCHANTILLONS, LITTÉRATURE : **LABORATOIRES DUMESNIL, 10, Rue du Plâtre, PARIS.**

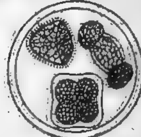
E. DUMESNIL, *Docteur en Pharmacie, Ancien Interne Lauréat des Hôpitaux, de l'Ecole Supérieure de Pharmacie et de la Société de Pharmacie de Paris* (MÉDAILLES D'OR).

FOURNISSEUR DES HOPITAUX DE PARIS

(1) Au contraire des sels alcalino-terreux, les sels de lithium non seulement ne sont pas contre-indiqués chez les artério-scléreux, mais constituent un adjuvant des plus utile à leur traitement. (HUCHARD)



RHUME ET ASTHME DES FOINS



(MÉTHODE DES DRS BILLARD ET MALTET)

RHUME des FOINS : *Médication curative,* **Sérum Collyre**

SÉRUM D'ANES IMMUNISÉS A POLYVALENCE ANTIPOLLINIQUE, en instillations nasales et oculaires.

ASTHME des FOINS : *Médication préventive,* **Vaccin Antipollinique**

ANTIGÈNE POLLINIQUE POLYVALENT, en injections hypodermiques.

LITTÉRATURE ET ÉCHANTILLONS **ÉTABLISSEMENTS BYLA** : SIÈGE SOCIAL ET ADMINISTRATION : *25, Avenue de l'Observatoire, Paris*. USINES et LABORATOIRES DE RECHERCHES à *GENTILLY* (Seine).

TUBERCULOSES, CATARRHES, GRIPPES, BRONCHITES — de 3 à 6 cuill. à café par jour dans du lait ou du bouillon. — **EMULSION MARCHAIS** Phospho-Créosotée

Calme la TOUX, relève l'APPÉTIT et CICATRISE les lésions. *Bien tolérée — Parf absorbée.*

---

l'AMÉNORRHÉE, la DYSMÉNORRHÉE, la MÉNORRHAGIE *cèdent rapidement si l'on emploie, à la dose de 2 à 4 capsules par jour, les,*

CAPSULES des Doctrs JORET & HOMOLLE

(à base d'APIOL obtenu par le Procédé JORET et HOMOLLE)

PHARMACIE *G. SEGUIN*, 165, Rue St-Honoré, PARIS.

La Jolie Station Anti-Arthritique du Centre-Ouest

La ROCHE-POSAY-les-BAINS

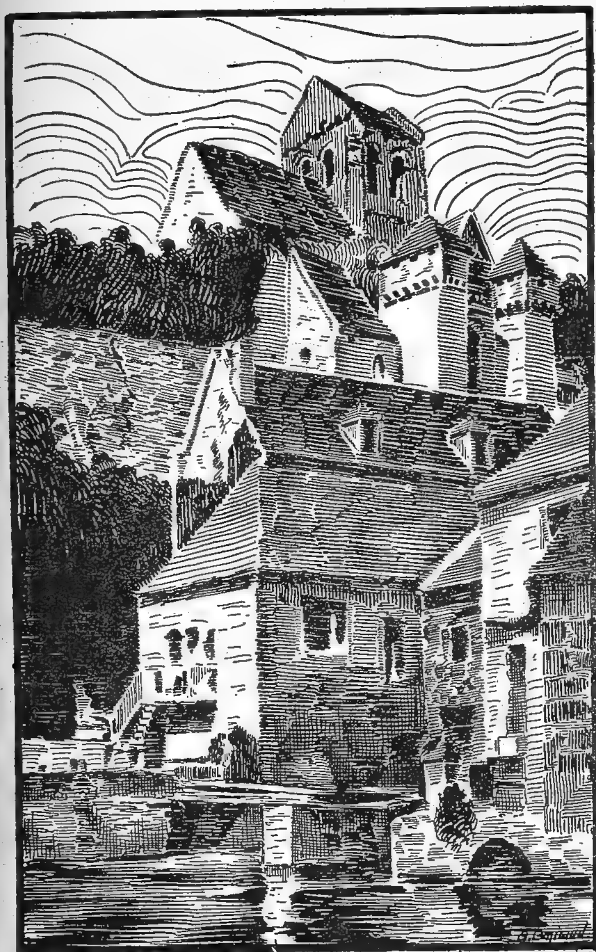
Station des Eczémateux
Station des Arthritiques

A l'heure où un grand effort est fait pour la médication hydro-minérale en France, nous venons entretenir les lecteurs du « Concours Médical » d'une Station thermale à la renommée solidement établie, et dont l'avenir immédiat s'annonce plein de promesses : La Roche-Posay-les-Bains, *près de Châtellerault (Vienne).*

L'autorité de Maîtres de la Médecine moderne comme les Professeurs Brocq, Landouzy, Albert Robin, la consacre station élue du monde innombrable des Arthritiques. *Car l'eau de ses fontaines, puissant solvant de l'acide urique et de tous les poisons de l'organisme est très diurétique et « lessive » les tissus. Elle est riche en émanation de Radium et contient un métalloïde précieux, et d'activité rare, le* Sélénium. *(Professeur Taboury).*

Merci aux Docteurs Georges Bardet et Albert Guyot, Médecins-consultants à la Station, et qui ont étudié sur place les vertus des eaux, de nous avoir fourni les éléments de cette étude.

Au voyageur venant de Châtellerault par la route, La Roche-Posay offre la douceur familière de ses maisons basses aux toits de tuiles grises et de ses fraîches verdures, tandis qu'au nord, elle dresse la rude silhouette de son église fortifiée surplombant les eaux de la Creuse.



La vieille église fortifiée de la Roche-Posay dominant de très haut les flots de la Creuse.

La Beauté du Site

Le pays a la fortune unique de se trouver au confluent de deux belles rivières, la Creuse et la Gartempe. De la colline qui domine la station, le regard s'étend au loin sur le Poitou, sur la Touraine, sur le Berri ; le paysage est aimable et gracieux ; la proximité des forêts y entretient un gibier abondant; la Creuse et la Gartempe s'étendent en de splendides miroirs sur 2 à 3 kilomètres en amont et en aval, permettant la pêche, le canotage, tous les sports nautiques. L'air est léger, d'une fluidité remarquable ; il n'existe aucune humidité dans l'atmosphère ni dans le sol ; les rares pluies d'orages sont absorbées par un sol calcaire et parfaitement perméable. La tuberculose est inconnue dans le pays ; tous les médecins qui y ont exercé l'ont constaté et proclamé.

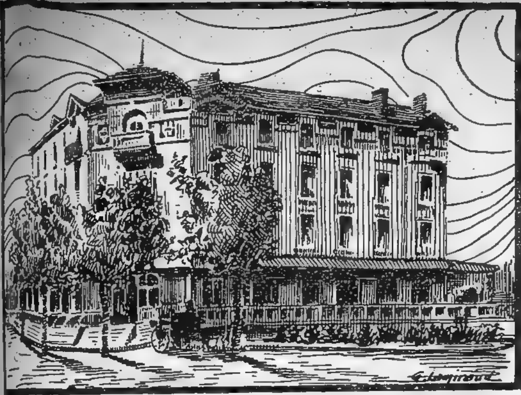
L'Établissement Thermal Les Fontaines guérisseuses

L'Établissement Thermal, d'une blancheur éclatante, sur laquelle tranchent les volets verts, est gracieusement posé au milieu d'un très joli parc. Il a été entièrement remis à neuf ; son installation comporte les perfectionnements les plus modernes et un service d'hydrothérapie complet. Les salles de bains sont confortables avec cabines de 1re et 2e classe. Le traitement utilise les eaux en *boisson*, en *bains*, en *pulvérisations*, en *douches*.

Les eaux sont froides, limpides ; dans le bassin collecteur, au soleil couchant, elles revêtent une belle couleur vert émeraude, à reflets mordorés.

Leur minéralisation est légère (0 gr. 59, par litre), mais elles contiennent des principes minéraux d'importance capitale : le *bicarbonate de chaux* (0 gr. 45) puissamment diurétique et reconstituant — la *silice* (o gr. 03), antiarthritique et antiscléreux prouvé ; — le *Sélénium* enfin, révélé par une analyse récente du Professeur Taboury. On sait toute l'activité merveilleuse de ce corps dans certaines maladies : les travaux les plus récents le mettent au premier plan de la thérapeutique et montrent qu'en préparation colloïdale en particulier, c'est-à-dire sous la forme qu'il revêt dans nos eaux, son action est absolument remarquable.

Enfin, dans un Mémoire présenté à l'Académie des Sciences le 25 juin 1906, le Prof. Curie, a assigné aux sources de La Roche-Posay une *radio-activité* manifeste.



« Hôtel du Parc », Pension à partir de 20 fr. en juin.

L'eau de La Roche-Posay se digère facilement ; l'estomac la sent à peine ; une envie d'uriner impérieuse survient très vite après son absorption. Ainsi s'explique que certains baigneurs en absorbent des quantités considérables.

Les Maladies guéries à La Roche-Posay Ce sont toutes celles qui relèvent de l'Arthritisme. Nos eaux sont un puissant solvant de l'acide urique, des urates, de tous les poisons et déchets de l'organisme. Leur absorption permet un lavage de tous les viscères : rein, foie, cœur, estomac, intestin, etc. ; un décapage et un lessivage de nos tissus si on peut dire ; tout est évacué dans l'abondante débâcle d'urines : le vase de nuit se teinte en rouge-brique.

Deux grandes modalités de l'Arthritisme sont particulièrement influencées :

I. — L'ARTHRITISME QUI SE PORTE AUX JOINTURES, AU REIN, AU FOIE. — Il comprend les manifestations suivantes :

1° **Goutte, Rhumatisme** ;

2° **Lithiase rénale** (coliques néphrétiques, sables, calculs) ;

3° **Lithiase biliaire** (boue biliaire, sable biliaire, coliques hépatiques), **Ictères, Cholémie**.

II. — L'ARTHRITISME QUI SE PORTE A LA PEAU, c'est-à-dire :

L'Eczéma. — L'Eczéma est une des manifestations les plus caractéristiques de l'arthritisme : c'est « l'arthritisme qui sort à la peau » ; c'est une élimination au travers des téguments des poisons et toxines de l'organisme. Ici l'action des eaux de la Roche-Posay tient absolument du prodige ; elle est telle qu'à l'heure actuelle la Station est classée par les médecins compétents comme la première de France et d'Europe. Le Pr Landouzy, le maître éminent et regretté de la Faculté de Médecine de Paris, l'a proclamé d'une façon péremptoire : « *L'Eczéma appartient à la Roche-Posay* ». Les Eczémas les plus irritables, les plus suintants, les plus prurigineux, ceux dont les démangeaisons sont intolérables, sont modifiés *dès les premiers jours,* d'une manière presque incroyable, par les bains et par la boisson : le *bain* recouvre la peau d'une fine pellicule blanchâtre, due aux sels des eaux, qui constitue un pansement, un vernis, une sorte d'émail cicatrisant ; la *boisson* en éliminant les poisons de l'organisme, en le « dépurant », met à l'abri des récidives. Un troisième mode de traitement, la *pulvérisation*, agit remarquablement sur les Eczémas du visage : elle soulage instantanément le malade, calme la démangeaison.

Écoutons les opinions de médecins éminents :

Le Prof. Brocq, médecin-chef de l'hôpital Saint-Louis, écrit dans son travail sur le « traitement des Dermatoses par les eaux minérales et les climats » : « La Roche-Posay possède des eaux qui ont une *grande réputation* dans le traitement des *eczémas irritables* ».

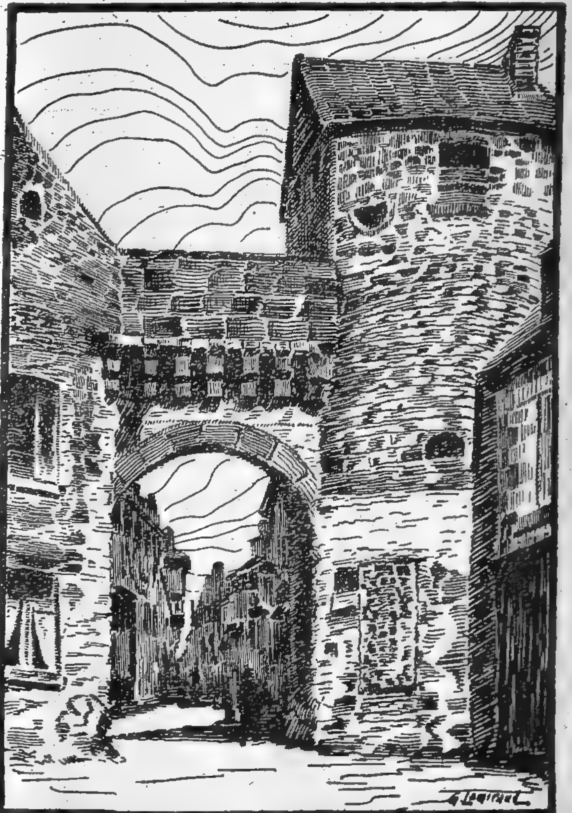
Le Prof. Landouzy, venu, il y a quelques années avec une caravane de plus de 120 médecins pour étudier les vertus des eaux (V.E.M.), prononça ces paroles catégoriques : « Les *Dermatoses,* d'une manière générale, et l'*eczéma* en particulier, *appartiennent incontestablement à La Roche-Posay* ».

Enfin, dans un travail communiqué au Congrès international de Venise en 1905, et que l'Académie de Médecine a couronné, le Prof. Morichau-Beauchant, de Poitiers, et le Dr Œconomo écrivent :

« C'est surtout dans l'*eczéma* que la cure a semblé avoir des effets quasi-spécifiques. Dans tous les travaux des anciens auteurs, cette action est signalée... Sont surtout modifiés, les eczémas suintants, les formes prurigineuses, irritables, rebelles à tout traitement local, sujettes aux poussées incessantes. Le *prurit*, en particulier, était dans presque tous les cas, le symptôme le plus rapidement influencé. Nous avons vu, chez des malades porteurs d'*eczémas de l'anus*, avec démangeaisons insupportables empêchant le sommeil, et qu'aucun traitement n'avait pu modifier, le prurit disparaître dès les premiers bains, et les nuits redevenir paisibles ».

La plupart des Maladies de Peau sont d'ailleurs améliorées ou guéries : l'*Acné*, les *Séborrhées*, les *Folliculites*, l'*Impétigo*, certains *Lichens prurigineux*, le *Prurigo*, l'*Urticaire* (1).

(1) *Nota.* — La Roche-Posay est à 6 heures de Paris, à 5 heures de Bordeaux. On quitte à Châtellerault l'express Paris-Bordeaux pour prendre la ligne du Blanc. La Roche-Posay est sur cette ligne, à 22 kilomètres. *Départ* de Paris à midi ; arrivée à La Roche-Posay à 5 h. 40.
Recommandons l'*Hôtel du Parc* tenu par M. Philippon : bonne cuisine, régimes ; pension à partir de 20 fr. par jour.



La « Porte-de-Ville », ancienne et admirablement conservée.

microbes de la putréfaction, et probablement sur les microbes pathogènes, von Rost a montré, au contraire, que l'administration de doses de bicarbonate de soude, neutralisant l'acidité gastrique, provoque une augmentation des éthers sulfo-conjugués en proportion d'autant plus grande que les doses sont plus élevées.

En résumé, l'acide monoéthylorthophosphorique, rétablissant la normalité de la réaction sanguine et humorale, entravant les fermentations gastro-intestinales, excitant la fonction hépatique et tous les émonctoires, se montre donc un excellent correcteur des troubles nutritifs.

Les doses moyennes d'acide monoéthylorthophosphoriques sont comprises entre 1 et 3 grammes.

D. DROUET.

BIBLIOGRAPHIE CRITIQUE

Revue des livres.

Librairie O. DOIN, Paris

Dr Louis BROCQ. Médecin de l'hôpital St-Louis. Précis-atlas de pratique dermatologique.

C'est à juste titre que la dermatologie est considérée comme « la bouteille à l'encre » de la pathologie spécialisée. Il n'est pas en effet de branche de la médecine qui soit plus complexe, et où il soit plus difficile de s'y reconnaître. Les dermatologistes eux-mêmes n'étant pas toujours d'accord sur la nature et les manifestations cliniques des maladies de la peau, comment veut-on que le simple praticien s'y retrouve lui-même ? Sortez-le des types nettement différenciés, et qui sont d'observation courante, l'eczéma, le psoriasis, le pytiriasis, etc., à la condition encore qu'ils se présentent en quelque sorte à l'état de pureté, sans complications secondaires, pour le reste, il demeure embarrassé et erre lamentablement dans le dédale compliqué des dermatoses, à moins que l'on ne vienne à son secours.

C'est ce à quoi tend le très remarquable travail de l'éminent médecin de St-Louis, qui n'en est pas à son coup d'essai dans ses heureuses tentatives de vulgarisation de l'enseignement aux praticiens de la dermatologie.

Ajouterai-je que, chaque fois, et plus particulièrement en ce qui concerne le Précis-Atlas, la tentative se résout en un coup de maître ?

Entreprendre l'analyse de ce gros volume de plus de 1.200 pages est une tâche qui dépasse nos possibilités. L'exposé du plan de l'auteur suffira à montrer de quel puissant intérêt est ce véritable monument pour le médecin praticien.

Après un essai de classification des dermatoses, M. Brocq décrit minutieusement et clairement les modes d'expression de celles ci, c'est-à-dire, les différents éléments morphologiques qui se rencontrent dans les affections de la peau : macules, taches, plaques, papules, pustules, squames, etc., ainsi que les phénomènes biologiques qui les accompagnent.

Le traitement général, comprenant l'hygiène générale et la thérapeutique proprement dite, est ensuite longuement exposé.

L'auteur entre ensuite dans l'étude approfondie de chaque variété d'affections cutanées : syndromes objectifs des dermatoses, dermatoses artificielles, dermatoses parasitaires, dermatoses microbiennes, réactions cutanées (dermatoses prurigineuses, troubles trophiques, etc.)

A la suite de la partie didactique, se trouve l'Atlas, qui comprend 320 photo-gravures dont chacune d'elles constitue une illustration particulièrement saisissante et instructive des chapitres précédents.

Une table des matières par ordre alphabétique permet au lecteur de trouver, sans effort, le chapitre qui l'intéresse.

Le Précis-Atlas de M. Brocq est le fidèle miroir de l'enseignement clinique de son auteur : pour ceux qui savent, — et ils sont légion, — à quel haut degré de compétence il est parvenu, c'est une fortune inespérée que la pérennité de cet enseignement se trouve ainsi assurée pour le plus grand profit du monde médical et des malades.

Chez J.-B. BAILLIÈRE et fils 19, rue Hautefeuille Paris.

Dr V. HERZEN. — Guide formulaire de thérapeutique, 11e édition.

Encouragé par le succès des dix premières éditions de ce *Guide formulaire de thérapeutique*, l'auteur a tenu à remanier cette onzième édition, à y apporter des développements nouveaux, essentiellement pratiques, et à y faire de nombreuses modifications, tout en s'efforçant de garder à cet ouvrage l'esprit et les qualités des précédentes éditions : *concision, clarté, utilité pratique*.

Tous les chapitres ont été repris et refondus ; quelques-uns sont *complètement transformés*.

La *onzième édition* a été complètement revisée et perfectionnée, *mise au courant* des acquisitions les plus récentes de la thérapeutique.

Ce livre est le livre de chevet de tous les praticiens ; nous engageons vivement ceux qui ont acheté les éditions précédentes à se procurer cette nouvelle édition complètement rénovée, et ceux qui n'ont pas connu les éditions précédentes de se hâter d'acquérir ce guide-formulaire de thérapeutique qui leur sera d'une utilité journalière. C'est une dépense utile au premier chef pour les praticiens.

PARTIE PROFESSIONNELLE

MÉDECINE SOCIALE

Le projet de loi sur les assurances maladie, invalidité et vieillesse.

II

Point n'est besoin de démontrer que vaste est le programme des assurances sociales. Pour l'élaboration de son projet, le gouvernement se trouvait dans l'alternative de proposer au Parlement un projet de loi comprenant toutes les assurances contre la maladie, l'invalidité, la vieillesse, le décès, le chômage, les accidents du travail, l'incendie, en envisageant les répercussions et les incidences de pareille entreprise, comme, par exemple, la réforme de nos hôpitaux, la refonte des mesures de protection d'hygiène publique, etc.

Convenait-il, au contraire, de ne présenter qu'une tranche de cet immense problème, de ne proposer aujourd'hui que la préservation contre les suites sociales de la maladie, de l'invalidité et de la vieillesse, pour, parant au plus pressé, aborder ultérieurement les autres mesures de protection collective ?

Voici, en ce qui concerne principalement l'exercice de notre profession, comment s'exprime l'exposé des motifs :

D'autres, au contraire, estiment que l'assurance sociale doit, non seulement garantir contre les risques encourus, mais encore prévenir les causes mêmes de ces risques. Une seule et même loi devrait, selon eux, régler les modalités des secours médicaux et pharmaceutiques à attribuer, organiser l'hygiène préventive, rénover les études médicales, fixer un nouveau statut au personnel des chirurgiens et des médecins, assurer l'installation et la répartition méthodiques des établissements de cure, des laboratoires, des hôpitaux, des sanatoria ; la loi d'assurance devrait être, en même temps, une loi sur la santé publique.

Pour la rédaction du projet soumis à vos délibérations, l'une et l'autre de ces méthodes extrêmes ont été écartées.

L'assurance sociale est un acte de prévoyance individuelle auquel l'État apporte sa large contribution. Elle sert à couvrir les risques de maladie, d'accidents, d'infirmités. Elle nécessite un mécanisme technique et financier minutieusement réglé. — Tout autre apparait une législation sur l'hygiène : elle entraîne une réorganisation administrative, l'élaboration de programmes scientifiques et scolaires, un plan de combat contre l'alcoolisme, la tuberculose, la syphilis, une collaboration de toutes les collectivités intéressées. L'institution de l'assurance maladie-invalidité en France appellera comme complément nécessaire cette vaste entreprise sociale ; mais, pour aboutir utilement, les deux réformes doivent être successives et ne se point compliquer ni compromettre l'une par l'autre.

Le projet du gouvernement entend n'aborder que les conséquences et non la prophylaxie de la maladie et de la vieillesse, y compris la maternité. Est-ce un bien? est-ce un tort? La parole est aux intéressés immédiats, c'est-à-dire aux salariés. Disons cependant que nous avons entendu des extrémistes, tant à droite qu'à gauche, refuser leur collaboration aux propositions gouvernementales, alors que, dans des milieux ouvriers plus modérés et plus positifs, les futurs bénéficiaires de l'assurance sociale estimaient que ce commencement de protection était intéressant, en attendant mieux.

Pour nous, médecins, nous avons à nous préoccuper, non seulement des répercussions immédiates que le projet de loi exercera sur nos habitudes professionnelles, comme sur l'indépendance, sur la liberté d'action, qui nous sont indispensables pour accomplir correctement notre devoir social, c'est-à-dire la guérison de nos malades, mais encore d'envisager d'ores et déjà l'organisation de la protection de la santé publique, pour que nos syndicats soient à même, le cas échéant, d'apporter la collaboration nécessaire aux pouvoirs publics, pour l'organisation, ou la réorganisation du Code futur de l'hygiène publique.

Le projet n'englobe donc que la maladie, l'invalidité, la vieillesse et le décès. Il couvre les charges de famille, sous forme d'allocations à la naissance, de primes d'allaitement et de secours d'accouchement. Toutes les allocations et pensions, attribuées aux malades, aux invalides, aux vieillards, sont, en outre, bonifiées lorsque les intéressés ont des enfants de moins de seize ans.

Nous étudierons chacun de ces points en détail, mais donnons le texte du projet de loi :

Objet et ressources de l'assurance.

Art. 1er. — 1. Il est institué, conformément aux dispositions de la présente loi, une assurance sociale destinée à couvrir les risques de maladie, d'invalidité, de vieillesse et de décès, en tenant compte des charges de famille.

2. Cette assurance donne droit, pour l'assuré :

1° En cas de maladie ou d'invalidité, aux soins médicaux et chirurgicaux, aux médicaments, aux traitements spéciaux ainsi qu'à des allocations journalières, à des allocations mensuelles, ou à une pension d'invalidité, pendant toute la durée de l'incapacité de travail :

2° En cas de maternité, aux soins médicaux et chirurgicaux, aux médicaments, ainsi qu'à des allocations spéciales d'accouchement et d'allaitement ;

3° En cas de vieillesse, à une pension avec minimum garanti à soixante ans ;

4° En cas de décès, au versement d'une allocation à la famlile ;

5° Pour chaque naissance d'enfant, à une allocation familiale ;

6° L'assuré a droit, en outre, s'il a des enfants de moins de seize ans à sa charge, à une majoration des allocations de maladie, d'invalidité et de décès :

7° Le conjoint et les enfants de moins de seize ans de l'assuré ont droit aux secours médicaux, chirurgicaux et pharmaceutiques ;

3. — L'assurance est alimentée :

1° Par les versements obligatoires ou facultatifs des assurés et par les contributions obligatoires des employeurs, qui varient suivant des classes d'assurance fixées d'après le salaire ;

2° Par des subventions de l'État.

A quelles catégories de citoyens la réforme doit-elle bénéficier ? L'assurance est obligatoire pour tous les travailleurs, liés par un contrat de travail à un patron, lorsque leur rémunération est inférieure à 10.000 francs par an. Aux salariés proprement dits, sont assimilés les métayers. Les représentants des intérêts ruraux ont fait remarquer que les métayers sont dans une situation intermédiaire entre celle des salariés proprement dits et celle des fermiers. Toutefois, à la différence de ces derniers, ils ne sont pas libres de leur exploitation : ils restent dans une dépendance assez étroite des propriétaires, qui permet de demander à ceux-ci des sacrifices analogues à ceux qui sont réclamés des patrons pour leurs ouvriers.

Facultativement, peuvent rentrer dans l'assurance les fermiers, cultivateurs, petits patrons de la ville ou des champs. Ils sont sans doute en état d'épargner et peuvent, par suite, s'assurer ou non, comme bon leur semble, contre les risques de l'avenir. Mais le rendement de leur industrie peut péricliter, ou être réduit, parfois même devenir déficitaire. Aussi, lorsque leur revenu annuel est inférieur à 10.000 francs, peuvent-ils réclamer facultativement le bénéfice de l'assurance sociale. Mais les conditions d'admission sont limitatives : ils doivent être âgés de moins de trente ans et exempts de toute maladie ou invalidité, susceptible d'élever leur morbidité.

Toutefois, pour récompenser en quelque sorte l'esprit de prévoyance, seront admis sans condition d'âge ou de santé, sous réserve de demander leur inscription dans l'année qui suivra la mise en pratique de la loi, les assurés facultatifs de la loi des retraites de 1910.

De leur côté, les assurés obligatoires de la nouvelle loi seront admis sans conditions d'âge, ou de santé.

« L'obligation, dit l'exposé des motifs, comporte « réciprocité : tous ceux qui réunissent les conditions « ci-dessus précisées doivent trouver, dans l'admis« sion au bénéfice de l'assurance, un apaisement à « leurs préoccupations d'avenir. S'il en est qui soient « déjà atteints par la maladie, n'est-ce pas pour « eux que l'assurance est la plus nécessaire ? »

Sans doute, pourrait-on craindre les répercussions financières qui résulteront de cette absence de restriction. Mais il convient de remarquer que l'obligation a pour effet d'incorporer dans l'assurance la totalité des personnes qui se trouvent remplir les conditions générales fixées, quels que soient leur âge, leur état de santé, leur situation de famille, leur salaire ; il en résulte que les assurés obligatoires comportent dans l'ensemble des risques qui s'équilibrent ; la loi des grands nombres permet d'établir des moyennes qui autorisent une évaluation des charges aussi précises que possible.

Une fois assurés, obligatoires et facultatifs bénéficient des mêmes avantages.

Les ressources de l'assurance sont tirées des versements égaux des assurés et des employeurs et des subventions de l'État. Il est faux de croire, comme certains l'ont déjà écrit, que l'État intervient, pour un tiers, dans le versement des cotisations : il ne participe que pour des bonifications que nous étudierons plus loin.

Les cotisations dues respectivement par les assurés et les employeurs sont fixées à 5 % des salaires moyens.

Pour faciliter les classements, comme pour redresser certaines inégalités sociales, le projet prévoit le groupement des assurés en six catégories.

Il apparaît inique et techniquement impraticable d'uniformiser les cotisations : à une femme qui touche un salaire d'appoint de 4 ou 5 francs et à un ouvrier qualifié qui gagne 30 fr. par jour, il est impossible de demander un sacrifice identique. On ne peut, par contre, envisager que les prélèvements soient rigoureusement proportionnels aux salaires perçus sans provoquer, dans la pratique, des complications administratives et des difficultés comptables à peu près inextricables. Les salaires des ouvriers se modifient sans cesse ; on ne peut en suivre au jour le jour les multiples et insensibles variations pour y proportionner avec une exacte rigueur les cotisations d'assurances.

Les assurés sont rangés, suivant leur salaire, ou revenu, en six classes. Dans la première, sont placés ceux dont le salaire annuel est inférieur à 1200 fr. ; dans la seconde, ceux qui ont un salaire de 1.200 à 2.400 fr. ; dans la troisième, 2.400 à 4.000 ; dans la quatrième, 4.000 à 6.000 ; dans la cinquième, 6.000 à 8.000 ; dans la sixième 8.000 à 10.000 fr.

Les cotisations étant du 5 % des salaires, seront donc respectivement de 45, 90, 160, 250, 350 et 450 francs.

A la base du système est établi le précompte, effectué sur le salaire de l'assuré, lors de chaque paye, par le patron qui l'a occupé, au cours de la période précédente. Le versement est effectué par le patron seul et, si l'ouvrier proteste contre un prélèvement, qu'il estime indu, c'est à la caisse de l'assurance, qu'il aura recours et celle-ci exercera, s'il y a lieu, un recours contre le patron.

Ainsi se trouvent supprimées les cartes, les timbres, et autres formalités administratives, qui avaient paralysé l'extension de la loi sur les retraites ouvrières et paysannes.

Disons enfin, à propos de ce chapitre que, comme prime à la natalité, l'ouvrier paye la même prime, qu'il soit célibataire ou chef de famille.

(A suivre) Dr Paul Boudin.

II

Influence de l'assurance obligatoire sur la profession médicale.

(*Suite*).

Ce n'est ni le moment ni l'endroit où puisse être donnée l'histoire de l'introduction de l'A. M. en Alsace, exposé qui logiquement devait précéder l'analyse de l'expérience alsacienne en cette matière. Il suffira de dire que nos provinces furent soumises à la législation sociale de l'Empire allemand, généralisant l'assurance, sous les mêmes conditions que les médecins allemands : le Corps médical n'avait pas été consulté sur l'organisation de ces lois ; peu organisé lui-même, il fut soumis à une dure et longue épreuve, dont notre état actuel porte maintes traces. Il sera utile d'entendre la voix de ceux qui ont vécu ces temps « d'esclavage médical » au service des « potentats des caisses », comme ils disent ; leçon d'autant plus précieuse que le même sort est certainement réservé au Corps médical français si l'institution — encore problématique — que propose M. Vincent ne le trouve pas bien organisé et discipliné, défendant ses intérêts avec intelligence et habileté.

En effet, les caisses d'assurance-maladie, placées en face d'individualités médicales sans esprit collectif et soumises à la dure nécessité de vivre, trouvèrent le travail médical à des prix dérisoires. Ce n'est qu'après de longs et patients efforts que les médecins, groupés enfin en des organisations de plus en plus puissantes, purent leur tenir tête, dans une certaine mesure ; ils firent des progrès lents et appréciables, employant toutes les armes de la lutte professionnelle, mais ils reviennent de si loin que très souvent ils ne se rendent plus compte aujourd'hui de ce que la situation actuelle contient encore d'indignité. Un pas immense a été fait après le retour de l'Alsace à la France, par l'établissement des syndicats alsaciens et leur groupement dans la Fédération des Syndicats médicaux d'Alsace, comprenant plus de 95 % des médecins des deux départements. Les promoteurs de cette dernière étape d'organisation ont tiré profit, avec une grande habileté, de toutes les chances du changement de régime ; ils n'ont pas tardé de réaliser le contrat collectif et le libre choix pour toute l'étendue de l'assurance sociale. Pour nous, progrès immense ; pour la totalité des médecins français, placés demain peut-être, ou après-demain plutôt, car le projet Vincent ne sera pas de réalisation facile — moissons de leçons précieuses. Chacun les exposera, certes, selon son tempérament, selon ses conceptions professionnelles qui lui seront personnelles. Je m'efforcerai de me tenir très près des faits.

Autant la défense médicale avait été d'abord insuffisante sinon inexistante, autant elle a été dans la suite lente à s'organiser et hésitante dans des questions de principe : la politique des caisses, organes de l'assurance, n'en a été que plus nette et coordonnée dans son acharnement à vouloir obtenir du médecin le maximum de rendement, avec une rétribution minima. Elles ne tardèrent pas à former des groupements syndicaux, se communiquant leurs expériences ; il faut avoir lu la riche documentation de leurs revues d'intérêts corporatifs pour ne plus s'étonner comment elles ont pu mater « leur petit médecin ». En somme, la qualité effective du travail médical fourni — et surtout son niveau moral — leur importe peu : pourvu que les « soins médicaux gratuits » soient fournis à bon marché. Les représentants du « patron-tyran » et des groupements politiques avancés qui sont réunis dans les « Comités directeurs » ne se distinguent nullement dans cet acharnement antimédical ; on a quelquefois l'impression que ces derniers sont souvent plus durs et plus farouches, voyant un « bourgeois » détestable dans le médecin, l'accusant d'esprit antisocial lorsqu'il défend ses légitimes intérêts. Ils ont trouvé dans le Corps médical quelques alliés conscients ou inconscients ; la tentation est trop grande....

Prenons l'exemple d'une caisse générale, réunissant dans une ville de près de cent mille âmes le chiffre respectable de 18.500 assurés ; avec le traitement de leurs familles, ses médecins ont donc charge de bien 30.000 personnes. D'après son bilan de 1919, ses revenus globaux étaient de 1.568.721 francs, représentant la cotisation moyenne de fr. 84,12 par

CURE MARINE avec pension pour enfants et adultes, dirigée par Confrère membre du Concours

BAINS CHAUDS D'EAU DE MER · HÉLIOTHÉRAPIE · PHYSIOTHÉRAPIE

Villa Saint-Louis et Saint-Michel, à DONVILLE-LES-BAINS (Manche)

SAVONS ANTISEPTIQUES VIGIER

HYGIÉNIQUES & MÉDICAMENTEUX

SAVON doux ou pur, **S.** hygiénique **S.** surgras au Beurre de cacao, **S.** à la glycérine (*pour le visage, la poitrine, le cou etc.*), **S.** Panama, **S.** Panama et Goudron, **S.** Naphtol soufré **S.** Goudron et Naphtol *pour les soins de la chevelure de la barbe, pellicules, séborrhée, alopécie maladies cutanées.* **S.** Sublimé, **S.** Phéniqué, **S.** Boriqué, **S.** Créoline, **S.** Eucalyptus, **S.** Eucalyptol, **S.** Résorcine, **S.** Salicyle, **S.** Salol, **S.** au Solvéol, **S.** Sulfate de cuivre, **S.** Thymol (*accouchements, anthrax, rougeole, scarlatine, variole*, etc.). **S** au Pétrole contre *la gale, parasites.*

SAVON à l'Ichthyol, **S.** Panama et Ichthyol, **S.** Sulfureux, **S.** à l'huile de Cade, **S.** Goudron, **S.** Boraté. Goudron boriqué, **S.** Iodé à 5 o/o d'iode, **S.** Mercuriel à 33 o/o de mercure, **S.** au Tannoforme contre *les sueurs,* **S.** à l'huile de Chaulmoogra, contre *la lèpre, le psoriasis,* **S. B.** du Pérou et pétrole, *gale, parasites.*

Pharmacie VIGIER, 12, boulevard Bonne-Nouvelle, Paris

Injections mercurielles solubles, hypertoniques, indolores, intra-musculaires de VIGIER

AMPOULES AU BENZOATE DE MERCURE INDOLORES VIGIER

Solution aqueuse saccharosée à **0** gr. **01** et à **0** gr. **02** de Benzoate d'Hg. par cent. cube

AMPOULES AU BI-IODURE DE MERCURE INDOLORES VIGIER

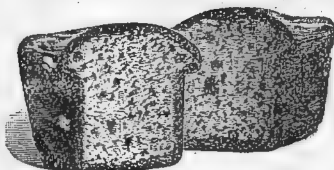
Solution aqueuse saccharosée à **0** gr. **01** et à **0** gr. **02** de Biiodure d'Hg. par cent. cube

TRAITEMENT MERCURIEL INTENSIF DE LA SYPHILIS

par les **SUPPOSITOIRES MERCURIELS VIGIER**, *à 1, 2, 3 et 4 centigr. de mercure*

PHARMACIE VIGIER-HUERRE, 12, BOULEVARD BONNE-NOUVELLE, PARIS

(2)



DIABETE

PAIN FOUGERON

AVEC MIE — FRAIS — EXQUIS

37, rue du Rocher. — **PARIS**

TÉLÉPHONE 444

PRODUITS PHYSIOLOGIQUES

A. DE MONTCOURT

49, Avenue Victor-Hugo, BOULOGNE-PARIS

EXTRAIT Gstrique **MONCOUR**	**EXTRAIT** Hépatique **MONCOUR**	**EXTRAIT** Pancréatique **MONCOUR**	**EXTRAIT** Entéro-Pancréatique **MONCOUR**	**EXTRAIT** Intestinal **MONCOUR**
Hypopepsie	Maladies du Foie Diabète par anhépathie	Diabète par hyperhépathie	Affections Intestinales Troubles dyspeptiques	Constipation Entérite muco-membraneuse
En sphérulines dosées à 0 gr. 125	*En sphérulines dosées à 30 c/gr. en doses de 12 gr.* *En suppositoires dosés à 3 gr.*	*En sphérulines dosées à 20 c/gr.* *En suppositoires dosés à 1 gr.*	*En sphérulines dosées à 25 c/gr.*	*En sphérulines dosées à 30 c/gr.*
De 4 à 16 sphérulines par jour.	De 4 à 16 sphérulines par jour. De 1 à 4 suppositoires par jour.	De 2 à 10 sphérulines par jour. De 1 à 2 suppositoires par jour.	De 1 à 4 sphérulines par jour.	De 2 à 6 sphéruline par jour.
EXTRAIT de Bile **MONCOUR**	**EXTRAIT** Rénal **MONCOUR**	**CORPS** Thyroïde **MONCOUR**	**POUDRE** Ovarienne **MONCOUR**	**AUTRES** Préparations **MONCOUR**
Coliques hépatiques Lithiase Ictère par rétention	Insuffisance rénale Albuminurie Néphrites, Urémie	Myxœdème, Obésité Arrêt de Croissance Fibrômes	Aménorrhée Dysménorrhée Ménopause Neurasthénie féminine	**Extrait de Muscle lisse** **Extrait de Muscle strié** **Moelle osseuse** **Myocardine** **Poudre surrénale** **Thymus, etc., etc**
En sphérulines dosées à 10 c/gr.	*En sphérulines dosées à 15 c/gr.*	*En bonbons dosés à 5 c/gr.* *En sphérulines dosées à 35 c/gr.*	*En sphérulines dosées à 20 c/gr.*	
De 2 à 6 sphérulines par jour.	De 2 à 16 sphérulines par jour.	De 1 à 4 bonbons p. j. De 1 à 6 sphérulines p. j.	De 1 à 3 sphérulines par jour.	

Toutes ces préparations ont été expérimentées dans les Hôpitaux de Paris. Elles ne se délivrent que sur prescription médicale.

assuré. Elle payait à ses médecins fr. 10,50 ; la somme de fr. 183.315 ainsi versée représentait 11,3 % de ses revenus. Comparons le pourcentage respectif des autres dépenses de la caisse ;

Dépenses de pharmacie........	11, 9 %
Frais d'hospitalisation........	10, %
Allocations de chômage.......	19, 5 %
Frais d'administration........	7,5 %
Placements de capitaux (compensation de déficits antérieurs etc.)................	31,2 %

Ce dernier chiffre, représentant la somme de fr. 490.037 francs, ne doit-il pas nous remplir de stupéfaction... et d'admiration ? Pouvoir combler en un an les déficits des années de guerre, en continuant à faire donner aux assurés les soins médicaux à un tarif dérisoire, représentant un vrai anachronisme dans la situation économique de l'époque ! Les médecins, malgré de vaillants efforts, n'ont obtenu une légère amélioration que l'année suivante. Pour confirmer les conclusions de cet exemple, je dirai que le pourcentage de la part attribuée aux soins médicaux oscille toujours entre 10 et 12 % des recettes de la caisse ; les statistiques fournies par les caisses doivent être interprétées avec prudence, car pour grossir le chiffre des « soins médicaux » on y englobe les frais de traitements dentaires, ceux du médecin de contrôle, etc. On peut estimer que notre part au budget des caisses, pour représenter la totalité du travail médical dignement rétribué, devrait être de 22 à 25 % environ des dépenses ; ce chiffre, si je ne me trompe, a même été consacré par un arbitrage allemand.

En lisant les données de statistique que je viens de citer, il semble possible d'élever à ce juste niveau la part du médecin ; si les caisses voulaient y consentir, les médecins offrant de leur côté les garanties nécessaires contre tous abus, les intérêts des assurés seraient mieux gardés qu'avec le régime actuel. En effet, il faut avoir entendu le mépris avec lequel ils parlent du « médecin de caisse », quand ils le quittent pour consulter un confrère non affilié à la caisse ; quelquefois on distingue dans leur ton une sorte d'indulgente compréhension quand ils veulent tenir compte de ce qu'ils le savent mal payé par la caisse. Comme si notre travail devait être tellement proportionné à sa rémunération matérielle ! Il faut s'être vu offrir un « pourboire » par un assuré voulant ajouter de ses deniers à la rétribution de la caisse « pour être bien examiné » ; il faut sentir toute cette pitié du travail médical pour gagner cette certitude : *la situation morale du médecin, aux yeux du grand public, ne peut qu'être amoindrie par l'assurance réalisée avec tant d'imperfections*. L'assuré, très souvent, a l'impression de ne recevoir que de la « médecine au rabais »; volontiers, quand il le peut, il s'adresse à des médecins non affiliés aux caisses ou devient victime du charlatanisme. Entre le médecin et les malades assurés, on chercherait en vain, souvent, ce lien moral impondérable, qui fait toute la beauté du rôle du vieux « médecin de famille », qui lui donne son importance sociale. On est navré de voir la hâte qu'ont les assurés de changer de médecin aussitôt que les règlements de la caisse, basés sur le libre choix, le leur permettent.

Ne recherchons pas, pour le moment, les origines de ces suites regrettables de notre système et voyons d'abord les détails du travail médical tel qu'il s'exerce après les améliorations réalisées par la Fédération des Syndicats médicaux d'Alsace.

Le contrat collectif et le principe du libre choix, réalisés sur toute la ligne, ont amené des modifications heureuses sous beaucoup de rapports. Ce qui avait fait la force des caisses, la sous-enchère médicale qui s'offrait à elles, était arrêté ; l'autorité du syndicat surveille tout le travail médical, la collectivité seule existe vis-à-vis de tiers. Les caisses, d'autre part, ont emporté un succès sur un point important : les Syndicats ont dû accepter la rétribution globale, « au forfait », pour la majeurs partie des caisses ; pour la minorité des caisses payant « à la vacation », le tarif accepté était si bas que le plus souvent la « dépense forfaitaire » des autres caisses n'est pas dépassée.

La politique syndicale, reconnaissant très justement dans la « vacation » le mode de rétribution le plus équitable du travail médical, a réalisé celle-ci même « à l'intérieur du forfait ». Les décomptes sont établis alors à la vacation d'après un système de points ou au tarif de la S. A., les vacations subissent la réduction proportionnelle nécessitée par la différence entre le forfait global et les vacations portées en compte. Il arrive ainsi, comme je l'ai vu récemment, que pour une consultation donnée à un assuré d'une caisse d'une autre ville, il vous soit versé la somme de fr. 1,76. — Un mode de rétribution extrêmement condamnable se rencontre encore dans de rares syndicats : le médecin touche un coupon forfaitaire trimestriel, l'obligeant à faire tout le travail ordinaire (consultations et visites) pendant trois mois, à moins qu'il ne survienne chez son malade une complication ou une nouvelle maladie pour laquelle il l'adressera à un spécialiste. Celui-ci, contre un coupon semblable, aura pour trois mois la même obligation dans le domaine de sa spécialité. Actuellement, dans notre ville, ce coupon trimestriel vaut entre 10 et 11 francs pour le médecin praticien et de 8 à 9 francs pour le spécialiste. Ces énormités se passent de commentaires et l'on m'en voudrait d'exposer plus longuement les abus attristants auxquels mène ce système. Prendre l'obligation de soigner un être humain pendant trois mois, quoi qu'il lui arrive, à raison de dix francs, voici un contrat de travail qui est unique dans la vie économique !

Le tarif de la F. S. A. pour assurés des caisses et servant de base pour les contrats « à la vacation », compte la consultation à 3 fr. et la visite à 5 fr. Je me borne à citer les chiffres correspondants à quel-

ques interventions : anesthésie générale à l'éther ou au chloroforme 20 fr. ; anesthésie de courte durée, au kélène 10 fr. ; saignée 10 fr. ; ponction lombaire, pleurale, vésicale 20 fr. ; extraction de corps étrangers de la peau 5 fr., de la profondeur de la main ou du pied, des muscles 10 fr. ; pansement plâtré 10-30 francs ; suture simple 5 fr. ; suture tendineuse 15 fr. ; incision d'abcès superficiels 5 fr., abcès profond 15 fr. ; opération de l'appendicite ou autre laparotomie d'urgence 75 fr. ; empyème avec résection costale 50 fr. ; trachéotomie d'urgence 50 fr. ; fracture du radius 10 fr., de la jambe, etc. 20 fr. ; réduction de l'épaule luxée 20 fr. ; forceps 40 fr. ; version podalique 40 fr. ; opération césarienne 60 fr. ; glaucome 100 fr. ; cataracte 150 fr. ; trépanation mastoïdienne 75 fr. ; cure antisyphilitique combinée 50-75 fr., etc.

Le tarif pour spécialistes leur attribue 10 fr. pour la première consultation ou visite et 6 fr. pour les suivantes ; en règle, il ne pourra être porté en compte plus de 13 consultations ou visites par trimestre. Pour quelques interventions, le tarif des gynécologues, accoucheurs, oto-rhino-laryngologistes, oculistes et dermatologistes est plus élevé de 20 % environ sur le tarif des praticiens.

Certains syndicats, « pour réprimer des abus », ajoutent à ce tarif déjà infiniment critiquable des restrictions draconiennes : par exemple, ne sont pas rétribuées les anesthésies générales faites par le médecin même qui procède à l'intervention opératoire. Pour réduire une luxation de l'épaule, il faudrait appeler un confrère qui pour son rendez-vous à heure fixe et son anesthésie touchera 10 fr. ! D'autres syndicats ne rétribuent pas les « petites interventions » cotées au-dessous de 20 ou 30 fr., parce que des confrères avaient « abusé ». Enfin les chiffres de ce tarif sont souvent réduits par les nécessités du forfait : pour les spécialistes de notre ville, cette réduction est actuellement de 46 % environ. La laparotomie est donc payée 40 à 50 fr. !

L'indemnité kilométrique, pour les caisses à vacation, est de fr. 2 par kilomètre de distance (comptée du domicile du malade à celui du médecin le plus rapproché). Les caisses « à forfait » versent aux syndicats 1 fr. par membre assuré dans les grandes villes, les caisses rurales s'en tirent à 3 fr.

Pour le traitement des familles des assurés, la rétribution, dans les différents contrats, est établie proportionnelle à celle des assurés.

On se demandera avec stupéfaction comment les médecins alsaciens peuvent vivre quand pour 60 à 70 % de la clientèle totale ils sont rétribués à un taux si dérisoire. Nous expliquerons ceci dans la suite par le nombre relativement réduit des médecins, par la dilution du travail médical due à l'abus que fait l'assuré de l'institution de prévoyance et enfin par l'esprit même de l'assurance et des syndicats qui attribuent les grandes interventions à l'hôpital.

(*A suivre*). Dr P. Specklin, (Mulhouse).

LA VIE SYNDICALE ET PROFESSIONNELLE

I

La loi des Pensions et le Corps médical.

Nous extrayons d'un remarquable article du Dr Helme, paru dans la Presse médicale *du 14 mai dernier, les passages suivants, particulièrement bien pensés.*

N. D. L. R.

....

Mais vous pensez bien que l'Etat centralisateur ne laissera pas bénévolement limiter son pouvoir souverain ; le conflit entre lui et nous n'est en somme qu'une première étape de cette défense prévue, inévitable. Or, c'est nous qui devons avoir le dernier mot. Voici pourquoi : Demain, tous les Français devront être assurés contre la maladie. Quand je dis tous, j'entends tous ceux dont le revenu ou le salaire ne dépasseront pas 10.000 francs (1). Si nous nous laissons *imposer* aujourd'hui un tarif à propos des mutilés, il faudra *subir* demain celui que l'Etat, d'accord avec les grands financiers, voudra bien nous fixer pour l'assurance-maladie. Et alors, adieu nos libertés, finie la clientèle ! Nous ne serons pas esclaves, certes, mais fonctionnaires. Est-ce cela, que vous voulez, confrères ? Notez que le système existe déjà en Allemagne, où cependant l'on n'assure que les individus dont le salaire ou le revenu sont inférieurs à 3.000 francs. Eh bien, la situation est si précaire, l'exercice de notre art tellement faussé, que les malades consciencieux, ou mieux, qui désirent avoir une bonne consultation, sont contraints de donner, en supplément à leur médecin, un « *trinkgeld* autrement dit le pourboire ! M. le Dr Batier, de Strasbourg, vient de prononcer, à ce propos, le mot de *catastrophe* ; je dis, moi : Pauvre, pauvre médecine !...

D'accord ! penserez-vous, mais n'empêche que nous n'avons pas l'opinion pour nous. D'abord, elle n'est pas infaillible ; ne la voyons-nous pas quelquefois se détourner de la fille mal vêtue, dans le moment même où elle acclame la courtisane aux beaux atours. Et puis, que voulez-vous, nos moyens de propagande sont-ils comparables à ceux des Pouvoirs publics ? Il n'en reste pas moins que nous ne faisons que défendre nos droits contre l'absorption de l'Etat ; et si les autres professions libérales comprenaient leurs intérêts, — ce qu'elles n'ont d'ailleurs jamais fait, — c'est autour de nous qu'elles se rangeraient.

On dit que le Syndicat est une arme bien brutale, un mode de groupement imprévu chez les médecins. A cela je répondrai que ce mode dure depuis quarante-deux ans, qu'il a été traversé par maints avatars et que cependant il est toujours là avec ses 15.000 cotisants. N'est-ce pas parce qu'il a sa raison d'être ? Et puis, et puis, si nous estimons le présent moins bien que le passé, nous ne pouvons tout de

AVIS

I

Stations thermales
Stations d'altitude.

Nos lecteurs qui désirent voir leur nom figurer dans les listes que nous publierons prochainement sont priés de nous en informer.

II

Envois de fonds.

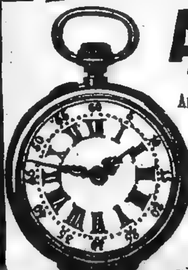
Pour l'envoi des abonnements et des cotisations aux filiales, nous rappelons que le moyen le plus pratique et le plus économique est le versement au compte de chèques postaux dont voici les nos :

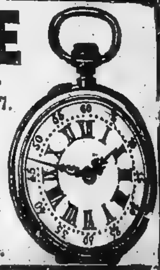
Concours Médical, Paris, 167-95.

Sou Médical, Paris 182-31.

Mutualité Familiale Paris, 182-32.

Caisse des pensions de retraites du Corps médical français. Paris, 271-46.





même pas avoir la prétention d'avoir trouvé la perfection, bref, la solution définitive où il n'y a rien à reprendre !

On nous reproche enfin notre attitude, « où la violence le dispute à l'intransigeance ». Mais dites donc, qui a commencé ? Comment ! pendant deux années nous soignons « gracieusement » les blessés de guerre et l'on ose nous traiter de mercantis ? Nous le sommes si peu que nous restons prêts à les soigner demain comme hier, car il est bien entendu qu'en aucun cas le mutilé, qui souvent nous doit la vie, ne sera abandonné par nous. Jamais il n'aura à souffrir de nos discussions, non jamais, jamais !

Quant à accepter les tarifs imposés par le Conseil d'Etat, qui n'a aucune compétence pour apprécier l'acte médical, cela, nous ne le pouvons, ni ne devons. Mieux vaut cent fois faire notre devoir désintéressé que de toucher des honoraires fixés au hasard, sans discussion, comme le voulait la loi. En résumé, le Corps médical peut tout accepter quand on fait appel à son cœur ; mais il repousse énergiquement les charges qu'on veut lui imposer. Conclusions : Si le ministre désire mettre fin au conflit, cela lui est facile : Il n'a qu'à nous recevoir, cette fois lui-même, à nous écouter et à nous faire confiance. Ainsi soit-il !

F. Helme.

II

Union des Syndicats médicaux de France.

Paris, le 13 *mai* 1921.

Monsieur le Directeur,

Les journaux ont publié, ce matin, une note officieuse, de laquelle il résulterait que le corps médical sur la proposition de M. le Dr Chauveau, sénateur, s'est mis d'accord, hier, avec le ministre des Pensions, pour régler le différend qui sépare celui-ci du corps médical.

Cette information est inexacte. L'Union des Syndicats médicaux de France, qui compte 14.780 médecins adhérents, a refusé d'accepter les conditions de M. Maginot, et ses représentants ont quitté la salle de la conférence.

Comptant sur votre désir d'impartialité et sur le souci que vous avez de renseigner exactement le public, je vous prie, M. le Directeur, de bien vouloir publier, demain, dans votre journal, la note ci-dessous pour rétablir la vérité.

Le secrétaire général,
Dr Lafontaine.

Note.

Un communiqué paru, ce matin, dans la Presse, laisse entendre que le corps médical serait disposé à accepter, pour mettre fin au différend qui sépare l'administration des Pensions et les médecins, le tarif du 9 mars 1921.

Cette information est inexacte ; les représentants de l'Union des Syndicats médicaux de France, à la conférence qui s'est tenue hier, au ministère des Pensions, ont refusé de reprendre les pourparlers sur ces bases et ont quitté la salle.

L'Union des Syndicats médicaux n'accepte donc pas le tarif Maginot, et, forte de ses 14.780 adhérents, déclare qu'elle continue la campagne.

D'autre part, elle ne saurait accepter que la conférence réunie hier, et dont les éléments ont été désignés par M. Maginot, suivant son gré, puisse être un organe utile pour l'entente.

III

Syndicat des médecins de Marseille.

Ainsi que nous l'indiquons d'autre part, le Syndicat des médecins de Marseille et arrondissement, dans le référendum voté par la dernière assemblée générale, a décidé à la majorité absolue, de suivre la tactique de l'Union des Syndicats et de méconnaître le tarif Maginot.

Ce tarif, en effet, ne comporte aucune organisation de soins, aucun contrôle, établit cinq catégories de médecins, supprime le libre choix par l'envoi systématique des malades à l'hôpital, ne prévoit pas les soins des chirurgiens et des spécialistes.

Dorénavant donc, tout confrère se conformant à la décision de l'Union, ne remplira plus de carnet aux bénéficiaires de la loi, se fera payer ses honoraires suivant le tarif syndical, délivrant un reçu chaque fois, et établissant son ordonnance sur son papier personnel. Si le mutilé n'est pas en état de le régler, il le soignera quand même en lui donnant sa note pour la visite ou la consultation due, note dont il gardera soigneusement copie. Les reçus seront timbrés, les certificats demandés par les ayants droit, établis sur papier timbré.

Nos confrères sont priés d'adresser au Syndicat leurs notes arrêtées au 1er avril 1921, en taxant leurs consultations au cabinet, à dater du 10 mars, à la somme de huit francs, au lieu de neuf. Pour tous renseignements complémentaires, venir au Syndicat.

Le Conseil.

HYGIÈNE PUBLIQUE

La Révision de la charte française d'hygiène

(*Suite*) (1).

Par le Dr René Martial.

CHAPITRE X

Hygiène administrative. Organisme central : le Ministère.

Nous avons vu ce que devraient être la prophylaxie à l'intérieur, celle aux frontières, puis l'hygiène technique. Il nous reste maintenant à examiner ce que devrait être l'hygiène administrative, c'est-à-

(1) Voir *Concours Médical*, nos 7, 8, 9, 10, 12, 14 et 16.

dire le squelette sur lequel ou dans lequel viennent prendre place tous les muscles et organes dont nous avons essayé de démontrer la nécessaire existence.

Squelette n'est pas assez dire — système nerveux central aussi et système nerveux périphérique — puisque nous venons de parcourir les divers territoires qu'il innervera.

Cette hygiène administrative comporte la refonte totale du ministère de l'hygiène qui, jusqu'ici, a surtout ressemblé à un embryon assez mal constitué. Il importe cette fois de faire quelque chose de complet, d'actif, de vivant, d'utile. Ces adjectifs n'ont-ils pas une allure par trop révolutionnaire ?

***

Le ministre : il doit être un administrateur très entraîné aux choses de la médecine et de l'hygiène, et non un politicien. Entrons-nous déjà dans le royaume d'utopie ? Son ministère comporte deux branches principales : l'assistance et l'hygiène. L'assistance ne nous intéresse pas ici et nous la laissons de côté. L'hygiène comporte quatre directions : prophylaxie à l'intérieur et désinfection ; prophylaxie aux frontières, transports et désinfection ; hygiène technique (scolaire, industrielle, urbaine, rurale, etc.), et hygiène administrative (législation, personnel, budget, statistique). Chacune de ces directions assure, en collaboration étroite avec les trois autres, le fonctionnement des divers organes sanitaires. Le ministère de l'agriculture et celui des travaux publics perdent toute compétence en hygiène. Celle-ci va à la direction de l'hygiène technique. Cela découle logiquement de ce que nous avons exposé aux chapitres précédents. La même direction absorbe l'enseignement de l'hygiène dans la proportion où nous l'avons indiqué au chapitre V. L'hygiène vétérinaire rentre dans la même direction.

Mais, le ministère du travail, dont le personnel a onné depuis déjà longtemps des preuves multipliées de sa compétence en hygiène, garde l'hygiène industrielle et ouvrière, en liaison toutefois avec le ministère de l'hygiène par son corps d'inspecteurs et d'inspectrices du travail. Les industries insalubres, dangereuses et incommodes sont retirées au ministère du commerce et données à celui du travail en collaboration avec celui de l'hygiène.

La direction de la prophylaxie à l'intérieur reçoit, en outre de ses attributions naturelles : la lutte antituberculeuse, la lutte anti-alcoolique, la réforme de la prostitution, et fait liaison avec le service de santé militaire du ministère de la guerre, en ce qui concerne la prophylaxie.

La Direction de la prophylaxie aux frontières s'occupe, en outre de ses attributions de définition, de la question des émigrants et de l'hygiène navale civile — laquelle, n'existant nulle part, est ainsi créée. Elle assure la liaison avec le service de santé de la marine militaire qui demeure au ministère de la marine.

Enfin, la direction de l'hygiène administrative s'occupe de toutes les questions de législation sanitaire, du personnel médical et subalterne, du contentieux, du budget de l'hygiène et de la statistique à laquelle une large place doit être donnée en raison de l'importance des vues qu'elle donne sur la sociologie, sur l'hygiène, la prophylaxie et le rendement économique de l'hygiène.

Le Conseil supérieur d'hygiène de France subsiste, parce que c'est dans son sein que fusionneront les quatre directions, plus celles des ministères de la guerre, de la marine, des colonies, du travail et de l'instruction publique. Il se compose de deux techniciens de chacune de ces directions et de deux hygiénistes choisis parmi les membres de la section d'hygiène de l'Académie de médecine, de quatre hygiénistes régionaux ; il comporte, en outre, six membres médecins désignés par l'Union des Syndicats médicaux de France, soit en tout trente membres. Le rapporteur du Conseil varie suivant les questions traitées en séance. Le ministre est le président dudit conseil, mais il est suppléé par un vice-président élu par ses membres, chaque année.

Le conseil assure la liaison de tous les organes sanitaires français, et, dans certains cas, étrangers, étudie et modifie les projets de textes de lois, intervient dans les questions techniques comme arbitre, donne tous avis et formule toutes propositions qui lui semblent utiles.

Le comité technique disparaît. Mais son laboratoire subsiste et son rôle principal sera le contrôle permanent et méthodique des sources, ainsi que la protection des cours d'eau, sous la haute direction du vice-président du conseil supérieur.

Le ministre aura, d'ailleurs, également à sa disposition les laboratoires des facultés de médecine, des instituts Pasteur, des facultés des sciences, etc.

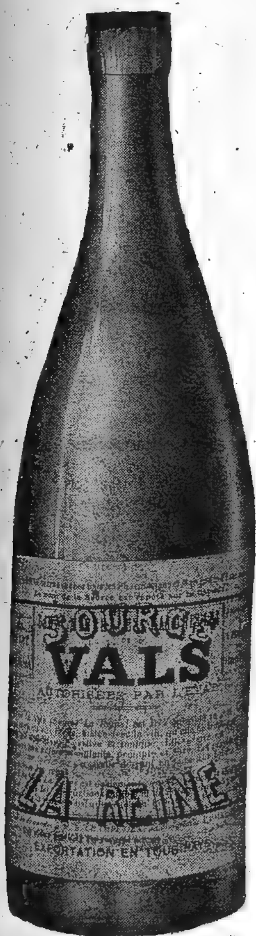
Si le ministre doit être un administrateur, trois de ses directeurs : prophylaxie à l'intérieur, prophylaxie aux frontières et hygiène technique, doivent en revanche être des médecins. — Le quatrième, un juriste doublé d'un financier.

CHAPITRE XI

Hygiène administrative. Organisation territoriale.

Pendant trois ans de la guerre, j'ai eu l'honneur d'être adjoint technique, j'ai exercé dans une direction départementale et des directions municipales. Il n'y a pas de doute que l'activité des adjoints techniques a été extrêmement féconde en résultats prophylactiques et hygiéniques, et ce, pour deux raisons : la première, c'est que nous jouissions d'une liberté d'action et de mouvement qu'aucun hygiéniste n'a connue ni avant, ni depuis la guerre ; la seconde, c'est que, dans la plupart des cas, les décisions prises étaient appliquées. Pas toujours sans lutte, il est vrai, mais le plus souvent appliquées, sauf à la fin de la guerre et pendant l'armistice, où l'épidémie de grippe, coïncidant avec la désorganisation du service de santé militaire, et avec une lassitude générale,

VALS SOURCE REINE



TRAITEMENT de

l'ARTHRITISME

et de la DYSPEPSIE

MODE D'ADMINISTRATION

UN VERRE LE MATIN A JEUN,
UN SECOND VERRE AU BOUT D'UNE HEURE SI POSSIBLE,
UN VERRE AVANT LE DÉJEUNER,
UN VERRE AVANT LE DINER,
LE RESTE DE LA BOUTEILLE ÉTANT CONSOMMÉ AU REPAS.

N.-B. — Pour éviter ***les substitutions***
AVOIR SOIN DE BIEN SPÉCIFIER
Vals SOURCE LA REINE

L'Eau de la Reine se trouve dans toutes les pharmacies, chez tous les marchands d'Eaux et dans les dépôts de la Cie fermière de Vichy. On peut également s'adresser à M. **CHAMPETIER** *à* **VALS-LES-BAINS** *(Ardèche).*

VALS SOURCE REINE

on assista à la faillite de toutes les règles de la prophylaxie. Des maîtres, comme les Troussaint, les Vaillard, les Simonin, assuraient à notre action toute son efficacité, et nous parvenions, grâce, aussi, à la discipline militaire, à diriger des régions comptant jusqu'à six et sept départements. Mais, nous ne vivons plus dans l'unité méthodique de la guerre, au contraire, nous nous efforçons péniblement dans le chaos d'une paix incertaine, en butte à de telles difficultés, à un tel désordre, à de telles incompétences, que j'ai abandonné, pour ma part, un département des Régions libérées où j'étais paralysé, et que deux mois après, le premier des hygiénistes français, Calmette quittait le ministère des mêmes régions, en disant son fait au ministre. Les directeurs ou inspecteurs départementaux actuels sont bridés tantôt par le préfet, tantôt par l'administration départementale, tantôt par le Conseil général et les influences politiques locales. Leur initiative pourra toujours être réduite à néant par un simple resserrement budgétaire. Les agents sanitaires supérieurs de l'organisation territoriale doivent donc ressembler davantage aux adjoints techniques qu'aux inspecteurs départementaux. Ils doivent en avoir l'indépendance avec la responsabilité. Toutefois, ni les régions militaires, ni les régions académiques, ni les régions économiques, ni le régionalisme provincial ne me paraissent devoir déterminer les nouvelles régions sanitaires, ni par conséquent le nombre de leurs hygiénistes. Dans le temps de paix, j'estime qu'un groupe de quatre départements au maximum suffira à absorber l'activité d'un hygiéniste compétent. De plus, ce maximum ne doit pas être une règle, et une région sanitaire pourrait très bien ne compter qu'un seul département. Exemples : le département du Nord à lui seul pourrait constituer une région sanitaire. Le Gard, l'Hérault, l'Aude et les Pyrénées-Orientales en feraient une, le Haut-Rhin et le Bas-Rhin, une. C'est-à-dire, que, suivant la densité de la population, l'importance réciproque de l'industrie et de l'agriculture, l'hydrographie, etc., la région sanitaire varierait de un à quatre départements. Dans la Lozère, dans le Cantal, il faudra un hygiéniste specialisé dans l'hygiène rurale, de même, dans l'Orne ou la Sarthe. Dans le Nord, le Pas-de-Calais, il faudra un hygiéniste familiarisé avec les questions ouvrières, sociales, industrielles. Or, un hygiéniste ayant fait ses preuves aura très suffisamment à faire avec le Nord, tandis qu'un autre également éprouvé pourra assumer la tâche de deux, trois et même quatre départements agricoles. Il y a lieu d'éviter la rigidité de la symétrie. La symétrie, désirable parfois et pour certaines questions, n'est pas toujours le fait de l'hygiène, science de synthèse ou plutôt synthèse de sciences adaptable, qui doit être éminemment adaptable au milieu où l'on veut l'implanter. C'est ainsi que j'essaye actuellement d'adapter à la vie musulmane tel ou tel de nos principes européens d'hygiène. Dans telle région française, l'hygiéniste régional devra s'attaquer surtout au problème de l'habitation, dans telle autre, à la lutte antituberculeuse, dans telle autre, à l'hygiène industrielle ; dans l'ensemble des problèmes d'hygiène qui caractérisent une région, il y a toujours un de ces problèmes qui prime les autres et dont la solution détermine celle des autres.

Les Anglais ont fait l'hygiène par le home, les Allemands par la lutte antituberculeuse, les Français ont une tendance à la rendre surtout prophylactique. L'étendue de la région sanitaire devra être subordonnée à la qualité, à la nature de la région.

C'est dans ces conditions que nous nous rallions à l'idée des régions sanitaires civiles, — fort différentes pour leur population, leur vie et leur activité, la diversité même de cette activité — des régions militaires dont l'étendue importe beaucoup moins à cause de l'uniformité de leur vie.

Donc, nous adoptons un nombre *X* de régions. A la tête de chacune, un hygiéniste régional indépendant, ne relevant que du ministre de l'hygiène, mais en liaison obligatoire avec les diverses autorités administratives civiles et militaires de sa région. Cet hygiéniste régional possède des locaux et un personnel statisticien et administratif, un laboratoire avec son personnel technique et subalterne, des moyens de transport. Chaque région est ainsi dotée d'un laboratoire complètement équipé pour toutes les recherches. L'hygiéniste régional est, en même temps, le chef des magasins régionaux (départementaux quand la région ne compte qu'un département) constitués pour approvisionner les postes de désinfection répartis sur le territoire de la région (v. chapitre II, section A, nº 7 du *Concours*), et munis de tous les moyens de grande désinfection : étuves automobiles, etc. Si la région est dotée d'une ou de plusieurs équipes mobiles, ces équipes sont sous les ordres de l'hygiéniste régional quel que soit, d'ailleurs, leur point de stationnement.

Sous ses ordres, l'hygiéniste régional a tous les médecins sanitaires d'arrondissement, agents auxquels doivent aller toutes les déclarations des chefs de famille, pour les maladies contagieuses. Ils sont munis en personnel et en matériel pour la désinfection, renforcés par celui de l'hygiéniste régional.

Hygiéniste d'arrondissement et hygiéniste régional ont, en outre, dans leurs attributions, l'étude et la réalisation de toutes les questions d'hygiène technique que nous avons passées en revue dans les chapitres V, VI, VII, VIII et IX (nº 8, 9, 10, 12 et 14 du *Concours*). Les infirmières d'hygiène sont sous les ordres du médecin sanitaire d'arrondissement et sous l'inspection de l'hygiéniste régional, de même que les infirmières scolaires. Le médecin sanitaire d'arrondissement est en relations étroites, constantes et confraternelles, avec tous les médecins praticiens de son arrondissement, les syndicats départementaux ou régionaux, sont en liaison avec lui et avec l'hygiéniste régional. Le médecin sanitaire d'arrondissement a sous ses ordres une section locale du laboratoire régional munie de l'appareillage suffisant pour assurer quelques recherches rapides de bactériologie clinique.

L'hygiéniste régional est obligatoirement rapporteur de toutes les questions d'hygiène devant le conseil général ou les conseils généraux de sa région, lorsque celui-ci ou ceux-ci ont à voter des fonds. Le médecin sanitaire a la même situation vis-à-vis des conseils d'arrondissement, dans les mêmes circonstances. Autrement, ces assemblées n'ont pas à être consultées.

Aux frontières terrestres, les postes de prophylaxie sont confiés à des médecins d'arrondissement dont le rôle devient plus exclusivement prophylacteur (chapitre III) ; ils sont en relation directe et constante avec le ministère, mais se mettent en relation directe, sans autre procédure, avec les hygiénistes régionaux et d'arrondissement, toutes les fois que cela est nécessaire ou utile.

Aux frontières maritimes, l'organisation existante est transférée à la seconde direction du ministère, mais, tous les médecins sanitaires maritimes deviennent hygiénistes d'Etat, et c'est comme agents sanitaires de l'Etat qu'ils embarquent. Les compagnies de navigation sont simplement mises en demeure de se conformer à la loi, et la vieille doctrine de la sauvegarde sanitaire cédant le pas à l'intérêt commercial disparaît. Les principaux ports des grandes divisions des frontières maritimes sont pourvus de laboratoires comprenant chacun les branches suivantes : bactériologie pathologique, parasitologie humaine, parasitologie animale et parasitologie végétale, de manière à pouvoir non seulement assurer la surveillance des voyageurs et des émigrants, mais aussi celle des animaux importés (épizooties capables de contaminer le cheptel français), et celles des denrées (fruits, graines, légumes, etc.), susceptibles de recéler et d'implanter sur notre territoire des parasites nuisibles à nos plantes agricoles, fruitières, ou forestières. Je me souviens d'avoir visité, à Hambourg, un navire apportant de l'Amérique du Sud, une cargaison de fruits et de graines ; en descendant du navire, je passai dans l'entrepôt spécial, et, de là, dans le laboratoire (à quai, comme l'entrepôt). L'introduction des fruits et graines ne pouvait avoir lieu en Allemagne qu'après recherche, faite sur-le-champ, par le laboratoire,des parasites susceptibles de contaminer les plantations à l'intérieur de l'Allemagne.

Les médecins sanitaires maritimes non embarqués sont affectés suivant le cas aux lazarets, hôpitaux maritimes du littoral, ils sont chargés de la lutte antituberculeuse à terre comme à bord, chez les pêcheurs comme chez les matelots, de la prophylaxie anti-alcoolique, anti-vénérienne dans la population maritime. Comme leurs collègues des frontières terrestres, ils sont en relation directe avec le ministère (2e direction), mais doivent se mettre, spontanément, en relation directe avec les médecins hygiénistes régionaux et d'arrondissement toutes les fois que cela est nécessaire ou utile.

Il serait bon d'établir une possibilité de permutation entre les médecins d'arrondissement et les médecins maritimes à terre ou les médecins des frontières terrestres.

Les arrondissements maritimes prennent le nom de régions maritimes pour ne pas créer de confusions verbales.

Restent les villes. Nous sommes partisan du maintien des bureaux d'hygiène dans les villes (au-dessus de 20.000 habitants comme dans la loi de 1902, le nombre des médecins d'arrondissement leur permettant de faire face à l'hygiène rurale et à celle des agglomérations de moins de 20.000 habitants), mais aussi de leur rattachement à l'Etat. S'il est vrai que quelques grandes villes de France possèdent des bureaux d'hygiène ayant une existence réelle — on pourrait aisément les compter — et une vie active, il est non moins vrai que la très grande majorité des municipalités n'a aucunement souci de la santé puliqque, et que pour elles, l'hygiène et l'hygiéniste, sont de véritables trouble-fêtes. Cela a été dit, écrit des centaines de fois. C'est l'expérience de tous les jours. Il n'y aurait pas davantage d'hygiène, d'ailleurs, avec des fonctionnaires échappant totalement au contrôle du ministre et à celui des autorités techniques compétentes, telles que les membres du conseil supérieur d'hygiène, par exemple.

D'autre part, les budgets municipaux sont incapables de subvenir au traitement d'un hygiéniste compétent, ne faisant pas de clientèle, ainsi qu'aux frais de premier établissement et de fonctionnement des services d'hygiène. Il faut donc que ce soit l'Etat qui assume la charge des Bureaux d'hygiène. Ces bureaux demeurent, techniquement, municipaux mais deviennent, administrativement, d'État.

Suivant l'importance des villes, l'hygiéniste municipal a rang de médecin sanitaire d'arrondissement ou d'hygiéniste régional. Il concentre dans ses mains, la direction de tous les organes municipaux d'hygiène : administration, statistique, laboratoire, désinfection, immeubles, industries, voirie, etc., etc. Il est, auprès du Conseil municipal, le rapporteur obligatoire de toutes les questions touchant à l'hygiène. A la ville, demeure le soin de l'exécution, du vote des finances (au besoin en collaboration avec l'Etat), elle ne peut plus éluder l'exécution des décisions prises.

On a beaucoup parlé de l'organisation spéciale de l'hygiène à Paris. Si l'on admet le principe des hygiénistes d'arrondissement, pourquoi chacun des arrondissements de Paris et du département de la Seine n'aurait-il pas à sa tête un hygiéniste, comme dans toute la France ? Un hygiéniste régional concentrerait les travaux des médecins de Sceaux et de Saint-Denis, quatre autres se partageraient Paris. La fusion et l'unification éventuelle des vues, des propositions, des travaux, se ferait d'une part au Conseil général de la Seine, de l'autre au Conseil municipal de Paris.

Mais, il reste la question des commissions, sans lesquelles on n'ose prendre de décision. Il existe actuellement des commissions municipales d'hygiène, des conseils d'hygiène d'arrondissement et des conseils départementaux. Dans mes souvenirs, je ne me souviens, comme ayant eu un réel esprit de résolution,

que de celui de l'arrondissement de Douai. La raison en était que le sous-préfet d'avant-guerre était un fervent de l'hygiène, ainsi que la plupart des membres. Malheureusement, les délais de recours accordés par la loi aux intéressés étaient tels, et leurs moyens de jurisprudence si nombreux, que l'exécution d'une décision exigeait souvent dix-huit mois et plus. Autrement, partout où j'ai vu fonctionner des commissions d'hygiène, c'était pour enterrer les questions.

Dans un projet récemment soumis à l'Académie de médecine, les commissions reparaissent, encore plus imposantes que dans la loi de 1902. C'est retirer, d'un côté, aux hygiénistes, la puissance qu'on leur offre de l'autre. Si l'on veut réellement faire de la France un pays salubre, si l'on veut réellement préserver notre magnifique race française, ce ne sont pas des commissions qu'il faut, mais seulement des hommes, des hommes de caractère qui ne craignent pas les responsabilités. Encore une fois, mieux vaut une décision imparfaite que l'absence de décision — c'est à l'absence de décision que conduisent les commissions. Conseils et commissons sont d'autant plus dangereux qu'ils comptent davantage de membres. Ils créent la confusion. Ecartons-les donc dans toute la mesure possible et faisons de nos hygiénistes, non pas des diplomates, mais des hommes de caractère. Et nous aurons de l'hygiène.

Et tout d'abord, laissons libre le médecin sanitaire d'arrondissement, cheville ouvrière de la nouvelle loi. Ne lui demandons rien, si nous entravons son initiative par une commission. Il ne manquera pas d'influences pour freiner son ardeur. Il ne saurait aller trop loin sans que l'hygiéniste régional, son chef, intervienne. Les syndicats médicaux seront toujours assez puissants pour le contenir — parfois trop. Laissons-lui donc cette liberté indispensable et faute de laquelle l'hygiène resterait lettre morte en France, après comme avant la révision de la loi de 1902.

L'hygiéniste régional — étant bien entendu que la région est comprise comme nous l'avons définie au début de ce chapitre — peut, en raison de l'importance topographique, géographique, technique et financière, des questions qu'il traite, avoir besoin d'une commission — non pas pour l'entraver — mais pour l'aider. Cette commission ne doit comprendre que des techniciens en petit nombre, quatre ou cinq, avec une proportion égale de représentants des syndicats médicaux de la région. Elle étudie les questions et fait à leur sujet des propositions au ministre (conseil supérieur), qui, après étude, décide. La décision est retournée à l'hygiéniste régional pour exécution.

En matière d'hygiène urbaine, une commission municipale n'est nécessaire que dans les cas où la question d'hygiène à solutionner entraîne une participation du budget municipal. Dans toutes les autres questions, l'hygiéniste applique purement et simplement lois, décrets et règlements.

A Paris, la commission municipale d'hygiène aurait le même rôle.

CHAPITRE XII

Recrutement des hygiénistes.

Jusqu'à présent, l'enseignement de l'hygiène dans les facultés de médecine n'a pas eu la place qui lui revenait parce que ni l'Université ni les étudiants n'en comprenaient l'importance. Aujourd'hui que les esprits ont évolué, on admettra aisément la création d'instituts d'hygiène, à côté des facultés, comme à Strasbourg, ou même en dehors d'elles. Il y en avait un à Mons (Hainaut), dès avant la guerre — qui s'occupait non seulement de former des hygiénistes mais encore d'assurer la propagande et l'enseignement de l'hygiène dans les masses populaires.

L'Institut d'hygiène serait ouvert à tous les docteurs en médecine français désireux d'embrasser l'ingrate carrière d'hygiéniste, aux conditions suivantes : posséder le diplôme de docteur en médecine, avoir cinq années d'exercice de la médecine, et pas moins de 32 années d'âge. Il convient, en effet, que le médecin qui va détenir une part si importante de l'autorité publique, ait, en plus de sa jeune science, une expérience suffisante pour ne pas heurter les populations auxquelles il va s'adresser et les faire regimber devant l'application de la loi ; il importe ainsi que l'hygiéniste qui va servir de lien entre les groupements médicaux et le ministre de l'hygiène, ne soit pas le plus jeune et le moins expérimenté de ses confrères (1). Mais pas de concours. Le concours devient inutile avec le fonctionnement des Instituts d'hygiène et le stage. C'est un instrument didactique sans doute bon pour la mémoire, mais beaucoup moins pour le caractère.

Après les études spéciales à l'Institut d'hygiène, le nouvel hygiéniste est nommé stagiaire pour 3 ans, et comme tel, va prendre place dans une région, à la disposition de l'hygiéniste régional, qui l'utilise pour les remplacements des médecins d'arrondissements, comme aide dans ses tournées, dans ses enquêtes, comme assistant de médecin sanitaire d'arrondissement en cas d'épidémie, etc., et l'initie à la vie hygiénique nationale.

A la fin de ces trois ans, le stagiaire devient titulaire. Un poste d'arrondissement ou de frontière lui est confié. Plus tard, il pourra devenir hygiéniste régional ou passera dans une direction au ministère. Les émoluments seront tels que dans aucune situation, il ne soit tenté de faire de la clientèle, ce qui lui sera d'ailleurs interdit officiellement dès sa sortie de l'Institut d'hygiène.

Il n'y aura pas de diplôme d'hygiéniste, mais seulement un certificat d'études, comme à l'Institut Pasteur. Cette disposition est d'ailleurs conforme à tous les vœux émis à ce sujet par les Syndicats médicaux, qui verraient dans la création de ce nouveau diplôme une dépréciation et une diminution de celui de docteur en médecine.

(1) Le département des Deux-Sèvres qui a nommé récemment un inspecteur départemental, avait fixé la limite d'âge minima à quarante-huit ans, celui de l'Aisne qui offre actuellement le poste, à cinquante ans.

XIII

Tableau synoptique de la nouvelle loi Française d'Hygiène et de la nouvelle organisation administrative y correspondant

Revision de la loi de 1902 et de l'organisation Sanitaire française
—
Nouvelle charte Sanitaire
—
Coopération du Corps Médical
—

Prophylaxie

(Déclaration obligatoire)

Prophylaxie à l'intérieur	Prophylaxie aux frontières
Déclaration obligatoire y compris tuberculose ouverte	Déclaration inter-sanitaire
Désinfection et désinsection { fixe ou mobile	*a* de terre { Postes sanitaires aux stations frontières, aux routes ; désinfection, désinsection { fixe ; refoulement ; vaccination anti-variolique.
Lutte contre les rongeurs	*b* de mer { Le médecin sanitaire maritime d'Etat ; réorganisation des circonscriptions maritimes en personnel, matériel désinfection fixe et locaux.
vaccination anti-variolique	Emigrants { Vaccination. Liaison avec l'intérieur et les bureaux d'hygiène.
autres vaccinations	Hygiène navale civile.
Inspection médicale des Ecoles	
Organisation de la lutte anti-tuberculeuse	
Lutte anti-alcoolique	
Prostitution	
Certificat sanitaire de mariage	
Prophylaxie militaire	

Hygiène

technique

- Alimentation, lait et eaux. Suppression de l'hygiène à l'Agriculture, aux Travaux publics.
- Enseignement de l'hygiène. Salubrité scolaire. Collaboration avec le Ministère de l'Instr. publique. Salubrité des établissements et services publics. Transports. Coopération des Inspecteurs du Travail.
- Hygiène industrielle et ouvrière. Coopération avec les Inspecteurs du Travail. Maintien de cette branche au Ministère du Travail. On y ajoute les industries dangereuses ou insalubres que l'on enlève au Commerce. Collab. des autorités sanitaires et du Min. du Travail.
- Salubrité de l'habitation, de l'habitation à bon marché, hyg. de l'hôtel. Hyg. urbaine, rurale et forestière.
- Hygiène domestique, infirmières d'hygiène et puériculture.

administrative

- 1 Ministère : 4 directions : Proph. à l'intérieur, Proph. aux frontières, hyg. technique hyg. administrative.
  - 1 conseil sup. d'hyg. (civil, mil., naval, etc.)
  - 1 laboratoire du Conseil supérieur.
  - liaison avec l'Instruct. publ., le Travail, la Guerre, la Marine.
- France divisée en régions comptant de 1 à 4 départements, 4 = maximum, arrondiss. et frontières. Régions et frontières dépendent du ministre, départ. et arrondiss. des Régions, labor. départ. et frontières. Bureaux d'hygiène des villes dépendent des régions. Tous : hygiéniste régional, médecin sanitaire d'arrondissement, de frontière, maritime, hygiéniste municipal, agents sanitaires et institutions, sont d'Etat.
- Recrutement. Instituts d'hyg. adjoints ou non aux Fac. Méd. { Tous hyg. médecins ; Stage 5 ans méd. prat. ; Stage 3 ans hygiéniste ; Age minimum 32 ans

VARIÉTÉS

En glanant...

Est-ce vraiment une utopie ?

Dans ces « glanes » — où je fais gerbe de ce que je rencontre, au hasard des cueillettes, parmi ce qui me paraît digne d'intérêt pour le corps médical — je n'ai pas la prétention de traiter compendieusement cette grave question du tarif des Pensionnés de guerre. Nos amis Noir et Duchesne l'ont mise au point dans les colonnes du *Concours* : ils ont dit ce qui convenait et l'ont bien dit. Je voudrais toutefois synthétiser cette question, en émettant les quelques postulats qui me semblent jaillir des faits eux-mêmes et, en dehors de toute polémique, s'imposer à tout esprit impartial.

Est-il admissible, un seul instant, que le corps médical *tout entier* s'insurge contre le décret ministériel du 9 mars dernier, s'il n'a pas, pour cela, des raisons primordiales, impérieuses ? Voyons ! ministres, parlementaires, mutilés, n'est-ce pas la première réflexion qui doit vous venir et ne devez-vous pas, avant tout, tenter de vous « mettre dans la peau » du praticien français et vous efforcer de connaître ses raisons et de les comprendre, au lieu, comme le font certains d'entre vous et non des moindres, de mettre flamberge au vent et de dénoncer, *urbi et orbi*, une « intransigeance » et un « mercantilisme » que l'éducation, le milieu, la culture et le passé tout entier du corps médical se chargent de démentir et de rendre même invraisemblables ?

Ces raisons, quelles sont-elles ?... Sans entrer dans les détails, pour répondre plus nettement, je crois aisé de les résumer dans les cinq postulats suivants :

1° *Pas de tarification d'office* : donc tarif d'accord entre le Gouvernement et les délégués des praticiens français, mandatés spécialement par eux dans l'organisation légale de leur défense professionnelle : l'Union des Syndicats médicaux de France. Ce tarif d'accord est possible, quoi qu'on ait dit, et avec les délégués de l'Union, puisqu'il a un précédent récent : le *tarif Breton*.

2° *Pas de médecine de façade* : donc pas de ce pseudo tarif du 9 mars, simple squelette radiographié, fut-il agrémenté des quelques anodines interventions dont on nous a parlé. Mais un tarif complet, une « organisation de soins » permettant un exercice véritable de la profession médicale, y compris la chirurgie et les diverses spécialités. Est-ce possible ?... oui, puisque tel a été promulgué le *tarif Breton*.

3° *Pas de découpage des médecins en cinq catégories* : donc une seule catégorie puisque « à travail égal effectué par des égaux, salaire égal ». Oui, nous connaissons l'objection : la vie est moins chère à la campagne qu'à Paris. C'est devenu faux depuis la guerre. Et d'ailleurs, cette même loi des Pensions n'a pas fait la même distinction (et avec raison) entre les pensionnés de guerre habitant la campagne, la province, ou Paris... Au besoin, par conciliation, ces « intransigeants » de praticiens pourraient accepter deux catégories : l'une pour les 14 grandes villes de France supérieures à 200.000 habitants, l'autre pour le reste du pays — ainsi qu'ils l'ont accepté dans le *tarif Breton*.

4° *Pas d'honoraires dérisoires et inacceptables* : donc relèvement de ceux des 3 dernières classes Maginot, ou plutôt leur simple suppression ainsi qu'il est dit dans le postulat 3. Et accord sur les honoraires déjà acceptés par le corps médical, dans le *tarif Breton*.

5° *Pas d'abus d'où qu'ils viennent* : donc création de commissions officielles de *contrôle* où siègeraient des représentants de l'État, des mutilés et des médecins : commission centrale à Paris et commissions régionales ou départementales, analogues aux commissions d'arbitrage qu'assureurs et médecins s'engagèrent à créer, après promulgation du tarif, à la commission ministérielle du *tarif Breton*.

Conclusions.

Si le Gouvernement veut réellement faire cesser l'agitation causée dans le pays au sujet de l'application de l'art. 64 de la loi des Pensions, la route directe lui est indiquée par le précédent créé dans l'application de la loi des accidents du travail : que naisse, en 1921, un frère puîné du tarif *Breton* qui vit le jour en 1920. Ce sera le tarif Maginot n° 2, que nous saluerons tous avec déférence...

Pour cela, il suffit de 3 choses :

1° Qu'on réunisse une « commissions tripartite » composée de délégués dûment *mandatés*, ainsi qu'il fut fait pour le *tarif Breton* et dans laquelle les « neutres » seraient remplacés par les délégués des mutilés.

2° Qu'on prenne comme base des travaux de cette commission le *tarif Breton*, en le mettant au point en ce qui concerne les *maladies*, que n'avait pas à envisager ce tarif.

3° *Qu'on se décide*, en un mot, *à traiter les blessés de guerre comme on a traité les blessés du travail.*

Le corps médical ne demande pas autre chose. Est-ce vraiment une utopie ?

D[r] Fernand DECOURT.

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations.

— **Faculté de médecine de Lyon.** — Des excursions pour l'étude des principales stations thermales du Sud-Est et du Centre seront organisées de mai à juillet, sous la conduite de M. Piéry, professeur agrégé, chargé du cours complémentaire.

Ces excursions, destinées en principe aux étudiants ayant suivi le cours d'hydrologie thérapeutique, sont également ouvertes, à concurrence d'un nombre d'adhérents qui sera fixé ultérieurement, à tous les étudiants en médecine et aux médecins de Lyon et de la région.

Les inscriptions seront reçues par M. Milhaud, interne des hôpitaux, à l'Hôtel-Dieu.

Une affiche, apposée dans la cour de l'Hôtel-Dieu et à la Faculté, fixera huit jours d'avance les détails de chaque excursion.

Des pourparlers en cours permettent d'espérer que les seuls frais de chemin de fer seront à la charge des adhérents.

(*Presse Médicale.*)

— **Clinique médicale de l'hôpital Cochin.** — Sous la direction de M. le professeur Widal et de MM. Lemierre et Abrami, agrégé ont commencé, à la clinique médicale de l'hôpital Cochin, le 23 mai 1921, des leçons avec exercices pratiques. Ces leçons ont lieu tous les jours à 14 heures.

Deux cours, de dix leçons chacun, seront faits successivement. Le nombre des assistants est limité à 25.

Objet du cours. — Procédés d'exploration clinique appliqués au diagnostic des maladies.

Premier cours. — 1° Maladies du rein (6 leçons). — *a*) Rétention chlorurée. Dosage des chlorures dans l'urine et le sang. Seuil d'excrétion des chlorures. Rythme en échelons de l'élimination chlorurée. Réfractométrie du sérum sanguin. *b*) Rétention azotée. Dosage de l'urée dans l'urine et le sang. Constante d'Ambard. Pronostic des néphrites par le dosage de l'urée du sang. Epreuve de la phénolsulfonephtaléine. *c*) Hypertension artérielle.

2° Diagnostic des maladies typhoïdes (2 leçons). — *a*) Hémocultures. Identification des bacilles typhiques et paratyphiques. *b*) Séro-diagnostic des fièvres typhoïdes et paratyphoïdes.

3° Réactions de fixation (2 leçons). Syphilis et réaction de Wassermann. Maladie hydatique. Lèpre.

Deuxième cours. — 1° Maladies du foie (4 leçons). *a*) Etude des ictères. I. Recherche de la bilirubine et de l'urobiline. Valeur clinique de l'urobilinurie. Recherche de la stercobiline et valeur de cette recherche. — II. Recherche des sels biliaires. Epreuve des hémoconies. Ictères dissociés. — III. Ictères hémolytiques. Recherche de la résistance globulaire, des hématies granuleuses, de l'auto-agglutination des hématies. — IV. Classification générale des ictères.

b) Etude de l'insuffisance hépatique. Rapport azoturique et azote résiduel dans les maladies du foie. Acide glycuronique. Insuffisance hépatique et rétention biliaire. Insuffisance protéopexique du foie et recherche de l'hémoclasie digestive.

2° L'hémoclasie et sa valeur clinique (1 leçon).

3° Procédés d'examen d'un diabétique (2 leçons). Dosage du glucose. Recherche de l'acétone et de ses dérivés. Principes généraux du traitement.

4° Examen du liquide céphalo-rachidien (2 leçons). Examen chimique : albumine, sucre, urée. Examen cytologique, tuberculose, syphilis, états méningés, hémorragies méningées. Examen bactériologique : les méningocoques.

5° Cytodiagnostic des épanchements pleuraux (1 leçon). Pleuro-tuberculose. Pleurésies septiques, mécaniques, cancéreuses. Epanchements puriformes. Eosinophilie pleurale.

Le droit d'inscription est fixé à 100 francs pour chacun des deux cours. S'inscrire au secrétariat de la Faculté de Médecine (guichet 3), les jeudis, samedis, de midi à 3 h.

— La Chambre de Commerce Franco-Polonaise de Paris, d'accord avec la Chambre de Commerce Polono-Française de Varsovie, crée un *répertoire d'offres et de demandes de marchandises.*

Pour tous renseignements, s'adresser au Secrétariat de la Chambre de Commerce Franco-Polonaise, 7, rue de Poitiers, Paris 7e (Téléph. : Fleurus 23-71).

— **Maladies des yeux.** — Le Dr A. Cantonnet, ophtalmologiste des hôpitaux, commencera le mardi 14 juin et continuera les jeudis, samedis et mardis suivants à 14 h. 1/2 à la consultation d'Ophtalmologie de Cochin, une série de

Dix conférences d'Ophtalmologie pratique avec présentation de malades. Elles sont à l'usage des praticiens exerçant la médecine générale.

Elles sont gratuites. S'inscrire à l'avance directement ou par lettre à l'hôpital Cochin.

Une même série aura lieu en novembre-décembre 1921 ; une autre en février 1922.

En janvier 1922 : 4 leçons sur la rééducation des strabiques. Toute l'année, les mardis et jeudis : à 9 h. 1/2 Ophtalmologie élémentaire avec présentation de malades.

Le Directeur-Gérant : Dr GASSOT.

Clermont (Oise). — Imprimerie DAIX et THIRON, THIRON et FRANJOU, Successeurs.

RENOUVELLEMENT DES ABONNEMENTS

Pour éviter les frais de recouvrement nous prions nos abonnés de vouloir bien nous adresser le montant de leur abonnement, soit **24 fr.**, par versement à notre compte de chèques postaux Paris 167-95, versement qui peut être fait dans tous les bureaux de poste.

tuit ; chauffage à frais réduit ; appointements complètement payés pendant 3 mois de maladie ; vacances — grandes vacances, 60 jours, la Noël, 8 jours, Pâques, 12 jours, tous les dimanches et jeudis du reste de l'année, soit 80 jours, et quelques jours encore de petites vacances ; soit environ sur 365 jours, 200 jours de travail ; retraite assurée.

Pour ce qui est de notre profession dans notre région :

Prix de la visite autrefois : 3 fr ; prix actuel : 6 fr., adopté par le syndicat.

Augmentation : 100 % ; logement : à nos frais ; vacances : néant, ou à nos frais ; maladie : calamité surtout si on a de la famille ; retraite : néant.

Notre honorable instituteur remarque que la moindre visite nous est payée fort cher ; mais il oublie celles qui ne sont jamais payées, celles faites à tarif réduit : assistance, sociétés de secours mutuels.

N'insistons pas. Le sort des membres de l'enseignement primaire a été très amélioré, et le nôtre ne l'a pas été dans les mêmes proportions. Je suis heureux de voir le sort de tous les fonctionnaires amélioré. Malheureusement, il y a les impôts. J'ai payé 220 fr. en 1914 ; cette année-ci, avec le même logement, les mêmes voitures et un train de vie diminué, je paye plus de 1.100 fr. : augmentation des impôts : 500 %, contre une augmentation de gain de 100 %. Restons-en sur ces chiffres.

Dr M.

Pour remédier à la pléthore médicale.

Permettez à un fidèle lecteur de vous exposer une idée en sollicitant votre avis sur le sujet. Les journaux médicaux sont unanimes à se plaindre de l'envahissement de la profession et de la pléthore médicale. Le *Concours* avait préconisé, d'une façon assez désabusée d'ailleurs, la distribution d'un tract aux futurs bacheliers, leur montrant avec chiffres à l'appui le peu encourageant avenir offert par notre profession.

L'idée avait été appliquée, à Lyon tout au moins, et je me souviens avoir vu affiches et prospectus conçus d'après cette idée, il y a de ça une dizaine d'années. Ne pensez-vous pas que le *Concours* ou l'A. G. ou toute autre association ayant plus d'autorité qu'un syndicat local, et surtout pouvant moins être suspectés de préoccupations mercantiles, ne pourrait éditer un tract bon marché et bien senti qui pourrait être distribué dans les lycées, collèges, etc., ceci *plusieurs années de suite* ?

Un tel tract serait utile aux directeurs d'établissement souvent consultés par les parents sur le choix d'une carrière. Ce serait un argument qu'ils auraient à sortir sur un sujet que souvent ils ignorent eux-même, et surtout un argument *imprimé*.

Une discussion sur ce sujet paraissant dans le *Concours* pourrait faire surgir quantités d'idées pratiques concernant les fonds nécessaires, les arguments à trouver, le mode de distribution : etc. Il me semble

qu'une telle propagande, émanant d'une association telle que l'A.G. et surtout continuée avec persévérance, finirait par faire un certain effet sur les jeunes gens.

Dr L. B.

Interprétation du Tarif Breton.

Je vous serais reconnaissant de bien vouloir me donner le renseignement suivant :

J'ai fait, à 22 heures, une ligature d'artériole au fond d'une plaie, une suture de cette plaie (4 points) et un pansement à un accidenté du travail (garçon coiffeur) qui venait de se couper avec un rasoir.

Je dois, il me semble, appliquer l'article 8 du tarif Breton et compter le prix de chaque intervention, augmenté de 25 % soit :

Hémostase par ligature d'artériole 30 + 7.50 = 37.50.

Sutures multiples 18.75 + 4.68 = 23.43.

Le prix du pansement et de la consultation étant compris dans celui des interventions.

Dr B.

Réponse.

Rien à changer à votre compte. 1° Vous comptez bien 25 % de majoration pour interventions de nuit (art. 8). 2° Vous comptez deux interventions, sans compter la visite. C'est juste et c'est ce que dit un des « avis » de la commission du tarif Breton qui vont bientôt paraître à l'*Officiel* en ces termes :

On peut cumuler les honoraires afférents à chaque intervention faisant l'objet d'une tarification spéciale (par exemple : points de suture et injection antitétanique) sans adjonction, bien entendu, d'un prix de visite. (art. 13 et 14 combinés du tarif).

Mutualité Familiale.

Je suis inscrit à la combinaison P (retraite à 60 ans) et j'ai cessé de payer mes cotisations en 1914 : je voudrais bien savoir quelle est ma situation. Puis-je reprendre mes versements et dans quelles conditions ?

Ne me serait-il pas possible de passer à la combinaison R où les primes sont moins élevées ? La retraite étant délivrée cinq ans plus tard pourrait être plus élevée.

Comme un certain nombre de confrères doivent se trouver dans un cas analogue, vous pourriez me répondre par la voie du journal.

Dr L.

Réponse.

Vous ne pouvez pas changer de combinaison :

les versements que vous avez faits à P restent acquis à la combinaison P.

Comme vous avez fait plus de cinq versements, les sommes que vous avez versées ne sont pas perdues : elle vous donneront droit, à 60 ans, à une pension réduite dont le quantum sera, en temps voulu, calculé par l'actuaire.

Vous pouvez, si vous le jugez bon, vous inscrire à R pour avoir une retraite à 65 ans, mais vous êtes dans le cas d'un nouvel adhérent.

Vous pouvez aussi reprendre vos versements à P et plusieurs modes de faire vous sont offerts :

1° Vous pouvez verser d'un seul coup la somme globale représentant l'arriéré, de manière à vous mettre au courant et à faire disparaître toute trace d'interruption dans vos versements.

2° Vous pouvez verser encore cet arriéré par versements fractionnés selon vos possibilités. Vous n'avez qu'à écrire au trésorier qui vous donnera toutes indications utiles et peu à peu vous vous remettrez au courant.

3° Vous pouvez enfin reprendre purement et simplement vos versements pour l'année 1921, laissant une lacune (1915-1920) ; naturellement votre pension se trouvera alors réduite proportionnellement à la diminution que cette lacune amènera dans le capital que vous aurez constitué.

Mais notez bien que, sauf dans les quatre dernières années, vous conserverez la faculté de combler cette lacune par des versements dont le trésorier vous indiquerait le montant.

Vous voyez donc que la Mutualité Familiale se prête à toutes les possibilités.

A. G.

NOTES DE PRATIQUE QUOTIDIENNE

A propos de l'épilation.

Par Mme la Dsse FAINSILBER (de Paris).

Le Dr Galand a parlé, ici même, des différents moyens de se débarrasser des poils superflus. D'après l'auteur, aucun traitement ne serait vraiment à recommander, car chacun aurait ses inconvénients, et particulièrement l'électrolyse, dont les risques seraient sérieux (1).

Je m'inscris en faux contre ces assertions. Et il n'est pas inutile que les médecins sachent bien ceci : *seule, l'électrolyse constitue un traitement efficace et radicale de l'hypertrichose.* Oui, certes, elle est « délicate à employer », elle demande de

(1) Il n'en est pas moins vrai qu'un médecin a été condamné récemment (condamnation confirmée par la Cour de Cassation) à des dommages-intérêts envers une de ses clientes qu'il avait débarrassée des poils de son visage par l'électrolyse, au prix d'une cicatrice inesthétique. (N. D. L. R.).

la part du médecin un apprentissage sérieux et une longue expérience ; elle exige aussi de l'adresse et une inlassable patience ; mais sont-ce là des raisons pour condamner une méthode ? Non point. J'en conclus seulement que l'épilation électrolytique ne doit être pratiquée que par des spécialistes bien expérimentés, familiarisés avec les différents cas qui peuvent se présenter.

Aucune des autres méthodes ne peut être comparée à l'électrolyse ; car non seulement elles ne constituent qu'un piètre pis-aller, mais, ce qui est plus grave, elles produisent un effet contraire à celui que nous nous proposons d'obtenir.

N'oublions pas que l'épilation est une opération purement esthétique. Or, les pâtes chimiques, en plus de leur insupportable odeur, présentent le redoutable inconvénient d'irriter l'épiderme et même de laisser, parfois, des traces indélébiles. De plus, les poils traités par ces pâtes ne font que repousser et se développer de plus belle. Et cela est tellement vrai que, même par le traitement électrolytique, il est beaucoup plus difficile et beaucoup plus long d'obtenir un résultat satisfaisant chez les personnes qui ont employé des épilatoires chimiques que sur des poils vierges de tout traitement.

Il en est de même de l'épilation mécanique, j'entends l'arrachement, lequel est, en outre, fort douloureux. Souventes fois, des personnes réclament mes soins électrolytiques, rien que pour ne plus avoir à subir les souffrances de l'arrachement à la pince.

Quant au traitement radiologique, nous ne sommes pas encore suffisamment maîtres des Rayons X pour en courir les risques à l'occasion d'une opération esthétique.

L'électrolyse, au contraire, ne présente aucun des inconvénients cités. Elle est indolore, ou du moins très supportable, et son résultat est *absolument remarquable*, parce que sans traces et sans rechute (il existe une repousse de 20 à 25 %, prévue et traitée à son tour définitivement), à la condition, sans doute, que le médecin « connaisse son affaire » : il faut qu'il sache choisir ses instruments, et particulièrement l'aiguille, graduer le courant ; qu'il possède de bons yeux pour introduire l'aiguille exactement dans le follicule pileux, la diriger avec sûreté ; enfin qu'il sache s'arrêter à temps. Mais tout cela n'est pas, je le répète, une affaire de méthode, mais d'expérience personnelle.

Mon maître L. Brocq qui, voilà 35 ans, mit au point la question, écrivait dernièrement : *Pour avoir de beaux résultats, il faut s'efforcer à ne détruire que la papille, et peu ou point les tissus périphériques. On n'y arrive qu'à force de pratique, car l'appréciation du moment exact où la papille est décomposée* EST UNE AFFAIRE D'HABITUDE, ET UN OPÉRATEUR EXERCÉ NE S'Y TROMPE GUÈRE

en observant les modifications des tissus qui ont lieu autour de l'aiguille.

Depuis que je pratique l'électrolyse épilatoire, je n'ai souvenance que d'un cas m'ayant donné un résultat peu esthétique. Il s'agit d'un des premiers sujets que j'ai eu à traiter et qui, du reste, avait déjà employé plusieurs moyens mécaniques et chimiques, et dont les poils étaient d'une exceptionnelle abondance.

En résumé, l'hypertrichose ne peut être sérieusement traitée que par l'épilation électrolytique ; si elle est pratiquée par un spécialiste expérimenté, le résultat obtenu est parfait.

DOCUMENTS OFFICIELS

A L'OFFICIEL

Assistance aux femmes en couches.

8840. — M. ANQUETIL, député, demande à M. LE MINISTRE DE L'HYGIÈNE si, dans l'attribution des allocations prévues par la loi du 17 juin 1913, sur l'assistance aux femmes en couches, il doit être tenu compte des sommes perçues par le mari, mutilé de guerre, au titre de la loi du 31 mars 1919. (*Question du 28 avril* 1921.)

Réponse. — Si aucun texte de la loi n'interdit le cumul de l'allocation d'assistance aux femmes en couches et des pensions accordées aux mutilés de guerre, ces pensions n'en doivent pas moins entrer en compte, comme toutes les autres ressources que peuvent posséder les pétitionnaires à quelque titre que ce soit, pour l'appréciation de la qualité de « privé de ressources suffisantes » à laquelle est subordonné l'octroi de l'assistance de la loi du 17 juin 1913. La décision à intervenir ensuite est une question d'appréciation de la part des conseils municipaux ou des commissions cantonales et qui peut varier suivant des considérations de fait et d'espèce.

(*J. O.* 12 *mai* 1921.)

Prorogation des baux des médecins.

8782. — M. FLEURY-RAVARIN, député, demande à M. LE MINISTRE DE LA JUSTICE, si les médecins peuvent invoquer l'article 56 de la loi du 9 mars 1918 pour obtenir, à raison de l'appartement où ils ont leur cabinet, le bénéfice de la prorogation du bail pendant une « durée égale au temps écoulé entre le décret de mobilisation et le décret fixant la cessation des hostilités », notamment si cette disposition est applicable aux baux en cours le 1er avril 1914 et prenant fin postérieurement au décret du 22 octobre 1919. (*Question du 26 avril* 1921.)

Réponse. — Pour que le locataire d'avant-

guerre ait droit à la prorogation prévue par l'article 56, 1°, de la loi du 9 mars 1918, il faut que tout ou partie des lieux loués ait, dans la commune intention des parties, été affecté à l'exercice de son commerce ou de sa profession ; c'est donc l'usage ou la destination prévus, explicitement ou implicitement, au bail, qui fixe la durée de la prorogation. En cas de contestation, seule la commission arbitrale pourrait trancher la question en fait. La prorogation court à compter de l'expiration du bail ou de la location verbale, sans que son point de départ puisse être antérieur au 23 octobre 1919.

(*J. O.* 12 *mai* 1921.)

Cliniques chirurgicales et taxe sur le chiffre d'affaires.

8619. — M. Peyroux, député, demande à M. le ministre des finances : 1° si une clinique chirurgicale appartenant à un médecin qui y donne personnellement ses soins à ses opérés y séjournant et dont le but principal consiste dans ces soins, doit être soumise à l'impôt sur le chiffre d'affaires : *a*) parce que le chirurgien, ne pouvant fournir des gardes à chacun des malades qui en ont besoin, certains malades en traitement ont auprès d'eux des gardes particulières (étrangères au personnel de la clinique, mais devenues ainsi personnel auxiliaire), gardes rémunérées par le malade, ou faisant partie de la famille, ou encore : *b*) parce que, lorsque des parents ou amis accompagnent ou viennent visiter les malades, ceux-ci sont temporairement hospitalisés dans la clinique ; 2° dans le cas de l'affirmative, s'il ne serait pas logique de ne calculer cet impôt que sur les sommes versées par ces parents ou amis au lieu de le calculer sur le bilan financier de l'établissement tout entier, surtout lorsqu'une comptabilité spéciale est tenue pour les sommes versées par eux et qu'ils habitent un pavillon distinct de la clinique. (*Question du* 18 *avril* 1921).

Réponse. — 1° Le médecin qui dirige une clinique recevant des malades auxquels il donne personnellement ses soins ne fait qu'exercer sa profession, et, n'étant pas, de ce chef, soumis à l'impôt sur les bénéfices industriels et commerciaux, n'est pas davantage redevable de l'impôt sur le chiffre d'affaires ; 2° mais si, dans la clinique ou ses dépendances, sont logées et nourries, moyennant une rémunération, des personnes autres que le malade soigné, tels que parents, amis ou même gardes étrangères au personnel de l'établissement, le médecin se trouve accomplir occasionnellement des actes relevant d'une profession soumise à l'impôt sur les bénéfices industriels et commerciaux ; et il doit acquitter l'impôt sur le chiffre d'affaires sur la rémunération dont il s'agit par application de l'article 59 de la loi du 25 juin 1920.

(*J. O.* 15 *mai* 1921.)

QUARANTE-TROISIÈME ANNÉE — N° 23 — DIMANCHE 5 JUIN 1921

Fondé en 1879 par Auguste CÉZILLY
Rédigé et dirigé par H. JEANNE (1900-1914),

LE CONCOURS MÉDICAL

ORGANE HEBDOMADAIRE DES PRATICIENS

Groupés dans la Société « Le CONCOURS MÉDICAL » et ses Filiales

ADMINISTRATION & PUBLICITÉ

C. BOULANGER, ADMINISTRATEUR

ABONNEMENTS :

France	24 fr.
Étranger	28 »
Étudiants (*France*)	12 »
Le numéro	50 cent.

Chèques Postaux Paris 167-95

DIRECTION

MM. les Drs A. GASSOT, *Directeur*; A. MAURAT; H. CEZILLY; J. NOIR; P. BOUDIN docteur en droit; M. VIMONT; G. DUCHESNE.
MM. P. CEZILLY, J. DUMESNY, licenciés en droit; C. BOULANGER.

RÉDACTION

Dr J. NOIR, RÉDACTEUR EN CHEF

Drs P. LACROIX et G. DUCHESNE SECRÉTAIRES DE LA RÉDACTION

N.-B. — Les manuscrits publiés ou non, ne sont pas rendus.

Rédaction et Administration : 132, rue du Faubourg St-Denis, PARIS (10e). Téléphone : Nord 48-17

Quarante-troisième année. N° 23 5 Juin 1921.

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

Office de Renseignements du « Concours »

Membres du Concours exerçant dans les Stations Thermales.

NOTA. — Nous rappelons à nos abonnés qu'il est nécessaire de nous informer chaque année de leur désir de voir figurer leur nom sur ces listes.

MM. les Docteurs :

Aix-les-Bains. Bertier, Blondel, L. Coutaz, Dardel, Duvernay, Forestier, Goddard, Kent-Gazet, Lelong.
Allevard-les-Bains, Boël.
Ax-les-Thermes (Ariège). Dresch, Gomma.
Bagnères-de-Bigorre. F. Duprat (Enfants).
Bagnoles-de-l'Orne. J. Arnaud, Joly, Pesnel, Poulain.
Bains-les-Bains, Dr M. Henry.
Barèges. Robine.
Besançon La Mouillière. Mme Jeanne Bon.
Biarritz. Clavel, Lacour.
Bourbon-Lancy, Bellœuf, Compin.
Bourbon - L'Archambault. Mansillon.
Bourbonne-les-Bains. Gay, Testevuide.
Brides-les-Bains et Salins-Moutiers. Mathieu, Laissus fils.
Cambo-les-Bains, Colbert. — Hamant.
Capvern. Pomarède, Pouy.
Cauterets. Anglade, Armengaud, Got.
Châtel-Guyon. Baumann, Bayrac, Conchon, Foucaud, Gachlinger, Kolbé, Levadoux, Mazeran, Ribérolles, Saint-René-Bonnet.
Contrexéville. J. Thiéry.
Divonne-les-Bains. Ballivet.
Eaux-Bonnes. Bajac.
Enghien-les-Bains. Beyrand.
Escouloubre-les-Bains. Dr Sarda.
Evaux-les-Bains. J. Gruzu, Lepage.
Evian, L. Dalard.
Forges-les-Eaux. Bernardicou
Gréoux (Basses-Alpes). Rigal.
Hendaye. Th. Casenave.
La Bourboule. Christin, Verdalle.
La Motte-les-Bains. De Langenhagen.
Lamalou-les-Bains. Belugou, Cauvy.
La Roche-Posay-les-Bains. Bardet, Guyot.
Luchon, Dutech, Germès, Molinéry (ne fait que la physiothérapie), Pelon, Salles, Sammuller.
Luxeuil-les-Bains. Bornèque, Cugnier, Gauthier, Picot, Pierrhugues, Rimey.
Martigny. Dedet. Payen.
Mont-Dore. J. André, Béal, Débidour, Dubruel, Levadoux.
Néris. Ducros.
Palavas-les-Flots. Gelly.
Plombières-les-Bains. Bernard. Gillot. Hagen, de Langenhagen, Truelle.
Pougues-les-Eaux. Hyvert.
Royat. Chassagnard. Mougeot.
Salins-les-Bains. Bourny, Baud.
Salins-Moutiers. Gonthier.
Salles-de-Salat. Barbé.
Saint-Didier, (Vau.) Masquin.
Saint-Gervais-les-Bains. Alphonsi. Baradat. E. Mallein, Musso, Roux.
St-Honoré-les-Bains. Comoy Comte. Odin. Ségard.
St-Nectaire. Serane, Siguret, Versepuy.
St-Sauveur. Sabail.
Salies-de-Béarn. Callais, Coustère. David. Reynaud.
Sermaize-les-Bains. Rousselot, Ramonet.
Thonon-les-Bains, Voillaume.
Ussat (Ariège). Pujol.
Vals-les-Bains, Chabannes, David.
Vichy. Cahen, Castera, Chevreux, Cotar, Desmaroux, Gannat, Guinard, Reynes, Ed. Vidal.
Vittel, Constant, Mousseaux.

DON. — Nous avons reçu à titre de don à la Société civile du *Concours médical*, de MM. les docteurs DECHOUDANS, de St-Jean-de-Gouville (Ain) et DREY de Villereversure (Ain), la somme de dix francs, pour bons offices du journal.

AVIS

Le Syndicat médical de Lot-et-Garonne informe les médecins qui seraient sollicités de s'installer à Fumel-Libos (Lot-et-Garonne), que ces deux localités contiguës sont largement desservies par quatre médecins actuellement en conflit suraigu avec la Caisse de secours des usines de Fumel-Libos. Le Syndicat médical demande instamment à tous les membres du Corps médical de soutenir leurs confrères menacés dans leur dignité, leur indépendance et leurs intérêts, en refusant les offres de la Caisse de secours des usines.

Le médecin qui, acceptant des propositions de cette Société, consentirait à en devenir le salarié, verrait se dresser contre lui tout le Syndicat médical du Lot-et-Garonne.

Pour plus amples renseignements, s'adresser au secrétaire du Syndicat médical, docteur Guy, à Villeneuve-sur-Lot.

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum, aux* « demandes et offres ».

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne, qui est versé dans la caisse de la Société civile du Concours Médical). *Adresser un mandat ou mieux verser au compte de chèques postaux,* Concours Médical, *Paris 167-95.*

Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse.**

N° 285. — Serais obligé à confrère indiquant bonne sérieuse, capable diriger maison, et répondre à clients à qui j'assurerais vieillesse tranquille. Docteur, 62, rue de Paris, à Pantin, Seine.

N° 286. — A vendre 1° guéridon Empire, coupe noyer, marbre gris-bleu, état neuf, 250 fr. ; 2° coffret de mariage cap. bleu, finement marqueté, bois îles, dim. 54 × 41 × 20, prix 200 fr. ; 3° app. stéréo 8/13, monobloc avec sac cuir, deux magasins, neuf, au plus offrant à partir de 350 fr., Dr Joyes, 62, rue Monge, Paris.

N° 287. — Chambre noyer Louis XV, lit, sommier, armoire à glace, table de nuit, 1.000 fr.

N° 288. — Pour achat voiture plus grande, à vendre Sigma 6-8 HP., 2 pl., mot. Chabus-Dornier, Zénith horizontal, n'a pas crevé une chambre depuis octobre 1919, très bon état, au plus offrant à partir de 10.500. Docteur Clerc, Trévoux.

N° 289. — Veuve de médecin désire céder instruments, livres, matériel d'oculistique, verres d'essais, etc.

N° 290. — Docteur courant clientèle générale, vénéréolog., parl. angl. et allem., disposant petit capital, cherche situat. méd. ou para-médic.

N° 291. — A vendre d'occasion : boîte pour autopsie, 100 fr. ; boîte accum. pour cautère et lumière avec manche cautère et lampe, 200 fr., série bougies Guyon nick., 165 fr. ; aspirateur Potain en boîte métal, 55 fr. ; machine statique 8 plateaux Gaiffe avec moteur et accessoires, 1.250 fr. M. Loreau, 3 bis rue Abel, Paris.

N° 292. — Désirerais chien ou chienne d'arrêt, bien dressé et pas trop vieux. Faire offre Dr Gilbert Piguet, 7 Bd. de Strasbourg, à Toulon.

N° 293. — Docteur pharmacien demande situation à Paris.

N° 294. — A vendre 600 fr. machine statique Heller, 2 plateaux avec moteur surcontinu 110 volts; on demande voiture pour coxalgique 15 ans, taille 1 m. 60. S'adresser au Dr Thirion, à St-Dié.

N° 295. — Dr Mélines, à Neuves-Maisons (M.-et-M.), demande autoclave bon état, 35 cmc. diamètre ; 24 pinces Terrier ou Péan.

N° 296. — Marseille, important cab. dent. à vendre. 2 cab., 2 salons, lab., instal. neuve, chiffre d'affaires 80.000 fr., suscept. d'augment. notable, bail, 8 ans, loyer 1.500 fr. Prix demandé 120.000 fr. Ecrire Dr B., Maison Ash, 4, rue Moustier, Marseille.

N° 297. — Docteur, désirant séjourner à Paris avec sa femme en juillet, demande à remplacer confrère parisien.

N° 298. — Clientèle à céder à Paris dans quartier périphérique. Rapp. 30.000. Loyer avantageux, bail 9 ans, appart. dans maison moderne. Présentation. S'adresser à Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris.

N° 299. — Clientèle de saison dans station thermale très connue, rapport 10.000 fr., pour trois mois. Jolie villa, loyer gratuit pendant une saison. S'adresser Breitel et Goret, 1, rue Dante. Paris.

CORRESPONDANCE

L'établissement de la liste des assistés.

Il serait intéressant pour beaucoup de médecins d'être fixés sur un point de droit administratif, et je prie le conseil juridique du *Concours* de nous fixer sur ce point.

Tous les 3 mois, avant la session du Conseil municipal, la liste d'A.M.G. doit être revisée par la commission administrative du bureau de bienfaisance, cette liste est ensuite soumise au conseil municipal qui ratifie ; cela paraît à première vue normal.

Or, il paraît que, d'après la Préfecture du Nord, le conseil municipal a la prépondérance sur la commission administrative du bureau de bienfaisance et qu'il lui est loisible d'accepter des indigents refusés par celle-ci et de refuser les propositions qui lui sont faites. Dans ces conditions, quel est le rôle de la commission administrative ?

Il me semble qu'il y a là un contresens, et je serais très heureux qu'un texte bien clair définisse la question.

Dr E.

Réponse.

Il ne saurait y avoir de doute. Si c'est la commission administrative du bureau de bienfaisance qui *dresse* la liste (art. 12 de la loi du 15 juillet 1893), c'est le conseil municipal qui l'*arrête* (art. 14).

C'est donc au conseil municipal qu'appartient la prépondérance, et il a parfaitement le droit de rayer certains noms portés sur la liste dressée par la commission, comme d'y ajouter d'autres noms.

La garantie du « Sou Médical ».

Je suis membre du « Sou médical » depuis longtemps : alors qu'il me garantissait jusqu'à concurrence de 2.000 francs, j'ai souscrit à une Compagnie une assurance complémentaire de 18.000 fr., celle-ci devant jouer après les 2.000 fr. du « Sou médical »

Actuellement le « Sou médical » me garantit jusqu'à concurrence de 10.000 francs, mais alors que devient ma garantie complémentaire de 18.000 fr. ?

En un mot, si j'étais condamné à des dommages-intérêts de 25.000 fr. par exemple, comment joueraient mes deux garanties ? Le « Sou » commencerait-il par payer 2.000 ou 10.000 francs ?

Certainement un grand nombre de membres du « Sou médical » doivent être dans mon cas et je vous serais obligé de vouloir bien répondre par la voie du *Concours médical*.

Dr G.

Réponse.

Les garanties jouent dans leur ordre naturel. Vous étiez membre du « Sou médical » avant de vous être assuré, c'est donc le « Sou médical » qui commencera à payer ; mais comme au moment où vous vous êtes assuré, la garantie n'était que de 2.000 fr., le « Sou » ne versera que 2.000 fr. et la Compagnie devra alors, dans l'hypothèse où vous vous êtes placé, payer les 18.000 fr. pour lesquels elle est engagée. Puis le « Sou médical » interviendra de nouveau et versera les 5.000 fr. qui restent.

Le « Sou médical » n'a pas à substituer sa garantie à celle de la Compagnie.

Si, au contraire, vous aviez souscrit l'assurance à cette compagnie postérieurement au moment où le « Sou médical » a porté sa garantie à 10.000 fr. c'est ce dernier qui verserait d'abord les 10.000 fr. et la compagnie n'aurait à intervenir qu'ensuite.

Si, comme nous espérons pouvoir le faire, la garantie du « Sou médical » est portée à 20,000 fr. pour le 1er janvier 1922, il en sera absolument de même : les garanties joueront toujours dans leur ordre naturel.

Il est vrai que les assurances au-delà de ce dernier chiffre ne couvriront que des risques bien illusoires.

A. G.

La brûlure par la chaux est un accident du travail.

Un de mes clients a eu le dos brûlé en portant de la chaux et du ciment. Le patron semble ne pas vouloir reconnaître la brûlure assez profonde comme accident du travail.

Cette lésion était autrefois discutée et les assureurs avaient essayé de la classer dans les maladies professionnelles.

J'ai souvenance d'un jugement condamnant un patron à payer 1/2 salaire, frais médicaux et pharmaceutiques à la suite de brûlures par la chaux, mais je n'ai pu mettre la main sur le document.

Comme le risque accident de ce patron est géré par le fameux assureur-conseil., je voudrais avoir des documents juridiques à lui opposer ; et, ce, au début de l'affaire, dès la conciliation en justice de paix.

J'ai recours à votre obligeance pour avoir ce renseignement.

Dr N.

Réponse.

Il a en effet été jugé par le tribunal de paix de Marseille, le 31 octobre 1911, que constituent un accident du travail et non une maladie professionnelle, les brûlures occasionnées à un ouvrier en transportant des sacs de chaux vive sur son dos. (Recueil du ministère du travail, tome XV, page 19).

Bien entendu, il faut, comme toujours en pareille matière, que le blessé puisse prouver la relation de cause à effet entre le travail et l'affection dont il a été atteint.

Exonération de loyer et prorogation de bail.

Ayant été appelé en conciliation hier par le président de la commission arbitrale, j'ai offert à ma propriétaire 50 % (j'ai été mobilisé pendant toute la durée des hostilités). Mais celle-ci est intransigeante et réclame la totalité.

D'autre part, ma propriétaire conteste ma demande de prorogation (demande qui a été notifiée en temps utile par ministère d'huissier) sous prétexte qu'il s'agit du logement d'habitation et non de logement professionnel. Or, mes locaux professionnels, cabinet, salle d'attente, garage, ne font qu'un avec mon habitation. Je croyais la jurisprudence constante sur ce cas et qu'il ne pouvait y avoir de discussion. Pour me permettre de faire valoir mes droits, voudriez-vous m'envoyer contre remboursement le ou les numéros du *Concours* que j'ai égarés, donnant des arguments ou des extraits de jugement utiles.

Dr X.

Réponse.

En ce qui concerne la réduction ou l'exonération des loyers pendant la période de guerre et les six mois qui la suivent, le principe est qu'elles doivent être accordées si le locataire a été privé, par suite de la guerre, soit des avantages d'utilité ou d'usage de la chose louée, soit d'une notable partie des ressources sur lesquelles il pouvait compter pour faire face au payement du loyer. Le locataire qui a été mobilisé est dispensé de justifier de cette situation et c'est à son propriétaire qu'il appartient d'établir que la mobilisation lui a laissé les moyens d'acquitter tout ou partie des loyers échus.

En ce qui concerne le droit de prorogation, les médecins doivent bénéficier de la plus longue, celle de la durée des hostilités, puisque les locaux qu'ils occupent sont des locaux professionnels, au moins pour partie.

La Commission supérieure de Cassation (2e section) a jugé, le 17 mars 1921 (*Gazette du Palais*, 16 avril 1921), que, bien que les locaux loués dans un immeuble où un avoué a son étude et son appartement particulier soient, par leur situation et leur disposition, susceptibles d'être distingués et de former des locations divisées, la Commission accorde à bon droit au locataire, pour le tout, la prorogation pour la durée prévue pour les locaux à usage professionnel, lorsqu'elle

(*Voir la suite page XXXV-1637*)

PROPOS DU JOUR

A l'Assemblée générale des délégués des Syndicats médicaux de France.
Le corps médical français et l'application de la loi des pensions.

Jamais, depuis 28 ans que nous prenons une part active au mouvement syndical de notre profession, jamais nous n'avons constaté un pareil enthousiasme, une pareille volonté du corps médical de défendre son indépendance, d'empêcher avec vigueur toute emprise des pouvoirs administratifs dans le domaine des praticiens. Comme le faisait remarquer un des délégués à l'Assemblée de l'Union des Syndicats médicaux, nous devons remercier, après Lafontaine et ses collaborateurs, M. le ministre Maginot qui est celui à qui nous devons les progrès vraiment impressionnants faits par nos syndicats depuis quelques mois à peine et qui est l'auteur responsable de l'élan irrésistible qui entraîne les indécis, pousse ceux qui sont en tête et doit nous conduire à la victoire.

***

Toute la France médicale était représentée à l'Assemblée générale du 28 mai. Des délégués avaient été envoyés de tous les coins de France, du Nord aux Pyrénées, de la Bretagne à la Savoie ; l'Alsace, recouvrée, comme la Corse et l'Algérie lointaines avaient tenu à faire connaître la part que leurs médecins avaient prise et tenaient à prendre dans la lutte engagée à propos de la loi des pensions. Depuis le premier Congrès des praticiens, lors de la création du fameux certificat d'études médicales spérieures à la vie éphémère, nous n'avions vu chez nous une pareille levée de boucliers.

La séance du matin fut des plus intéressantes. Le secrétaire général adjoint de l'Union, Quivy, fit la lecture des dossiers indiquant l'état de l'action syndicale dans chaque département. Les renseignements donnés étaient d'une précision remarquable. Les hésitations, les flottements, les dissidences y étaient relatés avec une sincérité absolue et, tour à tour, chaque délégué venait expliquer ou compléter les informations fournies au secrétariat de l'Union.

Nous eûmes là vraiment le tableau saisissant et fidèle de notre action syndicale, lumineux d'une clarté que rehaussaient parfois quelques ombres.

C'est ainsi que nous apprîmes que dans les Alpes-Maritimes qui comptent plus de 400 praticiens, un syndicat de 40 médecins cantonaux, dirigé par un médecin fonctionnaire de Nice, s'efforçait sans succès à faire échec à la campagne de l'Union ; que dans une ville de l'Ouest, où un nombre de dissidents acceptaient de servir M. le ministre Maginot, l'administration avait relevé de tels abus dans l'exercice de ces « jaunes » qu'elle songeait à sévir et à mettre sa caisse à l'abri de ces dangereux et coûteux collaborateurs. Nous sûmes encore qu'à Chartres, où l'influence de M. le Dr Manoury, député, dont on a pu lire dans nos colonnes la peu confraternelle intervention au Palais-Bourbon, a empêché la constitution d'un Syndicat médical, la Société de l'A. G. a pris l'initiative de faire appliquer les décisions de l'Union des Syndicats médicaux de France, ce qui n'entrait pas dans le programme du fougueux docteur député antisyndicaliste. Nous apprîmes que dans la Meuse, département que représente à la Chambre M. Maginot, malgré les lettres personnelles envoyées (il est vrai en franchise et sur papier officiel) à chaque praticien par le ministre des Pensions, lettres pleines d'alléchantes promesses, malgré les efforts du secrétaire de l'Union des mutilés, aussi secrétaire de M. Maginot lui-même, les médecins marchent en accord parfait derrière la bannière de l'Union et édifient peu à peu les réformés sur le souci qu'a l'Administration de leur faire donner des soins éclairés. Ces renseignements, complétés par les deux délégués de la Meuse, ont valu à ces derniers un vote unanime de félicitations.

Le délégué du Rhône nous fit savoir que, six jours auparavant, 4.000 mutilés de Lyon firent une imposante manifestation devant la Préfecture, et parmi leurs réclamations était la demande du rétablissement de l'article 64 de la loi des Pensions, tel qu'il avait été primitivement voté.

Malgré M. le député Dr Régnier, dont on

connaît les fâcheuses interventions à la Chambre et la tentative d'opposer l'Association générale à l'Union des Syndicats médicaux, et qui néanmoins était un des délégués du Syndicat de la Nièvre à l'Assemblée générale, la discipline syndicaliste règne dans le corps médical du Nivernais.

A Limoges, malgré la gravité du conflit médico-mutualiste qui y sévit encore, nos confrères limousins, dirigés par le Dr Simonin, marchent à l'unisson.

Dans une grande ville du Midi une hésitation fâcheuse se manifesta au début dans le conseil du Syndicat. On ne tarda pas à en connaître la cause, le secrétaire, médecin expert, était parvenu à accaparer la moitié de la clientèle des mutilés. Il dut démissionner et forma un petit syndicat dissident, dont 5 médecins pharmaciens et un spécialiste de vespasienne forment le gros de la troupe et offrent aux mutilés des soins d'arrière-boutique. Quant au vrai syndicat, heureusement épuré, il marche à fond.

A Marseille, il y eut quelque hésitation, non sur le principe mais sur la tactique de la campagne engagée par l'Union. On eut recours à un referendum et les deux tiers des praticiens, approuvant l'action de l'Union, le Syndicat fit acte de discipline et accepta les décisions intersyndicales.

Il n'y a de flottements que dans deux syndicats :

C'est d'abord dans le Syndicat de Saint-Flour et de Murat qui compte *treize* membres et dont la direction est entre les mains d'hommes politiques ; encore ce syndicat, au nombre de membres fatidique, n'accepte-t-il pas le tarif de M. Maginot.

C'est en outre le Syndicat du Puy-de-Dôme (ou plus exactement celui de Clermont-Ferrand et de Riom) qui paraît avoir été mal renseigné et en tout cas mal aiguillé. Ce syndicat n'a pas consenti, tout en étant d'accord avec l'Union sur le fond du conflit, de respecter ses décisions.

Nous ne doutons pas que nos confrères clermontois, mieux éclairés, ne reprennent leur place dans l'unanimité du corps médical français.

Ce qui fait le piquant de cette dissidence, c'est que l'Administration a cherché à l'exploiter et a répandu à profusion en Auvergne et dans beaucoup d'autres régions, un ordre du jour, où en approuvant le principe de la lutte syndicale, on refuse de se plier aux indications de l'Union. D'ailleurs, dans le Puy-de-Dôme, les Syndicats de Thiers, Ambert et Issoire marchent avec l'Union.

Telle est la situation exacte.

***

La séance du soir débuta par l'*offre spontanée* de nombreux syndicats d'augmenter les moyens d'action de l'Union en lui offrant un supplément de subsides.

Puis le secrétaire général Lafontaine, pendant plus de deux heures, fit en détail l'histoire du conflit.

Jamais orateur ne fut plus éloquent, plus clair, plus précis, plus mesuré dans ses appréciations, plus indulgent pour les fautes commises.

Cependant les faits étaient là qui parlaient assez d'eux-mêmes et comme le secrétaire de l'Union tenait à être complet et sincère, il nous fit le récit de petites intrigues parlementaires, où l'on tenta de l'engager et qui évoquent les souvenirs rocambolesques des conspirations de jadis. Ceci ne rehausse guère pour nous le prestige des parlementaires qui ont recours à de tels moyens. Nous, médecins praticiens, nous aurions accepté sans enthousiasme de jouer le rôle de ces fruits savoureux et fondants et de servir à étancher sous cette apparence, les gosiers altérés de soi-disant ministrables aux robustes appétits.

Ce fut un intermède assez amusant au cours de la gravité du débat. Notons qu'aucun des faits relatés par Lafontaine n'a été contesté par les intéressés.

Le discours de Lafontaine fut l'objet d'une longue ovation et ceux qui avaient *publiquement* déclaré qu'il serait mis à la porte du secrétariat de l'Union, purent se convaincre que la réalité était singulièrement différente de leur rêve.

De nombreux orateurs se succédèrent à la tribune.

Le Pr Pinard, interprétant mal quelques passages du discours de Lafontaine, crut devoir préciser son rôle..

Il fit remarquer que son intervention à la Chambre des députés fut provoquée par l'affirmation du ministre qui prétendait que la loi assurait aux mutilés le libre choix du médecin pour les soins médicaux mais ne faisait pas mention des soins chirurgicaux.

M. Maginot, bien que ministre, ignore qu'il y a plus d'un siècle que le diplôme de docteur en chirurgie est supprimé et qu'il faut remonter à l'ancien régime pour trouver groupés médecins et chirurgiens dans des corporations différentes.

Avec une grande sincérité et non sans humour, le Dr Jayle, secrétaire général du Syndicat des médecins de la Seine, vint faire le récit de ce qui s'était passé à la conférence du 12 mai, provoquée dans un but d'entente par M. Pinard, et singulièrement organisée par M. Maginot. Lafontaine et Quivy, fort malmenés et ne pouvant obtenir du ministre aucune précision sur le rôle de cette réunion, jugèrent que leur dignité de délégués de l'Union leur faisait un devoir de se retirer. A cette conférence que Lafontaine considérait comme un piège, le ministre aurait fait des promesses que le Dr Jayle lui a fait préciser par lettre lue à la tribune : suppression du décret tarifant les soins médicaux, pris par le Conseil d'Etat, constitution d'une commission tripartite (délégués médicaux, mutilés et administratifs) pour élaborer un tarif et organiser le contrôle des soins, mais à la condition formelle que le règlement de l'arriéré des frais médicaux, donnés durant 2 ans aux mutilés, seraient payés au taux du tarif décrété par le Conseil d'Etat.

Le Dr Cibrie, président du Syndicat des médecins de la Seine, déposa un ordre du jour de ce syndicat indiquant dans quelles conditions et dans quelles mesures on pouvait accepter les offres du ministre.

Mais la très grosse majorité des délégués ne voulaient pas admettre pareille concession qui, après les engagements pris par les préfets dans plus de 65 départements, constituerait une véritable banqueroute de l'administration.

Lafontaine proposa alors le vote d'un ordre du jour du Conseil de l'Union demandant d'intensifier la lutte et d'augmenter les moyens d'action de l'Union.

L'Assemblée crut que c'était la cessation de toute négociation avec le ministère. Il en résulta une fâcheuse équivoque, de tumultueuses protestations, une agitation confuse que le président Legras eut malgré son autorité beaucoup de peine à calmer.

Une heureuse intervention du Dr Le Für fit ajouter au début de l'ordre du jour du Conseil de l'Union que les pourparlers avec le ministre ne seraient pas interrompus et Lafontaine qui avait posé la question de confiance, accepta cette addition. L'ordre du jour du Conseil de l'Union des Syndicats médicaux de France fut voté.

Tel fut, en résumé, le tableau de cette journée mémorable. Elle nous a donné l'impression que si beaucoup restait à faire pour l'éducation syndicaliste de nos confrères de quelques grandes villes, les praticiens de campagne ont fait sur ce point des progrès stupéfiants.

On aurait tort d'opposer les médecins de la ville à ceux de la campagne, leur sort est intimement lié et ils doivent être étroitement solidaires. Si le médecin de campagne est plus exploité, s'il a des frais de déplacement, d'automobile considérables, s'il ne peut pas, comme le confrère de la ville, sacrifier aussi facilement ses honoraires pour une visite voisine ou une consultation au cabinet, il n'est pas douteux que, dans les villes, le nombre des médecins dissidents peut facilement faire échec à l'action syndicale et priver les médecins syndiqués de la clientèle en litige.

Aussi nous considérons comme absolument inacceptables les catégories du tarif de M. Maginot et comptons que si les négociations sont reprises avec le ministère l'on ne cédera pas sur une aussi importante question.

J. Noir.

Dernière heure. — Les négociations reprennent. — Elles reprennent dans une atmosphère assainie. Tout fait présumer que le ministre aura compris que les représentants de l'Union entendent discuter avec bonne foi, loyauté et honnêteté, les intérêts du corps médical, la question dépassant de beaucoup en importance le problème des soins à donner aux mutilés. Convaincu que le corps médical ne veut prêter la main à aucune intrigue parlementaire, le ministre voudra bien agir avec nous avec franchise et nous espérons que, repris dans un tel esprit, les pourparlers pourront aboutir à un résultat satisfaisant.

J. N.

PARTIE SCIENTIFIQUE

CLINIQUE INFANTILE

Hôpital Saint-Louis (Annexe Grancher). Service de M. le Dr Jules RENAULT.

L'hygiène des maladies transmissibles (1)

Vous avez vu, Messieurs, dans notre dernière leçon, comment nous avons édicté des mesures de prophylaxie générale contre les maladies transmissibles. Aujourd'hui, serrant le problème de plus près, nous allons passer en revue quelques-unes de ces affections.

La loi de 1902 est encore incomplète, malgré toute sa valeur : elle ne prescrit pas l'isolement. C'est le conseil supérieur d'hygiène qui, en la matière, édicte certains règlements, mais ceux-ci n'ont pas force de loi. Cela est évidemment regrettable. Peut-être, dans quelque vingt ans, le Sénat votera-t-il un projet que la Chambre lui retournera, en raison des mesures coercitives qu'il devra nécessairement comporter ! On discutera encore ! L'opinion publique, enfin éclairée, pressera ses mandataires, et une loi, en harmonie avec les mœurs de cette époque encore lointaine, viendra mettre fin à un état de choses que, quarante années auparavant, quelques-uns d'entre nous auront dénoncé...

Pour le temps présent, considérons que les maladies transmissibles sont divisées en deux catégories : celles dont la déclaration est obligatoire, celles dont la déclaration n'est pas obligatoire.

A.) La première catégorie comprend : la F. typhoïde, le T. exanthématique, la variole et la varioloïde, la scarlatine, la rougeole, la diphtérie, la suette miliaire, le choléra et les affections cholériformes, la peste, la F. jaune, la dysenterie, l'infection puerpuérale et l'ophtalmie, la méningite cérébro-spinale, la polyomyélite antérieure aiguë.

La fièvre jaune ne se voit pas en France. Le T. exanthématique et la peste ont fait parler d'eux depuis quelques mois. On a signalé quelques cas de peste ambulatoire.

Il y faut penser, mais ne pas en voir partout. Quant au choléra, depuis 1892, je ne pense pas qu'il en ait été signalé de cas dans la région parisienne.

La déclaration doit avoir, pour immédiat corollaire, la désinfection.

B.) Parmi les affections à *déclaration facultative*, nous vous signalons : la tuberculose, la coqueluche, la grippe, la pneumonie et bronchopneumonie, l'érésypèle, les oreillons, la lèpre, la teigne, la conjonctivite purulente et l'ophtalmie granuleuse.

Dans cet hôpital, nous appliquons l'isolement et la désinfection pour ce groupe d'affections que la loi range sous la rubrique « à déclaration facultative »

Pour toutes les maladies contagieuses, en ville, en clientèle, comment convient-il d'agir ? Soyez aussi précis que possible, entrez dans de minutieux détails : on vous en saura grand gré.

Les trois questions auxquelles vous serez, le plus habituellement, appelés à répondre sont les suivantes :

Combien de temps dure l'incubation ?

Comment se fait la contagion ?

Combien de temps le malade sera-t-il contagieux ?

VARICELLE.— L'incubation de la varicelle dure 14 jours. La contagion s'établit par contact, mais aussi, à une distance minime. La plus contagieuse, mais aussi la moins grave des maladies transmissibles. — Dans nos salles, quelque précaution que nous prenions, un cas nous amène la contagion. Nous en ignorons le virus. Mais nous savons bien que ce virus est contagieux durant toute l'évolution de la maladie.

ROUGEOLE. — Il est classique de parler de 14 jours pour l'incubation de cette maladie. Or, j'appelle votre attention sur ce fait : pendant les 10 premiers jours, à partir du contage présumé, vous ne notez rien, sauf 37°8 ou 38° de T. Au 11me jour, vous remarquerez que la T. s'élève à 39°, 40°, pour retomber presque aussitôt et faire une nouvelle ascension qui se maintiendra, celle-là, et l'éruption apparaîtra le 14e jour.

En réalité, l'incubation a duré 10 jours et l'invasion 4 jours, — la période d'état commençant effectivement le 14e jour. Donc, des enfants en contact aujourd'hui avec des rougeoleux seront malades le 10e jour et verront leur éruption apparaître le 14e jour. Ceci est, peut-on dire, d'une précision mathématique.

Je suis appelé, le 9 mars, dans un hôtel, par des Chiliens auprès d'un enfant qui commençait son éruption de rougeole : j'affirme que l'enfant a pris la contagion 14 jours auparavant. J'interroge, je questionne, je ne puis arriver à une précision, quand, à ma consultation, vient une Norwégienne qui me dit être arrivée au même hôtel le 24 février, au début d'une rougeole et avoir rencontré, le même soir, l'enfant dont je

(1) Voir no 20 du *Concours médical.*

RENOUVELLEMENT DES ABONNEMENTS

Pour éviter les frais de recouvrement nous prions nos abonnés de vouloir bien nous adresser le montant de leur abonnement, soit **24 fr.**, par versement à notre compte de chèques postaux PARIS 167-95, versement qui peut être fait dans tous les bureaux de poste.

viens de vous parler, enfant qu'elle ne fit que croiser dans le couloir. Or, du 24 février au 9 mars, cela fait bien 14 jours !

Vous connaissez tous l'histoire de la contagion des Iles Féroë. En 1846, 17 îles étaient habitées. On communiquait facilement de l'une à l'autre. On a pu établir, avec une extrême précision, la marche de la maladie : on a relaté que du 12e au 13e jour après l'arrivée, dans une île indemne, d'un sujet atteint de rougeole, l'éruption apparaissait sur les insulaires qui avaient été, ce jour-là, en contact avec le sujet porte-germe. La rougeole, à un plus haut degré que la varicelle, est la plus contagieuse des maladies : tout le monde l'a eue ou l'aura. Sur 6.000 habitants des I. Féroë, seuls 260 vieillards l'évitèrent.... Ils l'avaient contractée quelque 40 ans au paravant.

Une dame m'appelle auprès de sa filette, atteinte de rougeole : elle est inquiète, je la rassure. Mieux vaut l'avoir jeune que plus tardivement. Sur ses 4 enfants, deux font une rougeole grave, les deux autres, qui n'ont pas été isolés, ne sont pas contagionnés, pas plus qu'une jeune fille qui les soignait. Mais 8 ans plus tard, cette jeune fille, au moment de se marier, présentait une rougeole des plus graves !

La contagion se fait par contact direct, peut-être aussi, par contact médiat, mais la chose doit être beaucoup plus rare. Le médecin ne peut-il la transmettre de maison à maison ? On ne l'a jamais constaté. Il semble que le virus perde sa vitalité dans le laps de temps que le médecin met pour aller de chez un malade chez l'autre.

La rougeole est contagieuse dès le début de la période d'invasion, mais aussi, vraisemblablement, en période d'éruption.

La commission anglaise chargée d'étudier cette question en a fourni des exemples.

RUBÉOLE. — Tout ce qui s'applique à la rougeole s'applique à la rubéole.

SCARLATINE. — La varicelle, la rougeole sont, peut-on dire, *inévitables*. La scarlatine est, au contraire, *évitable*.

La durée d'incubation est courte : 2 à 8 jours ; l'invasion très courte : 24 à 36 heures.

La desquamation commence vers le 12e jour, pour se prolonger jusqu'au 30e ou 40e jour. La contagion dure tout le temps de l'affection. Si vous avez pu séparer deux enfants dont l'un a la scarlatine, celui qui ne l'a pas encore ne sera pas atteint si, le 8e jour, aucune éruption n'a fait son apparition.

Alors que la rougeole donne 100 % de contagion, la scarlatine arrive à peine à la moitié de ce pourcentage.

Un sévère isolement empêche toute contagion. L'an dernier, à la suite d'un changement de personnel de nos salles, nous avons eu 3 cas de contagion. On a resserré cette surveillance, la contagion a cessé.

Vous avez tous lu le cas célèbre de contagion par lettre

Ce cas, qui est très beau, a contre lui d'être absolument unique.

Les squames sont-elles contagieuses ? Cela n'est pas certain ; il est vraisemblable qu'elles doivent être souillées par le virus scarlatin (qui siège probablement dans la gorge), pour disséminer la contagion.

Un fermier contracte la scarlatine ; il exploite une laiterie : plusieurs de ses clients contractent la scarlatine : le lait a donc été le porte-germe.

Une fillette de ma clientèle contracte la scarlatine ; je la fais isoler de ses deux sœurs pendant 7 semaines, et je ne permets la vie commune que 7 jours après que toute desquamation a disparu : or, à peine 4 jours de cette vie en commun, et les deux autres sœurs étaient prises.

OREILLONS. — L'incubation dure 3 semaines. Il y a contagion par contact immédiat. L'exemple le plus typique nous est donné par ce jeune homme qui, au cours d'une soirée, dansa avec 21 danseuses différentes et les contagionna toutes. Le malade est contagieux durant toute l'évolution de sa maladie.

COQUELUCHE. — Contrairement à ce qui est cru dans les familles, la coqueluche n'est presque plus contagieuse au moment des quintes, mais surtout à la période d'invasion, quand le petit malade n'a pas encore les « reprises ». Le bacille de Bordet-Gengou disparaîtrait vers le 10e jour de la période des quintes.

Isolez rigoureusement le petit malade : ne levez la quarantaine qu'au moment où l'on n'inscrit plus que 1 à 2 quintes par 24 heures.

L'incubation de la *méningite*, de la *poliomyélite* est de 4 à 6 semaines. On pense que les porteurs de germe « non atteints » communiquent la maladie. (Il est, du reste, vraisemblable que les choses doivent se passer ainsi pour la scarlatine).

L'*érésypèle*, très grave en chirurgie, l'est infiniment moins en médecine ; la contagion de l'érésypèle médical est plus qu'exceptionnelle.

Nous ne connaissons pas le virus du *typhus exanthématique*, mais nous savons qu'il doit subir une incubation de 12 jours dans le pou vecteur, et que ce n'est que 10 jours après la piqûre que le typhus se déclare : 22 jours sont donc nécessaires pour qu'il se propage du malade à un homme sain. L'isolement n'est nullement indispensable, à condition que l'épouillage soit pratiqué de façon absolue.

Contre la variole, la F. typhoïde, le choléra, nous avons un moyen préventif : la vaccination. Mais nous n'avons pas de remède spécifique. Pour les trois maladies, la vaccination est dite *active*.

Pour la peste, on utilise sérum et vaccin ; la vaccination est mixte ; pour la diphtérie, elle est mixte également.

Il est bon que vous connaissiez la durée d'immunité que confèrent les divers vaccins :

La vaccination anti-variolique donne une immunité de 10 ans environ.

La vaccination anti-typhique donne une immunité de 2 à 4 ans.

La vaccination anti-cholérique donne une immunité de quelques mois.

La vaccination anti-pesteuse donne une immunité de 6 mois.

La vacclnation anti-diphtérique donne une immunité de 3 à 4 semaines.

Au cas de contagion, faut-il injecter systématiquement tous les enfants ? Certainement non.

Je vous signale, en terminant, la réaction de Schick, qu'avec mon élève Lévy nous avons appelée diphtérino-réaction : vous savez que la tuberculino-réaction est *positive* chez les sujets en puissance de tuberculose. La diphtérino-réaction est au contraire positive chez les sujets sensibles à la diphtérie ; elle est négative chez les réfractaires.

Cette diphtérino-réaction est extrêmement sensible. Une goutte de la solution au 1/20 000e de la toxine que nous livre l'Institut Pasteur donne une rougeur des plus nettes avec une petite induration.

Cette diphtérino-réaction, qui ne présente aucun danger, nous permet donc de reconnaître les enfants que nous devons ou non injecter.

(*Leçon recueillie par le* Dr MOLINÉRY et revue par l'auteur.)

OTOLOGIE

Traitement des bourdonnements d'oreille par l'électricité.

Les bourdonnements d'oreille constituent, par leur présence et leur ténacité, une infirmité des plus gênantes : qu'ils soient constitués par des bruits de sifflet, des bruits de coquillages ou de vapeur, de cloche, ou par des bruits semblables à ceux que l'on entend en collant l'oreille contre un poteau télégraphique, ils empoisonnent l'existence du sujet et peuvent le conduire au suicide.

Nous n'avons pas à insister sur les causes des bourdonnements d'oreille.

a) Causes locales : Bouchon cérumineux inclus dans le conduit auditif qui, en se développant ou étant poussé par le malade au moyen d'une épingle ou d'un fil de fer, vient au contact du tympan, l'enfonce, et agit sur l'oreille interne par l'intermédiaire des osselets et de la fenêtre ovale : d'où les bruits subjectifs,

Otite moyenne chronique qui produit le même effet, par suite de l'arthrite ou de l'ankylose des osselets. Affection de l'oreille interne : labyrinthite aiguë ou chronique, etc.... Quant au vertige de Ménière (dont j'avais fait l'objet de ma thèse inaugurale, il y a bien longtemps) on sait que ce n'est qu'un syndrome morbide, rarement une entité morbide.

b) Causes générales : maladies du cœur et des gros vaisseaux, anémie, maladies générales, surtout artério-sclérose, etc.

Divers traitements ont été proposés : leur multiplicité indique leur peu d'efficacité ; nous savons que la valeur thérapeutique des médicaments dans la cure d'une maladie est en raison inverse de leur nombre : combattre la cause tout d'abord, puis agir sur l'état général au moyen de médicaments hypotensifs (salicylate de soude, bromure de potassium) ou reconstituants (fer, arsenic) suivant les cas, ou spécifiques (mercure, sulfate de quinine).

A tous ces traitements, j'en ajouterai un autre qui ne m'a pas toujours réussi malheureusement, mais qui cependant, dans certains cas désespérés, a eu un bon résultat ; je veux parler de l'électrisation, remède inoffensif, peu ou pas douloureux s'il est bien manié. D'une façon générale, les auristes n'ont pas grande confiance dans l'électricité pour le traitement des maladies d'oreille ; plusieurs auteurs lui dénient même toute valeur thérapeutique, et disent qu'elle n'agit que par suggestion ; ils ne s'en servent que pour aider au diagnostic ou déjouer une simulation. J'ai employé tantôt le courant continu, tantôt le courant induit ; mais j'ai eu plus de succès avec ce dernier qu'avec le premier.

Le courant continu peut être dangereux chez les gens âgés en cas de mouvements intempestifs qui déplaceraient l'électrode placée de chaque côté de la tête aux environs du conduit auditif ; il se produirait un extra courant de rupture qui pourrait agir chez des personnes à circulation défaillante, provoquer des vertiges, des syncopes et même un ictus plus ou moins prolongé ; aussi chez ceux-ci, je ne me sers que des courants induits. En tout cas, il est nécessaire d'avoir un rhéostat pour faire entrer peu à peu le sujet dans le courant et l'en retirer sans secousse.

Le courant induit est beaucoup moins dangereux, plus facile à manier, se gradue plus facilement par l'écartement des bobines (inductrice et induite) ; les plaques peuvent se déplacer brusquement sans danger pour le sujet.

Des deux espèces de bobines induites (que possède tout appareil induit un peu sérieux), la bobine à fil fixé et la bobine à gros fil, je n'emploie que la bobine à fil fin (intermittence rapide), c'est elle qui m'a produit les meilleurs résultats.

Je me suis toujours inspiré du principe : pour que l'électricité fasse du bien, il faut qu'elle ne fasse pas de mal ; autrement dit, je m'arrange toujours pour que l'électricité soit supportable. Pour le courant continu, je m'arrête comme intensité quand il devient pénible à supporter ; pour le courant induit,

dans le même cas, je cesse de pousser la bobine induite sur la bobine inductrice.

Quant il s'agit de bourdonnements d'oreille, j'applique le pôle positif bien imbibé d'eau salée, soit sur le tragus (électrode de faible dimension), soit dans le conduit (olive) ; le pôle négatif sur l'avant-bras ou dans la main du même côté. Je fais passer le courant, comme je l'ai déjà dit, pendant un quart d'heure ou vingt minutes, souvent avec une pause au bout de dix minutes, observant les précautions indiquées. S'il s'agit de dysécie, j'intervertis les pôles : pôle négatif à l'oreille, pôle positif à l'avant-bras. Dans ce cas, j'ai eu souvent des améliorations de audition.

Si le malade était soulagé (généralement une fois sur deux) après la première séance, je continuais deux jours après et j'en faisais une dizaine. Si au bout de trois ou quatre séances, aucune amélioration ne s'était produite, je cessais les séances.

Tout appareil d'induction peut servir à condition que la bobine induite soit une bobine à fil fin, avec intermittences rapides. Même le petit appareil de poche dont tous les médecins sont pourvus peut servir, à condition que, par un rhéostat ou une résistance convenable, on puisse rendre le courant supportable ; ce qui rend le procédé pratique même à la campagne.

Je citerai trois observations caractéristiques.

Première observation. — *A*) M. L..., brigadier des douanes en retraite, âgé de 65 ans, est atteint de bourdonnements d'oreille à droite depuis plusieurs mois.

A l'examen otoscopique, je constate la présence dans le conduit d'un bouchon cérumineux très dur, très adhérent, qui résiste à l'eau oxygénée et ne disparaît qu'au bout de quelques jours, sous l'influence de la glycérine carbonatée et des lotions savonneuses. Quand le malade revient me trouver, le bouchon a disparu, mais les bourdonnements persistent ; l'oreille droite présente une otite moyenne scléreuse assez développée avec diminution de l'audition (bien que le malade ne se plaigne pas de dysécie). Rinne positif, donc participation probable du labyrinthe ; l'oreille gauche est scléreuse, mais à un moindre degré que la droite, l'audition y est meilleure ; le malade ne se plaint pas de bruits de ce côté.

Une douche d'air par le procédé de Politzer (insufflation d'air par le moyen de la poire en caoutchouc, le malade avalant de l'eau), le massage du tympan avec l'appareil de Siégle ne produisent aucun effet.

J'applique le courant induit : le pôle positif (forme olivaire) à l'entrée du conduit auditif droit ; le pôle négatif (plaque de vingt centimètres carrés) sous l'avant-bras, intensité supportable, durée vingt minutes avec interruption passagère au bout de dix minutes.

Les bourdonnements diminuent d'intensité à la pause, et le malade part en accusant une grande amélioration.

Je reste un mois sans le voir ; au bout de ce temps, il revient me dire qu'il est complètement guéri : il avait à peine passé le seuil de ma maison que les bourdonnements d'oreille avaient complètement disparu ; ils ne se sont pas reproduits.

2e Observation. — *B*) M. R..., officier mécanicien de la marine, *âgé de* 30 *ans*, m'est adressé par le médecin de son bâtiment pour des bourdonnements d'oreille siégeant à gauche, dont il est atteint depuis plusieurs jours. Ces bourdonnements (chose singulière) commencent au milieu de la nuit, vers deux heures du matin, sont si intenses qu'ils réveillent le malade et l'empêchent de se rendormir ; puis, cessent au bout de deux ou trois heures ; et le malade se repose jusqu'à huit ou neuf heures du matin.

J'examine l'oreille gauche ; elle est un peu scléreuse (ce qui peut s'expliquer par la profession du malade qui vit au milieu du bruit de la machine) ; l'audition est bonne, les trompes sont libres ; le nez et le pharynx sont en bon état.

L'oreille droite est un peu scléreuse (mais le malade n'éprouve aucun trouble de ce côté). L'examen des différents organes ne révèle rien de particulier ; les digestions sont bonnes, la respiration est normale ; du côté du cœur, on constate un bruit de souffle léger de nature anémique (attribuable à la profession d'un homme qui vit souvent devant les feux). Rien de particulier dans les urines.

Le système nerveux est en bon état. Aucun symptôme de syphilis récente ou ancienne.

Je prescris d'abord un régime léger, surtout le soir et de l'*exercice après le dîner, pensant que ces* bourdonnements d'oreille peuvent être dus à des troubles digestifs. Puis, pour favoriser le jeu des osselets, je lui recommande des douches d'air avec la poire de Politzer. Ce traitement continué pendant plusieurs jours n'amène aucun résultat. Tenant compte du bruit de souffle de nature anémique entendu à la base du cœur, et me rappelant que les battements de la carotide s'entendent souvent par le sujet lui-même, quand il a la tête sur l'oreiller, je me demande si ces bruits d'oreille ne sont pas de nature anémique et je prescris un mélange de teinture de maïs (1) (10 gr.), liqueur de Fowler (5 gr.) à la dose de dix gouttes par jour. Les bourdonnements d'oreille diminuent d'intensité sans disparaître.

Je pense, tout en continuant le traitement précédent, à soumettre le malade à l'influence électrique qui, dans beaucoup de cas, m'a donné de si bons résultats. J'essaye d'abord le courant continu (10 à 12 éléments au bisulfate de mercure, 5 à 6 milliampères), pôle négatif sur l'avant-bras du côté malade (gauche par conséquent), plaque de vingt centimètres (large comme la main) ; pôle positif : petite plaque de cinq centimètres carrés sur le tragus du côté malade. Pas de résultats après dix minutes d'application. Je recours au courant induit suivant ma méthode ordinaire, bobine à fil fin, intermittences rapi-

(1) GELLÉE. — Traité d'otologie.

des : pôle négatif sur l'avant-bras gauche, pôle positif (olive) dans le conduit auditif gauche. Séances pendant vingt minutes, intermittences toutes les deux minutes avec une minute de repos. Dès la nuit suivante, les bourdonnements diminuent d'intensité, et au bout de trois séances (continuées à des intervalles de deux jours), les bourdonnements disparurent complètement.

Troisième observation. — *C*) Je terminerai par une troisième observation où les courants continus ont eu du succès. Il s'agit d'une jeune fille qui, à la suite d'une otite moyenne chronique, était atteinte de bourdonnements d'oreille intenses à gauche (bruit de vague) ; cette otite moyenne fut guérie, mais les bruits persistèrent. Comme elle était au moment de la puberté, je conseillai aux parents d'attendre l'arrivée des règles. En même temps, je fis cesser l'étude d'un instrument de musique, le violon, qui m'a semblé souvent être nocif pour l'oreille : celui-ci appuie sur l'épaule gauche, ses vibrations se transmettent facilement à l'oreille gauche et peuvent être une cause d'irritation pour les organes de Corti ; je conseillai, puisque la personne était musicienne, de lui faire apprendre plutôt le violoncelle qui n'a pas les mêmes inconvénients .

A l'apparition des règles, les bourdonnements persistaient toujours.

Quelques applications de courant continu (10 à 12 éléments au bisulfate de mercure, 5 à 6 milliampères), suivant ma méthode habituelle, amenèrent en quelques séances la guérison des bourdonnements.

Conclusions. — L'électrisation par les courants continus ou induits possède donc de l'influence sur les bourdonnements d'oreille dans un certain nombre de cas ; le traitement bien dirigé est d'ailleurs inoffensif. Mais on ne peut d'avance indiquer la modalité à employer : est-ce le courant continu ? Est-ce le courant induit dont il faut se servir ? Remarque importante. L'emploi de cette médication devra toujours être précédé d'un examen complet de l'organe auditif, et même d'un examen général du sujet qui permettra souvent de guérir le malade en écartant la cause.

Dr DE CHAMPEAUX.

A TRAVERS LA PRESSE

Presse française.

Réduction en masse d'une hernie inguinale étranglée.

A propos d'un malade qu'ils ont observé et opéré, MM. LEFORT et DURAND étudient de nouveau les indications et la technique du taxis. S'il est légitime de proclamer que toute hernie étranglée doit être opérée d'urgence, il est cependant des cas où le praticien se trouve en quelque sorte forcé d'essayer le taxis. Celui-ci ne devra être tenté que dans les toutes premières heures qui suivent l'étranglement, rapidement et méthodiquement. Un grand bain chaud, des compresses d'éther *loco dolenti*, le favorisent.

« Le taxis ne consiste pas à refouler en bloc le contenu herniaire à travers l'anneau. Il faut d'abord vider l'anse herniaire au moins partiellement, la réduire en l'évacuant ».

Pas de pression de bas en haut, mais compression large, douce et progressive exercée sur toute la circonférence de la tumeur herniaire. On se rend rapidement compte, à la diminution de la tension périphérique, si l'on a quelques chances de réussir.

En tout cas, on ne prolongera pas longtemps la tentative, et en cas d'insuccès, on recourra immédiatement à l'intervention.

Les dangers du taxis sont la réduction en masse ; les réductions partielles ; la réduction propéritonéale ; la réduction sous-péritonéale ; la réduction avec l'agent d'étranglement ; la coudure de l'intestin après réduction ; enfin la réduction d'un intestin altéré.

En résumé, il est permis de recourir au taxis « dans les toutes premières heures qui suivent l'irréductibilité, si l'on ne peut faire mieux ; on doit l'utiliser surtout comme un moyen de préciser un diagnostic d'étranglement vrai, définitif. Il doit être pratiqué alors que tout sera préparé pour la kélotomie, et effectué avec des pressions modérées, douces, graduelles. La manœuvre doit être unique et ne durer que quelques minutes ». (*Journ. des prat.*, 26 fév. 1921.)

Traitement immédiat des plaies de poitrine.

Plaies par armes blanches, plaies par coups de feu, réclament le même traitement. Les accidents immédiats qu'elles peuvent entraîner sont l'asphyxie (hémothorax, pneumothorax) et l'hémorragie. Plus tard, l'infection sera plus à craindre.

Quoiqu'il en soit, M. L. BARBIER est d'avis qu'il faut tout d'abord demeurer dans l'expectative armée, tout en se tenant prêt à intervenir. A cet effet, on commencera par transporter le blessé dans un hôpital ou une maison de santé, où il sera mis au repos le plus absolu, dans le silence. Une injection de morphine calmera la toux et la dyspnée. Puis, on s'installera auprès de lui pour surveiller d'une façon ininterrompue sa face, ses mouvements respiratoires, son pouls et sa tension artérielle.

De cet examen constant découleront les indications. Le blessé se calme, s'endort avec une respiration satisfaisante, une tension normale, un pouls ferme ; l'état de shock disparaît. On procède alors au bout de quelques heures à son examen détaillé, avec de grandes précautions et la plus grande prudence. Repos, morphine et

surveillance restent la base même de la conduite du praticien.

Au contraire, il y a asphyxie ou hémorragie : il faut intervenir et effectuer une opération aussi complète que possible. « Elle s'attaquera à la paroi, à la plèvre et au poumon. S'il s'agit d'une plaie par éclat de projectile, il sera préférable d'opérer. Au bout d'un jour ou deux, même s'il n'y a pas de signes alarmants, on traitera les fractures esquilleuses et on enlèvera le projectile, s'il est superficiel.

« En présence d'une plaie du cœur ou du péricarde, il faut intervenir. En présence d'une plaie thoraco-abdominale, il faut intervenir, en général, par la voie trans-diaphragmatique, si elle siège à droite ; par la voie abdominale, si elle siège à gauche ». (*La Prat. méd. franç.*, mars 1921.)

Les rétrécissements serrés de l'urètre.

Question intéressante de pratique quotidienne, puisque les complications de tels rétrécissements et notamment la rétention, réclament une intervention d'urgence. Au dire de M. Lebreton, le diagnostic sera fourni par l'examen local de l'urètre, aidé de ce qu'il décrit sous le nom de *signe du gland*, consistant « en un aspect luisant, comme lavé, de l'extrémité de la verge, avec épaississement du tissu balanique et induration des lèvres du méat, qui deviennent rigides et s'écartent difficilement, quoiqu'il n'y ait pas véritablement de rétrécissement à ce niveau ».

L'auteur aboutit aux conclusions suivantes : « ... Les rétrécissements serrés ou filiformes de l'urètre peuvent presque toujours être franchis par les bougies filiformes, grâce aux artifices que nous avons décrits (bougies tortillées, en baïonnette ; cathétérisme en faisceau). En laissant celles-ci à demeure pendant quelques jours, on peut les rendre assez souples pour qu'on puisse les dilater ensuite par les méthodes normales. Dans le cas contraire, ils sont justiciables de l'urétrotomie interne à trois sections à l'aide de l'instrument de Maisonneuve, et doivent ensuite être entretenus de façon permanente et à intervalles variables suivant les cas, soit par la dilatation simple, soit par la dilatation électrolytique, faute de quoi ils ont une tendance inéluctable à la récidive. Il est donc du devoir du médecin traitant de faire l'éducation des malades à ce sujet, de bien leur faire comprendre qu'un rétrécissement est chose indélébile et non complètement guérissable, et qu'ils ne doivent s'en prendre qu'à eux-mêmes et à leur négligence des accidents parfois graves qu'ils pourront avoir dans la suite, s'ils ne prennent pas les précautions nécessaires pour les prévenir ».

Un point particulier de pratique est à noter ici. Alors que la plupart des auteurs condamnent la ponction préalable de la vessie, quand la rétention est considérable, M. Lebreton en demeure partisan : elle sera pratiquée avec un fin trocart ou une aiguille à ponction lombaire. Elle amène la décongestion du petit bassin et permet souvent de passer le lendemain, alors que le rétrécissement paraissait d'abord infranchissable. (*L'Evolution méd. chir.*, mars 1921.)

Dans un cas personnel, il y a bien longtemps, plusieurs ponctions furent pratiquées pour vider une vessie qu'une rupture de l'urètre empêchait d'évacuer par les voies naturelles : elles n'eurent aucune suite fâcheuse et le blessé guérit ultérieurement complètement.

Les formes frustes et larvées du rhumatisme cardiaque.

« Tantôt, écrit M. Josué, les manifestations articulaires évoluent avec leurs caractères habituels, mais les localisations cardiaques seraient facilement méconnues. Tantôt la cardiopathie est nette, mais la crise rhumatismale est fruste ou larvée. Tantôt enfin, en l'absence de phénomènes articulaires, les troubles cardiaques eux-mêmes se présentent sous un aspect insolite ».

Ce sont surtout les atteintes du myocarde qui passent inaperçues si on n'y songe pas. Une reprise de la fièvre, sans aggravation des arthropathies, de l'éréthisme cardiaque, des extra-systoles, une atténuation des signes valvulaires, s'ils existaient antérieurement, un souffle systolique à la pointe, léger, localisé, en sont les manifestations les plus fréquentes. L'insuffisance cardiaque peut aussi se traduire par une décompensation des lésions valvulaires précédentes, de l'asystolie suraiguë, de l'arythmie avec fibrillation auriculaire, des extra-systoles avec tachycardie paroxystique.

Dans d'autres cas, les manifestations articulaires sont peu marquées, la cardiopathie dominant la scène, précédée ou accompagnée d'une angine, d'une bronchite aiguë, etc. Les arthropathies peuvent être remplacées par des myalgies.

Enfin, on peut constater l'absence d'arthropathies avec des troubles cardiaques insolites : extra-systoles, tachycardie paroxystique, tachyarythmie, asystolie rhumatismale ou fébrile.

La fièvre est en effet le signe qui, à défaut d'autres, doit faire penser à une atteinte du cœur.

Le diagnostic étant fait, on instituera le traitement classique par le salicylate de soude (6 à 8 gr. par jour), associé au bicarbonate de soude en potion.

L'insuffisance cardiaque proprement dite et l'asystolie restent justiciables de la digitaline.

« L'effort thérapeutique porte d'une part sur le rhumatisme, grâce à la médication sali-

◆◆◆

cylée et d'autre part, sur l'insuffisance cardiaque, à l'aide de la digitaline. Si l'insuffisance du myocarde est absente ou reste au second plan, on commencera par administrer le salicylate de soude. Mais si, après quelques jours, elle apparaît ou persiste, il y aura lieu de donner en même temps la digitaline. » (*La Médecine*, mars 1921.)

La thoracentèse sans aspiration.

M. Mollard se déclare partisan de l'évacuation du liquide pleural dans les pleurésies par simple ponction sans aspiration. L'aspiration, selon lui, est inutile, parce que le liquide pleural a une tension positive qui en assure l'écoulement. Elle peut être dangereuse. Ce liquide est, en effet, « un des éléments de la réaction de la plèvre, à l'encontre d'une irritation ou d'une inflammation. Il immobilise le poumon malade et il renferme des anticorps qui, résorbés, contribuent à la défense générale de l'organisme contre les agents infectieux. Il ne doit être retiré qu'avec ménagement et seulement quand il devient un danger par son abondance même ». D'autre part, il n'est pas indifférent d'exercer une aussi vaste aspiration de ventouse sur un poumon farci de tubercules, congestionné, œdémateux, infarci, etc.

La thoracentèse sans aspiration sera donc pratiquée dans la position couchée, précédée ou non d'une injection d'un demi à un centigramme de morphine. On utilisera le trocart n° 2 de l'appareil de Potain auquel on adaptera le tube de caoutchouc muni d'un index de cristal.

On procède comme s'il s'agissait d'un banal siphon. « Au bout d'un temps variable, suivant l'abondance de l'épanchement, la tension pleurale, qui diminue lentement, se rapproche de zéro. L'écoulement, qui était d'abord continu, se ralentit, puis subit des oscillations sous l'influence de l'inspiration et de l'expiration ; il devient plus faible ou même nul pendant la première, pour se montrer plus fort ou reparaître pendant la seconde. Enfin si l'on ne met pas en jeu la force aspiratrice du siphon, il s'arrête spontanément ».

Il n'est nullement nécessaire, ni même avantageux, de vider complètement la plèvre. On arrêtera donc l'opération quand l'écoulement, suspendu pendant l'inspiration, continue encore faiblement pendant l'expiration. (*Lyon médical*, 10 mars 1921.)

L'alimentation du jeune enfant.

Il s'agit d'un Guide sommaire dans lequel M. Garipuy a réuni les indications relatives à chaque âge de l'enfant. Nous en extrairons le tableau suivant :

Jusqu'à huit mois : régime lacté absolu.

De 8 à 10 mois : 5 tétées et une bouillie avec une cuillerée à soupe de farine de froment, d'orge, de riz, d'arrow-root.

De 10 à 15 mois : 4 tétées et deux bouillies plus épaisses avec farines de céréales déjà signalées et aussi farine de châtaigne, de légumes (pois par exemple). Vers 15 mois, essayer avec prudence un jaune d'œuf. De 13 à 15 mois, suivant la saison, suppression d'un sein.

De 15 à 18 mois : 5 repas, soit, 3 prises de lait de 200 à 250 grammes, une bouillie avec jaune d'œuf, un petit repas, au milieu de la journée, avec un œuf entier, ou une purée de pommes de terre, ou du bouillon gras. Laisser grignoter des croûtes de pain ou des biscuits.

De 18 à 21 mois : 4 repas. Bouillie ou soupe au lait, œuf ou poisson frais, ou poulet haché, ou cervelle de mouton, purée ou pâtes, compotes de fruit, lait et gâteau sec, bouillie ou panade ou potage au bouillon gras, ou soupe au lait.

De 21 à 24 mois, on ajoutera au régime précédent des crèmes, des fromages frais, des gâteaux de semoule ou de riz, des légumes verts.

Dans la troisième année, l'alimentation se rapproche de celle du grand enfant. (*Toulouse méd.*, 15 mars 1921.)

Traitement des pleurésies purulentes.

Lumineux exposé de M. Tuffier, que ses conclusions résument excellemment. (*Journ. de méd. et de chir. prat.*, 10 mars 1921.)

« Pleurésie aiguë. — Le traitement de la pleurésie purulente aiguë doit être précédé d'un diagnostic exact bactériologique, sauf dans le cas d'empyème de nécessité ou d'urgence, et le traitement médical cardio-tonique est de mise dans toutes les circonstances.

« S'il s'agit d'une pleurésie purulente chez un enfant ou d'une pleurésie à pneumocoques, la ponction aspiratrice répétée suffira le plus souvent. Si la radioscopie démontre que cette ponction est insuffisante, une pleurotomie sous anesthésie locale et sans résection de côte évacuera, avec les plus grandes précautions d'asepsie, toutes les fausses membranes. On peut fermer immédiatement l'incision chirurgicale, avec aspiration de l'air laissé dans la plèvre, autant que possible.

« S'il s'agit d'une pleurésie purulente à staphylocoques, la ponction et la vaccination par un stock-vaccin, ou mieux, par un auto-vaccin, seront poursuivies. Si le liquide se reproduit, si la fièvre continue, si l'état général faiblit, la pleurotomie sera indiquée.

« Dans les pleurésies à streptocoques, on peut tenter quelques ponctions ; mais il faut en revenir rapidement à la pleurotomie, si l'amélioration n'est pas proche.

« Dans tous les processus putrides ou gangréneux, la pleurotomie immédiate s'impose. Chez certains malades, dont l'état général est particulièrement grave sans purulence de l'épanchement, et qui malgré une ponction évacuatrice complète, ne sont nullement améliorés, chez lesquels la dyspnée persiste, le traitement médical par les vaccins, les tonicardiaques, doit précéder la pleurotomie.

« La pleurotomie actuelle consiste dans une incision sous anesthésie locale... un drainage irréversible et aspirateur ; s'il est insuffisant, ce que la radiographie et l'état général démontrent, il faut inciser plus largement, réséquer une côte et désinfecter chimiquement la plèvre, soit par le liquide de Dakin, soit par tout autre procédé. En cas de fistule bronchique, on emploie des injections d'oxygène à jet continu dans des tubes placés comme des tubes de Dakin.

« L'échec de ce traitement est dû à la nature tuberculeuse de la pleurésie, à des dispositions anatomiques de recessus pleuraux, à une suppuration pulmonaire qui conduisent à la chronicité.

« Empyème chronique. — Le principal progrès réalisé dans le traitement de l'empyème chronique, c'est la guérison obtenue avec conservation de l'expansion pulmonaire ».

M. Tuffier prescrit la désinfection et l'exploration des cavités pleurales avant toute opération. Celles-ci varieront selon le volume des cavités et l'étendue de l'expansion pulmonaire.

Tantôt on aura recours à la fermeture de l'orifice par la méthode Depage-Tuffier ; tantôt à la décortication du poumon ou au décollement pleuro-pariétal.

Ce n'est que devant l'insuccès de ces procédés, qu'on aura recours aux résections costales, si en faveur autrefois, et que l'auteur conseille judicieusement d'éviter le plus possible.

Les fistules bronchiques guérissent le plus souvent spontanément pendant la stérilisation de la cavité. Si elles persistent, leur traitement varie selon l'état du poumon.

G. D.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

Dangers du radium et mesures à prendre pour les éviter.

(M. H. Bordier. — *Académie de médecine.*)

Les personnes les plus exposées aux dangers du radium sont, d'une part, les infirmiers, qui vivent constamment aux côtés des malades soumis à la radiumthérapie, et, d'autre part, les chimistes qui fabriquent les sels de radium. Les médecins courent des risques moins grands, leur séjour dans les salles de traitement n'étant pas en général aussi prolongé. La manipulation des tubes de radium expose bien aux radiodermites, mais l'action grave des rayons est celle qui se fait sur les organes hématopoïétiques : elle demande un temps assez long.

Comme mesures prophylactiques contre l'anémie du radium, M. Bordier conseille de réduire le plus possible le temps passé par les infirmiers dans les salles de traitement, de protéger les lits par des lames de plomb épaisses. Pour les chimistes, en dehors des boucliers en plomb, des gants plus ou moins imperméables qu'ils emploient, il conviendrait de les avertir des dangers courus, pour qu'ils prennent le maximum de précautions.

Une garantie sérieuse consisterait à faire pratiquer la numération des globules rouges, tous les 2 ou 3 mois chez les personnes exposées professionnellement aux rayons du radium. Dès que le nombre des hématies tomberait à un chiffre manifestement anormal, le sujet devrait cesser les manipulations ou les approches des tubes à radium.

Influence des agents météorologiques sur les épidémies.

(M. Trillat. — *Académie de médecine.*)

M. Trillat pense que la météorologie pourrait fournir d'intéressantes données à l'épidémiologie. L'humidité de l'atmosphère, les variations barométriques, etc., jouent un rôle, en modifiant la virulence microbienne, dans la propagation des maladies épidémiques. Il faut tenir compte, en pareil cas, de l'ensemble des conditions météorologiques.

Traitement des ostéo-périostites typhiques par la vaccinothérapie.

(M. P. Emile-Weill. — *Société médicale des hôpitaux.*)

En 1917, M. P. Emile-Weil a préconisé le traitement des ostéo-périostites typhiques par la vaccinothérapie. Récemment, M. Dufour présentait différents cas d'ostéites à bacilles du groupe typhique traités avec d'excellents résultats par le vaccin polyvalent T. A. B.

M. Sicard a employé avec avantage, dans ces

ostéites, le vaccin éberthien ou le T. A. B., en injections quotidiennes et longtemps répétées (12 à 18 injections) de petites doses (1/2 à 3/4 de centimètre cube).

M. P. EMILE-WEILL montre qu'il faut ajouter l'intervention chirurgicale à la vaccinothérapie, dans les formes avec suppurations ouvertes et séquestres osseux.

M. RATHERY rappelle qu'autrefois, au bastion 29 Chantemesse traitait les périostites typhiques et notamment la spondylite par des injections locales de sérum antityphique. Les effets étaient véritablement surprenants. On assistait à la disparition presque immédiate des phénomènes douloureux et à la cicatrisation des fistules.

Lombarisation de la première vertèbre sacrée.

(MM. A. LÉRI et ENGELHARD. — *Société méd. des hôpitaux.*)

On a beaucoup parlé, ces temps derniers, de la sacralisation de la 5e lombaire, c'est-à-dire de l'augmentation de volume des apophyses transverses de cette vertèbre, qui rapproche sa conformation de celle des vertèbres sacrées. On a attribué à cette sacralisation des troubles morbides divers (lumbago, névralgies, etc.).

Ce qui existe à la région lombaire peut s'observer à la région cervicale (dorsalisation de la 7e cervicale) et peut aussi se voir en sens inverse (cervicalisation de la 1re dorsale). MM. Léri et Engelhard ont rencontré, dans le même ordre de faits, 6 cas de lombarisation de la première sacrée. Ils n'y attachent pas toutefois une grande importance au point de vue pathologique.

La réaction de Schick et la prophylaxie de la diphtérie.

(MM. ARMAND-DELILLE et P.-L. MARIE. — *Soc. méd. des hôpitaux.*)

La prophylaxie de la diphtérie repose sur deux bases principales : l'injection préventive de sérum aux sujets exposés à la contagion, et la recherche (suivie d'isolement) des porteurs de germes. Ce dernier moyen s'applique surtout aux groupements surveillés (pensionnats, hôpitaux, etc.)

La réaction de Schick, qui révèle la réceptivité ou la non-réceptivité des sujets à la diphtérie, semble pouvoir également être utilisée en matière prophylactique. Il est inutile, en effet, de faire une injection préventive aux non-réceptifs.

MM. Armand-Delille et P.-L. Marie, ayant à traiter une épidémie dans un pensionnat éloigné de tout laboratoire, se sont contentés de soumettre tous les élèves à la réaction de Schick. Seuls, les enfants ayant présenté un Schick positif reçurent l'injection préventive de sérum (5 cent. cubes). Aucun cas de diphtérie intérieure ne se montra dans la suite.

M. MÉRY et M. P. LEREBOULLET ont eu recours à la même méthode dans des conditions analogues.

M. AVIRAGNET remarque que si la réaction de Schick rend des services pour la prophylaxie de la diphtérie dans les collectivités, elle doit être complétée par la recherche des porteurs de germes, car un porteur de germes peut avoir un Schick négatif.

M. Jules RENAULT pense également que la recherche des porteurs de germes est seule susceptible de faire la discrimination des enfants dangereux pour l'entourage et de ceux qui ne le sont pas. La réaction de Schick a, par contre, une grande valeur pour l'individu : elle permet de limiter l'injection préventive aux seuls sujets réceptifs.

M. Louis MARTIN montre que le procédé recommandé par M. Armand-Delille (prophylaxie appuyée sur la réaction de Schick et injection préventive des seuls sujets ayant une réaction positive) n'est pas à la portée de tous les praticiens, l'appréciation de la réaction étant délicate.

M. LEREBOULLET est d'accord avec M. L. Martin pour ne pas recommander au médecin praticien l'usage régulier, en pareil cas, de la réaction de Schick. Sa technique, si simple soit-elle, comporte des difficultés et un observateur insuffisamment expérimenté peut tirer de son interprétation des conclusions erronées. Dans la pratique de la clientèle, donc, la méthode basée sur l'examen clinique, l'ensemencement des gorges suspectes, la recherche et l'isolement des porteurs de germes, reste la meilleure, associée à la sérothérapie préventive quand les circonstances commandent celle-ci. C'est à l'hôpital et dans certaines agglomérations que la réaction de Schick peut avoir un intérêt prophylactique.

Chlorure de calcium et diarrhée des tuberculeux.

(MM. RIST, AMEUILLE et RAVINA. — *Société de Biologie.*)

Pendant la guerre, les médecins américains ont remarqué que les injections intra-veineuses de chlorure de calcium avaient une action favorable sur la diarrhée des tuberculeux. Les injections qu'ils pratiquaient, toutefois, faites à doses faibles, offraient une efficacité incertaine.

MM. Rist, Ameuille et Ravina ont eu recours à la même méthode, mais à doses notablement plus fortes. Au lieu d'employer une solution de chlorure de calcium à 5 p. 100, ils se servent d'une solution à 50 p. 100. Ils injectent ainsi 1 gr. à 2 gr. de chlorure de calcium.

L'action sur la diarrhée a été, dans ces conditions, presque constante, et le résultat est d'autant plus intéressant que l'on connaît la ténacité de la diarrhée des bacillaires. L'injection, strictement intra-veineuse, est bien tolérée, sans accidents généraux ou locaux.



La Reine de Vals

Dans les cas de ***DIARRHÉE INFANTILE*** *quelles qu'en soient la cause et la forme,* **aucun traitement** *n'a donné des résultats comparables à l'emploi de la diète hydrique par la REINE de VALS.*

Additionnée au lait, elle constitue le meilleur **PRÉVENTIF** *de cette diarrhée.*

Nota. — Pour éviter toute substitution bien spécifier : **Vals SOURCE LA REINE.**

A défaut d'un bouchon spécial en caoutchouc, recommander de tenir renversée toute bouteille entamée.

L'Eau de la Reine se trouve dans toutes les pharmacies, chez tous les marchands d'Eaux et dans les dépôts de la Cie fermière de Vichy. On peut également s'adresser à **M. CHAMPETIER à VALS-LES-BAINS** (*Ardèche*).

VALS SOURCE REINE

Recherches expérimentales sur l'herpès.

(MM. G. Blanc et Caminopetros. — *Société de Biologie*)

Inoculant le contenu d'une vésicule d'herpès sur la cornée d'un lapin, MM. Blanc et Caminopetros ont provoqué une kératite intense. Le même virus, inoculé sous la dure-mère, a déterminé une encéphalite rappelant l'encéphalite léthargique.

Virus encéphalitique dans la salive des sujets sains.

(MM. Levaditi, Harvier et Nicolau. — *Société de Biologie.*)

Inoculée au lapin (cornée, dure-mère), la salive de certains sujets provoque (comme le virus de l'herpès) de la kératite et de l'encéphalite. M. Levaditi se réserve d'étudier ultérieurement les rapports du virus salivaire en question avec le virus de l'herpès et celui de l'encéphalite épidémique. Les sujets ayant cette salive sont-ils des porteurs sains de germe encéphalitique ?

Traitement des goitres.

(M. Victor Pauchet. — *Société des chirurgiens de Paris.*)

M. Victor Pauchet, s'appuyant sur plus de 300 cas personnels signale d'abord les dangers du goitre (cancérisation, troubles d'hypo ou hyperthyroïdisme, accidents respiratoires) et il en indique le traitement. Pour lui, les opérations de goitre sont d'une extrême bénignité, aussi bénignes qu'une cure radicale de hernie ou une amputation du sein. L'hésitation sur l'opérabilité des goitres est un préjugé anti-chirurgical. Sans doute, certains goitres (notamment les goitres exophtalmiques) nécessitent une étude préparatoire, mais les procédés dont nous disposons aujourd'hui sont assez précis pour que nous puissions marcher presque à coup sûr. Le traitement chirurgical du goitre est de plus, d'exécution facile.

Dans le goitre cervical banal, en cas d'échec du traitement médical par la radio-thérapeutique, on fera la thyroïdectomie partielle (goitre diffus) ou l'énucléation (goitre nodulaire).

P. L.

SOU MÉDICAL

Les membres du Sou médical sont instamment priés de bien vouloir régulariser leur situation en envoyant la cotisation de l'année* 1921 *au trésorier Dr Gassot, à Chevilly (Loiret).

THÉRAPEUTIQUE APPLIQUÉE

Note sur l'emploi du bouillon bromuré achloruré dans le traitement de la colique hépatique,

Par M. le Dr H. Sabatier (de Luchon)

Depuis une vingtaine d'années, le traitement de la colique hépatique a subi une évolution des plus intéressantes. Les étapes de cette transformation ont été réglées par l'avance de nos connaissances dans le domaine de la science du foie : les méthodes thérapeutiques modifiant leurs costumes quand changent de modes les théories qui les inspirent.

Les études sur la cholestérinémie, forme de l'insuffisance hépatique, la discrimination, dans la crise lithiasique, de ce qui appartient en propre à la vésicule d'une part et de l'autre aux canaux d'excrétion, les recherches sur la dissociation pigmento-cholalique, la dévolution à la cellule hépatique d'un rôle de plus en plus prépondérant dans la genèse de l'ictère, tout cela a donné une orientation nouvelle au problème de la colique hépatique, et, partant, modifié nos concepts et notre façon d'intervenir.

Intervenir !

Quand, à la lumière des travaux d'une pléiade de savants et de praticiens éminents, comme Chauffard, Gilbert, Fournier, P. Carnot, Jomier, Parturier, Castaigne, puis Lemière, Brulé, Abrami et d'une longue théorie de chirurgiens réputés parmi les meilleurs, comme Tuffier, Delbet, Gosset, Schwartz, Quénu, etc., on suppute tout ce que peut cacher et tout ce que peut traduire, comme aussi tout ce que peut déclancher d'accidents graves, immédiats ou plus ou moins différés, une crise de colique hépatique, on a le droit de chercher minutieusement sa voie, au carrefour des méthodes thérapeutiques.

Et tout d'abord en cas d'appel d'urgence, que sait-on du malade et que connaît-on, pour ne parler que des organes animateurs de ce drame clinique, de l'état plus ou moins déficitaire du foie, de l'intégrité des canaux biliaires et de la vésicule, de la participation du pancréas, de l'existence ou de l'absence de péricholécystite et d'adhérences gastro-hépatiques ?

Cet inconnu est redoutable et tout incite le praticien à la plus grande circonspection, d'abord et beaucoup pour son client, ensuite et un peu pour lui-même en ces temps de recours à la responsabilité médicale et d'humour de la magistrature dans l'appréciation des actes médicaux.

Cet inconnu angoissant, comment allons-nous orienter son exploration et mener sa conquête ? Nous voici en présence d'un sujet dont nous ignorons tout. Le plus souvent, nous nous trou-



vons en face d'une femme très énervée, dodelinant de la tête sur l'oreiller, mâchonnant sans cesse la salive, ayant des nausées et même des vomissements alimentaires ou bilieux, accusant de violentes coliques et se plaignant de gêne respiratoire et de défaillance cardiaque. Il faut éliminer bien des choses avant de poser un diagnostic ferme ! Depuis la suspicion d'un empoisonnement jusqu'à l'existence d'une crise d'aérophagie, d'un ulcère de l'estomac, d'une appendicite, d'une colique néphrétique ou d'un tabès gastrique.

Je sais bien que la présence d'une tumeur péremptoirement vésiculaire, le gonflement du foie, la douleur au point cystique, la répétition des crises identiques chez une récidiviste, l'orientation des douleurs vers l'épaule droite, le signe du phrénique, la constipation, sont autant de symptômes susceptibles d'entraîner la conviction. Mais tous ces signes sont contingents : ils peuvent être ou ne pas être, ou exister avec un caractère tellement fruste qu'ils deviennent inopérants ; enfin il est des cas où l'obésité, le météorisme abdominal, l'état de la patiente, empêchent tout examen.

Admettons cependant que munis de toutes les références cliniques possibles, nous nous arrêtions au diagnostic de colique hépatique.

Sommes-nous en présence d'une colique vésiculaire ou d'une colique canaliculaire ?

La discrimination en vaut la peine. On sait ce que l'on doit entendre par colique vésiculaire. Le professeur Gilbert nous l'a appris. C'est la traduction clinique du passage, pour une vésicule biliaire occupée, de l'état de tolérance et de neutralité à la phase d'intolérance et de réaction. Par suite de circonstances qu'il faut savoir chercher — nous verrons plus tard l'importance étiologique de cette enquête — circonstances qui peuvent être fatigues, émotions, peur, indigestion, excitation pyloro-duodénale anormale, abus d'eau minérale, purgation intempestive, (facteurs d'irritation et de spasmes gastro-intestinaux), une vésicule, faisant jusqu'alors bon ménage avec son ou ses locataires, se met brusquement en branle d'expulsion. Mais il est des locataires inexpugnables et malgré les contractions de la vésicule, ses épreintes, son travail, le calcul n'arrive point à franchir le col et demeure prisonnier. Il en est ainsi pour les calculs intramuraux développés dans les canaux dits de Luschka, enchatonnés dans la paroi vésiculaire, à la manière des fibromes interstitiels logés dans l'épaisseur du muscle utérin. C'est le cas encore du calcul unique, accru, dans la vésicule, par apports successifs, ou des calculs à facettes, multiples, imbriqués entre eux comme les éléments d'un mur en pierres sèches.

Qu'allons-nous faire contre la colique vésiculaire ?

Administrer un cholalogue, dans le but avoué et bien précis de provoquer une chasse biliaire ? Mais cette chasse biliaire, en admettant qu'elle puisse être déclanchée et dans les conditions toutes théoriques que nous souhaitons, c'est-à-dire par la sécrétion d'une bile claire, légère, fluide, glissante et nombreuse, sera bien souvent inopérante, mais toujours fatigante et parfois extrêmement dangereuse. Inopérante, parce qu'elle sera dépourvue de toute action sur la mobilisation et la translation des calculs enchatonnés ou imbriqués dont nous avons parlé ; fatigante, parce qu'en augmentant la pression, la congestion, l'irritation du tractus digestif et les réactions spasmogènes, elle accroîtra et prolongera les tortures du patient. Enfin cette thérapeutique aveugle de la colique vésiculaire par les cholalogues (dont je sépare les préparations huileuses, je dirai, plus loin pourquoi) expose à un triple danger :

1° Enclavement du calcul dans le cystique ;

2° Blocage du cholédoque ;

3° Élimination du calcul intra-vésiculaire à la faveur d'un phlegmon biliaire par des voies anormales (voir Quénu : iléus biliaire). Notre devoir est d'écarter ces dangers. Nous devons tendre à rétablir par tous les moyens possibles l'état de paix entre le contenant : vésicules, et le contenu : calcul.

Cet échange de bons procédés entre certaines vésicules et certains calculs conduit à la guérison médicale de la colique vésiculaire : le calcul immobile dans une vésicule paisible et tolérante ne demande qu'à demeurer oublié ou à le redevenir et je lui prèterais volontiers les paroles que le fabuliste met sur la langue du rat qui s'est retiré du monde, paroles dont le praticien doit faire son profit :

> Mes Amis, dit le solitaire,
> Les choses d'ici-bas ne me regardent plus.

Ceci nous fera comprendre ce que disait le professeur Chauffard, il y a plus d'un an, devant la Société médicale des hôpitaux : « la constatation d'un calcul dans une vésicule n'est pas une indication opératoire ».

Voyons maintenant par quoi la colique canaliculaire s'oppose à la colique vésiculaire.

Les développements dans lesquels nous sommes entrés plus haut ont démontré que, dans certaines vésicules, certains calculs peuvent demeurer latents et pour ainsi dire en marge de la physiologie et de la pathologie biliaires. Il n'en est pas de même quand le ou les calculs occupent le cholédoque, soit qu'ils y arrivent venant de la vésicule ou des canaux hépatiques ou qu'ils soient nés et aient grandi dans le cholédoque lui-même. Un calcul du cholédoque peut amener de tels désordres dans les fonctions du foie et du pancréas, avoir un tel retentissement sur la nu-

trition générale que les symptômes cliniques et le diagnostic d'un calcul du cholédoque peuvent poser une indication opératoire nette et précoce.

Voyez ce que fait Delbet : une de ses malades présente, à l'occasion de certains aliments, des crises douloureuses. En l'absence de tout ictère, l'analyse des urines faite en période de crise révèle la présence de pigments biliaires. Sur la constatation de ces deux signes : douleurs et pigments, opération et libération de trois calculs du cholédoque.

Mais alors, direz-vous, voilà bien où aurait fait merveille une chasse biliaire obtenue par l'emploi des cholalogues !

Reprenons, si vous le voulez bien, l'exemple de Delbet.

Nous en tirons d'abord un enseignement sur l'importance des troubles gastriques dans la lithiase : douleurs tardives à l'occasion de la digestion de certains aliments (fromages fermentés, graisse, cassoulet, pâtisserie) ; puis, sur la précocité du fonctionnement défectueux du foie décelé par l'analyse des urines. Enfin, cet exemple nous fait voir que calculose du cholédoque et ictère ne sont pas deux phénomènes irrémédiablement connexes. L'ictère demande pour se produire l'occlusion complète de la lumière canaliculaire. En effet, comme l'écrit le Pr Chauffard (*Semaine Médicale*, du 10 janvier 1906) : « le cholédoque, dans les périodes d'accalmie, reste souple et dilatable, et laisse entre la paroi et le cholélithe filtrer une certaine quantité de bile. Au moment des poussées douloureuses, au contraire, la muqueuse s'épaissit et s'enflamme, perd son élasticité ; la cholédocite s'ajoute à l'occlusion mécanique du tractus biliaire. »

Le renforcement de l'hyperémie de la muqueuse canaliculaire, au moment du spasme et des poussées congestives, est donc le déterminisme de la rétention biliaire et de l'ictère. Mais comme tout phénomène critique a une période d'ascension, d'acuité et de résolution tout comme la courbe thermique, l'occlusion du cholédoque a des degrés : elle est tantôt intégrale, tantôt relâchée, et ces fluctuations se traduisent par des alternatives de perméabilité et d'imperméabilité et expliquent les modifications colorimétriques des téguments. On sait que ces fluctuations tinctoriales sont un des bons signes de la rétention biliaire par obstacle accidentel intra-canaliculaire à opposer à la rétention biliaire, sans rémission, dans l'écrasement du cholédoque par un néoplasme ambiant.

Cholédocite et occlusion mécanique sont donc déterminées par les poussées douloureuses remplaçant les périodes d'accalmie. Mais que sont ces poussées douloureuses ? Pas autre chose que la colique canaliculaire. Et c'est ce moment critique que nous allons choisir pour administrer un cholalogue, pour solliciter brutalement le foie, directement ou par l'intermédiaire de l'intestin, augmenter dans le cholédoque la pression en amont du calcul, provoquer une nouvelle vague de contraction et de spasme ! Évidemment non. Cette médication ne serait pas plus physiologique que le traitement de la colique hépatique par les eaux alcalines. Ces deux méthodes reposent sur cette idée que le calcul doit toujours être expulsé, et que la colique hépatique étant le *deus ex machina* de cette expulsion, il faut provoquer cette colique pour débarrasser le malade de ses calculs et amener par là la guérison.

Mais nous avons vu que dans bien des cas (coliques vésiculaires), la tolérance du corps étranger, le calcul, pouvait s'obtenir spontanément ou à l'aide du traitement, cette tolérance équivalant à la guérison. Nous avons vu aussi dans le cas de calcul du cholédoque à quel danger exposait l'aveugle et brutale thérapeutique par les cholalogues.

Nous en conclurons que, bien loin de rechercher à provoquer la colique hépatique, ou à l'accroître quand elle a déjà éclaté, nous chercherons à l'éviter ou à l'éteindre, considérant la colique hépatique comme *empêchante* ou *retardante* dans l'élimination du calcul, aussi bien vésiculaire que canaliculaire.

Cette opinion apparaîtra moins paradoxale qu'à première vue, quand on voudra bien considérer que l'examen méthodique des selles de certains individus a révélé l'expulsion spontanée et inconsciente de calculs. D'autre part, certains malades ont des crises douloureuses et des émissions calculeuses sans que ces deux phénomènes *aient aucune corrélation entre eux.* La radiographie, encore à ses débuts pour les calculs biliaires, a fait voir la présence de cholélithes canaliculaires quelques jours après une crise de colique hépatique. La longue durée du processus d'élimination qui se segmente et se prolonge, pendant des semaines, après une colique et sans reprise des phénomènes réactionnels, montre bien que cette colique n'est pas nécessaire à la migration et à l'expulsion du calcul.

Écoutez enfin et méditez cette citation (1) :

« Continué pendant trois ou quatre semaines,
« ce sévère traitement (repos complet au lit,
« régime absolu du lait écrémé, pris par fractions,
« hydrothérapie, sédatifs, opium, belladone)
« n'aboutit pas toujours à la guérison, tant s'en
« faut, mais y conduit dans un certain nombre
« de cas.

« Chose curieuse, d'ailleurs : continué en vue
« d'une action sédative et, par suite, en vue d'a-
« mener la tolérance vésiculaire si, quand il
« guérit, c'est en la déterminant le plus souvent,
« quelquefois, *c'est en favorisant l'expulsion des*

(1) Prof. Gilbert. — *Journal médical français*, 15 avril 1914, p. 159.

« *calculs* qu'il produit ce résultat. Le malade « était traité *par les cholalogues*, tous les ans *il* « *allait à Vichy*, les crises continuaient, *les cal-* « *culs restaient inexpulsés*. Et voici qu'il est sevré « des excitants de la sécrétion et de l'excrétion « biliaires ; bien plus, il est soumis à un ensemble « de prescriptions qui, toutes, visent le repos de « la vésicule et pas suite la sédation de son irri- « tabilité, le retour de sa tolérance. Eh bien, « c'est à l'expulsion du calcul qu'on assiste ! »

Le calcul est donc bien comme le chien de Jean de Nivelle : il ne vient pas quand on l'appelle, il vient quand on ne l'appelle plus.

De tout ce qui précède, nous conclurons que le calcul et sa migration, à travers les voies normales d'élimination, constituent la condition nécessaire de la colique hépatique : ils n'en constituent pas la condition suffisante. Pour que la colique hépatique puisse se déclancher, il faut l'entrée en scène d'un autre élément : le spasme. *C'est le spasme qui fait la colique*. Voilà pourquoi nous donnions le conseil de toujours chercher le phénomène occasionnel, cause prochaine et déterminante de la colique hépatique. Cette recherche nous conduira à la découverte d'un trouble fonctionnel survenu dans le tube digestif : ce trouble fonctionnel, à point de départ œsophagien, gastrique ou intestinal, agira par contre-coup sur le foie. Et cela ne nous surprendra nullement si nous nous rappelons, comme l'a établi Sérégé, de Bordeaux, que tous les segments du tube digestif sont solidaires les uns des autres, et que le foie joue un rôle primordial dans cette solidarité, dans cette union sacrée, dirions-nous aujourd'hui. C'est ainsi que les erreurs ou les excès alimentaires, des fautes dans la mastication, la dypsomanie, déclancheront des réactions hépatiques avec spasmes. Chez les ptosiques et les déséquilibrés du ventre, les voyages, les sports, les secousses, agissant sur le plexus solaire, pourront aussi provoquer le spasme. L'émotion ou une douleur périphérique agiront de la même manière. Enfin le spasme, dans le domaine hépatique, pourra être dû à l'action réflexe du centre nerveux utéro-ovarien sur le plexus solaire : c'est le cas des femmes lithiasiques qui font une crise de colique hépatique à chaque période menstruelle.

Nous trouvons donc *le spasme* à l'origine de la crise lithiasique.

Le spasme, nous le retrouvons encore au cours de l'évolution de la colique hépatique, dans ses complications ou retentissements lointains. Pour ne citer que les majeurs de ces épiphénomènes, nous rappellerons que Potain et Barié ont attiré l'attention des praticiens sur des cas de spasme de la circulation pulmonaire avec coups d'hypertension dans le domaine de l'artère pulmonaire. On a constaté également de l'hyposystolie, et même des cas d'inhibition cardiaque, au cours de la colique hépatique, et je connais pas mal de praticiens réputés, qui reculent, et à juste titre, devant la morphine, à cause du retentissement cardiaque toujours à craindre chez les lithiasiques (1), en souvenir du cas de mort subite consécutif à une injection hypodermique de morphine pratiquée au cours d'une colique hépatique (voir Chauffard : Leçons sur la lithiase biliaire, et Société médicale des hôpitaux, 27 janvier 1899).

Toutes ces réactions sont trop connues, trop classiques, pour que nous insistions. Il n'en est pas de même, peut-être, d'une réaction du cardia et du pylore d'une importance considérable, je veux parler de l'aérophagie au cours de la colique hépatique.

Mauban, recherchant la cause de l'aérophagie, trouve 26 fois, sur 56 sujets, la lithiase biliaire comme génératrice de ce phénomène. Examinant d'autre part un lot de lithiasiques, il a découvert parmi ces derniers une proportion d'aérophages atteignant 23 %. — Ce chiffre ne doit pas nous surprendre. — Leven, dans son dernier ouvrage, l'Aérophagie (O. Doin, 1920), nous apprend que les aérophages sont des spasmés. Les connexions gastriques et hépatiques, pyloro-duodéno-vésiculaires, la proximité, la sensibilité et le rôle synergique du plexus solaire, nous expliquent suffisamment la gamme des spasmes qu'une affection ou un trouble fonctionnel hépatique ou vésiculaire peut engendrer dans le tractus digestif. Rappelons que W. Buttner a signalé le spasme intermittent des deux orifices de l'estomac en tant que *névrose réflexe* dans la cholélithiase. Dans cette même affection, M. Lüdin a cité du gastrospasme régional (voir *Archives des maladies de l'appareil digestif et de la nutrition*). Enfin le Pr agrégé Loeper, dans son article sur les petits signes gastriques de la lithiase biliaire, dit avoir constaté, dans 20 % des cas, de l'*atonie gastrique* avec *spasmes des orifices*.

On voit qu'à chaque pas, nous nous heurtons, en pathologie hépatique aussi bien qu'en pathologie gastrique, à cette notion de spasme. Aussi, dans le tiers ou dans le quart des cas de coliques hépatiques, le praticien aura à envisager la possibilité d'une crise d'aérophagie juxtaposée à la crise lithiasique, et à tenir compte des complications pouvant survenir de la présence et du développement d'une poche gastrique ou colique soulevant et immobilisant le segment correspondant du diaphragme, refoulant le cœur en haut et à droite, diminuant le champ et le jeu pulmonaires, ajoutant son contingent de douleurs au supplice du patient. Et précisément, la méthode thérapeutique très simple qui fait

(1) La substitution, à la morphine, du pantopon et surtout de la trinité pantopon-papavérine-atropine constituant la *spalmagine*, met à l'abri de ce danger.

l'objet de ce travail a été mise en œuvre, pour la première fois, à l'occasion de l'établissement d'un diagnostic sinon faux, au moins incomplet, dans les circonstances suivantes :

Une nuit, je fus appelé, dans un hôtel de Luchon, pour une dame d'un certain âge, qui, arrivée depuis deux jours dans cette station thermale, avait entrepris, sans aucun avis médical préalable, un traitement sulfureux intensif.

Cette dame avait été brusquement réveillée, vers deux heures, par de violentes coliques et une crise angoissante de dyspnée. Je la trouvai dans un état d'énervement et d'anxiété extrêmes, éructant sans cesse, et faisant, la bouche démesurément ouverte, de grands mouvements d'inspiration. Elle avait de la tachycardie (pouls à 120), et les battements pénibles et précipités du cœur avaient ce retentissement spécial que l'on trouve au cœur battant contre une poche d'air, faisant caisse de résonance. A la percussion, on trouvait de l'air dans l'estomac et dans le gros intestin, et cette sonorité masquait tout.

Je fis comprendre à la malade que les grandes inspirations qu'elle faisait, les éructations qu'elle provoquait, compliquaient à chaque instant son état et que son estomac, loin de se vider par ce mécanisme, se distendait de plus en plus d'air dégluti.

Je pratiquai une injection d'huile camphrée pour aider et soutenir le cœur, puis, commençai le traitement de l'aérophagie, c'est-à-dire *celui du spasme*, par le bromure de sodium. Pour cela, je n'eus pas recours à la potion banale, froide, nauséeuse, mal acceptée et peu tolérée, mais j'employai le bouillon bromuré achloruré. En faisant fondre une tablette de sédobrol dans une demi-tasse à café d'eau bouillie, j'obtins extemporanément une boisson agréable, tonique de par sa température, et calmante. La malade prit ce breuvage au chalumeau, lentement, par doses réfractées, manière sur laquelle j'insiste de façon particulière, à cause de son action remarquable sur la discipline du pharynx, de l'œsophage, de l'estomac et, partant, de tout le tractus digestif.

Je constatai, par seuils successifs, la sédation des phénomènes les plus angoissants, et au bout d'une heure environ, le météorisme épigastrique et abdominal avait presque totalement disparu, le cœur était moins affolé, la respiration plus facile, mais la malade se plaignant d'une douleur sourde, contusive dans la région hépatique, avec cette sensation toute spéciale d'ampliation du foie, je découvris un point vésiculaire très net, la douleur du phrénique dans l'angle des scalènes, des irradiations pénibles du côté de l'épaule droite et enfin, très accusé, le point dorsal paravertébral dont Pauly, de Lyon, a signalé l'importance ; pour le rechercher, il suffit de faire glisser le doigt enquêteur de haut en bas et de dehors en dedans le long de l'épine de l'omoplate droite jusqu'au rachis. L'interrogatoire, devenu possible, m'apprit que la malade était une ancienne lithiasique. Je n'apprendrai à personne combien sont dangereuses pour les hépatiques les eaux sulfureuses : il s'agit là d'une contre-indication formelle, et je ne saurais mieux comparer l'action de réveil exercée par les eaux sulfureuses sur les affections hépatiques qu'à celle de l'eau de mer ou de l'eau salée sur le réveil des otites.

La première dose de sédobrol avait trop bien réussi pour ne pas poursuivre, malgré l'évolution du diagnostic, ma thérapeutique. J'ordonnai encore deux autres tablettes de sébobrol à prendre à une ou deux heures d'intervalle avec application des autres facteurs externes de la médication calmante que l'on connaît, et je fus assez heureux, pour obtenir, en 48 heures, la rétrocession de tous les symptômes morbides.

Depuis cette époque, j'emploie de parti pris la médication *bromurée achlorurée* dans tous les cas de coliques hépatiques, canaliculaires ou vésiculaires. Il est rare que, dans ce dernier cas, le calme complet ne soit pas revenu en deux ou trois jours. Mais alors que cette méthode *antispasmodique* m'a paru, pour ainsi dire, souveraine dans la colique vésiculaire, elle donne, et cela se conçoit aisément, une proportion moins grande de succès dans l'obstruction du cholédoque, en plein canal ou en amont de l'ampoule de Water. Mais dans ce cas, la faillite du sédobrol précise les indications : le médecin doit céder la place au chirurgien.

Les considérations qui précèdent ont déblayé le terrain ; nous pouvons maintenant édifier notre thérapeutique : pas de coup de force, pas de brutalité, pas de médicaments toxiques ; l'insuffisance hépatique est là, dans la coulisse, avec la menace de la toxémie médicamenteuse et d'autre part, craignons les réflexes inhibitoires.

Donc :

Abstention intégrale et systématique, 1° : de la médication cholalogue.

2° De la morphine : cet alcaloïde pouvant causer sur-le-champ des accidents irréparables (1) et compromettre l'avenir par le risque de la morphinomanie.

3° Administration de l'huile camphrée en injection hypodermique, comme sauvegarde du péril cardiaque, et du sédobrol en breuvage chaud contenant par dose 1 gramme de bromure de sodium camouflé, *le sédobrol étant la pierre angulaire de la médication antispasmodique.*

Cette dose de 1 gramme, ou une tablette, est répétée toutes les 6 heures dans les premières

(1) Exception faite de l'association pantopon-papavérine-atropine, connue sous le nom de spasmalgine. (Voir la note précédente.)

24 heures, puis toutes les 8 heures, et enfin toutes les 12 heures suivant la résolution plus ou moins rapide des accidents. Quant aux injections d'huile camphrée, l'état du cœur constitue un guide suffisant pour les continuer ou les suspendre. Inutile de faire remarquer que l'on peut employer l'huile camphrée pure ou l'huile camphrée éthérée.

Si l'on veut tirer le maximum d'effet de l'administration du sédobrol, il conviendra de le faire ingérer, comme je l'ai dit plus haut, très lentement, au chalumeau ou dans un petit flacon, deux procédés qui ralentissent forcément la déglutition et qui réduisent dans une très grande proportion la quantité d'air dégluti. On trouvera les raisons qui militent en faveur de cette manière de faire dans ce que j'ai écrit sur les différentes doses de bismuth (voir *Journal des Praticiens* du 16 octobre 1920) et sur le « petit déjeuner matinal du dyspeptique », dans le *Bulletin de Thérapeutique* de janvier 1921.

Les considérations développées au sujet du rôle prépondérant du *spasme* dans l'éclosion et l'évolution de la colique hépatique, les remarques faites sur les retentissements *d'ordre réflexe* que l'on trouve comme épiphénomènes de cette même colique, mon étude sur l'emploi du sédobrol en thérapeutique gastrique (*Concours médical* du 20 juin 1920), me dispenseront de m'étendre plus longtemps sur les raisons de recours au bromure de sodium dans la crise lithiasique biliaire, bromure de sodium agissant comme *modificateur* aussi bien de la sensibilité générale que de la sensibilité spéciale du tractus digestif et de ses annexes et comme *modérateur* réflexe.

Quant à la substitution du bouillon bromuré achloruré ou sédobrol à l'habituelle potion de bromure, elle a son explication dans ce fait que le médicament de remplacement est beaucoup mieux accepté et toléré que le médicament nature et que la température du bouillon ajoute une note tonique à l'effet thérapeutique de la préparation.

J'ai dit plus haut qu'il convenait de séparer l'huile des autres médicaments réputés comme cholalogues.

Je crois, en effet, que la seule opinion susceptible d'expliquer l'action *immédiate* de l'huile qui agit par sa *présence* et non par absorption ou digestion est celle du vulgarisateur de son emploi. J'ai nommé Willemin. Il admet que l'huile peut arrêter la colique hépatique par une action réflexe qui fait cesser le *spasme* des conduits biliaires.

L'action du bromure nous a paru infiniment plus constante et beaucoup moins fatigante pour la muqueuse gastrique.

BIBLIOGRAPHIE CRITIQUE

Revue des livres.

Chez MASSON et Cie, éditeurs 120, boulevard St-Germain Paris.

Dr R. GOEFFON. — **Manuel de croprologie clinique.**

L'originalité de ce petit volume consiste surtout en la mise en œuvre clinique des renseignements fournis par l'analyse. S'appuyant sur sa conception personnelle des syndromes de localisation, l'auteur décrit un nombre important de syndromes coprologiques qui éclairent d'un jour nouveau les troubles fonctionnels de l'intestin.

Enfin, une rapide mais suggestive revue thérapeutique permet au lecteur de tirer des examens de selles une orientation logique pour le traitement.

Ce manuel est divisé en quatre parties d'inégale importance.

1° Ce qu'on doit savoir de *physiologie* pour l'interprétation d'un examen coprologique.

2° La *technique* : examen extérieur, microscopique, les réactions simples, les dosages, l'étude des bactéries, de leurs produits, des parasites (surtout des protozoaires).

3° L'*interprétation* et les syndromes coprologiques.

4° La déduction *thérapeutique*.

Dr L. CHEINISSE. — **L'année thérapeutique 1920.**

Dans ce petit volume, l'auteur a présenté au praticien le bilan de l'année thérapeutique 1920. Remercions M. Cheinisse de nous permettre ainsi d'être renseignés rapidement sur les nouveaux modes de traitement de telle ou telle affection donnée.

Revue des Thèses

Thèse de Bordeaux.

IMPRIMERIE MODERNE, Bordeaux.

Dr J. VITRAC. — **Quelques cas de grossesse extra-utérine.**

Dr J. VITRAC. — **Luxations de l'utérus en arrière.**

Deux exposés intéressants à consulter.

Thèse de Lyon, 1921.

Dr Paul MICHEL. — **Historique des différentes techniques d'application du radium dans le cancer utérin.** (Impr. du *Réveil-du-Beaujolais*, Villefranche.)

Excellent travail, dont la lecture rendra service à tous ceux qu'intéresse la curiethérapie dans les cancers utérins.

G. S.

RECOUVREMENTS
D'HONORAIRES MÉDICAUX

M. Louis AUDEBERT, Avocat, *Directeur du Contentieux de Syndicats Médicaux. Administrateur d'immeubles.*

5, rue des Saints-Pères, PARIS, Tél. Saxe 48-53.

Pour toute demande de renseignements écrire à Me Audebert, en joignant un timbre pour la réponse.

AVIS

I

Stations thermales
Stations d'altitude.

Nos lecteurs qui désirent voir leur nom figurer dans les listes que nous publierons prochainement sont priés de nous en informer.

II

Envois de fonds.

Pour l'envoi des abonnements et des cotisations aux filiales, nous rappelons que le moyen le plus pratique et le plus économique est le versement au compte de chèques postaux dont voici les nos :

Concours Médical, Paris, 167-95.

Sou Médical, Paris 182-31.

Mutualite Familiale Paris, 182-32.

Caisse des pensions de retraites du Corps médical français. Paris, 271-46.

Changements d'adresses

Nous rappelons à nos lecteurs que toute demande de changement d'adresse doit être accompagnée de 0 fr. 60 pour frais de réimpression de bande.

PARTIE PROFESSIONNELLE

MÉDECINE SOCIALE

Le projet de loi sur l'assurance maladie, invalidité et vieillesse.

(Suite)

III

Prestations attribuées aux assurés.

Pour faciliter la discussion ultérieure, nous laisserons, pour le moment, complètement de côté l'organisation prévue pour le service médical. Nous nous réservons d'aborder cette question lorsque nous aurons fini d'exposer tout le mécanisme de la loi projetée ; nos confrères seront alors à même de se faire une opinion sur le service médical, tel que nous pourrions le concevoir pour le plus grand bien des assurés et des caisses, sans que, néanmoins, le corps médical puisse avoir à en souffrir.

1º En cas de maladie ou d'accident et d'invalidité, les assurés ont droit aux soins médicaux, chirurgicaux, aux médicaments, aux traitements spéciaux, ainsi qu'à une allocation journalière égale à la moitié du salaire de l'assuré, et ce, pendant six mois.

Toutes les maladies, blessures, ou infirmités, rendant le salarié momentanément ou définitivement inapte, donnent droit à ces prestations. Il faut néanmoins en excepter les maladies ou accidents, déjà couverts par une loi antérieure, comme la loi du 9 avril 1898, sur les accidents du travail, celle du 25 octobre 1919, sur les maladies professionnelles, celle du 31 mars 1919, sur les réformés de guerre, etc.

De même, ne bénéficient pas de la loi, les blessures, maladies, ou infirmités provenant d'une faute intentionnelle, ou d'un crime commis par l'assuré.

Les soins médicaux s'appliqueront donc à l'immense majorité des cas de maladie : le projet de loi prévoit une organisation ultérieure de préservations ociale, ainsi qu'en témoignent les lignes suivantes, découpées dans l'exposé des motifs :

C'est à l'étendue de ces prestations qu'il faut mesurer la portée sociale du projet. L'ouvrier malade reçoit tous les soins médicaux et chirurgicaux, les médicaments, les appareils que nécessite son affection (art. 21, 27, 34) ; il est, s'il en est besoin, traité dans des établissements de cure appropriés à son état (art. 28) ; suivant les cas, on le soigne chez lui ou à l'hôpital. En vue de faciliter et de perfectionner le traitement, le projet prévoit qu'une partie des capitaux recueillis par les caisses d'assurance sera employée, avec le concours de l'Etat, des départements et des communes, à la multiplication et au perfectionnement des établissements hospitaliers (sanatoria, préventoria, laboratoires, salles d'opération), en un mot, de toutes les institutions d'hygiène préventive et curative dont notre pays est, au détriment de la santé publique, encore si dépourvu.

L'allocation journalière est allouée, en dehors des soins, pour que l'assuré continue à pouvoir subsister et à faire subsister sa famille. Pendant les six premiers mois de la maladie, ou de l'invalidité, l'allocation est journalière, parce que l'état qui la justifie est le plus souvent temporaire et passager. Elle doit également être suffisante, parce que souvent la misère entre dans le ménage de l'ouvrier, en même temps que la maladie. Au contraire, ultérieurement, s'il y a incapacité permanente, le désarroi financier, créé par la maladie, tend à disparaître : une réadaptation individuelle ou familiale tend à se rétablir.

C'est pour ces motifs que l'indemnité est journalière pendant les six premiers mois de la maladie ou de l'accident ; au bout de ce temps, l'indemnité devient mensuelle et est servie sous cette forme, pendant cinq ans (d'où 5 ans 1/2 depuis le début).

Pendant les six premiers mois, l'allocation est de moitié du salaire journalier, soit, suivant les classes, de 1 fr. 50 à 15 francs par jour.

A partir du sixième mois, l'indemnité devient mensuelle : elle ne représente plus la moitié du salaire, mais sa valeur proportionnelle décroît au fur et à mesure qu'on arrive à une classe de salaire plus élevée. Elle varie de 45 à 250 fr. par mois, soit de 55 % à 33 % du salaire.

Si l'assuré est admis à l'hôpital, son allocation est réduite des deux tiers. Toutefois, s'il est marié, s'il a à sa charge des enfants de moins de seize ans, ou des ascendants, son allocation journalière ou mensuelle n'est réduite que d'un tiers, le surplus devant être maintenu pour alimenter le budget familial.

Au bout de cinq ans et demi, l'allocation mensuelle est transformée en une pension d'invalidité accordée pendant toute la durée de l'incapacité de travail. Si l'assuré n'est atteint que d'une incapacité permanente partielle, son indemnité est réduite et fixée en proportion de l'invalidité. Elle n'est, dans ce cas, allouée qu'aux malades et invalides atteints d'une incapacité égale ou supérieure à 60 %.

2º En cas de maternité, sont accordés : les

soins médicaux et chirurgicaux, une allocation journalière d'accouchement, variant de 1 fr. 50 à 15 fr. , pendant six semaines avant et six semaines après les couches, ainsi qu'une allocation mensuelle d'allaitement, pendant un an, variant de 15 à 80 fr. Mais, pour bien montrer que les règles générales de l'assurance sociale s'inspirent du souci de l'hygiène, il est stipulé que l'attribution de ces diverses allocations est subordonnée à l'observation, par la femme, des soins qui lui sont prescrits pour elle et pour son enfant.

3° En cas de décès, versement immédiat à la famille d'une allocation fixée entre 150 et 1.500 francs. Cette somme est surtout destinée à couvrir les frais funéraires et, à titre tout à fait temporaire, à suppléer à l'absence éventuelle de tout salaire.

Mais cette allocation n'est, dans l'esprit du gouvernement, qu'une étape vers une assurance sociale ultérieure, assurant le conjoint et les enfants de moins de seize ans, contre la disparition prématurée d'un travailleur.

4° Charges de famille : le conjoint et les enfants de moins de 16 ans de l'assuré ont droit, sans cotisation supplémentaire, aux soins médicaux et chirurgicaux et aux médicaments. En cas de grossesse, la femme de l'assuré a droit aux mêmes prestations. Le principe de solidarité est donc la base même de l'assurance, puisque la santé des femmes et des enfants non assurés est ainsi mise à la charge de la collectivité tout entière.

De plus, par analogie avec le sursalaire familial, il a paru indispensable de soulager l'assuré malade ou invalide, au point de vue de ses charges de famille. C'est l'Etat qui, au nom de la collectivité, intervient alors, pour majorer l'allocation journalière de 50 centimes, l'allocation mensuelle de 10 francs, la pension de 100 francs, par tête d'enfant. De même, les allocations au décès sont majorées dans les mêmes conditions.

Pour chaque naissance d'enfant, est accordée une allocation familiale de 200 francs, dont 100 francs à la naissance, 50 fr. à la fin du sixième mois et 50 fr. à la fin du douzième mois. Cette allocation est portée au double, si le père et la mère sont tous deux assurés. L'allocation est versée pour tout enfant légitime ou reconnu. Bien entendu, la mère est obligée d'observer pour elle, comme pour son enfant, toutes les règles d'hygiène et de puériculture prescrites par la caisse d'assurance.

5° En cas de vieillesse, à 60 ans, l'assuré a droit à une pension annuelle de 500 à 3.000 fr., selon les classes. La loi future doit se substituer à la loi du 5 avril 1910, sur les retraites ouvrières et paysannes. L'âge de la retraite est fixé à 60 ans : toutefois, l'assuré peut, soit demander la liquidation de sa pension à partir de 55 ans, soit la reculer jusqu'à 65.

Le salarié, qui a cotisé pendant 30 ans, est assuré d'avoir un minimum déterminé d'avance, comme pension de retraite ; mais il faut considérer que l'Etat intervient pour majorer la pension minima, pour les classes les plus pauvres, dont les cotisations n'auraient pas été suffisantes pour former une réserve mathématique permettant l'attribution d'une pension par trop modique.

Ainsi l'assurance sociale doit couvrir la plupart des risques qui peuvent atteindre le travailleur. Seuls les indigents, c'est-à-dire ceux qui, atteints par une cause permanente de misère n'ont pas de ressources suffisantes pour vivre, continueront à relever de l'assurance-maladie gratuite (loi du 15 juillet 1813), de l'assistance aux vieillards, *infirmes* et incurables (loi du 14 juillet 1905).

Quant à l'assistance aux familles nombreuses, prévue par la loi du 14 juillet 1913, il a paru opportun d'en conserver le bénéfice complet aux assurés. Aux termes de cette législation, tous les chefs de famille ayant des ressources insuffisantes pour élever les enfants légitimes, ou reconnus, dont ils ont la charge, reçoivent, pour chaque enfant de moins de 13 ans, une allocation annuelle de 60 à 90 francs. Le cumul de ces allocations est donc maintenu.

(*A suivre.*)

Dr Paul Boudin.

***

L'assurance-maladie obligatoire.

Son influence sur la profession médicale.

(*Suite*).

Les tarifs toujours très bas que payait l'assurance-maladie en Alsace pour le travail médical ont, certainement, été une cause directe du nombre relativement restreint des médecins de nos provinces en comparaison avec la France de l'intérieur. Je ne dispose pas des chiffres nécessaires pour prouver ce que j'avance ; j'ai pourtant la certitude que, dans les petites et grandes villes, le nombre des médecins est de 30 % au moins inférieur à ce qu'il serait dans des agglomérations équivalentes de l'intérieur. A la campagne, il est peut-être plus élevé, au contraire, et c'est là, un bienfait certain de l'assurance ; en effet, par les revenus fixes créés par les caisses rurales sont rendus possibles de nombreux postes ruraux et est compensée ainsi heureusement l'attraction exagérée qu'exerce la ville sur les campagnards... et sur les médecins. Aussi nos confrères de la campagne sont-ils de farouches défenseurs de l'assurance. Ils me permettront néanmoins de penser que l'assurance peut être réalisée sous des formes respectant vraiment les intérêts justifiés de tous les médecins — et de la médecine — et que, par là, les assurés seraient mieux servis. Loin de moi l'idée de priver ceux-ci

de tous les avantages très réels que peut leur donner la grande Mutuelle ; mais ce serait un sacrifice inutile que de compromettre de très nombreuses existences médicales et de porter une grande perturbation dans l'exercice de la médecine entière pour une tentative de réalisation d'un projet aussi imparfait que l'est celui déposé actuellement à la Chambre française. Chez nous, tout le monde est convaincu que le projet Vincent est irréalisable, déjà pour de seules raisons techniques ; quoi qu'il en soit, le moment est venu pour les médecins français de formuler leurs revendications vis-à-vis de l'assurance-maladie. L'expérience alsacienne doit leur fournir les données nécessaires.

Voyons comment s'exerce la médecine de Caisse selon nos tarifs. D'une enquête très intéressante entreprise récemment par un périodique français, il résulte que les revenus du médecin doivent, en ce moment, atteindre un minimum annuel que nous fixerons, pour la simplicité de nos calculs, à fr.30.000. A notre tarif de la vacation ordinaire de fr. 3, il lui faudra faire, au cours de chacune des 300 journées de travail, 33 vacations. Mettons 3 vacations pour des interventions, il devra donc voir 30 malades au moins par jour pour gagner le minimum nécessaire à l'existence. Par les prélèvements et réductions, la vacation tombe au-dessous de 3 fr. et le chiffre des clients à voir augmente en réalité. En effet, nous trouvons chez nous les grands « lions de Caisses » qui présentent au décompte trimestriel jusqu'à 1.000 bulletins de traitement et davantage encore, à qui il a donc été possible de voir et de suivre plus de mille malades en trois mois, sans la clientèle payante qui, il est vrai, est chassée par une telle clientèle de Caisses. Il faut avoir vu ces salles d'attente qui ressemblent à celles d'une gare, les gens qui « font queue » dans les escaliers pour y pénétrer.

Il n'y a nul doute, pareille médecine ne peut être que rudimentaire et ne satisfait pas ceux qui en bénéficient ; il est à peine possible de bien observer 30 malades en une journée. Or, j'ai compté avec un minimum nécessaire de revenus et la médecine de Caisse, exercée consciencieusement à nos tarifs, ruine bientôt les forces du médecin sans lui laisser, pour l'âge et les fatigues, les économies méritées. Voici encore la clientèle payante réduite par l'extension de l'Assurance aux couches moyennes de la population !

Il se produit, certes, parmi les assurés des Caisses, une accoutumance à cette médecine sommaire : ils cessent d'être exigeants vis-à-vis du médecin. Celui-ci compte en moyenne une visite pour 9 consultations ; pour la caisse dont j'étudiais le bilan dans mon précédent article, ont été portées en compte en un an 119 visites de nuit pour 30.000 assurés. Si l'on y comptait, pour les 18.500 assurés cotisants, 138.000 journées d'incapacité de travail, déduction faite de 30.000 journées d'hospitalisation, nous n'admettons qu'environ 3 à 4 vacations pour chacun des 21.521 coupons trimestriels de traitement médical délivrés aux assurés.

Ce dernier chiffre, prouvant que, chaque trimestre, sont demandées des consultations par plus d'un quart des assurés, ce chiffre nous amène à une constatation très importante : c'est l'abus que l'assuré est tenté de faire de son assurance. Cette observation psychologique est devenue un fait trop banal depuis la vulgarisation des assurances pour que je m'arrête à des détails ; on donnera un jour à cette mentalité, une dénomination en « —ose » analogue à la sinistrose, dont elle est parente. C'est à elle qu'est due la *dilution du travail médical* qui, dans l'assurance, fait baisser le niveau de l'activité médicale en augmentant follement les vacations et en ravalant les tarifs. Abus le plus souvent inconscient, de la part de l'assuré : telles ces jeunes filles ou femmes en quête de fortifiants pour leur anémie imaginaire ; abus plus conscients des vieux qui veulent, enfin, profiter — comme ils disent — de la Caisse à laquelle ils versent « si longtemps » des cotisations, en vue de se faire payer des allocations de maladie pour des vacances méritées physiologiquement ou même non méritées. Ce n'est pas un hasard qui fait qu'en période de crise économique, avec les chômages amenés par elle, le chiffre des « malades » portés inaptes au travail soit doublé ou triplé. Quand on parcourt les monceaux de prescriptions médicales accumulées chaque trimestre par les Caisses, on a l'impression bien nette qu'une bonne moitié des ordonnances n'eût pas été demandée si l'assuré avait eu à en porter une partie des frais. Certaines Caisses spéciales observant ce régime nous ont fourni les données les plus implacables sous ce rapport.

Ces déductions sont si claires et le mal dont elles sont le fruit est si grave, que le corps médical, vis-à-vis de tout projet d'assurance obligatoire, devra demander des dispositions prohibitrices qui sont d'une extrême simplicité sans être contraires à l'esprit de l'assurance. Ce sera la seule intervention que nous demanderons dans la réalisation technique de l'assurance à laquelle, sous les conditions actuelles, nous resterons étrangers quant au reste. Il suffira d'exiger ceci :

1° L'assuré non frappé d'incapacité de travail paye le tiers des frais médicaux et pharmaceutiques ; pour les membres de sa famille, cette contribution devrait être plus importante encore ;

2° L'assuré paye, pendant les 3 premières semaines de l'incapacité de travail, la même part (1/3) des frais médicaux et pharmaceutiques et ne touche pendant cette première période qu'une indemnité de chômage de deux cinquièmes de son salaire servant de base à ses cotisations ;

3° Pour une incapacité de travail dépassant trois semaines, l'assuré est, après la troisième semaine, exempt de contribution aux frais médicaux et pharmaceutiques et a droit, pendant la durée prévue par l'assurance, à une allocation journalière équivalant à trois cinquièmes de son salaire.

Les multiples avantages de ce système sont manifestes ; il est paré ainsi à la dilution du travail médi-

cal par les pseudo-malades, les dépenses pharmaceutiques des Caisses sont diminuées considérablement, et le plus intéressant des malades, au point de vue social — celui atteint d'une affection à évolution lente — est avantagé. Rien ne serait plus juste que ce dernier égard.

Je sais que le projet Vincent prévoit un ticket modérateur de 25 centimes pour les consultations médicales ; cette contribution est absolument insuffisante et n'est pas « modératrice » des dépenses de pharmacie.

Le fait que dans la législation locale d'Alsace, il n'est pas tenu compte de ces considérations psychologiques, voici la cause de ce qu'une manchette du « Syndicaliste » appelait « une erreur du système alsacien : le forfait ».

Le forfait payé par les Caisses pour le travail médical est, chez nous, la suite logique du système imposé par la législation et permettant les abus des assurés : on n'a pas imposé de freins à ceux-ci, on les a fait peser sur les médecins.

C'eût été « anti-social » que de gêner l'assuré et le médecin se soumet bien plus facilement. ! Il se soumettait presque allègrement, et en voulant rétablir le juste équilibre des choses — qui ferait un grand bien aux intérêts réels des assurés — on risque aujourd'hui chez nous une campagne de presse de mauvaise foi, inspirée par des confrères en quête d'une popularité plus difficile à conquérir par des moyens purement professionnels. Malgré le régime de contrôle déjà très développé chez nous — la question technique du *contrôle* peut être étudiée pour elle seule et je l'omets à bon escient dans mon exposé, déjà trop long — et sur la base de nombreuses expériences faites sous notre régime législatif, on peut dire que le forfait a été jusqu'ici une nécessité pour les grandes Caisses. Celles qui ont été amenées — de gré ou de force — à le quitter, ces Caisses ont risqué généralement d'être débordées par le nombre des vacations, même payées aux prix pitoyables de nos tarifs, et aussi par les indemnités de chômage plus nombreuses. Peut-on imaginer un système de contrôle capable d'enrayer suffisamment les abus des assurés et des médecins, dans une assurance dépourvue, comme la nôtre, de ce frein, qu'est la participation directe de l'assuré aux frais médicaux ? je réponds par un non catégorique. J'arrive donc à cette conclusion :

Le travail médical fourni au forfait étant considéré parmi nous comme un contrat immoral, à juste titre, le corps médical français devra exiger demain des dispositions prohibitives des abus de la part des assurés, telles que je viens de les esquisser : *il obtiendra ainsi le travail médical entier rétribué à la vacation, à un tarif équitable, condition « sine qua non » pour sa collaboration à l'assurance.* .

Une autre partie de notre statut local de la médecine d'assurance a été « découverte » avec stupéfaction, lorsque nos confrères de la Vieille France se sont instruits des réalités de l'assurance obligatoire : ils ont eu aussitôt un geste réflexe de refus catégorique. Je veux parler de l'attribution d'office des grandes interventions à l'hôpital. Les Caisses ont, en effet, le droit, dont elles font l'usage le plus général, de refuser la charge des soins pour opérations pratiquées en dehors des hôpitaux officiels (municipaux, universitaires, etc.), où le travail médical se trouve compris dans les tarifs d'hospitalisation. Cet état de choses a été introduit avec l'assurance même, alors que celle-ci s'étendait encore aux couches laborieuses, souvent presque indigentes, et que les caisses choisissaient un ou plusieurs médecins pour leur confier, contre payement forfaitaire, la charge entière des soins à leurs assurés. Ces médecins renvoyaient à l'hôpital les cas dépassant leur compétence ; ils n'avaient souvent eux-mêmes aucun intérêt matériel à entreprendre des opérations. Plus tard, après le développement rapidement croissant des spécialités, des représentants des principales spécialités pouvaient être consultés par les malades des Caisses, sur la proposition de leur médecin attitré et, en général, contre payement à la vacation à des tarifs très bas.

Les grandes interventions ne leur étaient pas permises, s'il existait dans l'hôpital voisin un service compétent. D'autre part, on arrivait souvent à ne pas rétribuer les « petites interventions » (abcès, panaris, ponctions, injections, etc.), sous prétexte que certains médecins en avaient « abusé ». Ces dispositions, qui sont loin d'être profitables aux intérêts des assurés — on sait qu'un acte impliquant risques, dépense de temps, et de matériel, responsabilité, a peu de chances d'être exécuté gratuitement ; on n'est pas des anges et la médecine de Caisse n'est pas un paradis — ces dispositions restrictives n'émanaient pas toujours des Caisses, mais des médecins où se trouvent souvent en majorité ceux qui, faisant peu d'interventions, ne tiennent pas à ce que d'autres en fassent et soient rémunérés.

Si regrettables et injustes que soient ces dispositions, on aurait tort toutefois de les considérer sans indulgence ; on doit, au contraire, tenir compte de toutes les circonstances difficiles qui ont accompagné l'assurance introduite sans consultation du corps médical, de la non-organisation de celui-ci et de la sous-enchère pitoyable à laquelle le *struggle for life* forçait les médecins, de la concurrence de nombreux médecins allemands.

Aujourd'hui, pourtant, sont intervenus en Alsace des changements importants qui ne permettront plus désormais qu'on se désintéresse de la question : l'assurance obligatoire dépasse largement les couches indigentes, le chiffre officiel de 12.000 fr. de revenus annuels est effectivement dépassé très souvent par les assurés volontaires ; en ce moment, nous voyons la formation d'un groupement important qui demain, aura la sanction officielle et qui organise l'assurance des classes moyennes jusqu'à fr. 20.000 de revenus annuels ; d'autre part, les médecins ne sont plus « livrés » aux Caisses, puisque les voilà tous groupés dans les Syndicats qui, en peu de temps, ont réalisé le contrat collectif avec l'assurance et le libre choix du

médecin. Vous croirez qu'on s'est hâté, ayant gagné une puissance déjà redoutée par les Caisses, d'étendre le libre choix à l'acte opératoire, le plus important, n'est-ce pas, au cours de la maladie ? Il n'en a rien été. On a pu alléguer que les forfaits payés par les Caisses, bien que triplés et quadruplés souvent par rapport à l'avant-guerre, sont encore insuffisants pour rétribuer les grandes interventions ; on répondrait à ceci que la majeure partie des actes opératoires importants se réservera toujours aux hôpitaux et que ceux dont on pourra demander la rétribution seront peu nombreux relativement. Mais là aussi, où il y a payement à la vacation, sans forfait, où les majorités des Syndicats n'ont pas « intérêt » à limiter les interventions, les confrères intéressés ont trouvé de l'indifférence, sinon de l'hostilité, quand ils ont demandé le concours des Syndicats pour la réalisation intégrale du principe du libre choix.

Nous reviendrons à cette question en étudiant l'influence de l'assurance sur le syndicalisme médical. Je dois ajouter quelques mots à l'exposé de notre système local et à la règle établie d'envoyer « l'opération à l'hôpital ». Ce n'est pas l'œuvre d'un hasard que nous disposions aujourd'hui en Alsace d'un système hospitalier qui peut être considéré comme excellent sous les rapports de l'étendue des moyens, de l'organisation et de la richesse des ressources techniques et, *last not least*, du personnel médical. Peut-être même la règle de « l'opération à l'hôpital » a-t-elle été pour beaucoup dans cette évolution ; en tout cas, les ressources et les possibilités d'extension des hôpitaux ont beaucoup gagné par l'assurance venant en aide à l'Assistance Publique. Les cliniques de la Faculté de Strasbourg et les centres hospitaliers des grandes villes, sont à la hauteur de toutes les exigences ; dans les petites villes souvent peu importantes se trouvent des hôpitaux très satisfaisants. Dans les grandes villes ont pu naître des maisons de santé privées qui offrent aux assurés l'hospitalisation au même taux que les hôpitaux publics. L'assurance a le droit de refuser ses secours à un malade dont le médecin croit ne pouvoir continuer le traitement à domicile faute de soins ou de moyens techniques, si cet assuré ne veut pas se soumettre à l'hospitalisation ; un refus pareil est extrêmement rare. Nous en sommes arrivés à penser qu'aujourd'hui, l'assurance-maladie obligatoire, dans l'étendue que lui prévoit le projet actuel, est irréalisable sans un système hospitalier très riche, non seulement dans les grands centres, mais aussi avec une large diffusion de moyens hospitaliers dans les petites villes. Voici, dans l'état actuel de cette question en France, une difficulté très considérable parmi les nombreux problèmes que soulèverait la généralisation immédiate de l'assurance.

Je n'ai pas jusqu'ici, en exposant le fonctionnement actuel et l'histoire de l'assurance-maladie en Alsace, souligné l'importance de la défense collective et de la discipline corporative du corps médical. Beaucoup de faits cités étaient, dans cet ordre d'idées, des exemples d'une netteté frappante et ce n'est pas pour les lecteurs du *Concours médical* que je devrais faire le rapprochement entre ces leçons de notre expérience et la première grande épreuve collective à laquelle la Loi des Pensions soumet en ce moment le corps médical français. Ils auront entrevu les épreuves infiniment plus grandes encore que pourrait leur valoir demain la réalisation de l'assurance obligatoire, si l'organisation protectrice leur faisait défaut. Mon dernier article devra donc parler de l'expérience alsacienne en matière de syndicalisme.

(A suivre.)

Dr P. SPECKLIN (Mulhouse).

LA VIE SYNDICALE ET PROFESSIONNELLE

I.

La loi des Pensions et le Corps médical.

Le conflit est-il en voie d'apaisement, ainsi que nous nous le sommes laissé dire ?

Nous le souhaitons très vivement.

En tout cas, ce que nous savons, — et les décisions syndicales que nous publions très régulièrement le démontrent surabondamment — c'est que jamais l'accord n'a été plus grand, jamais l'union plus parfaite au sein du Corps médical ; jamais aussi la discipline n'a été plus scrupuleusement observée.

Nous nous en réjouissons très sincèrement ; si nous prenons enfin conscience de la force que notre corporation représente, à condition qu'elle s'organise méthodiquement, et si nous employons cette force à accorder le souci de nos intérêts professionnels avec le bien public bien compris, nous serons invincibles.

Sur ce terrain, nous serons très volontiers les collaborateurs et les conseillers techniques dévoués des Pouvoirs publics.

Mais ce que nous nous refuserons toujours à accepter, c'est l'asservissement aveugle à la tyrannie du Prince.

G. D.

II

Syndicat médical de Pontoise

(8 *mai* 1921)

Le Syndicat,

I. Relativement à la loi des Pensions, juge qu'il appartient à la seule Union des Syndicats de le représenter, approuve son action, et continuera à appliquer les consignes votées par l'assemblée générale de l'Union ; subordonne toujours ses services aux 4 conditions du libre choix, du tarif à la visite, du

contrôle technique effectif et sincère, en liaison avec le contrôle administratif et du contrat collectif élaboré avec entente préalable ; prend note de l'insistance de la Chambre, qui a, par l'adoption de l'ordre du jour du 29 avril 1921, confirmé le texte de l'article 64 de la loi des pensions, invitant le ministre « à résoudre le conflit le plus rapidement possible *par entente* avec le corps médical et les mutilés » sans laisser place à tout autre moyen ; regrette que cette entente, commencée sur quelques chiffres mais non pour l'organisation générale nécessaire, dans 65 départements, dont celui de Seine-et-Oise, ait été déchirée par les gestes successifs du ministre, dont le dernier, révoltant, a été la publication du tarif Maginot ; estime avec le Parlement, le gouvernement et divers syndicats que l'épidémie de pensionnite doit être enrayée par l'ensemble des forces de l'administration, des mutilés et des Syndicats médicaux.

II. Relativement au tarif Maginot, le refuse comme n'étant pas conforme au tarif Breton qu'il a voté comme seul tarif officiel ; estime que les mutilés sont les victimes d'un accident du travail commandé par l'État ; n'admet pas que les soins chirurgicaux n'y soient pas considérés au même titre que les soins médicaux et pharmaceutiques, comme dans la loi de 1898 ; estime que les médecins ne doivent former qu'une seule catégorie, quel que soit le nombre d'habitants de la commune où ils exercent.

III. Relativement aux lois sociales, estime que le conflit relatif à l'application de la loi des Pensions ne serait que le prélude de bien d'autres, et de bien plus importants pour la santé publique, les finances nationales, l'indépendance morale et matérielle du corps médical, si, pour l'étude des lois sociales, le Parlement et le gouvernement ne cherchaient pas, avant de les voter et de les promulguer, une entente avec le corps des techniciens qui seront les ouvriers de ces lois ; considère d'ailleurs que la seule solution conforme au droit général serait de limiter strictement les contrats entre le malade, demandeur et payeur, et le médecin, fournisseur, et que si, en fait, un tiers s'interpose pour le paiement, un contrat collectif est nécessaire entre ces trois éléments ; demande que la Fédération utilise actuellement les engagements écrits à ce sujet par les parlementaires de Seine-et-Oise pour l'étude de la loi sur l'assurance obligatoire maladie et invalidité.

IV. Relativement à l'assistance médicale gratuite, prie le bureau de la Fédération de renouveler la convention avec la Préfecture, mais, cette fois, sans aléa sur le quantum, l'expérience ayant prouvé que les fonds votés pour ce chapitre n'ont pas été complètement absorbés et de s'entremettre pour faire modifier l'article 16 du tarif chirurgical de juin 1920, car la plupart du temps, une fracture ne peut pas être pratiquement dirigée sur l'hôpital.

Le secrétaire,

Dr OPPENOT.

III

Syndicat médical de Mortagne.

(22 *mars* 1921).

Vaccination gratuite et obligatoire. — **La plupart des confrères ayant vu leurs mémoires de vaccination pour l'an 1920 « amputés » d'une somme souvent très élevée, s'élèvent contre la réduction imposée. Leurs protestations ont été transmises nettement et énergiquement par le Dr Levassort dans une lettre, adressée en son temps, à l'administration préfectorale et dont il donne lecture.**

Après une discussion où tous critiquent le sans gêne des bureaux qui rognent sur les honoraires, sans prévenir et en bloc, alors qu'un mémoire à deux francs est présenté par commune, il est décidé que le texte suivant sera proposé à la Fédération Médicale de l'Orne qui aura à le soumettre au Conseil Général, à sa session d'avril : après le paragraphe du règlement « kilomètre parcouru » on ajoutera :

« Toutefois le médecin sera libre d'organiser, « d'accord avec les maires, sa tournée de consul« tation comme il l'entend. La distance de sa ré« sidence au lieu de vaccination sera, toujours « et dans tous les cas, comptée, à l'aller et au « retour, à partir de la résidence du praticien ».

Il est entendu, à l'unanimité, que si le Conseil Général n'accepte pas ce texte, seul capable de défrayer au minimum le Corps médical, chaque syndiqué adressera immédiatement sa démission de médecin vaccinateur à M. le Préfet. Le Secrétaire du Syndicat (Dr Boutron à Bellême) devra être avisé de cette démission.

Protection du premier âge : 1° *Tarif*. — **Tenant compte du vote émis dans sa séance du 29 novembre 1920, le Syndicat proposera à la Fédération de voir le tarif de la protection du premier âge porté par l'Administration à 3 francs, dans la résidence du médecin, et à 4 francs, hors de la résidence, au lieu de 2 francs et 2 fr. 50.**

Si l'Administration n'accepte pas ce tari et fait l'obligation aux médecins-inspecteurs de visiter les enfants chaque mois, leur imposant ainsi une responsabilité et des frais qu'ils ne peuvent accepter, ils se verront dans la nécessité de donner leur démission.

Réformés de guerre. — **Le Dr Levassort donne lecture du tarif et du règlement décrétés par le Conseil d'Etat. Ce tarif « Maginot » n'a pas été accepté par l'Union des Syndicats, et le Syndicat de Mortagne qui voit presque tous ses adhérents classés dans la cinquième et dernière catégorie ne peut que repousser, à l'unanimité, ce tarif dérisoire.**

Il décide « qu'aucun médecin ne reconnaîtra, à aucun blessé, malade et mutilé de guerre, la

qualité de bénéficiaire de la Loi des Pensions. Les bénéficiaires de la Loi des Pensions seront soignés comme des malades ordinaires. Ils payeront, s'ils ne sont pas indigents, leur médecin au tarif ordinaire. Le médecin fera son ordonnance sur son papier habituel et se refusera absolument à remplir un papier administratif quelconque.

Aucun confrère n'enverra désormais de note d'honoraires à la Préfecture. Le Syndicat compte qu'une liaison sera établie entre la Fédération médicale et départementale et la Fédération des mutilés et réformés du département.

Mais, le Syndicat suit « l'Union » dans sa lutte contre les tarifs qu'on veut imposer, il s'en sépare au point de vue du *Contrôle*.

A la demande du Syndicat, le texte suivant, emprunté au compte rendu de notre assemblée du 29 novembre 1920, est réimprimé avec l'espoir que « l'Union » y apportera quelqu'attention.

« Le cours de la discussion amène un vigoureux plaidoyer du Dr Frinault contre le « contrôle » tel que l'envisage le Dr Lafontaine au sujet du traitement des réformés de guerre et dont il demandera inévitablement l'application en cas de mise en action de l'A. I. M. Car à la base de toutes les questions de médecine collective, Lafontaine veut mettre le « contrôle », or, le contrôle mettra le médecin dans la position d'un fonctionnaire.

Qu'est-ce qu'un fonctionnaire ? Un individu payé par une administration d'Etat, obligé à tenir cette administration au courant de son travail, soumis à un contrôle, et pour qui jouent des pénalités spéciales en dehors du droit commun.

Tous ces éléments se retrouvent dans le projet de l'Union (loi des Pensions).

C'est ainsi que le médecin devra dresser pour son malade une courbe thermique, une courbe de poids, aviser la Commission dès la première visite, demander l'avis de la Commission pour avoir un consultant, pour décider d'une opération chirurgicale, pour appliquer un traitement anti-syphilitique. Et, si on juge qu'il ne fait pas bien son service tombent sur lui : 1° l'avertissement ; 2° le blâme ; 3° le blâme avec suspension de service ; 4° l'exclusion définitive.

Il ne faut pas à notre profession de législation ni de règlement à part, surtout pas d'entraves nouvelles. Que deviendrait, de plus, le principe du libre choix avec la suspension de fonction ? Le secret professionnel, un blessé de guerre peut être un syphilitique ? Quels inconvénients dus à cet encouragement aux plaintes d'un client, quelle suspicion jetée sur un confrère même simplement frappé d'un blâme ?

Evidemment il faut un contrôle et il ne peut être que technique. Mais le contrôle technique pour n'être pas seulement une façade ne peut s'exercer que d'une façon : l'examen du malade.

Un seul contrôle est acceptable, existant depuis toujours : la consultation, et non pas décidée par une Commission (deux médecins sur six membres) statuant loin du malade sur des pièces, mais la consultation demandée par le médecin traitant ou déclanchée automatiquement, par conséquent ne blessant en rien la dignité professionnelle.

Premier cas : la consultation sera demandée par le médecin dans un cas qu'il juge grave ou difficile ou relevant d'un spécialiste. A la suite sera rédigé un certificat en commun qui fera foi au point de vue administratif.

Deuxième cas : automatiquement, dans toute maladie pouvant entraîner la mort ou une augmentation d'incapacité.

Ou toute maladie se prolongeant au-delà d'un laps de temps à déterminer.

Ou toute maladie chronique nécessitant des visites ou consultations assez fréquentes ou de petites interventions répétées. Le certificat rédigé en commun indiquerait la nécessité de ces visites périodiques, leur fréquence approximative, la nécessité de ces interventions répétées.

IV

La réception à Paris de l'Ecole des médecins catalans.

L'A. D. R. M., la Faculté de médecine de Paris et le Syndicat des médecins de la Seine ont reçu avec toute la cordialité désirable l'Ecole des médecins catalans qui sont venus récemment à Paris. Nous sommes heureux de voir les médecins de la capitale s'entendre aussi spontanément pour faire apprécier aux médecins étrangers en mission en France la cordialité de l'hospitalité du Corps médical parisien. Le succès des réceptions et des fêtes a dépassé notre attente ; nous en sommes d'autant plus satisfaits que c'était le Dr Noir, qui, dans ce journal, et à la Commission de propagande de l'A. D. R. M. avait engagé M. le Dr Cambiès, à demander au Syndicat des médecins de la Seine de bien vouloir prendre l'initiative d'une réception.

L'École des médecins catalans est une organisation, croyons-nous, unique en son genre : le Dr Turo, avec une admirable persévérance, a réussi à grouper dans un même but la presque totalité des professeurs de la Faculté de Barcelone, les présidents et les secrétaires généraux de toutes les sociétés savantes, le syndicat médical, afin de créer un organisme de combat contre la propagande allemande, qui inlassablement, est faite en pays de langue catalane et espagnole. Notre confrère, aidé de quelques francophiles de la première heure Pijoan, Cerbera, Girona, Turell, etc., a voulu que ce Col-

lège fût fait pour *aider au développement* ou mieux *au perfectionnement de leurs études médicales auprès de maîtres français*. En un mot, « apprendre à mes compatriotes le chemin de Paris et de vos Facultés, nous dit le Dr Turo, et leur barrer la route de Berlin ».

Réception au Cercle interallié, où le Prof. Hartmann souligna, et de très heureuse façon, combien les praticiens avaient apporté de vitalité à l'A. D. R. M. ; réception à l'Hôtel-de-Ville, réception chez M. le doyen de la Faculté.

Répondant à la politesse qui avait été faite à nos maîtres et à nos confrères lors de leur récente visite en Catalogne et en Espagne, nombre de nos amis ont opéré dans les grands services parisiens. Certains, comme M. BARTRINA, ont éloquemment conférencié : le *diagnostic et le traitement de l'hypertrophie de la prostate* fut développé chez M. Marion. Chez M. J.-L. Faure, M. RIBAS opérait deux salpingites avec une sûreté telle que notre illustre maître lui témoigna toute son admiration. M. CORACHAN opérait chez M. Duval une hernie crurale, tandis que M. MORALES pratiquait une gastro-entérostomie dans le service de M. le Prof. Hartmann.

A Toulouse, le doyen de la Faculté de médecine, M. le Prof. Abelous, offrit à M. RIBAS Y RIBAS la présidence d'une thèse que notre confrère argumenta, au pied levé, avec une science de bibliographie et de détail qui donna la mesure de la vaste érudition de M. RIBAS. L'exemple de Toulouse pourrait bien être suivi à Paris et je vois fort bien nos maîtres, présidant une thèse à Barcelone !

Voilà, plus encore que par des discours, la bonne méthode de prouver à nos voisins *tras los montes* qu'ils sont nos amis et que la « tierra de Dios et la tierra de los ombres » sont sœurs.

Ils ont bien prouvé qu'ils sont nos frères ces 14.000 Catalans, engagés volontaires, venus sur notre terre de France partager nos souffrances, nos luttes et nos deuils ; Et combien le Dr Turo a raison d'affirmer que seul l'idéal français réalise l'idéal catalan !

Le samedi 7 mai, le *Syndicat des médecins de la Seine* offrait une soirée aux médecins catalans. Parmi ceux-ci, l'on notait : les Dr Turo, président, Cirona, vice-président, et Cabeza, secrétaire du Syndicat des médecins catalans, qui avaient organisé ce voyage ; un certain nombre de professeurs à la Faculté de médecine de Barcelone ou à l'École catalane des médecins, le Pr Bartrina et Mme, le Pr Ribas et Mme, le Pr Fariolles et Mme, le Pr Morallès, le Pr Moragos, le Dr Vilardell et Mme, le Dr Ross et Mme, Mlle Campana, les Drs Pijoan, Turell, Corachan, Grau, Vila, Soler, Sola, Trias, Vilardoll, etc. Le professeur Roger, doyen de la Faculté de médecine de Paris et Mme Roger avaient bien voulu répondre à l'invitation qui leur avait été adressée par le Syndicat des médecins de la Seine. Parmi les médecins français qui étaient venus accompagner leurs confrères catalans et espagnols, l'on remarquait en outre des Dr Cibrie, président, Le Fur et Rinuy, vice-présidents, Jayle, secrétaire général du S. M. S. et de nombreux membres du Conseil d'administration, MM. Lévy, Pamart, Hartmann, Foveau de Courmelles, Sadoun, les Dr Babinski, Funck-Brentano, Delbet, Mathé, Desfosses, Gambiès, Molinéry, etc.

Grâce à l'amabilité de M. Rouché, directeur de l'Opéra, qui a tenu à la conduire lui-même, la délégation des médecins catalans et français a pu visiter l'Opéra dans tous ses détails. Foyers de la danse, des abonnés et des artistes. Un brillant buffet avait été organisé dans un des foyers de l'Opéra, et au cours d'un entr'acte le champagne de l'amitié fut offert aux médecins catalans et français. Des allocutions furent prononcées par le Dr Cibrie, président du Syndicat des médecins de la Seine, le Pr Roger, notre doyen, le Dr Turo, président du Syndicat des médecins de Barcelone. De ravissants programmes illustrés par Boirau avaient été distribués à tous les assistants. La plus franche cordialité n'a cessé de régner au cours de cette soirée dont médecins catalans et français garderont le meilleur souvenir.

Nous devons féliciter le Dr Le Fur qui s'était chargé d'organiser la soirée de l'Opéra et le Dr Jayle, secrétaire général du Syndicat, qui fut aussi un des plus actifs improvisateurs de la réception.

Nous sommes heureux de publier le discours prononcé par le Dr Cibrie, président du S. M. S.

Messieurs,

Mes chers confrères,

Vous voici à la veille de votre départ.

Demain, vous rejoindrez votre belle province de Catalogne et vous emporterez, j'en suis sûr, de votre court voyage à Paris, de bons et persistants souvenirs.

Vous avez été reçus par les représentants autorisés du gouvernement de la République, de la Faculté de médecine, de l'Institut Pasteur, de la ville de Paris ; vous avez entendu des discours éloquents ; on vous a dit combien était appréciée votre visite et combien de semblables manifestations de cordiale amitié peuvent être utiles au renforcement des bonnes relations qui unissent nos deux pays, frères de sang latin.

Aujourd'hui, cette dernière réception offre, vous le savez et vous le voyez, un caractère plus simple et comme plus familial, que souligne la gracieuse présence de ces dames. Nulle pompe officielle, seulement la main tendue de vos confrères parisiens, heureux de vous recevoir et de développer des relations amicales utiles aux uns et aux autres.

Vous savez le but essentiel de nos syndicats médi-

caux, qui est la défense de la profession tant au point de vue moral qu'au point de vue matériel. J'ai eu ces jours-ci l'occasion d'indiquer à quelques-uns d'entre vous le fonctionnement de nos conseils de famille et les moyens d'action divers qui font et feront de plus en plus chez nous, du Syndicat, le gardien jaloux de notre dignité professionnelle.

Je m'en voudrais, d'ailleurs, de développer devant vous ces principes. Vous les connaissez bien, puisque vous êtes tous médecins syndiqués et, comme me l'a expliqué le Dr Miguel Cabeza, le distingué secrétaire général de votre syndicat des médecins de Catalogne et le Dr Turo, vous pensez comme nous. Vous avez compris la défense professionnelle comme nous. Comme nous, vous voulez développer davantage la force de vos syndicats pour l'utiliser dans un but hautement moralisateur.

Comment, dès lors, ne pas nous entendre et ne pas tout de suite nous comprendre !

Aussi suis-je particulièrement heureux, Messieurs, d'avoir l'honneur de vous saluer ce soir au nom du Syndicat des médecins de la Seine.

Que le distingué représentant de la ville de Barcelone et nos éminents confrères de Madrid veuillent bien prendre leur part de notre accueil cordial.

Qu'il me soit permis, en terminant, de saluer aussi spécialement M. le doyen de la Faculté de médecine de Paris qui a, très simplement, et je dirai, très amicalement, accepté notre invitation. Je serai, pour ma part, très heureux que se multiplient les occasions de rencontre entre membres de la Faculté et du Syndicat, deux qualificatifs qui ne s'excluent pas d'ailleurs, l'un l'autre, et vous l'avez bien prouvé, chers confrères de Barcelone, qui comptez parmi vos membres la presque unanimité des professeurs de la Faculté d'Etat !

Ainsi tomberaient certainement des préventions anciennes,... très anciennes puisqu'elles sont d'avant guerre et il m'est bien permis d'espérer qu'un jour le Premier médecin de France s'inscrira sur la liste de nos adhérents ! Nous ne ferons ainsi, d'ailleurs, Monsieur le doyen, que renouer la vieille tradition d'avant la Révolution qui unissait étroitement tous les médecins parisiens sous le vocable générique de « La Faculté de Paris ».

Je souhaite, Messieurs, que des relations suivies s'établissent entre nos syndicats. Déjà un échange de publications est amorcé ; il se continuera et maintenant que nous nous connaissons un peu, nous suivrons avec plus d'intérêt vos travaux comme, nous l'espérons, vous suivrez les nôtres.

C'est dans cet esprit de collaboration cordiale que je vous dis : mes chers confrères, au revoir !...

Au *Concours médical*, où la libre discussion est toujours admise quand elle est sincère et courtoise et où, après les luttes nécessaires, il est fait appel aux sentiments de concorde et de paix, on applaudira au discours de Cibrie. M. le doyen lui répondit.

Nous lui faisons entière confiance, car nous savons toutes les difficultés d'une administration qui appelle encore bien des réformes.

Le Dr Turo en toutes ces circonstances a pris la parole. Son verbe chaud et coloré a séduit tout le monde et il ne compte plus que des amis parmi tous ceux à qui il a été donné de l'approcher.

Nous faisons des vœux pour le prochain retour, à Paris de nos confrères catalans et le *Concours médical* tâchera, comme par le passé d'apporter dans la plus large mesure sa collaboration à toutes les tentatives pour faire connaître et aimer la France et laisser aux médecins étrangers le meilleur souvenir de l'hospitalité du Corps médical français.

R. Molinéry.

Membres de la mission : Monsieur l'Alcalde de Barcelone, M. le Dr Turo, président, MM. les docteurs : Vilardel, Bartrina, Pyoan, Farriols, Ros, Ribas y Ribas, Birba, Girona, Turell, Fortuny, Morales, Rosel, Vilanova, Corachan, Grau, Cabeza, Soler, Sola, Vila, Moragas, Rodo.

MUTUALITÉ FAMILIALE

Autour de l'inventaire.

Dans quelques jours, M. Fleury, toujours si dévoué à notre œuvre, va procéder à un inventaire actuariel complet de la Mutualité Familiale.

Cet inventaire a nécessité des travaux préparatoires très importants : règlement définitif de la situation des membres disparus, établissement de fiches individuelles pour les membres présents, classement de ces membres par catégories d'âge actuel, etc., etc., travaux qui, aujourd'hui, sont terminés.

Je n'ai pas la prétention de vouloir devancer les conclusions de M. Fleury, mais il me semble intéressant de faire quelques constatations qui peuvent présenter un certain intérêt, non seulement pour les membres de la Mutualité Familiale mais encore pour les nombreux confrères qui n'ont pas cru utile, jusqu'à présent de faire acte de prévoyance.

Tout d'abord, on voit que, rien que pour les combinaisons donnant l'indemnité maladie, l'inventaire porte sur 9.709.306 journées de participation, soit 26.600 années — c'est un chiffre qui commence à permettre des déductions suffisamment certaines.

Le nombre des journées de maladie indemnisées s'élève à 339.739, étant donné que les quatre premiers jours ne sont jamais comptés. C'est une proportion globale de 12,77 par an.

Sur 2.209 sociétaires inscrits à ces combinaisons 644 seulement n'ont pas été malades — environ le quart — sauf quelques exceptions, ils se trouvent presque exclusivement parmi les jeunes, ce qui est naturel.

Ces journées de maladie se décomposent en 106.481 journées à dix francs et 233.258 journées à cent francs par mois. C'est une moyenne de 4 jours par an pour les premières et de 8,75 pour les secondes.

Si l'on ramène toutes ces journées en journées à dix francs, on trouve un total de 184.233 journées représentant un total d'indemnités de 1.828.336 fr. 30.

Le nombre des morts est de 363.

Ces sociétaires représentaient 1.593.890 journées de participation et 148.224 journées de maladie, savoir : 33.374 journées à 10 francs et 114.850 journées à 100 francs par mois.

Il leur a été versé 707.821 fr. 45 d'indemnités. Ils n'avaient versé que 417.155 fr. 30 de cotisations.

La répartition des indemnités est naturellement très variable. Si les bien portants n'ont rien reçu ou n'ont reçu que relativement peu de chose — ce sont les mieux partagés — certains autres ont reçu des sommes considérables, surtout les chroniques.

C'est ainsi que le Dr P... a reçu 25.216 fr. 60 alors qu'il n'a versé que 1.685 fr. 25 de cotisations ; que le Dr C... a reçu 19.029 fr. 85 pour 1.716 fr. de cotisations ; que le Dr G... a reçu 20.979 fr. 80 pour 2.288 fr. de cotisations. Quant à ceux qui ont reçu 15.000, 14.000, 13.000 fr. pour des versements oscillant entre 1.000 et 2.500 fr., ils ne se comptent pas.

On voit par là les services rendus par notre Mutualité Familiale à ceux que la maladie vient arrêter et priver des ressources que leur assure l'exercice de leur profession.

Les réserves qui, à l'inventaire de 1911, étaient de 361.294 fr. 30 sont passées de 529.968 fr. 88.

Sont-elles en proportion des charges de la Société ? C'est ce que M. Fleury nous dira après avoir fait le calcul de la réserve mathématique de chacun des sociétaires pris individuellement et l'évaluation de la valeur réelle du portefeuille.

Celui-ci, par suite de la baisse des cours, a subi certainement un fléchissement sensible et, si nous avions à réaliser, nous subirions une perte sérieuse ; mais, nous n'avons pas besoin de réaliser et nous attendons tranquillement le remboursement au pair de nos obligations de chemins de fer, qui nous assure au contraire un gain certain.

M. Fleury calculera la valeur intrinsèque de nos titres en tenant compte et du taux de capitalisation et de la prime de remboursement. C'est alors que nous connaîtrons exactement le montant de nos ressources en face du montant de nos charges.

Et c'est pour ne pas nous lancer dans l'inconnu que nous avons reporté au 1er janvier 1922 l'ouverture définitive de la combinaison MAD qui donne l'indemnité de 20 francs.

Nous devons nous souvenir que la table de morbidité du Corps médical n'existe pas et que c'est nous précisément qui l'établissons. Nous devons donc marcher avec une très grande prudence en nous appuyant sur les résultats que nous donnent des inventaires périodiques : c'est le seul moyen de créer une œuvre durable et digne du Corps Médical.

A. GASSOT.

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations.

— **Nécrologie.** — M. J. HURIAUD. — Nous avons le vif regret d'annoncer la mort de M. J. HURIAUD, ancien secrétaire administratif et comptable du Syndicat des médecins de la Seine.

Ami personnel du Dr Le Baron, fondateur du syndicat, M. Huriaud s'est dévoué pendant près de trente ans à l'organisation des services du syndicat et à toute la besogne administrative de notre groupement parisien. Esprit d'élite, homme de cœur, de devoir et de dévouement, s'enthousiasmant pour les causes justes, M. Huriaud bien que n'étant pas médecin, avait pris à cœur la cause du syndicalisme médical au point de lui sacrifier avec un désintéressement sans exemple tous ses loisirs. M. Huriaud mit à la disposition de la cause médicale, lors de la revision de la loi sur les accidents du travail, son influence politique et ses relations dans le monde industriel et commercial. D'une modestie poussée jusqu'à l'effacement, cet homme de bien rendit de nombreux services sans que ceux qui en ont bénéficié, sans que même les derniers dirigeants du syndicat de la Seine, aient pu se rendre compte, de ce qu'il avait fait depuis trente ans et de la reconnaissance qui lui était due.

M. J. Huriaud est mort subitement. Dans ses dernières volontés il avait interdit d'envoyer des lettres de faire part de son décès. Malgré cela, un grand nombre d'amis accompagnaient son cercueil et parmi eux M. Painlevé, ancien Président du conseil des ministres, membre de l'Institut, député de Paris. Une délégation du syndicat des médecins de la Seine, composée des anciens présidents : Philippeaux, Vimont, Gascuel et Noir, suivit le cercueil couvert de fleurs.

Au cimetière d'Ivry, le Dr Noir déposa sur la tombe de ce vieux collaborateur une couronne au nom du Syndicat et adressa un dernier adieu et l'expression de la gratitude des médecins parisiens à M. J. Huriaud, modèle de droiture, de dévouement et de bonté. M. J. Huriaud laisse une veuve à laquelle nous adressons nos respectueuses sympathies.

J. NOIR.

— **Clinique d'accouchements Baudelocque.** — Des cours de perfectionnement réservés aux étudiants et médecins ayant déjà une certaine instruction obstétricale et désireux de se perfectionner auront lieu du 1er juin au 13 juillet 1921.

Répartition des enseignements. — Du 1er au 18 juin : première série d'exercices cliniques individuels. Cours de gynécologie : du 20 juin au 30 juillet : deuxième série d'exercices cliniques individuels. Cours d'opérations obstétricales. Cours sur la physiologie et la pathologie de la gestation. Cours sur la syphilis dans ses rapports avec la fonction de reproduction.

Les horaires sont combinés de façon à permettre aux élèves de suivre tout ou partie de ces enseignements.

I. EXERCICES CLINIQUES INDIVIDUELS. — Ces exercices cliniques, comprenant des examens de femmes gravides, parturientes ou accouchées avec discussion du diagnostic et du traitement, auront lieu sous la direction personnelle du professeur Couvelaire et de M. Lévy-Solal, agrégé. 1re série : 10 séances du 1er juin au 18 juin ; 2e série : 10 séances du 20 juin au 13 juillet, le matin à 9 h. 30. Pour chaque série le nombre des élèves est limité à 10. Droit d'inscription : 150 francs.

II. OPÉRATIONS OBSTÉTRICALES par MM. Lévy-Solal, agrégé, Levant et Vignes, accoucheurs des hôpitaux, Cleisz, chef de clinique. Ce cours comprendra des exposés théoriques, des démonstrations par pièces et des manœuvres opératoires individuelles. Il aura lieu tous les jours à 8 heures, du 20 juin au 24 juillet. Droit d'inscription : 100 francs.

Programme du cours. — Forceps dans les présentations du sommet et de la face. Extraction du siège. Version par manœuvre interne. Basiotripsie. Embryotomie. Dilatation artificielle du col utérin (dilatation manuelle, incisions, ballon de Champetier de Ribes). Délivrance artificielle. Hystérotomies par voie vaginale. Hystérotomies par voie abdominale. Hystérotomie *intra* et *post partum*. Chirurgie des lésions traumatiques de l'utérus pendant l'accouchement (déchirures cervicales, ruptures utérines, inversion). Chirurgie des lésions traumatiques périnéales et vaginales pendant l'accouchement (hématomes, déchirures, fistules). Pelvitomies. Chirurgie de l'infection puerpérale *post partum et post abortum*.

III. ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE OBSTÉTRICALES, par MM. Vignes, accoucheur des hôpitaux et Lelièvre, chef de laboratoire. Ce cours comprendra six démonstrations avec pièces anatomiques et préparations histologiques. Il aura lieu tous les jours à 17 heures, du 20 au 25 juin. Droit d'inscription : 50 francs.

Programme. — Développement de l'œuf humain. Utérus gravide. Utérus parturient. Involution utérine. Physiologie du placenta. Biologie générale de la gestation.

IV. TOXÉMIE DE LA GESTATION, par M. Le Lorier, agrégé. Ce cours comprendra six leçons avec démonstration de pièces anatomiques et de préparations histologiques. Il aura lieu tous les jours du 27 juin au 2 juillet, à 17 h. Droit d'inscription : 50 francs.

Programme. — Toxémies des premiers mois de la gestation : évolution clinique (vomissements, ptyalisme, névrites). Pathogénie et anatomie pathologique. Traitement. Toxémies des derniers mois de la gestation : Anatomie et physiologie pathologique. Evolution clinique (albuminurie, œdèmes, hypertension artérielle, convulsions, hémorragies). Traitement.

V. LA SYPHILIS DANS SES RAPPORTS AVEC LA LA FONCTION DE REPRODUCTION, par M. le professeur Couvelaire, M. Milian, médecin des hôpitaux, MM. Lévy-Solal et Gougerot, agrégés, Marcel Pinard, médecin des hôpitaux et Blechmann, chef de clinique de la Faculté. Ce cours comprendra 8 leçons avec présentation de malades, de pièces anatomiques et de projections ; des exercices pratiques au laboratoire et l'assistance aux consultations du dispensaire spécial de la clinique Baudelocque (les mercredis, à 14 heures). Il aura lieu du mardi 5 juillet au mercredi 13 juillet, tous les jours à 17 heures. Droit d'inscription : 50 francs.

Programme. — Syphilis de l'œuf (placenta et fœtus). Diagnostic clinique de la syphilis chez la femme en état de gestation. Diagnostic de la syphilis par les méthodes de laboratoire (ultra-microscope, réaction de Bordet et ses dérivés, Wasserman, Hecht, etc... ; rachicentèse, examen du liquide céphalo-rachidien, réaction à l'or et au benjoin colloïdal). Lésions syphilitiques de l'appareil génital dans leurs rapports avec la parturition. Syphilis du nouveau-né et du nourrisson. Traitement de la syphilis chez la femme en état de gestation et chez le nouveau-né. Les accidents au cours de la thérapeutique de la syphilis. Le mariage des syphilitiques.

VI. GYNÉCOLOGIE, par M. le professeur Couvelaire, MM. Levant, accoucheur des hôpitaux

et Eudes, ancien chef de clinique adjoint. Ce cours comprendra des examens cliniques dans le service et aux consultations bi-hebdomadaires (mardi matin et samedi après-midi) ; l'assistance aux opérations (mercredi et samedi matin) et 10 leçons avec démonstrations anatomiques les lundis, jeudis et vendredis, à 11 heures. Il aura lieu du 1er juin au 10 juin. Droit d'inscription : 100 fr.

Programme. — **Infections génitales d'origine gonococcique (bartholinites, vaginites, métrites salpingo-ovarites, pelvi-péritonites). Pathologie de l'involution utérine Déviations utérines et prolapsus. Déchirures périnéales. Fistules vésico et recto-vaginales d'origine obstétricale. Tumeurs utérines (fibromes, myomes, sarcomes). Cancer de l'utérus. Tumeurs de l'ovaire (tumeurs kystiques, tumeurs solides). Gestations ectopiques. Tumeurs utérines d'origine choréale. Môle vésiculaire et chorioépithéliome. Stérilité. Roentgenthérapie en gynécologie. Curiethérapie en gynécologie.**

— **La Pitié:** *Maladies du cœur, des vaisseaux et du sang.* — Ce cours aura lieu à l'hôpital de la Pitié, du 20 juin au 10 juillet.

Le matin, de 10 heures à midi, cours de perfectionnement au lit du malade par le professeur Vaquez, assisté de MM. les docteurs Clerc, Ribierre, Laubry et Aubertin, médecins des hôpitaux. L'après-midi, de 14 heures à 16 heures, cours élémentaire et exposé des divers moyens d'exploration (auscultation, percussion, méthodes graphiques, radiologie, électro-radiographie), par MM. les docteurs Leconte et Donzelot, chefs de clinique, Bordet et Yacoël, chefs de laboratoire.

— **A. D. R. M.** — La Commission de Propagande a été vivement intéressée par le résultat des démarches que MM. Sollier et Combault ont faites auprès du Ministère des Affaires Etrangères. Le service de la Propagande ne demande qu'à se mettre en relations étroites avec l'A. D. R. M.

L'*Association générale des médecins de France*, ayant transmis à l'A. D. R. M. le vœu de la Société du Loiret concernant l'interéchange des enfants de médecins de pays alliés, le Comité réalise immédiatement le moyen de donner satisfaction aux médecins demandant cet interéchange. Tous les médecins français qui veulent utiliser les relations de l'A. D. R. M. doivent aussitôt que possible envoyer avec noms et adresses la ville d'Angleterre, d'Espagne où ils désirent envoyer leur fils. Avec les demandes émanant de ces deux pays, on verra dans quelles mesures il pourra être accordé satisfaction.

MM. Noir et Dartigues ayant demandé que tous nos communiqués soient adressés à la Presse médicale de province, des mesures sont prises pour leur donner satisfaction. Il est rappelé, une fois encore, que l'A. D. R. M. est *un groupement de médecins français* et non pas seulement parisiens.

La Commission de propagande a adopté la motion de M. Desmarest : tout membre de l'A. D. R. M. partant pour l'étranger pourra recevoir une lettre du Comité directeur l'accréditant auprès des confrères des nations alliées ou amies. Cette lettre lui donnera pouvoirs pour faire connaître le but poursuivi par notre Association.

— **Hôtel-Dieu :** *Maladies du tube digestif et des voies biliaires.* — Ce cours, de vingt-deux leçons, sera fait par M. Hartmann, professeur de clinique chirurgicale, assisté de M. Parmentier, médecin de l'Hôtel-Dieu, M. Maingot, radiologiste des Hôpitaux, M. Bergeret, chef de clinique ; il aura lieu à l'Hôtel-Dieu du 1er au 31 juillet inclus, de 9 heures à midi, l'après-midi de 14 à 16 heures. En dehors des leçons et des examens cliniques et radiologiques, il comportera des travaux de laboratoire, la démonstration des opérations sur le vivant et des exercices pratiques sur le cadavre.

— **Hospice de la Salpêtrière :** *Technique chirurgicale.* — Un cours de perfectionnement technique, d'une durée de 15 jours, réservé aux docteurs en médecine, français et étrangers, aura lieu du 27 juin au 11 juillet, sous la direction de M. le professeur Gosset, assisté par MM. G. Lœwy, chef de clinique, ex-chirurgien du War Hospital de Rockfeller Institute, New-York ; Charrier, prosecteur à la Faculté de Médecine ; Mestrezat, professeur agrégé de chimie ibologique et M. Magrou, de l'Institut Pasteur.

Ce cours fait en *anglais*, comprendra des séances opératoires par M. le professeur Gosset, des opérations sur le cadavre où les élèves seront individuellement exercés, des travaux pratiques de laboratoire et des opérations sur les chiens.

Les séances opératoires, cours et travaux pratiques auront lieu de 9 h. du matin à 5 h. du soir.

Un certificat d'assiduité sera délivré à la fin du cours.

Le nombre de docteurs admis à suivre le cours est limité à 20.

— **Hôpital Broca** : GYNÉCOLOGIE. — Ce cours aura lieu du 19 septembre au 1er octobre, de 17 à 19 heures, sous la direction du professeur J.-L. Faure, assisté de M. Douay, chef des travaux et de MM. Haller et Mossé, chefs de clinique ; il aura un caractère essentiellement pratique ; les assistants seront exercés individuellement à l'examen des malades ; un certificat d'assiduité sera décerné à la fin du cours.

Le Directeur-Gérant : Dr GASSOT.

Clermont (Oise). — Imprimerie DAIX et THIRON. THIRON et FRANJOU, Successeurs.

AVIS

Accidents du Travail

Note d'honoraires médicaux ;
Mémoires de fournitures pharmaceutiques ;
Certificats ;
Mémoires d'expertises ;
Mémoires de frais de justice criminelle ;
Feuilles de comptabilité ;

Nous tenons à la disposition de nos lecteurs les imprimés suivants :

1° **Notes d'honoraires médicaux.**

2° **Mémoires de fournitures pharmaceutiques** prévues par l'arrêté ministériel du 8 juillet 1920.

3° **Certificats.** — Certificats pour blessés d'accidents du travail.

4° **Mémoires d'expertises. — Accidents.** — Mémoires d'expertises médicales concernant les accidents du travail.

Justice criminelle.

5° **Mémoire de frais de justice criminelle** (honoraires). **Mémoires des frais de justice criminelle** (fournitures).

Ces imprimés sont établis d'après le format officiel.

6° **Feuilles de comptabilité**, servant à établir le compte de chaque client.

Modèles se trouvant dans l'Agenda-Memento du Praticien, édition 1920).

Ces différents imprimés sont envoyés au prix de franco :

Les 50.........	5 fr. »»
Les 100.........	8 fr. »»
Les 500.........	35 fr. »»
Les 1000.........	60 fr. »»

Adresser les commandes accompagnées du montant à M. C. Boulanger, administrateur du Concours Médical, 132, *faubourg St-Denis, Paris.*

constate que par l'effet de la commune intention des parties, ils ont été réunis pour former un tout indivisible ayant pour objet une location unique, consentie pour une durée unique et moyennant un prix unique.

A fortiori lorsque les locaux ne sont pas distincts et ne consistent qu'en un seul appartement ou une seule maison, dont une partie est affectée à un usage professionnel, l'autre partie servant à l'habitation.

Voyez aussi la réponse du ministre de la justice à une question posée par M. Fleury-Ravarin, député, publiée dans le dernier numéro du *Concours* et de laquelle il résulte que les médecins ont droit à la prorogation de la durée des hostilités lorsque *tout ou partie* des lieux loués a été affecté à l'exercice de leur profession.

Par conséquent, si la Commission arbitrale décidait que vous n'avez droit qu'à la prorogation de deux ans, applicable aux locaux d'habitation, il semble qu'un pourvoi en Cassation contre cette décision aurait toutes chances d'être admis favorablement par la Cour suprême.

Nous vous rappelons que le pourvoi, qui peut être soutenu sans le ministère d'un avocat, doit être formé, par déclaration au secrétariat de la Commission arbitrale, au plus tard le quinzième jour à dater de la notification de la décision.

L'épilation par l'électrolyse.

Rectification.

Dans le *Concours médical*, n° 22, du 29 mai 1921, une N. D. L. R., à propos d'une condamnation à dommages-intérêts pour épilation, la met sur le compte de l'électrolyse ; il est probable que vous n'avez pas été justement éclairé et que vous n'avez pas lu le procès, car il s'agissait de *radiothérapie*. Je suis actuellement un des plus anciens spécialistes de Paris ; j'ai fait des milliers d'épilations à l'aiguille électrolytique depuis plus de 25 ans sans aucun incident et avec des succès constants, c'est la méthode de choix.

Je n'aime pas beaucoup faire paraître mon nom, mais je crois ne pas devoir laisser passer une erreur ainsi répétée ; notre spécialité, mal connue par la plupart des confrères et surtout par ceux qui croient tout savoir, après souvent moins d'un an d'expérience, est assez décriée pour nécessiter une mise au point.

Dr CHABRY.

Réponse.

Nous donnons volontiers acte à notre correspondant de sa rectification, parfaitement justifiée, d'une erreur commise involontairement, sur la foi d'un souvenir imprécis.

Application du Tarif Breton.

I

Au moment où se déroulent les travaux de la sous-commission chargée de compléter le tarif Breton, veuillez excuser la liberté que je prends de vous signaler une petite lacune que m'a paru comporter l'article 7.

Mais peut-être votre attention a-t-elle déjà été attirée là-dessus et dans ce cas, ma lettre, objet superflu, n'aura d'autre effet que de vous dire toute la reconnaissance que vous doivent les praticiens français.

Donc, à propos de l'article 7 : à quel taux faut-il compter le prix de la visite ou de la consultation du médecin traitant et du spécialiste mandé auprès d'un blessé dont l'état en cours de traitement s'est aggravé et pour lequel le médecin traitant a jugé nécessaire une consultation de spécialiste ? Je suppose le cas où le spécialiste ne se livre à aucune intervention mais vient uniquement en consultation.

Est-ce l'article 1 qui règle les honoraires dans ce cas, — ou bien l'article 3, — ou bien l'article 5 ?

Dr L.

Réponse.

L'art. 7 ne parle pas de consultation ENTRE confrères. Il ne vise que l'adjuvat des soins *particuliers* d'un spécialiste, aux soins *généraux* du médecin traitant. Le tarif pour toute consultation entre confrères, quels qu'ils soient, est indiqué à l'art. 5.

Dr Fernand DECOURT.

II

Veuillez avoir l'obligeance de me dire — et à tous confrères par le *Concours médical*, si vous le jugez à propos —, si l'avulsion d'un ongle sous anesthésie locale, chez un accidenté du travail présentant un hématome sous-unguéal extrêmement douloureux, peut être considérée comme l'analogue d'une extirpation de corps étranger tarifée 37,50 pour la 2e catégorie.

Dr P.

Réponse.

L'avulsion d'un ongle n'est pas tarifée spécialement, pas plus que l'anesthésie locale, de même que pansements, massages, etc... qui sont *compris* dans le prix de la visite ou consultation. C'est à cause de cela que de 1 fr. la consultation autrefois, chez vous, vous avez maintenant 7 francs. Naturellement, votre petite intervention n'a aucun rapport avec « extirpation de corps étrangers profonds ... à 37 fr. 50 ».

Dr Fernand DECOURT.

III

Appelé près d'un blessé, un dimanche, à 11 heures du soir, à 7 kilom. de mon domicile, comment dois-je

BAUME SÉLÉNIA

appliquer le tarif J.-L. Breton ? Le dimanche, la visite est majorée de 50 % et la nuit, triplée. Comme il s'agit d'une nuit et d'un dimanche, les deux majorations s'ajoutent-elles ? (c'est-à-dire dois-je compter (8 fr. + 4) × 3 = 36 fr. pour la visite, ou bien simplement, la visite triplée, soit 24 francs comme pour une nuit quelconque ?). Le tarif kilométrique est bien le même (2 fr. à l'aller), la nuit et le dimanche ?

Dr L.-G.

Réponse

Vous ne pouvez réclamer *à la fois* la majoration indiquée à l'art. 3 *b*), et celle indiquée à l'art. 4. — Ou bien vous avez eu à faire une « visite de dimanche » ou bien une « visite de nuit ». Il faut choisir entre ces deux postulats, puisque le troisième que vous invoquez « visite de dimanche nocturne » n'est pas spécifié dans le tarif.

Prenant donc l'article 4, vous comptez, en 2e catégorie :

Visite de nuit : 8 × 3..........	24 fr.
Déplacement à 7 kil., soit 14 kilom. parcourus.............	14 fr.
Total.............	38 fr.

Dr Fernand Decourt.

NOTES DE MÉDECINE PRATIQUE

Traitement de la colopathie muco-membraneuse.

Régime alimentaire :

Supprimer les irritants : épices, alcool, vin, acidités, etc.

Réduire au minimum les résidus alimentaires indigérés et empêcher les fermentations diverses.

Pour cela :

Diminuer la quantité d'aliments azotés ; sont autorisés la viande de boucherie, les volailles, les poissons maigres, bien cuits, rôtis, grillés ou bouillis, *seulement* au repas de midi, et à raison de *cent grammes par jour* ;

Au lait pur, préférer les préparations dans lesquelles il entre : potages, gâteaux, entremets, etc. ; les laits aigris sont permis ;

Sont surtout recommandés : les *farineux*, sous forme de pâtes alimentaires, riz, pommes de terre, légumineuses (modérément), farines de céréales,

A cause du spasme, souvent intense, les légumes frais sont à prendre en quantité *très mesurée* ; ils seront *très cuits* et *tamisés*.

TRAITEMENT :

Combattre la constipation par : l'agar-agar, les graines de lin, l'huile de paraffine.

Alterner ces divers moyens, ou les combiner.

Trois fois par semaine, le matin, faire une entéroclyse à l'aide d'un demi-litre de décoction de graines de lin tiède, en se servant d'une sonde intestinale de quarante centimètres.

Les autres jours, prendre, au coucher, un lavement de cent grammes d'huile d'olive, tiédie au bain-marie.

Calmer le sympathique abdominal en prenant, *avant chaque repas*, dans un peu d'eau, cinq gouttes de cette solution :

Sulfate neutre d'atropine.....	un centigr.
Eau distillée de laurier-cerise..	10 gr.

entre les repas, à 10 heures et à 16 heures, une cuillerée à café de cette préparation :

Valérianate d'ammoniaque cristallisé..............	âã 3 gr.
Extrait de valériane.........	âã 3 gr.
Bromure de potassium.......	âã 3 gr.
Bromure de sodium..........	âã 3 gr.
Bromure d'ammonium........	âã 3 gr.
Eau de menthe..............	100 gr.

Applications chaudes sur l'abdomen ; massage prudent ; bains prolongés plusieurs fois par semaine.

Vie au grand air.

Injections d'oxygène ou d'eau-de-mer.

Saison à Châtel-Guyon.

D[r] A. SATRE.
(de Grenoble).

DOCUMENTS OFFICIELS

A L'OFFICIEL

La limite d'âge des médecins en chef et directeurs des asiles publics d'aliénés.

Décret du 7 mai 1921.

ART. 1[er]. — L'article 1[er] du décret du 1[er] mars 1921 est abrogé et remplacé par les dispositions suivantes :

« La limite d'âge des fonctions de médecin en chef et de directeur médecin des asiles publics d'aliénés est fixée à soixante-cinq ans ».

ART. 2. — Le ministre de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales est chargé de l'exécution du présent décret, qui sera applicable à partir du 1[er] juillet 1921.

(*J O.*, 22 mai 1921).

Communication de la liste des mutilés ayant droit aux soins médicaux et recours contre les inscriptions abusives.

8118. — M. Edouard GRINDA, député, demande à M. LE MINISTRE DES PENSIONS : 1° si la liste spéciale prévue par l'article 64, alinéa 2, de la loi du 31 mars 1919, sous le titre : « soins médicaux aux victimes de la guerre », et déposée à la mairie, est publique et comment un contribuable peut en obtenir communication ; 2° quelle voie de recours est ouverte à un contribuable contre l'inscription abusive, dans la seconde section de cette liste, d'un démobilisé qui n'a pas sollicité de pensions, mais a demandé la gratuité des soins médicaux pour blessure ou maladie contractée au service, alors que l'origine même de cette blessure ou maladie serait contestable ; 3° à qui et dans quel délai doit être adressée la demande de radiation d'une inscription irrégulière. (*Question du* 15 *mars* 1921).

Réponse. — 1° La liste spéciale prévue par l'article 64, paragraphe 2, de la loi du 31 mars 1919, contenant une description des infirmités des anciens militaires qui y sont inscrits, ne peut être communiquée à des tiers, en raison des dispositions formelles de l'article 378 du code pénal qui interdit à toutes personnes de révéler les secrets médicaux dont elles sont dépositaires par état ou profession ; 2° et 3° toute inscription abusive doit être signalée au préfet qui est seul qualifié, en vertu de l'article 8 du décret du 26 septembre 1919, pour saisir le tribunal départemental des pensions d'une demande en radiation.

(*J. O.*, 27 mai 1921).

L'envoi des mémoires concernant l'A.M.G. et les mutilés de guerre ne bénéficie pas de la franchise postale.

4396. — M. PERREAU, sénateur, demande à M. le MINISTRE DES TRAVAUX PUBLICS pourquoi il a fait supprimer la franchise postale des mémoires établis par les pharmaciens pour les fournitures à l'assistance médicale et aux mutilés de guerre, mémoires adressés aux préfets et maires des communes. (*Question du* 25 *avril* 1921).

Réponse. — Aucune disposition législative ou réglementaire n'a concédé la franchise aux pharmaciens pour l'envoi aux préfets ou aux maires des mémoires concernant les fournitures faites à l'assistance médicale et aux mutilés de guerre.

Cette concession serait, du reste, contraire aux règles établies par l'ordonnance du 17 novembre 1844, qui a fixé le régime actuel des franchises postales, et aux termes de laquelle, la franchise

est réservée à la correspondance échangée entre les fonctionnaires publics, pour le service de l'Etat.

(*J. O.*, 20 mai 1921).

N. D. L. R. — La réponse ministérielle aurait été la même, bien entendu, si la question avait visé les mémoires des médecins, au lieu des mémoires des pharmaciens.

Il y a lieu de faire remarquer cependant que, si la correspondance adressée aux préfets des départements ne bénéficie pas de la franchise postale, une exception est faite pour le préfet de la Seine. Les lettres provenant du département de la Seine qui lui sont adressées sont exemptes d'affranchissement, comme d'ailleurs celles adressées au Préfet de police de la Seine, de tout le territoire français.

ANTHOLOGIE MÉDICALE

Sonnets Hippocratiques.

VI. L'Epileptique.

A son cri, l'animal s'enfuit épouvanté,
Et l'homme le plus fier sent faiblir son courage
Quand, poussant sa clameur imprévue et sauvage,
Il s'abat sur le sol avec brutalité,

Il roule éperdument son œil exorbité,
Par l'atroce douleur du Mal qui le ravage,
Et l a Haine grimace, au bas de son visage,
Un rictus qui surprend par sa mobilité.

Une bave sanglante écume sur sa bouche,
Ses muscles, agités d'une danse farouche,
Convulsent tout son corps sur un rythme sans nom.

Mais sa force s'épuise et le drame s'achève,
Dans un spasme suprême, il se tord, se soulève,
Puis retombe — assommé par un coma de plomb !

Dr Emile JUNÈS, de Sfax
(Tunisie).

LÉGION D'HONNEUR

Dans la récente promotion du Ministère de l'Intérieur, nous relevons avec plaisir le nom de notre excellent confrère et ami, L. CHAPON, président du Syndicat médical de Paris, directeur général de la Prévoyance, membre du Conseil du « Sou médical ».

Nous lui adressons nos sympathiques félicitations.

G. D.

Le VIN GIRARD

IODOTANNIQUE PHOSPHATÉ

SUCCÉDANÉ DE L'HUILE DE FOIE DE MORUE

est le véritable

SPÉCIFIQUE DU LYMPHATISME

cnez les Enfants et les Adultes

Le **VIN GIRARD,** de l'aveu des milliers de praticiens qui le prescrivent journellement, est un des modes d'administration de l'iode les plus parfaits. L'iode, en combinaison avec le tanin, est facilement assimilable, très actif, et n'occasionne jamais ni irritation des voies digestives, ni accidents d'iodisme. D'un dosage rigoureux, d'une conservation parfaite, le **VIN GIRARD** est, de plus, d'un goût fort agréable et toujours pris avec plaisir.

Sa haute teneur en lacto-phosphate de chaux lui permet de lutter contre cette déminéralisation de l'organisme, dont le professeur ROBIN a montré le rôle prédisposant à la tuberculose.

LYMPHATISME, MALADIES DE POITRINE

ENGORGEMENTS GANGLIONNAIRES

TUBERCULOSE



UN VERRE A MADÈRE
AVANT LE REPAS

VIN GIRARD

48, Rue d'Alésia, PARIS

QUARANTE-TROISIÈME ANNÉE — N° 24 — DIMANCHE 12 JUIN 1921

Fondé en 1879 par Auguste CÉZILLY
Rédigé et dirigé par H. JEANNE (1900-1914),

LE CONCOURS MÉDICAL

ORGANE HEBDOMADAIRE DES PRATICIENS
Groupés dans la Société « Le CONCOURS MÉDICAL » et ses Filiales

ADMINISTRATION & PUBLICITÉ
C. BOULANGER, ADMINISTRATEUR

ABONNEMENTS :

France	24 fr.
Etranger	28 »
Etudiants (*France*)	12 »
Le numéro	50 cent.

Chèques Postaux Paris 167-95

DIRECTION
MM. les Drs A. GASSOT, *Directeur*; A. MAURAT; H. CEZILLY; J. NOIR; P. BOUDIN docteur en droit; M. VIMONT; G. DUCHESNE.
MM. P. CEZILLY, J. DUMESNY, licenciés en droit; C. BOULANGER.

RÉDACTION
Dr J. NOIR, RÉDACTEUR EN CHEF
Drs P. LACROIX et G. DUCHESNE
SECRÉTAIRES DE LA RÉDACTION
N.-B. — Les manuscrits publiés ou non, ne sont pas rendus.

Rédaction et Administration : 132, rue du Faubourg St-Denis, PARIS (10e). Téléphone : Nord 48-17

Quarante-troisième année. Nº 24 12 Juin 1921.

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

Office de Renseignements du « Concours »

DON. — Nous avons reçu à titre de don à la Société civile du *Concours médical*, de M. le Dr Paul Mollin, de Port-à-Binson (Marne), la somme de quarante francs, pour bons offices du journal.

AVIS

Le Syndicat médical de Lot-et-Garonne informe les médecins qui seraient sollicités de s'installer à Fumel-Libos (Lot-et-Garonne), que ces deux localités contiguës sont largement desservies par quatre médecins actuellement en conflit suraigu avec la Caisse de secours des usines de Fumel-Libos. Le Syndicat médical demande instamment à tous les membres du Corps médical de soutenir leurs confrères menacés dans leur dignité, leur indépendance et leurs intérêts, en refusant les offres de la Caisse de secours des usines.

Le médecin qui, acceptant des propositions de cette Société, consentirait à en devenir le salarié, verrait se dresser contre lui tout le Syndicat médical de Lot-et-Garonne.

Pour plus amples renseignements, s'adresser au secrétaire du Syndicat médical, docteur Guy, à Villeneuve-sur-Lot.

Tout médecin sollicité de s'installer à Bolbec (Seine-Inf.) est prié de ne pas le faire sans se renseigner auprès de M. le Dr Pasquier, 27, rue de St-Quentin, au Havre, président du Syndicat des médecins du Havre et de l'arrondissement.

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum, aux* « demandes et offres ».

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne, qui est versé dans la caisse de la Société civile du Concours Médical). *Adresser un mandat ou mieux verser au compte de chèques postaux,* Concours Médical, *Paris 167-95.*

Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse.**

N° 300. — A vendre, Zèbre 1918, 4 cylindres, 6 HP., mécanisme revisé, 5 roues métall. amov., acces. compl. Dr Baudet, à Gannat (Allier).

N° 301. — A céder immédiatement pharmacie, chiffre d'affaires en 1920 : 60.000 fr., pour 25.000 fr. Grande facilité de payement. S'adresser Dr Chabriat, à Djidjelli (Algérie).

N° 302. — A vendre voiturette auto-fauteuil modèle 1914, 3 places, état de neuf, très jolie, très soignée.

N° 303. — A vendre en viager propr. à 30 k. de Paris, 10 hect. env., eaux vives, expos. plein midi, en flanc de côt., bord. de la forêt de Chantilly. On pour. établ. à peu de frais, sanator., maison de conv., etc., le sous-sol ét. de sable silico-calcaire de toute 1re qual., et permet. une construct. extrêmem. bon marché, en ciment armé.

N° 304. — Docteur courant clientèle générale, vénéréolog., parl. angl. et allem., disposant petit capital, cherche situation méd. ou para-médic.

N° 305. — A vendre : leggins jaunes laçant devant ; machine et lanière pour lames Gillette ; roulements pour roues avant Zèbre ; pistolet automatique ; balances et accessoires pour charger cartouches cal. 16

et 12 ; appareil électro-médical d'induction, le tout neuf, vieux livres de droit.

N° 306. — Docteur anc. méd. maj. connaiss. langue allem., libre juin et juillet, accepterait représent., voyagerait en Als.-Lorr. de préfér.

N° 307. — Doct., 43 ans, exerçant rempl. dans région pittoresque de préfér. confr. de la camp. pend. un mois entre le 15 juillet et le 15 septembre et demanderait à occuper sa maison avec sa femme et son fils.

N° 308. — Docteur fatigué, ayant important poste dans grde banlieue parisienne s'adjoindrait confrère capable, avec promesse de cession. S'adresser à Breitel et Boret, 1, rue Dante, Paris.

N° 309. — Dans sous-préfecture du midi, bon cabinet d'oto-rhino-laryngologie. Très belle villa. Grosse agglomération. S'adresser à Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris.

N° 310. — Chaise à examen à vendre, cause départ, état de neuf, 7 r. de Puteaux, à Paris.

CORRESPONDANCE

Recouvrement d'honoraires accidents.

Abonné au *Concours Médical*, je me permets de vous demander votre avis pour le cas suivant : j'ai soigné un blessé du travail de mai à juillet 1920. Depuis la guérison, j'ai envoyé à plusieurs reprises ma note d'honoraires au patron (et jamais à l'assurance), jusqu'au jour où j'ai appris qu'il était mort, en laissant des affaires assez embrouillées ; à ce moment (février 21) j'ai envoyé ma note, par pli recommandé, au notaire chargé de la succession.

1° Si, comme il est probable, ce monsieur a laissé plus de dettes que d'avoir, n'aurai-je aucun recours contre l'assurance ? l'assurance n'a reçu de cet accident aucune déclaration du chef d'entreprise (qui, pourtant, était parfaitement en règle avec elle), c'est pour cela qu'elle ne veut pas reconnaître mes honoraires. Quant au blessé, il n'a jamais protesté auprès de l'assurance, car il recevait son salaire entier de la part de ce patron déséquilibré.

2° De toutes façons, la prescription n'agit-elle pas au bout d'un an, et une lettre recommandée au notaire suffit-elle à l'interrompre ?

Tous mes remerciements, à l'avance, pour vos lumières sur ce sujet.

Dr P.

Réponse.

Il est à craindre que le patron du blessé que vous avez soigné ne soit déchu de ses droits contre l'assurance, soit parce qu'il n'a pas fait ou a fait tardivement la déclaration de l'accident, soit pour d'autres causes. Les polices d'assurances contiennent, en effet, vous ne l'ignorez pas, nombre de clauses de déchéances et ces déchéances vous seraient naturellement opposables, si vous agissiez contre l'assurance au lieu et place de l'assuré.

Mais vous pouvez agir contre la succession du patron, en faisant valoir que votre créance pour les soins donnés à un ouvrier blessé est privi-

légiée, en exécution de l'article 23 de la loi du 9 avril 1898.

Il y aurait lieu, dans ce cas, de citer les héritiers du patron devant le juge de paix du lieu de l'accident, pour interrompre la prescription, car une citation en justice ou une reconnaissance de la dette (que vous n'obtiendrez sans doute pas) peuvent seules l'interrompre et une lettre recommandée adressée au notaire serait insuffisante à cet effet.

Vous pourriez aussi demander à l'ouvrier, votre client, même judiciairement, le payement de vos honoraires, car c'est lui votre premier débiteur.

Secret professionnel et Mutualités.

Je désirerais, si c'est possible, être éclairé sur le fait suivant :

Une société de secours mutuels, mutuelle scolaire, veut exiger de moi, comme de mes confrères, le diagnostic de la maladie sur les imprimés destinés à indiquer le nombre de jours de maladie.

Cette société verse à ses adhérents une somme forfaitaire par jour de maladie, mais pour verser cette somme exige le diagnostic.

J'ai fait adresser par le secrétaire du syndicat, au président de la Société, l'indication de jugement de Rochefort-sur-Mer 22 avril 1913, que j'avais trouvée dans l'Agenda du *Concours*, page 276, avec le texte pris sur l'Agenda.

J'ai appris que le président de cette société avait fait des recherches, compulsé le Dalloz et n'avait rien trouvé !

N'y a-t-il pas à ce sujet une circulaire du ministère de l'Intérieur sur le secret professionnel et les Sociétés de secours mutuels ?

Si le texte du jugement de Rochefort était reproduit dans un recueil juridique, je vous serais reconnaissant de me l'indiquer, pour que j'en fasse part au président de cette société mutuelle, qui a l'air de croire qu'il s'agit d'un jugement inventé pour les besoins de la cause.

Je m'excuse de vous importuner, mais il s'agit là d'une question qui peut intéresser pas mal de lecteurs du *Concours*. Dr A.

Réponse.

Le jugement du tribunal civil de Rochefort du 22 avril 1913, publié, comme l'indique l'Agenda-Memento de 1921 que vous rappelez dans votre lettre, par le *Concours Médical* de 1913, page 2180, n'a nullement été inventé, comme le pense l'incrédule président de Société mutuelle avec lequel vous avez affaire, pour les besoins de la cause. Il a été obtenu avec l'appui du « Sou Médical », ainsi qu'il en est fait mention à la suite de son texte. Mais il est vrai de dire que

nous ne pourrions citer un recueil juridique dans lequel il ait été reproduit.

Ce jugement constate que l'obligation, imposée par les statuts d'une Société de secours mutuels, de produire, pour avoir droit à l'indemnité de maladie, l'attestation par le médecin de l'état de maladie et de sa durée, est remplie par la production d'un certificat médical constatant « une maladie aiguë ne tombant pas sous les restrictions de l'article X des statuts » ; que le médecin qui délivre un certificat qui doit, à sa connaissance, être remis à des tiers, par exemple lorsque ce certificat est rédigé sur un bulletin détaché d'un registre à souches appartenant à un tiers, a le droit de ne consentir à désigner la maladie que sous une dénomination générique, sans la préciser autrement.

Dans ce même ordre d'idées, nous vous signalons que, à plusieurs reprises, le *Bulletin* de l'Union des Syndicats médicaux, puis le *Concours Médical*, ont publié des lettres de ministres du travail annonçant qu'ils avaient invité des sociétés de secours mutuels à supprimer de leurs statuts les dispositions exigeant des médecins le diagnostic exact de chaque maladie de leurs membres participants. (Lettres de M. Viviani, des 29 juin 1909, *Bulletin* de l'Union, 1909, page 426 et du 20 novembre 1909, *eodem loco*, page 742 et *Concours Médical* 1912, p. XV, 139, et de M. Léon Bourgeois, du 11 mars 1912, *Concours Médical*, 1912, page 427).

Point de départ des impôts sur les autos.

Enfin possesseur de mon auto X... depuis le 2 courant, je l'amenai de M. (54 kil.) sans accroc, mais le lendemain, pour ma première sortie, impossible de manœuvrer la manivelle de mise en marche, ni de faire partir le moteur avec l'aide du démarreur automatique et depuis... ma voiture reste remisée, attendant en vain l'arrivée d'un ouvrier de la maison promis... mais qui ne vient pas. L'obligation de faire procéder à une expertise va encore retarder l'emploi de ma voiture ; dois-je la déclarer de suite à la Préfecture et au fisc ou puis-je attendre de pouvoir en user ? Devrai-je la taxe de circulation immédiatement au même titre que l'autre impôt, c'est-à-dire à dater du 1er avril.

D[r] A.

Réponse.

Le droit de circulation et les taxes sur les automobiles sont actuellement payables par trimestre et d'avance et ne sont dus, contrairement à la règle admise antérieurement, qu'autant que la voiture doit circuler pendant le trimestre ou l'année. Ce n'est plus à la possession de la voiture seule qu'est attachée l'obligation d'acquitter les droits, mais au seul fait de la circulation.

Il est même admis que, lorsqu'une voiture ne doit pas circuler pendant un trimestre, le contribuable peut s'exonérer du payement des droits en faisant, au plus tard le dernier jour du tri-

mestre qui précède, une déclaration au bureau du receveur, et en déposant son permis de circuler.

Par suite, puisque votre voiture est inutilisée en attendant l'expertise et la réparation nécessaire, vous pouvez parfaitement, pour faire la déclaration, attendre qu'elle soit en état de circuler et que vous la mettiez effectivement en circulation.

Mutualité Familiale.

Je suis inscrit à la combinaison P. pour une retraite à 60 ans, Mme M. l'est également, mais pour 6 parts seulement soit 720 francs de rente. Ne lui serait-il pas possible de prendre 4 parts complémentaires pour avoir la pension complète de 1200 francs ? ou bien pourrait-elle passer de la combinaison P, à la combinaison R ? Celle-ci ne lui donnerait la pension qu'à 65 ans, mais comme la cotisation est moins chère elle pourrait avoir la retraite de 1200 francs.

Dr M.

Réponse.

Il n'est pas possible de passer d'une combinaison à une autre. D'autre part, Mme M. a dépassé l'âge d'entrée à P, elle ne peut donc prendre quatre parts nouvelles. Elle reste donc forcément dans la situation où elle se trouve : retraite de 720 *francs à 60 ans.*

Mais elle peut très bien prendre quatre parts à la combinaison R, puisque son âge lui permet d'y entrer. Elle aurait ainsi, à 65 ans, 480 francs de retraite qui viendraient s'ajouter aux 720 fr. que lui servira la combinaison P à partir de 60 ans.

Cette solution me paraît la meilleure que vous puissiez adopter et elle vous donnera satisfaction dans la mesure du possible.

A. G.

NOTES DE MÉDECINE SOCIALE

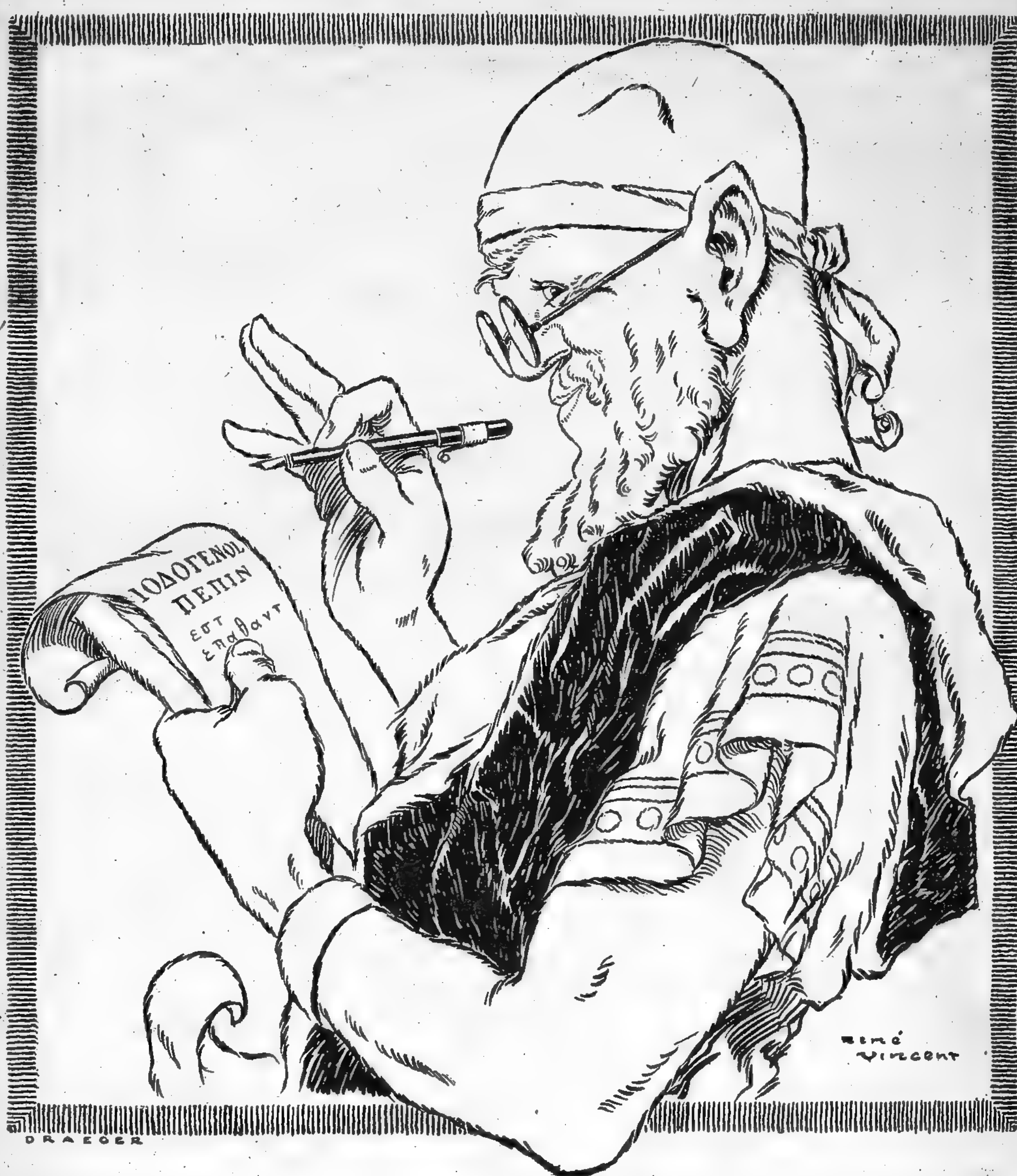
« Gouttes de Lait » et « Consultations de Nourrissons ».

Je m'en voudrais de faire de la peine au distingué praticien, doublé d'un homme de bien, qu'est le fondateur des « Gouttes de Lait ». J'ai nommé M. le Dr Dufour, du Tréport.

Il faut, pourtant, convenir que, si cette institution philanthropique a ses partisans, elle a également ses détracteurs.

Excellente en ce qu'elle permet aux nourrices, dont le lait est insuffisant, de donner, à leurs enfants, celui de vaches choisies, tuberculinisées et placées sous le contrôle des administrateurs

(*Voir la suite page XXXIX-1717*)


ΙΟΔΟΓΕΝΟΛ
ΠΕΠΙΝ
RENÉ VINCENT
DRAEGER

PROPOS DU JOUR

Un peu d'ordre et de méthode dans le fonctionnement de nos groupements et de nos œuvres.

Par notre éducation, par la tournure naturelle de notre esprit qui exige la clarté, la précision, la sincérité dans la recherche de la vérité et du progrès, nous sommes ou nous devrions être tous, nous médecins français, des disciples de Descartes et de Claude Bernard.

Nous sommes imprégnés de la nécessité de la méthode dans nos raisonnements, de l'ordre dans notre action.

Et cependant, lorsque nous voulons régler nos propres affaires, nous le faisons dans la confusion, dans le désordre et l'indiscipline : chacun veut n'en faire qu'à sa tête. Avec une suffisance étrange chez des gens qui, par profession, devraient avoir l'habitude d'observer et de réfléchir, qui, constamment en butte à de formidables responsabilités, devraient avoir l'instinct de la prudence et s'imprégner de la défiance de soi, une des formes du doute scientifique, nous nous croyons toutes les compétences et voulons trancher sur-le-champ toutes les difficultés qui nous concernent.

Les pouvoirs publics, la presse, nos clients, ont créé chez nous, du haut en bas de l'échelle, cette mentalité. Il ferait beau voir que M. le doyen de la Faculté de Paris, introduit par principe dans une commission pour accroître la natalité, déclinât toute compétence à cet égard, que M. le secrétaire perpétuel de l'Académie de médecine ne se crût pas capable d'organiser l'hygiène maritime, et que M. le directeur du Service de Santé se déclarât peu apte à traiter des questions de puériculture.

Et de même, il est difficile à un praticien, dans certains milieux où on le considère comme omniscient, d'avouer qu'il ne peut, lors de sa première visite, poser définitivement le diagnostic, indiquer le traitement efficace et fixer la date exacte de la guérison.

Avouons-le. Souvent notre vanité se plaît à constater le pouvoir extravagant dont la naïveté et l'ignorance publiques nous ont dotés.

D'abord, à notre corps défendant, nous nous laissons dangereusement faire, escomptant la veine pour consacrer notre réputation. Nous ne retrouvons notre bon sens que lorsqu'une circonstance malheureuse nous oblige à nous défendre.

Bien rares sont ceux d'entre nous qui protestent quand on les déclare auteurs responsables d'une guérison, mais nous protestons tous à l'unisson et avec vigueur quand on nous accuse d'avoir causé la mort d'un malade. Et cependant, nous ne méritons le plus souvent

> Ni cet excès d'honneur ni cette indignité.

Cette mentalité, faussée par le public, qui se fait de nous une idée si inexacte, nous imprègne à un tel point que nous la manifestons chaque jour dans le règlement de nos propres affaires.

Le récent conflit des pensions nous a montré quelles pouvaient être les conséquences fâcheuses de ce manque de compréhension de la nécessité d'une discipline. Chacun, se croyant au courant, entendait n'en faire qu'à sa tête et se figurait être capable de régler par ses propres moyens les plus sérieuses difficultés.

Cet esprit de désordre, qui règne dans le corps médical, ne se montre pas dans les seules questions de défense professionnelle, mais dans tout ce qui le concerne.

Une découverte scientifique est-elle faite, l'action stérilisante du radium sur les cellules de certains cancers par exemple ? Aussitôt, chacun en conseille l'application à tort et à travers ; on procède de telle façon, et avec une telle imprévoyance, que l'on fait frémir ceux qui, par une longue expérience, savent les dangereuses conséquences que peuvent entraîner ces applications inconsidérément répétées, et l'on finit par déconsidérer pour longtemps un procédé thérapeutique de grande valeur.

Passons dans un autre ordre d'idées. Veut-on créer des caisses de retraites, des caisses d'assurance-maladie ? Nous entendons aussitôt des confrères fixer à vue de nez, sans calculs,

sans consulter un actuaire, le montant de la cotisation à verser. N'avons-nous pas lu, à l'Association des médecins de France, les propositions de sociétés réclamant la création de retraites de droit dût-on pour cela, affirmaient-elles, élever les cotisations jusqu'à 50 francs par an ?

Nous pourrions multiplier indéfiniment ces exemples. Il serait grand temps de mettre un peu d'ordre et de méthode dans nos affaires et de laisser agir, dans leur cadre, les groupements que nous avons créés dans un but limité, et qui sont seuls capables, du fait de leur expérience, d'arriver à une réalisation.

L'Etat nous a donné l'exemple. L'Académie de médecine avait été créée, il y a un siècle, pour donner au gouvernement son avis sur tout ce qui concerne la médecine. Or, les gouvernements s'aperçurent fort vite qu'elle était incapable de remplir ce rôle de Maître Jacques, et nous vîmes tour à tour instituer des conseils supérieurs d'hygiène, d'assistance, des commissions des maladies professionnelles, de puériculture, d'hygiène sociale et de prophylaxie, etc., etc. Certes, il nous serait facile de critiquer la composition de ces comités officiels, mais la nécessité de leur création, résultant de l'impuissance académique, ne saurait être contestée. Faisons notre profit de cet exemple. Après les luttes récentes, tâchons enfin d'organiser définitivement le corps médical. Laissons sans arrière-pensée aux syndicats et à leur Union la défense professionnelle, à l'A. G. et à ses sociétés, les questions de bienfaisance et de mutualité, à l'association des relations médicales (A. D. R. M.) tout ce qui concerne l'expansion médicale française à l'étranger et le souci de recevoir et de renseigner les médecins étrangers venant en France.

Nous voudrions voir régner une entente parfaite entre nos groupements créés, et organisés le plus souvent par les mêmes hommes. Nous voudrions les voir s'entr'aider et se seconder au lieu de se jalouser. Nous voudrions les convaincre que tous servent utilement, mais à leur façon, les intérêts médicaux, et que lorsqu'on marche dans les plates-bandes du voisin, c'est la propriété du corps médical tout entier que l'on saccage.

Nous voudrions, toutes les fois qu'un projet nouveau montrera la nécessité d'une création, voir charger une œuvre déjà existante d'en poursuivre la réalisation, ou fonder, si cela en vaut la peine, par entente entre les œuvres déjà existantes, un groupement nouveau dont le but serait nettement circonscrit.

C'est ce qui devra se faire, si nous voulons doter un jour le corps médical français d'une maison hospitalière dans notre capitale.

En un mot, nous désirons que chacun borne son activité au but qui a nécessité sa fondation.

Lorsque nous allons faire des emplettes dans un grand magasin, nous n'allons pas chercher des chaussures au rayon de la parfumerie, ni de la lingerie au rayon de l'ameublement, et nous trouverions ridicule l'employé des ustensiles de cuisine qui prétendrait nous guider dans le choix d'une cravate.

Faisons chez nous ce que le bon sens nous indique comme nécessaire chez les autres. Occupons-nous chacun de notre propre rayon. Mettons dans nos groupements et dans nos œuvres un peu d'ordre et de méthode.

Ce sera le seul moyen d'empêcher notre profession de sombrer dans le fonctionnarisme et dans la misère.

J. Noir.

Cures de repos et de plein air organisées ou surveillées par les médecins de campagne. — Nous avons, à diverses reprises, conseillé à nos confrères de campagne d'organiser ou de faire organiser au voisinage de leur domicile des maisons de villégiature ou de convalescence très simples, mais dans de bonnes conditions d'hygiène où les médecins, leur famille ou leurs clients, pourraient aller faire une cure de repos ou de plein air dans les meilleures conditions économiques. Un de nos correspondants, le Dr H. Clément de Rumilly (Hte-Savoie), nous fait savoir qu'il peut à ce sujet donner d'utiles renseignements à ses confrères.

PARTIE SCIENTIFIQUE

CHIRURGIE PRATIQUE

La chirurgie esthétique de la face,

Par le Dr Julien BOURGUET (de Paris).

Ancien prosecteur, ancien chef de clinique de la Faculté de Toulouse.

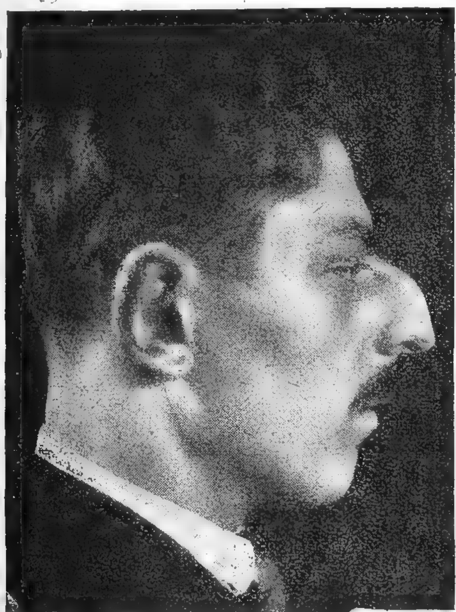
La chirurgie réparatrice et la chirurgie esthétique sont deux choses bien distinctes. La première consiste à réparer les désordres qu'un agent vulnérant ou une tumeur, par exemple, ont occasionnés à un endroit de l'organisme. Les rhinoplasties, les cheiloplasties, les réparations du maxillaire inférieur, etc., etc., rentrent dans ce cadre. Les nombreux travaux qui ont été publiés durant la guerre ont trait à cette chirurgie réparatrice et ont été condensés dans deux volumes remarquables de JEANBRAU, NOVÉ-JOSSERAN et OMBRÉDANNE : « Chirurgie réparatrice et orthopédique ». La chirurgie esthétique, au contraire, ne cherche pas à refaire un organe lésé, mais à donner une meilleure forme à cet organe qui peut présenter tels ou tels défauts visibles, et c'est surtout à la face qu'elle s'exerce : c'est là qu'ils sont frappants, car rien ne les dissimule.

La chirurgie esthétique s'adresse donc à la face et particulièrement au nez, aux rides chez la femme, et à l'oreille. Nous avons moins souvent l'occasion d'intervenir dans ce dernier cas (chirurgie plastique de l'oreille. Acad. méd., 13 avril 1920) ; voilà pourquoi, dans ce travail, nous ne nous occuperons que de la chirurgie esthétique du nez et des rides. Nous donnerons une vue d'ensemble avec photographies à l'appui.

La plupart du temps, au point de vue nasal, ce n'est pas pour une question d'esthétique que le porteur d'un vilain appendice réclame notre concours, mais pour une question morale. Il souffre d'avoir un organe « qui ne passe pas inaperçu », qui attire le regard et provoque les quolibets.

C'est tantôt un professeur qui, entrant dans sa classe, voit son nez caricaturé sur le tableau noir ; c'est tantôt une réflexion désobligeante que surprend l'oreille toujours attentive, et cela finit par devenir une réelle obsession. Ce n'est pas uniquement les nez fortement proéminents qui sont cause de douleur morale, mais aussi la moindre imperfection. C'est une psychologie particulière sur laquelle il y aurait long à écrire, et cela dans n'importe quelle classe de la société. L'opération, dans ces cas, a un double but : faire disparaître la forme choquante de l'organe et, par suite, la souffrance psychique. Notre intervention ne laisse à sa suite *aucune cicatrice extérieure si petite soit-elle*, car notre correction se pratique toujours par l'intérieur.

Les formes disgracieuses de l'appendice nasal



Nez convexe (FIG. 1, *a*) Avant.



(FIG. 1, *b*) Après.

sont nombreuses et variées. Nous citerons les principales en donnant la photographie du type qui en dira plus long que toute description. En premier lieu, nous trouvons le *nez convexe* (fig. 1, *a*). L'arête nasale, au lieu de décrire une ligne droite, forme une courbure plus ou moins accusée et qui diffère non seulement suivant les sujets, au point de vue du degré, mais aussi de la forme de cette courbure. Il n'y a qu'à comparer les photographies (1, *a* et 2, *a*). Elle est tantôt marquée



(FIG. 2, *a*) Avant.



(FIG. 2, *b*) Après.

à la racine, tantôt au milieu, tantôt au niveau du lobule. Parfois, ce n'est pas une convexité devant laquelle nous nous trouvons en présence, mais d'une bosse (fig. 3, *a*). Dans ces divers cas, c'est toute la charpente ostéo-cartilagineuse qui a un excès de développement en hauteur.

Dans d'autres variétés l'arête nasale peut avoir une rectitude parfaite, mais elle est plus longue



Nez bossu (FIG. 3, *a*) Avant.

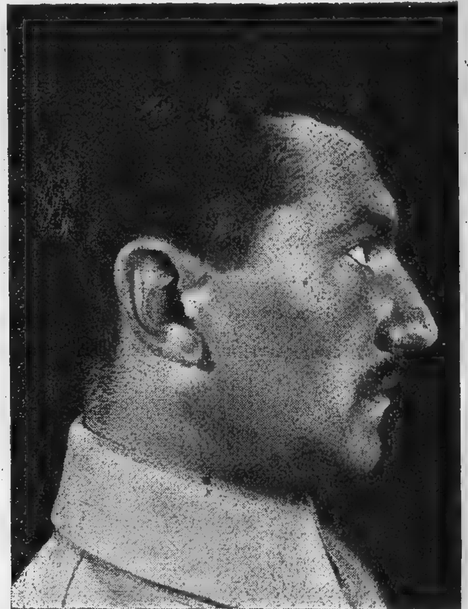


(FIG. 3, *b*) Après.

qu'elle ne devrait l'être, le lobule a l'air de se prolonger vers le menton (fig. 4, *a*). Ce sont les *nez longs* qui vieillissent celui qui en est le porteur, la femme principalement, et lui donne une tête de mégère, quand le menton est légèrement proéminent. C'est aussi le nez de Satan représenté dans les tableaux religieux. Dans ces formes, l'angle naso-labial au lieu d'être droit ou plus grand qu'un angle droit, est aigu, et le nez est d'autant plus vilain et long que cet angle est aigu.



Nez long (Fig. 4, *a*) Avant.



(Fig. 4, *b*) Après.

Toutefois, cet angle naso-labial peut être un angle droit et malgré cela, la forme nasale est disgracieuse, même l'arête nasale étant rectiligne, c'est lorsque la sous-cloison (fig. 5, *a*) présente une longueur un peu plus développée que normalement. C'est le *nez pointu*.



Nez pointu (Fig. 5, *a*) Avant.



(Fig 5, *b*) Après.

Parfois, la crête nasale peut être droite, mais au niveau du lobule, elle fait une saillie (fig. 6, *a*), c'est le nez en *bec de canard* qui est aussi très vilain lorsque cette saillie est prononcée.

L'arête nasale, dans les nez convexes, forme



Nez en bec de canard (Fig. 6, *a*) Avant.



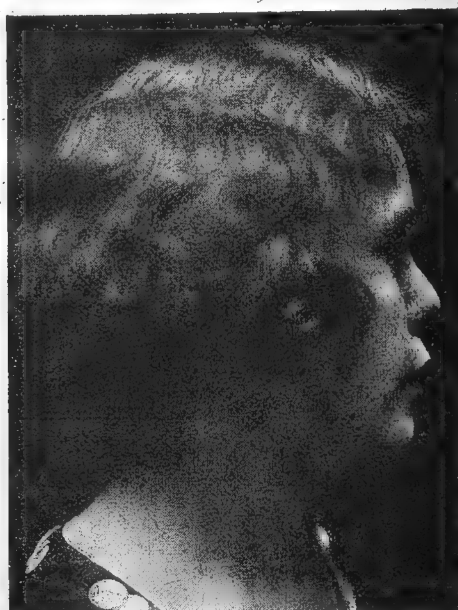
(Fig. 6, *b*) Après.

une proéminence considérable, mais nous avons aussi le cas contraire (fig. 7, *a*). Le dos du nez peut être plus ou moins déprimé et enfoncé, et dans cette dépression, nous pouvons trouver tous les degrés, ce sont les *nez concaves*. Le traumatisme ou la syphilis y jouent un rôle considérable.

Enfin, le dos de l'organe, au lieu de suivre la direction du fil à plomb peut présenter une déviation



Nez concave (Fig. 7, *a*) Avant.



(Fig. 7, *b*) Après.

à droite ou à gauche de la ligne médiane (fig. 8, *a*).

Ces déviations peuvent être naturelles ou être dues à un choc. Elles peuvent porter, soit sur la partie cartilagineuse, soit à la fois sur la partie osseuse et cartilagineuse. Elles se compliquent très souvent d'une difficulté respiratoire, car une fosse nasale ou même les deux sont plus ou moins oblitérées par une cloison en zig-zag.

Toutes les formes que nous avons décrites sont souvent combinées entre elles et donnent



Nez de travers (FIG. 8, *a*) Avant.



(FIG. 8, *b*) Après.

lieu à des variétés très nombreuses. Nous n'en parlerons pas. Nous nous sommes bornés à présenter des cas simples.

Nous pouvons corriger tous ces appendices présentant les aspects que nous venons de passer en revue, sans aucune cicatrice, comme nous l'avons dit au début.

Pour cela, nous faisons une anesthésie locale, et, celle-ci obtenue, nous séparons le revêtement cutané de sa charpente ostéo-cartilagineuse, grâce à une incision bilatérale, pratiquée dans la fosse nasale, à la hauteur des cartilages triangulaires ou des os propres. Dans ce tunnel, au moyen d'une scie ou d'un ciseau, nous procédons à l'ablation de la convexité ou de la bosse.

Très souvent, nous séparons le cartilage triangulaire du cartilage quadrangulaire par deux incisions exécutées de chaque côté de la cloison, ce qui nous permet d'agir avec plus de facilité sur celle-ci dans les nez pointus par exemple, ou de la diminuer de longueur quand le lobule plonge vers le menton. Dans les nez concaves, nous corrigeons la difformité, soit par une greffe du cartilage de la cloison, du cartilage costal ou de l'os cornet inférieur après avoir enlevé la muqueuse, ou de la crête du tibia, ou encore par une greffe et non une injection de paraffine dure fusible à 75°. Lorsque l'organe est dévié, nous faisons au niveau de la partie osseuse l'ablation d'un segment triangulaire d'un côté et une section en diagonale du côté opposé. Nous terminons par une *désarticulation frontonasale* qui nous permet de remettre l'appendice en ligne droite, et il est maintenu dans la rectitude jusqu'à sa complète consolidation au moyen d'une attelle. Nous avons montré nos résultats au Congrès français de laryngologie, mai 1913, puis dans le *Paris Médical* (février 1914, novembre 1916). Nous avons montré une série d'opérés à l'Académie de Médecine de Paris (*janvier 1917, janvier 1918, juillet 1919*), *à la* Société de Médecine de Paris (avril et décembre 1920). Nous ne nous sommes pas contentés de présenter seulement des opérés pour faire ressortir qu'ils ne portaient aucune cicatrice, mais, dans la plupart des cas, nous avons fait voir, en plus de la photographie prise avant l'intervention, un moulage en plâtre de la face de l'opéré pour que l'on puisse mieux juger de la différence qui existait entre le nez avant l'opération et après l'opération. On peut se rendre compte aussi des résultats que nous obtenons par les photographies annexées à ce travail.

Obtenons-nous les mêmes résultats en ce qui concerne les rides de la face et du cou ? Au mois d'octobre 1919, nous avons fait une communication à l'Académie de Médecine sur ce sujet et nous avons présenté des opérés à la Société de Médecine de Paris, le 12 mars 1921, en revenant sur quelques points de notre première commu-

nication. Les rides de la face sont dues aux muscles peauciers,surtout très développés dans cette région. Partout où sont des peauciers, que ce soit au scrotum, au mamelon, etc., nous observons des plis de la peau; et comme ces muscles sont nombreux à la face, nous observerons ici de nombreux sillons ou rides sillons d'abord temporaires, ensuite permanents. On peut dire que chaque peaucier a ses rides propres. Au muscle frontal sont associées les rides du front, à l'orbiculaire des paupières correspondent la patte d'oie et les plis particulièrement accusés au niveau de la paupière inférieure. Le pli nasogénien est dû à l'insertion en ce point des muscles grand et petit zygomatique et du risorius. Un peu plus bas, la joue forme comme un bourrelet, souvent très prononcé, de chaque côté du menton, grâce au muscle triangulaire des lèvres. Comme les insertions musculaires sont fixes, la joue, perdant de plus en plus son élasticité, vient se gondoler par-dessus, constituant ce que l'on appelle les bajoues.

Au niveau du cou, chez la femme et l'homme amaigris,se trouvent deux saillies de part et d'autre de la ligne médiane en creux, et qui sont occasionnées par les deux bords internes du grand muscle peaucier du cou.

Pouvons-nous agir et faire disparaître ces rides, qui sont d'une si grande préoccupation pour la femme ? Dans la *Médecine pratique* d'octobre 1920, ont paru deux schémas que nous synthétisons en un seul, inspirés en partie de travaux américains et où sont marqués les points sur lesquels doit porter l'action chirurgicale pour faire disparaître ces divers plis cutanés (fig. 9).



Les Nos 1, 2, 2, 3, 4, 5, sont des endroits d'excision. (FIG. 9) Rides de la face.

Voyons en ce qui concerne les rides du front. Certains auteurs, comme Kolle, en Amérique, enlèvent un segment de peau (fig. 9-1), de chaque côté de la ligne médiane et, par des sutures appropriées, atténuent la profondeur des sillons. Ce n'est pas une lanière cutanée qu'il faut exciser, mais un segment cutanéo-musculaire, car le muscle frontal est très adhérent à la face profonde du derme, et ce sont ces adhérences qui donnent ces plis parallèles et superposés. Nous avons abandonné ce procédé, car son résultat est inférieur à celui que nous employons. Nous faisons la section physiologique (alcool) des filets nerveux du muscle frontal au point où ils viennent l'aborder, ou la section chirurgicale. Les plis, de ce fait, se détendent et s'effacent. Ce qui nous a donné l'idée de pratiquer, d'employer ce procédé, c'est la remarque que ces plis disparaissent chez les malades qui ont une paralysie faciale unilatérale, et chez les blessés de guerre qui présentaient une blessure de la région temporale avec section des filets nerveux du frontal.

Au point de vue de la patte d'oie, on a préconisé (fig. 9-2) une résection cutanée dans la région temporale et une autre sous-auriculaire. Ces deux ablations ne donnent, en fait, qu'un résultat transitoire. Ces plis divergents sont dus aux insertions cutanées du muscle orbitaire et ce n'est pas une section de peau à cinq ou six centimètres de distance qui pourra avoir un effet permanent, croyons-nous, sur l'action constante et incessante de ce muscle.

Nous estimons que le meilleur moyen, c'est d'aller détacher ces insertions cutanées.

Les plis de la paupière inférieure et « les poches », de même que les plis de la paupière supérieure disparaissent par une ablation en quartier d'orange d'un morceau de peau et de muscle et parfois de ligament large. Les sutures intradermiques seront faites ici de préférence avec de fines aiguilles, qu'il est inutile d'inventer, car elles existent depuis longtemps dans le commerce. Elles sont très connues d'ailleurs des oculistes. Les sutures ainsi pratiquées ne laissent après elles aucune trace visible.

Le sillon nasogénien qui se prolonge de chaque côté du menton par les bajoues est celui sur lequel nous avons le plus souvent à intervenir. Deux cas : ou bien ce pli est surtout accusé vers l'aile du nez, ou vers le menton. Nous agissons différemment suivant l'un ou l'autre cas. Depuis déjà longtemps, certains chirurgiens des Etats-Unis, comme Stoddart, Kolle, et après eux Passot, font une ablation (fig. 9-3) d'un segment de peau en avant de l'oreille, ce qui a pour effet de remonter la joue et d'atténuer le pli naso-labial. Cette résection se fait au-dessous de l'implantation des cheveux. Nous préférons, quant à nous, faire notre excision plus haut dans le cuir chevelu, d'abord parce que la

cicatrice est invisible, comme nous l'avons montré à la Société de Médecine par la présentation d'une opérée (fig. 10), et, en second lieu, parce que nous n'avons pas à craindre qu'elle descende plus tard par suite de la traction incessante vers le bas qui s'effectue sur elle et qui



(FIG. 10, *a*) Avant.



(FIG. 10, *b*) Après.

peut l'amener vers le milieu de la face. La chose est simple et d'une grande facilité.

Dans le cas où nous devons agir sur les bajoues nous attirons, non pas en haut, mais derrière le pavillon de l'oreille, la partie inférieure de la peau jugale, ce qui a pour effet de les déplisser. Pour cela, dans le sillon rétro-auriculaire, nous faisons une incision qui remonte assez loin, comme elle est à peu près représentée dans la (fig. 9-4), sauf qu'elle ne contourne pas le lobule. Cette incision nous permet de décoller la peau de la partie inférieure du masséter et, en progres-



(FIG. 11, *a*) Avant.



FIG. 11, *b*) Après.

sant, de sectionner les fibres musculaires du risorius, quelques-unes du muscle peaucier jusqu'à ce que nous soyons arrivés au triangulaire des lèvres. A ce moment, par la traction en haut de la lèvre postérieure de notre incision rétro-auriculaire, nous déroulons les bajoues qui sont ainsi tendues. Lorsque nous jugeons la traction suffisante, nous suturons les lèvres de l'incision l'une à l'autre après ablation d'un segment cutané en excès. C'est cette incision que nous avons décrite devant l'Académie de Médecine en 1919, et nous avons montré à la Société de Médecine de Paris comment elle était bien dissimulée, en présentant une de nos opérées (fig. 11).

Examinons, en dernier lieu, les plis du cou. Il y a d'abord les deux saillies latérales constituées comme nous l'avons déjà dit par les deux bords internes des deux muscles peauciers. Pour les faire disparaître, Passot recommande une résection mastoïdo-occipitale (fig. 9-5). Cette excision ne peut être suivie d'aucun effet, car, dans cette région mastoïdienne, la peau est, non seulement peu extensible, mais encore adhérente aux plans sous-jacents, et si l'on ne pousse pas sa dissection assez loin, on ne peut affronter qu'avec difficulté les lèvres de cette excision, et même cette dissection exécutée, la forme de cette ablation ne peut avoir aucune influence sur ces deux cordes cervicales.

Sur un certain nombre de sujets, nous sommes arrivés à faire disparaître ces plis et, comme nous l'avons exposé devant la Société de Médecine, le résultat a été excellent au début, mais au bout de quelque temps, la peau se relâche et le résultat est souvent nul au bout de six mois. Voici comment nous procédons. Une incision est faite sur toute la longueur du sillon rétro-auriculaire se prolongeant au niveau de la base de la mastoïde pour redescendre le long de l'insertion des cheveux sur la région occipitale. La peau est ensuite disséquée très loin en avant et en bas, en passant sur la face antérieure du sterno-mastoïdien, en détachant au fur et à mesure des fibres du muscle peaucier qui ont des insertions sur l'aponévrose superficielle et la face profonde du derme. Cela fait, toute la peau de la région cervicale est attirée vers la base de la mastoïde et, lorsque nous nous rendons compte que les deux saillies paramédianes ont disparu, nous jugeons la quantité de peau qu'il faut enlever. Après une traction bilatérale parfois de 8 centimètres, nous suturons, et l'effet immédiat est excellent. Malheureusement, ce résultat ne se maintient pas d'une façon constante, car il ne s'agit pas « d'un simple excès de l'étoffe cutanée, mal adaptée à son contenu insuffisant » dont « l'acte du chirurgien est analogue à celui du tailleur qui fixe par un pli un vêtement trop large ».

C'est méconnaître l'élasticité de la peau de la région cervicale qui est considérable, une des plus fortes de l'économie : voilà pourquoi les rides cervicales disparues réparaissent ici maintes fois, au bout d'un certain temps, grâce à cette élasticité plus considérable que celle de la joue.

Pour terminer, disons un mot sur ce que l'on appelle le double ou triple menton. Quelle en est la cause ? Elle est due à un amas graisseux. Comme le dit notre regretté maître Charpy, « dans la région sus-hyoïdienne, la couche graisseuse sous-cutanée est plus importante, le peaucier devenant plus profond ; je trouve sur une femme obèse au-dessous du menton une nappe graisseuse de 10 mill. au-dessus du plasma et de 20 mill. au-dessous ; le double menton est donc produit par la graisse pré et rétro-musculaire ». Nous ne pensons pas que la résection elliptique d'un morceau de peau seule sur la ligne médiane, et qui donne une vilaine cicatrice, soit suffisante ; il faut y joindre en même temps une ablation graisseuse. Après avoir bien choisi les cas, nous faisons pour cela une incision un peu au-dessous du menton et derrière lui dans le sillon naturel, ce qui nous permet d'enlever la quantité de graisse nécessaire pour amincir le cou. La ligne cicatricielle sera ainsi beaucoup plus cachée que si on la fait au niveau de l'os hyoïde.

A TRAVERS LA PRESSE

Presse française.

Le régime des ictères.

Il ne saurait être univoque, dit excellemment M. N. FIESSINGER, mais il faut tenir compte des éléments du problème : état du fonctionnement hépatique ; état du tube digestif ; cause de l'ictère. L'insuffisance hépatique comporte des degrés nombreux, depuis la petite insuffisance fonctionnelle (ictère simple, ictère catarrhal bénin) jusqu'à la grande insuffisance dont l'aspect est caractéristique. La capacité digestive du tube digestif conditionne le régime. Enfin, « chaque cause d'ictère doit imprimer à la diététique une orientation différente ».

Ceci étant, le régime le plus strict est le régime hydro-sucré par la voie gastrique ou en instillations rectales. Le régime lacté strict est plus nutritif, à la condition de remplacer la crème, que l'industrie laitière enlève au lait, ou qui ne convient pas aux ictères avec décoloration, par du sucre (40 à 50 gr. par litre). Pour éviter la crise hémoclasique provoquée par le lait chez les insuffisants hépatiques, on administrera d'abord le lait par petites prises répétées : un verre à bordeaux toutes les demi-heures.

Le régime lacto-végétarien comporte du lait, du bouillon de légumes, des farineux, des légumes verts, des céréales, des pâtes, des fruits, des infusions aromatiques. Il est intéressant en ce qu'il renferme des hydrocarbones abondants et de la cellulose, remarquable excitant hépatique et laxatif appréciable. Comme légumes : panais, artichauts, navets, carottes, oignons, rhubarbe, épinards, céleri, laitue, salades, lentilles, haricots verts et pomme de terre. Comme fruits : prunes, cerises, poires, raisins, pommes, oranges, framboises, groseilles, prunes, pêches, etc. Pain grillé en petite quantité. Comme graisses : beurre frais cru et crème de lait. Boissons abondantes : eau, bouillon de légumes, tisanes, sirops, eaux minérales.

Ces régimes ont leurs indications. La grande insuffisance hépatique exige le régime hydrocarboné ou lacté strict. Dans les ictères par rétention, le régime lacto-végétarien est de mise. Dans les ictères des cirrhoses, varier le régime selon la période : dans les moments d'aggravation, régime assez sévère (lacté ou faiblement lacto-végétarien) ; dans les moments d'accalmie, éclectisme comportant même de la viande et du poisson.

Dans les ictères fébriles, l'état fonctionnel du foie règle la question du régime sévère (hydrocarboné) ou du régime mixte (lacto-végétarien). Régime sévère encore dans les poussées aiguës de l'ictère lithiasique ; régime lacto-végétarien dans l'obstruction cholédocienne sans fièvre ni colique.

Enfin, les ictères bénins ne se révèlent cliniquement qu'au moment où la cellule hépatique entre en réparation, de telle sorte qu'on applique le traitement à l'époque où, anatomiquement, l'affection entre en résolution. Le régime lacté absolu durant les premiers jours fera rapidement place au régime lacto-fruito-végétarien. (*Journ. des prat.*, 19 mars 1921.)

Abortivation de la fièvre typhoïde par la sérothérapie.

M. Etienne, de Nancy, a fait une grande expérimentation du sérum de Rodet, de Lyon, dans le traitement de la fièvre typhoïde. Il en expose les résultats, qu'il résume dans les termes suivants :

« La sérothérapie par le sérum antityphoïdique de Rodet, intervenant du huitième au « dixième jour, abortive en règle générale l'évo« lution éberthienne, l'abortivation portant sur « la phase d'état, qui se réduit à un plateau « abaissé d'une durée de quelques jours, ou se « supprime pour faire place d'emblée soit à un « stade amphibole, soit à une lysis. Tous les « phénomènes généraux cèdent de même. C'est « au début de la phase d'état que tourne court « la fièvre abortivée par la sérothérapie, de « même qu'à ce moment aussi tourne court, « malgré ses débuts sévères, la fièvre abortivée « par la vaccination.

« En somme, quelle que soit sa sévérité ini« tiale, la fièvre typhoïde abortivée par la séro« thérapie se calque sur l'évolution de la fièvre « typhoïde chez les vaccinés.

« Cette abortivation extraordinaire impose « l'emploi de la sérothérapie de Rodet dans tous « les cas de fièvre typhoïde éberthienne, l'effort « devant tendre à frapper entre le huitième et « le dixième jour ». (*Paris méd.*, 19 mars 1921.)

Rétrécissement aortique non rhumatismal.

La doctrine admet trois variétés classiques de rétrécissement aortique : 1° le rétrécissement rhumatismal ; 2° le rétrécissement artériel par propagation aux sigmoïdes des différents processus intéressant les tuniques artérielles ; 3° le rétrécissement congénital.

A ces trois variétés, M. Gallavardin propose d'en ajouter une quatrième, qui s'observe chez les jeunes sujets, et n'a aucun rapport avec l'une des trois autres.

Dix observations cliniques, soigneusement recueillies, permettent à l'auteur de conclure comme suit :

1° On peut voir, chez de jeunes sujets, un rétrécissement aortique à signes physiques très nets, qui ne répond pas à ce que l'on sait actuellement du rétrécissement congénital, qui n'est pas non plus d'origine artérielle, et qui cependant n'est pas de nature rhumatismale.

2° Ce rétrécissement aortique se montre le « plus souvent absolument pur ; lorsqu'il est « accompagné d'une légère insuffisance, il reste « toujours nettement prédominant.

« 3° Cliniquement, ce rétrécissement se fait « remarquer par une tolérance très prolongée. « Il peut cependant s'accompagner, à une pé« riode avancée de son évolution, de symptô« mes fonctionnels, et l'on a signalé dans cer« tains cas quelques troubles du développement.

« 4° La nature véritable de cette affection « reste encore douteuse. Il n'est pas impossible « qu'il s'agisse, dans quelques cas, d'une lésion « congénitale tardivement dévoilée ; mais, dans « la majorité des faits, il semble plus plausible « d'admettre que l'on a affaire à une lésion « acquise, développée lentement, dans l'enfance « ou l'adolescence, à la faveur d'une endocardite « subaiguë ou chronique, et sous l'influence « d'une cause encore indéterminée.

« A ces divers points de vue — tendance de « la lésion à réaliser le type de sténose pure, « apparition dans le jeune âge, absence d'étiolo« gie rhumatismale, latence prolongée, obscu« rité de nature — il est permis de comparer ce « rétrécissement aortique pur ou prédominant

« et non rhumatismal, des jeunes sujets, au ré-« trécissement mitral de Duroziez ». (*Presse méd.*, 19 mars 1921.)

L'angine diphtérique à formes anormales.

L'angine diphtérique classique est cliniquement assez facilement diagnosticable. Mais, il existe, à côté de cette forme typique, des formes anormales dont il faut être prévenu pour les dépister opportunément et les traiter en conséquence.

M. Darre en distingue plusieurs variétés qui sont : la forme catarrhale pultacée, les crypto-diphtéries, la forme lacunaire, la forme herpétique et la forme phlegmoneuse. (*Bull. méd.*, 23 mars 1921).

La forme érythémateuse revêt deux aspects, selon que l'angine est localisée ou généralisée. Dans le premier cas, on observe des degrés qui vont de la simple rougeur jusqu'à l'exsudat blanchâtre ou blanc jaunâtre ; la symptomatologie en est assez silencieuse et assez peu marquée pour que les malades continuent à vaquer à leurs occupations. L'angine généralisée comporte une dysphagie assez vive, une température qui peut atteindre 39°, un certain degré d'asthénie, une adénopathie cervicale apparente.

Le diagnostic sera assuré cliniquement, d'une part, par la lenteur de l'évolution de l'affection, d'autre part, par des signes d'autres localisations diphtériques (fosses nasales, larynx), surtout en temps d'épidémie. L'examen bactériologique viendra le confirmer : de toute manière, l'injection de sérum s'impose.

Les crypto-diphtéries intéressent l'amygdale de Luschka et revêtent l'aspect d'une adénoïdite. Mais l'état général est profondément touché : pâleur extrême, asthénie, accablement, pouls rapide et petit, urines rares et albumineuses, hypotension artérielle. Laissées à elles-mêmes, ces crypto-diphtéries envahissent rapidement le pharynx buccal, le voile du palais, les amygdales et donnent le tableau d'une affection grave, hypermaligne, à pronostic sévère. C'est surtout l'état général qui aiguillera le diagnostic dans sa véritable voie. Ici encore, le microscope confirmera l'impression clinique.

La forme lacunaire est difficile à distinguer de l'amygdalite banale. La notion d'épidémicité, l'adénopathie, éveilleront l'attention et commanderont l'injection précoce de sérum.

La forme herpétique est cliniquement difficilement reconnaissable : l'examen bactériologique seul lèvera les doutes.

Enfin, la forme phlegmoneuse comporte localement, en outre de la tuméfaction volumineuse, une fausse membrane fibrineuse assez épaisse sur les amygdales et le voile du palais, et généralement, les symptômes déjà signalés des diphtéries graves. A noter que le phlegmon vrai de l'amygdale est très douloureux à la pression, tandis que la diphtérie pseudo-phlegmoneuse est pour ainsi dire indolente. L'adénopathie cervicale est importante.

En définitive, il nous semble que ce que nous devons retenir de cet exposé, c'est la nécessité, dès qu'il existe un semblant de doute, de recourir à l'examen bactériologique qui apporte à la clinique les précisions qui lui font parfois défaut. Cet examen est actuellement relativement pratique, et nous ne saurions trop recommander aux praticiens d'y avoir recours pour mettre leur responsabilité à l'abri, en tout état de cause.

L'analgésie au protoxyde d'azote et la contraction utérine.

Nous avons maintes fois déjà signalé la faveur dont commence à jouir le protoxyde d'azote, pour l'anesthésie générale, dans certains milieux chirurgicaux.

MM. Vignes et Moreau y ont eu recours pour en vérifier l'intérêt afin d'atténuer les douleurs de la parturition. Ils s'expriment ainsi dans leurs conclusions :

« Dans les conditions où nous l'avons administré, le protoxyde d'azote, à la différence des « autres anesthésiques employés pendant l'ac-« couchement, semble modifier peu la contrac-« tion utérine. Il est habituellement incompatible « avec un effort volontaire lors de la période « d'expulsion, en sorte que celle-ci doit être « laissée uniquement à la contraction utérine, « qui d'ailleurs est parfaitement capable, dans » nombre de cas, de réaliser le travail néces-« saire. Si cette contraction est insuffisante, une « application de forceps peut devenir néces-« saire.

« Dans ces conditions, il peut être intéressant « d'avoir recours à ce procédé d'analgésie pen-« dant un temps plus ou moins long, toutes les fois « qu'il est indiqué de diminuer la douleur qui « accompagne la contraction utérine ».

A signaler une note des auteurs qui citent comme ayant une expérience étendue du protoxyde d'azote, de Lee qui professe qu'il est dangereux d'en confier l'administration à quelqu'un qui n'y est pas très entraîné, et qu'on joue alors avec le feu. (*Presse méd.*, 23 mars 1921).

Presse anglaise.

Paralysie générale chez l'adolescent.

A la *Royal Society of medicine*, de Londres (séance du 25 février 1921), Sir Frederick Mott signale des cas de paralysie générale qu'il a observés chez des adolescents. L'hérédo-syphilis est alors en cause et l'on trouve généralement,

— mais non toujours — des stigmates concomitants de cette affection, chez les malades. D'autres fois, ce sont les antécédents héréditaires (fausses couches chez la mère) qui indiquent la syphilis.

Les maladies des animaux transmissibles à l'homme.

Les maladies des animaux transmissibles à l'homme sont nombreuses. La rage, en raison des mesures rigoureuses de prévention prises en Angleterre, est assez exceptionnelle dans ce pays. Il en existe cependant des cas, dus à l'entrée clandestine de chiens en incubation de maladie. Dans une communication à la *Royal Society of medicine*, le prof. HOBDAY, parlant des maladies de l'animal que l'homme peut contracter, signale un état morbide qu'on ne s'attendrait guère à rencontrer : la pyorrhée. Fréquente chez les chiens d'appartement, qui ont l'habitude de lécher les mains de leurs maîtres et quelquefois d'être embrassés par ceux-ci, elle pourrait être ainsi contractée par l'homme.

Les risques après l'amygdalotomie et l'adénoïdectomie.

La question des risques après l'amygdalotomie et l'adénoïdectomie, dont nous avons déjà parlé, est encore en discussion dans le *British med. Journal*. M. W. MOLLISSON publie (5 mars 1921), une statistique réunissant les opérations faites dans ces trois dernières années, chez des enfants des écoles de Londres.

Le nombre total de ces opérations pratiquées à la consultation externe (les enfants étant renvoyés ensuite chez eux), s'est élevé à 2.039. Les complications observées ont été les suivantes :

Hémorragie nécessitant l'admission à l'hôpital pour 2 ou 3 jours	2 cas.
Hémorrhagie pour laquelle un médecin a dû être appelé, en ville	1 cas.
Otite survenant dans un délai d'une semaine après l'opération	2 cas.
Otite survenant dans un délai d'un mois	1 cas
Troubles divers pour lesquels un médecin fut appelé	2 cas.
Vomissements huit jours après l'opération	1 cas.
Angine de Vincent	1 cas.
Torticolis	2 cas.

Pourcentage des hémorrhagies : 0,14 % ; pourcentage des otites : 0,14 %.

La cautérisation diathermique dans les maladies de la gorge et du nez.

La diathermie chirurgicale — quelquefois appelée cautérisation à froid — consiste en une coagulation des tissus due à l'action d'un courant de haute fréquence. Cette méthode a eu des applications assez diverses en chirurgie. M. HARRISON (*British med. Journ.*, 12 février 1921) l'a utilisée avec avantage dans certaines affections du nez et de la gorge : nævi, lupus, synéchies nasales et surtout cancers. L'auteur estime que des cancers, même de variété inopérable, pourraient être traités utilement par la diathermie.

Vaccinothérapie du coryza.

Dans une communication faite à la *Maidstone Division* de la *British med. Assoc.*, M. Alex. FLEMING présente une étude de la vaccinothérapie au point de vue de ses applications pratiques. Dans les affections des voies respiratoires, les microbes les plus habituellement rencontrés sont le pneumocoque, le streptocoque, le bacille de Pfeiffer, et plus rarement le micrococcus catarrhalis, le bacillus septus et le staphylocoque. Un stock-vaccin mixte préparé avec ces différentes bactéries jouirait, pour l'auteur, de propriétés préventives et curatives dans diverses affections du tractus respiratoire : coryzas à répétition, bronchites chroniques, etc. L'injection d'une petite dose de vaccin mixte pourrait être faite au début d'un coryza et le ferait avorter dans un certain nombre de cas. Le vaccin serait également utile vers la fin du coryza et il semble prévenir l'extension de la maladie aux bronches. A titre prophylactique, chez les sujets qui ont des coryzas à répétition, la vaccinothérapie éviterait sans doute ces rechutes. L'auteur, il est vrai, n'apporte pas beaucoup d'observations cliniques à l'appui de sa façon de voir.

L'avortement instrumental.

A la *West. London medico-chirurgical Society* (4 mars 1921), M. SPILSBURY présente un travail sur l'avortement instrumental. Les procédés généralement mis en usage pour provoquer l'avortement sont les suivants : le passage d'un instrument (longue aiguille, sonde), dans le col et la cavité du corps de l'utérus ; l'injection intra-utérine ; l'insufflation d'air dans l'utérus ; les manipulations manuelles du col ; le massage de l'utérus par l'abdomen ; l'électrisation locale ; la dilatation du col et l'évacuation de l'utérus (procédé obstétrical). Le résultat dépend d'abord du trauma effectué et aussi, dans une certaine mesure, de l'aptitude du muscle utérin à entrer en réaction.

Les accidents de l'avortement instrumental sont de trois ordres : l'infection, l'hémorrhagie et le choc. Ce dernier peut se montrer au moment même du passage de l'instrument dans l'utérus. Ordinairement transitoire, il a quelquefois entraîné une mort subite. Le traitement



doit être rapide et comporter une désinfection soigneuse de tout l'appareil génital.

M. LAPTHORN SMITH estime que le premier devoir du médecin, en pareil cas, est de sauver la malade sans faire œuvre de détective. Il est bon, toutefois, de se faire assister d'un confrère.

Asthme et anaphylaxie.

Dans une communication à la *Tunbridge Wells Division* de l'*Assoc. méd. britannique* (25 novembre 1920) M. FRANK COKE étudie les rapports de l'asthme et de l'anaphylaxie, question mise à l'ordre du jour par les travaux du professeur Widal et de ses élèves, en France. L'auteur, ayant soumis ses malades aux réactions cutanées protéiniques, a vu que la moitié d'entre eux étaient sensibles à une protéine quelconque. Connaissant ainsi la cause de la sensibilisation de l'asthmatique, on peut espérer de soulager rapidement par suppression de cette cause. Même chez les sujets qui ne donnent pas de cuti-réaction, on est autorisé à essayer la désensibilisation en recourant successivement aux diverses protéines. L'asthme, la fièvre des foins, l'urticaire, l'eczéma, les migraines, certaines épilepsies, l'hémoglobinurie paroxystique, ont des traits pathogéniques, communs et offrent un lien d'union, l'anaphylaxie.

Diagnostic de l'ulcus gastrique.

M. HARDISTY (*Canadian Medical Assoc. Jour.* janvier 1921), passe en revue les principaux signes diagnostiques de l'ulcère de l'estomac. Les douleurs sont constantes. L'hyperchlorhydrie est habituelle, mais il est des cas où l'acidité est normale et même diminuée. La présence (objective ou occulte), du sang dans les garde-robes est un indice précieux. La radiographie fournit des données intéressantes, mais quelquefois, elle ne donne aucun renseignement.

MÉDECINE INFANTILE

La diarrhée des enfants élevés au biberon.

Le sein, de préférence maternel, représente généralement l'allaitement idéal du nourrisson, dont le tube digestif est tout naturellement adapté à ce régime, de telle sorte que les troubles digestifs primitifs sont, dans le premier âge, relativement rares et cèdent rapidement, d'ailleurs assez facilement, à quelques pratiques d'hygiène.

L'allaitement artificiel, par contre, s'accompagne souvent d'affections gastro-intestinales dont la plus banale est certainement la diarrhée. Par sa plus grande fréquence au moment des chaleurs saisonnières, elle mérite d'être qualifiée d'estivale.

M. le Dr Auban en distingue plusieurs formes, selon leur degré de gravité : une forme légère, avec fièvre modérée, cédant rapidement à un traitement approprié ; une forme pyrétique, avec forte ascension thermométrique et atteinte profonde de l'état général, langue sèche et rôtie, ventre ballonné, rate tuméfiée, selles abondantes et fétides ; enfin, une forme des plus sévères, dite choléra infantile, bien connue de tous les praticiens. Les garde-robes sont ici profuses et aqueuses, et peuvent renfermer exceptionnellement des sécrétions glaireuses et sanguinolentes qui évoquent le tableau du syndrome dysentérique (1).

Les causes de la diarrhée infantile, dans toutes ses manifestations, sont nombreuses et variées. On incriminera d'abord la mauvaise direction de l'allaitement caractérisée essentiellement par la suralimentation et la mauvaise répartition des tétées. Le lait est ensuite, par ses altérations possibles, l'un des principaux facteurs de troubles diarrhéiques. Les altérations du lait de vache proviennent, soit de l'alimentation défectueuse de l'animal, soit d'une infection microbienne impu able surtout à des bactéries protéolytiques dont les sécrétions sont particulièrement toxiques. Ces bactéries étant plus résistantes à la chaleur que les ferments lactiques antagonistes, il est important de procéder à une stérilisation suffisante du lait pour les détruire.

Une autre cause de diarrhée provient de l'inaptitude de certains nourrissons à digérer un lait hétérogène. Rappelons à ce propos les faits d'anaphylaxie, bien connus maintenant, dus au lait de vache, grâce aux travaux de Weil, de Lyon, principalement.

D'autres enfants, tarés congénitalement, débiles, à capacité digestive limitée, offrent également une prise facile à la diarrhée.

Ces différentes causes permettent de comprendre le mécanisme pathogénique, dont la connaissance servira de guide principal à la thérapeutique. Ce mécanisme est complexe ; ses éléments se combinent plus ou moins étroitement pour constituer les aspects cliniques esquissés plus haut : infection, intoxication, insuffisance fonctionnelle et carence des émonctoires (reins et foie) sont à proprement parler le trépied pathogénique de la diarrhée des nourrissons artificiellement allaités.

Quant à l'influence saisonnière dont nous avons parlé, elle se traduit par une pullulation microbienne plus grande dans le lait, et par une débilitation de l'organisme sous l'action des fortes chaleurs

S'inspirant de l'étiologie, de la pathogénie et de la clinique, la thérapeutique répondra aux indications suivantes :

Eliminer les poisons de l'organisme ; enrayer la pullulation microbienne ; favoriser les défenses naturelles ; tonifier l'état général ; enrayer la déshydratation ; permettre la reprise de l'alimentation normale.

(1) *Toulouse Médical*, 1er septembre 1920.

On favorisera les éliminations tout d'abord par les lavages du tube digestif et les purgatifs. Le lavage de l'estomac doit être strictement réservé aux cas où il existe des vomissements persistants. Le lavage de l'intestin, par contre, sera pratiqué avec une sonde de Nélaton n° 20, au moyen d'eau bouillie additionnée de chlorure de sodium (7 p. 1000), ou d'eau oxygénée (une à 2 cuillerées à soupe par demi-litre).

Le seul purgatif auquel on aura recours, à la condition que l'enfant ne soit ni trop déshydraté, ni trop adynamique, sera le calomel, à doses réfractées. Je prescris volontiers la potion suivante :

Calomel....................	cinq centigr.
Magnésie lourde	1 gr.
Julep gommeux	45 cmc.

A prendre dans les 24 heures, par cuillerées à café de 2 heures en 2 heures.

Si l'enfant souffre de douleurs colliquatives tenaces, j'ajoute volontiers une goutte, par année d'âge, de laudanum, au-dessus de 6 mois.

La tonification de l'organisme s'obtient au moyen d'injections de sérum physiologique, qui lutte contre la déshydratation en même temps qu'il stimule le système nerveux et remonte l'état général. Au sérum chloruré à 7 pour 1000, il y aura parfois avantage, surtout si les reins sont déficients, à substituer le sérum glycosé à 40 p. 1000. Le citrate de caféine, comme toni-cardiaque, sera avantageusement ajouté aux solutions injectées, ou administré à part, en injections, tout aussi bien que l'éther, l'huile camphrée....

Les grands bains chauds (35° à 37°) agissent sur l'agitation, sur la diurèse, sur la température, et favorisent le sommeil.

A ces pratiques, dont l'opportunité est surtout question d'espèce, il y a lieu d'en ajouter une qui s'impose impérativement dans tous les cas, comme le plus puissant moyen d'enrayer l'infection et de rendre le tube digestif tolérant, c'est la *diète hydrique*, poursuivie au besoin pendant 48 heures au maximum, jusqu'à ce que les phénomènes toxi-infectieux paraissent enrayés.

La plupart des auteurs recommandent de n'employer pour la diète hydrique que de l'eau bouillie pure ou fortement sucrée.

Sans nier les avantages de cette méthode, je n'hésite pas à donner la préférence sur l'eau bouillie à l'eau de Vals (La Reine), dont les succès ont été maintes fois enregistrés par les praticiens qui ont bien voulu l'expérimenter.

Cette préférence est justifiée par les propriétés mêmes de la Reine de Vals. C'est en effet une eau carbo-gazeuse, alcaline, moyennement minéralisée, parfaitement stérile d'ailleurs, et qui possède le mérite d'être admirablement acceptée par les enfants. Sa richesse en acide carbonique lui communique une saveur piquante très appréciée par les malades, dont elle apaise la soif intense, et une action anti-émétisante, qui calme rapidement les révoltes de l'estomac et enraye les vomissements.

Sa minéralisation alcaline augmente son pouvoir diurétique et neutralise l'hyperacidité qui règne dans les étages supérieurs du tube digestif.

Enfin, elle pénètre dans la circulation pour y opérer un véritable lavage du sang qui combat les menaces de septicémie.

On en donnera facilement à l'enfant une cuillerée à dessert ou à soupe, selon l'âge, toutes les demi-heures.

La diète hydrique constitue le traitement d'attaque de la diarrhée infantile. Dès que l'état s'améliore, on procède à la reprise de l'alimentation. Si l'on peut donner à l'enfant du lait de femme, c'est à cet allaitement que l'on aura recours .Sinon, on sera très circonspect sur l'emploi du lait hétérogène. On pourra essayer le lait d'ânesse, qui se rapproche sensiblement, par sa composition, du lait de femme. A défaut, on emploiera le lait de vache modifié, homogénéisé, condensé, caillé, le képhyr, le babeurre.....

Mais cette pratique sera très prudente et ne conviendra qu'aux formes légères. Il est en effet plus sage de recourir à un régime de transition comprenant les décoctions de céréales, l'eau de riz, les bouillons de légumes, puis les farines lactées ou maltées. Ce n'est que plus tard, quand les accidents paraîtront définitivement conjurés, qu'on pourra revenir au lait.

En tout cas, la reprise de l'alimentation ne dispensera pas de continuer l'usage de la Reine de Vals, qui, aux avantages que nous avons mis en évidence dans la période aiguë, ajoutera alors celui d'exercer sur la digestion une stimulation des plus heureuses.

E.-D. GASTON.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

Prophylaxie des maladies infectieuses causées par les huîtres.

(MM. COURTOIS-SUFFIT et F. BOURGEOIS. — *Académie de médecine.*)

Pour prévenir les maladies infectieuses du groupe typhoïde, causées par les huîtres et les coquillages consommés crus, il faut non seulement éviter la contamination de ces mollusques dans les parcs, mais encore proscrire les pratiques dangereuses de conservation quelquefois utilisées après la sortie des établissements ostréicoles.

Il y aurait lieu, d'abord, d'établir un contrôle hygiénique et bactériologique obligatoire des établissements de culture des coquillages comestibles. Il conviendrait ensuite de surveiller la manipulation et la vente de ces coquillages. Il faudrait prohiber la coutume, très répandue dans le Midi, à Marseille et à Toulon en particulier, qui consiste à conserver

les huîtres, moules et autres coquillages dans des réserves installées en des point malsains de la côte.

Ces mesures prophylactiques sont appliquées depuis plusieurs années en Hollande et il en est résulté la disparition presque complète de tous les cas, autrefois nombreux, de fièvre typhoïde ostréaire.

Sérothérapie des arthropathies blennorrhagiques.

(MM. Œttinger et Deguingand. — *Société médicale des hôpitaux.*)

MM. Œttinger et Deguingand considèrent la sérothérapie des arthrites blennorrhagiques comme un traitement d'efficacité non douteuse et qui peut être utilisé sans inconvénient. Les résultats sont d'autant plus favorables que la médication est instituée de plus bonne heure. Le sérum antigonococcique doit être administré par voie sous-cutanée et surtout en injections intra-articulaires. Ce dernier mode est le plus actif.

Insuffisance hépato-rénale dans le cancer de l'estomac.

(MM. Le Noir, Ch. Richet fils et Jacquelin. — *Société médicale des hôpitaux*).

Ayant étudié les troubles fonctionnels du rein et du foie dans l'ulcus gastrique, MM. le Noir, Richet et Jacquelin ont poursuivi la même étude dans le cancer de l'estomac.

L'insuffisance hépatique et rénale peut se rencontrer dans les néoplasmes de l'estomac. Toutefois, elle est moins fréquente et moins intense que dans l'ulcère. Les seuls symptômes que l'on puisse attribuer à l'une ou à l'autre de ces insuffisances sont : la tendance exagérée aux vomissements ou aux hémorrhagies, et certains états terminaux de délire, de coma, ou de choc opératoire.

Le traitement médical de l'angine phlegmoneuse.

(M. Railliet, de Reims. — *Société méd. des hôpitaux.*)

Triboulet a préconisé l'argent colloïdal comme une médication quasi-spécifique de l'angine phlegmoneuse. Il l'employait en injections intra-veineuses et, sur onze cas, il a observé constamment une diminution immédiate de la douleur suivie de guérison rapide. M. Netter estime également que l'angine phlegmoneuse constitue une indication-type du collargol ; même la friction avec la pommade au tiers peut amener une sédation complète et subite, au bout de 4 à 6 heures. Alvarez a eu recours à l'injection intra-musculaire.

M. Railliet, s'appuyant sur 16 observations personnelles affirme, de son côté, que l'argent colloïdal remplace avantageusement la morphine dans l'angine phlegmoneuse. Selon lui, souvent, sinon toujours, il permet d'éviter l'ouverture chirurgicale. L'auteur, toutefois, est moins catégorique que Triboulet et Netter quant à la constance des résultats. Il a enregistré 3 cas sur 16 où les injections intra-veineuses de collargol ont été insuffisantes.

Les formes mentales prolongées de l'encéphalite léthargique.

(M. Georges Petit, de Bourges. — *Soc. méd. des hôp.*)

Des symptômes psychiques nombreux ont été notés dans l'encéphalite épidémique (délire aigu, excitation maniaque, séquelles psychiques, etc.) A côté de ces variétés connues, M. Georges Petit signale des formes mentales prolongées de l'encéphalite, les unes continues, d'autres rémittentes, d'autres périodiques. La recherche de l'encéphalite épidémique doit, dès lors, entrer dans l'examen des psychopathies chroniques.

Le sulfate d'ésérine et le traitement des tachycardies.

(MM. Camille Lian et H. Welti. — *Société médicale des hôpitaux.*)

Un travail récent de M. A. Mougeot, de Royat, sur l'ésérine en cardiologie, amène M. Lian à faire connaître les résultats qu'il a obtenus par l'emploi de l'ésérine dans le traitement des tachycardies.

L'usage de l'ésérine paraît justifié, d'une façon générale, dans les syndromes relevant d'une hypertonie sympathique. Aussi, est-ce dans les tachycardies rattachables à l'hypersympathicotonie, que l'auteur a utilisé cet alcaloïde. L'ésérine fut prescrite, à l'état de sulfate, en granules titrés à un milligramme, à prendre un, deux ou trois granules par jour, aux repas, pendant 4 à 7 jours.

Chez onze malades ainsi traités, l'ésérine a eu, la plupart du temps, une influence très nette sur les palpitations. Les sensations pénibles ont été diminuées. L'amélioration, toutefois, fut plus subjective qu'objective, car la tachycardie elle-même, le nombre des pulsations, resta peu modifié. Le traitement ne donna lieu à aucun incident, mais il va sans dire que l'administration de ce médicament doit être surveillée et prudente. En résumé, l'ésérine semble constituer une arme assez efficace pour lutter contre les palpitations dues à une hypertonie sympathique.

Du choix actuel des anesthésiques en chirurgie.

(M. Dupuy de Frenelle. — *Soc. des chir. de Paris.*)

M. Dupuy de Frenelle présente une étude comparative des avantages et des inconvénients des différents anesthésiques, en chirurgie.

La rachianesthésie et l'anesthésie régionale pour opération importante n'ont pas toujours l'agrément des malades, souvent peu désireux d'assister aux phases de l'opération. De plus, les statistiques de rachianesthésies ne sont pas assez importantes pour permettre d'affirmer que cette méthode est moins dangereuse que les autres.

Toute anesthésie générale se complique d'une

maladie (maladie anesthésique) qu'il importe de réduire à son minimum, en tenant compte des nécessités de l'opération.

Le chloroforme est peut-être le plus toxique des anesthésiques généraux, mais c'est aussi le plus actif. C'est avec l'anesthésie chloroformique que le sommeil est le plus régulier, le plus profond et que le chirurgien opère avec le plus de tranquillité. C'est pourquoi il est encore si généralement employé.

L'éther, est, sans doute, moins dangereux. Cependant, il provoque des vomissements fréquents et il est assez souvent la cause de bronchites et de pneumonies. Il ne procure pas, d'autre part, un sommeil également complet.

Deux anesthésiques généraux, le protoxyde d'azote et le chlorure d'éthyle, offrent des inconvénients moindres.

Le protoxyde d'azote associé à l'oxygène, très employé ces dernières années en Amérique, ne semble pas l'être autant actuellement. Le chlorure d'éthyle (kélène) donné *goutte à goutte*, n'aurait pas d'accident à son passif, mais il est d'une régularité imparfaite dans ses effets.

M. Dupuy de Frenelle estime que l'on peut avantageusement associer le chloroforme et le chlorure d'éthyle, en ne donnant le chloroforme qu'au moment où l'on a besoin d'une anesthésie sûre et plus complète, ce qui permet de faire des opérations de longue durée avec quelques grammes seulement de chloroforme.

L'auteur se sert, comme anesthésique de base, du kélène administré goutte à goutte. Si le sommeil n'est pas suffisant, il y ajoute du chloroforme également goutte à goutte. Ce procédé demande, toutefois, pour l'anesthésiste, une certaine expérience.

Sur un nouvel anesthésique local non toxique : l'atoxodyne.

(M. Guisez. — *Société des chirurgiens de Paris.*)

M. Guisez emploie, depuis trois mois, pour l'anesthésie locale, un nouveau produit, connu sous le nom d'*atoxodyne*, dont le principal intérêt est l'absence de toute toxicité. Cette substance, qui n'est pas chimiquement de la série des anesthésiques locaux habituels, s'est montrée vis-à-vis de l'animal (lapin, souris blanche), dépourvue de toxicité.

M. Guisez a utilisé la solution d'atoxodyne à 2 ou 4 % dans un certain nombre d'interventions de chirurgie rhino-laryngologique et il a obtenu des résultats anesthésiques sensiblement égaux à ceux de la novocaïne. L'anesthésie, toutefois, est un peu plus longue à obtenir (5 à 10 minutes). La toxicité a paru chez l'homme, nulle, comme elle l'est chez l'animal.

Accidents des dents incluses.

(M. Réal. — *Société des chirurgiens de Paris.*)

M. Villandre lit un rapport sur un travail de M. Réal, relatif aux accidents des dents incluses. Ces accidents — que l'auteur propose, après Fargin Fayolle, de considérer comme des accidents de *dents désincluses* — atteignent quelquefois un certain degré de gravité et nécessitent des interventions qui peuvent être assez délicates.

M. Réal en rapporte deux observations et il conseille, en présence de troubles infectieux siégeant au niveau des maxillaires et dont la cause n'apparaît pas clairement, de penser à la dent incluse. Certains signes peuvent aiguiller le diagnostic : l'absence de dents de sagesse ou la persistance de dents de lait, qui indiquent que les dents permanentes n'ont pas effectué leur éruption. La radiographie viendra certifier le diagnostic.

Le traitement — opératoire — pourra être fait sous anesthésie générale, avec les avantages que présente celle-ci.

P. L.

BIBLIOGRAPHIE CRITIQUE

Revue des Livres.

Dr H. Anglade. — **Cauterets y sus aguas. Indicationes y contra-indicationes de la cura local.**

Le Dr Anglade a, dans une intéressante brochure écrite en espagnol et traduite aussi en français, fait un exposé très précis des indications et contre-indications de Cauterets, la station du lympho-arthritisme et surtout du lympho-arthritisme de toutes les voies respiratoires y compris les sinus de la face, la trompe d'Eustache et l'oreille moyenne. Cauterets a en outre pour indications secondaires les dyspepsies atoniques, les rhumatismes ou névralgies rhumatismales chroniques, les dermatoses torpides non prurigineuses, la syphilis, les affections utéro-annexielles, l'asthénie, les anémies, la prétuberculose. Un des mérites du travail du Dr Anglade est l'étude sérieuse des contre-indications. Trop souvent, les médecins d'eaux bornent les contre-indications de leurs stations à la cachexie tuberculeuse, au cancer inopérable et aux cardiaques en asystolie.

M. Anglade déconseille la cure à Cauterets aux jeunes enfants et aux vieillards, aux femmes enceintes ; il attire l'attention sur les accidents anaphylactiques. Les malades atteints d'affections aiguës, les cancéreux, les tuberculeux fébricitants, congestifs, hémoptoïques, cachectiques, les malades atteints de laryngite bacillaire, certains lupiques, les asthmatiques secs, les artério-scléreux à tension artérielle élevée, les cardiopathies mal compensées, les emphysémateux dont le cœur droit est défaillant, les goutteux, les hépatiques, les graveleux, les dermatoses irritables et prurigineuses ne doivent pas être envoyés à Cauterets.

Remercions M. Anglade de nous avoir renseigné d'une façon aussi complète sur la valeur de Cauterets et d'avoir surtout fait pour notre station pyrénéenne une large publicité dans les pays de langue espagnole. Son exemple mérite d'être suivi.

J. N.

Dr A. GÉRARD. — **Traitement de la tuberculose par le vaccin B2 de Bossan.** (Imprimerie Paul Maruny, passage Ricaut, 7, Paris.)

La vaccinothérapie antituberculeuse est possible. Le vaccin B 2 de Bossan est spécifique de la maladie. Son emploi constitue la médication de choix. Il peut être utilisé contre toutes les localisations de la tuberculose sans exception.

Il est introduit dans l'organisme par la voie intra-trachéale ou par la voie endo-veineuse, ou par les deux simultanément, ou, dans certains cas, par la voie sous-cutanée locale seule ou complétée par la voie endo-veineuse.

Il peut sans danger être porté dans les grandes cavités : plèvre, canal rachidien. Il peut, par les mêmes voies, être administré chez les enfants qui, mieux que tous, en ressentiront les bienfaits.

Il agit plus rapidement, d'une façon générale, sur les localisations tuberculeuses non pulmonaires.

Il aura d'autant plus d'effet, et d'autant plus rapidement, qu'il sera employé dans les formes récentes et dans les formes douteuses — qu'on peut maintenant facilement caractériser, grâce à l'examen du sang pratiqué par le procédé Sabathé-Buguet.

Dans les tuberculoses graves, avancées, cachectisantes, il ne peut avoir qu'un rôle de soulagement et parfois de prolongation.

Il constitue le seul moyen efficace de prophylaxie, par son action sur les bacilles, qu'il diminue de nombre ou rend avirulents dans les cas graves ou qu'il fait disparaître dans ceux où son action a le temps de se produire complète.

Revue des Thèses

Thèse de Lyon, 1921.

Dr Pierre ARCHAMBAULT. — **Quelques considérations sur un cas de péricardite rhumatismale à épanchement rétro-cardiaque, simulant une pleurésie gauche.** (Angers, Imprimerie centrale.)

Dr A. FAUCHÉ. — **Contribution à l'étude de la rachianesthésie (rachianesthésie basse).** (Imprimerie du Centre, Lyon.)

La rachianesthésie, est une méthode peu choquante, bien moins que l'anesthésie générale, à condition surtout de réaliser une technique qui produise le minimum de diffusion du liquide injecté.

L'adjonction de strychnine au principe actif ne semble nullement influencer la baisse de la pression artérielle, qui se produit surtout avec la méthode par diffusion.

L'emploi de la rachianesthésie suivant une technique rigoureuse constitue un avantage très net dans un certain nombre de cas qui sont autant d'indications.

Thèse de Montpellier, 1921.

Dr Henri-Marius-Charles REYNÈS. — **A propos d'un cas de torsion aiguë des annexes herniées.**

La hernie des annexes, est, la plupart du temps, une affection congénitale qui apparaît dès la naissance ou dans les premiers mois de la vie, et due à une anomalie de développement.

Son pronostic est relativement bénin, vu le succès presque constant de l'intervention chirurgicale.

Thèse de Paris, 1921.

Chez JOUVE et Cie, éditeurs.

Dr A. E. DJISMEDJIAN. — **Du traitement des affections broncho-pulmonaires par l'éther phosphorique de la créosote.**

D'après Djismedjian, le phosphate de créosote et le tanno-phosphate de créosote présentent tous les avantages de la médication créosotée sans aucun de ses inconvénients. Ils constituent tous deux de précieux agents de traitement des affections broncho-pulmonaires, en particulier de la tuberculose, et ont déjà à leur actif bon nombre de succès probants.

L'Agenda-Memento du Praticien

Volume relié de plus de 850 pages, format in-8° raisin se composant de deux parties :

1° Le ***Memento***, recueil de tous les documents professionnels indispensables au praticien dont ci-dessous le sommaire résumé ;

2° L'***Agenda***, comprenant une page entière pour chaque jour sur papier spécial à registre, réglé en 2 couleurs, permettant au médecin d'y mentionner tous ses actes journaliers. Un répertoire alphabétique termine cette partie.

SOMMAIRE

NOTA. — Nous publions ci-dessous le sommaire des questions traitées dans les éditions antérieures et dont une grande partie trouvera place ou sera résumée dans notre édition de 1922.

SIXIÈME PARTIE

Service Médical des Collectivités.

(*Résumés*)

SEPTIÈME PARTIE

Jurisprudence Médicale.

HUITIÈME PARTIE

Les Renseignements professionnels spéciaux.

(*Textes complets ou résumés*)

NEUVIÈME PARTIE

Les Œuvres de Solidarité Médicale.

DIXIÈME PARTIE

L'Annuaire des Œuvres du « Concours ».

ONZIÈME PARTIE

I. — Memento thérapeutique.

DOUZIÈME PARTIE

Les Services du « Concours Médical ».

BULLETIN DE SOUSCRIPTION
à l'AGENDA-MEMENTO DU PRATICIEN
(ÉDITION 1922)

qui sera envoyé vers le 15 décembre 1921.

NOTA. — LA SOUSCRIPTION SERA CLOSE IRRÉVOCABLEMENT LE 1er AOUT 1921.

Le soussigné (nom et prénoms) ....

.... *Abonné au* **Concours Médical** (1)

médecin à .... *dép. de* ....

*désire recevoir l'***Agenda Memento du Praticien** *édition* 1922 *et*

(2)
1° *Envoie ci-inclus le montant de sa souscription en un mandat de* **Douze francs.**
2° *Verse le montant au compte de chèques Postaux n°* 167.95 *Paris.*
3° *Demande que le montant de sa souscription soit recouvré par la poste* (13 fr. *frais compris*).

A .... , *le* .... 1921.

SIGNATURE :

(1) *Pour les non abonnés, le prix de l'***Agenda Memento** *est de* 15 *fr.*
(2) *Biffer la mention qui ne convient pas.*

Adresser les lettres et mandats avant le 1er août à **M. C. Boulanger**, administrateur du *Concours Médical*, 132, rue du Faubourg Saint-Denis, Paris, 10e arr.



La Reine de Vals



Dans les cas de ***DIARRHÉE INFANTILE*** *quelles qu'en soient la cause et la forme,* **aucun traitement** *n'a donné des résultats comparables à l'emploi de la diète hydrique par la REINE de VALS.*

Additionnée au lait, elle constitue le meilleur **PRÉVENTIF** *de cette diarrhée.*

NOTA. — Pour éviter toute substitution bien spécifier : **Vals SOURCE LA REINE.**

A défaut d'un bouchon spécial en caoutchouc, recommander de tenir renversée toute bouteille entamée.

L'Eau de la Reine se trouve dans toutes les pharmacies, chez tous les marchands d'Eaux et dans les dépôts de la Cie fermière de Vichy. On peut également s'adresser à M. CHAMPETIER à VALS-LES-BAINS (*Ardèche*).

VALS SOURCE REINE

PARTIE PROFESSIONNELLE

MÉDECINE SOCIALE

Le projet de loi assurance maladie-invalidité et retraite.

IV

Les Caisses d'assurance.

25 caisses régionales seront instituées par un décret rendu en Conseil d'Etat. Ces caisses auront une succursale dans chaque canton, ou commune de plus de 10.000 habitants, à laquelle tous les assurés se trouveront de plein droit affiliés, pour l'ensemble des divers risques.

A côté de ces succursales, fonctionneront librement les caisses mutualistes, ou patronales, ou syndicales, organisées soit avec les sociétés de secours mutuels actuelles, soit par les grandes entreprises, usines, ou par les syndicats professionnels.

Mais ces caisses ne pourront s'occuper que de l'assurance-maladie, l'assurance maternelle et l'assurance-vieillesse. Elles devront en outre avoir obtenu l'agrément des ministres du travail et des finances, après décret rendu en Conseil d'Etat. Pour obtenir cet agrément, elles devront réunir un minimum de 250 adhérents et compter 40 % au plus de membres âgés de 45 à 65 ans et s'engager à fournir à leurs adhérents les prestations maladie et invalidité des six premiers mois, ainsi que les prestations en cas de maternité, le tout conformément aux dispositions de la loi.

Les caisses régionales précitées, outre qu'elles centralisent et collectent les opérations des caisses-succursales locales, sont exclusivement chargées d'organiser le service de l'assurance-invalidité proprement dite, c'est-à-dire celle qui couvre les risques de maladie ou d'invalidité, à partir du sixième mois. C'est, en effet, une branche peu expérimentée en France. Aussi a-t-il paru prudent d'en confier le fonctionnement exclusif aux caisses régionales et non aux caisses de remplacement, mutuelles, syndicales ou autres, afin de pouvoir comporter des effectits importants, pour compenser les aléas.

Un autre motif justifiait d'ailleurs la concentration, dans des organismes uniques, de l'assurance invalidité. C'est que celle-ci, en raison de la nature même des maladies et des affections auxquelles elle s'applique (tuberculose, maladies nerveuses, syphilis, alcoolisme) appelle l'organisation de grands établissements de traitement, de cliniques chirurgicales, de maisons de convalescence, que des institutions puissantes et étendues sont mieux en état d'entreprendre. Cette nécessité s'impose encore plus pour la mise en œuvre de tous les moyens destinés à prévenir les maladies et les infirmités ; car il s'agit, en l'espèce, d'engagements de dépenses souvent considérables, qui ne sont, en réalité, compensés que par des économies à lointaine échéance. Les caisses régionales, à qui l'assurance-invalidité est ainsi confiée, auront une mission essentiellement de prévention et de cure et assumeront la charge intégrale du risque, dont elles se trouveront elles-mêmes intéressées à réduire les causes et à restreindre les effets. Ce plan de défense de la société, contre les maladies sociales, doit retenir l'attention de nos confrères, car il faut voir, dans ces sommes considérables, mises à la disposition des mesures de prophylaxie et de prévention contre les fléaux sociaux, une amorce de transformation dans l'art de guérir. Hôpitaux spéciaux, préventoria, sanatoria, laboratoires de recherche, cabinets de diagnostic et de dépistage : voilà ce que nous, médecins, aurons à envisager comme installation, tant en ville qu'en campagne. La médecine, dans ses méthodes de cure comme d'investigation, devra se moderniser, pour le plus grand bien des malades et de la société. Nous reviendrons d'ailleurs sur ce sujet.

Contrôle des assurances.

Pour que ces différents organismes puissent donner le rendement qu'on en attend, il a paru opportun de leur octroyer une large autonomie. Les caisses régionales, groupements indépendants, sont administrées par un conseil, composé de représentants élus des assurés, des employeurs et de représentants des intérêts généraux. Les intéressés ont donc la charge et la responsabilité de leurs gestions. Les succursales locales sont elles-mêmes administrées par un comité qui comprend en majorité des représentants des assurés de la circonscription. Ce comité, outre son devoir d'administration, devra également accomplir une besogne de surveillance locale : les assurés se surveilleront eux-mêmes.

Egale autonomie est donnée aux caisses mutualistes, patronales ou syndicales, mais à la condition de se conformer strictement aux prescriptions de la loi.

Une sorte d'émulation est, de plus, organisée entre toutes les caisses, pour que chaque groupe puisse s'efforcer à combattre les épidémies, à

multiplier les mesures d'hygiène et de prophylaxie, qui amélioreront la santé générale. Les bonis réalisés par chaque caisse pourront être utilisés en avantages supplémentaires, qui seront attribués sous la forme individuelle, ou sous la forme collective, aux assurés du groupe.

Mais le principe de solidarité nationale intervient pour que le bénéfice intégral de ces économies restât acquis à chacune de ces caisses : une portion est versée dans le fonds commun, pour venir en aide aux groupes, qui, par leur situation géographique, par leurs origines ethniques, par la nature de leurs industries, par les épidémies locales, peuvent avoir des déficits momentanés.

Aussi, au-dessus de toutes les caisses d'assurances locales, est-il créé un organisme financier, investi de la triple mission :

1° Etablir la compensation entre les multiples opérations, relatives aux services assurés par la répartition ;

2° Permettre à toutes les caisses une sorte de réassurance ;

3° Couvrir les caisses du montant des sommes qu'elles doivent recevoir pour les allocations d'invalidité et compléments de pension afférents aux petits salariés et aux assurés de la période transitoire.

Cet organisme, c'est la caisse générale de garantie, réservoir commun récoltant les deux tiers des bénéfices de chaque caisse, l'autre tiers restant acquis à chacune d'elles. Elle devra également recevoir toutes les ressources tant budgétaires que venant des caisses, pour l'établissement de l'assurance vieillesse.

Le contrôle n'est plus exercé selon les errements administratifs surannés et formalistes. Des offices, qui se gèrent eux-mêmes avec le concours d'assurés, d'employeurs et de représentants des intérêts généraux, adapteront à chaque région les modalités nécessaires, pour assurer le bon fonctionnement des caisses, suivant la volonté et les directives du législateur.

Ces offices devront surtout veiller à ce que chaque compte reçoive les versements qui lui sont attribués. C'est ainsi que lorsque la caisse régionale reçoit les contributions patronales et ouvrières, une partie est immédiatement affectée au compte individuel d'assurance-vieillesse, pour y être capitalisée et constituer la rente viagère de chaque ayant droit. Le surplus est ventilé à chacune des sections du compte général de répartition :

1° Maladie invalidité des 6 premiers mois ;

2° Maladie invalidité au delà du 6e mois ;

3° Maternité ;

4° Décès ;

5° Fonds de garantie des pensions de vieillesse.

Le 6e devrait être constitué par les charges de famille ; mais l'Etat prend cette section directement et en totalité à sa charge.

Au-dessus de chaque caisse locale, se trouve un premier réservoir constitué par un fonds de réserve, organisé par chaque caisse régionale. Un deuxième réservoir est institué par la caisse générale de garantie, commune à toutes les caisses d'assurance du territoire. Enfin est prévu un troisième réservoir, fonds de réserve organisé dans la caisse de garantie elle-même.

Services supplémentaires patronaux.

Le projet autorise les employeurs à constituer, au profit de leur personnel, des avantages supplémentaires, soit avec les seules contributions patronales, soit avec le concours des intéressés. Mais certaines conditions de fonctionnement, de sécurité et de liberté sont imposées, en faveur des ouvriers.

Régimes spéciaux.

Restent en dehors de l'assurance les salariés de l'Etat et des exploitations publiques, les cheminots, les mineurs, les inscrits maritimes, les anciens militaires. Toutefois le projet prévoit des dispositions spéciales pour l'extension à leur bénéfice de l'assurance maladie-invalidité.

Charges financières de l'Etat.

Malgré ce qu'on a répété, l'Etat n'intervient pas pour verser un tiers des cotisations : celles-ci sont entièrement à la charge des employeurs et des ayants droit.

L'Etat prend à sa charge les contributions suivantes :

1° Il assume les frais de gestion des caisses. Il leur attribue à cet effet, une remise égale à 4 % des recettes des services de répartition et des allocations forfaitaires.

2° Il prend à sa charge les frais de gestion des offices d'assurance ;

3° La liquidation des retraites ouvrières et paysannes, créées par la loi de 1910 ;

4° Les majorations des prestations pour les enfants de moins de seize ans ;

5° Les allocations de naissance ;

6° Une participation à l'assurance-invalidité ;

7° Une participation à l'assurance-vieillesse ;

8° Un crédit annuel de 10 millions pour les établissements de prévention et de cure ;

9° Les frais d'extension aux salariés de l'Etat, de l'assurance-maladie, maternité et décès ;

10° Il consent enfin aux caisses une avance remboursable pour faire face aux dépenses des premières années.

En revanche, ces prestations de l'Etat se trouveront diminuées par la suppression au budget des sommes inscrites pour le fonctionnement de la loi sur les retraites ouvrières et paysannes, puis par des économies importantes, résultant de l'application des lois du 15 juillet 1893, sur l'assistance médicale gratuite, du 14 juillet 1905,

sur l'assistance aux vieillards, infirmes et incurables et du 7 juin 1913, sur l'assistance aux femmes en couches.

(*A suivre.*)

Dr Paul Boudin.

***

L'assurance-maladie obligatoire.

Son influence sur la profession médicale.

(*Fin.*)

Le chapitre du syndicalisme, dans la vie médicale en Alsace, est bien celui qui prouve abondamment l'influence de l'Assurance sociale sur notre profession. Si nous avons aujourd'hui l'organisation syndicale la plus puissante et la plus complète qu'on puisse imaginer, c'est à l'introduction déjà ancienne de l'A.-M. obligatoire que nous la devons. La certitude que nous avons de cette origine de notre force syndicale a même amené quelques-uns parmi nous à souhaiter l'introduction dans le délai le plus rapproché de l'assurance en France, pour que soit complétée et consolidée l'organisation syndicale encore insuffisante. J'estime, au contraire, qu'il est peu confraternel de souhaiter à nos collègues de l'intérieur que cette institution vienne les surprendre insuffisamment préparés ; ils payeraient de trop de catastrophes l'organisation qu'ils construiraient après de dures leçons. Mieux vaut dès aujourd'hui mettre à leur disposition l'expérience alsacienne pour leur permettre d'y puiser ce qui est utile et d'éviter de nombreux écueils. Un exposé pareil devrait décrire avec franchise les avantages et les inconvénients, les lumières et les ombres du système ; ce n'est pas une tâche agréable que d'être un des premiers à écrire sur ce sujet et surtout de prononcer des critiques, là où on n'a fait qu'admirer jusqu'ici. Je devrai même quelquefois « mettre les pieds dans le plat » en face de choses toujours scabreuses à dire ; ceux qui pourraient m'en vouloir seront désarmés, je pense, par ma franchise et par le souci que j'ai d'être utile à tous, m'inspirant d'un idéal d'équité confraternelle.

Les dix syndicats médicaux qui, en Alsace, sont groupés dans la Fédération des S.M. d'Alsace englobent pratiquement tous les médecins du pays exerçant en clientèle ; les rares exclus ou non-affiliés comprennent surtout quelques éléments dont l'attitude politique a trop gravement choqué les sentiments de la majorité du pays, avant et pendant la guerre. Par les contrats collectifs passés par les syndicats avec les assurances, ceux-ci ont le moyen le plus puissant de « contention » pour les médecins. En effet, l'assurance obligatoire et l'assistance publique englobant plus de 70 % de la population — un chiffre exact ne peut être obtenu — il ne pourrait être possible qu'à un nombre restreint de médecins de vivre en dehors du syndicat ; encore devront-ils se conformer aux règles de déontologie admises par les syndicats pour avoir des relations confraternelles avec les syndiqués. La vie syndicale, du fait du contrat collectif avec les assurances, prend une intensité insoupçonnée de ceux qui ignorent cette institution. Le médecin n'a aucun rapport direct avec les caisses, tout se fait par le syndicat ; chaque trimestre, le syndicat reçoit les décomptes de ses membres pour soins aux assurés, et procède à la répartition des honoraires. Une grande partie des revenus des médecins passe ainsi par le Syndicat, pour bien des confrères la presque totalité. Travail de bureau très compliqué, sans parler de la besogne du contrôle qui surveille la régularité des décomptes, la justification des interventions. Quelques syndicats ont été amenés à nommer parmi leurs membres un directeur de bureau rétribué ; un syndicat d'une cinquantaine de médecins de Caisses réserve 15000 fr. par an pour « l'administration médicale » sur un budget du syndicat de 80.000 fr. Le travail à fournir par les membres des bureaux est très étendu ; une réunion hebdomadaire du comité, de nombreuses réunions du Comité de la F.S.A. et des assemblées trimestrielles de ses délégués. Les réunions mensuelles ou bi-mensuelles des syndicats ont toujours un ordre du jour très fourni et intéressant. Le budget de la F.S.A., laquelle comprend 350 médecins environ, est probablement plus grand que celui de l'Union des syndicats médicaux de France. Je suis ici à peu près seul à regretter que le travail pour les syndicats ne soit pas toujours fait « à titre honorifique » et je reconnais que la question est discutable. Les recettes des budgets syndicaux se font surtout par des prélèvements sur les revenus des médecins de Caisse ; ce prélèvement est en moyenne de 5 % des revenus. La possibilité d'élargir ainsi les budgets syndicaux pour des fonds de prévoyance ou d'indemnisation — nécessité rendue possible par la renonciation à des droits acquis faite en faveur de l'introduction du libre choix — est une des causes des grands budgets qu'annoncent les syndicats. Cet « impôt syndical sur le revenu » est allègrement supporté par les confrères qui se rendent compte de l'élévation des tarifs d'assurance rendue possible par les groupements corporatifs.

La Fédération des syndicats a élaboré un code de déontologie très complet. Des tribunaux d'honneur ou « d'arbitrage » à l'intérieur des syndicats, veillent à son observation et aux règles générales de confraternité. Un programme de conférences scientifiques est prévu.

La puissance des syndicats est telle, chez nous, que la vie médicale est règlementée jusque dans les plus petits détails. Les opinions et sentiments extrêmes qu'elle englobe sous son sceptre présentent des écarts énormes. Alors que la majorité des confrères sont ainsi façonnés par le régime déjà long de l'assurance, qu'il y voient plus d'avantages que d'inconvénients, je connais un vétéran du syndicalisme qui répète avec tristesse que sa vie a été empoisonnée par les Caisses ; son voisin, syndicaliste militant aussi, « pique une crise » au seul mot d'individua-

lisme qu'il voudrait voir disparaître du monde. Chez nous il a presque disparu...

Le contrat collectif conclu par le syndicat avec tous les organes de l'assurance pose une question de droit d'une extrême importance. Si, comme c'est le cas chez nous, ces contrats donnent au syndicat le monopole des soins médicaux aux assurés, l'existence est rendue très pénible à un confrère s'installant pour la clientèle libre devenue très restreinte. Dans cette catégorie rentrent les médecins non admis aux syndicats ou exclus de ceux-ci. Il se peut aussi que les règlements intrasyndicaux soient ressentis comme insupportables par des confrères. Voici un exemple : la rétribution au coupon de traitement forfaitaire trimestriel, en vigueur encore dans certains syndicats, serait certainement condamnée comme immorale par l'immense majorité des médecins. Un médecin refusant de travailler sous ces conditions aura-t-il gain de cause s'il poursuit le syndicat en justice civile ? Je le pense ou plutôt je l'espère ; chez nous, en tout cas, la question n'a pas encore été posée pratiquement, mais les syndicats commencent à tenir compte de leur responsabilité civile en cas d'exclusion ou de refus d'admission. Me basant plus sur le bon sens que sur des connaissances du droit, il est possible que je me trompe : il me semble que des contrats passés par une assurance englobant 70 à 80 % de la population avec les syndicats doivent respecter les garanties nécessaires au libre exercice de la médecine.

On m'opposera que nul n'y aura un plus grand intérêt que les groupements corporatifs médicaux. Notre expérience permet d'en douter. La psychologie ollective a ses lois auxquelles n'échappent pas des ollectivés composées de gens instruits, de carrières dites libérales. J'ai dit à l'assemblée générale de l'Union des syndicats, en décembre 1920 « que le plein développement du syndicalisme peut être fort préjudiciable à l'individualisme, nécessaire et justifié dans la profession médicale plus que dans toute autre, que la tendance inhérente à toute collectivité vers le nivellement général, tendance d'autant plus âpre que ce sont souvent des avantages matériels qui doivent être annihilés avec la situation qui les amène ». Qu'on me croie sur parole ou qu'on soit sceptique, mais qu'on m'épargne l'obligation pénible d'étayer mes affirmations par des exemples observés : *difficile esset satiram non scribere...* J'en citerais d'autres encore que celui d'un syndicat où l'on médite de ne plus rétribuer les injections de 606 p r les Caisses parce que le seul confrère dermato-vénéréologiste affilié aux Caisses en réunissait un chiffre très respectable dans son décompte. Qui ne sacrifierait un œil pour que le voisin fût aveugle ?

N'est-ce pas vrai que les exemples nous amènent à appeler les choses trop crûment par leur nom et risquent de faire oublier les principes en discussion par les polémiques de détail qu'elles peuvent soulever ? Je ne puis néanmoins, avant d'arriver à mes conclusions pratiques, quant au syndicalisme médical, renoncer à citer un problème concret soulevé chez nous. Je ne le cite pas parce que je m'y trouve quelque peu intéressé, mais parce que son importance pratique est très générale. Le régime allemand avait introduit chez nous, parmi moult autres choses caporalistes, une séparation rigide entre « médecins-praticiens » — le mot d'omnipraticien est considéré comme offense chez nous — et « spécialistes ». Est rubriqué dans ce dernier groupe quiconque, sous son titre de docteur, affiche une branche de la médecine pour laquelle il est spécialement formé. Dès lors on lui impose de renoncer à tout le reste de la médecine sauf ladite spécialité, et ceci non seulement en médecine de caisse mais aussi en clientèle libre, sous la menace de toutes les sanctions syndicales.

M lheur au gynécologue qui osera traiter une affection siégeant au-dessus de la ligne innominée, au chirurgien qui se servira du stéthoscope ! On se rend bien compte que pareille limitation est illégale, qu'on n'est pas en droit de gêner un médecin dans l'exercice de la profession entière auquel l'autorise son diplôme, mais on en fait une question de déontologie et pour les caisses, par le contrat collectif, on « tient » son monde. Comme si un spécialiste qui « raflerait » les clients adressés en consultation ne se « coupait » pas lui-même en perdant la confiance des confrères ; comme si le titre de spécialiste avait, aux yeux du public, un prestige si général et si considérable, qu'il faille bien se venger de celui qui s'en affuble. *Optima medicorum concordia*. Il me semble qu'on ne devrait connaître que des médecins exerçant différemment, et non pas des spécialistes et des praticiens. Le contrôle de la collectivité sur l'instruction spéciale annoncée est seul justifié et profitable au public à qui il donne quelque garantie.

On comprendra à présent, après cet exposé de la question des spécialités, la solution donnée chez nous à celle des interventions, à celle de « l'opération à attribuer à l'hôpital ». Une majorité n'a aucune tendance à défendre les intérêts d'une minorité, surtout si elle croit les intérêts de celle-ci opposés aux siens.

On supposera qu'une organisation aussi puissante et rigide, réglementant tous les détails, réussira certainement à supprimer tous les abus, à créer une atmosphère de confiance dans l'observation effective des règlements. On pensera que le sentiment très fort d'égalité qu'elle impose fera disparaître aussi la méfiance vis-à-vis du voisin. J'ai l'impression qu'il n'en est rien ; je crois que dans tous nos syndicats il existe un vague malaise créé par la méfiance vis-à-vis de certains confrères dont les abus, plus ou moins patents, ne sont pas réfrénés par le syndicat. Les regrets qu'en ressent l'individu sont même accentués par les rapprochements que crée la collaboration directe au travail syndical et les décomptes quasi publics, nécessités par le contrat collectif, dans le contrat libre ; sans le contrôle supposé infaillible du syndicat, on s'en apercevrait moins. Certains abus sont d'autre part provoqués par le syndicat, indirectement ; tels les gros chiffres de « kilomètres

parcours ». A nos tarifs ridicules de la visite et aux tarifs très « étroitement justes » des indemnités kilométriques, le temps dépensé pour les déplacements n'est nullement rétribué, on est donc tenté de se rattraper sur les kilomètres.

Ces observations critiques sur le syndicalisme étaient bien cristallisées dans mon esprit lorsque je lus ces pensées d'une actualité frappante que P. Desfosses (*Presse méd.*, 27 avril 1921) venait d'écrire sur les individus et les groupements :

« Chacun redoute de faire montre d'originalité. On attend de lire son journal pour savoir ce qu'on doit penser. Penser à sa guise, c'est être factieux ; ne pas faire partie d'un syndicat ou d'un groupement est une tare, presque un crime de lèse-démocratie.

Sans doute, se grouper, faire preuve de solidarité, joindre ses efforts à ceux du voisin est œuvre essentiellement louable. Un faisceau d'osier ne se peut rompre, tandis que chaque brin séparé aisément se brise. Encore faut-il que, dans un faisceau, chaque unité représente une force.

La démocratie a trop de tendances à détruire les forces individuelles, à niveler toutes les têtes, à éteindre toutes les initiatives, à courber tous les fronts sous la tyrannie de l'État, ou de Comités. On a trop oublié, en certains milieux, que les progrès moraux, scientifiques ou industriels sont nés presque toujours des méditations et des veilles d'un penseur solitaire, d'un chercheur le plus souvent inconnu et méprisé de la foule. La masse est de sa nature inféconde ; capable de détruire, elle ne peut créer.

Dans un peuple sain, groupements et individus trouvent tout naturellement chacun leur place ; les uns ne font pas tort aux autres.

Dans une nation, de fortes et libres individualités sont aussi nécessaires qu'une administration sagace, qu'une armée forte et disciplinée.

O médecins, confrères, nous qui nous débattons dans les difficultés financières, nous que l'État et les collectivités voisines rêvent de réduire à l'esclavage, sachons nous grouper pour nous défendre. Syndiquons-nous. Mais néanmoins, pour nous médecins français qui avons eu le bonheur d'être élevés à une École où jamais ne commanda le caporalisme, n'est-ce pas sagesse de garder jalousement notre liberté de penser, de ne pas abdiquer l'empire que chaque homme doit avoir sur lui-même ? Oui, sachons conserver en nous, sachons respecter chez les autres cette force fière et créatrice, la libre personnalité humaine. »

Je n'eusse jamais trouvé des paroles d'une si belle éloquence pour résumer ce que je pense du syndicalisme médical. Elles seraient la conclusion de mon étude si je n'avais à faire suivre des critiques d'ordre pratique d'autant de remèdes, de solutions également pratiques.

Le remède général, c'est le *statut syndical* dont je ne donnais que le nom dans l'assemblée de décembre de l'Union des syndicats, œuvre décisive où collaboreront les meilleurs parmi nous, ce statut situera clairement le travail médical vis-à-vis des différents domaines où il s'exerce, individus et collectivités ; il établira aussi les rapports entre la collectivité médicale et le médecin-individu et sera la *magna charta libertatum* de l'individu au sein de la collectivité pour laquelle nous renonçons à une si grande partie de notre liberté.

Les garanties de ce *statut syndical* amèneront aux groupements corporatifs tous les médecins français qui leur restaient étrangers par cet individualisme qui est quelquefois une faiblesse, mais toujours un grand élément de beauté de notre caractère national. Dès lors sera réalisée cette union syndicale de tous les médecins qui pourra se mettre au service de l'assurance-maladie obligatoire, en réalisant la dignité du travail médical sans laquelle cette belle institution sociale ne serait qu'une vaine façade.

On ne m'en voudra pas, je pense, de ne pas m'être arrêté aux détails de ce statut : ces détails sont dans les esprits de tous ceux qui méditent notre sort et l'accord sera complet. Si on m'opposait que pour les jugements critiques émis sur notre expérience particulière je ne représente qu'une minorité de notre milieu régional, je répondrai par une parole de Rabelais, notre confrère ; et j'ajouterai que la minorité veut souvent le bien de la majorité qui la méconnaît.

Dr P. Specklin.
(Mulhouse.)

***

Le médecin et les lois sociales nouvelles.

J'ai reçu, il y quelques semaines, la lettre suivante :

Mon cher Confrère.

Vous venez de publier dans le *Concours* du 17 avril un remarquable article, dont la dernière colonne, consacré à la loi assurance-invalidité, exprime ainsi votre thèse, que d'autres avaient identiquement formulée avant le Congrès d'Angers, et la malencontreuse formule d'entente proposée là-bas par nos représentants ; c'est :

Médecin et client « se doivent et se rendent respectivement des comptes, l'un et l'autre, quelle que soit l'intervention du tiers responsable des honoraires, tiers que le médecin ne connaît pas... Le tiers responsable exerce sur celui-ci (le client) un contrôle qui dépiste et réprime les abus, s'il y en a, et règle ensuite à son garanti les sommes que celui-ci a déboursées, dans la mesure où il juge qu'il doit le faire : c'est ici affaire entre eux ». Ce qui signifie, si je suis bon interprétateur :

La loi assurance maladie-invalidité peut et doit être une grandiose mutualité dont les statuts, règlements et contrôle intérieur ne regardent pas le médecin, qui, selon sa pratique traditionnelle, n'aura de rapports directs qu'avec son client, assuré ou non.

N'y a-t-il pas opposition fondamentale entre

votre conception et celle de ceux que j'appelle des réformistes et qui ne voient de salut que dans le contrat collectif ? Voilà chaque syndiqué de France tiraillé en sens contraire, par ceux qu'il sait les meilleurs et les plus dévoués de ses amis. Il ne s'agit plus d'une question d'ordre philosophique à résoudre par de sceptiques « Peut-être ! ... qui sait ! » Il va falloir prendre parti, dire son sentiment d'abord, sa *volonté* ensuite. Il ne faut pas que la question soit résolue par l'actif et dévoué conseil de l'Union des syndicats, pas même par son assemblée générale, il faut que chaque praticien soit mis à même et en demeure de dire son mot par le moyen de referendums appropriés. Mais, au préalable, il convient que *Médecin Syndicaliste* et *Concours Médical* exposent dans des études documentées, écrites sans passion, tous les arguments d'expérience et de raisonnement qui peuvent être présentés pour ou contre les deux solutions envisagées. Le Syndicalisme médical, par sa composition, est une démocratie d'élite dont chaque membre doit être mis en mesure de formuler son propre avis, mûrement réfléchi, sur une question dont dépend son propre avenir et celui des siens.

En tant que très vieil abonné du *Concours*, organe d'études approfondies, de discussions libres et courtoises, de confraternité active, je suis assuré qu'il ne faillira pas à sa tâche d'éclaireur de l'armée médicale.

Croyez, mon cher Confrère, etc.

Dr S.

Avant d'y répondre, j'ai tenu à me donner le temps de la réflexion, et à voir la tournure que prendrait le conflit soulevé entre le ministère des pensions et l'Union des syndicats médicaux.

Sur ce dernier sujet, j'ai été, dans le *Concours Médical*, le porte-parole du Conseil de direction pour proclamer notre adhésion sans réserve à l'action menée par le conseil de l'Union, — ce puissant organisme nous apparaissant comme le seul vraiment qualifié pour parler au nom du corps médical, à propos de la défense de ses intérêts professionnels.

Mais la loi des pensions et les incidents que son application, au point de vue des soins médicaux, a soulevés, n'est qu'un côté, je dirai même un petit côté, des préoccupations de l'heure.

C'est en effet une loi essentiellement temporaire, tout au moins au strict point de vue pratique, puisque les pensionnés de la grande guerre sont appelés un jour à ne plus réclamer qu'exceptionnellement le secours médical, par disparition progressive. Dans un laps d'années qu'il est difficile de préciser, mais qui ne doit pas excéder, à mon sens, 50 à 60 ans. il n'y en aura plus.

Ne nous arrêtons donc pas indéfiniment, dans le développement de nos conceptions relatives au rôle du médecin dans la Société moderne, à cette face du problème, et, traitant la question de plus haut, essayons de poser les bases de notre charge sociale. L'organisation prochaine de l'assurance sociale nous en fait l'impérieux devoir.

Ici, je ne parle plus qu'en mon nom personnel, et je n'engage que moi-même.

Peut-on dire qu'il y ait plusieurs façons de penser, opposées les unes aux autres, dans les milieux syndicaux, à ce propos ? Je n'hésite pas à répondre hardiment : non.

Il y a déjà longtemps que l'accord s'est fait entre les syndicalistes sur les principes essentiels de notre statut. Ils forment une sorte de trépied que nous devons considérer comme acquis, et dont les trois éléments sont : le *libre choix, conséquence de la liberté de confiance* ; *la tarification à l'acte médical* ; *la répudiation du forfait*.

Dans les discussions qui ont été poursuivies, au sein des différents syndicats dont j'ai lu et publié ici les comptes-rendus, je n'ai jamais vu ce trépied remis en cause. Il est permis d'affirmer qu'à de rares exceptions, qui s'expliquent par des situations particulières, que domine un souci mesquin de petits intérêts personnels, que l'ensemble du corps médical accepte désormais, comme dogmes, ces trois principes.

Dogmes intangibles, axiomes évidents, ces principes comportent un corollaire non moins évident : *le médecin donneur de soins ne saurait jamais être un fonctionnaire*. Rien à cette heure n'est plus antithétique que l'exercice de la médecine et le régime de la fonctionnarisation.

Il est bien implicitement acquis que, quand nous nous déclarons les adversaires de la fonctionnarisation, nous avons aussi bien en vue la fonctionnarisation d'Etat que la fonctionnarisation syndicale. Il ne saurait y avoir sur ce point aucune équivoque : nous sommes tous d'accord pour refuser d'être les fonctionnaires, aussi bien de l'Etat que d'un syndicat, s'il advenait qu'il s'en trouvât un pour concevoir un pareil système.

Je préciserai donc mes préférences dans la proposition suivante : *régime de la liberté, dans la mesure où elle peut et doit exister déontologiquement, sous la protection et la garantie du syndicat*.

***

Mais, avec les temps nouveaux, se révèlent des divinités nouvelles autour desquelles on mène grand bruit. Ce sont le *contrat collectif* et le *contrôle*, considérés comme les assises complémentaires de l'organisation de la médecine sociale.

Comment faut-il envisager ces mesures, qu'il s'agisse des soins à donner aux pensionnés de guerre aujourd'hui, ou, demain, aux membres des assurances sociales ?

Puisque nous sommes d'accord pour refuser une rémunération forfaitaire quelconque, puisque nous demandons à être honorés à la visite, à la vacation, comme dit notre confrère Specklin, il ne viendra à l'idée de personne que le syndicat, comme représentant la corporation, puisse accepter une tractation selon laquelle il recevrait une somme forfaitaire destinée à rémunérer les soins médicaux, réclamés dans un temps déterminé par les malades appartenant à une organisation d'Etat, somme qu'il répartirait ensuite entre ses adhérents, au prorata de leurs actes professionnels. Ce serait, en effet, un forfait de seconde main, tout aussi condamnable que l'autre. Tout a été dit contre le forfait, avoué ou déguisé. Inutile donc de reprendre ici une argumentation qui a épuisé le sujet.

Vainement l'Etat prétendra-t-il qu'il ne peut asseoir des prévisions budgétaires sérieuses que sur des données relativement précises, et que la tarification des soins médicaux à l'acte médical comporte de trop grands aléas pour qu'il s'en tienne là. Si ce raisonnement était défendable, il devrait s'appliquer aux malades eux-mêmes, en ce qui concerne leurs allocations journalières. Or, on ne songe pas à proposer un forfait aux assurés eux-mêmes, pour le règlement de leurs allocations. Pourquoi réserver ce privilège à rebours aux seuls médecins ? D'ailleurs, il s'agit de garantir l'assuré contre un risque au moyen de versements, de primes, etc. L'Etat n'a qu'à calculer ces versements, ces primes, de telle sorte qu'ils soient suffisants pour couvrir le risque.

Ce n'est pas au corps médical à faire en partie les frais de l'assurance.

Le contrat collectif, je le vois destiné à assurer la garantie, la tutelle du syndicat au régime de la liberté que j'ai défini plus haut.

Les dispositions de ce contrat s'appliqueront aux tarifs à appliquer dans tous les cas, ainsi qu'à la procédure à employer, suivant les différentes éventualités qui peuvent se présenter.

Cette procédure consacrera un chapitre au contrôle.

On a parfois prononcé le mot de *contrôle technique*. Qu'est-ce à dire ? Veut-on soumettre les procédés d'examen, de cure, d'interventions, employés par chaque médecin pris en particulier à une surveillance, à une critique, à la possibilité d'une approbation ou d'une désapprobation officielles ? Ah non ! Grand merci !

Dans une science aussi spéculative que la médecine, où les doctrines sont changeantes selon les temps et selon les écoles, d'où la rigueur mathématique est exclue, dans laquelle le sentiment joue souvent un rôle aussi grand que la raison, il n'est pas possible, sous peine de retirer à ses applications pratiques leur caractère essentiel, d'avoir une pareille conception. Ce n'est pas d'aujourd'hui qu'Hippocrate dit oui, quand Galien dit non. Et on n'a pas encore trouvé le critère qui départage Hippocrate et Galien, quand ils sont en désacord de doctrine,

Voulez-vous un exemple concret ? *Josué* et *Parturier*, dans un ouvrage récent sur les cardio-rénaux, traitent l'insuffisance cardiaque avec la digitaline, qu'ils administrent aux doses de XXX à XL gouttes de la solution au millième. *Fiessinger* père, critiquant cette méthode, s'en tient aux doses de X gouttes par jour, les doses plus fortes pouvant être mortelles. Selon que je serai moi-même partisan de l'une ou l'autre manière de faire, dans ma pratique, serai-je exposé à être blâmé par mon contrôleur, s'il se réfère à l'auteur dont je ne suivrai pas les directives ?

Mais, dira-t-on sans doute, au nom d'excellentes intentions, il est indispensable que les malades soient bien soignés, que la qualité des soins soit irréprochable. Je ne répondrai pas que c'est faire injure au médecin que de le supposer capable de ne pas appliquer toute sa science et toute sa conscience aux soins qu'il donne. Qu'il puisse en être autrement, cela ne se conçoit, à la rigueur, que dans une certaine médecine, *la médecine à la grosse*, dont nous sommes les adversaires résolus. Dans la vie courante, comment les choses se passent-elles ? Comment se passaient-elles aux époques lointaines où, en l'absence de toute collectivité organisée pour assurer les soins médicaux à ses membres, le médecin était toujours seul en présence de son malade ? L'intérêt du médecin ne consistait-il pas à s'assurer la fidélité et la constance de sa clientèle, par le dévouement, le zèle, l'application, avec lesquels il la traitait ? Placez le médecin moderne dans une situation analogue ; que librement choisi par le malade, intéressé dans une certaine mesure ou dans une certaine forme au règlement de ses honoraires, en toute circonstance, il puisse être aussi librement remercié ; qu'il ait donc un intérêt primordial à le contenter ; et vous pouvez être assurés qu'il exaltera autant qu'il le pourra la qualité des soins qu'il lui donnera. Cette situation, c'est le régime de la liberté qui la stabilisera.

Mais, de ce que je réprouve un semblable contrôle technique, il ne s'ensuit pas que je sois l'adversaire de tout contrôle.

D'abord, un contrôle peut et doit être exercé sur le malade lui-même, pour s'assurer qu'il est bien réellement malade, qu'il se soigne, qu'il ne commet aucun abus.

Quant au contrôle du médecin lui-même, je me rallie pleinement à l'opinion du syndicat de Mortagne, qui ne le voit possible que sous la forme d'une consultation.

Je m'explique et je précise l'application pratique de mes idées. Je vois le malade, auquel une collectivité assure les moyens de recevoir

gratuitement le secours médical, touchant une somme globale, avec laquelle il rémunérera lui-même médecin et pharmacien. De cette manière, il ne sera pas tenté d'abuser. (A défaut, je me rallierais au système lyonnais avec ticket modérateur.)

Il ne pourra recevoir cette somme qu'autant qu'il aura justifié qu'il est réellement malade, pendant tout le temps que durera son affection et son indisponibilité. Il devra donc produire une déclaration du médecin qu'il aura choisi et qui l'aura visité. Si le médecin estime que l'affection nécessitera plus de 5 visites ou consultations, il le mentionnera explicitement. La collectivité ainsi prévenue pourra alors déléguer un médecin contrôleur pour compléter et confirmer les renseignements préalablement fournis. Si le médecin coutrôleur accepte comme valables les déclarations et les prévisions du médecin traitant, celui-ci continuera son action sous sa seule responsabilité. S'il y a désaccord entre médecin traitant et médecin contrôleur, l'un ou l'autre provoquera une consultation. Enfin, si cette consultation ne réussit pas à dissiper la mésentente entre eux, un arbitrage pourra jouer pour les départager. Il n'est pas douteux que cette éventualité sera l'extrême rareté.

Quant aux soins spéciaux, ainsi qu'aux interventions qui sortent de la pratique courante, rien ne sera plus facile que de leur appliquer la procédure instituée par le tarif Breton pour les accidents du travail.

Le contrôle, l'arbitage, ainsi que la connaissance de tous les conflits qui pourraient surgir à l'occasion de l'exercice de la médecine envers les malades couverts par une collectivité, seraient organisés par le syndicat, d'accord avec cette collectivité. Une commission bipartite répondrait admirablement à l'instauration de cet accord et à son fonctionnement.

En terminant, je dois ajouter un mot qui ne me semble pas avoir été dit avec assez de force. Quand on examine ces graves problèmes, il ne faut pas se placer exclusivement au point de vue des seules grandes villes ou même des communes de moindre importance, mais qui possèdent cependant déjà des organismes médico-sociaux. Il faut songer aux petits centres ruraux, qui sont le nombre. Il y a des nécessités d'ordre pratique dont il faut tenir compte. J'ai la conviction que le système que je préconise est celui qui réduirait au minimum ces difficultés.

On a bien objecté que, si le malade touchait une somme globale et forfaitaire pour s'assurer à lui-même et directement les soins dont il a besoin, il ne se soignerait pas, ou, se soignant, ne payerait pas son médecin. J'ai déjà répondu à la première partie de cette objection, puisque je ne conçois pas de versement sans justification de l'état de maladie. Quant à la seconde partie, c'est au médecin à se défendre. Comment fait-il quand, ayant affaire à un client ordinaire qui peut le payer celui-ci néglige de le faire ? Il se fait honorer au comptant. Qui pourrait l'empêcher d'en faire autant ?

Enfin, pour aider le praticien dans sa tâche, pour lui donner les moyens de parfaire autant que possible la qualité de ses soins, il importe au plus haut point que le syndicat crée partout la maison de coopération médicale, dont Noir s'est fait en maintes circonstances le protagoniste, et qui a déjà été réalisée en quelques endroits.

En résumé sous la sauvegarde des principes qui forment l'armature en quelque sorte professionnelle de la médecine, je me déclare résolument partisan de la formule qui se trouve en tête du dernier numéro du *Médecin Syndicaliste* : *Pas de fonctionnarisation* ! *Pas de taxation des honoraires* ! Maintien inattaquable, à la profession médicale, de son caractère libéral, par un régime de liberté, tel que doivent le désirer des hommes libres, dont l'individualisme consent à être endigué et limité par les mesures d'ordre général édictées dans l'intérêt commun, par eux-mêmes, groupés et associés dans le syndicat auquel ils auront librement adhéré.

Postulat : La condition *sine qua non* de la possibilité d'application généralisée de ce système, c'est l'*entente*, l'*union* aussi parfaites que possible entre tous les membres du Corps médical.

G. Duchesne.

L'AGENDA-MEMENTO DU PRATICIEN

Edition 1922.

Nous nous demandions, l'an dernier, quel accueil serait réservé par nos lecteurs à la nouvelle édition de l' « Agenda-Memento du Praticien » que nous préparions alors, et qui devait porter le millésime 1921, et nous avions dû, avant de donner suite à notre projet, réclamer des amateurs une souscription ferme, dont l'importance devait finalement guider notre conduite.

Répondions-nous bien à un besoin ? Comblions-nous une lacune dans les bibliothèques médicales ? Avions-nous raison de vouloir mettre à la disposition des médecins une documentation soigneusement tenue à jour, renouvelée et complétée ? Les textes législatifs, les règlements, les tarifs, la jurisprudence qui intéressent la profession, en y ajoutant de nombreux renseignements de toute nature touchant à de multiples questions d'un intérêt pratique immédiat, et tel qu'il est nécessaire de les avoir toujours à portée de la main, pour trouver à point nommé la solution des problèmes que suscite l'exercice de notre art?

Nous étions en droit de nous poser ces interro

gations, à un moment où les difficultés économiques qui n'épargnent pas le corps médical, tant s'en faut, nous contraignent les uns et les autres à limiter nos dépenses, en donnant la priorité, dans les charges de notre budget, au strict indispensable.

Le résultat a dépassé grandement les espérances que nous pouvions légitimement caresser.

Nous avons, en effet, doublé, dans un but de louable prévoyance, le tirage déterminé par le nombre de nos souscripteurs. Bien nous en a pris. Ce tirage est, à cette heure, complètement épuisé, et il ne se passe pas de jours où nous nous trouvions dans la regrettable obligation de ne pouvoir donner satisfaction aux demandes qui nous parviennent encore d'une façon régulière.

La preuve étant ainsi faite de l'utilité de notre « Agenda », nous n'éprouvons aucune hésitation à préparer l'édition 1922. Nous le faisons d'autant plus hardiment que les améliorations de prix que nous avons pu obtenir, tant sur les matières premières, que sur la main-d'œuvre, nous permettent d'offrir cette édition à des conditions un peu plus avantageuses. Le prochain volume sera, en effet, souscrit pour douze francs, au lieu de quinze.

Quelle sera sa composition ? Comme les éditions précédentes, il comprendra deux parties : 1° une partie documentaire ; 2° un important « Agenda » proprement dit.

L' « Agenda » affectera une grande page à chaque journée, avec un complément de pages récapitulatives des dépenses, dont il est si important de tenir actuellement un compte exact afin d'établir avec précision les déclarations relatives à l'impôt sur le revenu et aux bénéfices des professions libérales.

Nous renonçons définitivement à y incorporer les feuilles de comptabilité que nous avions introduites dans l'édition de 1920, et qui furent supprimées l'an dernier, à la demande d'un grand nombre de souscripteurs.

Cependant, comme nous avons reçu une proportion notable de réclamations, de la part de confrères qui avaient apprécié les avantages de ces feuilles de comptabilité, nous étudions, avec l'espoir d'arriver à une réalisation pratique, la création d'un registre de comptabilité exclusivement formé de ces feuilles, et dont le prix ne sera pas inaccessible.

Quant à la partie documentaire, elle ajoutera aux textes législatifs en vigueur et qui seront rappelés *in extenso* quand leur importance l'exigera, tous les tarifs, toutes les lois qui ont été promulgués au cours de l'année. Un important chapitre sera consacré à l'Assistance et aux Hôpitaux ; un autre à l'organisation de la lutte antituberculeuse. Le Guide-barême des pensions militaires sera publié intégralement, ainsi que le Code de Déontologie du professeur Delmas, de Montpellier. L'inspection médicale des Ecoles trouvera sa place dans cette édition, qui contiendra enfin un memento relatif à certaines techniques de pratique courante, ainsi qu'aux régimes alimentaires.

La législation des accidents du travail, telle qu'elle se comporte actuellement avec le nouveau tarif Breton, fera l'objet d'un exposé aussi au point que possible.

Nous ferons en un mot tous nos efforts pour mettre entre les mains des souscripteurs de l'Agenda-memento une documentation très complète, dont ils mesureront le prix, ainsi qu'ils l'ont déjà fait dans le passé, aux services qu'elle leur rendra tous les jours.

La souscription est ouverte dès aujourd'hui. Elle sera irrévocablement close le 1er août prochain.

Les amateurs trouveront, dans le *Concours médical*, des bulletins qui leur permettront, avec le minimum de dérangement, de se faire inscrire : nous les engageons très vivement à ne pas attendre à la dernière heure, afin de ne pas retarder le travail matériel d'exécution, et d'être assurés d'être servis dans la dernière quinzaine de décembre (1).

LA VIE SYNDICALE ET PROFESSIONNELLE

Syndicat des Médecins de la Seine.

Le Syndicat des médecins de la Seine a tenu son Assemblée générale dans le grand amphithéâtre de la Faculté de médecine. L'ordre du jour comportait une seule question, la loi des pensions.

Le but principal de cette Assemblée a été d'abord d'affirmer la nécessité de l'Union du Corps médical et de déclarer que l'Union des Syndicats médicaux de France doit être normalement le représentant du Corps médical dans toute action de défense professionnelle générale.

Le secrétaire général, M. Jayle, a fait l'exposé très clair de la question ; relativement à la conférence du 12 mai organisée sur l'initiative de M. le professeur Pinard au ministère des pensions (voir art. de la *Presse médicale* du 18 mai, annexe, page 712), il a été donné connaissance d'une communication téléphonique qu'il avait eue la veille avec le directeur de M. le ministre des pensions dans laquelle en l'absence de Paris, de M. le ministre des pensions, M. le directeur de son cabinet lui confirmait qu'il était bien d'accord sur l'exactitude des résultats obtenus pour prendre l'expression utilisée dans l'article susvisé.

Le secrétaire général de l'Union, M. Lafontaine a fait un très intéressant exposé de la question depuis son origine.

---

(1) Voir p. 1685.

Au début, l'Administration donnait abusivement à l'expression « après entente » le sens de : *après avoir entendu*, si bien qu'il ne s'agissait plus d'un tarif d'accord, mais de prendre simplement l'avis du Corps médical, quitte à ne pas en tenir compte. Cette étrange interprétation, qui ne tenait même pas compte de la valeur grammaticale des mots, fut abandonnée par le ministre des pensions, lors de sa création.

Survint alors une autre difficulté relative à la compréhension du mot médical. En ouvrant le Littré, on trouve : Médical, qui appartient à la médecine, livres médicaux, le langage médical. Au point de vue légal, il n'existe plus, depuis la loi du 30 novembre 1892, qu'un diplôme de docteur en médecine, cette loi ayant abrogé le décret du 19 Ventôse an XI, signé par Bonaparte et qui comportait des médecins et des chirurgiens.

Malgré Littré et malgré la loi, le ministre des pensions voulut que le terme « médical » ne comprît pas les soins chirurgicaux.

Enfin, M. le ministre des pensions fit supprimer les mots : « après entente » dans la loi de finances le 30 décembre 1920.

M. Lafontaine a ensuite résumé tout le conflit jusqu'à ce jour. Relativement au reproche d'intransigeance adressé à l'Union des Syndicats, M. Lafontaine donne les noms des membres de la délégation médicale du 24 avril 1920. MM. Barbanneau, Chapon, Noir, Le Fur, Jolicœur, Vanverts, Quivy et Lafontaine. Cette délégation comprenait en particulier 1 délégué du syndicat du Nord et un autre de celui du Rhône qui, à cette époque, ne faisait pas partie du Syndicat.

M. Lafontaine fait enfin remarquer qu'en quittant, avec M. Quivy, la conférence du 12 mai, avant la fin, il a empêché justement la conférence réunie de prendre aucune décision, ce que le Conseil de l'Union désirait avant tout.

Il résulte ainsi de l'exposé de M. Lafontaine que l'Administration n'a jamais mis aucune diligence à régler la question posée ; depuis le 31 juillet 1919, il y a eu à peine quelques réunions de la Commission et, parfois même, c'était l'Union qui les proposait : 17 octobre 1919, 19 mars, 8 et 24 avril octobre 1920, et il y a des convocations faites par téléphone au dernier moment.

Après un certain nombre d'interventions parmi lesquelles, le Doyen du Syndicat, M. le professeur Pinard, MM. Le Fur, Hartmann, Sibut, Kopp, Gauthier, Coldefy, M. Cibrie, président, a mis aux voix les vœux suivants qui ont été votés sans opposition :

Ordre du jour présenté par le Conseil d'administration et voté par l'assemblée générale du 22 *mai* 1921.

Le Syndicat des médecins de la Seine, considérant qu'aujourd'hui plus que jamais, l'union du Corps médical est *nécessaire.*

Considérant d'autre part que l'Union des Syndicats médicaux de France doit normalement être le représentant des médecins dans toute action de défense professionnelle générale.

Considérant qu'à la base de tout accord, il est nécessaire d'admettre la suppression de la taxation d'office et le retour à l'ancien article 64 avec entente préalable entre les représentants de l'Administration et le Corps médical, transmet à l'Union des Syndicats médicaux les vœux suivants :

1er *Vœu.* — Les pourparlers avec le ministère des pensions seront repris aux conditions suivantes (acceptées par le ministre à la date du 12 mai dernier) :

1° Le décret du 9 mars sera retiré.

2° Une commission sera nommée, comprenant par tiers :

a) Des délégués de l'Administration.

b) Des délégués des bénéficiaires désignés par eux-mêmes.

c) Des délégués du Corps médical comprenant des représentants autorisés des organisntions et des Syndicats professionnels intéressés.

3° Le but de cette organisation sera :

a) L'étude d'une organisation de soins avec contrôle,

b) L'établissement d'un tarif d'accord s'appliquant à tous les soins *médicaux, chirurgicaux et de spécialités.*

2e *vœu.* — Le Syndicat des médecins de la Seine demande à l'Union de se charger de réaliser l'entente préalable entre les délégués du Corps médical.

3e *vœu.* — La Commission ci-dessus indiquée étudiera dans le plus large esprit d'entente le règlement de l'arriéré, mais en réclamant un tarif de soins identique pour Paris et pour la banlieue.

En plus le Conseil d'Administration a voté dans sa séance du 20 mai le vœu suivant dont il a été donné connaissance au cours des débats par le secrétaire général qui, à ce moment-là, a reçu l'approbation unanime de l'Assemblée mais a été omis par oubli en fin de séance, lors du vote général sur l'ensemble de l'ordre du jour :

4e *vœu.* — Le S. M. S. demande que la Commission tripartite soit réunie avant le 15 juin et qu'elle tienne autant de séances qu'il en faudra pour que le nouveau décret soit rendu avant le 15 août 1921.

***

Syndicat des médecins de l'Indre.

Le Syndicat des médecins de l'Indre, réuni en assemblée générale le 22 mai 1921, après avoir pris connaissance de la situation créée par la modification de l'art. 64 de la loi du 31 mars 1919 :

1° Adresse au Conseil d'administration de l'Union et à ses dévoués secrétaires les Dr Lafontaine et Quivy l'assurance de sa confraternelle gratitude pour la façon énergique dont ils ont défendu jusqu'à ce jour l'indépendance de la profession médicale, mise en péril par les menaces de l'arbitraire admi-

nistratif, et leur confirme sa sympathique confiance pour l'avenir ;

2° Met au-dessus de toute question purement matérielle de tarifs la conservation, à l'exercice de la médecine, de son caractère essentiel de profession libérale, et repousse en conséquence toute taxation arbitraire de ses honoraires et en particulier le tarif dit Maginot du 9 mars 1921 ;

3° Se désintéresse au point de vue professionnel de la reconstitution de l'art. 64 dans son texte primitif — reconstitution à laquelle il n'est pas hostile de parti-pris — et loin de chercher, comme l'a prétendu M. Maginot, à imposer à l'Etat tarif ou contrat, ne demande qu'à traiter comme *clients libres et responsables* les pensionnés de guerre, auxquels seuls il appartient de réclamer à l'Etat l'observation des engagements pris à leur égard ;

4° Ne réclame à l'Etat que le règlement des honoraires pour soins donnés sur la demande transmise par ses préfets en décembre 1919 — règlement fondé pour les prix de visite et de consultation sur la convention intervenue avec le préfet de l'Indre en juillet 1919, et pour les prix d'interventions et de déplacements sur le tarif syndical minimum ;

5° Malgré ses préférences pour la pratique traditionnelle des rapports directs de client à médecin sans interposition de tiers, se déclare favorable au contrat collectif local (ou régional) chaque fois qu'il sera démontré le seul palliatif d'abus existants ou menaçants — mais fait toutes réserves sur l'avantage moral pour le Corps médical de la recherche systématique de contrats collectifs à grande envergure, en raison de la quasi-impossibilité d'un contrôle simple et efficace, bouclier indispensable de l'honneur professionnel des médecins.

6° Propose toutefois à l'assemblée générale de l'Union des Syndicats d'émettre le vœu qu'au cas où Parlement et ministres réincorporeraient de leur propre chef dans la loi des pensions l'obligation d'une entente avec le Corps médical, aucune délégation de l'Union ne soit autorisée à accepter et encore moins à présenter une division du Corps médical en catégories, sacrifiant ainsi les intérêts de la grande majorité des médecins de petites villes et campagnes au profit d'une faible minorité de syndiqués habitant les grandes villes. ;

7° Demande également que, dans la discussion des questions intéressant la médecine générale et relatives à la fixation des heures dites de jour et de nuit et à la rémunération des déplacements, les médecins de grande ville, chirurgiens et spécialistes soient remplacés dans la délégation de l'Union par des praticiens exerçant à la fois en ville et à la campagne.

En ce qui concerne les conclusions du secrétariat de l'Union, son opinion est la suivante :

a) Le refus de toute taxation s'impose sans discussion.

b) La campagne à continuer doit surtout consister dans le renforcement d'une résistance professionnelle irréductible à toute intervention d'une autorité ou d'une influence étrangère dans les rapports de médecins à malades. Elle doit dans ce but viser à faire un bloc unanime de tout le Corps médical français, syndiqué ou non.

c) En cas de retour au texte primitif de l'art. 64 de la loi du 31 mars 1919, les projets d'organisation de soins et de contrôle élaborés par le Conseil de l'Union devront faire l'objet soit d'un referendum général, soit d'une discussion publique en assemblée générale.

d) L'action auprès des pensionnés doit être sobre et se limiter à l'exposé courtois, clair, complet et loyal de la situation faite aux médecins, et à la réfutation des attaques injustes.

Aucune propagande ne paraît nécessaire pour rechercher des appuis extérieurs dont le bon droit médical n'aura pas besoin si tous les praticiens de France ont de celui-ci une même conception, et s'ils restent résolus à ne pas se laisser domestiquer.

e) Il y a lieu de restreindre l'effort financier des syndiqués aux nécessités d'une action renfermée dans les limites ci-dessus définies et exclusive de polémiques d'allure politico-démagogique.

***

Fédération des Syndicats médicaux de l'Isère.

La Fédération des Syndicats médicaux de l'Isère, réunie en assemblée générale le 20 mai 1921, à l'Ecole de médecine de Grenoble.

Ayant pris connaissance de tous les documents relatifs à l'article 64 de la loi du 31 mars 1919, modifiée le 30 décembre 1920, et en particulier des comptes-rendus des récentes discussions à la Chambre des députés, des communiqués à la presse émanant du ministère des pensions, des opinions formulées sous forme d'articles ou d'ordres du jour par les différentes associations d'anciens combattants et de mutilés, et enfin des lettres, circulaires et décisions de l'Union des Syndicats médicaux de France.

Se reportant aux conclusions prises par l'assemblée générale du 16 avril 1921 de l'Association générale des médecins de France et aux comptes rendus de la réunion tenue récemment au ministère des pensions entre représentants des mutilés et réformés de guerre, de l'administration et du Corps médical, émet à l'unanimité l'ordre du jour suivant :

I. *En ce qui concerne les mutilés et réformés.*

1° La Fédération affirme à nouveau sa sollicitude vis-à-vis des mutilés, blessés et réformés de guerre, auxquels le Corps médical de l'Isère continuera à donner ses soins dans l'avenir, comme il les leur a donnés dans le passé.

2° Précise à nouveau que le différend actuel entre le ministère et les médecins repose uniquement sur une question de fond et de principe : maintien du caractère libéral de la profession médicale, refus de

toute taxation d'office qui en constitue la négation la plus absolue et la plus complète.

3° Proteste énergiquement contre toutes les tentatives faites de dresser les mutilés et réformés contre les médecins, tentatives reposant sur une interprétation sciemment erronée et tendant à représenter le Corps médical comme hostile aux mutilés.

4° Constate avec satisfaction que certaines associations d'anciens combattants ont nettement compris le caractère de la lutte actuelle et regrette que d'autres associations se soient méprises ou aient été trompées sur la nature et l'origine de cette lutte.

5° Affirme au contraire que cette lutte entre le ministère et le Corps médical est aussi favorable à la défense des droits médicaux qu'au respect des intérêts des mutilés et réformés, puisque destinée à leur donner dans l'avenir toutes les garanties de rigoureuse application de l'article 64 de la loi des pensions, et à leur permettre en particulier la liberté des soins chirurgicaux dans les mêmes conditions que pour les soins médicaux.

6° Fait remarquer aux mutilés et réformés que toute modification à la loi du 31 mars 1919, constitue pour eux une atteinte aux droits qui leur ont été si légitimement conférés par cette loi, — et que la modification intéressant le Corps médical, obtenue par surprise le 31 décembre 1920, est un premier pas dans une voie qui ne saurait que leur être nuisible et préjudiciable.

II. *En ce qui concerne le ministère des pensions.*

1° La Fédération estime que la nation a contracté envers les mutilés et réformés de guerre une dette de gratitude et de reconnaissance que le Parlement a traduit en une charte intangible par la loi du 31 mars 1919.

2° Regrette de devoir rappeler à l'Etat et à ses représentants qu'une dette contractée par la nation tout entière ne saurait être supportée exclusivement par une corporation.

3° Constate qu'en ce qui concerne les soins médicaux, le Corps médical en a assumé la charge totale depuis plus de 2 ans, et que l'Etat n'a participé à cette charge par aucun acte ou secours effectif.

4° Repousse d'une façon absolue dans le présent et dans l'avenir toute idée de taxation d'office, incompatible avec le principe et le respect du caractère libéral de la profession médicale.

6° Ne reconnaît par conséquent en aucun point le tarif Maginot, élaboré en dehors de toute entente avec les représentants autorisés du Corps médical.

6° Fait remarquer d'ailleurs, à titre de simple indication, que, si même la question de principe n'était pas en jeu, ce tarif serait encore inacceptable et inadmissible, d'abord par la division des médecins de France en catégories artificielles, division qui n'aurait comme conséquence que de créer des classes de médecins parmi ceux auxquels le même diplôme a conféré des droits égaux.

Ensuite par la fixation incompréhensible et au moins illogique de ces catégories qui reposent non point sur la population de la commune où exerce le médecin, mais sur celle de la commune où réside le malade, si bien que le même médecin, sans quitter son cabinet, et recevant dans la même journée un malade de Grenoble, Voiron et Voreppe, par exemple, appliquerait à chacun d'eux et pour des soins identiques des tarifs différents, changeant ainsi, suivant le cas, de valeur objective sans changer de valeur professionnelle.

Enfin et surtout, parce que ce décret restrictif, et que l'on pourrait appeler le décret des catégories, reposant sur une interprétation tendancieuse de la loi, crée encore entre les réformés de guerre des divisions au moins surprenantes et refuse la liberté des soins chirurgicaux aux mutilés et blessés de guerre, d'où cette conséquence inattendue que la loi ne joue plus pour ceux-là précisément pour lesquels elle a été primitivement faite, et que le blessé de guerre ne peut même bénéficier des avantages donnés aux accidentés du travail.

7° Félicite le ministre des pensions du succès remporté par lui sur les médecins inspecteurs cantonaux des Alpes-Maritimes, réduits à sa merci par la nécessité et la misère, ainsi qu'en témoigne la lettre dont il a donné lecture à la Chambre le 28 août 1921.

8° Proteste contre les suggestions ministérielles émises à la Chambre, et tendant à représenter le conflit actuel comme dû à l'intransigeance des Syndicats médicaux, alors qu'il repose uniquement sur la suppression du paragraphe V de l'article 64 de la loi des pensions, modification depuis longtemps envisagée et décidée par le ministre, comme le démontre nettement le compte-rendu de l'entrevue du 22 octobre 1920 entre le président de la Fédération et un inspecteur général du ministère des pensions, modification inopinément survenue alors que l'accord venait d'être réalisé presque entièrement dans l'Isère et eût pu l'être de la même façon dans tous les autres « départements réfractaires ».

III. *En ce qui concerne les médecins.*

1° La Fédération reconnaît exclusivement à l'Union des Syndicats médicaux de France le pouvoir de la représenter et de défendre ses droits et ses intérêts auprès des pouvoirs publics et la considère comme son unique mandataire.

2° Estime que l'Association générale des médecins de France (Société de secours mutuels et confraternels composée d'ailleurs dans l'ensemble des mêmes éléments que les Syndicats médicaux) ou toutes autres sociétés médicales doivent prêter leur appui moral à l'action de l'Union des Syndicats médicaux et agir en complet accord avec elle et sur sa seule initiative, mais ne sont en aucune façon qualifiées pour entreprendre une action isolée, différente et discordante, et ne sauraient se considérer comme accréditées auprès du ministère pour représenter les intérêts professionnels du Corps médical français,

ce rôle étant uniquement dévolu à l'Union des Syndicats médicaux de France.

3° Décide que rien ne doit être modifié à l'attitude prise par l'Union des Syndicats médicaux de France devant l'autocratisme du ministère des pensions et que tout doit être mis en œuvre pour éviter la domestication déguisée du Corps médical, dans le présent et dans l'avenir.

4° Estime que jusqu'à ce que satisfaction soit obtenue, c'est-à-dire, jusqu'à ce que la question de principe soit résolue, le Corps médical se trouve, de par les exigences ministérielles et à son grand regret, dans l'obligation momentanée de continuer à considérer les mutilés, blessés et réformés de guerre, comme les clients ordinaires, ne demandant toutefois le règlement des honoraires médicaux contre délivrance d'un reçu, qu'à ceux qui se trouvent dans une situation personnelle, leur permettant de le faire sans gêne ni difficulté.

5° Repousse toute reprise de pourparlers ou de conversations, avec les Pouvoirs publics, dans les conditions imposées par le ministre des pensions (reconnaissance par le Corps médical du décret du 9 mars 1921.)

6° Met en garde les médecins du département contre toutes les tentatives de division dont ils peuvent être l'objet, soit qu'elles émanent de certaines associations d'anciens combattants, ou du ministère, ou de la préfecture, et leur demande de conserver l'union morale nécessaire à la protection et à la sauvegarde de la dignité de la profession médicale.

Le président : Docteur F. Sappey (de Grenoble.)
Le vice-président : Docteur Chaffal (des Abrets).
Le secrétaire : Docteur Fabre (de Grenoble.)

***

Syndicat médical de l'arrondissement de Fontainebleau.

« Les membres du Syndicat médical de l'arrondissement de Fontainebleau, réunis en assemblée générale, le dimanche 22 mai 1921, sous la présidence de M. le Dr Queudot, après avoir entendu l'exposé fait par leur président du conflit survenu entre l'Administration et le Corps médical au sujet de la loi des pensions, ainsi que les observations de différents membres, à l'unanimité des membres présents :

Repoussent le tarif Maginot :

Déclarent s'opposer à toute taxation des honoraires médicaux, prélude de la fonctionnarisation du Corps médical ;

Approuvent l'action vigoureuse de l'Union des Syndicats médicaux *seule qualifiée pour parler au nom du Corps médical organisé*, et lui renouvellent leur confiance.

Et enfin félicitent son énergique et dévoué secrétaire général, le Dr Lafontaine ».

Le secrétaire,
Dr Rigal.

CHRONIQUE DE LA MUTUALITÉ

Hygiène et mutualité.

Dans un de ses derniers articles sur l'hygiène, notre ami René Martial disait que la Mutualité, qui avait en caisse six cent millions, pourrait faciliter l'organisation de l'hygiène en France, en employant cette somme à la création de dispensaires antituberculeux et autres.

Plein de zèle et de conviction pour la thèse qu'il défend si bien, notre confrère émettait une idée logique permettant des réalisations prochaines. Entendant toujours la Mutualité parler du développement de l'hygiène, il s'imaginait, dans sa bonne foi, que cette magnifique institution sociale était convaincue de la nécessité d'élaborer ce beau programme dont elle parle toujours, mais qu'elle n'exécute jamais.

Or, si notre ami est très versé dans les questions qu'il expose avec tant de talent dans nos colonnes, il est moins compétent dans les questions de Mutualité.

Il saurait, en effet, que celle-ci ne peut disposer des sommes qu'elle a accumulées à la caisse des dépôts et consignations, qu'elle est incapable de rien créer en hygiène par ses propres ressources et que, du reste, elle n'en a jamais eu la moindre velléité.

Les six cents millions déposés dans les caisses de l'État et dont on nous rebat les oreilles sont destinés au fonds commun des retraites, c'est-à-dire qu'elle ne peut y toucher en aucune façon, ni les affecter à un autre usage qu'à des retraites mutualistes. Il faudrait d'abord se demander si ces millions existent autrement que sur le papier. Les sociétés mutuelles versent bien des sommes chaque année, en général l'excédent des recettes sur les dépenses. Elles prennent leurs dispositions, grâce à l'exploitation chronique de leurs médecins, pour verser des sommes pouvant déclancher le maximum des subventions de l'Etat. Or, l'Etat met l'argent dans sa poche et inscrit une somme de rente au profit de telle ou telle société. Et je mets au défi les sociétés mutuelles de pouvoir, sauf par un emprunt national, récupérer les sommes inscrites à leur crédit. Tout sert donc aux retraites et quelles retraites ?

Ah, les heureux mutualistes ont-ils de la veine. Ils se sont précipités dans le sein de la Mutualité comme des bons gogos, dans l'espoir d'une pension pour leurs vieux jours. S'ils n'ont pas leur croûte, ils auront du moins du lapin.

Car la fameuse retraite, qui n'en est pas même une, mais une allocation annuelle, renouvelable, varie en moyenne entre 60 et 70 francs par an. Par ces temps de vie chère, si elle ne nourrit pas son homme, elle lui permet au moins d'acheter

des cure-dents et une ceinture pour se serrer le ventre.

Et voilà le grand résultat de tout ce bluff mutualiste.

Ah, nous sommes loin des millions destinés à l'organisation d'œuvres sociales utiles. La Mutualité prêche d'exemple par la parole oui, par l'action non.

Elle a parlé souvent d'organisation de dispensaires tuberculeux, mais il n'a jamais été question d'en créer avec des souscriptions ou des cotisations de ses sociétaires. C'est toujours avec l'aide des subventions et des fonds du pari mutuel qu'elle a songé à faire ces créations. Je crois qu'il en fut créé un à Paris, je ne sais comment il fonctionna,mais il me semble avoir entendu dire qu'il avait été transformé en maison d'opérations pour des mutualistes et pour d'autres opérés payants.

En tout cas, quelle est l'idée qui préside, dans la Mutualité, à l'organisation de dispensaires antituberculeux. Ce n'est pas un intérêt altruiste, c'est simplement une idée d'économie. Elle n'y voit qu'un moyen de faire soigner à bon compte ses tuberculeux et ainsi diminuer les dépenses qu'elle doit faire pour faire soigner ces malheureux chroniques par ses médecins attitrés. C'est un moyen de réduire leurs minimes honoraires. Mais ce qu'elle voit surtout d'un excellent œil, c'est la création de dispensaires communaux ou départementaux, qui ne lui coûtent rien et sur lesquels elle déverse le flot de ses malades, ainsi soignés gratuitement par les contribuables. De telle façon, elle réalise des économies et peut ainsi grossir le fonds commun des retraites, ce fonds lourd et inutile, l'orgueil de la Mutualité. Mais, aussi, quand elle arrive à réunir à son actif la forte somme sur le papier, grand tam-tam, on organise la fête du 1er ou du 2e million, on invite un ministre qui répand la manne céleste sous la forme de rubans multicolores, et le tour est joué.

Dr M. Vimont.

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations.

— Hotel-Dieu. L'enseignement des vacances comprendra des cours de vacances et un enseignement public de vacances.

1° *Cours de vacances.* — Ils auront lieu sous la direction de M. le professeur A. Gilbert et de M. Maurice Villaret, agrégé, médecin des hôpitaux. Ils comportent un cours de révision et un cours de perfectionnmeent.

a) Cours de révision : sur les *notions récentes de clinique pratique et d'application des méthodes de laboratoire courantes au diagnostic.* Il aura lieu *du 4 juillet au 23 juillet* 1921, avec la collaboration de MM. Guilleminot, Herscher, Lippmann, Jomier, Chabrol, Brin, H. Bénard, Dufourmentel, Saint-Girons, Coury, Dausset, Durey, Gérard, Lagarenne, et Commandon, chefs ou anciens chefs de clinique ou de laboratoire. Il comprendra 32 leçons.

b) Cours de perfectionnement : sur *les notions récentes sur les maladies du tube digestif.* Il aura lieu du 5 au 20 *septembre* 1921, avec la collaboration de MM. Lardennois, Guilleminot et Chiray, agrégés, Herscher, Lippmann, Chabrol, H. Bénard, Saint-Girons, P. Descomps, Deval, Durey, Dausset, Gérard et Lagarenne, chefs ou anciens chefs de clinique ou de laboratoire. Il comprendra 32 leçons.

Ces cours, d'ordre essentiellement pratique, seront illustrés de planches et de projections photographiques et cinématographiques, et accompagnés de présentations de malades, d'instruments, de pièces et préparations microscopiques. Ils porteront plus spécialement sur l'examen clinique au lit du malade, sur les exercices de technique de laboratoire et sur les procédés récents de thérapeutique médicale, chirurgicale, physiothérapique ou hydrominérale.

Des sommaires détaillés résumant chaque leçon seront distribués à chaque élève, auquel sera délivré un certificat à l'issue du cours.

2° *Enseignement clinique public de vacances.* — M. Maurice Villaret, agrégé, médecin des hôpitaux, fera pendant les mois d'août et septembre, un enseignement au lit du malade, tous les matins, à 10 h.30. *Tous les mercredis, à 10 h. 3/4* : leçon clinique et présentation de malades.

— **Hôpital des Enfants-Malades** : *Médecine infantile*, par le professeur Nobécourt. — Ce cours aura lieu du mercredi 17 août au samedi 3 septembre, le matin à 10 h. 1/2, l'après-midi à 16 h. 1/2.

Les leçons du matin seront précédées d'un enseignement au lit du malade ou à l'amphithéâtre.

— **Leçons sur la tuberculose.** — Ce cours aura lieu en deux semaines du 4 au 17 juillet :

A l'hôpital Laënnec, par le professeur Léon BERNARD.

A l'hôpital Boucicaut, par les professeurs LETULLE et BEZANÇON.

A l'hôpital des Enfants-Malades, par le professeur Auguste BROCA.

A l'hôpital Necker, par le professeur RENON.

Le cours aura trait à tout ce qui concerne la clinique médicale et chirurgicale, à l'Anatomie pathologique, à la prophylaxie et au traitement de la tuberculose.

— **Ecole de puériculture de la Faculté de médecine de Paris**, 64, rue Desnouettes, Paris (XVe). — Du 3 au 13 octobre 1921, une série de 12 leçons sera faite à l'Ecole de Puériculture de la Faculté de Médecine de Paris, 64, rue Desnouettes, XVe arrondissement, par MM. les professeurs Pinard, Marfan, Couvelaire, Léon Bernard, M. A. Guillon, directeur de l'Office public d'hygiène sociale du département de la Seine, et le docteur Weil-Hallé, secrétaire général de l'Ecole de Puériculture, sur les questions à l'ordre du jour concernant la puériculture.

Une série de visites aux Œuvres d'assistance maternelle et infantile de la région parisienne sera organisée en même temps.

Pour toutes inscriptions et tous renseignements, écrire avant le 25 septembre 1921 à M. Emile Weisweiller, administrateur de l'Ecole de Puériculture, 64, rue Desnouettes, Paris (XVe). Tél. Saxe 75-78.

Les frais à verser seront de 50 francs pour le cours de puériculture, de 150 francs pour chacun des cours de clinique.

Prière de s'inscrire par lettre au Secrétariat de la Faculté de Médecine de Paris :

Avant le 15 *juin* pour les cours qui auront lieu avant le mois d'août, et *avant le* 15 *juillet* pour les autres.

Pour tous autres renseignements (organisation matérielle, voyage, logement), s'adresser à l'*Association pour le développement des relations médicales* (*A. D. R. M.*) *à la Faculté de Médecine de Paris.*

— **Hôtel-Dieu d'Orléans.** — *Concours pour l'internat* (3 places). — 25 juillet 1921, à 2 h. 1/2. —

Les épreuves de ce concours consistent :

1° En une composition écrite sur un sujet d'anatomie, tiré au sort ;

2° En l'examen de deux malades, l'un de médecine, l'autre de chirurgie ; chaque examen d'une durée de vingt minutes suivi, après vingt minutes de réflexion, d'une exposition orale d'une durée de dix minutes.

Une heure est accordée pour la composition écrite.

Seront seuls titularisés, les candidats qui auront obtenu le nombre de points fixé par le jury.

Les candidats qui n'auront pas obtenu le minimum de points nécessaire, pourront être admis à titre provisoire par l'Administration, d'après le rang obtenu au concours. Ils auront les mêmes avantages matériels que ceux accordés aux internes titulaires ; mais ils ne jouiront ni du titre d'interne, ni des prérogatives qui s'y rattachent, c'est-à-dire : prix, gratifications, exemption du stage de spécialités.

L'entrée en fonctions aura lieu le 1er janvier 1922.

Les internes titulaires reçoivent, outre la nourriture, le logement, le chauffage et l'éclairage, une somme annuelle de 1.800 fr. et *des gratifications quand il y a lieu.*

De plus, *un prix spécial de* 200 *francs* sera accordé à chacun des candidats ayant obtenu les 2/3 du maximum des points au concours à la condition qu'ils aient donné toutes satisfactions à leurs chefs de service et à l'Administration pendant leur première année d'internat.

Les internes titulaires sont nommés pour deux ans.

Ils ne doivent faire aucun remplacement médical sous peine de renvoi.

Sont admis au concours : tous les étudiants et étudiantes en médecine, français ou naturalisés français, ayant au moins huit inscriptions.

En cas d'insuffisance du nombre de candidats français, les étudiants et étudiantes étrangers, élèves d'une faculté française, pourront être admis à concourir dans la limite où l'Administration croira devoir le décider.

Toutes facilités sont accordées aux internes pour les dissections et la médecine opératoire.

Les internes changent de service tous les six mois, d'après un roulement établi par l'Administration.

Pendant la durée des vacances des élèves sages-femmes, les internes peuvent être appelés à tour de rôle à assurer le service de la Maternité.

Pour tous renseignements, et pour s'inscrire, s'adresser au Directeur des Hospices d'Orléans.

— **Cours d'orthopédie de M. Calot**, du 1er au 8 août 1921, à l'Institut orthopédique de Berck (Pas-de-Calais) (onzième année).

En sept jours, de 9 h. du matin à 7 h. du soir, enseignement du traitement des *tuberculoses*

externes (adénites, abcès froids, coxalgie, mal de Pott, tumeurs blanches, etc.), et de *l'orthopédie* indispensable aux médecins (luxation congénitale de la hanche, pied bot, paralysie infantile scoliose, etc.), et du traitement pratique des *fractures*. *Exercices pratiques individuels.*

Pour médecins et étudiants français et étrangers. Explications en espagnol et en anglais. Droits d'inscription : 150 fr. Ecrire dès maintenant au Dr Fouchet, à l'Institut Calot, à Berck-Plage, ou à la Clinique Calot, 69, quai d'Orsay, Paris.

— **Les médecins de Toulouse à Paris.** — Samedi dernier, 14 mai, 7e banquet mensuel de l'association des médecins de Toulouse à Paris, au restaurant Saint-Michel. Réunion plus cordiale encore, si possible, que les précédentes ; le groupement prend décidément corps — de 70, il vient de passer à 80 membres — et affirme chaque mois davantage sa vitalité : c'est donc qu'il correspondait à un besoin et que l'avenir le plus fécond lui est réservé au point de vue action confraternelle. Étaient présents les docteurs Fourcade, Gabriel, Larcher, Dartigues, Roule, Mont-Refet, Nigoul-Foussal, Marcorelles, Laffont, Verdier, Alberge, Armengaud, Bourguet, Dutech, Groc, Terson, Mazet, Chapelle, Clavel, Esclavissat, Malleterre, Thomas, Duraud, Bory. — Excusés les docteurs Emonet, Millias, Galland, Delherm, Baudon, Molinery et Cami. Au dessert, toast spirituel du Dr Roule, professeur au Muséum d'histoire naturelle, pour féliciter les docteurs Dutech et Roucayrol de leur récente promotion dans la Légion d'honneur et le Dr Bourguet de son admission à l'unanimité à la Société des Chirurgiens de Paris. Le prochain banquet aura lieu en juin à une date qui sera fixée ultérieurement.

—**Vichy.** —Au cours du mois de mai, la Compagnie Fermière de Vichy a inauguré la saison thermale de 1921 en recevant successivement à Vichy les professeurs et auditeurs du cours sur les maladies du tube digestif, institué à la Clinique médicale de l'hôpital Saint-Antoine, sous la direction des docteurs Bensaude, Félix Ramond et Le Noir puis les élèves des cours de thérapeutique et d'hydrologie des facultés de Nancy et de Lyon sous la direction des professeurs Perrin et Piéry.

Reçus par les représentants de la Compagnie Fermière et les membres du bureau de la Société des Sciences médicales de Vichy, les professeurs et élèves de ces cours, comprenant de nombreux médecins étrangers, visitèrent les célèbres sources de l'Etat et les installations du Grand Etablissement Thermal, dont ils ont pu apprécier la haute perfection ; les services de mécanothérapie, d'hydrologie et l'électrothérapie retinrent spécialement leur attention.

Dans les toasts prononcés à la fin des banquets offerts par la Compagnie Fermière aux Hôtels du Parc et Majestic, le Représentant de la Compagnie et le Président de la Société des Sciences médicales souhaitèrent la bienvenue aux professeurs et élèves venus si nombreux pour visiter la station thermale de Vichy. Le docteur Félix Ramond, médecin des hôpitaux, les professeurs Perrin et Piéry remercièrent la Compagnie de son cordial accueil et célébrèrent les vertus bienfaisantes des eaux des Sources de l'Etat, dont la gamme si riche permet les combinaisons thérapeutiques les plus variés.

— **Saint-Gervais-les-Bains.** — Dans l'après-midi du dimanche 15 mai, 60 jeunes médecins de la Faculté de Paris, sous la direction de MM. les professeurs P. Carnot et Rathery, ont visité la station thermale et climatique de Saint-Gervais-les-Bains. Les congressistes, venant d'Evian, ont été reçus par M. le maire A. Conseil, entouré des médecins de la station et des bureaux du Syndicat d'initiative et du Syndicat des Hôteliers.

Après quelques mots d'aimable bienvenue prononcés par M. le maire Conseil, un lunch fut offert aux visiteurs, dans les salons de l'Hôtel de Genève, par le Syndicat des Hôteliers.

Au champagne, une conférence leur fut faite par M. le docteur Roux, médecin consultant à Saint-Gervais, sur la nature et l'action des Eaux thermales et sur la valeur spéciale du climat de Saint-Gervais.

Après un remerciement ému de M. le professeur P. Carnot et de cordiales poignées de mains de part et d'autre, les congressistes repartirent en auto-cars pour se rendre à Aix, en passant par les Aravis et Annecy.

Le Directeur-Gérant : Dr GASSOT.

Clermont (Oise). — Imprimerie DAIX et THIRON.
THIRON et FRANJOU, Successeurs.
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

AVIS

I
Stations thermales
Stations d'altitude.

Nos lecteurs qui désirent voir leur nom figurer dans les listes que nous publierons prochainement sont priés de nous en informer.

II
Envois de fonds.

Pour l'envoi des abonnements et des cotisations aux filiales, nous rappelons que le moyen le plus pratique et le plus économique est le versement au compte de chèques postaux dont voici les nos :

Concours Médical, Paris, 167-95.

Sou Médical, Paris 182-31.

Mutualite Familiale Paris, 182-32.

Caisse des pensions de retraites du Corps médical français. Paris, 271-46.

des « Gouttes de lait », elle a, cependant, le défaut d'encourager certaines mères, qui pourraient nourrir au sein, à manquer à ce devoir primordial, sous le coupable prétexte que « la Goutte de lait », leur fournissant un excellent succédané, il leur est bien permis de ne pas déformer leur corps et de ne pas s'astreindre aux obligations, parfois assujettissantes, qu'impose l'allaitement.

Des praticiens, et parmi eux des professeurs de Faculté, ont donc protesté contre cette sorte de prime accordée, sinon à la paresse, du moins au mauvais vouloir de certaines femmes.

A ce propos, il semble que, dans les régions libérées, le Comité américain ait voulu, en créant, dans la plupart des centres populeux, des « Consultations de nourrissons », en faire ressortir la supériorité sur les « Gouttes de lait ».

En effet, dans ces consultations, dirigées par les médecins locaux, on engage, par de pressantes exhortations, des primes en nature et en argent, des secours et encouragements, les mères à nourrir leur enfant au sein.

On fait remarquer à ces dernières que, dans les pays dévastés, parmi des campagnes à peine remises en état, avec les animaux médiocres que sont les vaches « récupérées » auxquelles, en complément d'un fourrage rare, on est obligé de donner des pulpes, des drèches, des tourteaux et un tas d'autres résidus industriels, le lait de ces vaches ne saurait équivaloir à celui de la mère, et que, bien que bouilli, il est encore capable de causer des troubles gastriques, intestinaux, des vomissements, de la diarrhée, des dermatoses, etc.

Voici bientôt deux ans qu'existent ces consultations, et leurs médecins ont eu l'intime satisfaction que leur voix n'a pas été la *vox clamans in deserto* dont parlent les Livres Saints.

Maintenant, autour d'eux, presque toutes les mères nourrissent au sein et leur progéniture est, autant pour les mères que pour leurs conseillers, un légitime sujet d'orgueil : la race qui pousse fera, un jour, des citoyens robustes et de vaillants soldats.

Si les médecins des « consultations de nourrissons » ont obtenu ces résultats, c'est qu'ils ont su parler aux nourrices le langage simpliste qu'il convenait.

Le peuple est un *grand enfant qui aimera* toujours les histoires : pour atteindre sa raison et par conséquent, obtenir son adhésion, il est indispensable de prendre le chemin fleuri des *sentiments ; on monte ainsi du cœur au cerveau.*

Ceci n'est point un paradoxe et cette histoire « d'histoires » n'en est pas une ; je veux dire *qu'il ne faut pas, au besoin, reculer devant une* anecdocte pour convaincre son auditoire.

Tenez, j'ai connu, jadis, deux aimables curés de campagne ; l'un, de source bourgeoise, licen-

cié ès-lettres, auquel sa santé imposait le grand air ; l'autre, issu d'une modeste famille de terriens. Du premier, l'église était toujours vide ; pourtant il commentait, savamment, St-Thomas et sa *Somme* et, le cas échéant, n'hésitait pas à aborder des sujets aussi ardus que, par exemple, l'accord de la prescience divine avec la liberté individuelle ; mais cela passait au-dessus de la tête de son auditoire, si tant est qu'il en eût un.

De l'autre, l'église était bondée, mais il parlait, à ses campagnards, le langage qui leur convenait. Pour les entraîner, dans la voie du bien et le chemin de la perfection, il lui suffisait de faire appel à ces sentiments de bonté, de pitié et de générosité qui sommeillent en toute âme humaine. Ce brave prêtre lisait et commentait l'Évangile. Et, lorsqu'il leur avait raconté que, pour sécher les pleurs de la veuve de Naïm, Jésus avait ressuscité son fils, que, pour enseigner la charité, envers autrui, le Sauveur avait pardonné à la femme adultère, les paysans comprenaient ce langage, et, de retour chez eux, se sentaient devenus meilleurs : ils étaient convaincus.

Convaincre, c'est vaincre deux fois. J'ai connu, également, deux médecins de consultations de nourrissons.

L'un dissertait, devant son auditoire féminin, sur la composition des différents laits, de vache, de chèvre, de jument, d'ânesse ; sur leur valeur nutritive et les avantages qu'il y aurait, dans certains cas, à les employer : c'était très bien dit, mais sans portée pratique.

L'autre disait simplement : rien ne vaut, pour l'enfant, le lait de sa mère et je le prouve : « regardez autour de vous : quels sont les plus beaux enfants, quels sont ceux qui sont le moins souvent malades, les enfants nourris au sein ou ceux au biberon ? Répondez ? Et l'on convenait de la supériorité de l'allaitement au sein ; les témoignages vivants en étaient là.

Et, pour encourager les nourrices à persévérer, lui aussi, comme *le curé de Cucugnan*, voire comme celui dont je parlais tantôt, il ajoutait : « Dans mes voyages, car j'ai beaucoup voyagé, j'ai rencontré de bien belles femmes, ayant de bien beaux seins, pas plus beaux que les vôtres, mes chères nourrices ; tenez, à Paris, il y en a une, qui habite le Louvre, elle s'appelle « la Vénus de Milo » ; j'en ai encore vu une, à Florence, on la nomme « la Vénus de Médicis », une troisième réside depuis longtemps, à Naples, c'est la Vénus Callipyge.

Mais, toutes ces femmes, aux beaux seins, ne valent pas celles que j'ai admirées, en Afrique, car elles sont en marbre, tandis qu'en Afrique, elles sont en os et surtout en Chair : on les appelle les Hottentotes.

Ces femmes-là, voyez-vous, sont des modèles de mères. Si je vous parlais de leur stéatopygie et

de ce qu'un euphémisme élégant, autant que discret, appelle « leur tablier », la chose ne vous intéresserait pas ; mais, ce que vous devez retenir, c'est que ces femmes africaines — dédaigneusement appelées sauvages, par quelques imbéciles — sont d'admirables mères de famille, qui font souche d'enfants superbes.

Eh ! pourquoi, Mesdames ? parce qu'elles nourrissent leurs enfants au sein, non pas un, non pas deux, mais bien pendant trois et quatre ans !

Certes, cela développe bien un peu leurs seins. Mais bien qu'elles le lancent à leur progéniture par dessus l'épaule et qu'il ait, de ce chef, pris quelque peu la forme de la cornemuse de Highlanders ou des bergers bretons, je n'ai jamais songé à en rire. »

Chères nourrices, imitez les Hottentotes, et vous aurez ainsi des enfants bien portants, solides, qui grandiront en force et en grâce, qui seront vite votre gagne-pain et le bâton de votre vieillesse !

Dr Galand.
(de Cambrai.)

DOCUMENTS OFFICIELS

A L'OFFICIEL

Arrêté interministériel du 6 juin 1921, fixant le tarif des indemnités de déplacement auxquelles peuvent avoir droit les médecins appelés à donner des soins à domicile aux bénéficiaires de l'article 64 de la loi du 31 mars 1919.

Aux termes du paragraphe 5 de l'article 64 de la loi du 31 mars 1919, modifié par l'article 54 de la loi de finances du 31 décembre 1920, le tarif des soins médicaux et pharmaceutiques dus aux bénéficiaires de la loi du 31 mars 1919 doit être établi par un décret rendu dans la forme des règlements d'administration publique.

Ce décret est intervenu le 9 mars 1921 L'article 4 dudit décret est ainsi conçu :

« Les indemnités de déplacement auxquelles peuvent avoir droit les médecins appelés à donner des soins à domicile sont établies pour chaque département sur la proposition des préfets, par arrêtés concertés entre le ministre des pensions et le ministre des finances. Les tarifs tiendront compte des régions, parcours et modes de transport.

« Les indemnités ne pourront être supérieures à 1 fr. 50 par kilomètre effectivement parcouru, sans que le montant total de l'indemnité puisse excéder

celle attribuable au médecin ou au spécialiste le plus rapproché.

« L'indemnité kilométrique n'est allouée en aucun cas, ni pour les parcours de moins de 2 kilomètres, ni dans les limites d'une agglomération, ni dans les communes de 100,000 habitants et au-dessus.

« Lorsqu'un médecin visite plusieurs malades échelonnés sur un même parcours, l'indemnité kilométrique n'est décomptée qu'une fois, en tenant compte du parcours effectué. Le montant de l'indemnité est décompté sur la feuille de visite du malade le plus éloigné avec référence réciproque entre la feuille de visite des différents malades visités. »

En conséquence sous les réserves indiquées aux paragraphes 2, 3 et 4 de l'article 4 du décret du 9 mars 1921 ci-dessus rappelé, et vu les propositions des préfets, le tarif des indemnités de déplacement accordées aux médecins appelés à donner des soins à domicile aux bénéficiaire de l'article 64 de la loi du 31 mars 1919 est ainsi fixé :

1° Pour les déplacements par voie ferrée, sont remboursées les sommes réellement payées aux compagnies de transport ;

2° Pour les déplacements par tous autres moyens, le tarif par kilomètre effectivement parcouru est le suivant :

1 fr. dans les départements ci-après : Charente, Cher, Côte-d'Or, Côtes-du-Nord, Gironde, Indre-et-Loire, Loiret, Lot-et-Garonne, Marne, Meurthe-et-Moselle, Oise, Seine-et-Marne, Tarn-et-Garonne, Vaucluse ;

1 fr. 25 dans le département ci-après : Indre.

1 fr. 50 dans les départements ci-après : Ain, Basses-Alpes, Ardennes, Cantal, Creuse, Drôme, Isère, Jura, Loire, Haute-Loire, Meuse, Nièvre, Puy-de-Dôme, Rhône, Savoie, Vosges (1).

APHORISMES

Par le docteur E. CROUZEL,
Le Buisson (Dordogne).

Définition de l'aphorisme : Jugement bref et juste des gens, des choses, et des circonstances de la vie. C'est la vérité en miniature, la sagesse en raccourci, dans une formule, une image ou un mot.

— Celui qui pense, chaque jour, à l'avenir, n'est jamais pris au dépourvu.

— Il n'y a que ce qui est acquis par l'effort qui est profitable et donne toute satisfaction.

— La thérapeutique est une bonne fille : elle se prête à toutes les fantaisies des médecins.

(1) C'est toujours à titre documentaire que nous insérons ici ce tarif kilométrique, cette publication ne comportant ni approbation ni acceptation de notre part. N. D. L. R.

— Pour réussir dans la vie, il faut n'avoir qu'un but principal, ne le perdre jamais de vue et y consacrer tous ses efforts.

— La valeur médicale est toujours relative et l'étalon de la valeur absolue n'existe pas.

— On confond souvent le *savoir* avec le *savoir-faire* : celui-ci est souvent inséparable du *faire-savoir*.

— Méfiez-vous surtout des gens qui ont des motifs de vous jalouser : à toutes leurs protestations de dévouement, bornez-vous de les prier de ne pas vous faire trop de mal !

— La générosité est le plus souvent un acte stupide, inconscient et vaniteux.

VARIÉTÉS

L'Orviétan.

Nous avons tous entendu parler de cette panacée que glorifie ironiquement Molière dans l'Amour Médecin.

SGANARELLE.

Monsieur, je vous prie de me donner une boîte de votre orviétan, que je m'en vais vous payer.

L'OPÉRATEUR.

L'or de tous les climats qu'entoure l'Océan
Peut-il jamais payer ce secret d'importance ?
Mon remède guérit par sa rare excellence
Plus de maux qu'on n'en peut nombrer en tout un an.
La gale, la rogne, la teigne, la fièvre, la peste, la goutte, vérole, descente, rougeole,
O grande puissance de l'Orviétan.

SGANARELLE.

Monsieur, je crois que tout l'or du monde n'est pas capable de payer votre remède ; mais pourtant, voici une pièce de trente sols, que vous prendrez, s'il vous plaît ».

Le hasard m'a mis en main un livre : « Recueil des remèdes faciles et domestiques, choisis expérimentez et très approuvez pour toutes sortes de maladies internes et externes et difficiles à guérir. portant la date de 1701 ». J'y copie la page suivante, pensant être agréable à nos lecteurs :

« De tous les remèdes que Dieu a révélés aux hommes pour la conservation de leur santé, il n'y en a point qui ont fait plus de bruit que l'Orvietan... Voici sa véritable composition :

Prenez :

Racines de gentiane...........	3 onces
D'angélique	1 once
De scorsonere	1 once
D'aristoloche ronde	1 once
De zedoëre...................	1/2 once
De grains de genièvre	2 onces

De rhue seiche	6 dragmes
Iris de Florence	1/2 once
Fleurs de gerofle	2 dragmes
Corne de cerf près de la tete	2 dragmes
Trochises de vipere	2 dragmes ½
Antimoine prepare	2 dragmes
Miel de Narbonne (s'il se peut)	2 litres
Vin blanc du meilleur	1 chopine
Theriaque vieille	1 once
Confection d'alchermes	2 dragmes
Confection de hyacinthe	2 dragmes

Préparation.

Mettez les 12 premières drogues en poudre fort subtile, passées par le tamis séparément et le jour que vous voudrez faire l'Orvietan, melés bien toutes ces poudres ensemble dans une terrine convenable et vernissée. Pressés le miel et le vin blanc, faire le cuire ensemble jusqu'à la consistance de sirop ; prenés en une partie ou autant que vous jugerez à propos, pour dissoudre le theriaque, la confection alchermes et la confection de haycinthe ; melés tout cela avec le reste du sirop hors du feu ; faites les encore bouillir.

Et l'ayant retire du feu, ajoutes y petit à petit toutes les poudres, remuant bien le tout ensemble avec un pilon de bois, pendant une grosse heure et jusqu'à ce que le tout ait acquis la consistance de la theriaque et voila votre Orvietan achevé. La dose de cet orvietan est du poids d'une dragme ou de la grosseur d'une fève, il le faut dissoudre avec des liqueurs convenables selon la diversité des maladies, c'est un antidote.

Dr M. VIMONT.

LÉGION D'HONNEUR

Dans la dernière promotion du Ministère de la Guerre, nous relevons avec plaisir le nom de notre vieil ami et collaborateur, le Dr COURGEY (d'Ivry). C'est une croix bien placée qui récompense plus de 40 années de labeur professionnel et de dévouement aux œuvres sociales. Nous lui adressons nos plus sincères et sympathiques félicitations.

QUARANTE-TROISIÈME ANNÉE — N° 25 — DIMANCHE 19 JUIN 1921

Fondé en 1879 par Auguste CÉZILLY
Rédigé et dirigé par H. JEANNE (1900-1914),

LE CONCOURS MÉDICAL

ORGANE HEBDOMADAIRE DES PRATICIENS
Groupés dans la Société « Le CONCOURS MÉDICAL » et ses Filiales

ADMINISTRATION & PUBLICITÉ
G. BOULANGER, ADMINISTRATEUR

ABONNEMENTS :

France	24 fr.
Étranger	28 »
Étudiants (France)	12 »
Le numéro	50 cent.

Chèques Postaux Paris 167-95

DIRECTION

MM. les Drs A. GASSOT, Directeur ; A. MAURAT ; H. CEZILLY ; J. NOIR ; P. BOUDIN docteur en droit ; M. VIMONT ; G. DUCHESNE.

MM. P. CEZILLY, J. DUMESNY, licenciés en droit ; G. BOULANGER.

RÉDACTION

Dr J. NOIR, RÉDACTEUR EN CHEF
Drs P. LACROIX et G. DUCHESNE SECRÉTAIRES DE LA RÉDACTION

N.-B. — Les manuscrits publiés ou non, ne sont pas rendus.

Rédaction et Administration : 132, rue du Faubourg St-Denis, PARIS (10e). Téléphone : Nord 48-17

Quarante-troisième année. N° 25 19 Juin 1921.

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

Office de Renseignements du « Concours »

Membres du Concours exerçant dans les Stations Thermales.

NOTA. — Nous rappelons à nos abonnés qu'il est nécessaire de nous informer chaque année de leur désir de voir figurer leur nom sur ces listes.

MM. les Docteurs:

Aix-les-Bains Bertier, Blondel, L. Coutaz, Dardel, Duvernay, Forestier, Goddard, Kent-Gazet, Feling.
Allevard-les-Bains, Boël
Ax-les-Thermes (Ariège) Dresch, Gomma.
Bagnères-de-Bigorre. F. Duprat (Enfants).
Bagnoles-de-l'Orne. J. Arnaud, Joly, Pesnel Poulain.
Bains-les-Bains, Dr M Henry.
Barèges. Bosine.
Besançon-La Mouillière. Mlle Jeanne Bon.
Biarritz. Clavel, Lecour.
Bourbon-Lancy, Bellœuf, Compin.
Bourbon-L'Archambault. Mansillon.
Bourbonne-les-Bains. Gay, Testevuide.
Brides-les-Bains et **Salins-Moutiers.** Mathieu, Laissus fils.
Cambo-les-Bains, Colbert. — Hamant.
Capvern. Pomarède, Pouy.
Cauterets. Anglade, Armengaud, Got.
Châtel-Guyon. Baumann, Bayrac, Conchon, Foucaud, Gachlinger, Kolbé, Levadoux, Mazeran, Riberolles, Saint-René-Bonnet.
Contrexéville. J. Thiéry.
Divonne-les-Bains. Ballivet.
Eaux-Bonnes. Bajac
Enghien-les-Bains. Bevrand.
Escouloubre-les-Bains. Dr Sarda.
Evaux-les-Bains. J. Gruzu, Lepage
Evian, L. Da ard.
Forges-les-Eaux. Bernardicou.
Gréoux (Basses-Alpes). Rigal.
Hendaye. Th. Casenave.
La Bourboule. Christin, Verdalle.
La Motte-les-Bains. De Langenhagen.
Lamalou-les-Bains. Belugou, Cauvy.
La Roche-Posay-les-Bains. Bardet, Guyot.
Luchon, Dutech, Germès, Molinéry (ne fait que la physiothérapie), Pelon, Salles, Sammuller.
Luxeuil-les-Bains. Bornéque, Cugnier, Gauthier Picot, Pierrhugues, Rimey.
Martigny. Dedet. Payen.
Mont-Dore. J. André, Béal, Debidour, Dubruel, Levadoux.
Néris. Ducros.
Palavas-les-Flots. Gelly.
Plombières-les-Bains. Bernard. Gillot. Hagen, de Langenhagen, Truelle.
Pougues-les-Eaux. Hyvert.
Royat. Chassagnard. Mougeot.
Salins-les-Bains. Bourdy, Baud.
Salins-Moutiers. Gorthier.
Salies-de-Salat. Barbé.
Saint-Didier, (Vau.) Masquin.
Saint Gervais-les-Bains. Alphonsi. Baradat C. Bleicher, E. Mallein, Musso, Roux.
St-Honoré-les-Bains. Comoy Comte. Odin. Ségard.
St-Nectaire Serane, Siguret, Versepuy.
St-Sauveur. Sabail.
Salies-de-Béarn. Callais, Coustère. David Reynaud
Sermaize-les-Bains. Rousselot, Ramonet.
Thonon-les-Bains. Vuillaume.
Ussat (Ariège). Pujol.
Vals-les-Bains, Chabannes, David.
Vichy. Caben, Castera Chevreux, Cotar, Desmaroux, Gannat, Guinard, Reynes, Ed. Vidal.
Vittel. Constant, Mousseaux.

DON. — Nous avons reçu à titre de don à la Société civile du *Concours Médical*, de M. le Docteur GODEMEL, à Gannat (Allier), la somme de cinq francs, pour bons offices du journal.

AVIS

Tout médecin sollicité de s'installer à Bolbec (Seine-Inf.) est prié de ne pas le faire sans se renseigner auprès de M. le Dr Pasquier, 27, rue de St-Quentin, au Havre, président du Syndicat des médecins du Havre et de l'arrondissement.

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum, aux* « demandes et offres ».

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne, qui est versé dans la caisse de la

Société civile du Concours Médical). *Adresser un mandat ou mieux verser au compte de chèques postaux,* Concours Médical, *Paris 167-95.*

Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse.**

N° 310. — Veuve de docteur désire vendre instruments et livres, enverra prix et listes sur demande, 2, rue Richelieu, à Pau.

N° 311. — Torpedo Renault 12/16 HP 1920, démarrage et éclairage électriques, état neuf. Faire offres. Dr Mathieu, 10, boulevard de Strasbourg, Paris, 10e.

N° 312. — A vendre Multiplex Boutonnet moteur et dynamo pour continu 60 v. courant sinusoïdal, cautère lumière, milli Schurk, bon état, 600 francs. Docteur Cance 58 bis, rue Ramey, Paris 18e.

N° 313. — Docteur courant clientèle générale, vénéréolog. parl. Angl. et Allem., disposant petit capital cherche situation méd. ou paraméd.

N° 314. — Auto Berlier 15 HP, sortant de l'usine. Prix 15.000 fr. cause double emploi, adresse Dr Garnier, à Avignon.

N° 315. — A céder : appareil à stérilisation du lait pour 9 flacons. Voltmètres. Livres anciens.

N° 316. — Docteur désire céder nombreux instruments, état de neuf : Forceps Tarnier. Seringues diverses. Série bougies Guyon nick. Spéculums. Pinces. Ciseaux. Bistouris etc. Liste sur demande.

N° 317. — Excellente occasion : Voiturette Renault 2 cyl. 8 HP, n'ayant pas roulé août 14-févr. 19. Mécanisme revu état neuf, à vendre cause double emploi. Dr Reilhac à Clairac (Lot-et-Garonne).

N° 318. — Cable Michelin 765 × 105, neuf, mis quinze jours sur roue de secours, à vendre 300 fr. plus le port. Dr Petit, à Valenciennes.

N° 319. — Médecin ayant clientèle bourgeoise à Paris, permuterait avec confrère, situé au bord de la mer pendant tout ou partie d'août.

N° 320. — Voiturette Monet-Goyon ayant roulé 800 k. à vendre 4.500 fr. Dr Aubery, à Paray-le Monial.

N° 321. — Demande poste campagne, seul médecin, rapport minimum 20.000 fr. grande banlieue sud Paris.

N° 322. — A reprendre après décès dans petite ville, clientèle ancienne, rapport : 30.000 fr. grande maison, pays riche. S'adresser à Breitel et Boret, 1, rue Dante Paris.

N° 323. — A céder avec très petit comptant, bon poste, dans petite ville, rapport : 20,000 fr. Habitation agréable, véritable occasion à saisir. S'adresser à Breitel et Goret, 1 rue Dante Paris.

N° 324. — Conduite intérieure Zèbre 10 HP, absolument neuve, 4 places, écl. et démar. électr. très jolie. Prix demandé 16.800 fr. Urgent.

Les DYSMÉNORRHÉES sans obstacles, réagissent bien à la puissante action antinévralgique rapide et persistante du **Pyréthane.**

Prescrire les doses faibles, 25-50 gouttes avant les règles.

Pendant les crises, donner 30-50-60 gouttes aux repas, en eau bicarbonatée.

CORRESPONDANCE

Le doctorat en chirurgie.

Mon cher Noir,

Votre « propos du jour » du 5 juin fait allusion au diplôme du doctorat en chirurgie lequel — dites-vous — est supprimé depuis plus d'un siècle. Or, en recherchant, avec l'ami Darras, quels avaient été les derniers titulaires de ce diplôme, nous avons été

conduits à faire plusieurs constatations dont nous croyons intéressant de vous faire part.

Le grade de docteur en chirurgie n'a été aboli que par la loi du 30 novembre 1892. (art. 8). En 1886, il y a encore eu une thèse de doctorat en chirurgie qui a été soutenue par le Dr de Madec devant la Faculté de Médecine de Paris. A cette occasion, l'émoi fut même asssez grand à la Faculté, et Brouardel y a fait allusion dans une de ses leçons (1), car, aux approches de la modification de la loi de ventôse, on ne semblait pas manifester une grande frayeur pour ce diplôme un peu spécial et qui, d'après nos recherches, ne compte qu'environ 300 titulaires depuis l'an XI.

Très peu de médecins briguaient le titre unique de docteur en chirurgie ; il semble que ce second diplôme n'avait d'attrait que pour les titulaires du doctorat en médecine, désireux de se spécialiser. Dans la loi de ventôse, il est indiqué que les études ne diffèrent pas et que seul le cinquième examen portera sur la clinique interne ou externe suivant le titre de docteur en médecine ou de docteur en chirurgie que le candidat voudra acquérir.

Il n'existe plus actuellement aucun titulaire du diplôme de docteur en chirurgie.

En plus du Dr de Madec, les quatre derniers titulaires de ce diplôme furent :

(1) L'exercice de la médecine et le charlatanisme, Paris 1899, p. 62.

Mazery (Louis-Elisée), né en 1830. Thèse de Paris : 4 juillet 1870. De l'anus artificiel chez l'adulte. Il était docteur en médecine de Montpellier du 24 janvier 1870.

Gilbert (Théodore-Hyacinthe), né en 1830. A soutenu ses deux thèses à Montpellier.

Allais (Guillaume), né en 1853, docteur en médecine, Paris, juin 1878, docteur en chirurgie, Montpellier 31 juillet 1878.

Et enfin Phélippeux, né en 1833, docteur en chirurgie de la Faculté de Montpellier, 8 janvier 1881, qui n'a jamais recherché le diplôme de docteur en médecine.

Ces renseignements n'ont qu'un intérêt rétrospectif, mais votre documentation est toujours si précise que nous avons pensé que vous accueilleriez volontiers ces remarques qui permettent de fixer un petit point de notre histoire médicale que très vraisemblablement beaucoup de nos confrères ignorent.

Veuillez agréez, mon cher ami, l'assurance de mes sentiments les meilleurs.

Dr Ch. Levassort.

Réponse.

Nous remercions bien vivement notre bon confrère Levassort, de son intéressante communication.

Elle précise un point d'histoire de la médecine dont l'intérêt est d'actualité, à la suite du distinguo subtil produit récemment à la Chambre, par M. le Ministre des Pensions.

J. N.

Remise d'impôts aux démobilisés.

J'ai reçu, il y a une huitaine de jours, 2 feuilles vertes de contributions (sommations sans frais), dont l'une concerne les contributions *antérieures à* 1920 et se montant à 1.227 fr. 14. Or, je ne me rappelle pas avoir reçu de feuille blanche m'en donnant le détail, et un confrère me dit que je ne dois pas payer ce qui est antérieur à 1920, parce que j'ai été mobilisé pendant cette période. Est-ce vrai ? Et que dois-je faire ? N'est-il pas trop tard pour faire une réclamation ?

Dr P.

Réponse.

Aux termes de l'article 15 de la loi du 31 mars 1919, remise intégrale et d'office de la contribution personnelle mobilière due pour les années 1914 à 1919 incluse est accordée, si leur revenu net total annuel, déductions faites pour situation et charges de famille, au titre de l'impôt général sur le revenu, n'a pas dépassé 5.000 fr., aux mobilisés, pour chaque année au cours de laquelle ils auront été présents sous les drapeaux. Le droit à remise est réglé, pour les années 1914 et 1915, d'après le revenu de l'année 1915 ; pour chacune des années 1916 à 1918, d'après le revenu de l'année précédente.

En outre, ceux des contribuables ci-dessus visés qui auront cessé leur profession au cours de l'une des années 1914 à 1919 inclus, par suite des circonstances provenant de l'état de guerre, obtiendront remise de la contribution des patentes à partir du mois suivant celui de la cessation.

Si, par suite de votre mobilisation, vous vous trouvez devoir bénéficier des remises d'impôts ci-dessus, vous n'avez qu'à en faire la déclaration au percepteur, qui doit vous délivrer des feuilles spéciales destinées à établir votre demande de remise.

Le salaire de base pour le calcul des indemnités accidents.

I

Je vous serai extrêmement obligé de me donner les renseignements suivants :

Un blessé du travail amputé de l'index gauche obtient 12 % de rente annuelle et viagère. Son salaire annuel est d'après l'assurance 7.653 fr.

On lui propose 317 fr. 29 de rente. Il me semble que 12 % devrait lui faire une rente plus forte.

1° Doit-il accepter ce qu'on propose ou demander davantage ;

2° En ce cas, quelle rente doit-il demander ;

3° Comment, sur un salaire annuel de 7.653 fr. calcule-t-on la rente ?

4° Le demi-salaire journalier payé au blessé par l'assurance pendant tout le temps du traitement est de 12 fr. 75.

Il me semble que le salaire annuel devrait être 25 fr. 50 × 365 jours = 9.307 fr. 50.

Comment arrive-t-on à un salaire de 7.653 fr.

Le blessé était employé depuis 24 jours dans la maison où il a été blessé. Dr R.

Réponse.

Si la réduction de capacité a été évaluée à 12 %, la victime de l'accident a droit à une rente de moitié de ladite réduction, soit 6 %, ou, sur un salaire de 7.653 francs, à une rente de 459,18.

Si, au contraire la rente devait être de 12 %, la réduction de capacité ayant alors été évaluée à 24 %, la rente serait, sur le même salaire, du double, ou 918,36.

Le blessé n'est pas obligé d'accepter les propositions qui lui sont faites par la patron ou la Compagnie, si elles ne sont pas acceptables. La rente doit d'ailleurs être fixée, soit par conciliation devant le président du Tribunal, soit, à défaut de conciliation, par le Tribunal lui-même.

Le salaire de base n'est pas le même pour le calcul de l'indemnité temporaire que pour le calcul de la rente.

Pour l'incapacité temporaire, l'indemnité temporaire est égale à la moitié du salaire touché au moment de l'accident, à moins que le salaire ne soit variable ; dans ce dernier cas, l'indemnité journalière est égale à la moitié du salaire moyen des journées de travail pendant le mois qui a précédé l'accident.

Pour la fixation des rentes, au contraire, le salaire de base s'entend, pour l'ouvrier occupé dans l'entreprise pendant les douze mois avant l'accident, de la rémunération effective qui lui a été allouée pendant ce temps, soit en argent, soit en nature.

Si l'ouvrier a été occupé dans l'entreprise pendant moins de 12 mois avant l'accident, à la rémunération effective qu'il a reçue depuis son entrée s'ajoute la rémunération qu'il aurait dû recevoir pendant la période de temps nécessaire pour compléter les 12 mois, d'après la rémunération moyenne des ouvriers de la même catégorie pendant ladite période.

Il est donc fort possible que le salaire de base pour la fixation de la rente ne coïncide pas avec le salaire de base pour la fixation de l'indemnité temporaire. Dans l'immense majorité des cas, même, cette coïncidence n'existera pas.

(Voir la suite page XXXV-1789)

PROPOS DU JOUR

Echos lointains de l'Assemblée générale de l'Union des Syndicats médicaux de France. Protestations.

L'Assemblée générale de l'Union des Syndicats médicaux de France où a été discutée l'attitude du corps médical dans le conflit de la loi des pensions, a provoqué chez nos confrères une émotion qui est loin d'être calmée. Si nous avions consenti à publier les éloges et les critiques qui nous ont été adressées sur ce mémorable congrès syndical, un numéro entier du *Concours médical* n'aurait pu y suffire. Aussi avions-nous résolu de ne pas en parler, considérant qu'il était inutile d'ouvrir une nouvelle polémique sur un conflit qui est en voie de résolution. Nous avions pensé que le silence était préférable pour ne pas gêner les négociations des mandataires de l'Union des Syndicats médicaux de France avec M. le ministre des pensions, qui, actuellement, mieux informé et plus éclairé sur ce qu'ont de justifiées les protestations des Syndicats médicaux, paraît être disposé à d'équitables concessions.

L'Union des Syndicats médicaux de France a montré qu'elle était assez forte pour défendre les intérêts des médecins praticiens, qu'elle savait garder la mesure, malgré les légendes qu'on avait tenté de créer à son sujet, qu'elle savait se passer de certains appuis dangereux et qu'elle aurait pu répéter la prière du Preux que cite Voltaire :

« Seigneur, garde-moi de mes amis,
Je me charge de mes ennemis.

Nous prions donc les confrères qui, du Finistère à la Côte-d'Or, du Loiret aux rives de la Méditerranée, nous ont envoyé leurs impressions, de nous excuser si nous ne croyons pas devoir les publier.

Leurs articles contenaient des observations fort judicieuses, des critiques parfaitement justifiées, mais tout cela serait considérablement inopportun. Le passé doit, à ce jour, céder le pas à l'avenir qui est en gestation.

***

Délégué du Syndicat des médecins de la Seine à l'Assemblée de l'Union, j'avais cru de mon devoir de faire dans notre journal le tableau de l'Assemblée tel que je l'avais vue. Les impressions que j'ai publiées sont toutes personnelles, et peuvent être discutées, mais les faits que j'ai relatés, sont rigoureusement exacts. Mon article m'a valu deux protestations, une de M. le président du *Syndicat médical Murat-St-Flour*, notre honorable confrère, le Dr Gabriel Peschaud, l'autre de M. le Dr Lemoine, secrétaire du Syndicat des médecins de la Nièvre, au nom du Bureau de ce syndicat.

Nous nous empressons de publier ces documents, laissant à nos lecteurs le soin de juger.

***

Voici le passage de notre article qui a motivé la protestation de Murat-St-Flour : il reproduisait à peu près les renseignements lus à la tribune par le secrétaire adjoint de l'Union :

Il n'y a de flottements que dans deux Syndicats : C'est d'abord dans le Syndicat de Saint-Flour et de Murat qui compte *treize* membres et dont la direction est entre les mains d'hommes politiques ; encore ce syndicat au nombre de membres fatidique, n'accepte-t-il pas le tarif Maginot.

Dans cette dernière phrase il y a une erreur : le Syndicat en question compte, paraît-il, **32** *membres et non* **13. 23** ont signé l'ordre du jour que nous publions ci-après.

Voici la lettre et le document que M. le Dr Peschaud, ancien sénateur, si nous ne nous trompons pas encore, nous demande d'insérer *en vertu du droit de réponse* !

Syndicat médical de Saint-Flour-Murat.

Murat, le 6 juin 1921.

Monsieur le directeur du *Concours médical*,

C'est avec une certaine surprise que je lis dans le *Concours* du 5 juin, dans votre article sur la loi des pensions, l'entrefilet suivant :

« C'est d'abord dans le Syndieat Murat-St-Flour.................................
jusque....., n'accepte-t-il pas le tarif Maginot.)

Je veux bien croire que votre bonne foi a été surprise et pour que vos lecteurs puissent juger

l'attitude du Syndicat médical Murat-St-Flour, je vous prie, en vertu du droit de réponse, de vouloir bien insérer intégralement sa délibération.

J'ajoute seulement que le Syndicat Murat-St-Flour comprend non pas 13 membres, mais tous les médecins des deux arrondissements, soit 32, qui tous ont accepté la décision prise par les membres présents, et ne vous en déplaise, ce chiffre n'a rien de fatidique et la direction du Syndicat n'est pas entre les mains d'hommes politiques; c'est une injure gratuite que vous faites à mes confrères en insinuant qu'ils auraient pu sacrifier les intérêts du Corps médical à des considérations étrangères.

Ci-inclus la délibération et veuillez agréer l'expression de nos sentiments confraternels.

Le président du Syndicat médical Murat-St-Flour,

Dr Gabriel PESCHAUD.

Syndicat médical de Saint-Flour-Murat.

Ordre du jour voté le 3 avril 1921.

Les membres du syndicat médical de Saint-Flour Murat, réunis en majorité à Saint-Flour le 3 avril 1921.

Après avoir pris connaissance du décret ministériel du 9 mars 1921 portant application de l'article de la loi des pensions concernant les soins aux pensionnés de guerre, et du tarif fixé par le Conseil d'État ;

Considérant que ce tarif est manifestement inférieur au tarif de la clientèle ordinaire, en certains points même inférieur à celui de l'assistance médicale gratuite, que la distinction en cinq catégories, basée sur le chiffre de la population de la résidence des pensionnés, n'est motivée par aucune raison valable, pas plus par les garanties demandées au médecin que par les frais que peut entraîner l'exercice de la profession, et qui, à l'heure actuelle, sont souvent plus élevés dans les localités de faible population que dans les grandes villes.

Considérant, d'autre part, que le devoir des médecins est de collaborer avec l'État pour donner aux pensionnés de guerre les soins auxquels ils ont droit, et qui ne sont ni une assistance, ni un secours, mais une réparation nationale qui ne doit pas être supportée par les médecins seuls ;

Décident à l'unanimité :

1° Qu'ils ne peuvent accepter le tarif médical compris dans le décret du 9 mars 1921, fixant, pour les communes de moins de 5.000 habitants, la consultation à 4 fr. et la visite à 5 fr. ;

2° Qu'ils continueront cependant à donner leurs soins aux pensionnés de guerre, sur la présentation des carnets de visite réservés à cet effet, sous la réserve expresse que cette façon de faire ne constitue pas une adhésion quelconque au tarif du décret du 9 mars 1921 ;

3° Que pour les soins donnés antérieurement au 9 mars 1921, date du décret, les mémoires produits à la Préfecture le seront d'après les prix acceptés par la lettre du ministre des Pensions du 9 octobre 1920, pour le département du Cantal, et qui sont de 8 fr. la visite, 7 fr. 50 la consultation, et d'après le tarif kilométrique ordinaire ;

4° Expriment le vœu qu'il soit établi un tarif analogue au tarif des accidents du travail, sans distinction d'aucune catégorie, afin de donner satisfaction aux intérêts de tous.

Ont signé ou avaient donné leurs pouvoirs.

Drs Gabriel PESCHAUD, Durand PESCHAUD, RABBE, GRAS, BRUN, SERRE, PUÉCHAVY, MAGE, JABIOL, PARLIER, FONTANIER, SOLELIS, HUGON, VAISSADE, HERMABESSIÈRE, ENJALBERT, HOURS, DELORT, CROS, MALLET, SOULIÉ, MOISSEL, JOUVE.

Pour copie certifiée conforme :

Le Président du Syndicat,
Le Secrétaire : Dr GRAS. Dr Gabriel PESCHAUD.

Pour compléter la réponse du Syndicat de Murat-St-Flour, nous reproduisons les paroles prononcées à la Chambre des députés le 14 avril 1921 par M. le Dr Hermabessière, député du Cantal, membre du Syndicat médical de Murat-Saint-Flour et signataire de l'ordre du jour ci-dessus :

M. HERMABESSIÈRE. — Lorsque la circulaire que vient de lire M. le ministre des pensions a été publiée, les différents syndicats médicaux de province se sont réunis. Cette réunion a eu lieu pendant les dernières vacances parlementaires. Je tiens à donner ces détails à la Chambre.

Le Syndicat médical dont j'ai l'honneur de faire partie s'est réuni. Voici quelles ont été les décisions prises à la presque unanimité des médecins présents. Ils ont trouvé que *les exigences de l'Union des Syndicats médicaux étaient exagérées.*

AU CENTRE. — Un peu !

M. HERMABESSIÈRE. — Il est certain que le tarif qu'elle voulait imposer était exagéré et permettrait des abus graves.

Et dans sa bonne foi, que nous ne discutons pas, M. Hermabessière croyait ainsi faciliter l'établissement du tarif unique que l'Union des Syndicats s'était, dès le début, efforcée d'obtenir, malgré les protestations du délégué du Syndicat des médecins du Rhône, qui trouvait le tarif demandé par l'Union beaucoup trop inférieur à celui de Lyon.

M. le Dr G. Peschaud a joint à l'envoi des pièces ci-dessus, une lettre personnelle, d'allure assez vive, et dont il m'autorise à faire état, accompagnée de documents qui prouvent que depuis sa fondation, le Syndicat de Murat-St-Flour a fait œuvre d'activité et rendu de grands services à ses membres.

Nous n'en disconvenons pas. Mais nous doutons que l'avis de ce syndicat, porté à la tribune de la Chambre par l'honorable M. Hermabessière, ait rendu service aux intérêts généraux de la profession médicale.

Dans sa lettre, M. le Dr Peschaud affirme que son syndicat a vu le jour en 1895, *bien avant l'Union des Syndicats médicaux.* M. le Dr Peschaud se trompe, l'Union des Syndicats médicaux fut fondée le 27 juillet 1884, onze ans

avant la création de son Syndicat, et en 1895, j'avais l'honneur d'être secrétaire général de l'Union.

M. le Dr G. Peschaud, dans sa lettre, évidemment écrite *ab irato*, reproche à l'Union de compromettre la réputation du corps médical en élaborant des tarifs qu'il juge excessifs, lui, fils de médecin, médecin depuis 36 ans, père et beau-père de médecins. Comme j'ai pris part à l'élaboration de ces tarifs avec une vingtaine de confrères très honorables, dont un professeur à la Faculté de médecine, 2 chirurgiens des hôpitaux de Paris et des médecins de campagne tout aussi bien que des praticiens parisiens, moi, fils, gendre et neveu de médecins, beau-frère de deux médecins, exerçant la médecine depuis 28 ans, *sans interruption*, dans un quartier très peu fortuné de Paris, où je me vante d'avoir conquis la confiance et l'estime de mes clients, je répondrai à M. le Dr Peschaud que le tarif proposé comme base de discussion par l'Union des Syndicats n'était pas exagéré et que le public n'aurait pas eu le droit de s'en émouvoir.

Les prix de ce tarif étaient pour la plupart ceux de 1914 majorés de 100, 125 et rarement de 200 pour 100. Comme M. le Dr Peschaud, je suis Auvergnat de vieille souche, et, à ce titre, j'aime le fromage du Cantal ; or, j'en paye la livre 5 francs, alors qu'elle ne me coûtait que 1 fr. 20 en 1914 ; mon tailleur me demande 425 fr. pour le costume qui me coûtait jadis moins de 150 fr. et je trouverais singulier, si les fabricants de fromage du Cantal et les honorables commerçants parisiens se permettaient de trouver exagérés les prix de nos tarifs, qu'ils acceptent d'ailleurs sans protestation.

Je me permettrai de répéter à M. le Dr G. Peschaud pourquoi l'Union des Syndicats Médicaux veut que les tarifs de soins soient rémunérateurs. C'est tout simplement pour que le médecin puisse faire de la *médecine propre*. Avec un tarif bas, le praticien, *pour vivre*, est obligé de multiplier les visites, de faire de la médecine à la grosse, de passer à l'état d'expéditionnaire en ordonnances, qui ne prend même pas le soin d'examiner ses malades.

A l'Union des Syndicats médicaux, nous ne voulons pas favoriser ces mœurs ; nous voulons que *le médecin puisse gagner sa vie en exerçant consciencieusement, utilement, honnêtement sa profession* ; nous voulons qu'il puisse mettre trois quarts d'heure, et plus s'il le faut, pour examiner son malade.

Le public qui est de plus en plus averti, ne se laisse pas tromper sur ce point et sait qu'en médecine plus qu'en toute autre chose, le bon marché coûte très cher.

***

Passons maintenant à la protestation du Syndicat des médecins de la Nièvre. Elle a trait à M. le Dr Régnier, député, qui, à la Chambre des députés, à l'Association générale des médecins de France, à la réunion du 12 mai au Ministère des Pensions, s'est efforcé, sans succès d'ailleurs, d'opposer l'Association générale à l'Union des Syndicats médicaux et de diviser le Corps médical.

Voici la lettre du bureau du Syndicat de la Nièvre :

Nevers, le 8 juin 1921,

Monsieur et cher Confrère,

Le *Concours médical* du 5 juin publie, sous la plume du Dr Noir, un compte-rendu de la récente assemblée générale de l'Union, dans lequel nous relevons, au sujet de l'attitude du Dr Régnier, député, une phrase que nous ne pouvons laisser passer sans protester. Nous tenons à déclarer hautement que le Dr Régnier est entièrement dévoué à la cause syndicale. C'est sur les instances du Syndicat de la Nièvre (qui compte 112 adhérents sur 120 médecins) qu'il est intervenu dans le conflit relatif à l'application de la loi des Pensions, il s'est toujours tenu en contact étroit avec le bureau qui se solidarise avec lui. Quant à son interpellation à la Chambre, elle a eu un résultat des plus heureux. Relisez, en effet, dans l'*Officiel*, l'ordre du jour qui a clôturé le débat, et vous vous rendrez compte que l'accord prochain entre le ministre des pensions et le Corps médical sera bien un peu l'œuvre de notre confrère. Si une fausse interprétation donnée à quelques paroles a pu éveiller les craintes de militants trop prompts à s'émouvoir, il n'en reste pas moins acquis que, seul de tous les médecins parlementaires, le Dr Régnier a réclamé (et obtenu) l'addition à l'ordre du jour de la motion suivante : « Résoudre le plus rapidement possible, PAR ENTENTE AVEC LE CORPS MÉDICAL et les mutilés, le conflit survenu au sujet de l'application de l'art. 64 de la loi du 31 mars 1919 ».

Il serait regrettable que de fâcheuses questions de personnes vinssent dénaturer les faits et empêcher les médecins de rendre un hommage mérité au confrère qui a accepté la mission ingrate de défendre leurs droits dans un milieu assez enclin à les méconnaître.

Nous espérons, Monsieur le rédacteur en chef, que votre souci de la vérité vous fera un devoir

de publier dans le prochain numéro du *Concours* cette lettre rectificative.

Le bureau du Syndicat des médecins de la Nièvre.

Le secrétaire : Dr LEMOINE,
3, rue Vauban, Nevers.

Nous ne nous permettrons aucune réflexion sur la lettre du bureau du Syndicat des médecins de la Nièvre. Le compte-rendu de l'Assemblée générale de l'Union des Syndicats médicaux sera publié *in extenso*. Les 15.000 médecins syndiqués pourront y lire les paroles sténographiées du secrétaire général, Lafontaine, exposant « l'attitude du Dr Régnier, député » et la réponse également sténographiée de M. le Dr Régnier. Ils apprécieront.

J. NOIR.

PARTIE SCIENTIFIQUE

CLINIQUE THERAPEUTIQUE

Faculté de médecine de Paris : M. le prof. agrégé RATHERY.

Les vaccinations anti-variolique, anti-rabique et anti-typhique.

La vaccination anti-variolique n'est pas de date très ancienne. Au début du XVIIIe siècle, en Angleterre, on adopta de façon assez courante la coutume de donner la variole atténuée pour empêcher la variole. Cette pratique offrait de grands inconvénients, celui entre autres de pouvoir provoquer parfois une variole grave. En 1768, Sutton nota le fait suivant : chez les gens atteints d'une maladie appelée *cow-pox*, on constatait une sorte d'immunité contre la variole.

L'observation de Sutton était passée inaperçue lorsque Jenner, qui remplissait les fonctions de variolisateur dans le Glowcestershire, montra à son tour que les sujets qui avaient été atteints de cow-pox, maladie de la vache, et prise auprès de celle-ci, ne contractaient pas la variole. Il eut le mérite et le courage de faire, en 1796, l'expérience suivante. Il inocula le cow-pox à un enfant de dix ans et deux mois après il le variolisa. L'enfant n'eut pas de variole, même légère.

Le cow-pox est une maladie qui s'observe chez la vache, chez le cheval (horse-pox), et aussi chez la chèvre, le lapin. Ce dernier y est même particulièrement sensible. L'homme peut le contracter auprès des animaux, dans la traite d'une vache malade, par exemple. On ne sait pas encore bien exactement ce qu'est ce cow-pox, ce vaccin. On y a bien décrit des corpuscules, mais leur nature reste indéterminée. On s'est demandé s'il n'y avait pas identité entre la variole et la vaccine. Les Allemands l'ont admis. En France, à la suite des travaux de Kelsch, de Camus, de Teissier, on pense plutôt qu'il s'agit de deux affections différentes.

Divers faits intéressants furent constatés. On vit que l'on pouvait rendre des sujets réfractaires à la variole autrement que par l'inoculation vaccinale cutanée, en injectant le vaccin sous la peau ou dans le péritoine. L'immunité était acquise sans éruption pustuleuse. Il semble bien que celle-ci ne soit pas indispensable. Dans ces cas-là, il est vrai, l'immunité est plus longue à se constituer.

D'autre part, on nota que le virus existait pendant un temps, minime d'ailleurs, dans le sang, et qu'il se localisait ensuite dans les pustules. On put ainsi conférer l'immunité à l'animal par transfusion de sérum d'un animal vacciné.

La loi de 1902 a rendu la vaccine obligatoire. De par cette loi, tout sujet doit être vacciné, à la naissance, à la onzième et à la vingtième années. Pratiquement ces dates ne sont pas suffisantes: l'immunité, en effet, n'a qu'une durée moyenne de 5 ans, quoi qu'elle puisse se prolonger beaucoup plus longtemps. Retenez le fait et retenez aussi qu'en temps d'épidémie, il faut toujours vacciner ou revacciner, quelle que soit la date de la dernière vaccination, même si celle-ci est récente.

Je ne m'étendrai pas sur les produits vaccinogènes. Autrefois on vaccinait de bras à bras, méthode dont vous connaissez les inconvénients, la syphilis vaccinale possible, principalement. On n'utilise plus aujourd'hui que la pulpe vaccinale glycérinée. Il y a intérêt à ce que cette pulpe vaccinale ne soit pas trop vieille, à ce qu'elle ne dépasse pas, comme date de sa récolte, 50 jours (Kelsch). La vaccine, d'autre part, en dehors de l'agent spécifique, renferme des microbes divers. Au bout de quelques jours, ces microbes ont disparu et le vaccin est purifié. On choisira donc un tube de vaccin ni trop récent, ni trop vieux. Camus a montré que l'on pouvait se servir de vaccin congelé et desséché,

qui garde ses propriétés longtemps, ce qui offre de l'intérêt, aux colonies par exemple.

La technique de la vaccination vous est connue. On procède par grattage, injection sous-cutanée, piqûre ou scarification. Le procédé le plus avantageux est la scarification au niveau du bras, ou du membre inférieur chez la femme. Je vous rappelle l'intérêt qu'il y a à faire l'inoculation en des points convenables. Si vous la pratiquez en des endroits incorrects du bras, les cicatrices deviendront visibles et pourront prêter à des réflexions désagréables plus tard, chez les jeunes filles particulièrement.

Quels sont les symptômes de la vaccine ? A la fin du 2e jour, on voit apparaître au point inoculé une tache rose. Au 4e jour, se montre une élevure rouge. Puis, l'aréole gagne en étendue et une masse blanchâtre (pulpe vaccinale) s'agglomère au sommet. Au bout de quelques jours, la partie centrale s'ombilique et, vers le 10e jour, les phénomènes sont à leur maximum. Au 11e, 15e jour, tout s'atténue, pour, au 25e jour, laisser une cicatrice, d'abord pigmentée, puis blanchâtre, indélébile. Au moment de la vaccination, vous pouvez observer une élévation thermique, à 38°, 40° parfois, et une adénopathie, avec quelquefois un peu d'impotence du membre. A côté de cette vaccine normale, en existe une autre, appelée fausse vaccine ou vaccinoïde. Ce sont des phénomènes éruptifs qui se rencontrent seulement chez des sujets revaccinés. Ils sont de deux ordres : une réaction précoce et une réaction accélérée. Dans le premier cas, on note, dès les premières heures, au maximum 24 heures, une papule qui ne se différencie pas de la papule ordinaire, mais qui se termine en deux à quatre jours. Si l'on essaye, par piqûre et grattage de la papule, de la réinoculer, on n'obtient pas de résultat. C'est la fausse vaccine précoce. La réaction accélérée est plus tardive. Elle se montre vers le 3e ou 4e jour, sous forme de papule atténuée, qui atteint son maximum au 6e ou 7e jour, pour se terminer vers le 11e ou 12e jour.

Dans ces cas-là, s'agit-il d'une réelle vaccine, d'une vaccine positive ou négative ? A ce propos, je dois vous dire un mot de ce que l'on nomme l'allergie. C'est l'état d'un individu qui réagit plus précocement qu'un sujet neuf à l'inoculation d'un produit toxique. Il indique une immunisation spéciale. Dans la fausse vaccine, il se produit des phénomènes d'allergie, qui révèlent une immunisation déjà acquise (sujets revaccinés).

Complications de la vaccine ? Dans certaines conditions, chez les enfants atteints de rougeole par exemple, il se produit de l'anergie, qui est le contraire de l'allergie : il n'y a pas de réaction ou une réaction retardée. On peut voir, d'autre part, des phénomènes de vaccination, avec fièvre, sans éruption. En pratique, on ne saurait compter comme valable que la vaccine avec éruption locale. Vous pouvez rencontrer encore des éruptions généralisées (vaccine généralisée), des vaccines ulcéreuses, hémorrhagiques, des rash vaccinaux.

L'immunité survient au onzième jour après l'inoculation. Etant donnée la durée d'incubation ordinaire de la variole, on peut admettre que le sujet est tranquille après le 21e jour. L'immunité contre la vaccine elle-même est un peu plus rapide (6e jour).

J'aborde maintenant l'étude de la deuxième vaccine, la vaccination anti-rabique. Vous savez que la rage est une maladie infectieuse spécifique, due à un agent filtrant, agent inconnu d'ailleurs. Quinze pour 100 des individus mordus prennent la maladie, lorsqu'il s'agit de chiens, et 60 % s'il s'agit de morsures de loups. La morsure est d'autant plus grave qu'elle est plus rapprochée de la tête.

L'incubation de la rage est, en général, de deux mois. Elle varie entre 30 et 60 jours habituellement, mais elle peut être beaucoup plus longue. Ces limites ordinaires de 30 à 60 jours sont importantes à connaître : il faut arriver à immuniser le sujet plus vite que l'incubation normale, c'est-à-dire en moins de 1 à 2 mois. Le pronostic de la rage confirmée est, en effet, fatal, et l'on n'a d'espoir que dans la prévention. Autant la vaccination préventive est efficace, autant la vaccine curative est sans effet, une fois la maladie établie.

La vaccination anti-rabique — qui doit aller plus vite que le virus ordinaire — s'appuie sur le virus renforcé, sur l'exaltation de ce virus par passages successifs au lapin. On arrive ainsi à réduire la période d'incubation à 7 jours (virus fixé). Il faut aussi que le virus soit inoculable. On y parvient par la dessiccation, en desséchant la moelle. On constate qu'après 7 jours de dessiccation, elle ne peut plus donner la rage ; après 15 jours, elle s'éteint. Comment opère-t-on ? Le traitement consiste à prendre d'abord la moelle (éteinte) de 14 jours et à aller progressivement à la moelle de 3 jours et moins même. Les injections sont faites sous la peau. Le nombre des piqûres varie selon la gravité de la morsure. En général on pratique, au commencement deux injections par jour. Lorsqu'on arrive à la moelle de 7 jours, on ne fait plus qu'une seule injection quotidienne. Dans les morsures peu graves, le traitement dure 15 jours, dans les morsures graves 18 jours, dans les morsures à la tête 21 jours, dans les morsures de loup, 30 jours. Il s'agit là, on le voit, d'une cure de longue haleine.

Conduite à tenir vis-à-vis d'un sujet mordu ? Il est différents principes à suivre. Vous pouvez faire une cautérisation locale de la plaie, qui

n'est active que si elle est pratiquée très rapidement, dans la première heure. Vous pouvez, pour une morsure du doigt, faire une ligature à la racine de ce doigt. Les lavages antiseptiques sont indiqués, mais le principal est d'envoyer le malade à l'Institut Pasteur. Ne pas oublier que le simple léchage d'une plaie est aussi dangereux que la morsure.

Il est une pratique qu'il faut connaître vis-à-vis de l'animal mordeur. Différents cas se présentent. En premier lieu, l'animal est mort. Toute personne contaminée par un chien mort doit être soumise au traitement. En second lieu, l'animal a été tué. C'est là une chose déplorable. Le chien ne doit pas être tué, mais mis en observation, ce qui permet de rassurer quelquefois le malade et de rendre inutile le traitement. Toute personne mordue par un animal tué dans un délai de moins de dix jours doit être traitée. Le bulbe du chien sera envoyé à l'Institut Pasteur pour être injecté au lapin, mais comme la maladie expérimentale n'éclate chez le lapin que 15 à 20 jours après l'inoculation, on ne saurait en attendre le résultat et le traitement s'impose. Troisième éventualité : l'animal a disparu. On fera le traitement. Enfin, dernière éventualité : l'animal est vivant et mis en observation. Si au dixième jour, aucun signe ne s'est manifesté, l'animal sera relâché et le sujet sera rassuré. Si des signes de rage sont apparus, la cure antirabique sera faite ou continuée. Au cas où le chien aurait succombé à une autre maladie, traiter le malade.

Quels sont les résultats du traitement ? L'immunité est obtenue vers le 21e jour. Or, comme l'incubation varie dans ses limites ordinaires (les limites extrêmes, d'ailleurs rares, sont beaucoup plus étendues) entre 30 et 60 jours, on peut admettre qu'un traitement précoce a toutes chances d'amener la guérison. L'immunisation ne dure pas très longtemps. On sait, par exemple, qu'elle ne dépasse pas 4 ans. Ainsi, on a observé un gardien de chiens qui avait été inoculé et qui fut mordu à nouveau 4 ans après : il contracta la rage.

Ce procédé d'immunisation contre la rage n'est pas le seul employé. Dans certains pays, en Roumanie, en Hongrie, on utilise le virus atténué et le sérum animal.

Je passe rapidement sur la vaccination antidiphtérique. Elle a été essayée chez les enfants en Amérique, et elle semble avoir donné certains résultats.

La vaccination anti-pneumococcique a été utilisée dans la dernière épidémie de grippe, pour préserver les malades des complications pulmonaires dues au pneumocoque.

La vaccination antipesteuse est d'un usage courant. Elle se fait avec le vaccin de l'Institut Pasteur, à raison d'une injection au niveau de l'épaule, de 2 cent. c. de vaccin chez l'adulte, 1 cent. c. au-dessous de 10 ans et 1/2 cent. c. chez le nourrisson. Deux injections procurent une plus grande sécurité encore. L'immunité commence après 4 à 5 jours et se prolonge 3 à 5 mois. Dans la peste pneumonique, la vaccination simple ne suffit pas toujours. Il faut devancer la période d'incubation, qui est courte, et faire pour cela une séro-vaccination (injection de 20 cc. de sérum anti-pesteux), que l'on fait suivre d'une vaccination.

Vous connaissez tous la vaccination antityphique. Je vous rappelle les travaux de Chantemesse et Widal (1888), de Wright (1896), de Vincent, etc. ; les vaccins stérilisés par la chaleur, par l'éther, les vaccins polyvalents (T. A. B.), les vaccins aqueux, les vaccins huileux (en suspension huileuse) ou lipo-vaccins, ces derniers plus riches en bacilles. Des doses et de la technique, je ne dirai rien, tout cela vous étant familier. Je vous rappelle qu'on ne doit pas vacciner les sujets tarés, tuberculeux, surmenés. Les troubles consécutifs à la vaccine sont, les uns légers (malaises, impotence), les autres plus graves (choc vaccinal ; vomissements, diarrhée, asthénie). Peut-être existe-t-il des cas de mort, toute méthode ayant ses échecs. Je n'y insiste pas et j'arrive aux résultats.

Après avoir beaucoup médit de la vaccination antityphique, on a peut-être exagéré aussi dans le sens inverse. Elle a rendu de grands services mais elle a deux défauts. D'abord, l'immunité conférée est de courte durée, un an, deux ans, point sur lequel on est d'ailleurs mal fixé. J'ai vu un infirmier qui contracta la fièvre typhoïde et en mourut, malgré une vaccination antérieure. Ensuite, il ne m'a pas semblé que les sujets contractant une fièvre typhoïde malgré la vaccination avaient une maladie plus bénigne. Ayant commencé une statistique dans le but d'établir qu'il existait une fièvre typhoïde des vaccinés, plus légère, à forme atténuée, je suis arrivé à la conclusion inverse, que les cas que j'observais étaient graves. Je ne veux pas en déduire que la vaccination rend apte à une forme plus grave de la fièvre typhoïde, néanmoins il ne m'a pas paru qu'elle ne rendait possible qu'une forme légère. En somme, la vaccination anti-typhique offre une grosse importance. Je ne pense pas toutefois que l'on doive s'en servir comme de la vaccination antivariolique, du moins quant à présent. Il serait intéressant de revoir l'état des sujets vaccinés.

Leçon recueillie par le Dr P. LACROIX.

Laboratoires de Biologie et Physiologie appliquées
D. DROUET & PLET, 37, Rue de Marly, RUEIL (S.-et-O.)

PHOSOFORME

Combinaison acide éthylphosphorique, orthophosphorique, éthanol
Solution au goût agréable
Ne jamais prendre pur (*Voir mode d'emploi*).

CORRECTEUR DES TROUBLES DE LA NUTRITION

Dyspepsies	Neurasthénie et toutes	Dépressions nerveuses	Rhumatismes chroniques
Phosphaturie		Asthénie	Scléroses
Tuberculose		Anorexie	Lithiases

Mode d'emploi. — *Dose moyenne* **2** *à* **3** cuillerées à soupe par jour, *chaque cuillerée dans un grand verre d'eau, de vin blanc, ou de vin rouge, sucré ou non,* à prendre au cours des repas.

PHOSOFORME ARSÉNIÉ

Même composition que ci-dessus plus 0 gr. 04 de méthylarsinate disodique par cuillerée à soupe

:: :: **Thèse et échantillons sur demande** :: ::

ÉCHANTILLONS SUR DEMANDE

VALÉRIANATE GABAIL
DÉSODORISÉ
LABORATOIRE : 3, rue de l'Estrapade, PARIS

NOMBREUSES ATTESTATIONS

SPÉCIFIQUE des MALADIES NERVEUSES

S'il faut associer la médication **bromurée**, *prescrivez à la dose de 3 ou 4 cuillerées à bouche par jour,*

ÉLIXIR GABAIL
Valéro-Bromuré

Préparation agréable **SANS ALCOOL** qui contient, par cuill. à bouche, une cuill. à café de **VALÉRIANATE GABAIL** désodorisé et un gramme de **Bromure de Strontium** dont le goût a été masqué par du sirop d'écorces d'oranges.

Laboratoire GABAIL, 3, rue de l'Estrapade, PARIS

SPLÉNODOSE
RATE - FOIE - THYROÏDE
TUBERCULOSE sous toutes ses formes et à toutes les périodes
PALUDISME - ANÉMIE - MALADIES INFECTIEUSES etc.

PLACENTODOSE
PLACENTA - MAMMAIRE
Insuffisance lactée - Flaccidité des seins et de l'utérus
Métrorrhagies - Métrites - Fibromes - Tumeurs.
Dépôt : Laboratoire du Dr FRAYSSE - 130, Rue d'Aboukir. - PARIS

THYRODOSE
Arthritisme OVARO-THYROIDINE **Rachitisme**
INSUFFISANCES THYROIDIENNE ET OVARIENNE
OBÉSITÉ - *Troubles de la Ménopause et de la Puberté* - MYXŒDÈME

NEURODOSE
SUBSTANCE NERVEUSE ORCHITINE
ÉPUISEMENT nerveux sous toutes ses formes
ASTHÉNIE - IMPUISSANCE - SENILITÉ - NEURASTHÉNIE, etc.
Dépôt : Laboratoire du Dr FRAYSSE, 130, Rue d'Aboukir, 130. — PARIS

CLINIQUE CHIRURGICALE

Hôtel-Dieu de Toulouse.
M. J.-P. TOURNEUX, chirurgien des hôpitaux.

La tuberculose diaphysaire.

Si la tuberculose des épiphyses est une affection des plus banales, la localisation du bacille de Koch au niveau de la diaphyse des os longs se rencontre beaucoup plus rarement ; la plupart des auteurs n'en citent que quelques cas, et Kuttner, sur 2.100 cas de tuberculose osseuse et articulaire, ne la signale que 6 fois.

J'ai eu l'occasion d'intervenir, il y a quelque temps, dans deux cas de tuberculose diaphysaire survenues chez des fillettes âgées de onze et douze ans, tuberculeuses, dont le diagnostic clinique fut vérifié bactériologiquement ; je tiens à profiter de ces deux cas pour étudier ici avec vous cette localisation de la tuberculose osseuse.

Première observation. — Léonie D..., âgée de douze ans, a été amenée à l'Hôtel-Dieu pour une petite fistule siégeant sur le tiers moyen de la face externe du bras droit et datant environ de trois mois. Les antécédents héréditaires consanguins et personnels ne présentent aucun intérêt. L'enfant avait commencé à avoir quelques douleurs dans la région humérale moyenne, puis au bout de quelques jours, un peu de gonflement était survenu. Bientôt, cette tuméfaction avait augmenté de volume, s'accompagnant d'une recrudescence des douleurs : elle était ensuite devenue fluctuante, et peu de jours après, à la suite de l'ulcération des téguments, le contenu de la collection se répandait au dehors. Fait important à noter, toute cette évolution eut lieu sans trace de fièvre. En examinant le bras droit, on constatait une petite fistule à bords bleuâtres et décollés, dont l'exploration au stylet, faite assez facilement, prouvait la continuation jusque sous la diaphyse humérale. Les mouvements de l'épaule et du cou, libres et indolores, montraient manifestement que ces deux articulations étaient complètement indemnes.

Le diagnostic de cette lésion ne présentait pas grande difficulté ; par suite de son évolution et de la nature des lésions, on ne devait songer qu'à la tuberculose, qui ne pouvait être guérie que par une intervention. Celle-ci eut lieu quelques jours plus tard, et consista en un curetage de l'humérus. Par une incision verticale faite sur la face externe du bras et passant par le trajet fistuleux, on arriva rapidement au contact de la perforation osseuse. Après incision et décollement du périoste, qui parut sensiblement normal, la diaphyse fut alors largement trépanée : on trouva un amas de fongosités qui furent enlevées à la curette, et l'on reconnut alors qu'il existait une caverne assez large, mesurant près de deux centimètres d'étendue, caverne fermée de toutes parts, et dont les parois osseuses ne paraissaient pas sensiblement augmentées d'épaisseur. On nettoya avec soin cette caverne, on la toucha au chlorure de zinc, et l'on referma en laissant une mèche. Les suites opératoires furent excellentes, et trois semaines plus tard, notre petite malade quitta le service complètement guérie. Les examens histologiques et bactériologiques confirmèrent la nature tuberculeuse des fongosités.

Deuxième observation. — Denise P..., âgée de onze ans, nous est adressée par un de nos confrères de l'Aveyron pour fistules multiples de l'avant-bras gauche. Pas d'antécédents bacillaires dans la famille, rien d'intéressant dans le passé propre de la petite malade.

Il y a un an environ, Denise P... a vu se manifester une légère tuméfaction de la partie moyenne de l'avant-bras, tuméfaction douloureuse, augmentant d'intensité les jours suivants et ayant gagné insensiblement au bout d'une quinzaine de jours, tout l'avant-bras : l'évolution de cette tuméfaction fut apyrétique, et les articulations du coude et du poignet ne furent pas touchées. Puis, bientôt certains points devinrent fluctuants et une, puis deux, et enfin trois fistules apparurent. La tuméfaction disparut alors, ainsi que les douleurs, qui n'avaient jamais été très marquées.

Pendant plusieurs mois, le traitement consista en injections modificatrices (glycérine iodoformée) et en pansements aseptiques : puis, comme la suppuration ne tarissait pas, consistant en un pus séreux contenant des grumeaux caséeux et des débris osseux, une intervention fut conseillée, et la petite malade envoyée à Toulouse.

Il existe trois fistules siègeant à peu de distance l'une de l'autre sur la face antéro-externe de l'avant-bras : toutes trois sont situées au niveau du tiers moyen. A l'exploration, on sent que le stylet est conduit dans la diaphyse radiale et qu'il bute contre un séquestre assez volumineux, qui paraît libre dans la cavité médullaire. A la palpation, le radius semble augmenté de volume, mais seulement dans son tiers moyen ; ses deux extrémités sont normales ; le cubitus n'est pas atteint.

Etant données ces constatations, il ne restait plus qu'à intervenir : une incision passant par les trajets fistuleux amena sur la face antérieure du radius. Après décollement du périoste, qui était épaissi, la diaphyse fut trépanée lorgement, et on aperçut alors un séquestre de trois centimètres de long, fortement déchiqueté et situé dans une cavité médullaire plus vaste qu'à l'ordinaire. Après son extraction, la cavité fut soigneusement curetée et touchée au chlorure de zinc. On put voir alors que les parois radiales étaient

augmentées d'épaisseur, et que l'os présentait dans cette région un aspect légèrement boursouflé. Les suites opératoires furent excellentes, et un mois plus tard, la petite malade, emmenée par sa famille, quittait le service complètement guérie. L'examen histologique des fongosités montra la structure banale de toutes les fongosités tuberculeuses, avec leurs follicules et leurs cellules géantes ; l'inoculation au cobaye fut positive.

En résumé, je me suis donc trouvé en présence de deux cas de diaphysite tuberculeuse évoluant sous une allure à peu près similaire et se traduisant, en définitive, par deux formes bien différentes. La première observation montre en effet une tuberculose circonscrite sans séquestre, et le deuxième cas ressemble beaucoup aux observations rapportées par Gangolphe, par Reichel, par Vignard et Mouriquand, et que ces auteurs qualifient de *spina-ventosa* des os longs. Cette forme de tuberculose diaphysaire, fréquente chez les enfants, rappelle, en effet, le spina-ventosa ordinaire ; comme dans ce dernier, la diaphyse apparaît boursouflée, la cavité médullaire est agrandie, contient assez souvent des séquestres et se trouve limitée par une coque osseuse due à la réaction périostique et qui, en certains endroits se trouve perforée par le processus tuberculeux. L'analogie avec mon dernier cas est frappante.

Le diagnostic de cette forme de tuberculose osseuse est souvent assez délicat, car on peut facilement la confondre avec d'autres affections. Sans doute l'hypothèse d'ostéo-sarcome ou de syphilis osseuse s'évanouit dès l'apparition des fistules, mais il n'en est pas de même de l'ostéomyélite. Ce n'est que par l'évolution de la lésion, les caractères de l'écoulement et des tissus morbides que l'on peut arriver à soupçonner le diagnostic, qui sera confirmé par l'examen bactériologique. C'est d'ailleurs ce qui a été fait dans les deux cas : je ne me suis pas contenté d'examiner la constitution histologique des fongosités, bien que leur structure eût prouvé la nature tuberculeuse des lésions : j'ai voulu voir la cause directe de l'affection, les bacilles de Koch eux-mêmes, ce qui a eu lieu par examen des préparations et par inoculation au cobaye.

La pathogénie de ces lésions des os longs est encore extrêmement discutée : s'agit-il là d'un foyer tuberculeux primitif, ou bien la lésion diaphysaire n'est-elle que secondaire, consécutive à une diaphysite ? les deux opinions ont été soutenues.

Pour la majorité des auteurs, et en particulier pour Gangolphe, l'atteinte diaphysaire primitive serait presque exceptionnelle, et la lésion dépendrait habituellement, soit d'une lésion de l'épiphyse, soit d'une arthrite propagée à l'épiphyse. Pour Reichel, qui admet dans certains cas cette interprétation, il y aurait souvent lésion de la diaphyse tout près du cartilage diaépiphysaire, comme dans l'ostéomyélite de croissance : il s'agirait alors d'une ostéomyélite tuberculeuse aiguë ou subaiguë.

Je ne crois pas avoir eu affaire, dans aucun de ces deux cas, à une diaphysite secondaire à une lésion de l'épiphyse : l'évolution de la maladie, l'absence de toute réaction au niveau des articulations, me porte, au contraire, à croire que ma première observation est bien un cas de tuberculose primitive de l'humérus. Pour le deuxième cas, la grande étendue des lésions et leur caractère plus marqué me font assez pencher à adopter la pathogénie invoquée par Reichel et à voir dans ce cas une véritable ostéomyélite tuberculeuse.

Quant au traitement même de la tuberculose diaphysaire, qu'il s'agisse de lésion circonscrite ou de spina-ventosa, il ne diffère en rien de celui du spina-ventosa ordinaire. Tant qu'il n'existe pas de perforation, toute opération semble inutile, mais dès qu'il existe une fistule, il faut intervenir. On peut essayer d'abord des injections modificatrices : elles peuvent rendre dans cerains cas des services signalés ; il ne faut cependant pas s'attarder outre mesure à cette méthode, car les injections sont incapables de modifier les séquestres osseux. C'est alors à une trépanation qu'il faut s'adresser, car elle seule pourra, en nettoyant le foyer, amener la guérison.

BIOLOGIE

La Matière vivante.

Jusqu'à la fin du siècle dernier, l'étude intime de la substance vivante se bornait presqu'exclusivement à l'*analyse morphologique* de la structure cellulaire. Toutefois, cette étude ne pouvait être qu'exceptionnellement faite sur des éléments vivants, faute de procédés techniques appropriés et les méthodes d'investigation couramment employées reposaient d'ordinaire sur des coagulations plus ou moins brutales du protoplasme (fixation). L'attention des histologistes fut de prime abord attirée surtout par la variabilité des structures observées et leur souci tendait principalement à établir des rapports entre celles-ci et les processus du métabolisme ou de l'activité cellulaire, sans faire assez de part à ce qui, dans les figures étudiées, constituait plus ou moins des artifices de préparation.

Il faut reconnaître que cette analyse morphologique, malgré son imperfection, était susceptible de fournir des renseignements de haute importance ; ceux-ci dominent encore actuellement, par exemple, toute notre conception de la physiologie du tissu

musculaire ou du tissu nerveux, dont, au fond, nous ignorons presque complètement le mécanisme.

Toutefois, ce point de vue était en lui-même par trop exclusif, et dès la fin du XIX[e] siècle, nombreux furent les histologistes qui cherchèrent à procéder à une véritable *analyse chimique* des éléments constitutifs de la cellule, en particulier par l'emploi des réactions, de colorations microchimiques. On découvrit ainsi, dans la masse d'albumine protoplasmique antérieurement supposée homogène, la présence d'un grand nombre de substances très diverses ; leur rôle et leur valeur nous échappent encore le plus souvent, mais leur connaissance apportait, néanmoins, un élément nouveau à l'étude du métabolisme cellulaire, car un grand nombre d'entre elles purent ensuite être retrouvées dans la lymphe interstitielle, ou le sang, et la notion de la vie considérée comme l'expression d'échanges incessants entre la cellule et le milieu intérieur, s'en trouva confirmée et précisée.

Toutefois, une étude purement chimique de la substance vivante était encore insuffisante, et la connaissance des réactions dont elle est le siège devait s'éclairer d'un jour tout nouveau par l'introduction de l a notion des *états physiques* des substances considérées, et des facteurs auxquels obéissent les équilibres des systèmes qu'elles forment. C'est là l'acquisition la plus récente de la science, et autant qu'on en peut juger dès maintenant, c'est également la plus fertile, aussi bien en conséquences théoriques, qu'en applications pour la pratique médicale.

Au point de vue physico-chimique, la substance vivante et les humeurs peuvent être considérées comme des mélanges plus ou moins complexes de corps cristalloïdes, colloïdes et lipoïdes.

On appelle « cristalloïdes » des corps qui sont susceptibles de cristalliser sous des formes géométriques déterminées et constantes, ainsi que font les sels minéraux, les sucres, etc. Au point de vue physiologique, leur propriété essentielle est de donner avec l'eau des *solutions* vraies, limpides, où nul procédé ne permet de discerner optiquement les particules de matière dissoutes au milieu du solvant, et dont le point de congélation est abaissé proportionnellement au nombre de molécules dissoutes. A l'intérieur de leurs solutions, les substances cristalloïdes peuvent se comporter de deux façons différentes. Les unes, comme le sucre, ne laissent pas passer le courant électrique : ce sont les « *non-électrolytes* » Les autres, tels que les sels minéraux (et les acides), le laissent au contraire passer, et portent le nom d' « *électrolytes* ». L'étude de leurs propriétés physiques (pression osmotique, abaissement de la température de congélation...) décèle dans ces solutions des anomalies, qui ne peuvent s'expliquer que par le fait suivant : selon le degré de la concentration, la température, etc., un plus ou moins grand nombre de molécules se dissocient en atomes isolés ou en sous-groupes d'atomes, qu'on nomme *ions*, et qui demeurent libres dans la solution. Or, ces ions sont porteurs de charges électriques. Les uns (anions) chargés d'électricité négative, sont attirés par le pôle positif ou anode ; les autres (cathions) tels que l'hydrogène ou les atomes métalliques sont, au contraire porteurs de charges positives, et attirés par la cathode, ou pôle de sortie du courant électrique.

Les *colloïdes* constituent une seconde catégorie de corps, qui peuvent, du reste, être rattachés aux précédents par des transitions insensibles, mais qui présentent néanmoins dans la plupart des cas des propriétés nettement différentes. Ils sont incapables de prendre des formes cristallines. De plus, ils se comportent de façon toute spéciale dans les solvants, en y donnant lieu à ce qu'on appelle à tort des « *solutions colloïdales* ». Notons d'abord que la notion de solution colloïdale, basée sur des caractères physiques macroscopiques, est essentiellement relative, et fonction du solvant considéré. Ainsi, le tanin donne une pseudo-solution colloïdale avec l'eau, mais des solutions vraies dans l'acide acétique glacial ; le mastic donne une solution vraie dans l'alcool absolu, mais une pseudo-solution colloïdale dans l'eau, etc. Toutefois, nous en tenant au solvant biologique par excellence, c'est-à-dire à l'eau, quelles sont ces propriétés si spéciales qui ont autorisé à faire une catégorie particulière des « solutions colloïdales » ?

Considérons, par exemple, une « solution » d'empois, d'amidon : elle est toujours plus ou moins opalescente, en dépit des filtrations les plus minutieuses. C'est que, comme le montre l'observation à l'ultramicroscope, dans une telle « solution », les molécules d'amidon demeurent agglomérées en particules dont le diamètre est de l'ordre de grandeur de 10 mm. — X, le coefficient X étant généralement compris entre 7 et 10. Or, dans de telles suspensions, se passe un phénomène spécial, dit de Tyndall : la lumière est réfléchie et en partie polarisée par les particules, ce qui communique au liquide l'aspect opalescent, et le plus souvent coloré, ci-dessus décrit.

En second lieu, à la différence de ce qui se passe avec les solutions de cristalloïdes, les modifications de tension de vapeur, ou de point de congélation, la pression osmotique des pseudosolutions colloïdales sont pratiquement nulles.

Vis-à-vis du courant électrique, les pseudo-solutions colloïdales se montrent très mauvaises conductrices, comme les solutions vraies de corps non-électrolytes, mais, de plus, elles présentent un phénomène très spécial, celui de la *cataphorèse* : quand une pseudo-solution colloïdale est traversée par un courant, la matière colloïdale se transporte en masse vers l'un des pôles.

A part l'hémoglobine, qui se dirige vers le pôle négatif, la plupart des albumines de la substance vivante ont une charge négative, et se transportent, par conséquent, vers le pôle positif. Les charges électriques de signe contraire peuvent se neutraliser dans les systèmes colloïdaux hétérogènes, et amener à un état d'équilibre électriquement indifférent. Cette charge électrique des particules colloïdales homogé-



nes est, du reste, une propriété en quelque sorte accidentelle de la substance en suspension ; elle est liée à la faculté qu'ont ses particules d' « adsorber » les ions en liberté dans le solvant ambiant, c'est-à-dire de les attirer et de les faire adhérer à leur surface, sans néanmoins les absorber à proprement parler. La charge électrique observée est donc, en réalité, celle des ions absorbée, et n'est pas inhérente à la nature de substance colloïdale même.

Les substances en pseudosolutions colloïdales sont extrêmement sensibles à l'action des électrolytes (acides, bases ou sels), qui précipitent leurs particules en amas agglomérés. Cette précipitation peut être plus ou moins complète. On nomme *Sol* les pseudo-solutions à grains les plus petits, dont les propriétés se rapprochent le plus de celles des solutions vraies. Par précipitations limitées, les grains se réunissent en amas plus gros et très rapprochés, constituant ce qu'on nomme un *Gel.* Enfin, si les particules se condensent en amas ou flocons visibles à l'œil nu, la précipitation est complète, et on dit qu'il y a eu *floculation* (stabilisation). Les conditions de cette précipitation varient suivant la charge électrique du colloïde considéré : les colloïdes + sont précipités par lesions — des sels, et inversement les colloïdes — le sont par les ions + (métal), et cela, proportionnellement au nombre d'électrons dont sont chargés les atomes. Quant aux non-électrolytes, ils ont sur les pseudo-solutions colloïdales des actions variables dont nous ne connaissons pas encore le déterminisme. Enfin, quand on mélange des solutions colloïdales de signes électriques différents, on peut aboutir à un complexe électriquement neutre, et qui flocule de suite ; ou bien les réactions électriques internes se traduisent par une diminution de stabilité de la suspension, qui passe alors avec la plus grande facilité de l'état de Sol à celui de Gel.

Les pseudo-solutions colloïdales ont encore une dernière propriété d'une grande importance biologique : elles ne diffusent qu'avec une lenteur extrême, et généralement ne dialysent pas à travers les membranes formées par d'autres colloïdes.

La dernière catégorie de corps constituant la substance vivante se rattache étroitement à la précédente, dont, à vrai dire, elle ne constitue guère qu'une classe particulière : ce sont les *lipoïdes*, qui peuvent également donner avec l'eau des pseudo-solutions colloïdales, mais qui présentent un caractère commun essentiel : leur solubilité vraie dans les solvants habituels des matières grasses. Les lipoïdes, primitivement peu nombreux (cholestérine, lécithines...) se sont tellement multipliés, et présentent des constitutions chimiques si variées, qu'on a tenté de les répartir en un certain nombre de sous-groupes plus ou moins homogènes : les phosphatides, renfermant azote et phosphore (par exemple les lécithines) les cérébrosides, renfermant de l'azote, mais sans phosphore, enfin les sulfatides, caractérisées par la présence de soufre.

Les propriétés physico-chimiques des pseudo-solutions lipoïdiques sont très comparables à celles des autres colloïdes. La plupart de ces corps sont électro-négatifs, et leurs solutions sont influencées de façons diverses par les électrolytes, en présence desquels elles sont généralement plus ou moins instables.

Les notions précédentes nous permettent de concevoir désormais la constitution de la substance vivante et des humeurs de la façon suivante : Le plasma du sang doit être considéré comme une pseudo-solution de colloïdes divers à propriétés physiques (en particulier électriques) variables, dans une solution vraie de cristalloïdes nombreux renfermant des électrolytes plus ou moins dissociés. Au milieu de ce liquide sont en suspension les éléments figurés. Ces derniers peuvent, pour leur propre compte, être également considérés comme des complexes colloïdaux, comme nous le verrons tout à l'heure, et il s'établit constamment entre eux et le milieu qui les entoure des états d'équilibres des plus complexes, et si infiniment délicats que la moindre variation portant sur l'un des éléments se traduit immédiatement par des variations dans les rapports entre tous les autres. Ainsi, pour s'en tenir aux seuls gaz de la respiration, les recherches modernes de l'école américaine ont montré qu'il existe des rapports mathématiques constants d'équilibre entre l'acide carbonique libre, les bicarbonates, l'oxygène libre, l'oxygène combiné en oxy-hémoglobine, les chlorures du sérum et la concentration en ions hydrogène. A plus forte raison, les équilibres qui régissent les inter-réactions sont-ils fonction de facteurs encore plus complexes, en ce qui concerne les colloïdes organiques.

Quant à la constitution propre des éléments cellulaires, on est d'accord actuellement pour considérer le protoplasma lui-même comme une pseudo-solution colloïdale où les substances doivent être dans un état voisin du Gel plutôt que du Sol. Au milieu de cette gelée, le noyau s'individualise comme une gouttelette de colloïdes hétérogènes, de composition légèrement différente au point de vue chimique, et possédant une tension superficielle nettement différente de celle du cytoplasme, sauf au moment de la caryokinèse : à cette phase de la vie cellulaire, en effet, la différence de tensions s'abolissant, les deux complexes (cytoplasmique et nucléaire) se mélangent intimement, ce qu'on exprime d'ordinaire en disant que la « membrane nucléaire » disparaît.

La structure du noyau est loin d'être homogène, et les observations *in vivo* ont depuis longtemps démontré la réalité d'une structure plus ou moins compliquée. Mais le cytoplasme de son côté est également organisé. L'étude à l'ultra-microscope des éléments vivants y a mis en évidence d'une façon normale et constante des enclaves de nature lipoïdique, qu'on ne savait autrefois déceler qu'à l'aide de réactions de coloration très spéciales, les *mitochondries*, auxquelles on a été amené à faire jouer un rôle fondamental dans toutes les manifestations de l'activité cellulaire.

Enfin, indépendamment de la membrane externe qui peut envelopper la cellule dans certains cas (par exemple, la membrane de cellulose des tissus végétaux), toute cellule est limitée superficiellement par un *ectoplasme*, constitué en majeure partie de lipoïdes (en particulier de lécithine et de cholestérine), qui jouent un rôle fondamental dans la perméabilité cellulaire, et par conséquent, conditionnent essentiellement toutes les relations entre la cellule et le milieu qui l'environne. Il a, par exemple, été démontré que les hypnotiques n'agissent sur la cellule nerveuse que dans la mesure où ils sont susceptibles de se dissoudre dans les lipoïdes qui forment l'ectoplasme de cette dernière. De même, les matières colorantes n'ont la propriété de colorer la cellule vivante qu'autant qu'elles sont capables d'être précipitées ou fixées par les lipoïdes.

Ainsi, tous les échanges entre la cellule et le milieu intérieur font intervenir à l'origine ce facteur fondamental : la possibilité de diffusion des substances de l'un des complexes colloïdaux (cytoplasme ou plasma) dans l'ectoplasme lipoïdique. Naturellement, il doit en être de même en ce qui concerne les échanges entre les cellules et le milieu extérieur, et peut-être cette notion permettra-t-elle de concevoir plus nettement le mécanisme intime encore si obscur de l'absorption.

Enfin la considération des propriétés physico-chimiques des pseudo-solutions colloïdales doit jouer désormais un rôle de premier plan dans notre conception de la plupart des phénomènes biologiques. Ainsi, toutes les diastases sont des colloïdes, généralement électro-négatifs ; le plus souvent, leur activité est liée à la présence de traces infinitésimales de divers électrolytes (c'est ainsi que la pepsine n'agit qu'en présence de l'acide chlorhydrique, la ptyaline en présence de phosphates, le fibrin-ferment en présence de sels de calcium, etc.), et l'on a pu établir la loi suivante : pour qu'un ferment puisse agir sur un colloïde de même signe électrique, il faut la présence d'un électrolyte à charge électrique de signe contraire et double. Il est vraisemblable que toutes les manifestations du métabolisme cellulaire doivent de même être considérées comme conditionnées par l'état physico-chimique des colloïdes en présence et leurs interréactions électriques, bien plutôt que par des questions d'affinités purement chimiques.

Ainsi s'ouvrent à nous des perspectives imprévues, et qui sont grosses d'applications pratiques, comme nous l'examinerons prochainement.

Dr J.-M. Pacaut.

SOU MÉDICAL

Les membres du Sou médical sont instamment priés de bien vouloir régulariser leur situation en envoyant la cotisation de l'année* 1921 *au trésorier Dr Gassot, à Chevilly (Loiret).

A TRAVERS LA PRESSE

Anesthésie locale en chirurgie chez les enfants et les adolescents.

M. Rocher se déclare partisan de l'anesthésie locale chez les enfants. Obtenue avec une solution de cocaïne à 1/300 de cocaïne, elle est parfaitement supportée par eux.

Cette anesthésie est rapide, prolongée et parfaite, lorsque la technique en est irréprochable.

A la solution de cocaïne, on ajoutera avantageusement quelques gouttes d'adrénaline (une goutte pour 2 cmc.) pure.

On peut arriver à injecter sans inconvénient jusqu'à 10 cgr. de cocaïne, car, à la vérité, l'incision tégumentaire ouvre les vastes espaces celluleux dans lesquels l'injection a pénétré, et la moitié de la solution cocaïnique s'écoule ainsi au dehors.

L'auteur développe sa thèse d'autant plus longuement que les idées généralement reçues sont opposées à cette méthode d'anesthésie locale. Ces idées ne sont nullement justifiées. En particulier, l'enfant mis en présence des deux modes d'anesthésies, préfère la piqûre au masque.

« Tout chirurgien a la responsabilité des anes-
« thésies dans son service, non seulement au
« point de vue immédiat (syncope), mais égale-
« ment au point de vue ultérieur (complication
« pleuro-pulmonaire ou viscérale, foie, reins,
« etc.) ; quand il a assisté plusieurs fois au drame
« passionnant d'une alerte grave, et qu'au mi-
« lieu de son opération, le petit malade ne res-
« pirant plus, devenant livide, il a dû pratiquer
« pendant de longues minutes la respiration arti-
« ficielle pour le rappeler à la vie, on comprend
« que, ne pouvant avoir d'anesthésié attitrée,
« il veuille le plus souvent possible soustraire
« ses petits opérés à l'anesthésie générale et
« prenne la peine de faire lui-même son anes-
« thésie locale, ou régionale, ou rachidienne, plu-
« tôt que de confier à des aides sans cesse nou-
« veaux les soins de l'anesthésie générale. Nous
« devons même ajouter que l'anesthésie locale
« double souvent l'intérêt de l'intervention.
« Elle permet les suites les plus favorables, à tel
« point même que presque toujours le petit opéré
« ne se doute pas de l'importance de l'intervention
« qu'il a subie ». (*Gaz. des Sc. méd. de Bordeaux*, 3 avril 1921).

La défécation prandiale.

M. Carnot désigne ainsi la selle impérieuse dont le besoin apparaît immédiatement après le repas. Presque normale chez le nourrisson, elle a, chez l'adulte, une signification pathologique.

On l'observe en effet chez les biliaires, sous la forme d'un flux bilieux abondant, précédé de tension douloureuse de l'abdomen, de tranchées plus ou moins violentes, accompagnées de phénomènes généraux, angoisse, pâleur, lipothymie, état subsyncopal, d'intensité variable. Elle s'explique par l'évacuation dans le duodénum d'un flux biliaire, probablement de composition anormale, succédant comme un réflexe à l'ingestion des aliments par l'estomac, puis à leur pénétration dans le duodénum.

Elle se rencontre encore chez les colitiques, dont l'intestin irrité entre en contractions violentes dès que l'estomac lui-même se remplit. L'irritation colitique peut être due à la dysentérie amibienne, à la tuberculose intestinale, aux entérites infectieuses saisonnières, à la fièvre typhoïde, aux entérocolites chroniques.

La diarrhée prandiale est encore provoquée par certains aliments, le café par exemple, selon la description de Matignon, de Châtel-Guyon.

Enfin, la diarrhée prandiale peut être un élément des accidents d'anaphylaxie alimentaire.

Si l'on scrute plus attentivement le mécanisme de la diarrhée prandiale, considérée comme le retentissement à distance du segment gastroduodénal sur le segment colo-rectal, sans que le transit des aliments ingérés se fasse plus rapidement, on constate, la radioscopie aidant, que ce retentissement n'est pas le fait d'une transmission ininterrompue dans la continuité du tractus digestif, mais se justifie par des rapports de contiguïté par empreinte gastro-colique, en ce sens que, normalement, l'estomac repose sur le côlon transverse et sur son méso, comme dans un hamac. « On conçoit, par là même, le rôle que « peut jouer la charge de l'estomac en aliments « pour influencer directement le côlon, et que « la stimulation prandiale du côlon peut provenir, « d'une part de la pression mécanique exercée par « l'estomac sur la guirlande colique lorsqu'il se « charge d'aliments, et d'autre part, de l'excita- « tion musculaire que provoque cette intime em- « preinte gastro-colique ».

Il faut ajouter à l'empreinte gastro-colique le rôle de réflexes nerveux gastro-duodéno-coliques et colo-gastriques, et de réflexes humoraux reliant directement le pylore et le duodénum, d'une part, l'intestin et le côlon terminal de l'autre. (*Paris méd.*, 2 avril 1921.)

Les étapes médicales et chirurgicales d'un constipé.

La première étape, selon M. Dargein, est celle de la constipation accidentelle, due à des fautes d'hygiène le plus souvent. Si on n'y remédie pas, la seconde étape, celle de la constipation habituelle, est atteinte, avec spasme ou atonie de l'intestin. A noter cette donnée originale de l'auscultation du côlon des constipés d'habitude. S'ils sont spasmés, on entend un véritable roulement qui rappellerait celui de l'artillerie de guerre, avec ses départs et ses arrivées. L'atonie donne à l'oreille, par contre, le silence le plus absolu. Aux malades arrivés à la deuxième étape, l'auteur ne trouve à prescrire que des antispasmodiques, des laxatifs mucilagineux, de l'électrisation avec le combiné.... C'est peu : avouons-le, et regrettons que l'auteur paraisse ignorer l'efficacité de Châtel-Guyon, de Plombières, et d'autres stations hydrominérales, dont il n'est plus permis de faire fi, après les résultats que donnent ces cures crénothérapiques.

La troisième étape est celle de la constipation habituelle avec intoxication : là encore, l'auteur se borne à conseiller le régime végétarien strict, le képhyr, les extraits biliaires, les laxatifs et les grands lavages, enfin la vaccinothérapie. N'y a-t-il vraiment rien d'autre à faire ?

Enfin, la quatrième étape, aggravant au maximum l'état précédent, ouvre la voie au chirurgien qui pratiquera la colofixation, l'ablation des adhérences, des greffes épiploïques non pédiculées, et en dernier ressort, la cæco-sigmoïdanastomose. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 15 mars 1921.)

Les convulsions éclamptiques.

D'un excellent exposé de M. Vignes, nous extrairons ce qui a trait à la thérapeutique.

On s'adressera tout d'abord au traitement prophylactique, dès que la toxémie sera soupçonnée.

A cet effet, on analysera systématiquement les urines pour y découvrir l'albuminurie. La recherche de l'hypertension est également précieuse : elle précède l'albumine et est plus constante.

En cas de réaction positive, on mettra la femme au repos absolu en la préservant du froid, et on lui prescrira le régime lacté strict, et même la diète hydrique lactosée. Ce n'est que lorsque les urines et la tension seront redevenues normales qu'on pourra revenir au régime lacto-végétarien. On complètera ces pratiques par de grands lavages évacuateurs et des drastiques (sirop de nerprun et eau de-vie allemande, ââ).

Les symptômes s'aggravant (céphalée accentuée, barre épigastrique), aux moyens précédents on ajoutera le lit, avec suppression de toutes les causes d'excitation (lumière, bruit), le chloral à haute dose (10 à 15 gr. par 24 heures), que certains auteurs alternent avec la morphine (un cgr.), enfin la saignée copieuse (un litre à la fois).

Le traitement est le même, si la femme est en crise éclamptique. La ponction lombaire a des indications restreintes.

Enfin, il n'y a pas de traitement obstétrical

de l'éclampsie. On ne cherchera pas à provoquer l'accouchement, ni à accélérer la dilatation. On se bornera à hâter l'expulsion au moyen du forceps ou de toute autre manœuvre mécanique appropriée, le moment venu. (*Prog. méd.*,2 avril 1921.)

La douleur médio-fonctionnelle exo-vésicale.

« Elle se produit pendant la miction, et de « préférence dans la seconde moitié de la miction, « mais elle peut s'atténuer ou cesser complète- « ment au moment où le malade chasse les der- « nières gouttes d'urine ; de toutes façons, dès la « miction terminée, elle a disparu ; à peine y « a-t-il parfois une vague sensation d'endolo- « rissement profond qui persiste ».

Rien qui ressemble, on le voit, à la douleur de la cystite du col, compliquée ou non d'urétrite postérieure, et qui est si caractéristique. M. Bonneau, à qui nous empruntons les lignes qui précèdent, attribue judicieusement cette douleur à des lésions de péri-cystite. Des adhérences existant entre la vessie et les organes voisins, l'appendice assez souvent, si elle se vide trop rapidement, il en résulte des tiraillements plus ou moins douloureux de ces adhérences.

Des interventions pratiquées par l'auteur sur des malades atteints de cette forme de douleur l'ont confirmé dans cette explication, que renforce d'autre part la manœuvre employée par certains patients pour l'atténuer ou la prévenir : ils urinent volontairement assez souvent et très lentement, par petits à coups, sans pousser, en immobilisant leur paroi abdominale et leur diaphragme. L'exploration de l'appareil urinaire en révèle au surplus l'intégrité.

« Cette disproportion entre l'intégrité urinaire, « d'une part, et, d'autre part, le fait que le malade « ne se plaint que d'une douleur en urinant, a pu « quelquefois faire errer le diagnostic et faire « penser aux états pithiatiques ou névralgies « *sine materia* ». La douleur extra-vésicale et mé- « dio-mictionnelle est pourtant bien caractéris- « tique et ces soi-disant névropathes urinaires « qu'on traitait par les antispasmodiques et « l'hydrothérapie sont définitivement débarras- « sés de leur douleur quand une opération pré- « cise libère la vessie d'un organe chronique- « ment enflammé et lui adhérant ». (*Journ. des prat.*, 2 avril 1921).

Les algies sympathiques.

Il s'agit de syndromes douloureux analogues à celui que l'on connaît depuis la guerre sous le nom de causalgie. Ces syndromes se caractérisent par des sensations de brûlures cuisantes d'intensité variable, survenant spontanément à certaines heures plutôt qu'à d'autres, ou bien provoquées par le contact de l'air, la sécheresse de la peau, certaines excitations superficielles, et accompagnées de troubles trophiques et vasomoteurs et de réactions psychiques d'excitation, d'obsession, d'angoisse et même d'anxiété. Tout cet ensemble mettant en évidence le rôle du sympathique.

M. Tinel, auquel nous sommes redevables de cette étude, fait remarquer que « toutes ces « algies sympathiques sont remarquables par « l'absence de troubles objectifs de la sensibilité, « comme des réflexes ou de la motricité. On ne « trouve de douleurs ni à la pression, ni à l'élon- « gation des nerfs. »

« Si le caractère sympathique de ces algies « paraît indiscutable, leur origine est particuliè- « rement obscure. Dans quelques cas, on note « évidemment l'existence d'un traumatisme ou « d'une épine irritable, mais très souvent on ne « découvre aucune cause susceptible d'expliquer « leur apparition. »

L'intérêt de ces états syndromatiques réside dans l'erreur de diagnostic qu'on peut commettre en les confondant avec les algies psychiques et les cœnesthopathies.

Comme traitement, on a prescrit sans grand succès l'opium, l'atropine, l'aconitine, la jusquiame, la valériane, l'antipyrine, le pyramidon, l'aspirine, l'ésérine, l'adrénaline, les extraits organiques, etc. L'iodure de potassium et le chlorure de calcium ont semblé plus efficaces.

L'auteur se déclare partisan d'un traitement moral, avec repos physique et hygiène parfaite. (*Presse méd.*, 2 avril 1921.)

Insuffisance ventriculaire gauche dans les cardiopathies valvulaires.

S'appuyant sur trois cas observés par lui, M. Gallavardin expose qu'à côté de l'évolution habituelle des cardiopathies valvulaires aboutissant à l'insuffisance du cœur droit avec asystolie, il se rencontre des malades « qui se « présentent comme des malades atteints de car- « diopathies artérielles ».

Après une longue période silencieuse, au cours de laquelle ces malades ne se plaignent d'aucun trouble de la santé, ils sont pris soudainement d'accidents d'insuffisance du ventricule gauche : oppression, dyspnée nocturne, dyspnée d'effort, expectoration abondante de mousse saumonée. albumineuse, traduisant l'œdème aigu du poumon.

Il est difficile de donner une interprétation satisfaisante de cette évolution cardiopathologique. Elle est cependant intéressante à connaître, surtout au point de vue diagnostique et pronostique. Le traitement offre en effet des ressources assez limitées. Dans un des cas rapportés par l'auteur, cependant, la digitale a fait merveille. (*Bull. méd.*, 2 avril 1921.)



La septicémie veineuse subaiguë.

C'est, au dire de MM. VAQUEZ et LECONTE, une inflammation du système veineux qui peut se présenter sous plusieurs aspects cliniques différents.

Une première forme comporte de petits foyers successifs localisés, allant de la simple inflammation jusqu'à la suppuration, d'une durée en quelque sorte illimitée, offrant peu de prises à la thérapeutique. Une seconde forme se traduit par une gêne plus grande de la circulation, de l'œdème, des troubles subjectifs accusés, ainsi qu'il est de règle dans la phlegmatia alba dolens. Les formes précédentes peuvent se compliquer d'un signe particulier, le crachat hémoptoïque, qui caractérise une troisième forme, et qui indique l'apparition de petits infarctus pulmonaires, conditionnés par de petites embolies. Une poussée thermique accompagne habituellement chaque période de crachats hémoptoïques. « Ces hémoptysies n'ont pas seulement un intérêt diagnostique, en révélant ou confirmant l'apparition d'une nouvelle localisation de la septicémie veineuse ; elles ont, de plus, une valeur pronostique en ce sens qu'elles traduisent un essaimage plus actif de l'infection et une forme particulièrement extensive et prolongée». Enfin, dans une quatrième forme, dite quadriplégique, on assiste à la localisation de poussées phlébitiques non seulement aux membres inférieurs, mais encore aux membres supérieurs.

Un des dangers de cette septicémie veineuse réside dans les séquelles, troubles trophiques ou impotences rebelles, qu'elle laisse à sa suite, sans parler des ulcérations plus ou moins superficielles que provoque, sur une peau œdématiée, l'application de topiques irritants, voire de simple eau bouillie.

Si l'immobilisation est la règle dans les poussées actives, on se souviendra qu'il est indispensable de commencer aussi précocement que possible la mobilisation. Celle-ci doit être mise en pratique dès qu'il s'est écoulé vingt et un jours après la chute définitive de la température.

Certains auteurs déclarent s'être bien trouvés dans ces cas d'injections intra-veineuses d'électrargol (10 cmc.). (*Presse méd.*, 6 avril 1921.)

Myomes utérins. Dégénérescence rouge.

MM. Tédenat et C. Tzélépoglou font une revue d'ensemble de la question et rapportent cinq observations originales. (*La Gynécologie*, février 1921.)

Au point de vue symptomatique, les myomes rouges présentent très souvent, à côté des signes communs à tous les fibromes utérins, quelques symptômes particuliers, tels que : douleurs violentes survenant en général sous forme de crises, vomissements, diarrhée, frissons, fièvre. On a noté des métrorragies fétides.

L'évolution est généralement lente et le pronostic post-opératoire ne paraît pas plus grave que celui des myomes ordinaires.

A l'examen macroscopique, la tumeur se montre rouge lie de vin, en totalité ou en partie, avec, dans certains cas, des petites cavités à contenu puriforme. La pièce dégage souvent une odeur de poisson fait.

Tédenat et Tzélépoglou rapportent l'examen microscopique d'un cas. La zone blanche qui entourait la masse rouge présentait un épaississement du tissu conjonctif, de l'endo-périvascularite avec dégénérescence œdémateuse du muscle et du stroma. La partie rouge montrait la nécrobiose du tissu fibro-musculaire avec télangiectasie et infiltration hémorragique.

La pathogénie n'est pas encore complètement élucidée. Il semble toutefois que le facteur que l'on peut invoquer dans la plupart des cas est représenté par des troubles vasculaires (athérome), qui déterminent la dégénérescence aseptique du néoplasme. La couleur rouge est due au sang hémolysé.

Les phénomènes infectieux qui accompagnent l'évolution des myomes rouges peuvent être expliqués par la résorption des produits dégénérés. G. D.

HYDROLOGIE

Les indications et les résultats de la cure de Vittel dans la lithiase rénale,

Par le Dr A. MONSSEAUX (de Vittel),
Ancien interne des hôpitaux de Paris.

C'est par excellence à la lithiase rénale sous toutes ses formes, dans toutes ses variétés, avec toutes ses manifestations, et à tous ses degrés, que s'adresse la cure de Vittel.

Mais, comme cette lithiase est loin d'être toujours identique à elle-même, il n'est pas possible de traduire en une formule unique les résultats que l'on peut obtenir de cette cure, et ceux-ci, pour favorables qu'ils soient toujours, seront néanmoins variables comme le cas clinique lui-même.

Peu de maladies présentent, en effet, un tel polymorphisme anatomo-pathologique et clinique. Nous connaissons les lithiases de nature urique, oxalique et phosphatique, les lithiases sablonneuses, graveleuses et calculeuses, avec tous les degrés dans le nombre, la forme et le volume des concrétions, les lithiases accidentelles et les lithiases constitutionnelles plus ou moins invétérées, les lithiases à crises néphrétiques isolées ou plus ou moins répétées, à crises atténuées, ou au contraire, plus ou moins violentes, à crises aboutissant ou non à l'expulsion de concrétions calculeuses, les formes compliquées d'hé-

maturie, et celles accompagnées d'infection et de suppuration du bassinet, etc.

Cependant, dans toutes les formes, à tous les degrés, à toutes les périodes de la lithiase rénale, l'expérience a consacré l'excellence de la cure de Vittel qui, avec une technique évidemment variable selon l'indication elle-même, apporte chaque fois des résultats favorables, souvent la guérison, toujours une amélioration avec sédation des phénomènes douloureux.

Le mode d'action de la cure de Vittel est double : il s'adresse d'une part à la *nutrition générale*, dont un vice est si souvent à la base de la diathèse lithiasique, d'autre part directement *au rein*, et spécialement *à la muqueuse du bassinet*, origine locale du processus lithiasique.

De l'action sur la nutrition générale, nous dirons peu de chose, malgré son importance primordiale : il est maintenant unanimement admis que la cure de Vittel est une modificatrice puissante de cette nutrition, qui, en même temps qu'une hyperélimination des produits toxiques retenus en excès dans l'organisme, provoque, grâce à son action stimulante sur la cellule hépatique, une meilleure régularisation des échanges nutritifs, et spécialement un meilleur métabolisme azoté, et aboutit finalement à une diminution dans la production des acides urique et oxalique ; ainsi se trouve déjà diminuée et atténuée une des principales causes de la lithiase.

Mais nous insisterons davantage sur l'*action locale directement exercée sur le rein*. Nous n'oserons cependant pas maintenir ici la classique division des effets thérapeutiques en effets curatifs et en effets palliatifs : dans la lithiase, l'effet curatif absolu consisterait, une fois obtenue l'expulsion de la concrétion lithiasique, à ne plus la voir se reproduire à nouveau sous la double influence des modifications humorales générales, et anatomiques locales ; certes, ces cas existent ; ils sont même relativement fréquents, mais leur contrôle ne peut être assuré que par une observation prolongée pendant plusieurs années, et appuyée sur l'examen radiographique.

Mais à côté de ces guérisons absolues et idéales, il existe des cas beaucoup plus nombreux où la guérison est avant tout clinique, c'est-à-dire que, même si une ou plusieurs concrétions persistent dans le rein, elles y restent absolument latentes, ou ne donnent lieu qu'à un minimum de symptômes ou de réactions.

Nous dirons donc plutôt que *la cure de Vittel possède une double action : action expulsive, action sédative*. Et, en réalité, cette distinction correspond surtout à ce que l'on observe dans la pratique.

L'expulsion de la ou des concrétions lithiasiques est fréquemment réalisée sous l'influence de la cure. Elle n'*est évidemment possible que dans deux conditions* : d'abord pour celles situées dans le bassinet ou les calices, non pour celles incluses dans le parenchyme rénal ; puis, pour celles à qui leur volume relativement faible permet de s'engager et de cheminer dans le *conduit urétéral*. *Ici, la radiographie* nous est donc un indispensable élément d'appréciation, et ce sont les indications par elle données sur le volume de la concrétion qui permettront ou non d'espérer son expulsion.

Une troisième condition intervient aussi, mais celle-ci échappe à notre appréciation clinique : c'est l'adhérence de la concrétion aux tissus voisins. Certaines concrétions contractent, en effet, avec la muqueuse du bassinet ou des calices de telles connexions que leur libération en est pratiquement impossible, à moins d'intervention directe.

La *recherche de l'expulsion* lithiasique comporte dans la direction de la cure une technique particulière : c'est ici qu'il s'agit par excellence d'une cure intensive, où les ingestions aqueuses seront poussées de façon massive, et à fortes doses, aussi loin que le permettront la tolérance, l'état général et les réactions du sujet. C'est ici qu'après l'entraînement progressif des premiers jours, on s'efforcera d'atteindre les doses jadis communément prescrites, aujourd'hui trop souvent délaissées, de 1.500, 1800, 2.000 gr. et plus, par prises de 300 gr. espacées d'un 1/4 d'heure. Ces doses, que l'on a actuellement tendance à considérer comme inutiles et dangereuses, n'en continuent pas moins à avoir leurs indications bien précises dans la lithiase des sujets jeunes, résistants, à intégrité viscérale et circulatoire, lorsque la recherche de l'expulsion lithiasique est le but principal de la cure ; elles sont d'ailleurs le plus souvent, dans ce cas, la condition essentielle du succès.

Cette *expulsion demande néanmoins généralement un certain délai pour se produire* ; il est exceptionnel qu'elle ait lieu au cours même de la cure, bien que nous l'ayons cependant observée parfois ainsi : mais alors, il s'agissait de concrétions minimes, peu adhérentes, et dont même l'existence avait pu rester ignorée de leur porteur. Généralement, c'est au bout d'un certain temps, 15 jours, 1 mois, 2 mois, parfois davantage après la fin de la cure que cette expulsion se produit ; c'est donc une fois rentré chez lui, et non pendant son séjour à Vittel, que le plus souvent le lithiasique sera atteint de la crise libératrice, et il en doit être prévenu.

Mais, pas plus qu'une date fixe, nous ne pouvons prédire au malade quelle sera l'intensité et la durée de cette crise expulsive ; ce que nous pouvons toutefois lui affirmer, c'est qu'elle sera assurément moins violente, moins douloureuse et plus utile que les crises survenant en l'absence de toute cure.

La nécessité d'un certain délai pour obtenir et réaliser l'expulsion lithiasique se comprendra facilement, lorsque nous aurons précisé son *mécanisme*, c'est-à-dire le mode d'action locale de la cure de Vittel.

Il ne s'agit pas, en effet, comme on a pu le penser, d'une action purement et exclusivement mécanique ; sans doute l'intensité d'un flot lixiviant balaye et entraîne les sables urinaires, les amas sablonneux qu'il dissocie, les concrétions de très petit volume

ou peu adhérentes ; il est insuffisant contre celles de volume plus élevé, et surtout plus adhérentes, qu'il peut simplement remuer plus ou moins, et commencer à détacher de leurs adhérences.

Mais l'action de la cure est plus profonde : elle s'exerce de façon élective sur l'épithélium même du bassinet toujours plus ou moins altéré ; elle en décape les couches superficielles déjà mortifiées ; elle excite le renouvellement, la rénovation de la muqueuse selon un type plus normal, provoquant une véritable mue épithéliale qui libère le gravier de ses connexions muqueuses, et en permet l'expulsion. C'est pourquoi un certain délai est nécessaire pour réaliser ces modifications épithéliales; c'est pourquoi aussi le lithiasique qui, avant la cure, était parfois si souvent sujet à des crises douloureuses et non expulsives, voit, après sa cure, son calcul s'énucléer en quelque sorte et s'éliminer avec un minimum de réactions douloureuses.

Mais à côté de ces cas types et idéaux, où l'expulsion lithiasique est possible et se réalise sous l'influence de la cure, bien souvent aussi, cette expulsion ne peut être obtenue, et la *cure ne réalise que des effets palliatifs*.

En quoi consistent ces effets ? Ils peuvent être résumés en un seul mot : *la sédation*. Nous avons surtout en vue ici les formes irritables, où la répétition des crises, leur longueur, la persistance, entre elles, de douleurs plus ou moins accentuées, l'absence ou l'insuffisance d'élimination lithiasique, rendent particulièrement pénible au malade l'existence de son affection.

Dans ces cas, des cures douces, menées très prudemment, avec de faibles quantités d'eau, surtout au début, sont susceptibles d'être éminemment favorables ; ce sont les cures sédatives qui visent uniquement, en activant la fonction rénale, à décongestionner le rein irrité par la présence du calcul.

Il faut même, une fois cette décongestion obtenue en apparence, se bien garder, en forçant à tort les doses, de risquer de compromettre les résultats acquis. On aura, en somme, réalisé une véritable sédation avec atténuation et disparition des sensations douloureuses, meilleure tolérance pour la concrétion lithiasique, qui pourra ultérieurement, soit rester silencieuse, soit s'expulser plus ou moins facilement.

Aux sujets *porteurs de gros calculs rénaux*, et chez qui, pour des raisons diverses, l'intervention chirurgicale est différée ou refusée, ce sont aussi ces cures douces et sédatives qui conviennent ; là aussi, il est inutile et dangereux de rechercher une expulsion : inutile, parce que l'expulsion est irréalisable ; dangereux, parce qu'il n'est pas sans inconvénients de « remuer » des calculs souvent à peu près silencieux et suffisamment bien tolérés, tandis qu'il peut être utile d'améliorer la fonction rénale elle-même, de décongestionner le rein, et d'*assurer une meilleure tolérance*. En outre, cette cure est, sous bien des rapports, *une des meilleures préparations à l'intervention chirurgicale*.

Enfin, *après l'intervention chirurgicale elle-même*, la cure ne doit pas davantage être négligée : lorsque le chirurgien a libéré le rein du calcul qu'il contenait, ce serait une erreur de croire que tout soin est devenu inutile ; bien souvent, de petites particules sablonneuses persistent qui ont échappé à l'acte opératoire ; le rein traumatisé a besoin de récupérer au mieux sa fonction, et d'être encore lavé, décongestionné et stimulé. Comment mieux réaliser ces indications que par ce drainage hydrique se produisant normalement et dans le sens physiologique du courant urinaire ? Puis, l'acte opératoire, l'ablation du calcul, ne suppriment ni la tendance diathésique de l'organisme à la formation de nouvelles concrétions, ni les modifications cellulaires locales qui provoquent au passage la cristallisation ou la sédimentation des sels urinaires. C'est à cette double indication générale et locale que correspond la cure, et c'est encore là qu'elle est appelée à donner les meilleurs résultats.

Quant à la répétition des cures, si une seule a pu souvent donner des résultats favorables, — c'est le cas par exemple pour la cure de précautions qui suit l'expulsion d'un petit gravier unique et accidentel, — il ne faut pas considérer qu'il en puisse être habituellement ainsi ; le plus souvent, la cure doit être répétée, d'abord deux ou trois années consécutives, complétée dans l'intervalle par une ou deux petites cures à domicile, renouvelée ensuite à des intervalles variables. Les indications à ce sujet ne peuvent évidemment être qu'individuelles ; elles varieront selon la forme, le degré, la marche de la maladie. Mais il ne faut pas oublier qu'en face de semblables manifestations d'une diathèse organique, la persévérance dans le traitement est la première condition du succès.

Pour nous résumer, nous dirons donc que *la cure de Vittel s'adresse à toutes les variétés, à tous les degrés, à toutes les périodes de la lithiase rénale, aussi bien dans les formes purement médicales que dans les formes chirurgicales, avant et surtout après l'intervention.* Quant aux résultats, ils seront commandés surtout par le volume de la concrétion en cause ; seules, celles de petit volume sont évidemment susceptibles d'être expulsées. Mais pour les autres, la cure ne sera pas moins utile par la décongestion du rein, la sédation des phénomènes douloureux qu'elle détermine, par la meilleure tolérance qu'elle apporte, par le soulagement que toujours elle réalise.

La voiturette du médecin

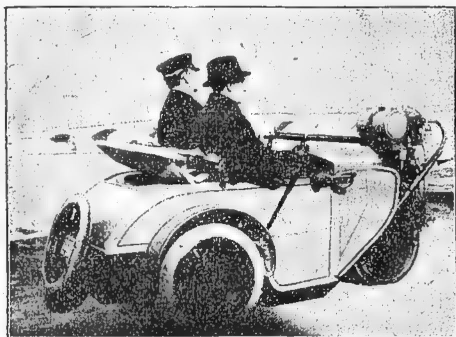
Rouler à peu de frais n'est pas un rêve !

C'est — nous explique M. Monet — la conséquence d'une conception nouvelle et simple de la voiturette à deux places.

Rouler à peu de frais, même en faisant le sacrifice de certaines élégances, quelle nécessité professionnelle, aujourd'hui, pour tant de médecins !... Ce rêve est-il théoriquement et pratiquement réalisable ?.. Sans aucun doute, d'après l'intéressante conversation que je viens d'avoir avec M. Monet, l'ingénieur-constructeur mâconnais (1) dont la voiturette triompha, comme on sait, dans la course du Mont-Verdun, organisée par le *Motocycle-Club* de Lyon, en battant un lot important de *side-cars* de 750 cmc., et par 2 minutes, sur 12 min. 40 sec. : ce qui est tout dire.

***

En mécanique plus qu'en toute autre matière, ce qui se conçoit bien — ou, mieux encore, ce qui a été bien conçu et bien réalisé — s'énonce clairement. Ecoutons donc le constructeur de la voiturette Monet lui-même :



La *Voiturette Monet*, moteur M. A. G., 2 cyl. 5/7 HP — 60 km. à l'heure. en palier et Record de la plus faible consommation au Concours du Mans (2 lit. 800 aux 100 km.).

— J'ai pensé, m'a-t-il dit, à ceux dont la devise pourrait être : *Moto ne veux* (parce que trop peu confortable pour son prix), *Voiture ne puis* (parce que trop coûteuse d'achat et d'entretien).

J'ai songé surtout, en réalisant l'engin intermédiaire, à avoir une voiturette légère et bon marché, à éviter le contre-sens capital qui condamne certains *cycles-cars*, c'est-à-dire le rêve trop ambitieux d'une voiturette qui, pour un prix très inférieur à celui d'une voiture proprement dite, voudrait cependant singer celle-ci, être en somme *une grosse voiture diminuée* : c'est-à-dire comportant, *en réduction*, tous les organes délicats, coûteux à usiner, embrayage et transmission compliqués, direction savante, boîtier, pignons, vis sans fin, essieu articulé, rotules et autres bijoux de prix. Bref, j'ai voulu éviter la parodie de grosse voiture, qui, bien usinée, devrait coûter presque aussi cher, et qui, camelotée, sera toujours trop coûteuse.

Donc, principe nouveau d'une voiturette *légère* et *économique* (1), et cependant *bonne* et *sûre*, d'une voiturette qui sera sérieuse précisément *parce que bon marché* et *parce que sa conception même m'interdit de la vendre plus cher*.

Légère, d'abord. J'ai posé en principe qu'elle ne dépasserait pas 200 kilos. Pour ce poids, un excellent moteur de 6 chevaux nous suffit ; un moteur à ailettes, que nous laisserons bravement se refroidir à l'air libre, au-dessus de la roue motrice, unique et *centrale*, dont on aperçoit tout de suite l'avantage sur celle du *side-car* quant à la traction normale et bien répartie du véhicule et quant à l'usure normale des pneus. Moteur, en outre, bien visible, facilement accessible, ce qui est une « élégance » inappréciable pour l'homme pressé.

A ce moteur, de rendement maximum et de consommation minima, une transmission aussi légère que simple : la courroie. N'ayez pas de sourire sceptique. Il ne saurait s'agir des courroies d'avant-hier — toujours prêtes à *patiner* lorsqu'elles n'étaient plus *trop tendues* — mais

(1) Usine Monet et Goyon, 41, rue du Pavillon, Mâcon (S.-et-L.)

(1) Le prix actuel de la voiturette Monet est de 6.850 francs, taxe comprise. Cette voiturette ne paye d'ailleurs, comme cycle-car, que 100 francs.

d'une courroie-chaîne *absolument inextensible*, dont la tension convenable et constante est assurée automatiquement par un ressort situé *hors de cette courroie elle-même*. Notez encore que notre changement de vitesse étant interposé *entre la courroie et la roue motrice*, la force de traction de cette courroie ne varie plus avec le profil de la route et que son travail reste constamment égal. Voilà donc résolu le point le plus délicat. D'où faculté de changer de vitesse *sans débrayer*, ce qui, sur une voiture ordinaire, est un tour de prestidigitation. D'où encore élasticité et douceur de démarrage qui permettent de confier sans crainte cette voiturette au plus novice des conducteurs et qui, entre les mains d'un conducteur tant soit peu expérimenté, assurent à cette transmission le rendement intégral et les résultats sportifs — mathématiques et indiscutables — qu'elle a donnés en course.

Nous pouvons d'ailleurs débrayer, et avec une remarquable simplicité de moyens : tout bonnement en soulevant le guidon de direction, du geste familier à ceux qui tirent de bas en haut sur les rênes d'un cheval : ce qui abaisse le moteur, détend notablement la chaîne et la libère de tout travail. J'ajoute qu'en continuant à fond cette manœuvre du débrayage, vous obtenez un premier freinage — par friction d'un patin *ad hoc* sur la poulie de transmission. N'est-ce pas la simplicité même ?... Il va sans dire, d'ailleurs, que la voiture comporte encore, à votre droite, un autre frein à main, qui complète sa sécurité.

Ah ! je sais bien que le guidon de direction rigide dont la conception ultra-simple vous permet la manœuvre susdite — et qui met, en outre, en évidence et à votre portée l'admission des gaz, la commande du changement de vitesse et la pompe à huile, — je sais, dis-je, que ce guidon n'a rien de commun avec le classique « macaron » et qu'avec lui vous n'aurez jamais l'air d'un gagnant du Grand-Prix de l'A. C. F. Mais ne songeons-nous pas, tout simplement et avant tout, à rouler à bon compte ?... Et, si cette direction n'a pas exigé d'usinage coûteux (que vous payeriez, n'en doutez pas) n'a-t-elle pas cependant la souplesse et la docilité des directions les plus richement compliquées ?...

Pareillement, notre changement de vitesse se rit des engrenages minutieux et des reprises difficiles. Nos deux vitesses, en effet, sont *en prise directe*. Notre changement de vitesse, qui n'est pas enfermé dans une mystérieuse boîte à malices, pèse tout juste 2 kil. 500 et, sous ce poids, il a pu transmettre, aux essais, la bagatelle de 70 HP. Sa simplicité même nous a permis de le tailler dans des aciers au chrome-nickel, un luxe que vous apprécierez car, pour les boîtes de vitesse ordinaires et par suite des difficultés d'usinage, de tels aciers sont du fruit défendu.

Différentiel ?.. Néant, puisque notre roue motrice avant nous permet de laisser folles les deux roues arrière, ce qui équivaut pour elles à posséder un différentiel de milliardaire et ce qui assure l'usure normale de leurs pneus. Double économie d'usinage et d'enveloppes, c'est-à-dire d'achat et de consommation.

L'autre consommation, celle de l'essence, ne vous effrayera pas davantage si j'ajoute que cette voiturette n'exige que 4 litres aux 100 km. et en charge pour une vitesse qui, en côte, est toujours digne de sa victoire du Mont-Verdun et qui, en palier, tient le 60 et peut frôler le 70.

***

Résumons-nous. Vous avez là une voiture qui, je le répète, ne doit pas son bon marché à de faciles camelotages de fabrication, mais à la seule simplicité de sa conception première : une voiture qui n'a pas joué à la fausse élégance, mais qui n'a rien sacrifié du confort et dont le luxe — récompense des économies susdites — consiste non seulement dans sa légèreté robuste, dans son parfait équilibre et dans un rendement maximum pour une dépense minima, mais encore dans des organes et accessoires de choix : carburateur spécial du type grosse voiture, magnéto à haute tension, bons et loyaux pneumatiques, non de moto, mais de vraie voiturette. Rien d'inutile, mais tout le nécessaire absolument parfait, telle est notre devise ».

***

Ainsi parla le jeune ingénieur-constructeur mâconnais. Il m'a paru que le simple exposé de cette conception nouvelle de la voiturette économique était de nature à intéresser particulièrement les médecins.

Aussi bien, parmi les témoignages de toute sorte qu'a reçus la voiturette Monet, j'ai noté à leur intention celui d'un médecin de campagne qui, après en avoir acheté une, non pour remplacer, mais pour doubler à l'occasion la 10 H P qu'il possédait déjà, s'est trouvé si bien de la seconde qu'il a fini par laisser la première au garage et par l'oublier presque... En ces temps d'essence et de pneus encore trop chers, nul hommage à la « petite Monet » ne m'a paru plus typique ni plus intéressant à citer.

J. Diroy.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

Projet de revision de la loi sur la santé publique.

(Académie de médecine.)

L'Académie clôture la discussion soulevée à propos du projet de révision de la loi du 15 février 1902 sur la santé publique en adoptant les conclusions de M. Léon Bernard avec de légères modifications. Ces conclusions sont les suivantes :

1° Il y a lieu de créer sur tout le territoire, une organisation obligatoire des services d'hygiène, pourvus d'un personnel de médecins spécialisés chargés de les faire fonctionner et relevant de l'autorité directe du ministre de l'hygiène ;

2° Le territoire de la France sera divisé en circonscriptions sanitaires à la tête desquelles seront placés des médecins sanitaires de circonscription ; ces circonscriptions seront assez petites pour que les médecins puissent entrer en contact intime et permanent avec la population, le corps médical, et les autorités administratives ;

3° Paris et les villes désignées par un règlement d'administration publique conservent une organisation sanitaire municipale, celle-ci étant placée sous le contrôle de l'inspecteur sanitaire régional dépendant de l'Etat.

4° L'initiative des officiers sanitaires pour la prescription des mesures d'hygiène, permanentes ou temporaires, est aussi élargie que possible, l'exécution étant réservée aux autorités administratives.

5° La déclaration des maladies transmissibles est faite aux médecins sanitaires ; elle est obligatoire pour les chefs de famille ou d'institutions et les médecins.

6° Les revaccinations anti-varioliques sont obligatoires au cours de la septième, de la treizième et de la vingtième année ; elles peuvent être rendues obligatoires en dehors de ces conditions d'âge, dans des circonstances exceptionnelles.

7° Les autres mesures destinées à combattre les maladies transmissibles sont : la vaccination, l'isolement, la désinfection, des mesures de protection des eaux, etc.

Sur le traitement des anévrysmes de l'aorte.

(M. VAQUEZ. — *Académie de médecine.*)

A propos d'une communication récente de M. Rénon concernant un cas d'anévrysme de l'aorte traité chirurgicalement, M. Vaquez montre qu'il faut distinguer la dilatation cylindroïde de l'aorte, qualifiée d'anévrysme fusiforme, et le véritable anévrysme sacciforme. Le premier, conséquence d'un processus banal d'athérome ou de sclérose, ne se rompt pour ainsi dire jamais. Contre lui, il serait illogique de courir les gros risques d'une intervention chirurgicale. L'anévrysme sacciforme, lésion *totius substantiæ*, est d'origine syphilitique. Il relève avant tout du traitement spécifique. La chirurgie pourrait, devant sa gravité, être parfois indiquée. Malheureusement, les tentatives faites à ce jour ont été généralement suivies de mort.

La thérapeutique par le choc hémoclasique.

(Société médicale des hôpitaux.)

En 1913, MM. Widal, Abrami et Et. Brissaud ont proposé une nouvelle méthode de traitement des maladies infectieuses : le traitement par le choc (choc hémoclasique, colloïdo-clasique, peptonique). Le choc en question s'obtient en pratiquant une injection intra-veineuse de substances diverses (métaux colloïdaux, peptone, albumines hétérogènes). Il détermine des troubles généraux souvent intenses, quelquefois d'une extrême violence, et il est suivi dans certains cas de la guérison d'affections septicémiques rebelles à tout autre traitement. Arme à double tranchant, le choc colloïdo-clasique peut guérir des maladies d'une gravité exceptionnelle, mais il a pu aussi causer la mort, chez des sujets, il est vrai, dont l'état, généralement, ne laissait aucun espoir. La question, on le voit, mérite toute l'attention du praticien.

A propos d'un cas de septicémie puerpérale à streptocoque traitée et guérie par le choc colloïdo-clasique, cas rapporté par M. Edmond LÉVY-SOLAL, une importante discussion s'est poursuivie à la Société des hôpitaux sur ce mode thérapeutique, sa valeur, ses dangers et ses indications.

Le cas de M. Lévy-Solal concerne une femme atteinte de septicémie puerpérale à streptocoque qui avait résisté à tous les essais thérapeutiques. On fit alors, en présence de l'aggravation progressive de la maladie, une injection intra-veineuse, suivant la méthode de Nolf, de 10 cent. c. d'une solution de peptone à 5 p. 100. Le choc fut vif, mais le lendemain matin, la température tomba (de 40°) à 37°. Après 3 jours d'apyrexie, la température étant remontée à 40°, on recourut à une seconde injection de peptone. La guérison fut ensuite définitive.

M. ABRAMI rappelle que le traitement par le choc ne saurait être considéré comme une méthode de pratique courante. On ne peut pas prévoir d'avance l'intensité du choc. Il faut le réserver aux cas rebelles à toute autre thérapeutique. M. Lévy-Solal, avec raison, s'est décidé seulement devant l'aggravation progressive de l'état de sa malade.

M. LEMIERRE, chez une femme atteinte d'infection puerpérale grave, a pratiqué une injection intra-veineuse de 2 c. c. d'or colloïdal. La réaction (violente) fut suivie de guérison.

M. BOIDIN voudrait que l'on publiât non seulement les cas heureux, mais aussi les cas malheureux. Il cite le fait dramatique suivant. Chez une femme profondément infectée par le streptocoque, il injecte dans la veine, suivant la technique de Nolf, une solution de peptone. Les précautions recommandées : choix de la peptone, diète hydrique depuis la veille,

injection très lente, sont rigoureusement suivies. Vingt minutes après l'injection, grand frisson, pouls rapide. Une heure après, température à 41°4. Trois heures plus tard, cyanose, assourdissement du cœur, pouls incomptable, 41°8, mort.

M. Marcel LABBÉ signale une contre-indication formelle à l'emploi du choc colloïdo-clasique : la défaillance du cœur. Pour résister à la réaction, quand elle est violente, il faut un cœur assez solide.

M. LE GENDRE se demande s'il vaut mieux dès lors, intervenir de bonne heure, ou plus tardivement, attendant ainsi la confirmation de la gravité de la septicémie. Pour sa part, il a toujours attendu un diagnostic bactériologique ou la constatation de signes d'une infection croissante malgré la thérapeutique ordinaire.

M. BOIDIN pense qu'il serait peut-être possible de graduer le choc, en s'adressant aux diverses substances susceptibles de le provoquer. Il semble bien que le choc obtenu avec l'électrargol soit moins vif que celui dû à l'or colloïdal. L'injection de peptone, le sang citraté, donnent des réactions plus violentes encore. Si l'on pouvait disposer d'une gamme progressivement active de substances de choc, on pourrait s'y adresser en tenant compte de la gravité plus ou moins grande elle-même de la septicémie.

M. MONIER-VINARD a vu, une fois, l'injection colloïdale, inactive au début, donner un bon résultat quelques jours plus tard.

M. PAISSEAU a traité une vingtaine de cas de fièvres typhoïdes par les injections intra-veineuses d'or colloïdal, avec des résultats impressionnants. L'aléa de cette thérapeutique, toutefois, fait hésiter à y recourir. Les accidents du choc semblent s'atténuer par l'injection sous-cutanée de 1 milligr. d'adrénaline.

M. RATHERY tire de son expérience personnelle la conclusion suivante : la thérapeutique par le choc donne quelquefois des résultats surprenants. Néanmoins, difficile à manier, parfois dangereuse, elle reste une médication d'exception.

M. ABRAMI résume ainsi les données actuelles sur le choc thérapeutique. D'un côté, dit-il, des exemples de guérison inespérée. De l'autre, des réactions violentes pouvant aller jusqu'à la mort. L'impossibilité où l'on est de mesurer d'avance l'intensité du choc est le principal obstacle à la généralisation de la méthode. L'acuité de la réaction paraît tenir surtout à l'état individuel. Il ne semble pas que l'on puisse graduer le choc, comme l'indique M. Boidin, en utilisant des substances différentes.

Aussi, M. Abrami conclut-il, comme il le faisait en 1913, que, malgré la puissance curative unique de cette méthode, on ne saurait actuellement encore la classer parmi les procédés de pratique courante. Il faut la réserver aux cas exceptionnels, rebelles aux autres thérapeutiques et dont la gravité autorise toutes les tentatives. Se souvenir, aussi, qu'il est une catégorie de sujets chez lesquels l'équilibre colloïdal paraît plus instable et qui offrent des phénomènes de choc particulièrement violents : ce sont les malades atteints d'asthme, d'urticaire, de maladie de Quincke, états qui sont déjà des manifestations de la colloïdoclasie.

Fixation dans le poumon de l'huile injectée dans le sang.

(MM. BUSQUET et VISCHNIAC. — *Société de biologie.*)

L'huile, injectée dans un vaisseau, disparaît assez rapidement du liquide circulant et se retrouve dans certains organes. Des recherches de MM. Busquet et Vischniac, il semble résulter que la fixation de l'huile se fait principalement dans le poumon, et, à un taux moindre, dans le foie et le rein.

Recherches sur l'herpès génital.

(MM. Georges BLANC et CAMINOPETROS. — *Société de biologie.*)

La nature de l'herpès en général et de l'herpès génital en particulier reste assez obscure. MM. Blanc et Caminopetros, poursuivant leurs recherches sur l'herpès, ont prélevé chez un malade le liquide d'une vésicule type d'herpès de la rainure balano-préputiale et l'ont inoculé, après scarification légère, sur la cornée droite d'un lapin. Ils ont vu se produire une kératite diffuse suivie de mort par encéphalite. Les auteurs, constatant que le virus de l'herpès génital produit sur le lapin les mêmes effets que celui de l'herpès buccal, croient devoir conclure que l'herpès génital est infectieux.

P. L.

BIBLIOGRAPHIE CRITIQUE

Revue des Livres.

Chez MALOINE et fils, Paris.

Roger HYVERT. — **Description, emploi et valeur en clientèle des traitements nouveaux.**

Ce petit manuel permet au médecin d'être immédiatement renseigné sur les médicaments nouveaux, ou les médicaments anciens dont les applications sont toutes nouvelles, ainsi que sur les principales spécialités pharmaceutiques.

Cela suffit à souligner son intérêt pratique.

Charles BORDIER. — **Guide pratique du préparateur en pharmacie.**

300 pages qui devraient être entre les mains de tous les médecins qui font la pharmacie en vertu de la loi de Germinal.

PARTIE PROFESSIONNELLE

MÉDECINE SOCIALE

Le projet de loi assurance maladie, invalidité et retraite.

Nous donnons aujourd'hui le texte de l'exposé des motifs et celui des articles du projet de loi, qui se rapportent au service médical de la future assurance sociale.

Notre article du numéro prochain abordera la discussion de ces textes, afin que nos confrères puissent reprendre la question dans leurs syndicats et se faire une opinion d'après les textes officiels.

Dr Paul BOUDIN.

I

Extrait de l'exposé des motifs.

Une des plus grosses difficultés du projet était d'organiser les soins médicaux et pharmaceutiques dans des conditions telles qu'elles pussent tout à la fois satisfaire les nécessités de l'hygiène et de la santé publique, ne pas dépasser les possibilités financières des caisses d'assurance, et en même temps donner les garanties indispensables au corps médical tout entier. C'est en s'inspirant de cette triple préoccupation qu'a été conçu le système sur lequel repose le projet.

Tous les assurés — et pour ceux qui sont chefs de famille, leur femme et leurs enfants de moins de seize ans — pourront faire librement appel au médecin de leur choix (art. 24), pourvu que ce dernier ait passé contrat préalablement avec la caisse d'assurance : le nombre des visites de ce praticien ne sera limité que par les besoins du malade. L'assuré n'aura même pas à attendre que la maladie se soit déclarée pour réclamer l'assistance du médecin ; il pourra la demander, dès que, sentant ses forces faiblir, il croira utiles des soins préventifs. Si plusieurs médecins exercent dans la commune, il aura la faculté de consulter celui qui lui agréera le mieux ; s'il n'en existe aucun, il devra s'adresser à l'un des médecins résidant dans la localité la plus voisine pour éviter des frais inutiles, et il y a tout lieu de penser qu'attirés par une clientèle certaine, guidés d'ailleurs par leurs organisations syndicales, les jeunes médecins viendront exercer leur art dans les centres les plus dépourvus : leur répartition sur les différents points du territoire s'adaptera ainsi spontanément aux nécessités nouvelles que le projet de loi aura pour effet de créer.

A ne se préoccuper exclusivement que de réduire au strict minimum les charges financières, on risquerait de créer une sorte de prolétariat médical, constitué par des praticiens au rabais, au grand détriment de la dignité professionnelle et pour le plus grand danger de la santé des assurés. Admettre d'autre part que le malade puisse multiplier le nombre de ses consultations et que les caisses soient tenues d'en verser le prix pour chaque visite, ce serait livrer à l'inconnu l'équilibre du budget d'assurance. C'est après avoir pesé toutes les difficultés et cherché à concilier dans la mesure légitime tous les intérêts en présence, qu'on s'est arrêté dans le projet au système suivant :

Les caisses d'assurance publiques ou privées devront, en principe, passer contrat avec les associations professionnelles de médecins et pharmaciens (art. 25). Ces contrats détermineront les modalités suivant lesquelles l'association professionnelle se chargera de dispenser aux bénéficiaires les soins médicaux et chirurgicaux, ainsi que d'assurer le service des médicaments. Comme des renseignements recueillis, il résulte que présentement la très grande majorité — pour ne pas dire la quasi-unanimité — des médecins et pharmaciens sont groupés, soit en associations, soit en syndicats, il n'y a pas de caisse qui ne puisse traiter avec une organisation de ce genre. Au surplus, le fonctionnement même de la loi nouvelle aura pour effet de renforcer cette organisation professionnelle dont, à bien des égards, les avantages sociaux sont considérables. Ces contrats collectifs auront, en effet, pour conséquences de préciser les engagements des médecins et des pharmaciens, de multiplier et de hâter les progrès techniques de la médecine, de la chirurgie et de la pharmacie en France, et de renforcer le contrôle indispensable à la saine application de la loi. D'ailleurs, des ententes pourront, en outre, s'établir avec les médecins qui individuellement adhéreront aux conditions fixées par la caisse.

Il paraît indispensable que, temporairement tout au moins, les médecins renoncent au payement à la visite. Si on veut déterminer l'évaluation préalable des charges et fixer la mesure des engagements de l'Etat, on ne saurait se contenter de calculs aléatoires et incertains ; c'est à forfait et par tête d'assuré que chaque caisse d'assurance devra régler à l'association ou au syndicat les frais médicaux.

Sans doute le payement à la visite semblerait offrir l'avantage d'assurer au praticien une rémunération exactement proportionnée à ses efforts ; il donnerait peut-être aux malades l'impression que le concours médical leur serait plus largement dispensé. Mais il a paru possible, dans un système déjà expérimenté en Alsace et en Lorraine, ainsi que dans certains départements français, comme le Rhône et le Lot-et-Garonne, pour l'assistance médicale gratuite, de concilier ce double souci avec la préoccupation

essentielle, primordiale, de ne laisser aucun aléa dans le calcul des dépenses de l'assurance. Les assurés, grâce au libre choix, feront appel aux praticiens qui leur paraîtront offrir les plus grandes garanties de conscience professionnelle. Le corps médical, avec la haute et claire notion des devoirs qu'il a envers le pays, saura, sans méconnaître ses intérêts propres, se plier, pendant les premières années d'application de la loi, aux nécessités financières qui s'imposent.

Une rémunération convenable peut être assurée aux médecins et chirurgiens, ainsi qu'aux pharmaciens, sans que les caisses aient à redouter les risques graves qui résulteraient de l'absence de précision certaine. Les évaluations qui ont servi de base au projet ont été à dessein largement établies, en tenant compte de la moyenne des journées de maladie et du nombre des visites par tête d'assuré, d'après les plus sérieuses statistiques connues, ainsi que de l'augmentation du prix de la vie et des débours occasionnés par les déplacements.

En ce qui concerne les opérations de grande chirurgie et les opérations de laboratoire que nécessitent la détermination et le traitement des maladies, les frais et honoraires en seront fixés d'après un tarif spécial (art. 25).

Les médecins et chirurgiens recevront leur rémunération non de la caisse, mais du groupement professionnel auquel ils appartiennent et qui aura traité en leur nom et pour compte (art. 25). Cette rémunération, fixée au prorata du nombre de leurs consultations et du montant des frais de déplacement, sera proportionnelle au travail accompli par chacun d'eux et ainsi se trouvera équitablement corrigée la rigueur du forfait.

Le dernier risque à éviter était l'abus que peuvent faire les malades eux-mêmes en réclamant inutilement les conseils d'un praticien et en lui occasionnant des déplacement superflus. Pour y parer, le projet généralise une initiative heureuse qui semble donner d'excellents résultats dans certains départements de la France, et plus spécialement dans la région lyonnaise : le système dit du « ticket modérateur » (art. 26). Si les soins médicaux sont, en principe, dispensés gratuitement à tous les assurés, il paraît néanmoins opportun d'intéresser directement le malade lui-même à ce qu'il ne dépasse pas la limite raisonnable. Comme garantie, on demandera pour chaque visite à l'assuré une très modeste contribution, fixée à 25, 50 ou 75 centimes, suivant la classe du salaire à laquelle il appartient ; cette contribution sera versée au moyen de tickets délivrés préalablement par la caisse d'assurance et remise par l'assuré au médecin. Fixée à une somme assez basse pour ne créer aucune gêne aux intéressés, elle aura pour effet de garantir les médecins contre les demandes de visites immodérées, en même temps que de faire concourir les malades à la limitation des visites inutiles que certains médecins pourraient être tentés de faire. Ce système a encore l'avantage d'éviter toute paperasserie, voire même toute comptabilité, puisqu'il suffit à chaque médecin de conserver les tickets qui lui seront remis par ses clients pour être rémunéré au prorata du nombre de ses visites. Elle augmente, en outre, la rémunération forfaitaire allouée par les caisses en proportion directe du nombre des consultations données, et vient ainsi corriger, sans risque pour la caisse, le système de l'abonnement pur et simple.

Il est, en outre, prévu qu'en cas d'abus flagrant commis par un assuré qui mande un médecin à son domicile sans motif légitime, ce dernier est tenu d'en aviser la caisse et, s'il est établi que le déplacement provoqué n'est aucunement justifié, la caisse peut réclamer à l'intéressé le remboursement de l'indemnité qu'elle a dû verser de ce fait au syndicat (art. 26). Quant au médecin qui se serait livré à des compromissions répréhensibles ou même coupables, il serait passible de sanctions pénales.

Tous les moyens de contrôle devront d'ailleurs être mis en œuvre pour garantir, au point de vue médical, une application rationnelle et satisfaisante de la loi, et ce ne sera pas le moindre avantage des contrats collectifs passés entre les caisses et les groupements professionnels de médecins que d'assurer à ce contrôle les modalités les plus variées et les sanctions les plus efficaces. Le corps médical sera directement associé à cette œuvre, dans l'intérêt général comme dans son intérêt propre. C'est lui qui aura la responsabilité de la discipline professionnelle, qui surveillera, au point de vue technique comme au point de vue social, l'exercice de la médecine et de la chirurgie dans le cadre de l'assurance, sans préjudice du contrôle général exercé par les caisses régionales, mutualistes, patronales ou syndicales et par les assurés eux-mêmes (art. 25).

Les bienfaits de la science doivent être dispensés également à tous les assurés ; il serait intolérable d'admettre des différences dans le traitement des maladies, suivant qu'elles atteignent des salariés modestement ou largement rémunérés : il n'y a pas deux techniques médicales ou chirurgicales, s'exerçant, l'une à plein tarif et l'autre au rabais. Tout être humain a droit aux mêmes soins.

II

Texte du projet de loi.

Choix du médecin et du pharmacien.

Art. 24. — 1. L'assuré a la faculté de choisir son médecin et son pharmacien sur une liste de praticiens établie par la caisse à laquelle il est affilié.

2. Cette liste comprend les médecins et pharmaciens avec lesquels la caisse a passé un contrat collectif pour le service de l'assurance, ou qui ont adhéré aux conditions fixées par elle.

3. Toutefois, pour les visites à domicile, le choix de l'assuré est limité aux médecins de la commune où il réside. Si la liste ne comprend pas de praticiens domiciliés dans la commune de l'assuré, celui-ci doit

choisir parmi les praticiens résidant dans la commune la plus rapprochée. Au cas où il désire faire appel à un autre praticien de la liste, le supplément de frais pouvant résulter de l'appel de ce praticien est laissé à la charge de l'intéressé.

Des contrats entre les caisses et les médecins et pharmaciens.

Art. 25. — 1. Les contrats collectifs passés entre les caisses d'assurance et les groupements professionnels de médecins déterminent les modalités suivant lesquelles ces groupements se chargent de dispenser aux bénéficiaires, dans les conditions de la présente loi, les services médicaux et chirurgicaux.

2. La rémunération du groupement professionnel est fixée de façon forfaitaire par tête d'ayant droit. Le prix du forfait comprend à la fois, les honoraires des médecins et chirurgiens et leurs frais de déplacement. Les honoraires et frais relatifs aux opérations de grande chirurgie et aux opérations de laboratoire, que nécessitent la détermination et le traitement des maladies, sont fixés d'après un tarif spécial.

3. A cette rémunération forfaitaire s'ajoute le montant global des tickets modérateurs reçus par les médecins et remboursés au groupement professionnel par les caisses.

4. Les médecins et chirurgiens sont rémunérés par le groupement professionnel au prorata du nombre de leurs consultations et du montant de leurs frais de déplacement sur l'ensemble des sommes versées par la caisse.

5. Le groupement professionnel a la responsabilité du service médical en ce qui concerne les malades soignés par ses adhérents. Il contrôle lui-même la façon dont ce service est assuré, sans préjudice des droits propres de la caisse.

6. Les contrats collectifs passés entre les caisses d'assurance et les groupements professionnels de pharmaciens déterminent le tarif suivant lequel sont délivrés les médicaments pour le compte des caisses.

7. Les contrats collectifs passés entre les caisses d'assurance et les groupements professionnels de médecins et de pharmaciens déterminent :

1° Les modalités du contrôle du groupement professionnel et de la caisse pour assurer le bon fonctionnement des services médical, chirurgical et pharmaceutique, et pour prévenir ou réprimer les abus ;

2° Les conditions dans lesquelles les difficultés qui s'élèveraient entre les caisses et les groupements professionnels pour l'exécution des contrats collectifs pourront être amiablement réglées par des commissions mixtes composées de délégués des deux parties et présidées par un représentant de l'office.

8. Lesdits contrats doivent préalablement être soumis à l'agrément de la caisse générale de garantie et, en cas de désaccord, à l'agrément du ministre du travail.

9. Les tarifs fixés dans les contrats collectifs prévus au présent article seront revisés à l'expiration d'une première période d'application qui ne pourra en aucun cas excéder cinq années.

Des visites médicales.

Art. 26. — 1. Les consultations médicales sont données au domicile du praticien, sauf lorsque l'assuré ne peut se déplacer en raison de son état.

2. Dans tous les cas, l'assuré doit remettre au médecin un ticket de visite qui lui aura été préalablement délivré à ses frais par la caisse d'assurance. Le prix du ticket pour une visite est fixé à :

25 centimes dans la 1re et la 2e classes ;
50 centimes dans la 3e et la 4e classes ;
75 centimes dans la 5e et la 6e classes.

3. En cas d'abus flagrant commis par un assuré qui mande un médecin à son domicile sans motif légitime, ce dernier est tenu d'en aviser sans délai la caisse d'assurance. S'il est établi que le déplacement demandé n'était aucunement justifié, le supplément de dépenses qui en est résulté peut être réclamé par le groupement professionnel à la caisse d'assurance ; cette dernière en poursuit le remboursement auprès de l'intéressé, et en retient, le cas échéant, le montant sur les allocations qui lui sont dues.

Délivrance des médicaments et des appareils.

Art. 27. — 1. L'assuré ne peut recevoir de médicaments ou d'appareils aux frais de la caisse d'assurance que sur l'ordonnance du médecin traitant choisi par lui conformément à l'article 24.

2. Ces médicaments et appareils ne peuvent être prescrits qu'autant qu'ils figurent sur la liste arrêtée par la caisse après accord avec les médecins et pharmaciens qui participent au service de l'assurance. Les appareils sont fournis par l'intermédiaire de la caisse d'assurance.

Traitements spéciaux.

Art. 28. — L'assuré a droit aux consultations et au traitement dans les dispensaires, cliniques, établissements de cure ou de prévention dépendant de la caisse d'assurance dont il reçoit les secours de maladie ou d'invalidité.

II

Le médecin et les lois sociales nouvelles.

La semaine dernière, envisageant les rapports que le médecin doit entretenir aujourd'hui avec les pensionnés de guerre, demain, avec les ressortissants de l'assurance sociale, j'ai exposé pourquoi mes préférences vont à la formule que j'ai précisée dans les termes suivants : « régime de la liberté, dans la mesure où elle peut et doit exister déontologiquement, sous la protection et la garantie du Syndicat ».

Je suis plus que jamais convaincu que c'est ce régime, qui place le médecin directement en face de son malade, sans intervention entre eux d'aucun tiers, qui sauvera le corps médical de la fonctionnarisation.

Le malade, dont le risque maladie est couvert par un tiers, reçoit de lui une indemnité, une prestation en espèces, suffisante pour lui permettre de faire face aux frais médico-pharmaceutiques, ainsi qu'aux conséquences du chômage forcé qu'entraîne son invalidité, passagère ou durable. Il devient ensuite assimilable à un client ordinaire, avec cependant cette restriction qu'un tarif des honoraires médicaux aura été préalablement établi par le Syndicat médical, et sera loyalement pratiqué, avec la garantie d'un contrôle méthodiquement organisé et exercé.

Or, je me heurte à une objection qui n'est pas sans valeur, et que j'ai le devoir d'examiner impartialement.

« Votre système est excellent en théorie, m'a t-on dit. Mais, en pratique, il risque d'aller à l'encontre de ce que vous en escomptez. En effet, nous avons le droit de craindre que les malades, qui recevront individuellement une indemnité forfaitaire en espèces, se groupent, s'associent, et versent celle ci dans une caisse commune, en face de laquelle nous nous trouverons, quand sonnera le quart d'heure de Rabelais ; et alors, les difficultés que vous voulez éviter renaîtront, sur un mode plus aigu, et dans des conditions telles que nous serons exposés à avoir le dessous ».

Si je n'ai pas fait état de cette objection dans mon argumentation précédente, ce n'est pas qu'elle ne se soit présentée à mon esprit. Mais, sans l'avoir explicitement mentionnée, j'y ai répondu à l'avance dans le postulat par lequel j'ai pris soin de terminer mon article.

Le système que je préconise, avec de précieux appuis d'ailleurs, comme tout système autre que la liberté pure et simple, qui serait déplorable, présuppose, pour aboutir à des résultats effectifs, la parfaite cohésion du corps médical. Si les médecins, en majorité, continuent à être étroitement unis, si, entre eux, l'entente est permanente, s'ils font bloc pour se défendre, tout en défendant parallèlement les intérêts de leurs malades, loin d'avoir le dessous, ils triompheront.

Des caisses communes privées pourront alors se créer localement ou régionalement, les médecins, en grand nombre d'accord, ne les connaîtront pas, et ils continueront à ne vouloir avoir affaire qu'au malade qui les aura librement choisis, sachant quels sont ses droits, mais aussi quelles sont ses obligations.

Mais, ici, se présentera sans doute parfois la difficulté qui m'a été signalée et que je suis loin de méconnaître. Il pourra arriver, et il arrivera, qu'au moment du règlement, le malade n'aura pas assez ou même pas du tout d'argent pour l'effectuer, et le médecin en aura été pour ses frais, s'il ne se résoud pas à lui intenter des poursuites dont on pourra lui faire grief, en luireprochant de manquer ainsi à l'élémentaire devoir d'humanité.

Il faudrait pourtant s'entendre, et ne pas se laisser obnubiler l'intellect par des considérations d'une sentimentalité qui ne serait à proprement parler que de la sensiblerie mal placée.

Il fut un temps où l'assistance aux indigents n'existait qu'à l'état rudimentaire, sous la forme de bureaux de bienfaisance, communaux habituellement. à budget généralement très maigre.

La bienfaisance privée, la charité, y suppléait, et il n'est pas de médecin qui ait refusé ses soins désintéressés au nécessiteux malade, dans l'impossibilité absolue de l'honorer. Il n'en est pas qui, ne se contentant pas de le soigner gratuitement, n'ait encore souvent déposé discrètement, sur un coin de la cheminée, la pièce blanche qui facilitait l'achat des médicaments et des aliments nécessaires.

J'ai vécu ces temps là, au début de ma carrière.

Puis, les idées généreuses de solidarité sociale prenant corps, l'Etat est intervenu pour organiser l'assistance : il a décidé qu'à la charité privée, laissée au bon vouloir de chacun, et douée par cela même de précarité. il convenait de substituer l'assistance publique, dont le budget puiserait ses ressources dans les impôts, dont le médecin acquittait, et acquitte plus que jamais, sa lourde part.

Aujourd'hui, théoriquement, on peut dire qu'il n'existe plus d'indigents privés du secours médical ; qu il n'existe plus de nécessiteux, que la maladie réduit à la misère et qui doivent être soignés gratuitement.

Derrière tout Français qui ne possède pas par lui-même, se trouve une organisation officielle, l'assistance aujourd'hui, l'assurance sociale demain, qui prend à sa charge les frais des maladies qui peuvent l'assaillir. Cette organisation, je le répète, a son budget national. Quand le médecin a contribué, pour sa large part, à alimenter ce budget, il a fait son devoir social, et il n'y a plus de raison pour qu'il supporte une contribution exceptionnelle et supplémentaire, sous la forme d'une insuffisance plus ou moins marquée de ses honoraires, à condition naturellement que ceux-ci soient raisonnablement calculés, en tenant compte de la situation sociale des intéressés.

Donc, qu'il s'agisse d'assistés aussi bien que d'assurés, aucune considération de sentiment ne peut justifier la prétention, trop souvent soutenue, que le médecin doit leur consentir des sa-

crifices disproportionnés et ne pas recevoir la raisonnable, mais légitime rémunération de son travail.

Le médecin appliquant le tarif accepté de part et d'autre, a donc le droit strict d'exiger du malade qui aura reçu ou recevra une indemnité en argent, d'être honoré par lui.

Quand il se trouvera en présence d'un client qu'il connaîtra comme étant de mauvaise foi habituelle, ou de mauvaise volonté, il prendra ses précautions ; il demandera à être réglé au comptant.

Et nul ne pourra le lui reprocher valablement.

Ce sera une habitude à faire prendre. La chose sera relativement aisée, si l'accord règne à cet égard dans le corps médical.

Mais comment ne régnerait-il pas, alors que nous venons de le voir s'affirmer si puissamment, au sein des Syndicats, à propos de la Loi des Pensions ?

Les 15.000 Unionistes qui ont su se discipliner et marcher en rangs serrés pour se défendre contre une taxation menaçante, ne se démentiront pas dans l'avenir. Bien plutôt, leur nombre ne fera t-il que grossir ; le succès couronnera leurs entreprises, pour la meilleure organisation de la médecine sociale.

G. DUCHESNE.

LA VIE SYNDICALE ET PROFESSIONNELLE

I

La loi des Pensions et les renseignements de M. Maginot.

Dimanche 22 mai, à la réunion de notre syndicat, un confrère avait amené un ami, député mutilé. Le président lui exposa le point de vue médical au sujet de l'art. 64. A propos de la conférence du 12 mai, il fit remarquer que les 10.000 membres de l'A. G. faisaient partie pour la plupart. de l'U. S. Notamment, ici, 90 membres de l'A. G. ; 90 membres de l'U. S.

Pour le Syndicat de la Seine, il est tout entier affilié à l'Union. Donc, double emploi avec Lafontaine. Quant aux autres groupements médicaux, ils sont en nombre infime.

Notre député remercia, et dit que le président venait de lui apprendre des choses toutes nouvelles. Le Ministre aurait dit, au groupe des mutilés de la Chambre, qu'il y avait 15.000 syndiqués, mais 17.000 confrères qui ne l'étaient pas, Légère erreur, si elle a été commise.

Au sujet du coût de l'art. 64, il a évalué les dépenses à 2 milliards, ce qui, divisé par 18.000 médecins, — mettons 20.000 —, nous ferait 100.000 fr. par médecin ; divisons par deux, à cause des pharmaciens, soit 50.000 par médecin.

Que dites-vous de cela ? Nous nous sommes esclaffés, et à la fin, le député aussi, et il nous a demandé de toujours le tenir au courant.

Là-dessus, à l'unanimité, nous avons approuvé Lafontaine, et à la réunion de l'A. G. qui suivait, avons prié le bureau de Paris de s'occuper de prévoyance et non de tarifs, et voté que l'ordre du jour serait envoyé aux autres sociétés locales.

On pourrait peut-être chercher à renseigner quelques députés médecins mal documentés.

Dr L.
(Vosges).

***

Syndicat médical de la région Nortaise.

(19 *mai* 1921.)

Blessés de guerre. — On aborde la discussion à propos de la fameuse loi des Pensions. Les médecins réprouvent les procédés du Ministre des Pensions qui s'est permis de faire modifier sans raison valable l'article 64 de la loi et a essayé de diviser le corps médical en s'adressant à des personnes extra-médicales. Ils s'étonnent que le groupe médical parlementaire ne soit pas mieux au courant de la question et se soit solidarisé avec le Ministre. Ils décident d'envoyer à tous les députés de la Loire-Inférieure un résumé aussi court et aussi complet que possible pour les mettre au courant d'une situation qu'ils semblent ignorer complètement. Ils votent leurs plus chaudes félicitations au Dr Lafontaine, secrétaire général de l'Union, qu'on veut rendre responsable de l'échec des pourparlers et se rangent entièrement derrière lui et les dirigeants de l'Union.

Il semble bien que le Ministre ne pourra faire appliquer la loi des Pensions dans nos campagnes sans le secours des praticiens. La suggestion de M. Maginot de majorer le taux des Pensions en laissant à la charge du réformé les soins médicaux et pharmaceutiques est chose possible, mais cette solution semble une injustice, car cette majoration sera trop faible pour certains, trop élevée pour d'autres, en outre, elle sera très onéreuse et grèvera davantage les charges de l'Etat.

Appelé à donner son avis, le Dr Méloche a répondu au préfet que les médecins praticiens de la Loire-Inférieure n'accepteraient jamais le tarif élaboré par le Ministre, tarif nettement déficitaire et très inférieur à celui élaboré en 1920.

Le vœu suivant présenté par les docteurs de Sallier et Clénet a été admis à l'unanimité et renvoyé à l'Union :

Vœu.

« Les médecins membres du Syndicat de la région Nortaise réunis en assemblée générale à Châteaubriant, le 19 mai 1921, se font un devoir d'adresser à MM. les dirigeants de l'Union, et en particulier à son éminent secrétaire général, le Dr Lafontaine, leurs plus chaudes félicitations pour la magistrale façon avec laquelle ils ont soutenu la lutte du bon droit contre le Ministre des Pensions, les assurent de toute leur sympathie et déclarent hautement se solidariser avec eux.

« Ils réprouvent les procédés essentiellement blâmables auxquels n'a pas craint de recourir M. Maginot dans le but d'imposer son autocratie aux mutilés et aux médecins.

« Ils réprouvent notamment la violente campagne de presse dirigée contre le corps médical, également les injures adressées à la collectivité des praticiens (le Ministre ne les a-t-il pas qualifiés publiquement de « Mercantis des Mutilés ») enfin, le vote d'une loi de circonstance (suppression de l'article 64).

« Ils signalent à l'attention publique les chiffres tristement instructifs du budget du Ministère des Pensions, chiffres ayant trait seulement aux dépenses administratives.

« Ils déclarent que le groupe médical parlementaire, insuffisamment éclairé, ait appuyé le Ministre dans ses attaques, sans s'être aperçu que ce dernier cherchait avant tout à jeter la division dans le Corps médical et que, pour arriver à ses fins, il faisait appel à un certain nombre de personnalités non mandatées par les médecins, personnalités, cependant désignées par lui comme devant les représenter.

« Ils trouvent étrange que MM. les députés n'aient pas su appécier le dévouement du Corps médical à l'égard des bénéficiaires de la loi (dévouement sur lequel ceux-ci peuvent toujours compter), alors que pendant deux ans, ils ont assuré leurs soins aux victimes de la guerre, sans avoir reçu encore, à part de rares exceptions, aucune rémunération ».

Sous le bénéfice de ces considérations, les médecins du Syndicat de la région Nortaise passent à l'ordre du jour.

Délégué. — Le Dr Henri Monnier est délégué pour représenter le Syndicat à l'Assemblée du 28 mai. Sur la proposition du Dr Tissier, il sera alloué à tout délégué désigné pour représenter le Syndicat à Paris, la somme de 50 fr. par jour pour couvrir ses frais de déplacement. Cette proposition est admise à l'unanimité.

A. M. G. — Le secrétaire lit le compte rendu de la réunion de la Fédération du 20 avril 1921. Sur la proposition du Dr de Sallier, le tarif commun a été maintenu avec réduction de 20 %. Le Dr Méloche raconte son entrevue avec les conseillers généraux. Il a demandé, suivant les décisions votées, 5 fr. pour la consultation et 6 fr pour la visite, le tarif kilométrique restant le même. Cette majoration est très faible et grèvera très peu le budget départemental. La décision est reportée à la session d'août.

Le Dr Méloche a également demandé que le tarif des sages-femmes soit élevé. Actuellement, elles ne touchent que 30 fr. par accouchement et 0 fr. 25 par kilomètre. Il en résulte que beaucoup de sages-femmes préfèrent ne pas se déranger pour des indigentes éloignées de leur résidence. C'est le médecin qui est appelé et comme le prix de cette intervention est supérieur, il s'ensuit une augmentation de dépense pour le département. Le Dr Méloche propose 50 fr. par accouchement et 0 fr. 75 par kilom. Le vœu est pris en considération par le Conseil général.

Le Dr Tissier demande que la Commission médicale pour l'A. M. G. signale le nom des médecins dont les notes seraient manifestement exagérées. Le Syndicat pourrait prendre des sanctions contre ces médecins peu scrupuleux. (*Adopté*).

Malades payants dans les hôpitaux. — Le Dr Mérand signale qu'à Angers les malades admis dans les cabinets particuliers honorent directement le chirurgien. A Saint-Nazaire, les médecins reçoivent 0 fr. 25 par accidenté du travail et 1 fr. pour les malades admis dans les cabinets particuliers.

Le Secrétaire rappelle que les démarches faites à Nantes, par le regretté Dr Malherbe n'ont jamais abouti..... Une autre requête adressée à M. Ricordeau, administrateur des Hospices de Nantes n'a pas eu un sort plus heureux. Avant de faire de nouvelles démarches, le secrétaire est chargé d'écrire au Dr Reynès, de Marseille et au Dr Boudin, de Paris, qui s'intéressent à cette question.

Secours mutuels. — A Châteaubriant, certains médecins n'ont pas été admis à donner leurs soins aux membres de la Société de Secours Mutuels.

A Saint-Nazaire, tout médecin faisant partie du Syndicat est autorisé à donner ses soins aux mutualistes sans faire une demande. Cette manière de faire devrait être logiquement admise partout. Le Président écrira au Président de la Société de Châteaubriant pour faire adopter cette conduite, puisque les Mutualistes ont droit au libre choix.

Le secrétaire,
Dr CLÉNET.

***

Syndicat médical Angers-Campagne.

Loi des Pensions.

ORDRE DU JOUR :

Le Syndicat médical Angers-Campagne, réuni en assemblée générale, à Angers, le 30 avril 1921.

Après avoir examiné longuement la situation relative à la Loi des Pensions, telle qu'elle résulte de l'état de choses actuel.

A. — Affirme de nouveau son respect pour le droit des mutilés et sa sollicitude pour les bénéficiaires de la Loi des Pensions.

B. — Mais proteste énergiquement contre l'attitude de l'administration, qui ose qualifier de mercantis des mutilés, des médecins qui n'ont jamais touché un sou des honoraires qui leur sont dus par l'Etat depuis 2 ans, et s'est toujours dérobée à l'entente loyale prévue par la loi du 31 mars 1919.

C. — Convaincu, tout en le regrettant, de ne pouvoir défendre ses intérêts légitimes, et avec eux, les intérêts des mutilés et ceux de l'Etat, autrement qu'en s'opposant de toutes ses forces au mode d'organisation que prétend imposer seul, le Ministère des Pensions :

1° Décide de continuer à soigner les bénéficiaires de la Loi sans distinction, *mais au titre de clients ordinaires* ;

2° Et déclare *repousser formellement le décret du 9 mars* 1921 *et le tarif Maginot qu'il contient.*

a) Parce que ce tarif constitue une *taxation* des honoraires médicaux et que le Corps médical ne peut admettre un tarif établi sans accord préalable avec lui ;

b) Parce qu'il tend à créer en France, 5 catégories, et en Maine-et-Loire en particulier, 3 catégories de médecins, arbitrairement, illogiquement, sur la seule considération du chiffre de la population des localités habitées par les bénéficiaires de la Loi ;

c) Parce qu'il ne comporte aucune organisation sérieuse des soins médicaux et qu'il compromet ainsi un bon exercice de la médecine ;

d) Parce qu'il ne respecte nullement la liberté du choix du médecin, vu que, dans les cas graves, c'est-à-dire dans ceux précisément où chacun a le droit le plus absolu de choisir celui en qui il a la plus grande confiance, ce droit est refusé au bénéficiaire de la Loi, condamné obligatoirement à l'hôpital comme l'indigent assisté ;

e) Parce qu'il ne garantit aucun contrôle véritable, laissant ainsi la porte plus facilement ouverte à tous les abus et favorisant ainsi autour de la Loi des Pensions, cette atmosphère louche qui s'est créée autour de la Loi-accidents du travail et contre laquelle, on a tant de peine à réagir ;

D. — Reste toujours prêt à reprendre, avec le Ministère des Pensions, par l'intermédiaire de l'Union des Syndicats médicaux de France, une discussion qui aura pour but d'établir, avec le règlement de l'arriéré, une organisation sérieuse de soins, avec contrôle, une nomenclature des divers actes médicaux, chirurgicaux, spéciaux, et un tarif d'accord avec respect de la liberté du choix du médecin.

E. — Renouvelle sa confiance et son mandat au Conseil de l'Union des Syndicats médicaux de France, et en particulier, à son secrétaire général, le Dr Lafontaine.

F. — Confie à son délégué à l'Assemblée générale extraordinaire du 28 mai 1921 le mandat de s'inspirer, dans ses votes, des directives du présent ordre du jour.

Le Syndicat, mis au courant de la question du *contrôle médical des Pupilles de la Nation*, par une circulaire de la Fédération des Syndicats médicaux, vote l'ordre du jour suivant :

« Le Syndicat médical Angers-Campagne, après avoir étudié la question du contrôle médical des Pupilles de la Nation, et envisagé les deux systèmes qui lui sont présentés : système administratif : avec médecin arrondissementier, système médical : avec le concours de tous les médecins traitants, estime que le système susceptible de réaliser la meilleure technique médicale et le meilleur rendement scientifique, comme aussi de supprimer tous frais de déplacement parfaitement inutiles, et par là même d'effectuer la plus grande économie, est incontestablement le système médical ».

Tous les confrères de l'arrondissement d'Angers sont priés de vouloir bien communiquer au Dr Meignant, à Chalonnes, tous les renseignements qu'ils possèdent sur la façon dont le contrôle s'est effectué en avril-mai dans l'arrondissement, avec le système administratif.

HYGIÈNE PUBLIQUE

Faut il modifier la loi de 1902 et comment ?

Il est admis qu'en France l'hygiène n'est qu'une façade. C'est vrai en partie, mais pourquoi ? — Est-ce dû à une insuffisance de la législation actuelle et faut-il en créer une nouvelle, ou bien en est-il pour l'hygiène comme pour beaucoup d'autres choses, c'est-à-dire que la loi est trop souvent lettre morte, grâce à l'inertie de ceux qui doivent la faire appliquer. Sans aucune hésitation nous nous rallions à cette dernière hypothèse et nous affirmons que si la législation actuelle n'est pas parfaite, elle peut certainement faire face à toutes les obligations que comporte la situation présente. Le tout est de vouloir l'appliquer.

Examinons, en quelques mots, les grands griefs faits à notre organisation sanitaire. Le premier est le manque de direction et de coordination en ce qui concerne les mesures d'hygiène en général. C'est exact, ou plutôt c'était exact, car nous avons maintenant un ministère de l'hygiène dont l'existence paraît assise, après avoir été menacée. En outre de l'indépendance,

de l'esprit d'initiative et de réalisation pratique qui doivent lui appartenir, ce ministère pourra laisser à l'Instruction publique, aux affaires étrangères, à l'armée, à la marine, leur petit coin à balayer tout en conservant un rôle de contrôle général et les grandes directives. C'est une affaire d'entente facile à réaliser si l'on veut passer par dessus les individus.

Viennent ensuite toutes les critiques de la loi de 1902. La faute principale, est dans l'article I qui laisse aux maires le soin de veiller à la santé de leurs concitoyens. Ces magistrats municipaux n'ont, en effet, en général, ni l'autorité, ni la compétence pour remplir ce rôle, dont ils ne veulent pas du reste. Mais à côté d'eux et au-dessus d'eux le législateur prudent a laissé toute autorité aux préfets (art. 2.) qui, eux, peuvent s'entourer des conseils de leurs commissions sanitaires et de leurs inspecteurs et qui, d'autre part, n'ont rien à subir des contingences locales dont le poids pèse tant dans les décisions des maires. Le mal n'est donc pas irrémédiable quand les Préfets veulent bien s'intéresser à l'hygiène. Nous avons du reste des départements où il en est ainsi et où tout va aussi bien que possible. Naturellement si maires et préfets s'en désintéressent, rien ne va. C'est là que pourrait alors intervenir l'autorité d'un ministre de l'hygiène.

Quant aux maladies infectieuses, on a ergoté sur les modes de déclaration et sur la désinfection qui doit s'ensuivre. En principe, les médecins ne sont pas hostiles à la déclaration et ils la font, mais trop souvent la manière dont sont faites les désinfections les laissent sceptiques et ils s'abstiennent. Or pourquoi les services de désinfection vont-ils mal ? Tout simplement parce que personne ne s'en occupe. Les délégués sanitaires sont en général mal choisis, ridiculement rétribués et n'exercent aucun contrôle. Bien plus, beaucoup d'entre eux sont d'une incompétence absolue. Dans tel cas on trouve un conducteur des ponts et chaussées, un architecte, un ancien pharmacien à la tête de ce service. Les chefs de poste, mal surveillés, mal éduqués et absolument ignorants, ne font pas de travail utile. Leur intervention, jugée illusoire par les médecins, paraît de plus vexatoire aux intéressés. Résultat : on désinfecte mal et on dépense beaucoup d'argent en pure perte.

Quant à la vaccine, ce service est entré dans les mœurs. Il va aussi bien que possible, bien que les sanctions n'existent pas, grâce à la faiblesse des pouvoirs publics et à l'absence de contrôle.

La question de l'eau potable, primordiale au premier chef, n'est pas au point, trop de formalités entourent les projets de captation. Puis une fois une installation faite, aucune surveillance n'est plus exercée à moins que de terribles désastres n'attirent l'attention des autorités. Que de fois n'avons-nous pas vu des sources ou des puits, sans zone et sans moyens de protections, être tout d'un coup la cause de redoutables épidémies de typhoïde ? Et pourtant la loi n'est-elle pas là ? Mais qui doit donner le signal d'alarme ?

Au sujet de l'hygiène de l'habitation, toute une série de questions d'ordre juridique se posent. Elles ont entravé un peu le libre jeu des initiatives heureuses qui se sont produites depuis quelques années en faveur des logements insalubres. Un contrôle judicieux, faisant la juste part des responsabilités de l'insalubrité des immeubles et de la malpropreté de leurs occupants, devrait être exercé à la campagne comme à la ville. Le permis de construire devait être exigé partout. On éviterait ainsi de mettre l'autorité en présence de faits acquis devant lesquels elle est impuissante. Le remède n'est pas absolu, mais il aurait son utilité.

En passant en revue l'organisation départementale, il faut dire un mot des conseils d'hygiène. Leur utilité est incontestable. En général leur compétence est excellente, mais il est regrettable qu'elle n'ait pas plus souvent à s'exercer.

Il faudrait, auprès d'eux, un rapporteur vigilant et actif qui puisse les aider à étendre leur champ d'action. En principe, ce serait le rôle des Inspecteurs départementaux.

Quant aux Commissions sanitaires d'arrondissement, leur rôle est bien moindre. C'est, à notre avis, un rouage inutile qui retarde la marche des affaires.

Vient enfin cette question du contrôle et de l'inspection départementale. Elle est primordiale. Il faut, de toute nécessité, qu'il y ait dans chaque département un médecin actif et instruit, chargé de centraliser tout ce qui a trait à l'hygiène. Il faut quelqu'un qui puisse être écouté par les autorités, par les assemblées sanitaires et par les médecins praticiens, sans quoi, il ne sera pas plus possible de faire de l'hygiène dans un département qu'il ne le sera d'en faire en France sans une direction indépendante. Beaucoup de conseils généraux et de préfets l'ont compris et tous les jours se créent ces fonctionnaires, dont le mode de recrutement et de rétribution est malheureusement laissé encore à l'appréciation des préfets. Les services qu'ils ont rendus depuis leur récente création sont déjà appréciables. Si on les choisit judicieusement et si on leur donne l'indépendance et l'initiative dont ils ont besoin pour faire œuvre utile, nul doute que l'ordre, la logique et l'activité ne se répercutent bientôt dans les organisations départementales et, partant, dans les organisations de l'Etat. Mais que l'on évite d'incorporer des politiciens ou des hommes de laboratoire. Il faut que les médecins praticiens, soldats de la lutte contre les maladies, trouvent auprès des pouvoirs publics un

L'ATTENTION de MM. les Médecins est attirée sur l'extrême fréquence des substitutions dont le **Gomenol** est l'objet. Pour obtenir *avec certitude* les excellents résultats qui ont fait la réputation de la médication Gomenolée, il est indispensable de prescrire le

Gomenol et les Produits au Gomenol

sous leur complète dénomination et leur appellation d'origine, c'est-à-dire, par exemple :

OLEO-GOMENOL PREVET à 5 0/0 pour Pulvérisations et Instillations nasales.

OLEO-GOMENOL PREVET à 10 0/0 pour Injections trachéales et modificatrices.

OLEO-GOMENOL PREVET à 20 0/0 pour Pansements chirurgicaux et gynécologiques, Instillations vésicales, Injections intra-musculaires, Lavements, etc...

Ces Oleos-Gomenol sont en flacons de 50, 100 et 250 cc.

RHINO-GOMENOL en tube pour Antisepsie nasale.

GOMENOL CAPSULES en étui pour Affections broncho-pulmonaires.

GOMENOL SIROP en flacon pour Trachéo-bronchite, Coqueluche, etc...

GOMENOVULES pour Pansements gynécologiques.

Laboratoire des PRODUITS du GOMENOL, 17, rue Ambroise-Thomas — PARIS (IXe)

NUCLÉATOL ROBIN

GRANULÉ

(*Nucléophosphate de Chaux et de Soude d'origine végétale*)



RACHITISME, CACHEXIE, LYMPHATISME
BRONCHITE CHRONIQUE, CONVALESCENCE
SCROFULE, DÉBILITÉ, NEURASTHÉNIE, ETC.

DOSE: 4 à 6 cuillères-mesures chez l'adulte par 24 heures et 2 à 3 pour Enfants et Vieillards.

INJECTABLE

(*Nucléophosphate de Soude chimiquement pur*)

EXALTE LA PHAGOCYTOSE. Employé préventivement dans les opérations chirurgicales.

DÉFERVESCENCE DANS LES FIÈVRES INFECTIEUSES PUERPÉRALES, ÉRÉSYPALES, TYPHOÏDES, SCARLATINES, etc.

ABAISSE la TEMPÉRATURE en QUELQUES HEURES

DOSE : 1 ou 2 injections suivant les cas dans les 24 heures.

VENTE EN GROS : 13, Rue de Poissy, PARIS. — DÉTAIL : *PRINCIPALES PHARMACIES.*

des leurs pour les seconder, les diriger, les comprendre et les défendre.

Dans ces conditions, l'union du corps médical et des pouvoirs publics pourra se faire et donner des résultats tangibles. Mais créer à grands frais des Instituts d'hygiène, des laboratoires de bactériologie, des inspecteurs généraux et régionaux, n'est que dépense, inutilité et chimère, chimère dont se nourissent — soit dit sans critique — nos savants bactériologistes de l'Institut Pasteur, conseillers du ministre.

Avant de créer des lois et des organisations nouvelles, qu'on utilise donc tout ce qui existe déjà et surtout qu'on n'oublie par qu'il y a en France quelques milliers de praticiens instruits, dévoués et actifs, qui ne demandent qu'à participer, de leur mieux, à toutes les œuvres du progrès social dont une des bases fondamentales est l'hygiène. Hygiène au bureau, à l'école, au régiment, à l'atelier et au foyer.

D^r X,
Vice-président du conseil départemental d'hygiène.

CHRONIQUE DE LA MUTUALITÉ

Les Dieux s'en vont...

Un bruit soudain s'est répandu dans Landerneau : M. Léopold Mabilleau, commandeur de la Légion d'honneur, avait donné sa démission de président de la Fédération nationale de la Mutualité. Mes sympathies personnelles pour cet illustre représentant de la Mutualité ne me permettent pas de me taire, en présence d'une telle calamité pour la France entière.

Mes moyens littéraires ne m'autorisant pas à emboucher la trompette épique, si je devais commémorer cet événement par une chanson, je ne sais à laquelle j'arrêterais mon choix. Je ne m'attarderais pas à ce retrain : « Il est parti, mon bien aimé », mais j'aurais plutôt à choisir entre « Bon voyage, Monsieur Dumollet » ou « C'est le sire de Fiche ton camp.... »

A notre époque, où on doit s'attarder au choix des compétences, où l'on doit mettre chacun à sa place, nous pouvons dire que M. Mabilleau occupait la situation adéquate à l'importance, à la Fédération nationale.

Je vois toujours notre grand mutualiste dans les Congrès : tel le Christ monté sur son âne et faisant son entrée solennelle à Jérusalem, le jour des Rameaux, le Dieu, l'idole de la Mutualité fait son apparition.

Vivats, applaudissements, acclamations, la foule en délire se précipite sous ses pas. Le triomphateur, avec un art inouï des préséances, avec une connaissance de la hiérarchie, distribue aux uns de cordiales poignées de mains ; à d'autres, de familiers saluts de la dextre ; aux puissants du jour, de graves salutations et aux dames, son plus gracieux sourire. Et alors, il verse ses torrents d'éloquence, dans un style charmant, riche de toutes les fleurs de rhétorique, dont il forme un gros bouquet qu'il distribue, fleurs à fleurs, à chacun des assistants, depuis le préfet jusqu'au capitaine des sapeurs-pompiers, car dans ces milieux de solidarité, tout le monde a part à la distribution, et chacun en prend pour son grade.

Quand le robinet oratoire est fermé, encore sous le charme de cette exquise forme littéraire, nous nous demandons ce qu'il a pu dire. Relus, ses discours sont creux, le cadre est superbe et la toile négligeable. C'est bien le président de façade qui convenait à un organisme tout de façade, comme la Fédération nationale de la Mutualité ; le roi des bluffeurs.

Lorsque les bruits de démission parvinrent à mon oreille, je me suis demandé de suite : a-t-il démissionné, ou l'a-t-on démissionné ? Je ne pouvais supposer qu'il se retirait pour question de santé, car il était d'une complexion robuste, sauf un peu d'amnésie pour certains paragraphes de vœux émis dans certaines commissions. (Voir Commission médico-mutualiste, sous la présidence de M. Loubet.)

Si on l'avait démissionné, quel pouvait en être le motif ? Vice-président de la Société protectrice des animaux, il n'avait pas dû manger la grenouille.

Depuis, quelques articles de journaux ont levé un coin du voile sur ce qu'on a appelé le scandale Mabilleau.

Notre grand pontife est accusé de certains tripotages qu'il aurait pratiqués comme président de la Fédération, sans mandat, à l'insu de ses collègues et contrairement aux statuts de la Fédération.

Notre illustre président, dans ces temps de vie chère, trouvait sans doute que les revenus du legs Chambrun étaient insuffisants : il s'est livré à des spéculations sur les stocks anglais ou américains.

On parle de couvertures, de matelas, d'oreillers, de drap, en un mot notre grande vedette s'est livrée au métier de mercanti. Il manquait un mercanti de la Mutualité. Il a dû le faire dans un bon but, n'en doutons pas. Affligé de la pénurie de cette pauvre organisation sociale, trouvant sans doute les multiples subventions insuffisantes, ne voulant rien demander aux intéressés selon la formule usuelle, il a voulu faire du petit commerce, pour combler les déficits budgétaires en versant les bénéfices qu'il devait réaliser dans les caisses de la Mutualité. En réalité, il a fait un trou dans la lune qu'il promettait si bien à ces bonnes poires de mutualistes. On enquête sur ces agissements. Nous avons entendu dans

la presse un son de cloche, nous espérons que l'inculpé saura se défendre et réduire à néant ses accusateurs.

Nous disons les racontars, mais nous ne voulons pas charger un adversaire sans qu'il puisse se disculper.

Mais que va devenir la Fédération qu'il incarnait si bien ? Pauvre président ! Pauvre Fédération !

Dr M. VIMONT.

DOCUMENTS OFFICIELS

Création d'un Conseil supérieur de la natalité et de la protection de l'enfance.

Rapport au Président de la République Française.

Paris, le 10 mai 1921.

Monsieur le Président,

Par décret du 27 janvier 1920 a été créé, auprès du ministre de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales, un conseil supérieur de la natalité, chargé :

1° De rechercher toutes les mesures susceptibles de combattre la dépopulation, d'accroître la natalité, de développer la puériculture, de protéger et honorer les familles nombreuses ;

2° De procéder à l'examen des dispositions intéressant la natalité pouvant être introduites dans tous les projets ou propositions de lois.

Grâce au dévouement de ses membres, à leur haute compétence, à leur zèle éclairé, ce conseil a fonctionné régulièrement depuis cette date, et l'on peut affirmer qu'il n'a pas été étranger aux mesures prises depuis par le Parlement et par le Gouvernement pour remédier à la faiblesse de la natalité française et pour améliorer la situation des familles nombreuses.

Mais son action ne s'étend pas actuellement à l'enfance, et cependant la natalité et l'enfance sont étroitement liées ; ce qui touche à l'une touche aussi à l'autre. Les résultats obtenus en matière de natalité et de protection de la première enfance risqueraient de rester stériles si cette protection ne continuait pas à se manifester tant que l'enfant n'est pas en état de gagner sa vie ou n'est pas en possession de sa complète responsabilité morale.

« La protection de l'enfance a été l'œuvre de prédilection de la troisième République ».

C'est dans ces termes que, le 25 juin 1912, M. le sénateur Ferdinand Dreyfus ouvrait la première séance de la commission extra-parlementaire du code de protection de l'enfance. Les problèmes d'alors sont actuellement aussi angoissants et aussi urgents ; nous avons à réparer les brèches faites par la guerre à notre intégralité nationale. L'enfant est protégé en France de mille manières par les lois et par les institutions publiques ou privées. Mais les lois présentent parfois des lacunes ; elles sont insuffisantes ou touffues. Quant aux institutions, elles ont peine à remplir une tâche que les conditions de la vie moderne aggravent et compliquent sans cesse ; les efforts les plus tenaces et les mieux dirigés n'aboutissent pas comme ils devraient aboutir s'ils sont dispersés, si leurs auteurs s'ignorent, ou, se gênant, n'obéissent qu'aux impulsions de leur tempérament individuel ou enfin ne voient rien au-delà d'un horizon limité.

Le ministre de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales représente l'autorité centrale dont le rôle essentiel est d'assurer la liaison complète des efforts de tous, collectivités publiques, particuliers, œuvres privées, d'étudier et de provoquer les améliorations à apporter à la législation actuelle. Cette autorité serait accrue si elle était appuyée sur un organisme permanent, se réunissant à date fixe, donnant son avis sur toutes les questions à lui renvoyées par le ministre ou dont il se saisirait lui-même après accord avec le ministre.

Une section spéciale du conseil supérieur de l'assistance publique s'occupe depuis longtemps des questions de l'enfance, mais là il s'agit d'assistance, et la protection de l'enfance n'est pas toujours de l'assistance.

L'organisme dont le besoin est indéniable existe déjà en partie, c'est le conseil supérieur de la natalité, qu'il convient de transformer en conseil supérieur de la natalité et de la protection de l'enfance ; il aura pour mission, d'une part, de donner des avis sur toutes les questions intéressant l'enfance ; d'autre part, d'étudier la législation étrangère ayant trait à l'enfance, de s'en inspirer pour y puiser les dispositions qui lui paraîtront utiles ; enfin, d'assurer la liaison entre les différents services des ministères s'occupant de l'enfance ; dans ce domaine, des réalisations peuvent être immédiates (inspection médicale des écoles, correction paternelle, éducation physique, enfance anormale, etc.).

Le conseil supérieur de la natalité actuellement divisé en trois sections verrait ses trois sections de natalité ramenées à deux sections, l'une s'occupant de tout ce qui intéresse le relèvement de la natalité et l'aide à donner aux familles nombreuses, l'autre traitant plus spécialement l'hygiène et la protection de la mère et des nouveau-nés. A ces deux sections s'ajouteraient deux sections nouvelles, l'une qui traiterait tout ce qui touche à la protection de l'enfance en général, l'autre serait spécialisée dans les importants problèmes touchant à l'enfance anormale et à l'enfance coupable.

A Bruxelles, du 18 au 21 juillet, se réunit un congrès international de la protection de l'enfance. Possédant déjà un office national qui est un établissement public doué d'une personnalité juridique et de l'autonomie financière, le gouvernement belge a l'intention de demander aux gouvernements adhérents la création d'un office international de l'enfance et cette question est inscrite en tête des travaux du congrès.

La France ne peut, semble-t-il, que se montrer favorable à cette initiative, car elle en voit toute la portée et elle en comprend l'importance. Mais dans quelle mesure pourrait-elle élever la voix et garder une place prépondérante dans cet office, si elle-même n'avait pas déjà fait quelque chose dans cet ordre d'idées et qui puisse faire figure au prochain congrès international ?

Le conseil supérieur sera en France l'équivalent d'un office national, mais sans empiètement sur les prérogatives du pouvoir exécutif, sans partage des responsabilités gouvernementales et sans confusion des pouvoirs.

D'un autre côté, le décret du 27 janvier 1920 a institué dans chaque département une commission de la natalité, dont les attributions, au point de vue local, sont les mêmes que celles confiées, dans un ordre d'idées plus général, au conseil supérieur.

Il y aurait avantage à étendre les attributions de ces commissions départementales et à les transformer en commissions de la natalité et de la protection de l'enfance.

De même que le conseil supérieur fonctionnera à côté et sans gêner le comité supérieur de la protec-

tion du premier âge, organisé par la loi du 23 décembre 1874, la commission départementale de la natalité et de la protection de l'enfance existera à côté du comité départemental de la protection du premier âge.

Elle assurera, dans le cercle départemental, la coordination des efforts publics et privés, en matière de natalité et de protection de l'enfance ; sans faire double emploi avec les commissions départementales d'assistance, qui ont des attributions spéciales et dont l'action resterait limitée au domaine de l'assistance.

Si vous approuvez mes propositions, je vous serais reconnaissant de vouloir bien revêtir de votre signature le projet de décret ci-joint.

Veuillez agréer, Monsieur le président, l'assurance de mon respectueux dévouement.

Le ministre de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales,
G. LEREDU.

Décret du 12 *mai* 1921.

Art. 1er. — Il est créé au ministère de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales un conseil supérieur de la natalité et de la protection de l'enfance.

Art. 2. — Le conseil supérieur de la natalité et de la protection de l'enfance est chargé de l'examen de toutes les questions intéressant la natalité et la protection de l'enfance, qui lui sont renvoyées, soit en application de la loi, soit sur l'initiative du ministre. Il étudie les questions du même ordre qui lui sont soumises par son bureau, sur la proposition de ses membres, après accord avec le ministre de l'hygiène. Il peut émettre des vœux.

Les ministres qui ont dans leurs attributions une question touchant à un titre quelconque à l'enfance, peuvent, par l'intermédiaire du ministre de l'hygiène, en saisir le conseil.

Art. 3. — Le ministre de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales est président de droit du conseil.

Le conseil se compose de 100 membres dont 40 membres de droit, désignés en raison de leurs fonctions, et choisis parmi les corps et services s'intéressant aux questions de natalité et de protection de l'enfance.

Sont membres du conseil supérieur de droit :

Le vice-président du conseil d'Etat.

Le directeur de l'assistance et de l'hygiène publiques.

Le directeur de la mutualité.

Le chef du service central de l'inspection générale au ministère de l'hygiène.

Le directeur de l'assistance publique de Paris.

Le président de l'office des pupilles de la nation.

Le directeur des services pénitentiaires au ministère de la justice.

Le directeur des affaires criminelles au ministère de la justice.

Le directeur des affaires civiles au ministère de la justice.

Le directeur de l'enseignement primaire au ministère de l'instruction publique.

Le directeur de l'enseignement technique au ministère de l'instruction publique.

Le directeur des affaires administratives au ministère des affaires étrangères.

Le chef de service de l'éducation physique au ministère de la guerre.

Le premier président de la Cour d'appel de Paris.

4 sénateurs.

6 députés.

2 délégués du conseil supérieur de l'assistance publique désignés par le conseil.

1 délégué de l'académie des sciences morales.

1 délégué de l'Académie de médecine.

2 délégués du conseil d'Etat.

2 délégués du conseil supérieur de la mutualité.

2 délégués du conseil supérieur d'hygiène.

2 inspecteurs généraux des services administratifs.

1 représentant du ministre du travail.

1 représentant du ministre des finances.

1 représentant du ministre de l'intérieur.

Le chef de bureau des services de l'enfance au ministère de l'hygiène.

60 membres sont désignés par arrêté du ministère de l'hygiène et pris parmi les personnes de l'un et l'autre sexe, qualifiées par leurs travaux ou leur compétence spéciale en matière de natalité ou de protection de l'enfance.

Art. 4. — Les pouvoirs des membres du conseil supérieur de la natalité et de la protection de l'enfance ont une durée de quatre années. Ils peuvent être renouvelés.

Tout membre de droit du conseil supérieur cesse d'en faire partie en perdant la qualité en raison de laquelle il y a été appelé.

Art. 5. — Le conseil tient chaque année quatre sessions ordinaires : le premier lundi de janvier, le premier lundi d'avril, le premier lundi de juillet, le premier lundi d'octobre.

Des sessions extraordinaires peuvent avoir lieu sur convocation du ministre de l'hygiène.

Art. 6. — Le conseil désigne au commencement de sa première session annuelle 2 vice-présidents.

Art. 7. — Le conseil est divisé en 4 sections :

1° Natalité et familles nombreuses ;

2° Hygiène et protection de la mère et des nouveau-nés ;

3° Protection de l'enfance ;

4° Enfance anormale et enfance coupable.

La répartition des membres du conseil entre les sections se fait par décision de l'assemblée générale, sur proposition de la section permanente du conseil supérieur. Chaque section élit au début de l'année un président et un vice-président.

Art. 8. — Une section permanente du conseil supérieur de la natalité et de la protection de l'enfance est instituée. Elle a pour mission de donner son avis

sur toutes les questions qui lui sont renv yées,soit par le ministre, soit par le conseil.

La section permanente comprend :

Les deux vice-présidents du conseil supérieur ;

Le directeur de l'assistance et de l'hygiène publiques ;

Le directeur de l'assistance publique de Paris ;

8 membres désignés par le ministre ;

8 membres élus par les sections à raison de deux membres par section.

Art. 9. — Il est institué auprès du conseil un secrétariat général administratif rattaché à la direction de l'assistance publique et de l'hygiène.

Le secrétaire général administratif du conseil supérieur assiste, avec voix délibérative, aussi bien aux assemblées générales qu'aux assemblées de sections et de la section permanente.

Le ministre peut, à l'occasion d'une affaire déterminée, appeler à prendre part, avec voix consultative, aux séances de l'assemblée générale, des assemblées de sections ou de la section permanente, les personnes que leurs connaissances spéciales mettraient en mesure d'éclairer la discussion.

Le ministre peut nommer, par arrêté, des secrétaires-rapporteurs, pris parmi les fonctionnaires du ministère de l'hygiène, les auditeurs au conseil d'Etat et les personnes ayant une compétence spéciale en matière de natalité et de la protection de l'enfance.

Les secrétaires-rapporteurs ont voix délibérative dans les questions qu'ils sont chargés de rapporter.

Art. 10. — Il est constitué dans chaque département une commission départementale de la natalité et de la protection de l'enfance.

Cette commission est chargée d'examiner toutes les questions intéressant la protection de l'enfance et le développement de la natalité qui lui sont soumises pour avis par le préfet, ou dont elle s'est saisie elle-même sur la proposition d'un de ses membres après accord avec le préfet ; elle assure la coordination des efforts de l'action publique et des œuvres privées.

Elle donne son avis sur toutes les propositions de médailles de la famille française.

Elle peut émettre des vœux qui sont soumis au ministre de l'hygiène, et, par son intermédiaire, au conseil supérieur.

Elle se réunit, sur la convocation du préfet, au moins une fois par trimestre.

Art. 11. — Chacune de ces commissions est composée :

Du préfet, président ;

De l'inspecteur de l'assistance publique ;

De l'inspecteur d'Académie ;

Du directeur et de la directrice des écoles normales ;

De deux magistrats siégeant dans le département, désignés par le premier président de la cour d'appel du ressort ;

De l'inspecteur départemental du travail ;

De trois membres du conseil général élus par leurs collègues ;

De six membres désignés par le préfet, dont trois au moins choisis parmi les pères de familles nombreuses.

Chaque commission élit, au début de l'année, un vice-président et un secrétaire.

Art. 12. — Des arrêtés ministériels détermineront toutes mesures nécessaires à l'exécution du présent décret.

Sont abrogées toutes les dispositions règlementaires qui seraient contraires au présent décret, et notamment celles contenues dans le décret du 27 janvier 1920.

Art. 13. — Le ministre de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales est chargé de l'exécution du présent décret.

A. MILLERAND.

(*J. O.*, 19 mai 1921).

***

On remarquera que dans les 40 membres de droit de cette Commission, on compte seulement un délégué de l'Académie de médecine.

Pour peu que la même proportion se retrouve parmi les 60 membres nommés par le ministre de l'hygiène, il y aura donc en tout *deux médecins* 1/2 dans un groupe destiné à combattre la dépopulation, à accroître la natalité et à protéger l'enfance.

Il semble, pour des esprits simplistes, que l'un de ceux qui paraissent les mieux qualifiés, par leur compétence et leur profession, pour s'occuper de ces questions, soit le *médecin*, et non pas seulement l'Académicien, qui plane de très haut sur le terre à terre de la vie courante, mais encore le *praticien* qui se trouve aux prises, au jour le jour, avec les grands problèmes sociaux qui touchent à l'hygiène publique.

Constatons, une fois de plus, en passant, l'étrange mentalité des Administrations de l'Etat qui se cristallisent dans une méthode dont la France a si souvent souffert et qui substituent chaotiquement le danseur au calculateur.

Et passons ! !

G. D.

Le Directeur-Gérant : Dr GASSOT.

Clermont (Oise). — Imprimerie DAIX et THIRON, THIRON et FRANJOU, Successeurs.

Maison spéciale pour publications périodiques médicales

Dans le cas qui fait l'objet de votre lettre, comme l'ouvrier n'était employé dans l'entreprise que depuis 24 jours, il y aurait lieu pour lui d'examiner comment a été établi le salaire de base. Le calcul de la rémunération moyenne des ouvriers de la même catégorie pendant la période complémentaire, dont la durée dépasse onze mois, a pu être fait d'une façon qui lui soit préjudiciable.

II

Je vous serais très obligé si vous pouviez me donner le renseignement suivant :

Lorsqu'on fixe le salaire de base d'un ouvrier accidenté du travail, le patron doit-il fixer effectivement le salaire touché, ou bien existe-t-il un chiffre minimum pour ce salaire de base ?

L'accident en question date de mars 1919.

Le salaire de base fixé est 1.234 fr. Incapacité permanente de 45 %. N'existe-t-il pas un salaire de base minimum par exemple : 2.400 fr. ?

Dr N.

Réponse.

Le salaire servant de base à la fixation de la rente due à un blessé du travail atteint d'une incapacité permanente s'entend de la rémunération effective qui lui a été allouée pendant les douze mois qui ont précédé l'accident, soit en argent, soit en nature.

Lorsque l'ouvrier a été occupé dans l'entreprise pendant moins de 12 mois, il est ajouté à la rémunération effective qu'il a lui-même reçue, celle qu'il aurait dû recevoir pendant la période nécessaire pour compléter les douze mois, d'après la rémunération moyenne des ouvriers de la même catégorie pendant la dite période.

Il n'y a aucun minimum, et si le chiffre de 2.400 francs vous est venu à l'esprit, c'est sans doute, parce que, avant la loi du 5 août 1920, ce n'était que jusqu'à concurrence de cette somme que le salaire annuel était intégralement pris pour base du calcul de la rente ; pour le surplus, les victimes n'avaient droit qu'au quart des rentes calculées sur le salaire au-dessus de 2.400 fr.

Il y a cependant une exception à la règle : s'il s'agit d'ouvriers de moins de 16 ans ou d'apprentis, le salaire de base n'est pas inférieur au salaire le plus bas des ouvriers valides de la même catégorie, occupés dans l'entreprise.

Formalités à accomplir en cas de mort subite d'un malade chez le médecin.

Les accidents par mort subite, dans le cabinet d'un docteur, sont assez fréquents, soit par anesthésie, soit par choc à la suite d'une injection intra-veineuse, etc.

Que doit faire le praticien, en pareille occurrence, au point de vue administratif, pour met-

tre sa responsabilité à couvert et pour faire enlever le corps le plus rapidement possible ?

Le décret du 27 avril 1889, promulgué à la suite de la loi du 15 novembre 1887, sur les funérailles et complétant les décrets du 23 prairial, an XII et du 18 mai 1806, dit, dans son article 4 : « Le déplacement d'un cadavre ne peut s'effectuer s'il n'a été autorisé par le maire ou par le sous-préfet, selon que ce déplacement a lieu dans la limite de la commune ou de l'arrondissement ; dans les autres cas, il doit être autorisé par le préfet du département, où a lieu le décès. »

De plus, il importe de prévenir immédiatement, soit la mairie, soit le commissaire de police, pour respecter les termes de l'article 81 du code civil : « Lorsqu'il y aura des signes ou des indices de mort violente, ou d'autres circonstances qui donneront lieu de la soupçonner, on ne pourra faire l'inhumation qu'après qu'un officier de police, assisté d'un docteur en médecine ou en chirurgie, aura dressé procès-verbal de l'état du cadavre et des circonstances y relatives, ainsi que des renseignements qu'il aura pu recueillir sur les nom, prénoms, âge, profession, lieu de naissance et domicile de la personne décédée ».

L'article 44 du code de procédure criminelle spécifie : « S'il s'agit d'une mort violente, ou d'une mort dont la cause soit inconnue et suspecte, le procureur de la République se fera assister d'un ou de deux officiers de santé, qui feront leur rapport sur les causes de la mort et sur l'état du cadavre. »

De la lecture de ces textes, comme de celle des articles 319 et 320 du code pénal, punissant les cas d'homicide par imprudence, maladresse, négligence, inattention, ou inobservation des règlements, ainsi que des articles 1382 et suivants du code civil, sur la responsabilité civile, nous en déduisons la ligne de conduite suivante : lorsque la mort est dûment définitive, le praticien devra faire une déclaration immédiate à la mairie ou au commissariat de police, pour que le représentant autorisé de la justice criminelle ou administrative fasse faire toutes constatations et enquêtes, s'il le juge à propos.

Si l'autorisation d'enlever le cadavre est accordée, sans difficultés, le médecin s'entendra avec la famille du défunt, pour que le service ou les entreprises de pompes funèbres accomplissent ce transport selon les règlements en vigueur.

De la sorte, le médecin aura prévenu toutes difficultés administratives ou judiciaires, pouvant résulter d'un enlèvement clandestin du cadavre pour le ramener en sa demeure.

Dr Paul Boudin.



PATHOGÉNIE

D'une interprétation particulière de la dégénérescence cancéreuse.

Des expériences de Carrel ont démontré que, dans des conditions spéciales de milieu, une cellule vivante pouvait donner naissance à d'autres cellules vivantes du même type. Nous voyons le même fait se reproduire dans l'organisme humain dans le cas de tumeur, d'origine syphilitique par exemple, mais non cancéreuse, lorsqu'il y a eu surexcitation du noyau de la cellule primitive par de la toxine spécifique ; mais dans ce cas, il y a, au bout d'un certain temps, arrêt du développement cellulaire. Quand il y a cancer du sein, on constate, les derniers jours de la maladie, que le bras contigu augmente de volume en peu de temps ainsi que la paroi thoracique voisine, ceci sous l'influence de très nombreuses cellules néoformées, migratrices, produisant d'innombrables thromboses cellulaires.

Ce développement, qu'on pourrait dénommer *arréglé*, ou sans règle, est tout différent d'un autre développement dans l'organisme, qui, lui, est bien réglé. Nous savons, en effet, que les cellules du corps humain ne durent pas indéfiniment, qu'au bout de sept ans, toutes ont été remplacées ; dans ce cas, la prolifération cellulaire est réglée, régulière et paraît se faire sous une directive intelligente.

Or, l'organisme humain nous permet de faire des constatations. La fécondation est un type de développement cellulaire réglé, régulier, qu'il s'agisse du système osseux, musculaire, sanguin, lymphatique, cérébral, etc. Nous avons affaire à deux produits glandulaires : l'ovule et le spermatozoïde. Est-ce tout ? non, il y a une question de milieu, très importante. Si le liquide vaginal est acide, la fécondation ne peut avoir lieu, le spermatozoïde n'ayant plus la vitalité nécessaire, mais il suffit de le rendre alcalin par un produit chimique pour qu'immédiatement la fécondation puisse se produire. Nous en avons fait maintes fois l'expérience. Le spermatozoïde paraît bien jouer le rôle d'excitateur.

Nous avons donc, en résumé, deux produits glandulaires, dont l'un excitateur, l'autre passif, ayant besoin pour un développement futur d'un milieu alcalin spécial.

Nous savons, d'autre part, que toute cellule a une vie propre, qu'elle peut être considérée comme une glande fournissant des produits spéciaux, nous savons qu'une cellule musculaire en activité fournit d'abord des ferments, ensuite de l'acide sarcolactique. Cet acide sarcolactique, qui se répand dans la circulation en se combinant de suite, doit être l'origine de l'acide oxalique que l'on retrouve parfois dans les urines, et de l'acide formique que l'on retrouve dans la transpiration. Toute cellule nerveuse, osseuse, etc., doit également fournir d'abord des ferments, ensuite, un autre produit spécial en rapport avec l'activité de la cellule.

Si nous examinons l'action des rayons X sur les produits glandulaires et les cellules, nous constatons que la puissance de production glandulaire est tarie par une action peu intense, que si l'action est plus intense, la cellule elle-même est détruite. Nous avons là, en effet, le point délicat : que des rayons agissent longtemps sur un palmier, les cellules meurent, l'arbre meurt ; si l'action des rayons X sur des cellules cancéreuses ou autres est assez intense, les cellules meurent, mais que des cellules voisines des cellules cancéreuses subissent une action peu intense, que constatons-nous ? Sous l'influence du milieu favorable qui existe (puisque nous avions des cellules cancéreuses) nous voyons les cellules qui ont perdu leur puissance de production devenir à leur tour cancéreuses. Nous avons donc là des cellules qui ont été anesthésiées par les rayons X et qui, baignées par un milieu propice au développement cancéreux, le sont devenues à leur tour.

Examinons, maintenant, le cancer de la langue qui, comme l'a remarqué le prof. Sébileau, est un des plus caractéristiques. Nous avons ici une cause d'anesthésie pour les cellules : nicotine, toxines d'origine alimentaire à la suite de carie dentaire, frottement continu d'une dent érodée, donc cause permanente et favorable de cancer ; par contre, l'action de milieu est tout à fait défavorable, puisque la circulation est très intense. Si dans beaucoup de cas, la plupart, la circulation est peu intense (sein, pylore), dans la langue, au contraire, la circulation est éminemment active ; le milieu favorable qui peut se produire localement et donner des formes à marche lente ne peut exister ici.

Il faut que l'organisme humain subisse une déchéance physique qui transformera le liquide sanguin en milieu favorable au développement des cellules cancéreuses. Alors se présentent des formes à marche rapide rappelant celles du cancer du sein dans les derniers jours de la maladie.

Si nous reprenons les particularités constatées pour la fécondation, c'est-à-dire pour un développement cellulaire réglé, nous constatons deux produits glandulaires et un milieu spécial. Nous avons vu que la cellule pouvait être considérée comme une glande. Quant au produit glandulaire excitateur, d'après les essais opothérapiques effectués, il paraît provenir de glandes à sécrétion interne comme la glande thyroïde, surrénale, etc., et qui variera suivant la cellule que son produit devra impressionner. La question de milieu a déjà été cherchée dans l'expérience de Carrel. (Nous avons nous-même obtenu la prolifération de bacilles du côlon dans des milieux purement chimiques).

Si la cellule subit une action anesthésiante, soit par agents physiques, rayons X, ou chimiques, toxines (nicotine, toxines alimentaires, toxines élaborées par des germes plus ou moins virulents), elle pourra, dans un milieu approprié spécial, produire une prolifération aréglée. Ceci se produira d'autant plus facilement que la cellule aura moins d'activité, sera donc moins apte à produire des ferments et des produits



spéciaux. C'est ce qui explique que dans le jeune âge, le cancer n'existe pour ainsi dire pas, tandis qu'il est d'autant plus fréquent chez le vieillard que l'activité cellulaire est moins marquée.

En résumé, qu'il s'agisse d'une prolifération cellulaire à type spécial, qu'elle soit à départ cellulaire ordinaire, ou bien leucocytaire provoquant de la lymphadénie, ou bien osseuse provoquant de la myosite ossifiante, ou bien globulaire, déterminant la maladie de Vaquez, le développement aréglé nous paraît toujours avoir la même origine.

Il nous aurait paru intéressant d'étudier le développement possible de cellules d'origines diverses dans des milieux appropriés, puis, en ajoutant à ces milieux des produits glandulaires déterminés, afin de constater l'action de produits chimiques, tels que le lactate de strontium, le carbonate de soude qui pourraient avoir une action inhibitoire sur le développement cellulaire aréglé.

Si nous n'avons pas le temps de faire ces expériences, d'autres plus heureux que nous pourront sans doute les entreprendre.

La théorie précédente indique quelle peut être la contagion cancéreuse. Il faut que l'organisme récepteur retienne par contact ou d'autre façon des cellules cancéreuses ordinairement migratrices, ensuite le milieu de l'organisme récepteur doit être tel que les cellules retenues puissent y proliférer.

Dr L. MARIOTTE.

NOTES DE PRATIQUE QUOTIDIENNE

L'ictère et le marrube.

Au bord des chemins et des routes, au milieu des champs incultes, quelquefois parmi les décombres, le *marrube*, à fleurs odorantes, pousse sa tige rameuse, carrée, velue.

N'est-ce pas GILIBERT qui l'estimait *une des meilleures plantes de l'Europe* ?

Les auteurs lui reconnaissent des qualités diverses : expectorant, sudorifique, emménagogue, « suivant, remarque fort judicieusement Antonin Bossu, qu'au moment de son administration, la nature tend à se débarrasser par les bronches, les sueurs ou les menstrues des principes dont l'expulsion était retardée par manque d'énergie organique ». Le marrube jouit donc de propriétés « expultrices », expression dont se servait Ballard pour caractériser les eaux sulfureuses fortes.

Un praticien de la région toulousaine nous ayant signalé les résultats qu'il obtenait dans l'ictère, nous avons eu l'occasion d'utiliser le marrube pour un ictère catarrhal dont le prurigo particulièrement violent ôtait tout le sommeil à notre jeune malade.

On utilise les *feuilles* du marrube : 15 à 30 gr. de feuilles desséchées, par litre d'eau (infusion),

soit 1 à 4 gr. en poudre, suivi de boisson légèrement alcaline ou d'eau d'Evian.

De saveur désagréable, nous nous sommes bien trouvé de faire avaler, après le cachet, une orangeade préparée à l'eau de Vals.

Alors que les lavements à la poudre de bile (actuellement préconisés), n'avaient donné aucun résultat, le marrube provoqua, vers le 3e jour, une élimination très rapide de la bile et fit cesser, parallèlement, l'embarras gastrique qui durait depuis une quinzaine de jours.

R. Molinéry.

DOCUMENTS OFFICIELS

A L'OFFICIEL

Le timbre des certificats médicaux délivrés aux fonctionnaires.

8126. — M. Humbert Ricolfi, député, signale à M. le Ministre des Finances que l'administration des P. T. T. rend onéreux pour les fonctionnaires réformés de guerre le libre choix de leur docteur, en exigeant pour les certificats délivrés l'acquit du droit de timbre de 2 fr., dont seuls sont dispensés les certificats émanant du docteur assermenté de l'administration et demande d'accorder à ces fonctionnaires le bénéfice de l'exemption du droit de timbre accordé aux facteurs par l'article 4 de la loi du 9 mars 1897. (*Question du* 15 *mars* 1921).

Réponse. — Les certificats médicaux délivrés aux fonctionnaires doivent, en principe, être rédigés sur papier timbré lorsqu'ils n'émanent pas d'un médecin assermenté agissant en vertu d'une délégation de l'administration. (Loi du 13 brumaire an VII, art. 12). Par dérogation à cette règle, l'article 4 de la loi du 29 mars 1897 a exempté du droit et de la formalité du timbre les certificats de maladie délivrés par des médecins non assermentés, quand ces documents concernent des agents accomplissant un service actif de l'Etat, c'est-à-dire ceux désignés dans le tableau annexé sous le n° 2 à la loi du 9 juin 1853 et ceux qui y ont été ajoutés par des lois postérieures. (Voir notamment loi des finances du 13 avril 1898, art. 45). A raison même de son caractère exceptionnel, cette disposition doit être appliquée strictement. Il en résulte que, dans l'état actuel de la législation, le bénéfice de cette exemption ne peut être étendu aux fonctionnaires, même réformés de la guerre, qui n'accomplissent pas un service actif.

(*J. O.*, 8 juin 1921).

QUARANTE-TROISIÈME ANNÉE — N° 26 — DIMANCHE 26 JUIN 1921

Fondé en 1879 par Auguste CÉZILLY
Rédigé et dirigé par H. JEANNE (1900-1914),

LE
CONCOURS MÉDICAL

ORGANE HEBDOMADAIRE DES PRATICIENS
Groupés dans la Société « **Le CONCOURS MÉDICAL** » *et ses Filiales*

ADMINISTRATION & PUBLICITÉ
G. BOULANGER, ADMINISTRATEUR

ABONNEMENTS :

France	**24** fr.
Étranger	**28** »
Étudiants (*France*)	**12** »
Le numéro	**50** cent.

Chèques Postaux Paris 167-95

DIRECTION
MM. les Drs A. GASSOT, *Directeur*; A. MAURAT; H. CEZILLY; J. NOIR; P. BOUDIN docteur en droit; M. VIMONT; G. DUCHESNE.
MM. P. CEZILLY, J. DUMESNY, licenciés en droit; G. BOULANGER.

RÉDACTION
Dr J. NOIR, RÉDACTEUR EN CHEF
Drs P. LACROIX et G. DUCHESNE SECRÉTAIRES DE LA RÉDACTION
N. B. — Les manuscrits publiés ou non, ne sont pas rendus.

Rédaction et Administration : **132, rue du Faubourg St-Denis, PARIS** (10e). Téléphone : Nord 48-17

Quarante-troisième année. N° 26 26 Juin 1921.

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

Office de Renseignements du « Concours »

Membres du Concours exerçant dans les stations d'altitude.

NOTA. — Nous rappelons à nos abonnés qu'il est nécessaire de nous informer chaque année de leur désir de voir figurer leur nom sur ces listes.

MM. les docteurs :

Jougne (Doubs). Charlin.
Maîche (Doubs). J. Chatelain.
Rousses (les). Moreau.

Membres du Concours exerçant dans les stations balnéaires.

MM. les docteurs :

Banyuls-sur-Mer. E. Panis.
Cancale. Bazin.
Cassis-sur-Mer. Agostini, Buges.
Chatelaillon. Barraud.
Douarnenez. Damey.
Paramé. Ronsin.
Roscoff. Stéphan.
Royan. Sarazin.
Quiberon. A. Grias.
St-Quay-Portrieux. Christian. Le Lionnais.
Sables-d'Olonne. Pelletier.

DON. — Nous avons reçu à titre de don à la Société civile du *Concours médical*, de M. le Dr Donzé, à Orbais-l'Abbaye (Marne), la somme de dix francs, pour bons offices du journal.

AVIS

Le Syndicat Médical de l'Arrondissement de Béthune (Pas-de-Calais) informe les médecins qui seraient sollicités de s'installer à Lillers, que cette localité est largement desservie par quatre médecins actuellement en conflit avec la Société de Secours Mutuels « L'Union Médicale », laquelle englobe une grande partie de la clientèle payante.

Le médecin qui, acceptant des propositions de cette Société, consentirait à en devenir le salarié, verrait se dresser contre lui tout le Syndicat médical de l'arrondissement de Béthune.

Pour plus amples renseignements, s'adresser au Président du Syndicat Médical : docteur THILLIEZ, 30, place Lamartine à Béthune.

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum, aux* « demandes et offres ».

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne, qui est versé dans la caisse de la Société civile du Concours Médical). *Adresser un mandat ou mieux verser au compte de chèques postaux,* CONCOURS MÉDICAL, *Paris 167-95.*

Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse.**

No 325. — La veuve d'un confrère tué à la guerre, ayant diplôme d'herboriste, désire acheter fonds herboristerie dans ville avec collège. Faire offres au Dr Simonin, à Avoine (Indre-et-Loire).

No 326. — On demande, du 25 juillet au 15 septembre, un médecin pour remplacement dans clinique, de 9 h. 1/2 à midi, tous les jours, dimanches exceptés.

No 327. — A vendre un ophtalmoscope à réfraction Parant. Offres au Dr Garipuy, 38, rue du Taur, Toulouse.

No 328. — Docteur, 31 ans, actif, demande poste 30.000 fr. minimum ; campagne ou ville, habitation confortable avec jardin.

No 329. — A céder à partir de fr. 2.500 au plus

offrant installat. radiographique et haute fréquence accessoires, etc. Ecrire : Supérieure Hôpital Ornans (Doubs). T. p. r.

N° 330. — Dame de docteur désirerait accompagner malade ou personne âgée dans station thermale ou analogue.

N° 331. — Bon poste médical dans grande banlieue à céder de suite pour raisons de santé. Fixes. Touché en 1920, 25.000. Pays agréable, jolie maison, matériel complet, auto.

N° 332. — Médecin 31 ans, marié, cherche poste rapportant 50.000 fr. sans frais de locomotion.

N° 333. — Médecin cherche confrère habitant bord de la mer, de Quimper à Nantes, qui prendrait en pension sa femme et fille âgée de 2 ans, pendant trois mois.

N° 334. — A céder dans la banlieue très immédiate clientèle médecine générale et radio. Belle installation. Appart. 4 grandes pièces. S'adresser à Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris.

N° 335. — A céder région est, très bon poste rap- 30.000 fr. 9.000 fr. de fixes qui atteindront 15.000 fr. Pas de frais de locomotion. Cession urgente. S'adresser à Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris.

N° 336. — Confrère obligé de partir à l'étranger sous-louerait salon et cabinet de consultation dans appartement très bien situé. S'adresser Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris.

CORRESPONDANCE

Le salaire de base pour le calcul des indemnités-accidents.

Erratum.

Je lis dans le *Concours* du 19 juin, page 1732 qu'une victime d'accident du travail dont le salaire est de 7,653 fr. avec IPP. de 12 p. 100 a droit à une rente de 459 fr.

J'avais toujours cru que, depuis la loi du 5 août 1920, le blessé touchait comme rente la moitié de l'évaluation d'incapacité jusqu'à 4.500 fr. et au-dessus, le 1/4 de la rente, soit le 1/8e de l'évaluation, calculée comme suit :

Salaire. 7.653 fr.
I P. P. 12 p. 100.

Opération $\frac{45 \times 12}{2} = 270.$

$\frac{31{,}53 \times 12}{8} = 47{,}29.$

Total... 317,29.

Je vous serais très obligé de vouloir bien fixer ce point dans un prochain *Concours*.

Réponse.

Vous avez absolument raison. Nous avons oublié de tenir compte de la réduction du taux de la rente au-dessus d'un certain chiffre de salaire.

Depuis la loi du 5 août 1920, l'ouvrier n'a droit qu'au huitième de la réduction de salaire au-delà de 4.500 fr., et au seizième au-delà de 15.000 fr.

Nous avons reçu plusieurs rectifications semblables à la vôtre et vous remercions ainsi que nos autres correspondants de nous avoir signalé ce lapsus. J. D.

Station pour cure d'altitude.

Un professeur de la Faculté a conseillé à une de mes clientes une cure d'altitude à 1.200 m. Les parents ne peuvent rester continuellement avec elle, et elle serait obligée à deux reprises de rester seule une quinzaine de jours.

Pourriez-vous m'indiquer une station où il y ait un établissement religieux ou une pension de famille, ce qui contenterait et la famille et la jeune fille, âgée de 18 ans.

Dr B. R.

Sur la toxicité du Sédol. Tentative de suicide par le Sédol.

Nous sommes appelé d'urgence par téléphone auprès d'une malade, habitant un quartier très central de Paris ; il est 7 h. 30 du soir ; cette malade est dans son lit et répond parfaitement aux questions que nous lui posons : elle a absorbé volontairement, à 1 heure de l'après-midi, c'est-à-dire 6 heures auparavant, 7 ampoules de sédol.

Elle présente de la sécheresse de la bouche, de la langue et de la peau, une mydriase très accentuée ; une loquacité lucide, une tachycardie très prononcée : 160 pulsations, une radiale très tendue, une respiration ralentie.

Nous recommandons un lavage du tube digestif, de la caféine, de l'éther et de l'huile camphrée en injections hypodermiques, du thé et du lait *ad libitum* et nous prescrivons de ne pas laisser dormir la malade... Cette tentative de suicide n'a pas été suivie de mort.

Cette observation rapide permet d'avoir un aperçu très net sur la toxicité du Sédol.

Le Sédol employé par voie hypodermique fait partie de la trousse d'urgence du praticien ; c'est un sédatif du système nerveux employé à la dose de 1 ou 2 ampoules par 24 heures, et dont la formule est connue :

Bromhydrate de scopolamine....	2 centigr.
Chlorhydrate de morphine......	60 centigr.
Sérum spartéiné...............	100 grammes

Notre malade a donc absorbé :

1 milligramme 4 de scopolamine ;
42 milligrammes de morphine ;
7 grammes de sérum spartéiné ;

Les phénomènes d'intoxication observés chez elle sont dus à la scopolamine.

La scopolamine produit des effets paralysants périphériques :

1° Paralysie des terminaisons de la IIIe paire : mydriase, etc.

2° Paralysie des fibres excito-sécrétoires des glandes ; sécheresse, hypocrinies diverses ;

3° Paralysie du vague : tachycardie.

C'est, en somme, le tableau classique de l'intoxication par l'atropine et d'une manière générale par les solanées.

Nous insistons particulièrement sur ce passage de posologie, parce que, depuis quelque temps, on prenait l'habitude, dangereuse pour certains sujets, de faire l'épreuve de l'atropine pour le diagnostic des bradycardies totales d'avec les bradycardies par dissociation auriculo-ventriculaire (1 ou 2 milligrammes de sulfate d'atropine en injection sous-cutanée).

L'atropine, la scopolamine, sont des toxiques dangereux, dont la zone maniable est très réduite : la dose d'action est superposée à la dose toxique : il est sage et prudent de faire au préalable, soit de l'huile camphrée, soit de la caféine, soit de l'adrénaline.

Notre malade n'était pas une sédolomane, il n'y avait pas d'accoutumance : un praticien consciencieux y regarderait à deux fois pour faire absorber, même *per os*, plus d'un milligramme de scopolamine par 24 heures, et en une fois.

Pourquoi cette tolérance de la malade pour une dose exagérée d'emblée ?

Nous croyons qu'elle est due à l'action antagoniste de la morphine et du sérum spartéiné ; mais, nous nous garderons cependant d'exagérer cette manière d'assurance contre les accidents car : « les influences des toxiques opposés finissent souvent par se surajouter au lieu de se neutraliser » (prof. Pouchet).

Quoi qu'il en soit, ici, cette association heureuse a empêché la malade de succomber.

Dans l'Administration du Sédol, qui est très souvent indiqué, il sera bon de se souvenir de nos observations, parce que des malades ont des réactions lentes vers le système nerveux périphérique et que l'action du toxique, par son action primitive sur le système nerveux central, peut aggraver les troubles que l'on se propose de combattre.

Dr G. Salles.

Mutualité Familiale.
La combinaison D.

Le dernier numéro du *Concours* fait un pressant appel pour la combinaison D. Je pense que beaucoup de confrères sont comme moi : ils ont lu trop rapidement ou n'ont pas lu les articles où il était question de la combinaison D, et maintenant, ils ne savent pas ce qu'elle est. Pourriez-vous me documenter sur ce point ?

Dr A.

Réponse.

La combinaison MAD *ou plus simplement* D est une combinaison nouvelle donnant au sociétaire qui y a été admis, une indemnité journalière de 20 fr. par jour pendant 60 jours, et de 200 fr. par mois du 61e jour à la guérison.

C'est en somme la combinaison MA doublée.

Elle diffère seulement de MA en deux points. Elle ne prend pas d'adhérents ayant plus de 45 ans : ses primes sont plus élevées que celles de MA doublées.

Pour le reste, elle est soumise aux mêmes règles que la combinaison MA. *C'est notre caisse indemnité maladie doublée.*

A noter que son fonctionnement actuel, ses statuts spéciaux, ses barêmes sont essentiellement provisoires. Ils sont actuellement soumis à l'étude de notre actuaire. Ils doivent être revus et modifiés s'il y a lieu, par la prochaine assemblée générale de 1921. Ils ne deviendront définitifs que quand ils auront été ratifiés par celle-ci.

On ne peut passer de MA à MAD. On ne peut pas cumuler MA et MAD.

Mais pour permettre aux membres de MA âgés de moins de 46 ans de profiter de l'indemnité de 20 fr. par jour, nous avons ouvert une combinaison *demi-D* dont les 10 fr. d'indemnité journalière cumulent avec les 10 fr. d'indemnité journalière de MA.

Les membres de MA qui veulent profiter de demi-D devront s'inscrire avant le 31 décembre prochain, dernier délai, après lequel le recrutement de demi-D sera définitivement fermé.

H. M.

Constatation de décès.

Je viens vous demander le renseignement suivant :

Dans la commune que j'habite, l'habitude est d'enterrer, les vieillards surtout, sans certificat médical de constatation de décès. Tous les jours, j'apprends que tel ou tel est mort et enterré sans qu'aucun médecin n'ait signé le décédé.

Dans la commune où j'étais avant la guerre, le maire exigeait toujours un certificat de décès.

Est-ce légal d'enterrer ainsi sans certificat ?

Sinon, que dois-je faire ?

Ecrire au préfet pour qu'il prévienne le maire ?

Ou n'ai-je rien à dire ? Dr M.

Réponse.

L'article 77 du Code civil prescrit qu'aucune inhumation ne sera faite sans une autorisation de l'officier de l'état-civil, qui ne pourra la délivrer qu'après s'être transporté auprès de la personne décédée, pour s'assurer du décès.

Il n'est aucunement question de certificat médical, et le maire, officier de l'état civil, a donc parfaitement le droit de délivrer le permis d'inhumer sans que le décès ait été certifié par un médecin. C'est d'ailleurs l'habitude qu'il en soit ainsi dans les campagnes, nonobstant une circulaire du Ministre de l'Intérieur du 24 décembre 1866, qui prescrit aux maires de désigner un ou

(Voir la suite page XXXIII-1861)

PROPOS DU JOUR

L'orientation professionnelle et l'internat obligatoire.

Dédié à M. le Dr P. Le-Gendre
et à l'Académie de médecine.

A peine le Pr Louis Rénon avait-il, dans sa belle leçon inaugurale sur l'esprit de la médecine française, rappelé sans regret la part qu'il avait prise au développement du syndicalisme médical, que M. le Dr Paul Le Gendre, médecin des hôpitaux de Paris, un de nos cliniciens les plus réputés et qui fut un des premiers collaborateurs du *Concours médical*, faisait à l'Académie de médecine une communication intitulée : *De l'orientation professionnelle. Rôles respectifs des maîtres, des associations et des pouvoirs publics.*

M. Paul Le Gendre a fait d'abord judicieusement remarquer combien il serait utile que le médecin de la famille fût consulté lorsqu'un jeune homme prendrait la décision du choix d'une profession. Il a montré que, pour entrer dans certaines carrières, la carrière médicale par exemple, il fallait des qualités physiques, intellectuelles et morales, sans lesquelles l'imprudent qui s'y engageait à la légère, était certain de ne pas arriver à se faire une situation.

M. Paul Le Gendre désirerait que les maîtres de l'enseignement médical prîssent à cœur de faciliter et de diriger l'orientation professionnelle des futurs praticiens.

Pour M. Paul Le Gendre, l'orientation des étudiants doit s'exercer dans trois domaines : moral, technique et régional.

L'*orientation morale* consiste à enseigner aux étudiants la déontologie et la jurisprudence médicales, à attirer l'attention des futurs praticiens sur l'étendue de leurs responsabilités légales, à prévenir chez eux les défaillances qui, sans relever des tribunaux, sont des manquements graves à la délicatesse professionnelle ou l'acheminement vers un charlatanisme plus ou moins déguisé.

L'*orientation technique* a trait à l'étude de la psychologie du malade, à l'importance du rôle social du médecin et, pour certains, au choix d'une spécialité.

L'*orientation régionale* consiste dans le choix du poste où le médecin pourrait mettre en activité avec le plus de facilité et d'utilité ses qualités professionnelles.

M. Paul Le Gendre désirerait voir établir une statistique analytique des médecins exerçant en France, dressée minutieusement et aussi exactement que possible, grâce à la collaboration des Facultés, des Associations de praticiens et des autorités administratives. Cette statistique guiderait le jeune médecin dans le choix d'un poste et permettrait d'obtenir une meilleure répartition des médecins en France.

M. le Dr Paul Le Gendre a pu personnellement remplir le rôle qu'il conseille aux maîtres de l'enseignement médical parce que de tout temps il s'est intéressé à l'exercice pratique de la médecine, mais il conviendra que la très grande majorité des maîtres de nos facultés sont dans l'incapacité absolue de diriger l'orientation de leurs élèves, telle qu'il la comprend lui-même.

Combien y a-t-il à Paris, par exemple, de chefs de service au courant de la jurisprudence médicale, capables de donner à leurs élèves un conseil éclairé sur les difficultés pratiques de l'exercice professionnel ?

M. P. Legendre du reste ne s'illusionne pas ; il fait remarquer au cours de sa communication que, même bien intentionné, le maître ne peut pas toujours exercer une action très efficace, ayant trop d'étudiants qui se succèdent autour de lui et leur stage dans son service étant beaucoup trop court. L'action du maître, dit-il, peut s'exercer *surtout sur les internes et les externes.*

La grande expérience de M. Le Gendre ne le trompe pas. Il a cent fois raison d'insister sur la nécessité de songer à l'orientation professionnelle et le moyen le plus sûr pour réaliser son programme de triple orientation est la réalisation de l'*Internat obligatoire.*

Il y a au moins dix ans que nous avons exposé et défendu cette idée dans les colonnes du *Concours médical*. Comme la plupart des idées pratiques, elle avait hanté plus d'une cervelle avant la nôtre, mais avait passé inaperçue.

Notre projet d'internat obligatoire ne fut même pas compris par les maîtres qui en eurent connaissance. Certains, comme le P Grasset, de Montpellier, dans son pamphlet

sur *la Crise médicale*, nous accusèrent du désir de rabaisser la valeur du titre d'interne des hôpitaux et cela par manie égalitaire, de nivellement par en bas ; singulière interprétation puisque, tout au contraire, constatant les avantages considérables que quelques étudiants retiraient de l'internat, nous songions à faire bénéficier, dans la mesure du possible, tous les étudiants de ces avantages et désirions élever leur valeur professionnelle.

D'ailleurs, en quoi l'obligation de faire une année d'internat dans les hôpitaux d'Orléans, de Chartres, du Creusot ou de Saint-Etienne pouvait-elle diminuer le prestige du titre d'interne des hôpitaux de Paris, de Lyon, de Lille, de Nancy, de Bordeaux ou de Toulouse ? Tenant à la chose et nullement au mot, nous consentirions volontiers à une autre dénomination que celle d'interne.

De l'étude à laquelle nous nous sommes livrés avant la guerre, en nous basant sur les statistiques officielles, il serait possible à chaque étudiant ayant terminé sa scolarité de faire une année d'internat dans un hôpital de quelque importance. Cette année d'internat, qui serait une année d'introduction à l'exercice de la médecine pratique, devrait être obligatoire. Les concours pour le choix des grands hôpitaux, notamment dans les villes de Faculté, pourraient être maintenus tels qu'ils sont ou avec toutes les améliorations désirables. Les places dans les autres hôpitaux pourraient être laissées au choix des étudiants. Un comité, formé de représentants du corps médical enseignant et des syndicats médicaux, serait chargé de veiller à ce que l'année d'internat obligatoire fût bien réellement effective et non virtuelle.

Cette année d'internat aurait une triple série d'avantages : 1° pour les malades ; 2° pour les jeunes médecins ; 3° pour les chefs de services.

1° *Pour les malades.* L'internat obligatoire doterait tous les hôpitaux de quelque importance de jeunes médecins déjà très instruits, capables de seconder très efficacement les médecins et chirurgiens des hôpitaux. Ces jeunes médecins pourraient en outre être chargés de coopérer, dans les villes où ils se trouveraient, aux services d'hygiène sociale : dispensaires, consultations de nourrissons, instruction des infirmières, enquêtes d'hygiène, etc. Les malades et la population saine n'auraient qu'à bénéficier de leur présence.

2° *Pour le jeune médecin.*

Le jeune médecin trouverait là la triple orientation que désire voir réaliser M. Le Gendre.

Orientation morale. En contact avec un médecin qui, 90 fois sur 100, serait un véritable praticien, il deviendrait vite son disciple et son jeune ami. Son chef de service le mettrait au courant de toutes les petites difficultés de la pratique, l'initierait à toutes les obligations légales, administratives et déontologiques.

Orientation technique. L'interne qui collaborerait avec le praticien et non pas seulement à l'hôpital, mais parfois en ville, qui pourrait le seconder, le remplacer même, qui pourrait être initié à tout ce qui concerne la médecine administrative et sociale, aurait, au bout de son année de stage, acquis toutes ou presque toutes les connaissances techniques que doit posséder un bon praticien et il les aurait acquises non par tâtonnement, aux dépens de ses premiers clients, mais guidé par les conseils et sous la surveillance d'un homme expérimenté.

Orientation régionale. — L'interne en contact intime avec des praticiens qui, certes, se feraient un plaisir et un devoir de l'admettre comme un confrère dans leurs réunions professionnelles, en contact avec la population d'une région, pourrait être très exactement renseigné sur les conditions de l'exercice de la médecine dans cette région et y trouver un poste où il serait certain de gagner sa vie ;

3° *Pour le chef de service médecin ou chirurgien de l'hôpital.*

Nous ne nous appesantirons pas sur l'intérêt qu'un chef de service aurait à être doté d'un interne capable, puisqu'il aurait terminé ses études. Mais en dehors de l'avantage d'avoir à sa disposition un aide instruit et même un suppléant, quel stimulant ne serait-ce pas pour lui, déjà d'un certain âge, que d'être tenu au contact intellectuel quotidien d'un jeune homme, sortant de l'Ecole, instruit de toutes les nouveautés scientifiques ? Le chef de service ne voudrait pas paraître vis-à-vis de son élève, capable de le juger, au-dessous de sa tâche et il s'efforcerait de se tenir au courant du mouvement scientifique.

Concluons : L'internat obligatoire ne présente que des avantages : avantages pour le public, avantages pour le jeune medecin, avantages pour les chefs de service. Ces avan-

tages sont trois fois suffisants pour que personne ne s'y intéresse, car pour les réaliser, il faudrait, sur ces trois points, rompre avec la routine, et cette rupture est toujours très difficile à obtenir dans notre France, révolutionnaire en apparence, ultraconservatrice en réalité.

J. NOIR.

PARTIE SCIENTIFIQUE

CLINIQUE INFANTILE

Hôpital Saint-Louis (Annexe Grancher).
Service de M. le Dr Jules RENAULT.

Au sujet des paralysies de l'enfance.

Voici un enfant, jeune garçon de 6 ans, qui est entré dans notre service le 13 avril, atteint d'une hémiplégie spasmodique droite, dont l'origine au dire des parents, remonterait à l'âge de 5 ans, et qui aurait subi une aggravation importante le 7 avril dernier. Je vous lis, tout d'abord, sur l'observation qui a été prise ici-même, les antécédents personnels et héréditaires de cet enfant, ainsi que l'histoire de sa maladie.

Né à terme, pesant 3 kilogs à la naissance, qui fut normale, puis envoyé d'abord en nourrice, enfin confié à sa grand'mère, les renseignements que l'on peut obtenir à son sujet sont d'une grande imprécision.

Première dent à 6 mois. Premiers pas à 14 mois. L'enfant parle à 8 mois (?) Diarrhée verte à 4 mois ; varicelle à 6 ; broncho-pneumonie à 1 an.

Son père, tué à la guerre, était alcoolique, et sa mère bien portante ne porte aucun signe de spécificité. Elle aurait, elle-même, suivant son propre dire, souffert dans sa jeunesse jusqu'à l'âge de 10 ans d'une « Faiblesse de tout le côté gauche ». Pas de fausses couches. Un autre enfant mort à 1 an de broncho-pneumonie.

L'interrogatoire de la mère fournit, sur l'histoire de l'enfant que je vous présente, les renseignements suivants :

Vers l'âge de 8 mois, la nourrice rapporte l'apparition de convulsions de type tonique, ayant affecté le côté droit. Le bras droit serait ensuite resté paralysé pendant une heure. A l'âge de 5 ans, chez sa grand'mère, l'enfant aurait eu de nouvelles convulsions de type clonique celles-là, violentes et localisées au côté droit.

Après cette attaque, l'on s'aperçoit qu'en marchant, il jette sa jambe droite en dehors ; puis les jours suivants, fléchit par intermittences sur cette même jambe. Quelque temps après, on constate qu'il traîne péniblement tout le membre inférieur droit, et se sert difficilement de sa main et de son bras droits. L'enfant aurait parlé correctement jusqu'à ces derniers temps. Il n'y aurait que six mois, que la dysarthrie, que vous pourrez constater aujourd'hui, serait apparue.

Cependant, il semble bien que cet enfant ait toujours eu quelques difficultés à articuler les R et les T.

Il y a 6 mois, il aurait souffert de céphalées assez rebelles ; et à cette époque, il a subi de nombreux traitements : mercuriels, hydrothérapiques, qui n'ont apporté aucune amélioration à la maladie.

Il y a une quinzaine, cet enfant était envoyé à Forges, où l'on constatait, le 7 avril, une subite aggravation de son état, raison pour laquelle il nous a été envoyé.

L'examen de cet enfant, au repos, nous montre un syndrome hémiplégique droit complet.

A la *face*, il y a paralysie du facial inférieur droit, avec intégrité du facial supérieur : paralysie des muscles de la mimique, avec forte déviation à gauche de la commissure labiale ; la langue est légèrement déviée à droite.

La *tête* est portée légèrement vers la gauche.

Le *membre supérieur droit* tombe parallèlement à l'axe du corps, l'avant-bras légèrement fléchi sur le bras, la main légèrement déviée vers le bord cubital, les doigts fléchis en griffe. Le bras ne peut s'élever au-dessus de l'horizontale ; l'enfant ne peut mettre la main sur sa tête.

La supination de l'avant-bras est impossible (l'enfant la réalise artificiellement en soulevant en bloc le membre, ce qui fait basculer la main en supination, le bord cubital restant appuyé sur la cuisse). L'extension de la main sur l'avant-bras, l'adduction et l'abduction du membre, sont impossibles. Seule, la flexion de l'avant-bras sur le bras se fait à peu près convenablement.

Le membre inférieur droit est rectiligne, allongé avec ébauche de pied bot équin. La paralysie n'est pas absolue.

Il y a seulement parésie, avec un certain degré de limitation des mouvements : limitation des mouvements en flexion de la cuisse sur le tronc ; flexion volontaire de la jambe sur la cuisse très difficile ; flexion du pied impossible.

Tout d'abord, après ce premier examen, cet ensemble paraît constituer une hémiplégie flasque,

dont nous pourrions trouver l'origine dans les attaques convulsives qui nous ont été signalées.

Mais *cette flaccidité musculaire n'est qu'apparente* ; et si l'on apporte à l'examen plus d'attention, on constate une certaine raideur dans les mouvements. La flexion de l'avant-bras sur le bras est accompagnée d'un appréciable degré de résistance de la part du triceps brachial ; de même que l'extension oblige à vaincre la raideur musculaire du groupe antérieur.

Du côté des reflexes, on note une *exagération des réflexes tendineux.* Nous savons que normalement chez l'enfant, ces réflexes sont exagérés. Mais ici, si nous les recherchons (notamment ceux du long supinateur et du quadriceps) nous trouvons une notable augmentation de la réflectivité du côté malade.

Faisons enfin marcher cet enfant. Sa démarche est caractéristique : il fauche, le bras collé au corps, l'avant-bras replié, en pronation, le pouce en dedans. Nous avons devant nos yeux l'attitude typique d'un hémiplégique à une époque tardive de sa maladie : quelque vieil homme, hémiplégique ancien, traversant uue cour de Bicêtre !

Dès maintenant, nous devinons qu'il n'y a pas de paralysie flasque : nous sommes en présence d'une hémiplégie spasmodique, dont nous allons rapidement achever l'examen, avant d'aborder l'étude de ses causes.

Du côté des réflexes : l'abdominal est notablement diminué à droite ; le Babinski positif à droite. Notons d'ailleurs, en passant, la difficulté de sa recherche chez l'enfant, sujet à de violentes réactions de défense. Il n'y a pas de trépidation épileptoïde ; on observe des tremblements intentionnels très marqués à gauche.

Il n'y a pas de troubles de la sensibilité.

L'atrophie musculaire, du côté droit, est minime, 1 cent. de différence pour la circonférence de la cuisse, 1/2 cent. pour le bras. La longueur du membre inférieur droit est diminuée d'un demi centimètre, par un très léger retard de développement.

Les troubles de la parole se limitent à de la dysarthrie ; il n'y a pas de troubles intellectuels.

Enfin, l'examen somatique ne décèle aucune lésion viscérale.

Cette hémiplégie spasmodique ainsi constituée, quelles peuvent être ses causes ?

Si vous voulez bien me permettre de schématiser, nous distinguerons en partant du muscle pour remonter jusqu'au cerveau, les étapes anatomiques suivantes susceptibles d'être le siège de la lésion causale : muscle, nerf, cornes antérieures de la moelle, faisceau de conduction médullaire pyramidal, cerveau.

Aux trois étages inférieurs correspondent, sur le terrain pathologique : les myopathies, les névrites, la poliomyélite ou syndrome de Heine Medin ; ou par contraction de mot : paralysie infantile.

Mais nous pouvons d'emblée éliminer cet ensemble de possibilités, car de telles affections s'accompagnent de *paralysies flasques,* ce qui n'est pas le cas ici.

De plus, la paralysie infantile ne présente jamais d'exagération des réflexes. Si l'on constate cependant des raideurs, des rétractions, celles-ci sont d'origine fibreuse : tendineuses ou ligamentaires, elles sont dues à de mauvaises positions acquises par l'enfant pendant son long séjour au lit.

Enfin, la poliomyélite s'accompagne d'atrophies intenses, d'arrêts considérables de développement, que nous ne retrouvons pas.

Ajoutons que ces trois modalités de paralysies ne donnent qu'avec une très grande rareté une distribution hémiplégique de leurs symptômes.

Les foyers de poliomyélite, les névrites peuvent, par grand hasard, porter sur les deux membres du même côté, mais c'est là une exceptionnelle coïncidence. D'ailleurs, pour terminer, l'atteinte du facial (nerf bulbaire de la série rachidienne) est très rare, quoique possible ; mais tellement rare, que sa présence ici nous aide encore pour écarter le diagnostic de syndrome de Heine-Medin.

Nous entrons donc dans le domaine des lésions centrales : cortex et pyramidal à ses origines, dans la capsule, ou suivant les destinées de son trajet anatomique.

Spasmodicité, contracture, égalent irritation du faisceau pyramidal, mais celui-ci est rarement irrité chez l'enfant au niveau de la moelle.

Nous pourrions songer à un traumatisme de la moelle : il n'existe pas ici ; ou à un abcès haut placé par mal de Pott. Mais en général, l'abcès comprime en masse toute l'épaisseur de la moelle et les phénomènes paralytiques sont bilatéraux.

Nous voici donc au niveau des lésions centrales : protubérantielles, pédonculaires, capsulaires ou corticales. Cette lésion — c'est là un point fort important à retenir — reconnaît chez l'enfant exactement les mêmes causes que chez l'adulte ; hémorragie cérébrale, ramollissement, placard de méningite assez fréquemment, gomme ou méningite spécifique très fréquentes ; tumeur du cerveau, plus rarement.

Elle peut apparaître à une période quelconque de l'enfance, et, fait remarquable, peut survenir, tout particulièrement pendant la vie intra-utérine : l'*hémiplégie est congénitale.* L'on peut dire que huit sur dix des hémiplégies de l'enfance sont congénitales.

Il est très difficile de savoir les reconnaître dès les tous premiers mois de la vie. Ce n'est qu'après en avoir vu un certain nombre qu'on apprendra à dépister la paralysie parmi les petits mouvements réduits et désordonnés du corps de l'enfant.

Dans la plupart des cas, le diagnostic est porté à l'occasion de convulsions survenues au cours de rougeole, de grippe, de coqueluche par exemple ; et bien souvent, l'hémiplégie est mise sur le compte de cette attaque convulsive.

Mais alors, il faut remarquer que si la paralysie est récente, consécutive à l'accident convulsif, elle est flasque dans les premiers temps de son installation.

Tandis qu'ancienne, congénitale, préexistante à l'attaque convulsive, elle présente d'emblée l'aspect spasmodique, qui révèle l'âge réel, congénital, de sa constitution.

C'est ici à cette forme que nous avons affaire : hémiplégie spasmodique congénitale.

Mais s'agit-il d'hémorragie cérébrale, de ramollissement, à l'origine ? Nous ne trouvons rien dans les antécédents qui puisse nous y faire songer.

Chez l'enfant, pas d'anévrysme miliaire, mais processus d'artérite aiguë survenant au cours d'une grippe, d'une rougeole, d'une scarlatine, d'une typhoïde. Le ramollissement est d'origine inflammatoire et non d'origine artérielle, par sclérose, thrombose, embolie, comme chez l'adulte.

Cependant, citons la possibilité d'une hémorragie par rupture mécanique de l'artère, provoquée par une violente quinte de coqueluche.

S'il y avait tumeur cérébrale, nous aurions une évolution moins lente, des douleurs de tête plus fréquentes, des phénomènes de *compression* avec altération du fond de l'œil, qui a paru sain à l'examen. Il y aurait stase papillaire, dégénérescence du nerf optique, cécité.

A ce propos, signalons qu'ici, en palpant le cuir chevelu sur la région pariétale gauche (zone opposée aux paralysies), nous découvrons une tumeur soulevant la peau, dépressible et fluctuante en son centre. Cette partie forme cratère, limité par un bord net, donnant la sensation d'un bourrelet osseux, taillé à pic.

Nous pourrions penser à une tumeur encéphaloïde, cause de l'hémiplégie droite, ayant perforé l'os et faisant saillie sous le cuir chevelu.

Il n'en est rien. C'est une simple bosse séro-sanguine, bénigne. L'enfant est tombé au cours d'une convulsion récente, se cognant la tête sur le sol.

Il est bon de se souvenir de ce caractère que prennent les bosses banales qui peuvent, dans certains cas comme celui-ci, faire curieusement dévier le diagnostic.

Dans le cas de cet enfant, nous trouvons la cause originelle de son hémiplégie congénitale probablement dans la spécificité.

L'orientation actuelle des idées tend à donner à la syphilis la raison de toute affection congénitale. Dans le cas présent, le Wassermann, pratiqué aux Enfants-Malades le 21 octobre 1920 sur le sang et le liquide céphalo-rachidien, a donné un résultat négatif, et le traitement spécifique imposé à cette époque n'avait donné aucun résultat. Cela n'a rien d'étonnant, nous en verrons le motif tout à l'heure.

Le pronostic nécessite quelque développement. Au point de vue moteur, il est évident que cet enfant, plus tard homme, va conserver indéfiniment cette séquelle. Mais son existence peut rester normale.

A côté des lésions motrices, il peut y avoir des troubles de l'intelligence. Mais ce n'est pas là une fatalité. L'enfant que nous examinons aujourd'hui a gardé toute la liberté de son intelligence. S'il vivait dans un milieu capable de satisfaire à son éducation intellectuelle, nous le verrions suivre une carrière normale. Et nous pourrions citer quelques cas d'illustres intelligences prouvant cette favorable évolution.

Tout au plus, subsiste-t-il des troubles de l'affectivité : colères, impulsions, irritabilité.

Cependant, il convient d'établir des réserves. Les convulsions sont en effet fréquentes chez de tels enfants, porteurs d'une ancienne lésion cérébrale.

(Rappelons que l'épilepsie non essentielle est reconnue de tous aujourd'hui).

Et si les crises convulsives, épileptiformes, viennent à se répéter avec fréquence, la valeur intellectuelle future de l'enfant se trouvera progressivement compromise. Le malade deviendra *un retardé intellectuel, et s'acheminera lentement* vers la démence.

Quant au traitement, nous devons avouer notre impuissance.

Le traitement spécifique ne donnera rien.

Et cela est fort compréhensible. Nous ne sommes pas en effet en présence d'une maladie en évolution.

Nous avons affaire à une séquelle, à une *cicatrice*, cicatrice limitée, véritable *sclérose cérébrale.*

Cette hémiplégie congénitale spasmodique rentre donc dans le cadre de la sclérose cérébrale.

Nous ne l'avons pas, dès le début de cette leçon, présentée sous ce nom, car on réserve le terme de sclérose cérébrale à des lésions beaucoup plus étendues, intéressant des régions cérébrales beaucoup plus vastes que dans le cas présent.

S'il y avait sclérose étendue, il y aurait diplégie, quadriplégie, lésions paralytiques étendues, idiotie.

Les idiots ne sont qu'une forme plus accentuée en étendue que celle que nous examinons en ce moment.

D'ailleurs dans une autre conférence, nous aborderons le chapitre propre des *scléroses cérébrales*, dont nous avons, en réalité, observé une forme à lésions limitées.

(*Leçon recueillie* par le Dr René BARTHE.)

BIOLOGIE

Equilibres et chocs biologiques.

Comme nous l'avons vu dans un précédent article (1), l'étude des réactions qui s'effectuent entre les cellules et le milieu qui les entoure amène à la conclusion qu'elles sont conditionnées par des réactions d'équilibres physicochimiques, au moins autant que par des affinités purement chimiques, et que les relations entre suspensions colloïdales et électrolytes y jouent un rôle prépondérant. Parmi ces relations, il faut en particulier signaler les phénomènes d'*adsorption*, si remarquablement étudiés par Gengou. On appelle de ce nom le phénomène par lequel certains corps solides sont susceptibles de fixer certaines substances empruntées au milieu qui les entoure, et cela, de façon souvent fort énergique sans que les associations qui en résultent soient caractérisées par des relations pondérales ou énergiques constantes analogues à celles qui se manifestent dans toutes les combinaisons chimiques proprement dites. Les substances ainsi adsorbées peuvent du reste être de nature variable : gaz, électrolytes en solution vraie, aussi bien que colloïdes en suspension. Quand, par exemple, un corps solide en particules extrêmement fines se trouve en suspension dans une pseudosolution colloïdale, chacune de ses particules contracte avec les micelles colloïdales des associations d'adsorption qui modifient profondément les conditions de suspension ou de précipitation du complexe obtenu. C'est ainsi que le sulfate de baryte en suspension a tendance à se précipiter en fins grumeaux, et que la présence de citrate de soude, dont les ions sont plus ou moins adsorbés, lui communique une stabilité beaucoup plus grande. Or, si l'on remplace le citrate de soude par une solution colloïdale, le sulfate de baryte s'y disperse sous forme de particules encore infiniment plus ténues, qui perdent toute tendance à s'accoler et à précipiter. L'énergie de l'adsorption de diverses substances par un même corps est du reste extrêmement variable. Aussi, dans un mélange de divers corps en solution ou pseudosolution, tel corps en suspension adsorbera de préférence tel ou tel d'entre eux, pour lequel il a plus d'affinité que pour les autres. C'est ainsi par exemple, que les agents hémolytiques, tels que ceux des venins ou de sérum d'anguille, s'unissent aux globules par un phénomène d'adsorption; mais, si à un mélange de venin ou de sérum d'anguille et d'hématies, on ajoute une certaine quantité de citrate de soude, pour lequel les globules ont un pouvoir d'adsorption encore plus considérable que pour le complexe hémolytique, l'hémolyse ne se produit pas.

(1) Voir *Concours Médical*, n° 25, p. 1746.

En ce qui concerne les particules en suspension introduites dans le sang de façon expérimentale ou pathologique, des réactions d'ordre analogue peuvent se produire. A l'intérieur du plasma, l'agglutination des microbes entre eux, ou au contraire la stabilité de leur suspension, ne dépend que de facteurs physicochimiques de cet ordre. De même l'accolement des corps étrangers (microbes..) aux leucocytes résulte des conditions physiques réalisées aux surfaces de contact entre microbes et plasma d'une part, plasma et leucocytes d'autre part, et enfin microbes et leucocytes. Enfin un point d'importance capitale, au point de vue pratique, est l'étude des facteurs grâce auxquels les conditions permettant à un microbe de demeurer en suspension stable dans le sang (ce qui n'a rien à voir avec son degré de virulence du reste), et par conséquent de déterminer une septicémie, peuvent être perturbées de manière à déterminer soit sa floculation (agglutination), laquelle précède obligatoirement toute phagocytose, soit son adsorption par les plaquettes sanguines, suivant un processus très remarquablement étudié par Govaërts (1918). Il semble que ce soit simplement en modifiant les constances d'équilibres des colloïdes (vivants ou non) en présence, qu'agissent les substances hétérogènes utilisées dans la lutte contre les septicémies (métaux colloïdaux, sérums divers, spécifiques ou non, peptones, etc.), et cette interprétation s'éclaire d'un jour tout nouveau à la suite des recherches capitales sur les « *chocs hémoclasiques* ».

La notion des chocs hémoclasiques a été mise en évidence depuis peu de temps, et à sa connaissance, sont attachés tout particulièrement les noms de F. Widal et de ses élèves. Tout d'abord que signifie ce terme ?

Lorsqu'on introduit dans le milieu intérieur certaines substances hétérogènes très diverses, mais dont le caractère commun est toujours de donner des pseudo-solutions colloïdales (et dans cette catégorie, les albumines hétérogènes se montrent tout particulièrement actives), il se produit brusquement dans tout le système sanguin une rupture d'équilibre dans les rapports des colloïdes constituants : cette rupture se traduit cliniquement par un ensemble de manifestations immédiates et brutales, qui évoquent l'image d'un « choc » instantané ; d'où le nom qui sert à les grouper et qui leur convient d'ailleurs admirablement.

Les symptômes essentiels du choc, quelle que soit la substance qui le détermine, portent naturellement en première ligne sur le sang et le système circulatoire. Ils se traduisent par de l'hypotension artérielle, des troubles de la coagulation, de la leucopénie avec inversion de la formule leucocytaire, la raréfaction des plaquettes sanguines, des variations brusques de l'indice réfractométrique du sérum, et cet ensemble de manifestations caractérise ce qu'on peut appeler

une « crise hémoclasique ». Cette crise est déclanchée de façon littéralement foudroyante, immédiate, mais chose remarquable, elle est généralement fugace et silencieuse, à tel point que son apparition et sa disparition précèdent généralement de loin les manifestations cliniques du « choc ».

Tous ces phénomènes sont à leur maximum d'intensité lorsque l'organisme a été sensibilisé antérieurement vis-à-vis des substances qui déterminent la crise hémoclasique, et elles constituent une des manifestations les plus constantes de l'anaphylaxie, telle que celle qui détermine cliniquement, par exemple, la crise d'asthme ou les éruptions ortiées. Dans de tels cas, en raison de l'hypersensibilité de l'organisme à la substance déchaînante, des quantités infinitésimales de cette dernière sont suffisantes pour déclancher le choc.

Mais des phénomènes d'ordre analogue peuvent se produire sans qu'aucune sensibilisation préabable de l'organisme intervienne. C'est, par exemple, ce qui se passe lors de certains des accidents qui succèdent parfois aux injections intraveineuses colloïdales de sérums hétérogènes ou de métaux, ou encore lors des vaccinations microbiennes à l'aide de microbes tués, et c'est à cette cause qu'il faut rapporter la dyspnée, la cyanose, l'état lipothymique, l'oligurie qui ont parfois, sans aucune raison apparente, été subitement déclanchés par la vaccination antityphique (choc vaccinal).

Un état de choc analogue peut être déterminé par l'irruption brusque dans le torrent circulatoire de microbes ou de toxines mises en liberté par la destruction partielle de certains de ceux-ci : c'est ce qui se produit lors de l'éclatement des corps en rosette et la libération des spores de l'hématozoaire du paludisme, et ce qui détermine l'accès palustre. Enfin, la résorption brutale des produits de désintégration des tissus mortifiés peut déterminer également un état de choc analogue, et c'est sans doute là une des causes du choc des blessés de guerre ou des grands brûlés.

Mais si tous ces chocs relèvent de la même origine, c'est-à-dire de la rupture d'équilibre dans les rapports qui existent normalement entre les éléments constitutifs du sang, on ne concevrait pas que de tels phénomènes ne puissent être déterminés que par des substances colloïdes, puisque nous savons d'autre part que les rapports d'équilibre des colloïdes hématiques sont également pour une large part conditionnés par les colloïdes en dissolution dans le plasma, et plus particulièrement les ions hydrogène en liberté. De fait, l'introduction brusque de solutions cristalloïdes dans le système sanguin est capable de réaliser des phénomènes absolument comparables. Enfin, le froid seul est susceptible, du moins chez certains individus, de déterminer des ruptures d'équilibre analogues. Chez les uns, tout se borne au syndrome vasculo-sanguin silencieux décrit plus haut, mais chez d'autres, sensibilisés en quelque sorte par des atteintes antérieures, la crise hémoclasique se traduit par des symptômes cliniques tels que les urticaires ou les œdèmes localisés ou généralisés, ou même toute une série de troubles à grands fracas dont l'hémoglobinurie paroxystisque *a frigore* constitue la manifestation la plus dramatique.

Dans tous ces phénomènes, ce qu'il y a de particulièrement remarquable, c'est la rapidité de leur évolution. La rupture d'équilibre se traduit par des accidents d'une intensité parfois impressionnante, mais qui se dissipent aussi vite qu'ils sont apparus : après une sorte d'affolement physiologique décelant l'instabilité des équilibres colloïdaux sanguins, de nouveaux rapports s'établissent au sein du plasma, ramenant à un état comparable à l'état initial.

La rapidité de cette *restitutio ad integrum* est un des caractères fondamentaux des états de choc et résulte de ce que les perturbations physiologiques procèdent de causes d'ordre purement physique.

C'est là une différence profonde avec les états pathologiques déterminés par des actions chimiques, des intoxications électives et localisées ; dans ce dernier cas, les substances toxiques agissent toujours d'une façon plus ménagée, moins foudroyante, et déterminent avec la matière vivante des combinaisons plus ou moins stables, mais toujours lentes à se dissocier, et par conséquent les syndromes cliniques qui en résultent ne sauraient se dissiper que de même.

Quelle interprétation peut-on donner de ces phénomènes de choc, dont la généralité s'affirme chaque jour ? L'étude du milieu sanguin au point de vue physico-chimique y décèle des états d'équilibres complexes et à facteurs multiples entre les divers éléments constitutifs, et leurs rapports sont si étroitement liés que toute modification apportée à la proportion, la constitution chimique ou l'état physique de l'un des corps, se traduit immédiatement par une cascade de ruptures d'équilibres vis-à-vis de tous les autres, jusqu'à ce que parvienne à s'établir un nouvel état stable. L'introduction de toute substance colloïdale étrangère, ou même l'apparition de substances autochtones anormales, nées d'associations moléculaires endogènes, suffisent à entraîner de telles ruptures d'équilibres. C'est ce qui se passe dans l'hémoglobinurie paroxystique, où sous l'action du froid, l'anti-sensibilisatrice du sang cesse de neutraliser la sensibilisatrice et le complément : ceux-ci se fixant sur l'hématie, en amènent la lyse, et par suite l'introduction subite dans les humeurs de produits de désintégration qui détermine les symptomes cliniques généraux. Tous les phénomènes de choc

procèdent donc en définitive de la même cause, c'est-à-dire du bouleversement des états d'équilibres colloïdaux, ce qu'il est justifié d'appeler désormais une colloïdoclasie. Celle-ci se produit avec le maximum de netteté dans le sang, et les répercussions de l'hémoclasie sur les colloïdes des éléments cytologiques mêmes peuvent, selon les cas, être plus ou moins faciles ou difficiles à déceler. Enfin, ces répercussions semblent se localiser de préférence, pour des raisons ignorées du reste, sur tel ou tel groupe de cellules suivant les individus, ce qui nous permet, sinon d'expliquer, du moins de comprendre la variabilité des manifestations cliniques qui pourront résulter chez des sujets divers de syndromes colloïdoclasiques procédant pourtant d'un processus causal identique.

Toutes les considérations précédentes présentent évidemment un grand intérêt théorique : elles éclairent d'un jour tout nouveau la pathogénie de certaines manifestations morbides ; mais de plus, elles comportent des applications immédiates de la plus grande importance pour la pratique médicale.

En premier lieu, elles apportent un élément nouveau de diagnostic à l'égard de certaines déficiences fonctionnelles. C'est ainsi que la recherche de l'hémoclasie à la suite de repas d'épreuves riches en albuminoïdes permet, quand elle est positive, d'affirmer une insuffisance hépatique, comme l'ont démontré Widal, Abrami et Iancovesco. On sait en effet qu'au cours de la digestion, les albumines sont progressivement dissociées en leurs acides amidés constitutifs, mais que le processus d'absorption par la cellule intestinale se complique d'une véritable synthèse inverse de l'analyse diastasique, et grâce à laquelle les acides amidés se regroupent en nouveaux complexes albuminoïdes, déjà dans une très large part analogues à ceux de la propre substance de l'individu (1). Toutefois, la mise en circulation de certaines de ces albumines encore imparfaitement « assimilées » se traduirait par un véritable choc protéique, si elles n'étaient retenues, élaborées à nouveau et définitivement transformées par le foie (fonction protéo-pexique). La déficience de cette dernière fonction se traduit immédiatement par une crise hémoclasique typique, facile à déceler, et qui apporte ainsi un élément nouveau et des plus importants à l'étude de l'intégrité fonctionnelle hépatique. De même, chez les diabétiques, l'insuffisance du métabolisme des hydrates de carbone déclanche après leur ingestion, même à petites doses, une crise hémoclasique qui, pour être silencieuse, n'en constitue pas moins un « stigmate humoral » de première importance.

Tous les états de choc possèdent encore un caractère commun, fertile en conséquences au point de vue pratique : l'introduction préalable d'une quantité minime de la substance nocive dans l'organisme possède dans une large mesure la propriété de désensibiliser celui-ci, et de le mettre à l'abri d'un choc ultérieur sous l'action de doses ordinairement suffisantes. La chose est particulièrement manifeste en ce qui concerne l'hypersensibilité anaphylactique, où la sensibilisation peut être réalisée de la sorte de façon définitive, mais elle existe également, quoique plus aléatoire et plus fugace (l'immunité ne dépassant pas environ 24 heures) pour la sensibilité aux chocs protéiques banaux. Or, cette préservation contre un choc expérimental ou thérapeutique prochain et la désensibilisation de l'organisme à titre définitif, si elles ne peuvent dans certains cas d'anaphylaxie être réalisées que par la mise en jeu de la substance déchaînante même, peuvent, pour les chocs protéiques banaux, être obtenues par les corps les plus divers. On a pu ainsi employer pour consolider les équilibres humoraux trop aisément instables les injections de protéines comme la peptone, le lait, les sérums banaux, voire le sang même du malade, ou des substances lipoïdes, ou même des cristalloïdes variés (chlorure, carbonate ou hyposulfite de soude, par exemple, etc.) Même il semble que la voie d'introduction importe peu, et on a pu utiliser aussi bien que la voie intraveineuse, les injections sous-cutanées ou même l'absorption digestive : chaque jour s'allonge la liste des maladies en corrélation avec des états de choc plus ou moins larvés, qui se montrent plus ou moins justiciables de ce nouveau mode de traitement.

Enfin, on a pu se proposer de déterminer artificiellement des états de choc pour provoquer une crise salutaire au cours des infections. Il n'est pas douteux que c'est à une action de ce genre, autant qu'à l'action antiseptique du métal lui-même, que les injections intraveineuses de métaux colloïdaux doivent leur efficacité. D'autre part, des protéines banales (lait, peptones) ou microbiennes (vaccins) ou des sérums thérapeutiques plus ou moins spécifiques, peuvent donner les mêmes réactions favorables. Dans tous les cas, le choc expérimental ainsi déterminé peut être atténué par une injection préalable à dose minime de la substance envisagée, mais sans doute au détriment de l'efficacité de la crise. Enfin, cette thérapeutique constitue, encore à l'heure actuelle, une arme à deux tranchants : les résultats indéniables qu'elle a donnés ne doivent pas faire oublier les échecs et encore moins les

(1) A cet égard, la cellule intestinale se comporte donc comme une véritable cellule sécrétrice, mais fonctionnant à l'inverse des cellules sécrétrices ordinaires, c'est-à-dire puisant ses matériaux d'élaboration dans le milieu extérieur pour les déverser après transformation dans le milieu intérieur. Cette interprétation se trouve confirmée par l'étude des formations mitochondriales dans les cellules de l'épithélium intestinal au cours de l'absorption (Champy, 1911).

accidents qu'elle a parfois provoqués, sans que jusqu'ici le déterminisme de ces résultats contradictoires nous soit encore accessible.

On voit quelle importance le problème des chocs biologiques peut présenter à l'heure actuelle, et quelle voie féconde ont ouverte les recherches magistrales de l'école française auxquelles ont été empruntées la plupart des notions qui font l'objet de ce rapide exposé.

Dr J-M. PACAUT.

A TRAVERS LA PRESSE

Vaccinothérapie des infections vaginales.

MM. R. VILLAR et JEANNENEY rapportent l'observation d'une jeune femme qui, sept mois après une hystérectomie pour métro-annexite, fut atteinte d'une vulvo-vaginite aiguë à pus très virulent.

Les auteurs ont pratiqué des injections de lipo-vaccin anti-streptococcique, anti-staphylococcique et anti-gonococcique. En même temps, des irrigations vaginales à antiseptiques variés furent prescrites, cependant qu'un soupçon de syphilis déterminait l'administration de biiodure de mercure en piqûres intra-musculaires.

Cette observation donne lieu aux remarques suivantes :

« Au point de vue clinique, il y a eu amélioration considérable de l'état local et général ; la malade, se disant guérie, n'a pas voulu séjourner plus longtemps à l'hôpital. Au point de vue bactériologique, il y eu diminution des sécrétions ; le nombre des germes est resté considérable parce que les sécrétions étaient de moins en moins fluides ; les streptocoques semblent avoir disparu ; on retrouve surtout des cocci en amas (staphylo) et peut-être des gonocoques. Le vaccin a paru tarir les sécrétions et diminuer le nombre des germes. Il n'a pas agi sur une bactérie diphtérinomorphe... Au point de vue du vaccin, les injections ont été bien tolérées... La vaccinothérapie a donc amené une sédation considérable des signes fonctionnels, une désodorisation absolue et une diminution marquée des sécrétions, une amélioration de l'état général telle que la malade, entrée dans un état inquiétant, a demandé à sortir deux mois après le début du traitement ». (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 10 avril 1921.)

Thérapeutique interne des maladies cutanées.

De cause interne ou externe, toute maladie de la peau exige un examen approfondi des patients. La dermatose traumatique, parasitaire ou microbienne la plus exogène peut être le siège de complications provenant d'un état de déséquilibre de l'organisme.

On étudiera donc minutieusement le fonctionnement du tube digestif, des reins et du système nerveux, ces grands appareils intervenant souvent dans la genèse des réactions cutanées pathologiques.

Le fonctionnement défectueux du tube digestif crée ou provoque l'intoxication alimentaire d'une part, l'anaphylaxie, d'autre part. Le traitement de la dermatose comprendra donc une thérapeutique dirigée contre l'une ou l'autre, selon les cas, de ces situations.

Les albumines alimentaires étant souvent la cause de l'intoxication, on prescrira un régime alimentaire qualitatif et quantitatif qui variera nécessairement selon les individus, mais qui, en principe, rédura au strict minimum la ration d'albumine, pour donner la prédominance aux végétaux et aux hydrocarbones.

En même temps, on règlera, par une médication appropriée, la digestion, afin de faire disparaître les troubles de la nutrition. Cette médication sera commandée par la nature du trouble gastrique (hypersécrétion, hypo-sécrétion). On surveillera le fonctionnement de l'intestin. « Le soufre est un excellent antiseptique intestinal, et sera employé, soit sous forme de soufre précipité, soit sous forme de soufre colloïdal, soit encore sous forme d'hyposulfite de soude ». Les ferments lactiques sont également indiqués.

On agira aussi sur le foie pour en stimuler les diverses fonctions.

L'anaphylaxie alimentaire (mollusques, crustacés, œufs, lait, viande crue, etc.) vient assez souvent de ce qu'un tube digestif insuffisant n'attaque et ne désagrège pas définitivement les hétéro-albumines, et de ce que le pouvoir anti-toxique du foie est fortement diminué.

On sait que l'anaphylaxie comporte un certain nombre de réactions cutanées, urticaire, eczéma, parakératoses psoriasiformes, psoriasis même.

On ordonnera tout d'abord un régime hydrocarboné avec sel pour triompher du surmenage digestif. Puis, on reprendra l'usage des albumines par petites doses, selon la méthode de désensibilisation. Cette méthode comporte en outre l'injection de protéines provenant du malade lui-même (auto-hémothérapie) ou de certaines cultures microbiennes.

L'hyposulfite de soude, entre autres sels minéraux, possède des propriétés désensibilisatrices.

On pourra rechercher le choc anaphylactique, qui, par la leucolyse qu'il détermine, met en liberté des ferments leucocytaires « qui jouent un rôle important dans la lutte contre l'infection, contre l'intoxication, et, probablement dans certaines dermatoses où l'on constate une hypertrophie ganglionnaire ».



On ne manquera pas d'agir sur le rein de perméabilité insuffisante.

Enfin, on traitera l'impressionnabilité nerveuse par le régime alimentaire, l'hygiène morale et physique, l'hydrothérapie et l'électrothérapie, la valériane et la belladone.

Si l'on soupçonne un trouble endocrinien, dans les cas d'hyperexcitabilité du sympathique, on demandera à l'opothérapie les services qu'elle peut rendre.

Les médicaments les plus fréquemment employés pour le traitement des dermatoses sont l'arsenic (arséniate de soude, liqueur de Fowler, cacodylate de soude) qu'on évitera toutefois au moment des poussées aiguës, et le soufre.

Tels sont les excellents conseils que donne M. Desaux (*L'Hôpital*, avril 1921 B).

Hydrorrhée nasale.

L'hydrorrhée nasale, ou coryza vaso-moteur, se manifeste par des crises qui surviennent par accès et au cours desquelles il se fait, par l'une ou l'autre narine, aussi bien que par les deux, un écoulement plus ou moins abondant généralement séreux, clair et limpide.

Cette affection est habituellement considérée comme étant de nature diathésique. On a proposé, sans grand succès, d'enrayer les crises avec de la cocaïne et de la morphine, médicaments dangereux en raison de l'accoutumance et de l'intoxication chronique qu'ils entraînent, et de les prévenir en associant l'atropine à la strychnine.

Pour M. H. Lavrand, « l'hydrorrhée nasale « pure est une affection conditionnée par un état « neuro-arthritique, mais provoquée et entretenue par de l'ostéite de l'ethmoïde perceptible « dans les méats moyens. Le traitement local « dirigé contre ces altérations osseuses reste le « moyen le plus efficace pour améliorer, sinon « guérir, la plupart de ces cas, à condition qu'il « n'y ait aucune autre lésion intra-nasale (hyper- « trophie des cornets, polypes) et que les sinus « ne soient pas malades ». (*Journ. des Sc. méd. de Lille*, 10 avril 1921.)

Les toxines vermineuses.

Les vers intestinaux sont à l'ordre du jour. Après avoir joué longtemps un rôle important dans la pathologie infantile, ils furent ensuite relégués au rang d'interprétations fantaisistes, par les commères du village, d'accidents que la science du jour attribuait à d'autres causes.

Mais, les voici qui reparaissent de nouveau et font l'objet d'études sérieuses, basées sur des observations concluantes, qui leur donnent, en pathologie, une importance indéniable et attirent sur eux l'attention des praticiens.

C'est ainsi que nous avons vu l'oxyurase considérée comme une des causes principales, sinon la cause essentielle, de l'appendicite. Tout récemment, nous résumions l'histoire d'un enfant ayant succombé à des récidives d'iléus intestinal qui semblait avoir été provoqué et entretenu par des ascaris.

J'ai personnellement soigné jadis un garçon de 13 ans qui offrait à l'observation le syndrome complet d'une méningite tuberculeuse et qui guérit dès qu'il eut expulsé sept énormes lombrics.

Aussi, avons-nous lu avec intérêt l'étude publiée par M. Rouillard, et dont voici les conclusions (*Presse méd.*, 9 avril 1921) :

« On peut dire que tous les helminthes sécrè- « tent des substances toxiques pour l'organisme, « substances qui varient suivant l'espèce, le « nombre, la localisation, l'état normal ou pa- « thologique du parasite. A côté d'accidents dus « à l'irritation de la muqueuse, ou à des inocu- « lations microbiennes, il faut donc faire une « très large part aux accidents toxiques de l'hel- « minthiase. Les produits d'excrétion ou de sécré- « tion des parasites, les extraits aqueux ou alcoo- « liques agissent sur l'organisme des animaux « comme agit toute albumine étrangère : l'in- « jection première détermine un choc protéique ; « la tachyphylaxie s'établit comme vis-à-vis des « peptones ou des extraits d'organes ; l'anaphy- « laxie apparaît avec ses caractères classiques. « Mais de plus, on est en droit d'émettre le ca- « ractère toxique de ces substances albuminoï- « des parce qu'elles ont des propriétés anémian- « tes et cachectisantes spéciales, elles provoquent « l'éosinophilie, et leur injection détermine des « troubles circulatoires et respiratoires, et une « diarrhée vraiment caractéristique ».

Les atmosphères antiseptiques en thérapeutique pulmonaire.

M. Soubirou se déclare partisan, à titre d'adjuvant, du traitement par le séjour prolongé dans les atmosphères antiseptiques, de la bronchite chronique, simple ou avec emphysème, de la convalescence des congestions pulmonaires et des pneumonies et de la bacillose au début.

Il en obtient une sédation de la toux, une diminution de la dyspnée et de l'expectoration, une réduction de la flore microbienne des crachats et une diminution constante des râles muqueux.

Il préconise comme mélange antiseptique, la préparation suivante :

Teinture d'eucalyptus ..... }	ââ 15 gr.
Teinture de benjoin ...... }	
Alcool camphré	20 gr.
Goménol	3 gr.

Une cuillerée à café dans l'eau de la vaporisa

tion. (*Gaz. des Sc. méd. de Bordeaux*, 10 avril 1921.)

Chlorure de magnésium et affections digestives.

Ces affections relèvent d'un trouble moteur du tube digestif, résultant lui-même, tantôt d'un état nerveux spécial, tantôt d'une dentition défectueuse. Elles appartiennent surtout aux états cholémiques des dyspeptiques nerveux, et ont pour symplomatologie essentielle une langue saburrale le matin, un petit appétit, des bâillements après les repas avec sensation de fatigue croissante, des renvois sans pyrosis, de la distension et de la sonorité, ainsi que du clapotage gastrique, de la constipation, un teint terreux, de l'urobilinurie et de l'indicanurie..

A de tels malades, M. N. Fiessinger conseille la rééducation de la mastication et de l'insalivation, ainsi qu'un régime qui supprime les aliments qui s'avalent trop vite. Il leur prescrit en même temps le chlorure de magnésium selon les différentes formules suivantes :

Chlorure de magnésium......	5 gr.
Sel de Glauber..............	10 gr.
Bicarbonate de soude........	15 gr.

M. S. A. — Divisez en 30 paquets. Un paquet dans un verre d'eau chaude avant chacun des 3 principaux repas.

Ou bien :

Sel de Glauber..............	60 gr.
Sel de Seignette.............	20 gr.
Chlorure de magnésium.......	20 gr.

Une cuillerée à café dans un verre d'eau chaude, le matin au réveil.

Aux gros mangeurs, il recommande :

Chlorure de magnésium.	ââ 0 gr. 50
Chlorure de sodium	
Bicarbonate de soude...	

Pour un paquet : dans un demi-verre d'eau gazeuse au début du repas.

Les obèses, les goutteux, les hypertendus constipés, les hypertendues de la ménopause, prendront avec avantage :

Chlorure de magnésium.....	0 gr. 80
Sulfate de magnésie......	ââ 0 gr. 50
Sulfate de soude	

Pour un paquet, dans un verre à vin d'eau chaude, le matin au réveil.

Enfin, aux hépatiques, cholémiques, lithiasiques en période silencieuse, aux grois foies des intoxiqués digestifs ou du diabète, goutte, il ordonne :

Chlorure de magnésium...	ââ 4 gr.
Bicarbonate de soude......	
Sulfate de soude.........	

Pour un paquet, dans un litre d'eau bouillie : un verre à vin, matin, midi et soir avant les repas.

Au début de son article, M. Fiessinger s'exprime ainsi : « Le chlorure de magnésium, à la dose de 1,56 par litre, constitue un des éléments dominants de l'eau de Châtel-Guyon, dont l'efficacité sur les affections intestinales et les foies congestionnés n'est plus à démontrer ».

Ne semblerait-il pas tout aussi pratique de conseiller l'usage de cette eau à laquelle il serait facile d'ajouter en proportion voulue le sulfate de soude, le bicarbonate de soude, etc. toutes les fois qu'ils sont indiqués ? (*Journ. des prat.*, 9 avril 1921.)

La mastite syphilitique.

M. Burnier signale l'intérêt qui s'attache au diagnostic exact de cette affection, à laquelle on doit penser en présence d'une tuméfaction du sein. Les affections avec lesquelles on évitera de la confondre sont la mastite puerpérale, le galactocèle, les mastites chroniques, l'adénome, l'adéno-fibrome, la maladie kystique de Reclus, le sarcome, le cancer. « La recherche minutieuse des antécédents du malade et des autres lésions syphilitiques concomitantes, la réaction de Wassermann (si elle est positive) permettront d'éclairer le diagnostic. Un traitement d'épreuve est toujours indiqué dans le cas où la clinique est impuissante. Habituellement, la régression des lésions est rapide, quelle que soit la médication employée, et en quelques semaines, la guérison est obtenue.... » (*Paris méd.*, 9 avril 1921.)

G. D.

ÉPIDÉMIOLOGIE

Une petite épidémie de variole pendant la guerre dans une ville du front.

Le 9 février 1917, entrait à l'hôpital mixte de Ste-Menehould, un soldat du 311e régiment d'infanterie du nom d'A... Claude. Son billet d'hôpital portait comme diagnostic d'entrée « bronchite et congestion pulmonaire ». Le 14 février, c'est-à-dire cinq jours après, il était évacué sur l'ambulance de Verrières (ambulance de contagieux), pour bronchite et éruption vésiculeuse.

Pendant son séjour à l'hôpital mixte, il était survenu sur le corps du malade une éruption qui fut prise tout d'abord pour du pemphigus.

Mais le médecin traitant, jugeant, avec raison, cette éruption suspecte, évacua A... Claude sur l'ambulance de contagieux où le Dr Guy Laroche, enfin, posa le diagnostic de variole.

D'ailleurs les pustules s'ombiliquaient nettement et le doute n'était vraiment plus possible.

Renseignements pris, le malade était allé en permission une douzaine de jours auparavant à Marseille, et c'est vraisemblablement de cette ville qu'il nous rapporta la variole.

Ce fut l'origine d'une petite épidémie qui sévit à Ste-Menehould en avril et mai 1917. Il y eut en tout neuf cas. Les trois premiers se produisirent à l'hôpital même : ce sont des cas intérieurs ; puis cinq autres se produisirent coup sur coup dans la ville. Quant au neuvième, il apparut à Verrières, petit village distant de 3 kil. de Ste-Menehould.

Etant alors médecin de la place de Ste-Menehould et chargé comme tel de la population civile, nous eûmes l'occasion d'observer tous les cas civils, et, chargé très peu de temps après de l'hôpital mixte, il nous fut possible de suivre tous les cas, et de retrouver, en groupant les renseignements donnés par les malades, le mode de contagion et la filiation de ces cas.

C'est le résultat de cette petite enquête et les réflexions suggérées par l'observation de ces neuf cas que je me suis proposé d'exposer très succintement. Le premier cas intérieur qui suivit celui d'A..., concerne Marie-Joséphine T..., âgée de 44 ans, « LAVEUSE » à l'hôpital.

Le diagnostic de variole n'ayant pas été formellement posé chez le soldat A... pendant son séjour à l'hôpital mixte, le linge du malade, lors de son évacuation, ne fut pas l'objet de précautions spéciales. Le lendemain du départ pour Verrières, du soldat varioleux, c'est-à-dire le 15 *février*, Joséphine T...., eut à manipuler le linge. Le 25 février, c'est-à-dire *dix jours* après, elle s'alitait, se plaignant d'une courbature générale, de maux de tête violents, de douleurs lombaires, et surtout de vomissements qui durèrent trois jours. Le 28 février, survint de l'angine, et le 1er mars, c'est-à-dire le 4e jour de la maladie, l'éruption commençait : on pensa à de l'urticaire tout simplement, et la malade resta dans la salle commune. Le 3 mars, les vésicules succèdent aux papules, et cette fois on soupçonne la variole. Le 5 mars, les vésicules s'ombiliquent, le diagnostic de variole est affirmé, on isole la malade, on consigne l'hôpital 15 jours, c'est-à-dire jusqu'au 20 mars, et on en vaccine rapidement tout le personnel et tous les malades civils et militaires. On fait cependant, et malheureusement, une exception pour une femme de 74 ans, Mme L...., qui, entrée le 27 février pour bronchopneumonie, était le 5 mars, jour des vaccinations, presque mourante.

Nous avons dit que Joséphine T... était restée dans la salle commune du 25 février au 5 mars ; à vrai dire, elle n'était pas dans la même salle que Mme L..., mais dans une petite salle de 4 lits attenant à la première. Le personnel infirmier, personnel civil, était commun aux deux salles.

Donc, Mme L..., jugée moribonde, n'est pas vaccinée, mais quoique moribonde, elle prend le contage, et son état semi-comateux se prolongeant de jour en jour ; la période d'incubation passe, la période d'invasion de même, tant et si bien qu'un beau matin en découvrant cette malade qui s'obstine à ne pas mourir, on aperçoit des pustules. C'est un nouveau cas de variole et le diagnostic est fait, mais, est-ce bien la peine de l'isoler ? Elle n'a plus que quelques heures à vivre, on patiente une journée, on patiente encore le lendemain qui était le 25. Or, le 25 était malheureusement un dimanche, c'est-à-dire jour de visite pour les parents des malades. C'était même le premier dimanche déconsigné, puisque en raison du cas T..., on avait consigné l'hôpital pour quinze jours. Le 26, le 27, on attend encore ; enfin le 28, devant la résistance de Mme L... à la mort, on monte la malade à la chambre d'isolement, où elle meurt le 31 mars, le visage et le corps tout couverts de pustules en voie de dessiccation.

Tout le mois d'avril se passe sans qu'on signale de nouveaux cas, puis subitement en ville, nous voyons quatre cas se produire, Mlle S..., 28 avril, Mme H..., 29 avril, Mlle C..., 29 avril, Mme H..., 30 avril, et nous apprenons qu'à Verrières, Mme Hy..., est également atteinte de variole le 1er mai. Voici brièvement rapportées leurs observations.

C... Louise, âgée de 6 ans, pas vaccinée, est examinée la 1re fois le 30 avril ; elle est malade depuis le 28 avril ; l'enfant se plaint de violents maux de tête, elle a une fièvre intense, 40°, et des vomissements, elle est très abattue ; on me montre deux ascaris que l'enfant vient de vomir. Je ne pense qu'à l'helminthiase et prescris un vermifuge. Sortant de cette maison, je suis demandé dans une maison voisine chez Mlle St....

Mlle St..., 16 ans 1/2, vaccinée dans le jeune âge, mais non revaccinée depuis, est également malade depuis le 28 avril ; elle se plaint d'un mal de tête atroce, dit-elle, de violents maux de reins, elle a 40° et souffre de la gorge ; j'examine le pharynx : le voile du palais, les piliers, les amygdales sont très rouges et tout semés d'un pointillé blanc, qui me donne l'impression de quelque chose «non encore vu », l'aspect clinique rappelle un peu la stomatite crémeuse au début, mais les symptômes généraux ne sont guère en faveur de cette hypothèse. Je ne pense nullement à la variole (je n'en ai pas encore vu à la période d'invasion). Mais deux jours après, c'est-à-dire le 2 mai, quand nous venons revoir nos

(2)

deux malades, elles étaient toutes deux couvertes de pustules. Le visage était tuméfié, boursouflé ; les paupières œdématiées cachaient complètement les yeux. Le diagnostic ne faisait plus de doute : La variole était dans la ville. Je fis évacuer d'urgence et isoler immédiatement ces deux malades à l'hôpital mixte.

Sur ces entrefaites, on vient me prévenir qu'une dame He... était alitée et avaient des boutons sur le corps. Nous nous y rendîmes. Mme He... était effectivement alitée, mais ne paraissait pas très malade. Le 30 avril, elle avait été obligée de se coucher, en raison d'une courbature dans tous les membres, douleurs lombaires et du mal de tête. A l'examen, on ne constatait que quelques boutons disséminés sur le corps et arrivés au stade de vésicules. Mme He..., vaccinée dans le jeune âge, ne l'avait pas été depuis : elle avait 57 ans.

Le même jour, nous étions demandé chez Mme Hr... Malade depuis le 27 avril, elle était alitée depuis le dimanche 29 avril. Elle souffrait d'une courbature générale, mais surtout intense dans les jambes, de mal de tête, de douleurs lombaires, de frissons et de vomissements. L'état général n'était pas mauvais, mais la fièvre assez élevée. Pas d'éruption ; le tableau clinique rappelait une infection grippale au début.

Deux jours après, 4 mai, je retourne voir la malade. Elle était couverte de pustules : c'était le quatrième cas de variole. Le lendemain, toutes ces malades étaient toutes portées et isolées à l'hôpital mixte où venait les rejoindre Mme Hy. de V., envoyée par le Dr Guy Laroche. Malade depuis le 30 avril, alitée le 1er mai, son éruption avait débuté le 4 mai. Mme Hy... et Mme Hr..., vaccinées dans leur enfance, ne l'avaient pas été depuis.

Chez toutes ces malades la variole évolua normalement, discrète, et sans complications sérieuses. Les vésicules devinrent pustules, les pustules suppurèrent, puis se desséchèrent, laissant à leurs suites les cicatrices indélébiles. Les malades sortirent complètement guéries *le* 16 *juin*.

Restait à trouver où et comment ces cinq malades avaient été contagionnées. Les cinq cas étaient apparus du 28 *avril au* 1er *mai*. Or, le dernier cas observé à l'hôpital remontait au 31 mars : Mme L... était morte en effet à la salle d'isolement le 31 mars.

La variole ayant une incubation de 10 à 12 jours, et près d'un mois s'étant écoulé entre la mort du dernier cas d'hôpital et l'apparition des cinq cas de la ville il y avait sans nul doute possible un cas resté ignoré, un cas intermédiaire « faisant la liaison », cas ayant pris le contage à l'hôpital et l'ayant ensuite communiqué aux cinq autres.

Il ne fut pas facile à trouver, mais à force d'interroger toutes nos malades, de faire appel à leurs souvenirs, nous pûmes y parvenir.

Partant de cette hypothèse que Mlle S... et Mlle C..., tombées malades le même jour, devaient avoir pris ensemble le contage, nous finîmes par apprendre, en faisant instamment appel à leurs souvenirs, qu'elles étaient effectivement allées voir ensemble le dimanche de Quasimodo, c'est-à-dire 15 avril, une dame P... Cette dame était alitée, dirent-elles, elle avait des boutons plein la figure, elle était « affreuse — c'est la propre expression de Mlle S... —, si bien que la jeune fille n'osa pas entrer dans la chambre. Les deux visiteuses restèrent sur le pas de la porte, sans vouloir s'asseoir et abrégèrent leur visite, qui, affirment-elles, dura quelques minutes à peine. Mme He..., interrogée à son tour, reconnut qu'elle était allée voir Mme P..., le dimanche de Quasimodo, le 15 avril, pour lui porter son linge et qu'elle l'avait vu alitée et la figure couverte de boutons. Il en était de même pour Mme Hr..., qui, également ce même jour de Quasimodo s'était rendue chez Mme P... quelques minutes à peine, le temps de remettre son linge. (Mme P... étant blanchisseuse). Quant à Mme Hy..., de V., elle se rappela avoir livré du bois, à Mme P... ce même jour de Quasimodo.

Plus de doute, c'était Mme P... qui avait contaminé nos cinq autres malades. Nous nous rendîmes chez cette dame. Elle était guérie, mais encore faible et portait à la figure et aux bras les cicatrices encore rouges des pustules desquamées. Elle nous raconta qu'effectivement, elle avait été assez malade, qu'elle avait eu une éruption de boutons sur la figure et sur le corps, et avait été forcée de s'aliter du 11 avril au 24 avril. Un médecin de l'ambulance 1/73 était venu plusieurs fois la voir et avait déclaré que ce n'était rien, « une simple éruption de sang » ; il avait conseillé le repos au lit, le régime lacté, des pommades et un « dépuratif ». Les symptômes généraux éprouvés, la fièvre qui oblige la malade à garder le lit 14 jours, la tuméfaction du visage qui fait que, de l'aveu des personnes qui sont venues la voir, la malade était affreuse ; enfin les cicatrices encore récentes des pustules ne laissaient aucun doute sur la nature réelle de la maladie : Mme P... avait eu bien la variole.

Nous lui demandâmes alors si elle connaissait Mme L... Elle me déclara que c'était une de ses parentes et qu'elle avait été précisément la voir le dimanche 25 mars à l'hôpital mixte où elle était en traitement. La preuve était faite. Le 25 mars, Mme P... prenait le contage à l'hôpital de Mme L... *non isolée* ; le 7 avril elle avait ses premiers malaises, le 11 elle s'alitait. Entre temps, dans les salles militaires, un autre cas s'était produit. Le soldat L... Antonin entré le 20 février pour bronchite était évacué à V. le 14 mars pour variole, c'est-à-dire 21 *jours après*. La



période d'incubation de la variole étant beaucoup plus courte, il était manifeste que le soldat L... avait contracté la variole à l'hôpital mixte. Mais comment ?

A..., 1er cas de variole, méconnu, avait été hospitalisé salle 3, lit n° 12. L... occupait dans la même salle le lit n° 13, mais il n'entrait à l'hôpital que six jours après le départ d'A... Le lit avait été désinfecté en totalité, nous fut-il affirmé, mais pas la table de nuit ni son contenu. Le contage dans ce cas a certainement été médiat, soit du fait d'ustensiles non désinfectés, soit par l'intermédiaire d'infirmières. En effet, pendant cette même période d'hospitalisation de L... (20 février, 14 mars), deux cas de variole coexistaient dans les salles civiles, Mme T... et Mme L... Les salles civiles sont bien complètement séparées des salles militaires et ont bien leur personnel infirmier distinct. Mais, dans le début de mars, c'est-à-dire au moment où L... dut prendre le contage, une des sœurs surveillantes se trouvant malade, ce fut une même sœur qui eut la direction de la salle III (militaire) et de la salle des femmes.

Cette petite épidémie ne prit pas plus d'extension, bien que depuis 1914, aucun enfant n'ait été vacciné. D'accord avec la municipalité, toute la population civile fut revaccinée. Les sauf-conduits ne furent délivrés que contre production du certificat de revaccination. Les personnes venant à Ste-Menehould ne purent quitter la ville qu'après avoir été revaccinées. Les employés de chemin de fer, des administrations de l'État,le personnel civil et militaire des hôpitaux et ambulances de la place furent revaccinés. En trois semaines, 3.000 vaccinations furent pratiquées.

De la relation de cette petite épidémie quelques conclusions se dégagent :

1° La plupart des médecins ne connaissent plus la variole.

2° Le diagnostic est fait ou tardivement (hôpital mixte) ou n'est pas fait du tout (cas P...). On pense pour le premier cas à du *pemphigus*, pour le second (au stade papule) à de l'*urticaire*, pour Mme P... vraisemblablement à de l'*eczéma*.

3° Les mesures prophylactiques sont de ce fait négligées et, dans une agglomération non revaccinée, un cas de variole importée risque d'amener rapidement une épidémie.

4° Il y a intérêt, après les perturbations nées de la guerre, à veiller à ce que les vaccinations et revaccinations, négligées à tort pendant toute la guerre, soient maintenant rigoureusement pratiquées. Il est à remarquer que, dans cette épidémie de Ste-Menehould, tous les cas civils concernent des femmes qui n'avaient pas été revaccinées depuis leur première enfance : aucun cas dans la population masculine, soumise à des revaccinations obligatoires fréquentes (service militaire, admission dans les écoles, administrations, etc).

Au point de vue épidémiologique, il est à noter que, dans tous les cas, la période d'incubation a été de 10 à 12 jours, la période d'invasion de trois à quatre jours. Le contage paraît être extrêmement diffusible (Mlle S... et C... ne sont restées que quelques minutes chez Mme P..., elles sont demeurées sur le pas de la porte, ne se sont pas assises et n'ont pas touché la malade).

La contagion peut être médiate, peut-être par l'intermédiaire d'une personne non atteinte. Mme T... est couchée dans une petite salle, attenante à la grande salle où Mme L..., en traitement pour broncho-pneumonie, contracta la variole. Or, ces deux malades gardaient le lit et n'avaient aucun contact direct. De même le soldat L... entré le 20 février,alors qu'A...en était sorti le 14.

Enfin, si l'effet de la vaccine s'atténue avec le temps, au point de ne plus immuniser complètement contre la variole, il ne disparaît pas entièrement, et exerce, quoique atténué, une action favorable, puisque tous les cas observés évoluèrent d'une façon bénigne et guérirent, à l'exception de Mme L... qui, âgée de 74 ans, mourut plus de sa broncho-pneumonie, pour laquelle elle était entrée à l'hôpital, que de la variole qu'elle y contracta.

Dr Durozoy.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

Les hémorrhagies rénales post-opératoires.

(M. F. Legueu. — *Académie de médecine*).

On voit parfois, à la suite d'une opération rénale conservatrice, des hémorrhagies graves qui nécessitent la néphrectomie secondaire. Ainsi, après l'ablation d'un calcul du rein, par exemple, on peut observer vers le 4e ou 5e jour, alors que les urines sont devenues claires, des hématuries intenses, accompagnées d'anémie et de douleurs vésicales vives. La néphrectomie, seule, met fin ces accidents.

M. Legueu a étudié la pathogénie des hémorrhagies en question. D'une statistique portant sur 12 cas, il conclut que cette hématurie est due à un infarctus du rein souvent développé en un point non intéressé par l'incision. L'origine de l'infarctus serait alors la déchirure d'une artère anormale, au cours de l'extériorisation du rein.

Sur les dangers du radium.

(M. Regaud et M. Tuffier. — *Académie de médecine*.

MM. Cl. Regaud et Tuffier reviennent sur la question des dangers du radium.

M. Regaud rappelle, d'abord, qu'il faut distinguer

l' « émanation » du radium des « rayonnements » de ce corps. L'émanation, qui est un véritable gaz émané du radium n'offre, pratiquement, aucun danger. Les rayonnements présentent une action locale (radium-dermite), et générale, intéressant surtout les glandes génitales et les tissus hématopoïétiques. Pour s'en préserver, il suffit, d'une part de s'aider de la loi des distances (en se servant de pinces spéciales pour les manipulations), et d'autre part d'interposer entre son propre corps et toute source de rayonnement des écrans opaques (plusieurs centimètres de plomb).

Pour l'auteur, les accidents ne s'observent qu'en l'absence de précautions. Dans un établissement correctement organisé, les infirmiers, et les voisins des malades traités ne courent pas de risques du fait des corps radio-actifs.

M. TUFFIER a fait une enquête sur ce sujet auprès des grands établissements d'Amérique où l'on manie le radium (clinique Mayo, Commission du cancer de l'Harvard University, hôpital Howald.)

Dans les cliniques américaines, quelques accidents ont été observés à la suite du maniement des tubes radifères (aménorrhée, azoospermie, leucopénie). Le facteur qui paraît jouer le rôle principal, en pareil cas, est le facteur temps.

Les médecins américains ont été conduits à ne pas laisser le personnel hospitalier en contact avec le radium plus de 2 à 3 mois ; ils n'ont plus vu, dans ces conditions, de troubles graves.

Le rendement professionnel des grands mutilés.

(MM. GOURDON, DIJONNEAU, THIBAUDEAU. — *Académie de médecine.*)

M. Gourdon, directeur de l'Ecole de rééducation professionnelle de Bordeaux, expose les résultats obtenus en six années de fonctionnement de l'Ecole qu'il dirige.

Sur 2000 mutilés (amputés ou estropiés graves), 1081 ont été réadaptés dans leur profession manuelle d'avant-guerre ; 150 ont repris leurs anciennes professions intellectuelles ou leurs emplois ; soit, 1231 *réadaptés.*

396 mutilés ont appris de nouveaux métiers ; 340 exercent de nouvelles professions ; soit 736 *éduqués.*

33 seulement sont demeurés incapables de travailler.

Cette statistique montre le faible nombre de mutilés qui restent dans l'impossibilité d'exercer une profession (33 sur 2000). Le rendement-travail de ces grands mutilés atteint, d'ailleurs, un pourcentage important, s'élevant aux trois-quarts du rendement normal, comme moyenne.

Transmission placentaire de l'encéphalite épidémique.

(MM. MERCIER, ANDRIEUX et Mlle BONNAUD. — *Académie de médecine.*)

M. Mercier signale un exemple de transmission placentaire probable de l'encéphalite épidémique. Il concerne une primipare qui, au 22e jour d'une encéphalite à début myoclonique, accoucha à terme d'un enfant vivant et succomba dix jours plus tard.

L'enfant présenta, dès la seconde semaine de sa naissance, une forme d'encéphalite similaire (crises myocloniques) à laquelle il a survécu.

Un cas de septicémie gonococcique pure.

(MM. WEILL et COLANÉRI, de Metz. — *Société médicale des hôpitaux.*)

MM. Weill et Colanéri ont eu l'occasion d'assister à l'évolution d'une infection gonococcique, sans localisation métastatique, dont le diagnostic a été établi par les antécédents (blennorrhagie aiguë datant de un mois) et par le résultat positif de l'hémoculture.

Chez ce malade, l'infection resta surtout septicémique, quelques ébauches de localisation seulement s'étant produites (douleurs au tibia gauche, léger souffle péricardique). La septicémie, malgré les traitements mis en œuvre (électrargol, abcès de fixation, auto-vaccin gonococcique), poursuivit sa marche, et, en dépit de quelques chutes thermiques, aboutit à la mort, le trentième jour après l'entrée à l'hôpital.

La toxicité de certains échantillons de novarsénobenzol.

(M. ESCHBACH, de Bourges. — *Société médicale des hôpitaux.*)

M. Eschbach a observé, avec certains échantillons de novarsénobenzol, des accidents s'élevant à 100 p. 100 des cas traités. Ces accidents ont consisté en perte de connaissance, congestion de la face, vomissements, relâchement des sphincters, etc. On ne saurait, en pareille circonstance, incriminer la susceptibilité individuelle des malades ; l'échantillon spécial du produit, *paraît bien en cause. L'auteur* conclut que les préparateurs de médicaments novarsenicaux doivent prendre toutes précautions pour donner au médecin le maximum de sécurité.

Injections intra-articulaires de sérum non spécifique dans les arthrites suppurées.

(M. A. NETTER. — *Société médicale des hôpitaux.*)

Comme MM. Lemierre et Œttinger, M. Netter a obtenu de très heureux résultats des injections intra-articulaires de sérum antigonococcique, selon la technique de Debré et Paraf.

Mais, ce n'est pas seulement le sérum spécifique qui peut être employé, les injections intra-articulaires de sérum non spécifique sont également susceptibles d'amener la guérison rapide et définitive d'arthrites suppurées. M. Netter a constaté le fait pour des arthrites d'origines diverses (à pneumocoques, à paratyphiques B, etc.) Certes, la sérothé-

rapie spécifique est préférable. Néanmoins, à son défaut, on pourra recourir à toute autre sérothérapie.

Traitement de l'hypertension artérielle par le benzoate de benzyle.

(MM. Ch. LAUBRY et A. MOUGEOT, de Royat. — *Société médicale des hôpitaux.*)

Le benzoate de benzyle a été préconisé contre l'hypertension artérielle par un médecin américain, le Dr David Macht. C'est un liquide incolore, sirupeux, qui cristallise à une température inférieure à 20°. Il doit être inodore, les échantillons odorants étant impurs.

MM. Laubry et Mougeot ont employé le benzoate de benzyle en solution alcoolique à 20 pour 100 aromatisée avec quelques gouttes de teinture de badiane. Ils prescrivent cette préparation, à raison de vingt gouttes, dans un peu de lait de préférence.

L'action immédiate du médicament, sur l'hypertension pure, se traduit, au bout d'une demi-heure environ, par une diminution assez forte (1 à 3 centim.) de la tension, qui persiste une heure et demie ordinairement. L'action prolongée s'obtient en donnant la dose thérapeutique de 20 gouttes trois ou quatre fois par jour. Elle comporte (sauf quelques exceptions) un abaissement appréciable de l'hypertension, et cela sans phénomène fâcheux, local ou général.

Dans les hypertensions compliquées d'aortite, de néphrite, le médicament a été généralement en échec.

En résumé, MM. Laubry et Mougeot considèrent le benzoate de benzyle comme un médicament intéressant, qui ne saurait sans doute se substituer aux autres hypotenseurs, mais qui pourra être employé avec avantage conjointement avec eux.

Le syndrome méniscal et la pneumo-séreuse articulaire.

(MM. TERRACOL et COLANÉRI (de Metz). — *Société de Radiologie*.)

MM. Terracol et Colanéri se sont attachés à préciser les lésions des ménisques, dans les traumatismes du genou, en pratiquant une radiographie après insufflation de l'articulation (pneumo-séreuse). Ils présentent aujourd'hui un nouveau cas de déchirure du ménisque révélée par la pneumo-séreuse articulaire. Ils estiment que cette technique devrait être mise en œuvre, pour guider le diagnostic et le traitement, chez tout sujet atteint d'hydarthrose, unique ou à répétition, post-traumatique, accompagnée de phénomènes de blocage.

P. L.

BIBLIOGRAPHIE CRITIQUE

Revue des Livres.

— Dr A. PANNETIER. *Notes cambodgiennes* : **Au cœur du pays Khmers.** (Payot et Cie, 106, boulevard Saint-Germain, Paris).

Le livre du docteur Pannetier nous mène au pays des Kmers et nous ouvre les yeux sur ce peuple à l'âme plus mystérieuse qu'obscure, repliée sur elle-même depuis les siècles, mais qui garde, comme en un sanctuaire inviolé, une étincelle de cette flamme sacrée que l'Ancrêtre, l'Inde, y alluma. Avec la probité documentaire, impeccable d'un homme de science doublé d'un profond observateur, et la faculté émotive d'un cœur miséricordieux, l'auteur lève le voile jeté sur le Cambodge « pour qui les jugements des hommes ont été si injustes, à l'égal du sort ».

C'est là, une œuvre hautement méritoire, puisqu'elle ne divulgue le mal que pour y porter remède.

Chez MASSON et Cie, éditeurs,

120, boulevard St-Germain, Paris.

Maurice ARTHUS. — **De l'anaphylaxie à l'immunité.**

Ce livre n'est pas une mise au point bibliographie de nos connaissances actuelles, non plus qu'un exposé d'ensemble de toutes les recherches faites sur l'anaphylaxie.

Il est autre chose ; il est un effort original pour exposer, à l'aide de faits particulièrement bien choisis, des conceptions physiologiques que l'on peut maintenant considérer comme acquises.

Sans vouloir répondre d'une facon absolue à la question : qu'est-ce que l'anaphylaxie ? l'auteur a groupé dans ce volume les faits concrets que l'on rencontre chaque jour et dont il fait les éléments nécessaires à la compréhension du problème.

Le meilleur éloge que l'on puisse faire de ce livre est que, après l'avoir lu, le médecin, l'étudiant, les moins préparés, verront clair sur une question qui leur semblait obscure et pourront de la sorte orienter leurs travaux.

Chez J.-B. BAILLIÈRE et fils,

19, rue Hautefeuille, Paris.

Docteur Ch. GUILBERT. — **Technique de la radiothérapie profonde.**

PARTIE PROFESSIONNELLE

MÉDECINE SOCIALE

La loi assurance maladie-invalidité-vieillesse.

VI

Pour la discussion qui va suivre, nos confrères pourront se reporter au projet de loi, que nous avons publié dans le dernier numéro du *Concours.*

D'après ce projet, nous aurons à prodiguer nos soins non seulement à l'assuré, mais encore à toute sa famille. Ces soins devront être donnés de préférence au domicile du praticien ; mais ils pourront aussi être prodigués à domicile, comme à l'hôpital ou dans tout autre lieu de cure.

Egalement, sont compris tous examens de laboratoire ou de diagnostic.

Pour ce faire, quelles sont les conditions qui nous sont faites ?

1° *Libre choix du médecin.*

Une rédaction malheureuse du texte de la loi a ému nombre de nos confrères, qui nous ont fait part de leurs craintes. L'article 24 dit, en effet : « l'assuré a la faculté de choisir son médecin et son pharmacien sur une liste de praticiens établie par la Caisse à laquelle il est affilié ».

Est-ce à dire, comme beaucoup de nos confrères l'ont pensé, que les médecins seront « agréés » par les caisses ? Pareille intention n'est pas celle du Gouvernement. Cela découle de la lecture du 2e paragraphe du même article et de celle du 1° de l'article 25, comme également du passage de l'exposé des motifs, qui a trait au libre choix du médecin.

Nous croyons savoir que l'intention des rédacteurs du projet de loi est de laisser le libre choix entre médecins syndiqués ou non syndiqués, mais ayant accédé au contrat collectif, passé par le syndicat médical local avec la caisse d'assurance locale. Toutefois, il est évident que la lecture de ces textes laisse persister un doute, car il semblerait que les caisses auraient la faculté de traiter individuellement avec chaque médecin, au détriment des autres praticiens de la région.

Les délégués de l'Union des Syndicats médicaux, qui seront entendus officiellement par la Commission d'assurance et de prévoyance de la Chambre des Députés, sauront faire disparaître cette rédaction défectueuse.

Ce n'est pas à la Caisse d'établir la liste des médecins, mais à la Commission de contrôle prévue à l'article 25, § 7, 2°.

En conséquence, nous proposerions la rédaction suivante : « article 24, 1° l'assuré a la faculté de choisir son médecin et son pharmacien sur une liste de praticiens établie par la Commission prévue par le 2° du paragraphe 7 de l'article 25.

2° Cette liste comprend les médecins et pharmaciens qui ont accédé aux conditions contenues dans le contrat collectif prévu au 1° de l'article 25. »

2° *Qui a qualité pour conclure un contrat collectif* ? Les groupements professionnels de médecins, dit l'article 25. Ce terme est vague et peut-être le point de départ de nombre de difficultés. Un groupe professionnel s'occupe des buts qui intéressent une profession : une société scientifique médicale est un groupe professionnel, au même titre qu'une mutualité médicale, ou un syndicat.

Or, pour nous, seuls les groupes constitués sous le bénéfice des lois du 21 mars 1884 et du 12 mars 1920, sur les syndicats professionnels, ont qualité et compétence pour discuter des questions professionnelles, pouvant faire l'objet d'un contrat collectif de travail. Puisqu'en France, on a peur des mots et que le vocable de syndicat pourrait blesser les oreilles pudibondes de quelques-uns de nos honorables députés, nous pourrions proposer la rédaction suivante : « article 25 1° les contrats collectifs passés entre les caisses d'assurance et les groupements professionnels de médecins, constitués en vertu des lois du 21 mars 1884 et du 12 mars 1920, déterminent.....

Ainsi ne serait pas prononcé le nom de syndicat ; mais, le Corps médical aurait toute garantie, puisque la loi nouvelle préciserait que seuls les groupes professionnels fondés sous le bénéfice de la loi de 1884, auront qualité pour contracter avec les caisses locales. Sinon, il suffirait à un groupe de médecins de se constituer sous le bénéfice de la loi de 1901, pour mettre en échec les tractations régulières entre la majorité des praticiens et la caisse locale.

Il peut m'être objecté que le syndicat n'est pas obligatoire et que, par conséquent, il ne saurait avoir l'exclusivité des contrats à passer avec les caisses locales. Nous répondrons que si le Syndicat n'est pas obligatoire, il devient une nécessité de fait : à l'heure actuelle, plus de quinze mille médecins, sur 20.000, font partie d'un syndicat, à commencer, en province, par les professeurs de Faculté, qui tiennent à honneur d'être syndiqués.

En second lieu, ce n'est qu'au sein du syndicat qu'il est possible de discuter des questions professionnelles ; l'adhésion au groupe n'est donnée que pour défendre des intérêts corporatifs. Veut-on, au contraire, faire de la science, ou s'assurer contre la maladie ou la vieillesse, c'est à une société scientifique, ou à une mutuelle médicale, qu'on adhérera. La pratique est venue prouver que le législateur avait vu juste, lorsqu'il avait entendu, par sa loi de 1884, que les intérêts professionnels fussent défendus par le syndicat ; puis, par sa loi du 1er avril 1898 que les secours en cas de maladie ou de vieillesse fussent accordés par les sociétés mutuelles ; et qu'enfin, la loi de 1901, régisse les sociétés à but désintéressé, mais divers, sociétés créées pour l'étude, mais non pour la défense des intérêts corporatifs.

L'objection, que nous soulevons à propos de cette rédaction défectueuse du projet de loi, a une très grosse importance. Le syndicalisme médical est actuellement très bien organisé. Son institution et son action sont parfaitement et librement acceptées par la très grosse majorité des praticiens français. Méconnaître cet état de choses et permettre que tout groupement professionnel, autre que les syndicats médicaux, pourra contracter avec les caisses d'assurances, serait priver le gouvernement du concours loyal des trois quarts des médecins de France. Encore convient-il de remarquer que, parmi les cinq mille docteurs non syndiqués, il faut ranger les médecins fonctionnaires (directeurs de bureau d'hygiène, etc.), ou médecins n'exerçant plus, ou n'exerçant pas, s'étant adonnés à la science des laboratoires, ou encore professeurs à la Faculté de Paris, hommes ayant une grosse situation et n'éprouvant pas le besoin de se concerter pour la défense de leurs intérêts professionnels, qui n'ont pas besoin d'être défendus. Nous pouvons hardiment avancer que presque tous les praticiens, qui auront à donner leurs soins aux futurs assurés, sont syndiqués.

Il convient donc que le législateur, parce qu'il serait mal informé de nos habitudes professionnelles médicales, ne se fasse pas inconsciemment le complice de médecins qui, ne pouvant pas être admis au syndicat, ou ayant été exclus de ce groupe, puissent s'organiser en association, loi de 1901, et contracter au rabais avec les caisses locales, pour drainer toute la clientèle au profit d'un petit nombre de praticiens et au détriment des malades. Ceux-ci, en effet, en auraient pour leur argent, et ne s'apercevraient que trop tard, que ceux qui invoquent le droit à la liberté, pour ne pas faire partie d'un syndicat, sont bien souvent ceux qui, comme le renard de la fable, trouvent que les raisins sont trop verts.

Un autre argument vient à l'appui de notre thèse : dans nos provinces, les syndicats comprennent soit les médecins du département, soit ceux de plusieurs arrondissements. Les caisses auront à contracter avec un grand nombre de praticiens, par l'intermédiaire des syndicats, ce qui ne saurait avoir lieu, si un groupe professionnel médical, mais non syndical, pouvait se former, pour contracter avec les assurés. De plus, tous ces syndicats sont affiliés à l'Union des syndicats médicaux de France.

C'est dire qu'en cas de conflit local, la caisse pourra toujours demander l'arbitrage de cette Union des Syndicats, qui, représentant les intérêts généraux des médecins de France, se trouve forcément au-dessus des conflits locaux et des querelles de clocher.

C'est cette Union, qui, dans ses assemblées générales, saura mettre en discussion les modifications et améliorations à apporter à la loi ; ces assemblées générales, véritables congrès des praticiens, pourront dégager, de l'ensemble des applications locales de la loi, les enseignements pratiques, pouvant inspirer au législateur les modifications utiles, propres à faire donner à la loi son maximum de rendement, pour le plus grand profit des bénéficiaires, c'est-à-dire de la classe des travailleurs.

Au surplus, le législateur prévoit, à l'article 25, § 5, que le groupement professionnel a la responsabilité du service médical, comme du contrôle : seul le syndicat est capable de remplir ce rôle, parce que, tout en comprenant le nombre, il comporte la force de coercition envers un de ses adhérents fautif. Les statuts des syndicats médicaux prévoient des sanctions prononcées par le Conseil de famille, ou par l'assemblée générale disciplinaire. La jurisprudence a reconnu la parfaite légalité de cette juridiction professionnelle. Or, seul le groupe syndical est actuellement en mesure de donner cette organisation confraternelle, et un des premiers articles de contrats collectifs, à passer plus tard avec les caisses d'assurance, comportera, pour les médecins, tant syndiqués que non syndiqués, l'obligation de se soumettre aux décisions de ces conseils de famille, s'ils désirent participer à l'application de la loi. Toute garantie de moralité professionnelle sera ainsi donnée aux co-contractants.

Les syndicats devant, d'après nous, être seuls qualifiés pour contracter avec les caisses locales ; nous aborderons, dans notre prochain article, l'examen des modes de rémunération du Corps médical.

(*A suivre.*)

Dr Paul BOUDIN.

CHRONIQUE DES ACCIDENTS DU TRAVAIL

Le remboursement aux blessés de leurs frais de déplacement.

Nos lecteurs se souviennent des discussions, qui, en 1913, eurent lieu à la Chambre des Députés, lors de la discussion de la loi sur les maladies professionnelles.

Grâce aux documents provenant des collections du *Concours* et du « Sou Médical », des exemples vécus avaient été mis sous les yeux du gouvernement et des parlementaires, prouvant que les compagnies d'assurances avaient une grande part de responsabilité dans le mauvais fonctionnement de la loi du 9 avril 1898, sur les accidents du travail.

Médecins marrons, dit-on, pour jeter la suspicion sur tout le corps médical : mais les turpitudes de quelques rares docteurs sont soigneusement entretenues, rarement poursuivies devant les tribunaux, afin de prouver que les pauvres assurances sont, en définitive, les victimes tant des médecins que de la classe ouvrière.

Les docteurs Doizy, Peyroux et M. Barthe, députés, prirent la défense du Corps médical, en des discours, qui furent publiés tout au long des colonnes du *Concours*, en 1913.

Le résultat fut l'article 11 de la loi du 25 octobre 1919, sur les maladies professionnelles, applicable aux blessés du travail et ainsi conçu :

« Sera puni d'une amende de 100 fr. à 500 fr. et d'un emprisonnement de trois jours à un mois, quiconque, par menaces, dons, promesse d'argent, ristourne sur les honoraires médicaux ou fournitures pharmaceutiques faits à des accidentés du travail, à des syndicats ou associations, à des chefs d'entreprise, à des assureurs, ou à toute autre personne, aura attiré, ou tenté d'attirer les victimes d'accidents du travail, ou des maladies professionnelles, dans une clinique ou cabinet médical, ou officine de pharmacie et aura ainsi porté atteinte, ou tenté de porter atteinte à la liberté de l'ouvrier de choisir son médecin, ou son pharmacien ».

Pour quiconque est de bonne foi et raisonne avec le simple bon sens, cet article de loi empêche toutes ristournes d'où qu'elles puissent venir et, d'ailleurs, les débats parlementaires démontrent parfaitement que le législateur avait entendu qu'il n'y eut aucune dérogation, en faveur de qui que ce soit.

Or, pour leur seul profit, certaines compagnies d'assurances accident ont voulu tourner la loi.

Il est interdit, disaient-elles, aux médecins de donner quoi que ce soit à l'ouvrier blessé, en plus des soins. Finie la possibilité, pour les cliniques louches d'accidents du travail, pour les médecins marrons, d'attirer chez eux les victimes du travail, en donnant à chacune une pièce de monnaie journalière, en remboursant les frais de déplacement, en récompensant le zèle des racoleurs. Le texte de loi est formel : le médecin ne peut faire aucun don, aucune ristourne.

Cette concurrence étant supprimée, quelques compagnies d'assurances ont émis la prétention d'attirer chez elles, dans leurs dispensaires, tous les blessés du travail, pour les faire soigner par les médecins à leur solde.

Il n'est pas interdit, disaient-elles, au chef d'entreprise, ou à l'assurance qui les couvre, de rembourser à la victime plus que le minimum imposé par la loi du 9 avril 1898. Un patron peut parfaitement payer à son ouvrier blessé les frais de déplacement nécessités pour venir se faire soigner au dispensaire de l'assurance.

Ce n'est pas une ristourne sur les honoraires médicaux, puisque les médecins du dispensaire ne sont que les employés de l'assurance et que ce ne sont pas eux qui remboursent les frais de déplacement. Ce n'est pas également un don, puisque l'ouvrier, donataire, ne s'enrichit pas, puisqu'il a dépensé la somme qui lui est remboursée, pour ses frais de transport. Et voilà comment on tourne une loi.

Le résultat ne s'est pas fait attendre : les ouvriers désertent en masse les cabinets de leurs médecins habituels, pour aller au dispensaire de l'assurance, où on leur rembourse des frais de déplacement plus ou moins illusoires et véridiques. D'où détournement de clientèle et violation du libre choix.

L'Union des Syndicats médicaux et le Syndicat des médecins de chirurgie d'urgence ont déposé une plainte entre les mains de M. le Ministre du Travail.

La Commission supérieure des maladies professionnelles s'est réunie, a nommé un rapporteur, M. Cabouat, professeur à la Faculté de Droit de Caen.

A la suite de ce rapport, la Commission s'est de nouveau réunie. Les assureurs n'avaient eu garde de s'abstenir. Quant aux médecins, choisis, d'après la loi de 1919, parmi les membres de l'Académie de médecine ou de la Faculté, ils n'ont pas bien saisi toute l'importance du problème. En hommes de science et de laboratoires, ou grands chirurgiens, ils n'ont pas de blessés du travail dans leur clientèle de ville. Ils n'ont donc pas vu le point professionnel, qui a tant ému l'Union des Syndicats médicaux.

La conclusion est que la cause médicale n'ayant pas été mise en lumière, la réponse suivante a été adressée par le Ministre à l'Union des Syndicats médicaux.

MINISTÈRE DU TRAVAIL
Service du Contrôle des Assurances Privées

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Contrôle des Sociétés d'Assurances contre les accidents du travail.

Paris, le 25 mars 1921.

Monsieur le Secrétaire de l'Union des Syndicats médicaux de France, à Paris,

En réponse à votre lettre du 15 de ce mois, j'ai l'honneur de vous informer que la Commission supérieure des maladies professionnelles, dans sa séance du 23 de ce mois, a adopté, à la majorité, les conclusions suivantes de son rapporteur :

«1° En remboursant à l'ouvrier ses frais de déplacement, ni le patron, ni l'assureur, ne peuvent être considérés comme contrevenant à l'article 11 dont les termes, non moins que l'esprit général excluent manifestement toute remise ou promesse ayant pour objet le paiement anticipé d'une obligation contractuelle ;

« 2° Pour les médecins et pharmaciens, au contraire, le remboursement de frais de déplacement, est susceptible de donner lieu, suivant les circonstances, à des interprétations juridiques fort différentes.

« Licites, en effet, lorsqu'elles correspondent à l'acquittement d'une dette incombant au patron ou à l'assureur, ces avances revêtent, au contraire, un caractère délictueux dès que, dépourvues de fondement juridique, elles ne sont en réalité que des dons purs et simples ».

Recevez, Monsieur le Secrétaire, l'assurance de ma parfaite considération.

Le Ministre du Travail,
Par autorisation :
Le Conseiller juridique,
Chef de service,
SUMIEN.

Nous ne pouvions admettre pareille réponse, ni pareille interprétation de la loi.

Nous mettons hors du débat les cas où le blessé ne peut recevoir de son médecin traitant les soins spéciaux nécessités par son état (radiologie, électricité, etc.). Ici, les frais de déplacement doivent être remboursés, comme étant l'accessoire du traitement. Ils seront remboursés, non par le médecin, mais par le chef d'entreprise, ou par son assurance.

Mais, pour tous autres cas où le malade peut recevoir, tout près de chez lui, les soins qui lui sont nécessaires, les frais de déplacement du blessé doivent être nuls. La meilleure preuve, c'est que le tarif officiel, dit tarif Breton, ne rembourse les frais de déplacement du médecin qu'au taux du docteur le plus rapproché.

Il convenait donc de faire décider : ou le remboursement des frais de déplacement, dans tous les cas sans exception, remboursement effectué par le chef d'entreprise, ou par son assurance, lorsque le demi-salaire est payé à la victime ; ou l'interdiction absolue à quiconque, médecin ou assureur, d'effectuer pareil remboursement, sauf les cas exceptionnels cités plus haut.

Le Ministre du Travail a réuni à nouveau la Commission des maladies professionnelles et lui a adjoint celle du tarif Breton. Voici le texte officiel du résultat de leurs délibérations :

La Commission des frais médicaux et pharmaceutiques en matière d'accidents du travail et la Commission supérieure des maladies professionnelles, réunies dans leur séance du 27 mai 1921,

Consultées par M. le Ministre du Travail sur la question de l'application de l'article 30, dernier alinéa, 3°, de la loi du 9 avril 1898-31 mars 1905 et de l'article 11 de la loi du 25 octobre 1919 dans l'hypothèse où la victime d'un accident recevrait, en dehors du cas d'un traitement spécial, le remboursement de ses frais de transport pour aller à la clinique ou au cabinet du docteur.

Emettent l'avis que :

Les frais de déplacement ne peuvent être considérés comme des accessoires du traitement médical que dans des cas exceptionnels tels que urgence, examen et traitements spéciaux, la liberté du choix du médecin devant en toute hypothèse être respectée.

Dans ces cas, les frais de déplacement peuvent être alloués par le juge à la victime ou au malade, soit en même temps que le demi-salaire, soit à titre de provision.

Tout est bien qui finit bien. Nous sommes heureux de constater que le bon sens et le bon droit ont prévalu et que, désormais, il sera possible de traduire devant les tribunaux tous ceux, assureurs comme médecins, qui tenteront de violer le libre choix du médecin en attirant le blessé par l'appât de prime quelconque. L'épuration sera plus aisée et espérons la disparition prochaine de ceux qu'on a qualifiés de médecins marrons.

Dr Paul BOUDIN.

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations.

— Cours de perfectionnement sur la tuberculose pulmonaire organisé sous les auspices de la Faculté de Médecine de Paris et de la Commission Rockfeller de préservation contre la tuberculose, par M. Emile Sergent, avec la collaboration de MM. Babonneix, Bertier, Brissaud, Cottenot, Courcoux, Génévrier, Gimbert, Guinon, d'Heucqueville, G. Kuss, G. Laurens, Louste, Méry, Pruvost, Ribadeau-Dumas et Rolland, du 27 juin au 23 juillet 1921.

I. *Conférences théoriques.* — Tous les soirs à la Charité, à 5 h. ou 5 h. 1/2 (suivant les jours). Lundi 27 juin, 5 h., M. Sergent. Exposé général

MICTASOL

CHAQUE COMPRIMÉ TITRE :

Camphre monobromé 0,02
Héxaméthylènetétramine 0,05
Noix de Sterculia purpuéra pulv. 0,25
Sucre vanillé .... Q.S.

MODE D'EMPLOI :
CROQUER 6 COMPRIMÉS PAR JOUR
MATIN — MIDI — SOIR

PRIX : 8 FRANCS LE FLACON

SPÉCIFIQUE DU
PROSTATISME

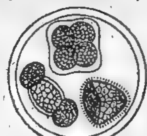
EST UN DÉCONGESTIF EXTRÊMEMENT PUISSANT, UN ANTISEPTIQUE ÉNERGIQUE ET UN SÉDATIF CERTAIN ET IMMÉDIAT. SA TOLÉRANCE EST PARFAITE ET SON INOCUITÉ ABSOLUE. SANS CONTRE-INDICATION.

IL EST TOUT INDIQUÉ DANS LES
BLENNORRAGIES — URÉTHRITES
CYSTITES — PYÉLO-NÉPHRITES
URETÉRITES — CONGESTIONS RÉNALES
AVEC OU SANS ALBUMINURIE —
HYPERTROPHIE DE LA PROSTATE.

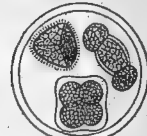
Littérature et échantillons sur demande
LABORATOIRES JOCYL
COUDERC & ROZIÈS, Pharm. de 1re cl.
39, RUE St GEORGES
PARIS



Pub. J. B. de Puybelle



RHUME ET ASTHME DES FOINS



(MÉTHODE DES Drs BILLARD ET MALTET)

RHUME des FOINS : *Médication curative,* **Sérum Collyre**
SÉRUM D'ANES IMMUNISÉS A POLYVALENCE ANTIPOLLINIQUE, en instillations nasales et oculaires.

ASTHME des FOINS : *Médication préventive,* **Vaccin Antipollinique**
ANTIGÈNE POLLINIQUE POLYVALENT, en injections hypodermiques.

LITTÉRATURE ET ÉCHANTILLONS **ÉTABLISSEMENTS BYLA** : SIÈGE SOCIAL ET ADMINISTRATION : *28, Avenue de l'Observatoire, Paris*
USINES et LABORATOIRES DE RECHERCHES à *GENTILLY* (Seine).

TUBERCULOSES
CATARRHES
GRIPPES, BRONCHITES

de 3 à 6 cuill. à café par jour dans du lait ou du bouillon.

EMULSION MARCHAIS Phospho-Créosotée

Calme la TOUX, relève l'APPÉTIT et CICATRISE les lésions.
Bien tolérée — Parft absorbée.

---

l'AMÉNORRHÉE, la DYSMÉNORRHÉE, la MÉNORRHAGIE
cèdent rapidement si l'on emploie, à la dose de 2 à 4 capsules par jour, les
CAPSULES des Doctrs JORET & HOMOLLE
(à base d'APIOL obtenu par le Procédé JORET et HOMOLLE)
PHARMACIE *G. SEGUIN*, 165, Rue St-Honoré, PARIS.

CURE MARINE avec pension pour enfants et adultes, dirigée par Confrère membre du Concours
BAINS CHAUDS D'EAU DE MER · HÉLIOTHÉRAPIE · PHYSIOTHÉRAPIE
Villa Saint-Louis et Saint-Michel, à DONVILLE-LES-BAINS (Manche)

PRODUITS ORGANIQUES DE F. VIGIER

12, Boulevard Bonne-Nouvelle PARIS

Capsules de CORPS THYROIDE VIGIER

10 centigr. **Obésité**, Myœdèmes, **Fibromes**, Métrorrhagie, Arrêts de croissance, Consolidation des Fractures, Rhumatismes, etc.

Capsules OVARIQUES VIGIER

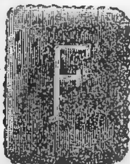
à 20 centigr. **Chlorose**, Troubles de la **Ménopause** et de la **Castration** Aménorrhée, Dysménorrhée.

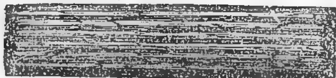
Capsules ORCHITIQUES à 20 centigr. Neurasthénie, Ataxie, Débilité sénile, Impuissance.
Capsules HÉPATIQUES à 30 cent. Contre l'ictère, Cirrhose hépatique.
Capsules PROSTATIQUES à 20 c. Maladie de la Prostate.
Capsules SURRENALES à 25 centigr. Maladie d'Addison, Hémoptisies, etc.
Capsules RENALES à 30 centigr. Albuminerie, Insuffisance urinaire, Néphrites.
Capsules de THYMUS à 30 centigr. **Chlorose**, Troubles de la croissance, Maladies de Basedow, Pelade, facilitent le développement des seins.
Capsules GALACTOGÈNES à 30 centigr. de Placenta pour activer la sécrétion lactée.
Capsules PANCRÉATIQUES à 50 centigr. Contre le diabete (calme la soif).
Capsules SPLENIQUES à 30 centigr. de rate, Cachexie palustre.

Ces diverses capsules se prennent à la dose : 2 à 6 par jour.

---

(1)





DIABÈTE
PAIN FOUGERON

EXTRA-CUIT — TRES FRIABLE

37, rue du Rocher — **PARIS**

TÉLÉPHONE 444

PRODUITS PHYSIOLOGIQUES

A. DE MONTCOURT

49, Avenue Victor-Hugo, BOULOGNE-PARIS

EXTRAIT Gstrique **MONCOUR** Hypopepsie *En sphérulines dosées à 0 gr. 125* De 4 à 16 sphérulines par jour.	**EXTRAIT** Hépatique **MONCOUR** Maladies du Foie Diabète par anhépathie *En sphérulines dosées à 30 c/gr. en doses de 12 gr.* *En suppositoires dosés à 3 gr.* De 4 à 16 sphérulines par jour. De 1 à 4 suppositoires par jour.	**EXTRAIT** Pancréatique **MONCOUR** Diabète par hyperhépathie *En sphérulines dosées à 20 c/gr.* *En suppositoires dosés à 1 gr.* De 2 à 10 sphérulines par jour. De 1 à 2 suppositoires par jour.	**EXTRAIT** Entéro-Pancréatique **MONCOUR** Affections Intestinales Troubles dyspeptiques *En sphérulines dosées à 25 c/gr.* De 1 à 4 sphérulines par jour.	**EXTRAIT** Intestinal **MONCOUR** Constipation Entérite muco-membraneuse *En sphérulines dosées à 30 c/gr.* De 2 à 6 sphéruline par jour.
EXTRAIT de Bile **MONCOUR** Coliques hépatiques Lithiase Ictère par rétention *En sphérulines dosées à 10 c/gr.* De 2 à 6 sphérulines par jour.	**EXTRAIT** Rénal **MONCOUR** Insuffisance rénale Albuminurie Néphrites, Urémie *En sphérulines dosées à 15 c/gr.* De 2 à 16 sphérulines par jour.	**CORPS** Thyroïde **MONCOUR** Myxœdème, Obésité Arrêt de Croissance Fibrômes *En bonbons dosés à 5 c/gr.* *En sphérulines dosées à 35 c/gr.* De 1 à 4 bonbons p. j. De 1 à 6 sphérulines p. j.	**POUDRE** Ovarienne **MONCOUR** Aménorrhée Dysménorrhée Ménopause Neurasthénie féminine *En sphérulines dosées à 20 c/gr.* De 1 à 3 sphérulines par jour.	**AUTRES** Préparations **MONCOUR** Extrait de Muscle lisse Extrait de Muscle strié Moelle osseuse Myocardine Poudre surrénale Thymus, etc., et

Toutes ces préparations ont été expérimentées dans les Hôpitaux de Paris. Elles ne se délivrent que sur prescription médicale.

sur l'évolution clinique de la tuberculose. — Mardi 28 juin, 5 h. 1/2, M. Ribadeau-Dumas. Exposé général d'anatomie pathologique. — Mercredi 29 juin, 5 h. 1/2, M. Pruvost. Bactériologie et expérimentation. — Jeudi 30 juin, 5 h. 1/2, M. Sergent. Tuberculose pulmonaire de l'adulte. Eléments généraux de diagnostic. — Vendredi 1er juillet, 5 h. 1/2, M. Pruvost. Le bacille tuberculeux. Les moyens de diagnostic du laboratoire. — Samedi 2 juillet, 5 h. 1/2, M. Brissaud. Signes stéthoscopiques dans la tuberculose pulmonaire de l'adulte. — Lundi 4 juillet, 5 h. 1/2, M. Pruvost. Les réactions humorales. La cuti- et l'intradermo-réaction. — Mardi 5 juillet, 5 h. 1/2. M. Brissaud. Diagnostic différentiel de la tuberculose pulmonaire de l'adulte — Mercredi 6 juillet, 5 h., M. G. Laurens. Tuberculose des voies aériennes supérieures et du larynx. — Mercredi 6 juillet, 6 h., M. Sergent. Les signes fonctionnels de la tuberculose pulmonaire de l'adulte. — Vendredi 8 juillet, 5 h., Miss Crowell. L'infirmière-visiteuse et l'œuvre sociale du dispensaire. — Vendredi 8 juillet, 6 h., M. Guillon. Le statut juridique des différents organismes de lutte antituberculeuse et des offices publics d'hygiène sociale. — Samedi 9 juillet, 5 h., M. Courcoux. La tuberculose pleurale. La tuberculose des séreuses. — Lundi 11 juillet, 5 h. 1/2, M. Ribadeau-Dumas. Tuberculose de la première enfance. — Mardi 12 juillet, 5 h. 1/2, M. Kuss. Le rôle du médecin dans un dispensaire. — Mercredi 13 juillet, 5 h., M. Kuss. Le rôle du médecin dans un dispensaire (*suite*). — Mercredi 13 juillet, 6 h., M. Ribadeau-Dumas. Les signes radiologiques. — Vendredi 15 juillet, 5 h. 1/2, M. Guinon. Tuberculose de la deuxième enfance et de l'adolescence. — Samedi 16 juillet, 5 h. 1/2, M. Courcoux, Le tube digestif des tuberculeux. — Lundi 18 juillet, 5 h. 1/2, M Courcoux Le pneumothorax tuberculeux. — Mardi 19 juillet, 5 h. 1/2, M. Sergent. Les signes généraux. Les signes d'évolution. Les éléments du pronostic. — Mercredi 20 juillet, 5 h. 1/2, M. Gimbert. Traitement médicamenteux. Traitement spécifique. — Jeudi 21 juillet, 5 h. 1/2. M. Berthier. Traitement des complications. — Vendredi 22 juillet, 5 h. 1/2, M. Gimbert. Principes généraux d'hygiène. — Samedi 23 juillet, 5 h. 1/2, M. Bertier. Le pneumothorax artificiel.

A une date qui sera fixée ultérieurement, une conférence sera donnée par un des médecins de la Commission Rockfeller, sur l'organisation départementale antituberculeuse.

II. *Exercices pratiques.* — Tous les soirs, de 2 h. 1/2 à 4 h. 1/2, par équipes réparties successivement dans les divers services. 1° Exercices cliniques, à la Charité : MM. Bertier, Courcoux, Gimbert, Ribadeau-Dumas, Sergent ; à Beaujon : M. Louste. — 2° Exercices radiologiques, à la Charité : M. Cottenot. — 3° Exercices de laboratoire, à la Charité : MM. Brissaud, Pruvost, Rolland. — 4° Exercices de cuisine de régime, à la Charité : service des régimes. — 5° Exercices de dispensaire, à Levallois : M. Guinon ; dispensaire rue Léon-Giraud : M. Kuss ; à Beaujon : M. Louste ; à Charonne : M. Ribadeau-Dumas.

III. *Examen des malades hospitalisés dans les salles.* — Policlinique. Tous les matins, de 9 h. à midi, par équipes réparties successivement dans les divers services. MM. Babonneix (Debrousse) ; Courcoux (Andral) ; Genévrier (Saint-Joseph) ; Guinon (Bretonneau) ; Laurens (Saint-Joseph) ; Louste (Beaujon) ; Méry (Enfants-Malades) ; Ribadeau-Dumas (Maternité) ; Sergent (Charité).

IV. *Visites des sanatoriums et des préventoriums.* — Sanatorium de Bligny : M. Guinard. Préventorium de Plessis-Bobinson : M. Méry.

V. *Films éducateurs et de propagande* (mission Rockfeller).

N. B. — Les exercices pratiques, le stage dans les services hospitaliers, les visites au sanatorium de Bligny et au préventorium de Plessis-Robinson, ainsi que les conférences faites au siège de la mission Rockfeller seront exclusivement réservés aux boursiers de la *mission Rockfeller* et aux élèves qui auront versé au secrétariat de la Faculté les droits d'inscription. Le nombre de ces élèves est limité. Les conférences théoriques de l'après-midi seront publiques et pourront être suivies par un nombre illimité d'auditeurs. Le droit d'inscription est de 150 francs. Les bulletins de versement sont délivrés les jeudis et samedis à la Faculté de Médecine (guichet n° 3).

— **Syndicat des médecins de la Seine.** *Banquet annuel.* — Le banquet annuel aura lieu le 29 juin, à 7 h. 1/2, au café Voltaire, 1, place de l'Odéon. Le prix est de 25 francs. Envoyer les adhésions à M. le Docteur Le Fur, 14, rue Vaneau, 7e.

Le Secrétaire général,
Dr Jayle.

— **Nécrologie.** — Notre sympathique collaborateur le Dr J.-P. Tourneux, de Toulouse, vient d'avoir la grande douleur de perdre sa mère.

Nous lui adressons, à cette occasion, nos bien sincères et amicales condoléances.

G. D.

TABLE DES MATIÈRES

contenues dans le « CONCOURS MEDICAL »

ANNEE 1921

1er Semestre

Cette table contient quatre parties : I. Partie Scientifique. — II. Partie Professionnelle. — III. Auteurs des articles scientifiques et professionnels. — IV. Jurisprudence médicale.

I

Partie Scientifique

A

B

VITTEL

GRANDE SOURCE



Goutte - Gravelle - Rhumatismes goutteux

Régime des ARTHRITIQUES

SAISON DU 20 MAI AU 25 SEPTEMBRE

VILLA MEDICIS

MAISON DE SANTÉ ET DE CONVALESCENCE

TÉL. { WAGRAM 91-10 / COURBEVOIE 369 — **46 *bis* rue de Bezons et 19, rue Adam-Ledoux** COURBEVOIE (Seine)

Etablissement ouvert à tous Médecins, Chirurgiens, Accoucheurs et Spécialistes

CHIRURGIE et ACCOUCHEMENTS

INSTALLATION CHIRURGICALE DE 1er ORDRE

INSTRUMENTATION et STÉRILISATION

Chambres avec tout le confort moderne —:— **Parc avec de nombreux arbres**

AMBULANCE AUTOMOBILE

o o o NOTICE SUR DEMANDE o o o



PEPTONATE de FER ROBIN

DÉCOUVERT
PAR L'AUTEUR EN 1881

Admis officiellement dans les Hôpitaux de Paris
ET PAR LE MINISTÈRE DES COLONIES

Guérit **ANÉMIE**
CHLOROSE
DÉBILITÉ

Ne fatigue pas l'Estomac, ne noircit pas les Dents, ne constipe jamais

Ce Ferrugineux est entièrement assimilable

VENTE EN GROS : **13, Rue de Poissy, PARIS.** — DÉTAIL : ***Principales Pharmacies.***

ATOPHAN-CRUET

Produit Français — *Fabrication Française*



Rhumatismes articulaires

En cachets ou comprimés dosés à 0,50

3 à 8 par 24 heures.

GOUTTE

En cachets ou comprimés dosés à 0,50

3 à 8 par 24 heures

Littérature et échantillons . 13, rue des Minimes, PARIS

LA SULFOLÉINE ROZET BACTÉRICIDE_EXPECTORANTE NI TOXIQUE_NI ANTISPASMODIQUE.

TRAITEMENT RATIONNEL INOFFENSIF, EFFICACE DE LA **COQUELUCHE**

3 Cuill. à café, à dessert, à soupe, par jour suivant l'âge. — BENDERITTER, Vendôme (*L&Ch.*)

LE GASTROCAOL RÉALISE LE MEILLEUR PANSEMENT GASTRIQUE

Poudre de Silicates hydratés d'Alumine et de Magnésie.

ULCÈRE DE L'ESTOMAC, DU DUODÉNUM.
HYPERCHLORHYDRIE.
AÉROPHAGIE.
DOULEURS & SPASMES GASTRIQUES.
DIARRHÉES AIGÜES & CHRONIQUES.

La Boite : 8 Frcs assurant au minimum dix jours de traitement

Dose Moyenne: 20 Grs (un sachet) par jour en une ou plusieurs fois.

REMPLACE AVANTAGEUSEMENT LES SELS DE BISMUTH DANS TOUS LES CAS:
MÊMES INDICATIONS
MÊMES DOSES
MÊME MODE D'EMPLOI.
AUSSI EFFICACE
JAMAIS TOXIQUE
SIX FOIS MOINS CHER

Littérature Échantillons *LABORATOIRE DE LA SULFOLÉINE ROZET* — BENDERITTER, Vendôme (*L&Ch.*)

RECOUVREMENTS

D'HONORAIRES MÉDICAUX

M. Louis AUDEBERT, Avocat, *Directeur du Contentieux de Syndicats Médicaux. Administrateur d'immeubles.*

5, rue des Saints-Pères, PARIS, Tél. Saxe 48-53.

Pour toute demande de renseignements écrire à Me Audebert, en joignant un timbre pour la réponse.

AVIS

—

Accidents du Travail

Note d'honoraires médicaux ;
Mémoires de fournitures pharmaceutiques ;
Certificats ;
Mémoires d'expertises ;
Mémoires de frais de justice criminelle ;
Feuilles de comptabilité ;

Nous tenons à la disposition de nos lecteurs les imprimés suivants :

1° **Notes d'honoraires médicaux.**

2° **Mémoires de fournitures pharmaceutiques** prévues par l'arrêté ministériel du 8 juillet 1920.

3° **Certificats.** — Certificats pour blessés d accidents du travail.

4° **Mémoires d'expertises. — Accidents.** — Mémoires d'expertises médicales concernant les accidents du travail.

Justice criminelle.

5° **Mémoire de frais de justice criminelle** (honoraires). **Mémoires des frais de justice criminelle** (fournitures).

Ces imprimés sont établis d'après le format officiel.

6° **Feuilles de comptabilité**, servant à établir le compte de chaque client.

Modèles se trouvant dans l'Agenda-Memento du Praticien, édition 1920).

Ces différents imprimés sont envoyés au prix de franco :

Les 50..........	5 fr. »»
Les 100.........	8 fr. »»
Les 500.........	35 fr. »»
Les 1000.	60 fr. »»

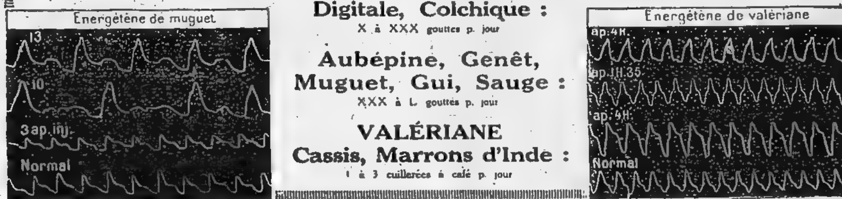
Adresser les commandes accompagnées du montant à M. C. Boulanger, administrateur du Concours Médical, 132, *faubourg St-Denis, Paris.*



Tout le SUC inaltérable de la PLANTE fraîche et vivante

D'ACTIVITÉ THÉRAPEUTIQUE CONSTANTE, STABILISÉ ET CONCENTRÉ DANS LES

Energétènes Byla



Digitale, Colchique :
X à XXX gouttes p. jour

Aubépine, Genêt, Muguet, Gui, Sauge :
XXX à L gouttes p. jour

VALÉRIANE
Cassis, Marrons d'Inde :
1 à 3 cuillerées à café p. jour

Coaltar Saponiné Le Beuf

Antiseptique, détersif, antidiphtérique

Ce produit est particulièrement efficace dans les cas d'**angines couenneuses, anthrax, gangrènes, leucorrhées, otites infectieuses, stomatites, ulcères,** etc.

J. LE PERDRIEL, 11, rue Milton, PARIS

GAÏACALCINE LATOUR

Polyphosphate Gaïacolé calcifiant
Modificateur des Sécrétions

PRÉSENTÉE EN CACHETS
BOITES POUR 15 JOURS DE TRAITEMENT

Bronchite chronique, Emphysème pulmonaire, Tuberculose pulmonaire et osseuse, Dilatation des Bronches, Catarrhe, Bronchite aiguë, Trachéo-Bronchite.

ÉCHANTILLONS A MM. LES MÉDECINS
Pour recevoir un échantillon, envoyer une simple carte de visite *sans mention manuscrite, affranchie à 5 centimes.*

VENTE EN GROS
LABORATOIRES LATOUR
17, place des Vosges, PARIS.

Détail toutes pharmacies.

TOUS ETATS INFECTIEUX

DI UROTROPINE IODOBENZOMÉTHYLÉE

SEPTICÉMINE CORTIAL

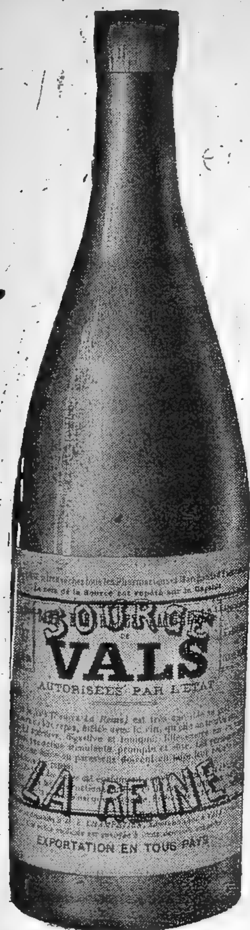
ABORTIVATION

CHUTE TERMIQUE

NULLE REACTION

LABORATOIRE CORTIAL - PARIS - 125 Rue de Turenne -

INJECTABLE



La Reine de Vals

Dans les cas de ***DIARRHÉE INFANTILE*** *quelles qu'en soient la cause et la forme,* **aucun traitement** *n'a donné des résultats comparables à l'emploi de la diète hydrique par la* ***REINE*** *de* ***VALS.***

Additionnée au lait, elle constitue le meilleur **PRÉVENTIF** *de cette diarrhée.*

Nota. — Pour éviter toute substitution bien spécifier : **Vals SOURCE LA REINE.**

A défaut d'un bouchon spécial en caoutchouc, recommander de tenir renversée toute bouteille entamée.

L'Eau de la Reine se trouve dans toutes les pharmacies, chez tous les marchands d'Eaux et dans les dépôts de la Cie fermière de Vichy. On peut également s'adresser à M. CHAMPETIER à VALS-LES-BAINS (*Ardèche*).

VALS SOURCE REINE

U

V

Z

II

Partie Professionnelle

A


MARQUE DE FABRIQUE
SCIENCE

III

NOMS DES AUTEURS

IV

Jurisprudence Médicale

Le Directeur-Gérant : Dr GASSOT.

Clermont (Oise). — Imprimerie DAIX et THIRON (THIRON et FRANJOU, Sucrs).
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

plusieurs docteurs, chargés de vérifier les décès et d'en déterminer la cause.

Le maire devrait, évidemment, s'assurer du décès. S'il ne le fait pas, c'est son affaire, mais il ne peut être contraint de faire procéder par un médecin à cette constatation, dont la loi lui impose la charge.

Interprétation du Tarif Breton.

Je vous serais obligé de bien vouloir me répondre à la question suivante relative à l'interprétation du tarif Breton.

Peut-on, pour l'amputation partielle d'un doigt, réclamer comme honoraire 50 fr. pour l'opération (art. 20) plus 50 fr. pour l'anesthésie générale (art. 12) plus 50 fr. pour un aide (art. 11) ?

L'amputation d'un doigt nécessite-t-elle : 1° l'anesthésie générale ; 2° l'assistance d'un aide-chirurgien.

En un mot doit-elle être considérée comme une intervention de grande chirrurgie (art. 11).

Dr L.

Réponse.

1° Il me paraît inadmissible qu'on se mette à trois médecins pour faire l'amputation partielle d'un doigt ;

2° Une anesthésie générale, dans ce cas, avec les aléas qu'elle comporte, ne me paraît pas davantage impérieusement indiquée ;

3° Je ne vois pas que ce soit là, une « opération de grande chirurgie ».

Conclusion. — Les honoraires supplémentaires dont vous me parlez me semblent risquer fort d'être regardés, par des juges, comme excessifs.

Dr Fernand Decourt.

Frais de justice criminelle.

J'ai recours à votre obligeance pour vous demander de m'éclairer sur le point suivant :

J'ai été commis par le tribunal comme expert dans une affaire d'attentat à la pudeur :

1° Pour l'examen de la victime ;

2° Pour l'examen mental de l'inculpé ;

Pour ma première expertise, j'ai fourni un mémoire de 1 visite, soit 15 fr.

Quel est le tarif d'honoraires pour un examen mental ?

J'ai examiné l'inculpé plusieurs fois et fourni un rapport de huit pages.

Dr C.

Réponse.

Pour un examen au point de vue mental dans les cas simples, l'article 26, 6°. du décret du 5 octobre 1920 prévoit, pour les localités autres que celles où siège un tribunal de 1re classe, un honoraire de 40 francs.

Mais si vous estimez que cette rémunération est insuffisante, étant donnée l'importance du travail fourni, vous pouvez, en vertu du dernier alinéa du même article, demander une somme plus élevée. Il appartient alors au magistrat taxateur de fixer l'honoraire auquel vous avez droit.

Pour justifier votre demande, vous pourriez établir une note par vacations, comme avant l'application du tarif du 5 octobre, en doublant, par exemple, étant donné l'augmentation du prix de la vie, le tarif antérieurement admis pour les vacations, qui était, comme vous savez, en matière criminelle, de 3 francs par vacation.

HYDROLOGIE

Le meilleur moment pour faire une cure sérieuse,

Par le Dr Roux (Saint-Gervais).

Il n'est pas indifférent de choisir l'époque à laquelle on peut faire un traitement thermal, et les médecins traitants devraient bien se préoccuper de cette notion, lorsqu'ils veulent bien conseiller une cure hydro-minérale.

Jusqu'à présent, les baigneurs, clairsemés en juin-juillet, arrivent en foule vers le 20 juillet, et au mois d'août, c'est la cohue et la bousculade.

Pendant six semaines, la station regorge de monde, les hôtels sont bondés, refusent tous les jours des arrivants, et à l'établissement thermal, il faut prendre des numéros comme à l'omnibus. On voit tout de suite les inconvénients de cette situation. Dans les hôtels, le personnel, pressé et surmené, néglige les régimes, si bien que certains hôtels suspendent la table de régime au mois d'août. A l'établissement thermal, où les différents traitements devraient se poursuivre dans le calme, c'est la fébrilité qui règne. D'abord, le médecin consultant, obligé par leur nombre, de voir hâtivement ses malades, ne peut pas consacrer toujours à chacun d'eux le temps nécessaire à leur examen et au contrôle personnel de leur traitement. Au bain, au massage, comme à la douche et à la pulvérisation, le personnel spécialisé, pressé, donne moins de temps aux conditions prescrites par le médecin, sur la thermalité, la durée, le mélange, etc.

Les baigneurs eux-mêmes s'énervent, quelquefois se disputent entre eux pour passer les premiers, alors, qu'au contraire, le plus grand ordre devrait préside r à ces opérations thérapeutiques.

Il est donc de l'intérêt des malades sérieux de faire leur cure en juin-juillet et septembre. Certainement, leur traitement sera rigoureusement exécuté dans tous ses détails et modalités ; ils en retireront un indiscutable bénéfice. D'autre part, détail qui a son importance, leur séjour sera moins onéreux, puisque soit les établissements thermaux, soit les hôtels, consentent généralement des prix réduits à ces époques extrêmes de la saison.

HYGIÈNE PUBLIQUE

Arrêtés préfectoraux.

I

Service d'inspection et de contrôle.

Article 1er. — Un service d'Inspection et de Contrôle de la Protection de la Santé publique est institué dans le département de l'Hérault en conformité de l'article 19 de la loi du 15 février 1902 et en vertu de la délibération du Conseil général en date du 3 mai 1921.

Art. 2. — Le nouveau service sera assuré par six médecins qui prendront le titre de médecins-inspecteurs d'hygiène et qui exerceront sous la direction et l'autorité du médecin inspecteur principal des services d'hygiène départementale.

Les titulaires de ces emplois seront nommés par le Préfet à la suite d'un concours qui aura lieu le 30 juillet 1921 et dont les conditions et le programme ont été communiqués au Conseil général. Ils entreront en fonction à la date du 1er janvier 1922.

Art. 3. — Les candidats admis à prendre part au concours auront à produire : le diplôme de docteur en médecine. Un certificat d'aptitude physique délivré par un médecin assermenté ; un extrait du casier judiciaire ; un certificat établissant leur situation au point de vue militaire ; un exposé de leurs titres, travaux et services ; leurs principales publications. Ils devront être français, âgés de 25 ans au moins et de 40 ans au plus au 31 décembre prochain. A leur dossier devront être consignés les engagements écrits suivants, pour le cas où ils seraient nommés :

Ne pas faire de clientèle, ne remplir aucune fonction ou mandat public.

Consentir, avant d'entrer en fonction, à accomplir éventuellement un stage de perfectionnement en qualité de boursiers à l'Institut Rockfeller à Paris, sans pouvoir prétendre pendant sa durée à aucun traitement ou indemnité.

Art. 4. — Après les concours et comme point de départ, les médecins nommés choisiront leur résidence suivant l'ordre de leur classement. Les chefs-lieux de circonscriptions administratives sont : *Montpellier, Béziers, Cette, Clermont-l'Hérault, St-Pons* et *Ganges*, mais aucun médecin ne pourra élever de réclamation au cas où le chef-lieu de circonscription viendrait à être changé. Un arrêté ultérieur fixera le nombre de communes rattachées à chaque circonscription.

Art. 5. — Les médecins-inspecteurs d'hygiène recevront un traitement annuel de :

4e classe : 14.000 fr.
3e classe : 16.000 fr. (après 5 ans de 4e classe) ;
2e classe : 18.000 fr. (après 5 ans de 3e classe) ;
1e classe : 20.000 fr. (après 5 ans de 2e classe).

Un arrêté spécial fixera, entre chacun d'eux et suivant l'importance de leurs circonscriptions, la répartition d'une somme de 10.000 fr. pour frais d'impression et de bureau et d'une somme de 80.000 fr. pour frais forfaitaires de déplacement.

Au traitement prévu et aux indemnités de déplacement viendront s'ajouter en fait certains émoluments divers qui en aucun moment ne sauraient constituer un droit dont puisse se réclamer le bénéficiaire.

Les médecins-inspecteurs d'hygiène ne pourront être maintenus en fonction après l'âge de 65 ans.

Ils pourront être relevés d'office de leurs fonctions par le Préfet, après avis du Conseil départemental d'hygiène en cas de faute grave, d'insuffisance reconnue, ou s'ils manquent aux engagements souscrits par eux et prévus par l'article 3 du présent règlement. Ils pourront à toute époque être affectés d'une circonscription à une autre, par décision du Préfet, sans autre motif que l'intérêt du service.

Art. 6. — Les médecins-inspecteurs d'hygiène exerceront leurs fonctions sous l'autorité du Préfet et sous la direction permanente, la surveillance et le contrôle du médecin inspecteur principal des services d'hygiène départementale.

Ils feront partie avec voix consultative des commissions sanitaires de leur circonscription administrative.

Les principales attributions de ces médecins seront les suivantes, *sans que cette nomenclature ait rien de limitatif.*

1° L'inspection médicale des écoles publiques et privées et de tous les établissements d'enseignements dans toutes les communes du département où ce service n'est pas assuré. Un arrêté ultérieur fixera les détails du fonctionnement de ce service.

2° La défense sociale contre les maladies transmissibles : les médecins inspecteurs d'hygiène seront les médecins des épidémies de leur circonscription ; ils veilleront à l'application littérale de la loi en ce qui concerne la vaccination et contrôleront le fonctionnement de ce dernier service.

3° Service de désinfection : les médecins inspecteurs d'hygiène auront mission de contrôler le service de désinfection et veilleront à l'exécution correcte des opérations reconnues nécessaires.

4° Contrôle sanitaire des villes et communes rurales : agissant comme conseillers techniques des maires, ils veilleront à l'application des règlements sanitaires et de toutes les mesures d'assainissement des communes. Ils veilleront d'une façon particulière à la protection des eaux d'alimentation, et à l'évacuation des eaux et matières usées.

5° Application des mesures d'hygiène dans les établissements publics ; surveillance des établissements classés autres qu'abattoirs, tueries, porcheries et chantiers d'équarrissage, agissant d'accord avec l'inspecteur du travail, ils devront contrôler si les conditions imposées par les arrêtés préfectoraux portant autorisation sont strictement exécutées.

6° Surveillance sanitaire des stations climatiques hydrominérales et de tourisme ; ils contribueront à l'établissement des projets d'assainissement réclamés par le Conseil supérieur d'hygiène et veilleront à la réalisation de ces projets.

7° Contrôle de la salubrité des établissements de pêche et parcs coquillers conformément aux art. 12 et 13 du décret du 28 mars 1919.

8° Lutte contre les grands fléaux sociaux, principalement syphilis et tuberculose : ils aideront à cette lutte chaque fois que l'occasion leur en sera offerte, notamment au cours de l'inspection médicale des écoles.

9° Puériculture et protection de l'enfance : ils contribueront à ce service en vulgarisant par des conférences, des affiches ou des brochures, les prin-

cipes de l'hygiène infantile et en veillant à la parfaite qualité du lait distribué.

10° Contrôle sanitaire des hôpitaux, hospices, dispensaires, maisons de santé publiques et privées; maisons d'accouchement et maternités publiques. Après entente avec les autorités compétentes, ils pourront émettre un avis au sujet de la salubrité de ces établissements.de leur organisation et leur mode d'action.

11° Surveillance des bureaux municipaux d'hygiène et des services municipaux de désinfection.

Ils auront à donner leur avis sur toutes les questions intéressant à un titre quelconque l'hygiène publique et seront chargés de l'instruction de toutes les réclamations concernant l'hygiène.

Ils rechercheront toutes les causes d'insalubrité des habitations et les signaleront par l'intermédiaire de l'Inspecteur principal, au Préfet, qui provoquera l'avis des assemblées sanitaires en vue des mesures à prendre pour faire disparaître ces causes d'insalubrité.

Ils profiteront de toutes les circonstances qui s'offriront à eux pour compléter l'éducation hygiénique des populations soit par des conférences, soit par des démonstrations pratiques.

Tous les mois, ils adresseront à l'inspecteur principal, un rapport détaillé sur le fonctionnement de leur service.

Art. 7. — L'action des médecins inpecteurs d'hygiène s'exercera surtout au point de vue technique : ils seront consultés sur toutes les mesures d'hygiène qui relèvent de l'autorité préfectorale, et auront à prendre l'initiative de proposer l'application de toutes celles qui ne lui auraient pas été soumises, et dont ils reconnaîtraient pourtant la nécessité.

Art. 8. — Le présent réglement aura son effet à partir de l'entrée en fonctions des médecins-inspecteurs d'hygiène.

II

Concours pour la nomination de médecins inspecteurs d'hygiène.

Art. 1. — Un concours pour la nomination de 6 médecins inspecteurs d'hygiène du département de l'Hérault sera ouvert à la Préfecture, à Montpellier le 30 juillet 1921.

Art. 2. — Les candidats à cet emploi devront être français ou naturalisés français, âgés de 25 ans au moins et de 40 ans au plus au 31 décembre prochain et pourvus du diplôme de docteur en médecine.

Leur demande rédigée sur timbre (2 fr.), devra être adressée au Préfet de l'Hérault avec le dossier règlementairement composé ainsi qu'il est prescrit ci-dessous, avant le 10 *juillet dernier délai.* A la demande, devront être jointes les pièces suivantes :

1° Adresse exacte à laquelle la décision d'acceptation ou de rejet de la candidature devra être envoyée; 2° acte de naissance ; 3° certificat physique délivré par un médecin assermenté ; 4° extrait du casier judiciaire ; 5° certificat établissant leur situation au point de vue militaire ; 6° un exposé de leurs titres, travaux, services ; 7° leurs principales publications; 8° l'engagement, pour le cas où ils seraient nommés, de renoncer à faire de la clientèle, de se consacrer exclusivement à leurs fonctions, de ne prétendre par conséquent à aucune autre fonction ou mandat public.

Ils devront en outre consentir, avant d'entrer en fonction, à accomplir éventuellement un stage de perfectionnement, en qualité de boursiers, à l'Institut Rockfeller à Paris, sans pouvoir prétendre à aucun traitement ou indemnité.

Chaque candidat sera avisé par le Préfet, en temps utile et à l'adresse qu'il aura donnée, de l'acceptation ou du rejet de sa candidature au concours.

Cette décision sera prise par le Préfet sur l'avis conforme du jury, à la majorité.

Art. 4. — Le concours comprendra : 1° une épreuve sur titres ; 2° une épreuve écrite administrative ; 3° une épreuve écrite scientifique ; 4° des épreuves orales ; 5° une épreuve pratique.

I. — *Epreuve sur titres.* — Le maximum des points sera de 30. Les points devront être donnés avant la correction des épreuves suivantes.

II. — *Epreuve écrite administrative.* — Cette épreuve portera sur une question administrative tirée de la législation de l'hygiène en France.

Deux heures seront accordées pour cette épreuve ; le maximum des points sera de 20.

III. — *Epreuve écrite scientifique.* — Cette épreuve comprendra deux questions ; l'une sur un sujet visant la prophylaxie générale ou la prophylaxie spéciale des maladies transmissibles ; l'autre sur un sujet d'hygiène générale.

Trois heures seront accordées pour cette épreuve ; le maximum des points sera de 30.

Nota. — Pour la rédaction de ces épreuves écrites, les candidats n'auront à leur disposition ni livre, ni note. Les copies devront porter une devise, laquelle sera reproduite avec le nom du candidat et mise par celui-ci sous enveloppe.

IV. — *Epreuves orales.* — 1° Une leçon orale sur une question tirée au sort par le candidat parmi un certain nombre de questions préparées par le jury.

Cette leçon devra être faite en vue de l'auditoire spécial (enfants des écoles, cultivateurs, ouvriers, mutualistes, etc.) auprès duquel les médecins inspecteurs d'hygiène poursuivront spécialement la vulgarisation de l'hygiène.

La leçon devra durer trois quarts d'heure. Les candidats auront deux heures pour la préparer ; ils n'auront aucun livre ni note à leur disposition. Le maximum des points sera de 20 ;

2° Deux démonstrations : l'une sur les méthodes et instruments et sur la pratique technique de la désinfection ; l'autre, sur la pratique administrative de la désinfection.

Chaque démonstration sera de courte durée et comportera un maximum de points de 5.

3° Questions sur les lois d'assistance du 15 juillet 1893 et du 14 juillet 1905.

Cette épreuve comportera un maximum de 15 points.

V. — *Epreuve pratique.* — Cette épreuve portera sur l'examen d'un enfant d'âge scolaire ; cet examen devra être analogue, en tous points, à celui qu'aura à faire le médecin-inspecteur d'hygiène, en sa qualité d'inspecteur des écoles, et aboutira à l'établissement d'un carnet de santé.

Vingt minutes seront accordées pour cette épreuve ; le maximum des points sera de 20.

Art. 5. — Le jury du concours sera ainsi composé :

1° Le Préfet de l'Hérault, ou son délégué, président.

2° Un inspecteur général des services administratifs du ministère de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociale, désignés par le ministre.

3° Un membre désigné par le Conseil général.

4° Deux membres du Conseil d'hygiène départemental choisis par leurs collègues.

5° Un membre ou auditeur du Conseil supérieur d'hygiène publique de France, désigné par le ministre

6° Le professeur titulaire de la chaire d'hygiène à la Faculté de médecine de Montpellier.

7° L'inspecteur principal des services d'hygiène départementale.

8° Un délégué de la Fédération départementale des syndicats médicaux

Art. 6. — La police générale du concours sera confiée au jury qui déterminera notamment les règles à observer pour la remise et la correction des copies, fixera le choix des questions et prendra toutes dispositions utiles pour assurer la régularité et la sincérité du concours.

DOCUMENTS OFFICIELS

A L'OFFICIEL

Arrêté ministériel du 17 juin 1921.

Art. 1er. — Est instituée, sous la présidence du ministre des pensions, une *commission chargée d'étudier les conditions dans lesquelles doivent être donnés les soins médicaux* prévus par l'article 64 de la loi du 31 mars 1919.

Art. 2. — Cette commission comprend :

a) Des représentants du ministère des pensions et du ministère des finances ;

b) Des représentants des mutilés et réformés de la guerre ;

c) Des représentants du corps médical ;

Art. 3. — Sont désignés comme membres de cette commission.

1° *a*) Pour le ministère des pensions :

M. Ch. Valentino, directeur du cabinet.

M. le docteur Pierre, inspecteur général des services extérieurs.

M. Marcel Lehmann, inspecteur général des services extérieurs.

M. le docteur Vallat, chef du service des expertises médicales.

M. le docteur Palopue, chef du service des soins gratuits et de l'appareillage.

b) Pour le ministère des Finances :

M. Sauvalle, inspecteur général des finances.

M. Guérin, sous-directeur de la comptabilité publique.

M. Cuvillier, chef du bureau du contrôle financier :

2e Pour les mutilés et réformés de la guerre :

M. Defos du Rau, député, rapporteur du budget des pensions.

M. Ricolfi, député, membre de la commission des pensions.

M. le général Malleterre, président de l'association générale des mutilés et réformés.

M. Hubert Aubert, directeur général de l'union nationale des combattants.

M. le docteur Weiss, administrateur de la fédération nationale des mutilés, réformés et victimes de la guerre.

MM. Cassin et Marcel Héraud, vice-présidents de l'union fédérale des associations françaises de blessés, mutilés, réformés et anciens combattants.

M. Teutsch, secrétaire générale de l'union nationale des mutilés et réformés ;

3° Pour le corps médical :

MM. les docteurs Barbanneau, Cunéo, Michon, Quivy, Noir, Decourt, Lefur, Humbel.

QUARANTE-TROISIÈME ANNÉE — N° 27 — DIMANCHE 3 JUILLET 1921

Fondé en 1879 par Auguste CÉZILLY
Rédigé et dirigé par H. JEANNE (1900-1914),

LE CONCOURS MÉDICAL

ORGANE HEBDOMADAIRE DES PRATICIENS
Groupés dans la Société « Le CONCOURS MÉDICAL » et ses Filiales

ADMINISTRATION & PUBLICITÉ
C. BOULANGER, administrateur
ABONNEMENTS :
France........................ 24 fr.
Étranger...................... 28 »
Étudiants (*France*).......... 12 »
Le numéro..................... 50 cent.
Chèques Postaux Paris 167-95

DIRECTION
MM. les Drs A. GASSOT, *Directeur*; A. MAURAT; H. CEZILLY; J. NOIR; P. BOUDIN docteur en droit; M. VIMONT; G. DUCHESNE.
MM. P. CEZILLY, J. DUMESNY, licenciés en droit; C. BOULANGER.

RÉDACTION
Dr J. NOIR,
rédacteur en chef
Drs LACROIX et G. DUCHESNE
secrétaires de la rédaction
N.-B. — Les manuscrits publiés ou non, ne sont pas rendus.

Rédaction et Administration : 132, rue du Faubourg St-Denis, PARIS (10e). Téléphone : Nord 48-17

Quarante-troisième année. **N° 27** 3 Juillet 1921.

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

Office de Renseignements du « Concours »

Membres du Concours exerçant dans les Stations Thermales.

NOTA. — Nous rappelons à nos abonnés qu'il est nécessaire de nous informer chaque année de leur désir de voir figurer leur nom sur ces listes.

MM. les Docteurs :

Aix-les-Bains. Bertier, Blondel, L. Coutaz, Dardel, Duvernay, Forestier, Goddard, Kent-Gazet, Lel ng.
Allevard-les-Bains, Boël
Ax-les-Thermes (Ariège) Dresch, Gomma.
Bagnères-de-Bigorre. F. Duprat (Enfants).
Bagnoles-de-l'Orne J. Arnaud, Joly, Pesnel Poulain.
Bains-les-Bains, Dr M. Henry.
Barèges. Robine.
Besançon La Mouillière. Mme Jeanne Bon.
Biarritz. Clavel, Lacour.
Bourbon-Lancy, Bellœuf, Compin.
Bourbon - L'Archambault. Mansillon.
Bourbonne-les-Bains. Gay, Testevuide.
Brides-les-Bains et Salins-Moutiers. Mathieu, Laissus fils.
Cambo-les-Bains, Colbert. — Hamant.
Capvern. Pomarède, Pouy.
Cauterets. Anglade, Armengaud, Got.
Châtel-Guyon. Baumann, Bayrac, Conchon, Foncaud, Gachlinger, Kolbé, Levadoux, Mazeran, Ribérolles, Saint-René-Bonnet.
Contrexéville. J. Thiéry.
Divonne-les-Bains. Ballivet.
Eaux-Bonnes. Bajac
Enghien-les-Bains. Beyrand.
Escouloubre-les-Bains. Dr Sarda.
Evaux-les-Bains. J. Gruzu, Lepage
Evian, L. Dalard. Lévy-Darras.
Forges-les-Eaux. Bernardicou
Gréoux (Basses-Alpes). Rigal.
Hendaye Th. Casenave.
La Bourboule. Christin, Verdalle.
La Motte-les-Bains. De Langenhagen.
Lamalou-les-Bains. Belugou, Cauvy.
La Roche-Posay-les-Bains. Bardet, Guyot.
Luchon, Dutech, Germès, Molinéry (ne fait que la physiothérapie), Pelon, Salles, Sammuller.
Luxeuil-les-Bains. Bornèque, Cugnier, Gauthier. Picot, Pierrhugues, Rimey.
Martigny. Dedet. Payen.
Mont-Dore J. André, Béal, Débidour, Dubruel, Levadoux.
Néris. Ducros.
Palavas-les-Flots. Gelly.
Plombières-les-Bains. Bernard. Gillot. Hageu, de Langenhagen, Truelle.
Pougues-les-Eaux. Hyvert.
Royat. Chassagnard. Mougeot.
Salins-les-Bains. Bourny, Baud.
Salins-Moutiers. Gonthier.
Salies-de-Salat. Barbé.
Saint-Didier, (Vau.) Masquin.
Saint-Gervais-les-Bains. Alphonsi. Baradat. C. Bleicher, E. Mallein, Musso, Roux.
St-Honoré-les-Bains. Comoy Comte. Odin. Ségard.
St-Nectaire Serane, Siguret, Versepuy.
St-Sauveur. Sabail.
Salies-de-Béarn. Callais, Coustère. David Reynaud
Sermaize-les-Bains. Rousselot, Ramonet.
Thonon-les-Bains. Vuillaume.
Ussat (Ariège). Pujol.
Vals-les-Bains, Chabannes, David.
Vichy. Cahen, Castera, Chevreux, Cotar, Desmaroux, Gannat, Guinard, Reynes, Ed. Vidal.
Vittel, Constant, Mousseaux.

DON. — Nous avons reçu à titre de don à la Société civile du *Concours Médical*, de M. le Docteur VARENNES, de Saignes (Cantal), la somme de cinq francs, pour bons offices du journal.

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum, aux* « demandes et offres ».

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne, qui est versé dans la caisse de la Société civile du Concours Médical). *Adresser un mandat ou mieux verser au compte de chèques postaux,* CONCOURS MÉDICAL, *Paris 167-95.*

Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse.**

No 337. — Docteur 44 ans, connaissant dermat. voies urinaires, syphilis, gynécologie, ayant références sérieuses, libre le matin, demande emploi dans cabinet ou clinique.

N° 338. — Sœur docteur, demoiselle, 30 ans, parfaite éducation, accompagnerait malade au pair, à Vichy.

N° 339. — Corre Licorne 1914, 9-12 HP torpedo, 4 places, peu roulé pendant guerre, carrosserie, moteur parfait état, accessoires. Absolument prête à rouler. Vendue de confiance 8.700 fr. Dr Le Coz, Saint-Sauveur-Lendelin (Manche).

N° 340. — Petite torpedo Baby 7 HP, monocyl. très bon état, jolie coupe. Prix : 2.500 fr. Dr Chaudesaignes, à Barjac (Gard).

N° 341. — Bourgogne, chef-lieu de canton. 7 communes. Rayon 10 kilom. Tous services administratifs. Chemin de fer. On tient la pharmacie. Rapport 18 à 20.000 fr.

N° 342. — Torpédo Ford, 4 places, parf. état de mécanisme, carb. Claudel. consom. : 10 litres garantis sur reçu. Prix : 5.500 fr.

N° 343. — Achèterais Trébuchet, bon état. Faire offres Dr Caizergues, à Bram (Aude).

N° 344. — Docteur ayant une très belle et très complète installation de radiologie et d'électrothérapie dans la banlieue très immédiate, désirerait s'associer avec confrère pour donner un grand développement à son cabinet. S'adresser à Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris.

N° 345. — Très bonne clientèle, à reprendre d'urgence dans petite localité du centre. Rapport : 40.000 fr. Grande maison très agréable. Indemnité 6.000 fr. S'adresser à Breitel et Goret, 1 rue Dante, Paris.

CORRESPONDANCE

L'injection anti-tétanique préventive.

Je tiens à vous signaler un procédé très simple pour éviter le tétanos consécutif à l'injection de *sérum gélatiné* :

C'est de faire précéder cette injection d'une injection de sérum antitétanique.

Cela a peut-être déjà été dit, mais ce n'est pas signalé dans les formulaires, où l'on voit seulement au chapitre du sérum gélatiné : « Bonne médication, attention ! ! tétanos ».

Dr Ricachon.

Le marrube.

Un mot seulement pour confirmer l'action sur le foie du marrube blanc (*marrubum vulgare*) employé du reste comme dépuratif par quelques empiriques. La première édition des *Essais sur les préparations galéniques*, publiée par la maison Dausse en 1908, signale que cette plante « a été préconisée par Wauthers et Thorel contre les fièvres intermittentes avec engorgement des viscères ». (Thorel y a découvert une lactone : a marrubiine, principe actif). Gubler l'employait comme stimulant (Formulaire Dujardin-

Beaumetz). J'ai eu l'occasion, il y a quelques mois, de voir un paludéen réfractaire à la quinine (et intoxiqué par elle), trop sensible à l'arsenic pour subir le traitement arsenical, être très nettement amélioré par le marrube, qui est assez fréquemment employé dans certaines régions du Marais vendéen comme remède populaire contre « les fièvres ».

Dr CHEVALIER.

Application du Tarif Breton.

I

Je me permets de venir vous demander votre avis sur la tarification des actes suivants. Il s'agit d'un accident du travail. Un ouvrier s'enfonce un morceau d'aiguille au niveau de l'articulation métacarpophalangienne de la main droite et vient me trouver. Donc 1° une consultation 7 fr.

2° Je le conduis chez un radiographe qui repère et marque sur la peau la projection de l'aiguille, 37 fr. 50 pour le radiographe.

3° Je ramène le blessé chez moi et : *a*) je lui fais une piqûre de cocaïne (non comptée art. 12 ; *b*) je fais une incision au point marqué et je ne trouve pas le corps étranger. Que demander pour cette première intervention ?

4° Je ramène le blessé chez le radiographe et sous l'écran, avec *l'aide du radiographe* et non sans peine, j'extrais l'aiguille.

5° Je reviens chez moi et fais un pansement antiseptique et les certificats.

Je voudrais savoir s'il faut demander quelque chose pour ma première intervention et combien ??

Est-ce que le radiographe doit de nouveau demander 37 fr. 50 pour son deuxième repérage ? Et pour l'aide qu'il m'a portée ? ? Et moi dois-je demander selon l'art. 28 : Extirpation de corps étrangers profonds nécessitant la localisation radiologique : 225 fr. Et enfin, le blessé ramené chez moi et pansé, je lui délivre deux certificats. Faut-il compter consultation 7 fr. ; certificats 5 fr. Ce cas m'embarrasse à cause de la multiplicité des interventions le même jour.

Dr B.

Réponse.

Il s'agit là, en somme, de l'extirpation « d'un morceau d'aiguille, au niveau de l'articulation métacarpophalangienne de la main droite » extirpation faite « sous l'écran », la première intervention ayant été infructeuse. Que doit-on compter d'après le tarif Breton ?

1° *Pour vous-même.* Tarif en main, je ne vois à compter que deux consultations à votre cabinet et une visite au blessé chez le radiographe, car d'une part il ne peut s'agir en l'espèce, de « extraction de corps étrangers profonds à 300 frs » et, d'autre part, l'extraction de corps étrangers superficiels n'est pas indiquée dans le tarif. Toutefois, dans les « Avis » que la commission

du Tarif va faire paraître à l'*Officiel*, il est dit, pour ces derniers : « Extraction de corps étrangers superficiels (par analogie avec ouverture d'abcès superficiels) 20 francs, en première catégorie. Vous servant de cet avis, vous pouvez donc compter : 2 consultations à 7 frs = 14 fr. Plus (lors de la visite) extraction (2e catégorie) 15 francs. Plus certificat initial 5 fr. Total 14 plus 15 plus 5 = 34 francs,

2° *Pour le radiologue.* La radioscopie de la main n'est pas indiquée dans le tarif, mais la radiographie en est comptée 40 fr. et ceci *sans réduction* de 25 %, pour la 2e catégorie. Il est dit, en effet, dans un autre « Avis », ainsi conçu :

« Cette minoration de 25 % ne saurait être applicable aux électro-radiologistes que pour les *soins* et ne concerne, par conséquent, que l'électrothérapie (art. 26). »

« Les autres actes prévus au tarif (art. 26) constituent, en réalité, des actes de laboratoire qui, comme tels, ne doivent pas subir la réduction établie par l'art. 15 uniquement pour les *soins* et *opérations*. »

Maintenant, la Compagnie d'assurance acceptera-t-elle de payer deux fois 40 francs ? Je n'ose, de moi-même, vous donner une opinion, n'ayant aucune référence à vous présenter à ce sujet et mes réponses étant toujours formulées non d'après mes opinions, mais d'après le texte même du tarif et l'esprit qui présida à sa rédaction.

Dr Fernand DECOURT.

II

Comment est rémunéré le véritable certificat transmis par lettre recommandée aux termes de l'article 7 du tarif ?

Il s'agit d'un homme de 23 ans qui a reçu un madrier sur l'épaule droite. Douleur très vive provoquée par contact direct comme par mouvements passifs ou actifs du membre. Pas de difformité, pas de mobilité anormale.

Je soupçonne une fracture sous-périostée et j'ai besoin, *tout de suite*, d'un examen radioscopique pour m'éclairer.

Cà se passe un samedi. Le blessé ne sait pas le nom de l'assureur. Je dois jouer du téléphone et perdre mon temps à ce jeu, etc., etc.

Dr C.

Réponse.

1° La lettre recommandée indiquée art. 7 ne comporte pas de rémunération pour elle-même. Il en serait autrement si c'était un certificat demandé au cours du traitement par la compagnie d'assurance ; auquel cas il serait dû 5 ou 10 fr. suivant qu'il serait descriptif ou non (Art. 29).

2° Un de nos « Avis » à la commission du tarif (qui vont paraître bientôt au *Journal Officiel*), au sujet des « cas d'extrême urgence » visés à l'art. 26 (V. observations, avant-dernier alinéa) dit :

« Il y a extrême urgence lorsque la nécessité d'une intervention urgente ou la façon de pratiquer cette intervention ne peuvent être révélées que par l'exploration radiologique. »

Si vous estimiez donc être dans ce cas d'extrême urgence en vue d'intervention, vous pouviez donc faire pratiquer la radioscopie, puis prévenir l'assurance aussitôt après.

Dr Fernand DECOURT.

III

Je vous serais reconnaissant de me dire comment je dois établir ma note dans le cas suivant : accident du travail.

Je suis appelé à 10 h. du soir pour voir un blessé à 7 km. de mon domicile.

Fracture de jambe avec gros déplacement que je tente de réduire.

J'applique un plâtre. Le résultat ne me satisfaisant pas complètement, je demande une radio.

Le lendemain, *dans l'auto du patron*, j'accompagne le blessé chez le radiographe à 35 km. de mon domicile, à R.

Radiographie par le Dr B. L'examen de l'épreuve révèle qu'il persiste un léger chevauchement.

Je conduis le blessé chez le Dr D., chirurgien. Nous examinons le cliché ensemble et décidons de procéder à une réduction complète.

Mais il est tard, le Dr D. décide de garder le blessé à sa clinique et le lendemain fait le nécessaire avec son aide. Naturellement, je reviens le soir dans l'auto du patron et ne retourne pas à R. le lendemain, chercher le blessé qui revient de suite après la réduction définitive de sa fracture.

Je continue à voir le blessé : pour les soins actuels je connais le tarif.

Dr B.

Réponse.

Il me faut sérier vos interventions pour m'expliquer plus facilement sur vos demandes :

1° Réduction provisoire de fracture de jambe la nuit, à 7 kilomètres ?

Un de nos « Avis » à la commission du tarif (qui vont paraître bientôt au *Journal Officiel*) répond à celle-ci. La voici :

« Par analogie avec les honoraires fixés à l'art. 18, *in fine*, du tarif du 8 juillet 1920, dans ces termes : « Toute répétition d'appareils plâtrés ou silicatés des grands segments de membre : 50 fr., il y a lieu de tarifer au prix de 50 fr. (en première catégorie) les soins d'urgence donnés, dans ces cas, par le médecin et la pose d'appareil provisoire, en vue d'une réduction ultérieure par un autre médecin. »

Donc 50 fr., soit, pour vous, en 2e catégorie, 37,50... mais majoré de 25 % (art. 8) parce que votre intervention eut lieu de *nuit*, soit en réa-

(*Voir la suite page XXXI*-1925)

PROPOS DU JOUR

Comment honorer nos morts. Une fête franco-américaine à Bordeaux. La fondation du Memorial Home.

Un culte nouveau a surgi dans le monde entier, celui des victimes de la guerre.

D'abord il donna lieu à des cérémonies funèbres civiles et religieuses où l'on commémora éloquemment leur dévouement et leur sacrifice. Puis les nations, les groupements humains de toutes sortes jugèrent que c'était insuffisant. Ils pensèrent qu'il fallait laisser un souvenir durable de leur reconnaissance et perpétuer à travers les siècles pour les générations futures le culte des héros.

Des idées touchantes et sublimes surgirent, et l'on vit à Paris sous une simple dalle déposer le cercueil du *Soldat inconnu* au-dessus duquel s'élève l'Arc-de-Triomphe de l'Etoile, mausolée le plus magnifique qu'il soit possible de destiner à ceux qui tombèrent pour la défense de la Liberté, de la Justice et de la Patrie.

Mais à côté de ces belles manifestations combien d'œuvres mesquines, de monuments regrettables vont et iront enlaidir nos places publiques et ternir la grande pensée de la glorification des morts de la guerre. N'y a-t-il pas lieu de craindre le contage du mauvais goût ?

On le voit déjà s'étaler dans nos nécropoles, il a envahi nos vieux temples où des vierges et des saints en plâtre polychrome aux cheveux soigneusement lissés, aux yeux langoureux et au sourire béat, ont petit à petit remplacé ces vieilles statuettes en bois sculpté à l'aspect un peu rude mais dont la grâce charmante et la naïveté s'accordaient si bien avec l'esprit mystique et le sentiment religieux de nos vieilles églises. Ne pourrait-on pas échapper à cette fureur d'élever partout des monuments, toujours le plus souvent médiocres et inutiles qui laisseront à nos neveux une idée lamentable de notre sens esthétique ?

Sur ce point, nous venons de recevoir d'Amérique une belle et touchante leçon.

Vous savez que **20 000** nurses américaines environ (exactement 19.877) furent dès 1914 enrôlées pour venir secourir les blessés de la guerre. 294 de ces jeunes garde-malades ont succombé, victimes de leur dévouement et reposent sur le continent européen.

Le Comité d'Union nationale des nurses américaines a décidé après l'armistice d'ériger un *Memorial* en leur souvenir et a demandé dans ce but un dollar à chaque nurse. 800.000 francs ont été recueillis.

Le monument commémoratif devait être élevé en France.

Le Comité décida que ce serait à Bordeaux et que les 800.000 francs seraient consacrés à édifier sous le nom de *Memorial Home* une *Maison des infirmières*, annexée à l'Ecole Florence Nightingale des gardes-malades bordelaises où ont été ensevelies cent infirmières de l'armée américaine.

Si d'un monde supraterrestre les âmes des disparus peuvent contempler ce qui se passe sur terre, les Mânes de notre ancien président Landes ont du tressaillir d'allégresse, car il fut, comme maire de Bordeaux, un des plus zélés admirateurs de l'œuvre de Mlle le Dr Hamilton, fondatrice de l'Ecole Florence Nightingale, et l'âme de notre toujours regretté directeur, Jeanne, qui prenait un si vif intérêt à l'éducation des gardes-malades a dû aussi s'associer à cette apothéose d'un genre nouveau, à la fois touchant et pratique.

* **

La cérémonie de la fondation du *Memorial Home* de l'Ecole Florence Nightingale, annexée à la maison de santé protestante de Bordeaux (1) a eu lieu le dimanche 5 juin dans le domaine de Bagatelle à Talence, tout près de Bordeaux, où s'élèvera bientôt un des hôpitaux-écoles les mieux organisés.

Le *Memorial Home* sera destiné à abriter pendant leurs deux ans d'études les jeunes gardes-malades françaises.

Elles y trouveront tout le bien-être qu'exige l'hygiène moderne, mais encore tout ce qui sera nécessaire à leur donner une parfaite éducation : amphithéâtre de conférences, bibliothèque, salle de travaux pratiques, etc. etc.

(1) La Maison de Santé protestante de Bordeaux fut fondée en 1863 pour hospitaliser les officiers et marins étrangers malades, séjournant dans le port de Bordeaux.

La cérémonie fut un triomphe pour Mlle le Dr Hamilton (1), directrice de l'hôpital et de l'école (Training-School) qui s'est entièrement dévouée à cette œuvre, organisée d'après les lois et réglements que l'état de New-York impose aux fondations de ce genre.

C'est à Mlle Hamilton qu'est due l'admission des élèves de son Hôpital-Ecole dans les Universités des Etats-Unis et dans les cours supérieurs du « Public Health Nursing « et de l' « Hospital démonstration », où de nombreuses infirmières françaises sont allées déjà parfaire une éducation trop souvent incomplète et mal comprise dans notre pays.

La première pierre du *Memorial Home* a été posée par Miss Hay, ancienne surveillante du grand Hôpital-Ecole Illinois de Chicago.

Actuellement garde-malade en chef de la Croix-Rouge américaine en Europe, Miss Hay s'est admirablement distinguée pendant la guerre dans les postes les plus difficiles et les plus périlleux des Balkans et de Russie.

L'amiral Magruder, attaché naval de l'ambassade américaine à Paris, présidait la cérémonie. Il a en des termes touchants remercié la maison de santé protestante qui, depuis plus d'un demi-siècle, soigne à Bordeaux les marins américains et les a hospitalisés durant la guerre.

Le torpilleur américain *Childs*, sous le commandement de l'amiral Niblack, stationnait dans le port de Bordeaux en l'honneur de cette cérémonie à laquelle sept de ses officiers et cinquante de ses marins ont pris part.

Le major Wadsworth représentait l'armée américaine. Citons encore parmi les notabilités américaines présentes : le colonel Olds, commissaire pour l'Europe de la Croix-Rouge américaine, le colonel Dr Emerson, médecin en chef de la Croix-Rouge américaine, les médecins délégués de la Fondation Rockefeller, le consul américain à Bordeaux, tous accompagnés de leurs charmantes femmes et, en outre, les nurses américaines, Miss Gardner, directrice du service des visiteuses de la ville de Providence, Mrs. Mary Breckinbridge, Miss Evelyn T. Walker, Miss du Sautoy, directrices d'hygiène infantile et des nurses visiteuses du Comité américain pour les Régions dévastées de la France.

(1) Mlle Anna Hamilton, docteur en médecine, est l'auteur d'une thèse remarquable sur les infirmières, soutenue en 1900 devant la Faculté de Montpellier. Elle a consacré sa vie, digne émule de Florence Nightingale, à l'éducation des infirmières en France.

Le monde officiel français était représenté par le délégué du préfet de la Gironde, par Mme Gervais-Courtellemont, surintendante des infirmières d'hygiène sociale du Ministère des régions libérées, par MM. les maires de Bordeaux et de Talence, par M. Creuse, directeur de l'hôpital et de nombreux médecins bordelais.

Après de nombreux discours, la fête se clôtura aux accents de l'Hymne national américain et de la *Marseillaise*.

***

Nous avons tenu à donner ici le compte rendu de cette cérémonie, non seulement en reconnaissance de tout le bien que les Américains font et continuent de faire en France ; ce qui ne doit pas être ignoré, mais aussi parce que la fondation du *Memorial Home* pour honorer les infirmières américaines victimes de la guerre, est pour nous, médecins, un exemple et une leçon, car nous en sommes encore, croyons-nous, à chercher comment nous pourrons dignement honorer nos morts.

J. Noir.

A propos du conflit pour l'organisation des soins à donner aux réformés et mutilés.

Nous avons reçu la lettre suivante, qui ne manque pas d'intérêt, et que nous croyons de notre devoir de publier ayant mis en cause le Syndicat des médecins inspecteurs cantonaux des Alpes-Maritimes.

J. N.

Monsieur le rédacteur en chef du
Concours médical et honoré confrère,

Dans votre numéro du 5 juin 1921, rendant compte de l'assemblée générale de s syndicats médicaux qui eut lieu à Paris le 28 mai, vous écrivez : « Dans les Alpes-Maritimes... un syn« dicat de 40 médecins cantonaux... s'efforce « sans succès de faire échec à la campagne de « l'Union ». Non, mon cher confrère, et ma qualité de président du dit syndicat m'autorise à vous le dire en toute sincérité, personne chez nous ne s'efforce de faire échec à la campagne de l'Union, et c'est pour avoir vu les choses d'un insuffisant examen qu'on a pu en juger ainsi et vous en imposer dans ce sens. La vérité est infiniment plus simple ; la voici : M. le préfet des Alpes-Maritimes réunissait un jour, il y a environ un an, dans son cabinet, les cinq présidents des cinq syndicats médicaux de son département ; à chacun de nous individuellement il posait cette question : « Quel est le prix moyen de la visite dans le milieu que vous représentez ici ? ». Menton et Grasse disent : *dix francs*. Nice dit : *quinze*;

Cannes *vingt* ; la campagne, que je représentais à cette réunion, répondit par ma bouche : *cinq* fr.; elle ne pouvait pas répondre autre chose. Quinze jours après, je rendais compte à mon syndicat, réuni en assemblée générale, de cette réponse faite par moi au préfet : nul ne protesta, nul ne fit la moindre remarque ; de même pour le prix de l'indemnité kilométrique que j'avais fixé à 1.50. Ces prix-là, qui sont les nôtres, pouvons-nous les refuser quand le ministre nous les offre, et parce que le ministre nous les offre? Pouvons-nous demander à un malade 5 fr., s'il est quelconque, et 8 ou 10 fr. s'il est mutilé et parce que mutilé ?... C'est pourquoi, lassés de faire depuis deux ans les avances des frais considérables de déplacements que nous occasionne le service des mutilés, quelques-uns de nous ayant déboursé de ce fait 2 à 3.000 fr. de frais de voiture, et étant arrivés à l'extrême limite de nos capacités de débours, nous avons demandé à être payés. M. le préfet d'une part, moi de l'autre, nous avons écrit au ministre dans ce sens. Et c'est tout. Certes ma lettre n'était pas destinée à la publicité que lui a donnée M. le ministre en la lisant du haut de la tribune, et j'ai été le premier à regretter tout le bruit fait autour de cet incident. Parfaitement unis sur des questions d'intérêt qui nous sont un peu spéciales, les membres de notre syndicat s'interdisent prudemment d'aborder certaines autres questions qui fatalement apparaissent sous un angle tout différent au médecin qui habite la coquette station du littoral au milieu de 4 ou 5.000 hivernants, et à celui qui passe sa vie à 2000 m. d'altitude au milieu d'une population de 150 rudes montagnards. En tant que syndicat, nous n'avons jamais examiné la question de la loi des pensions, chacun de nous gardant à titre privé toute liberté d'action. Pour les raisons que j'indique ci-dessus, j'ai pu écrire que les prix de 5 fr. la visite et de 1.50 le kilomètre étaient nos prix normaux que nous ne pouvions refuser. Mais de là à nous attribuer des efforts « pour faire échec à la campagne de l'Union », il y a un abîme et je ne le franchirai pas. Il en est parmi nous qui, à tort ou à raison et sans la critiquer, ne partagent pas la manière de voir de l'Union en cette affaire : je suis du nombre et je n'éprouve aucune gêne à dire pourquoi. Je pense que la campagne de l'Union aboutira à un résultat diamétralement opposé à celui très louable qu'elle poursuit : demain la loi laissera au mutilé le soin de sa santé, moyennant une indemnité x qu'il empochera ; puis il se fera admettre à l'A. M. G. ou à une société de secours mutuels, laquelle choisira et trouvera à forfait et au rabais quelques médecins qu'elle chargera de son service et à qui nous aurons ainsi fait leurs lits. Je souhaite que les évènements contredisent mes appréhensions et je serai le premier à m'en réjouir...

Je me résume : jamais notre syndicat n'a tâché de faire échec à la campagne de l'Union. J'ai demandé — sans l'obtenir du reste — à ce que les médecins de campagne qui ont reconnu comme leurs prix normaux ceux de 5 fr. la visite et 1.50 le kilomètre parcouru, soient payés sur ces bases et remboursés de leurs avances. Là s'est bornée mon intervention.

Un mot personnel en terminant : membre d'un autre syndicat qui suit les directives de l'Union et s'est engagé, le 1er février dernier, à ne plus soigner administrativement les mutilés, n'ayant pas cru devoir souscrire à cet engagement, j'ai repris ma liberté au prix d'une démission qui m'en a quelque peu coûté. Plusieurs confrères se trouvant dans le même cas ont fait de même. Ne croyez-vous pas, mon cher confrère, que nous sommes restés dans la bonne et saine tradition de droiture et de loyauté dont s'honore le corps médical, beaucoup plus que le médecin d'à côté qui, lui, s'est engagé à ne pas soigner, a promis, a juré sur l'honneur, a prêté serment, et a continué à soigner le plus qu'il a pu, *urbi* et *orbi*, *intra et extra muros*.

Je serais heureux que la mise au point qui fait l'objet de ma lettre fût rendue publique ; vieux lecteur du *Concours* (je suis des vôtres depuis un quart de siècle), je sais qu'il m'aura suffi de la demander à votre courtoisie.

Et je vous prie de recevoir, Monsieur le rédacteur et très honoré confrère, avec mes remerciements anticipés, l'assurance de mes sentiments très dévoués.

Dr Pierre Seytre,
président du Syndicat des médecins inspecteurs cantonaux des Alpes-Maritimes.

Le Bar-sur-Loup, le 14 juin 1921.

PARTIE SCIENTIFIQUE

CHIRURGIE INFANTILE

Le traitement de la luxation congénitale,

Par Carle RŒDERER. (1)

QUELQUES MOTS INDISPENSABLES D'ANATOMIE.

Il est impossible de parler du traitement de la luxation congénitale de la hanche sans faire, au préalable, une brève incursion sur le territoire anatomo-pathologique de cette affection. En effet, la luxation congénitale de la hanche n'est pas caractérisée par la perte de contact de deux surfaces articulaires de formes et de dimensions normales, mais de deux surfaces atypiques, de telle sorte que les difficultés de la réduction, d'une part, et du maintien de cette réduction, d'autre part, ne peuvent s'expliquer sans recourir à quelques notions anatomiques élémentaires.

Dans ces dernières années, quelques autopsies, des biopsies au cours d'interventions sanglantes et l'interprétation rationnelle des radiographies ont apporté à leurs endroits des précisions qui manquaient aux anciens auteurs.

Dans une luxation congénitale de la hanche, nous observons deux ordres de faits essentiels : 1° UN DÉPLACEMENT ; 2° DES DÉFORMATIONS.

A) LE DÉPLACEMENT DE LA TÊTE, par rapport à la cavité cotyloïde, peut avoir bien des degrés et présenter bien des formes. On admettait, jadis, que ce déplacement était absolu, primitif, la tête se trouvant, originellement, en dehors de la cavité. Il semble qu'il faille revenir de cette affirmation : la luxation est, peut-être, le fait d'une évolution et il est à peu près certain que la tête, placée primitivement en haut du cotyle, émigre lentement. C'est surtout à l'occasion d'une luxation formelle d'un côté qu'on est amené à examiner de près la radiographie de l'autre hanche et à observer ces cas de luxation amorcée.

Quoi qu'il en soit, quand la luxation s'est produite, la tête occupe une des trois positions suivantes :

a) Elle se trouve au-dessus du cotyle, c'est la *forme sus-cotyloïdienne pure* ; *b*) elle est *au-dessus et un peu en arrière*, c'est la sus-cotyloïdienne iliaque ; *c*) elle est très fortement centrifugée, placée plus ou moins haut sur l'aile iliaque, c'est la *luxation iliaque postérieure*.

Ces dispositions répondent, nous le verrons, à des images radiographiques différentes.

(1) Conférence faite dans le Service du Dr Mouchet à l'Hôpital Saint-Louis.

B) Les *déformations* portent sur tous les éléments constitutifs de l'articulation de la hanche.

LA TÊTE, par exemple, est parfois normale et, d'autres fois, très modifiée dans son aspect. Elle présente ou bien des petites irrégularités de surface, ou bien un déplacement, en haut, du noyau épiphysaire ou bien une atrophie en masse.

D'autres malformations, sans doute SECONDAIRES, sont fréquentes. Ce sont : l'aplatissement de cette tête en *tampon de wagon* ou sa déformation coniforme comparée à un gland en érection. Enfin, une déformation, certainement secondaire, l'usure de la partie postérieure de la tête qui porte sur l'aile iliaque se voit dans les luxations âgées ; le cartilage revêtant cette tête est aminci dans la partie antérieure non articulaire.

LE COL est, en général, *raccourci* et, de plus, présente des modifications d'orientation. Très fréquemment, son *angle d'inclinaison* est fermé ; on a alors un aspect de coxa-vara. Dans d'autres cas, qui représentent peut-être des erreurs d'interprétation radiographique, l'angle d'inclinaison est au contraire ouvert en coxa-valga.

La vraie déformation caractéristique du col, dans la luxation congénitale de la hanche, est représentée par une augmentation de l'*angle de déclinaison*. Il faut entendre par là que la tête fémorale se trouve plus en avant que chez l'individu normal, ce que l'on traduit par ces mots : la tête est en « antéversion », en « antéposition ». Cette dernière constatation est tout à fait intéressante parce qu'elle a déterminé, dans le traitement moderne de la luxation, une nouvelle formule opératoire.

Cette malformation est, au dire de Le Damany, quasi-constante dans la luxation congénitale. Elle aurait une grave influence sur les reluxations ; aussi cet auteur, pour parer au danger des rechutes, a-t-il imaginé une certaine technique opératoire, sur laquelle nous nous étendrons.

Le cotyle, lui aussi, se présente sous une forme très différente suivant les cas. Tantôt il est simplement agrandi par en haut ou peu profond, ou bien rudimentaire, rappelant l'aspect d'une glène scapulaire. Ses bords, qui ont un intérêt capital au point de vue du maintien de la réduction, sont souvent très peu saillants. Le bord supérieur, parfois normal, aurait été vu encoché par le travail d'ascension de la tête et l'on a dans ce cas une surface cotyloïdienne communiquant sans démarcation avec la région iliaque sur laquelle la tête appuie. Cette région présente souvent l'aspect d'un véritable cotyle, c'est le *néo-cotyle* lequel peut être aussi profond, aussi perceptible chez les enfants jeunes que chez les sujets plus âgés.

Ce *néo-cotyle* pourtant se creuse sous l'influence du

RENOUVELLEMENT DES ABONNEMENTS

Pour éviter les frais de recouvrement nous prions nos abonnés de vouloir bien nous adresser le montant de leur abonnement, soit **24 fr.**, par versement à notre compte de chèques postaux PARIS 167-95, versement qui peut être fait dans tous les bureaux de poste.

poids du corps et des mouvements de la tête quand le sujet avance en âge. Il se fait alors une adaptation fonctionnelle des surfaces en présence. Dans les cas les plus marqués, on aurait, chez les sujets âgés, un ancien cotyle de forme plus ou moins triangulaire et à demi effacé, et au-dessus et en arrière, un néo-cotyle plus ou moins creusé affectant la forme d'un pavillon d'oreille.

On conçoit, en considérant ces malformations primitives et encore plus , en tenant compte des secondaires toutes plus ou moins marquées, que la remise au contact des surfaces fémorale et iliaque ne suffise pas à assurer le fonctionnement physiologique de l'articulation ilio-fémorale.

Si, de plus, on a égard aux malformations des parties molles, le bon fonctionnement d'une hanche luxée congénitalement et non réduite apparaît encore plus problématique.

Le *fibro-cartilage* qui tapisse normalement la cavité cotyloïde et qui fait bourrelet au-dessus du bord postéro-supérieur paraît (une autopsie de Nové-Josserand en fait foi) s'être étalé dans le néo-cotyle avec lequel il contracte des adhérences plus ou moins prématurément.

Tout se passe donc bien comme si la tête avait émigré de la position normale vers *une position supérieure au cours de l'évolution intra ou extra-utérine.* Cette fixation du fibro-cartilage sur la fosse iliaque aurait une importance assez grande, car, c'est au retour de ce fibro-cartilage, lors du traitement, et à sa reconstitution en forme de barrière au niveau du sourcil cotyloïdien, que l'on devrait, pour une grande part, le maintien de la réduction, du moins d'après la majorité des auteurs.

La *capsule* semble être fixée, en arrière, sur les bords du néo-cotyle. On l'a trouvée amincie dans le jeune âge. En avant, elle est tendue comme un rideau au-devant de l'ancien cotyle, faisant avec lui une sorte de poche. Parfois, cette poche est séparée de la partie qui maintient la tête par un resserrement, la capsule ayant alors une forme de sablier. Ce resserrement,dit-on, met parfois obstacle à la réduction. Quant à la partie postérieure de la capsule, elle se rétracte et se consolide, contracte des adhérences avec l'os iliaque ; il se peut que ces adhérences gênent la réduction.

Le *ligament rond*, plus ou moins distendu, persisterait d'après l'opinion la plus répandue, pendant les trois ou quatre premières années, puis disparaîtrait. Nous en avons vu persister chez des luxés de dix ans.

Les *différents groupes musculaires* sont troublés dans leurs fonctionnement. D'une manière générale, leurs insertions sont rapprochées, si bien que trop longs, peut-être, au début, ils se rétractent afin de s'adapter aux circonstances nouvelles. Cette rétraction peut être un obstacle à la réduction. Il faut, en tous cas, en tenir compte pendant les manœuvres de réduction.

De plus, les pelvitrochantériens et les fessiers, modifiés dans leur direction, ne fonctionnent plus comme dans la physiologie normale. En particulier, le petit et le moyen fessier qui, habituellement, pendant l'appui unilatéral, contre-balancent la chute du bassin du côté opposé, ne peuvent plus remplir leur office et le malade, pour ne pas tomber du côté où le bassin s'incline, est obligé de reporter le haut du corps du côté malade.

Physiologie pathologique. — Le glissement de la tête, mal maintenue dans un néo-cotyle plus ou moins bien formé, l'inaptitude des fessiers à remplir leur rôle d'arrêt, sont cause de l'instabilité si pénible de la démarche. Des contractures musculaires entrent en jeu qui maintiennent un système mal équilibré, mais à leur tour, elles sont l'occasion de violentes fatigues. D'autre part, l'articulation aux surfaces mal adaptées et mal capitonnées est le siège de douleurs et tout cet ensemble rend très misérable l'état du luxé de la hanche.

Méthodes anciennes.

Aussi, de longue date, le traitement de la luxation congénitale a-t-il tenté les chirurgiens.

Déjà, au milieu du siècle dernier, Pravaz et après lui Paci, avaient essayé d'une méthode de réduction qui ne manquait pas de logique. Ils déterminaient, par une extension continue et par une abduction intelligemment conduite, la tête à réintégrer sa cavité au cours d'un traitement qui durait des mois. Puis, ils rapprochaient le membre du plan médian du corps au cours des mois suivants. Cette longue patience du malade et du médecin fut parfois récompensée,mais un traitement si dispendieux et si incertain ne fut pas généralisé. La luxation congénitale demeurait l'opprobre de la chirurgie.

Un grand service fut rendu par Hoffa, qui arrêta la technique d'une intervention sanglante. Celle-ci creusait le cotyle, enlevait les obstacles à la réduction, modelait même la tête. Elle suscita beaucoup d'espérances et malgré que le pourcentage des décès par septicémie ait été élevé, que les récidives aient été fréquentes et que les bons résultats aient été la plupart du temps signalés par des raideurs, voire par des ankyloses, son auteur rendit, néanmoins, le service d'avoir provoqué l'occasion de biopsies. On prit vraiment connaissance de ce qui se passait dans une hanche luxée et qu'il est indispensable de bien savoir.

Méthode actuelle.

La méthode actuelle et devenue courante du traitement de la luxation congénitale de la hanche porte le nom de Lorenz, chirurgien viennois, qui l'a imaginée.

Examen. — Avant tout essai de réduction, un examen complet, détaillé, soigneux, de la hanche est indispensable, car il faut bien savoir ce que l'on va faire et aussi, ne promettre aux parents que ce que l'on peut tenir.

En présence d'un enfant qui a marché tard et qui

◆ ▶

boite de cette démarche plongeante caractéristique, en canardant, le premier geste doit être d'explorer méthodiquement les hanches.

Cette exploration doit porter sur la tête, et aussi sur le trochanter. La TÊTE, que l'on percevra par la palpation des pouces, doit se trouver normalement sur le prolongement de la ligne sus-pubienne. Elle doit sous-tendre l'artère fémorale qui passe à l'union de son tiers supérieur et de ses deux tiers externes. Dans la luxation, par comparaison surtout avec le côté opposé, on sent un vide à cet endroit.

Où est donc la tête ? Il faut une certaine pratique pour la sentir. On ne saurait s'y exercer assez.

En chargeant un aide de faire des mouvements de rotation suivant l'axe du membre en extension, on perçoit généralement celle-ci un peu au-dessus du cotyle, à la hauteur de l'épine iliaque antéro-inférieure. Cette position répond *à la position sus-cotyloïdienne pure.*

Dans d'autres cas, la tête est plus difficilement perceptible. Il faut fléchir plus ou moins la cuisse sur le bassin, la mettre en adduction et en rotation interne pour sentir la tête en arrière du trochanter. On la trouvera plus près de sa position normale dans les formes sus-cotyloïdiennes iliaques et, au contraire, très haut en arrière, dans les formes iliaques postérieures.

En même temps que la tête, la position du *trochanter* aura fait l'objet de recherches. On comparera sa *hauteur* par rapport à l'aile iliaque du côté sain et du côté présumé malade ou encore, ayant tracé la ligne bi-iliaque prolongée sur les côtés, on appréciera son siège par rapport à cette ligne, ou bien encore, on recherchera la ligne de Nélaton en se souvenant que, chez l'enfant, le trochanter, dans la position du fémur à angle droit et en abduction légère, est coupé par la ligne de Nélaton et non sous-jacent à elle, comme chez l'adulte.

Il faut encore déterminer *les rapports réciproques du trochanter et de la tête*, et c'est là qu'intervient le toucher bi et pluri-digital qui demande une certaine habitude. Le pouce étant, par exemple, placé sur la tête fémorale, les autres doigts prennent connaissance du trochanter qu'ils encapuchonnent et dont ils fixent les saillies. Un aide pratiquant différents mouvements de flexion, d'écartement, de rapprochement du membre, on pourra se rendre compte de la quantité de flexion du col et d'antéversion de la tête.

Radiographie. — Tous ces renseignements devront être confirmés ou infirmés par la *radiographie*. Encore faut-il savoir bien prendre et bien interpréter celle-ci. Il est indispensable, par exemple (ce que l'on ne fait pas toujours), de placer les membres dans une position symétrique ; or, le membre atteint de luxation congénitale a une tendance à se mettre en rotation extérieure. De ce fait, la tête, le col et le grand trochanter se trouvent l'un derrière l'autre dans la projection et leur image est plus ou moins confondue, sur la plaque, ce qui d'ailleurs, nous allons le voir, peut également répondre à leur position anatomique.

On est prévenu de cette erreur de position par la saillie plus marquée du petit trochanter qui, dans ce cas, se projette de face.

Les membres donc étant en position symétrique, on voit *du côté du fémur* qu'on a un os amoindri dans son entier, un noyau épiphysaire déplacé, un col ouvert ou fermé, ou même parfois, des protubérances osseuses anormales.

On remarque également une « éclipse » du col et du trochanter par la tête, éclipse qui tient, nous l'avons vu, à l'antéposition de cette tête, formule à peu près constante.

Du côté de l'OS ILIAQUE, on note une cavité cotyloïde dont les bords sont moins saillants, une cavité agrandie et plus ou moins comblée, cavité dont le fond présente une épaisseur plus grande. On voit, parfois, un néo-cotyle.

Enfin, on étudie les *rapports réciproques de la tête fémorale et du bassin*. 1° A l'état normal, la ligne qui passe par les deux cartilages en Y et que nous appellerons la ligne bi-Y, affleure ou coupe le haut du noyau épiphysaire. A l'état pathologique, le noyau est plus ou moins haut au-dessus de la ligne ; 2° ce noyau est, aussi, plus ou moins écarté du fond du cotyle.

Noyau et tête sont parfois simplement sur le versant supérieur, sur le toit du cotyle, dans une position appuyée ; c'est là la position sus-cotyloïdienne pure. D'autres fois, le noyau répond au rebord supérieur, ou même, se trouve en dehors, dans la *forme sus-cotyloïdienne et iliaque*. Enfin, il est parfois très en dehors, plus ou moins recouvert par l'ombre iliaque dans la *forme iliaque postérieure*.

Ces différentes notions sont du plus haut intérêt au point de vue du pronostic. Non pas que les formes les plus graves soient les plus hautes, mais la quantité de rotation, d'antéversion de la tête et les malformations osseuses doivent influencer défavorablement nos promesses aux familles.

En présence donc d'une luxation congénitale de la hanche certaine et d'une forme déterminée, la réduction s'impose.

Quand la réduction s'impose-t-elle ? A quel âge opérer ?

Il est accoutumé de dire que l'âge optima du traitement de la luxation est de quatre à six ans. C'est là une formule désuète.

Limite inférieure. — Il faut opérer dès que l'enfant est suffisamment propre et, si l'on pouvait, il faudrait opérer avant. M. Kirmission croit qu'avant quatre ans, le col trop court empêche la réduction de tenir. Ce n'est pas notre avis. La seule raison d'attente a trait à la propreté de l'enfant. Si l'on admet, en effet, que des déformations secondaires viennent assez rapidement et progressivement s'ajouter aux déformations congénitales, il y a intérêt à ne pas les laisser se développer. D'autre part, il y a

avantage, en cas de récidive, à pouvoir recommencer la réduction et à donner tous les soins pendant la période où l'infirmité est curable. Il y a, en effet, un âge limite supérieur. Donc, il faut opérer au plus tôt, c'est-à-dire entre dix-huit mois et deux ans et demi.

Limite supérieure. — Quant à la limite supérieure, on a l'habitude de la fixer autour de huit ans pour les formes unilatérales et de six pour les formes doubles.

A vrai dire, ce chiffre représente seulement l'âge auquel on peut encore espérer un résultat complet et parfait, mais on serait coupable de ne pas tenter ensuite d'autres formes de traitement du même ordre qui donnent encore des demi-succès.

QUELLES SONT LES FORMES QU'IL CONVIENT D'OPÉRER ?

Une forme que nous avons vu quelquefois laisser pour compte, est celle dans laquelle la tête nage dans un cotyle de longueur disproportionnée, un cotyle de forme ellipsoïde, fait en somme, de l'ancien et du nouveau cotyle confondus. Pour notre part, nous avons repris de ces luxations et obtenu un bon résultat quand l'enfant était encore jeune. On ne sait jamais, en effet, comment les surfaces remises en présence réagiront et la radiographie n'est qu'une apparence qui ne nous révèle pas des détails de constructions cartilagineuses peut être encourageants.

D'autres formes sont parfois abandonnées : telles les sus-cotyloïdiennes résultant d'une première tentative. Cela tient à ce que la sus-cotyloïdienne appuyée donne souvent lieu à un minimum de troubles physiologiques. Quelques auteurs déclarent qu'il faut s'en tenir à ce résultat approché. Pourtant, le mieux n'est pas l'ennemi du bien. Il faut, au contraire, revenir à la charge et essayer, quand l'âge le permet, de transformer un demi-résultat en un résultat complet.

EN QUOI CONSISTE LA MÉTHODE DE LORENZ ? Essentiellement dans le maintien du membre, durant un certain temps, dans une position favorable au creusement du cotyle et à la reconstitution de l'article sous l'influence de la position et de l'effort musculaire.

1° *Le creusement.* — Cette position est l'abduction-flexion qui utilise l'action des pelvi-trochantériens et des autres muscles iléo-fémoraux ou ischio-tibiaux dans une direction normale au plan du bassin. Lorenz comptait encore sur le poids du corps, car il faisait marcher ces malades, pratique à laquelle certains ont renoncé pour différentes raisons.

2° *La barrière cartilagineuse.* — Du creusement ne dépend pas uniquement le maintien de la réduction. D'autres facteurs interviennent : d'abord il est possible, comme l'a vu Nové-Josserand que *le fibro-cartilage* attiré à la suite de la tête se reconstitue en une barrière postéro-supérieure.

3° *La rétraction de la capsule.* — Ce qui est sûr, c'est que, obéissant à ce principe qui veut que des ligaments dont les extrémités d'insertion sont rapprochées, se resserrent, la capsule se rétracte en arrière et en haut. Sa partie supérieure et antérieure se rétractera de même ultérieurement sous l'influence de la deuxième position que l'on donne au membre.

4° *Le ligament de Bertin.* — Enfin, il n'est pas dit que la rétraction du ligament de Bertin, lequel se trouvait inutile en dedans de la tête luxée et qui, dans sa nouvelle position, franchit en sautoir la tête réduite, ne concourt pas pour une part importante au maintien de la réduction.

(*A suivre*)

CHRONIQUE OBSTÉTRICALE

La pathologie de la grossesse.

Encore qu'elle ne soit, au demeurant, qu'un état parfaitement physiologique, la grossesse conditionne souvent des perturbations organiques et fonctionnelles qui lui appartiennent en propre et qui constituent un chapitre important, auquel convient exactement le titre que nous donnons à cette chronique.

La plus anciennement et la mieux connue de ces perturbations est cliniquement représentée par l'albuminurie gravidique, qui aboutit fréquemment, si elle n'est pas dépistée et sévèrement soignée, à la si souvent fatale éclampsie.

On a longtemps considéré que le rein était l'organe essentiellement intéressé dans la pathogénie de l'albuminurie gravidique. Les facilités d'exploration fonctionnelle des grands viscères abdominaux, que nous donnent les méthodes nouvelles, basées elles-mêmes sur une plus rigoureuse compréhension des actes biologiques, montrent que, dans la pathologie de la grossesse, un rôle des plus importants appartient au foie.

L'interprétation de ces faits demeure des plus obscures. Si l'on admet, avec Bar, que les rapports de la mère et du fœtus réalisent une symbiose harmonique homogène, il n'en demeure pas moins que la gestation semble, dans certains cas, déterminer une sorte de rupture dans l'équilibre physiologique de l'organisme maternel, à la faveur de laquelle se forment des produits de nature toxique, qui s'accumulent d'autant plus volontiers que les éliminations sont ralenties et insuffisantes, et qui sont la source d'auto-intoxications, susceptibles de frapper presque spécifiquement la cellule hépatique, d'en troubler le fonctionnement, et de déterminer l'insuffisance de l'organe, avec toutes ses conséquences.

Ces conséquences peuvent être très graves, et entraîner même la mort.

MM. Labbé, Hutinel et Nepveux viennent d'en publier une observation très intéressante et très instructive. Elle concerne une femme de 24 ans,

sans passé pathologique, qui, au septième mois d'une grossesse, fut atteinte de céphalée, de dyspnée, de tachycardie, d'épigastralgie et de vomissements incoercibles, ayant d'autant plus facilement évoqué tout d'abord l'idée d'urémie que ses urines avaient renfermé de l'albumine. Plus tard, l'albumine en disparut, mais leur analyse révéla une acidose prononcée (acétonurie, réactions fortes de Gerhardt et de Legal, ammoniaque et acides aminés en forte proportion). Malgré l'énergie de la thérapeutique, qui va jusqu'à l'évacuation de l'utérus, les symptômes s'aggravent rapidement, et la femme succombe dans le coma. Si l'autopsie ne montre aucune lésion apparente, l'examen histologique révèle une dégénérescence profonde du foie, qui se retrouve, d'ailleurs dans le foie du fœtus. Il s'est donc agi, en définitive, d'une grave insuffisance hépatique (1).

Cette observation emprunte en grande partie son intérêt à la façon rigoureuse et très complète dont elle a été recueillie. Elle met en lumière un signe sur lequel les auteurs appellent l'attention, la dyspnée intense, que ne justifie aucune lésion broncho-pulmonaire et qu'ils qualifient, par cela même, de dyspnée *sine materia*, et qui serait caractéristique de l'acidose. Elle n'est pas isolée ; d'autres cas semblables s'y superposent, et leur ensemble a donné à MM. Crainicianu et Popper l'idée de procéder systématiquement à la recherche de l'état fonctionnel du foie des femmes enceintes admises dans leur clinique (2).

Délaissant comme sujettes à caution les épreuves basées sur le fonctionnement glycogénétique du foie et sur le dosage de l'urée, de l'ammoniaque et des acides aminés urinaires, ils ont tenu pour valable la découverte de l'urobilinurie et des pigments biliaires dans les urines, ainsi que la toute récente épreuve de l'hémoclasie digestive, dont la connaissance est due à l'école du professeur Widal.

Ils ont choisi comme sujets d'expérience des femmes n'ayant aucun passé hépatique, ancien ou récent. Chez 20 % d'entre elles, ils ont trouvé une rétention des sels biliaires accompagnée toujours soit de pigments vrais, soit d'urobiline, celle-ci n'étant à la vérité qu'un pigment biliaire modifié.

L'épreuve de l'hémoclasie digestive a été encore plus concluante : elle a été positive dans 33 % des cas examinés. La crise a été, dans quelques cas, la seule manifestation du trouble hépatique, aucun autre signe urologique de rétention n'ayant alors été constaté.

« Ainsi donc, fréquemment, disent-ils, au moins « dans un tiers des cas, il y a chez ces femmes « une insuffisance latente du foie qui ne peut être « mise en évidence que par des réactions très fines « et surtout par l'hémoclasie. De cette insuffisance « légère, qui constitue un fait très important pour « la physiologie de la grossesse, et jusqu'aux cas « où il se produit une insuffisance très grave, mor- « telle, il y a tous les intermédiaires qui traduisent « la lésion plus ou moins profonde de la cellule « hépatique. »

Leur conclusion pratique, c'est que la femme enceinte doit, par une hygiène et une alimentation rationnelles, éviter toute cause d'intoxication. Subsidiairement, le chloroforme, dont on connaît maintenant l'action nocive sur le foie, ne doit pas être employé comme anesthésique général au cours de la grossesse, non plus que l'éther. On leur préférera le mélange protoxyde d'azote-oxygène.

***

Si la cause toxique de cette insuffisance hépatique demeure mystérieuse et inconnue, en général, il est cependant des cas où elle peut être rapportée à une infection définie. Cette infection a pour agent le coli-bacille. La localisation du coli-bacille sur le foie et sur les voies biliaires, ainsi que sur d'autres organes, n'est qu'un stade avancé de cette infection.

Ainsi que le fait remarquer M. Vaudescal, elle est précédée du passage de l'agent pathogène dans la circulation sanguine. Des ensemencements positifs du sang ont prouvé, en effet, l'existence de la bactériémie, préalablement aux localisations, quelles qu'elles soient (1).

C'est à cette bactériémie qu'il convient, selon l'auteur, d'attribuer ces états mal définis jusqu'alors et qu'on désignait sous le nom de fièvre propre à la femme enceinte ou récemment accouchée.

La constipation par stase ou par parésie intestinale est le point de départ de cette infection sanguine, qui peut se limiter à quelques accès subfébriles, avec frissons légers, état saburral des voies digestives, inappétence, donnant l'impression d'un banal embarras gastrique ; mais qui peut aussi revêtir la physionomie d'une grave pyrexie : tuberculose aiguë, fièvre typhoïde, grippe.

A noter que la bactériémie s'accompagne de colibacillurie, cette notion comportant une intéressante déduction thérapeutique.

Mais l'infection, quand elle est aussi prononcée, n'en reste pas là, et elle se localise sur quelque organe. Nous avons signalé la localisation aux voies biliaires et au foie. L'appendice et le rein sont les autres organes de prédilection du colibacille.

L'appendicite coli-bacillaire, au cours de la grossesse, ne diffère pas sensiblement, au point de vue clinique, de l'appendicite ordinaire : M. Vaudescal signale cependant le déplacement du point de Mac Burney, dû au développement de l'utérus. Quoiqu'il en soit, les auteurs s'accordent généralement pour recommander l'appendicectomie, pour peu que les accidents se montrent menaçants.

(1) *Paris médical*. 28 mai 1921).
(2) *Presse médicale*, 28 mai 1921.)

(1) *L'Hôpital*, mai 1921. B.

(1)

L'atteinte des canaux et réservoirs biliaires se manifeste par de l'angiocholite intra ou extra hépatique, et par de la cholécystite. Cliniquement, ces affections se traduisent par la fièvre biliaire rémittente ou intermittente, quelquefois continue (septico-biliaire). Comme précédemment, l'auteur conseille de recourir à l'examen des urines, où l'on recherchera l'urobiline et les pigments biliaires, ainsi qu'à l'épreuve de l'hémoclasie, pour dépister la véritable origine des troubles constatés, et juger la valeur fonctionnelle du foie.

Enfin, la pyélo-néphrite est la plus fréquente des affections gravidiques dues au coli-bacille. L'émission de pus par les urines est précédée d'une période dans laquelle l'état général est surtout atteint (frissons, fièvre, céphalée, inappétence, prostration, vomissements). Ces symptômes s'atténuent lorsque la suppuration s'est établie.

La recherche des points urétéraux complètera l'indication donnée par le pus urinaire. Elle sera surtout possible sur le point inférieur. Le cathétérisme des uretères précisera ensuite le côté atteint, le droit habituellement, en même temps qu'il permettra l'évacuation du bassinet.

Comme précédemment, l'hygiène et l'alimentation de la femme enceinte sont les meilleurs préventifs de la colibaccillose. On y ajoutera la lutte contre la constipation, l'antisepsie intestinale. Quand la localisation de l'infection est réalisée, on traite l'appendicite par l'intervention chirurgicale, ainsi que nous l'avons indiqué, d'après M. Vaudescal. La cholécystite cède souvent au traitement médical. Cependant, là encore, l'acte opératoire peut être commandé par les circonstances.

Quant à la pyélo-néphrite, elle réclame les diurétiques, l'antisepsie urinaire (uroformine), la distension vésicale, le cathétérisme urétéral.

Enfin, la vaccinothérapie pourra être mise en œuvre, au moyen d'un auto-vaccin préparé avec les germes recueillis dans les urines. C'est une médication active et efficace. Cependant, elle peut entraîner une violente réaction du foie, qui se congestionne, en même temps qu'apparaissent des vomissements. Le sérum glucosé urotorminé viendra rapidement à bout de ces accidents de nature toxique.

***

Ces travaux ouvrent des horizons très vastes à la perspicacité du praticien. Ils contribuent en effet à préciser certains éléments de la pathologie de la grossesse, et, en donnant les moyens de les reconnaître, ils permettent de leur appliquer opportunément le traitement qui leur convient et qui en triomphe.

G. DUCHESNE.

A TRAVERS LA PRESSE

Les cures thermales sulfurées pour syphilitiques associées à la médication iodo-hydrargyrique.

Ce n'est plus à titre de traitement d'épreuve de la syphilis que les cures thermales sont prescrites, mais à raison d'une double propriété qu'elles possèdent. D'une part, elles redressent l'état constitutionnel du syphilitique et remontent son état général. D'autre part, elles accroissent considérablement la puissance d'action du mercure, qui demeure, en dépit des arsenicaux, le traitement de fond de la syphilis.

En effet, le mercure introduit dans l'organisme, s'y combine avec le chlorure de sodium des humeurs pour former un chlorure double de mercure et de sodium, lequel forme, avec l'albumine tissulaire, un albuminate immobilisé. Le soufre des eaux sulfurées transforme cet albuminate insoluble en sulfate soluble, plus facilement absorbé et dont l'excès s'élimine aisément.

M. PELON, qui a la grande expérience des eaux de Luchon, y combine la cure sulfurée au traitement mercuriel, au profit des syphilitiques qui fréquentent cette station.

Il ordonne des injections intra-veineuses, ou intra-musculaires, de cyanure ou de bibromure de mercure. Il ne manque pas d'y associer l'iodure de potassium, dans les formes secondaires avec infiltration des tissus lésionnés, aussi bien que dans le tertiarisme.

Il se trouve particulièrement bien d'injections quotidiennes de 3 cmc. d'iodogyre, par séries de cinq jours, répétées trois fois et séparées par un repos de même durée.

L'iodogyre est une excellente combinaison iodo-mercurielle.

Aux malades qui n'acceptent pas les injections, soit qu'ils les supportent mal, soit que des raisons sociales les empêchent de s'y soumettre, il recommande le lipogyre, à raison de 4 à 8 comprimés par jour, parfaitement tolérés par l'estomac et l'intestin.

« Les cas de syphilis qu'il m'a été donné de « traiter à Luchon par l'iodogyre et le lipogyre « me font considérer ces deux préparations comme une méthode active et commode d'administration synthétique des trois grands agents « spécifiques (mercure, iode, arsenic), au cours « de la cure hydro-minérale sulfurée. » (*Gaz. des Hôp.*, 1921, nº 35.)

Forme somnolente de la méningite tuberculeuse chez l'adulte.

Par ces temps où l'encéphalite léthargique tient une place relativement importante dans la morbidité, il est intéressant de signaler l'é-

tude de M. David, basée sur trois observations récentes, dont l'une d'elles lui est personnelle.

La somnolence est, ici et là, le symptôme capital. Mais, alors que, dans l'encéphalite, on en peut tirer le malade qui reprend momentanément toute sa lucidité, et répond clairement aux questions qu'on lui pose, dans la méningite, il persiste un état d'hébétude, un retard dans les perceptions, une obnubilation intellectuelle aboutissant rapidement à un coma profond et mortel.

C'est, en effet, un des autres caractères de la méningite tuberculeuse à forme somnolente, que cette rapidité d'évolution qui juge la situation en quelques jours (8 à 15).

En dehors des signes cliniques qui permettent de faire le diagnostic différentiel, on pratiquera la ponction lombaire qui éclairera la situation d'une façon très précise. Le liquide céphalo-rachidien de l'encéphalite est hyperglycorrachique ; celui de la méningite est hypertendu, avec hyperalbuminose, lymphocytose abondante et souvent bacilles de Koch. (*Journ. des Sc. Méd. de Lille*, 17 avril 1921.)

La submersion intra-utérine.

Le fœtus à terme qui souffre, soit avant, soit pendant l'accouchement, peut faire des mouvements respiratoires prématurés qui font pénétrer le liquide amniotique, pur ou souillé de mœconium, dans les voies respiratoires et déterminent la mort par submersion.

La souffrance du fœtus est tantôt spontanée (insuffisance de la circulation placentaire par décollement prématuré, compression du cordon, contracture de l'utérus), tantôt provoquée par les manœuvres obstétricales au cours de l'accouchement (version podalique, excitations cutanées sur le tronc).

Quoi qu'il en soit, écrit M. Duvoir, il est intéressant de reconnaître cette cause de mortalité fœtale. On y réussira en pratiquant l'examen microscopique de coupes du poumon, qui montreront la présence du mœconium, de poils et duvets, de cellules cornées, de granulations pigmentaires.

L'intérêt de cette recherche est médico-légal : on différencie ainsi la mort naturelle par submersion intra-utérine de la mort criminelle par submersion dans un récipient contenant les liquides de l'accouchement.

Au point de vue obstétrical, il est également important de connaître l'éventualité de la submersion intra-utérine : on découvre ainsi la cause de certains cas de morti-natalité jusqu'alors obscurs. En outre, on y trouvera parfois l'indication de terminer rapidement l'accouchement, « lorsque le fœtus donne des signes de souffrance, « les manœuvres obstétricales ayant infiniment « moins d'importance dans l'étiologie de l'as- « piration du liquide amniotique, que l'insuffi- « sance prolongée de la circulation placentaire « et ombilicale. » (*La Médecine*, avril 1921.)

Les antithermiques dans la grippe.

M. Garrigues considère les antithermiques, dans la grippe, comme inutiles et même dangereux, La fièvre, dit-il, est salutaire en ce qu'elle stérilise l'organisme par la chaleur et le débarrasse des germes infectieux. Il n'en reste pas moins partisan des bains et des enveloppements humides, ainsi que des sérums et plasmas, qui agissent non comme antithermiques proprement dits, mais qui font de la sédation, de la révulsion, qui provoquent la diurèse, ou qui (sérums) agissent sur l'organisme en augmentant ses moyens de défense (*Gaz. des Hôp.*, 1921, n° 30.)

Le diagnostic de l'ulcère de l'estomac.

Si l'on s'en tenait exclusivement à la symptomatologie classique : syndrome pylorique, hyperchlorhydrie, hématèses, mélæna, on risquerait fort de passer à côté de cas d'ulcère de l'estomac et de les prendre à tort pour être d'origine purement fonctionnelle pithiatique.

C'est ainsi que M. Dossin a soigné deux malades, dont le premier ne présenta jamais la moindre hémorragie même occulte, et dont l'autre sécrétait un suc gastrique achlorhydrique. L'opération montra cependant chez chacun d'eux l'existence d'un bel ulcère juxta-pylorique. (*Liége Médical*, 16 avril 1921.)

Pour arriver autant que possible à une précision diagnostique, on procédera à un examen très complet du malade. La durée de l'affection est une forte présomption en faveur d'une lésion organique ; on notera le type et l'horaire des douleurs, la nature des vomissements, l'état de l'appétit, le fonctionnement de l'intestin, les hémorragies (hématémèse et mélæna), quand elles sont macroscopiquement perceptibles.

Objectivement, on recherchera la douleur et sa localisation : un point douloureux circonscrit au pylore ou à la petite courbure prend une signification positive, à condition d'éliminer la dyspepsie secondaire à une lithiase biliaire latente et méconnue. On notera également la dilatation de l'organe et son clapotement à jeun.

L'examen clinique sera complété par une étude du contenu gastrique à jeun et après repas d'épreuve : l'hyperchlorhydrie plaide en faveur de l'ulcère. On s'assurera que ce contenu ne renferme pas des traces de sang. La même recherche sera pratiquée sur les matières fécales.

La radioscopie sera mise à contribution. Dans un grand nombre de cas, elle contribue à éclairer le diagnostic.

Par la mise en œuvre de tous ces procédés d'investigation, on réussira à dépister le plus grand nombre d'ulcérations de l'estomac, même quand les signes cardinaux font défaut.

L'extrait de corps jaune contre les vomissements de la grossesse.

M. Cheinisse expose la substance des plus récents travaux sur cette question. Il en résulte que l'extrait de corps jaune donnerait des résultats très nettement positifs dans le traitement des vomissements de la grossesse. L'auteur américain, M. Hirst, auquel il fait les plus larges emprunts, emploie une solution de 2 cgr. d'extrait de corps jaune dans 1 cmc. d'eau salée endo-veineuse, à raison de 2 cmc. tous les deux jours, dans les cas moyens. Dans les cas graves, on fera une et même deux injections par jour. La dose totale utile est de 12 cgr. de corps jaune. Cette méthode ne provoquerait ni élévation de température, ni infection, ni réaction anaphylactique. Sa seule contre-indication est le goitre. Une statistique importante donne 89,2 % de résultats favorables, dont 65 guérisons et 34 améliorations (*Presse Méd.*, 16 avril 1921.)

L'anesthésie à la syncaïne.

Il s'agit de l'anesthésie par la voie rachidienne. M. R. Bloch donne la préférence à la syncaïne, infiniment moins toxique que la cocaïne, et on adopté la technique suivante, qui ne risque pas d'entraîner une action directe de l'anesthésique sur les centres bulbaires. Une demi-heure avant l'opération, injection de morphine et injection de caféine (non indispensables). Ponction lombaire au lieu d'élection avec l'aiguille de Delmas, et soustraction d'au moins 30 cmc. de liquide céphalo-rachidien recueilli dans une éprouvette. Puis, injection intra-rachidienne brusque de 12 cgr. de syncaïne (anesthésie d'une heure et demie) à laquelle il ajoute 1/4 de milligr. d'adrénaline.

« Avant de pousser l'injection, il faut vérifier la bonne position de l'aiguille en aspirant un peu de liquide dans la seringue, car, en ajustant celle-ci, on a pu déplacer involontairement l'aiguille à ponction lombaire ; cette petite précaution évitera la principale et la plus fréquente cause d'échec. » (*Presse Méd.*, 20 avril 1921.)

G. D.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

Paris

Interventions opératoires dans les arthrites chroniques déformantes.

(M. Lejars. — *Académie de médecine.*)

Lorsque l'arthrite chronique déformante survient chez un individu encore assez jeune, il peut y avoir intérêt à tenter une cure chirurgicale. Sans être curatrice, l'intervention opératoire est susceptible d'amener une amélioration considérable des troubles douloureux et de l'état fonctionnel et, à ce titre, elle est légitime et bienfaisante.

On peut recourir, en pareil cas, à divers modes opératoires : l'arthrotomie avec ablation de corps étrangers, la synovectomie partielle, le redressement par ténotomie et la résection. C'est surtout la résection qui est intéressante. Elle coupe généralement court aux douleurs et enraye le processus local. Ses résultats semblent durables.

M. Lejars apporte, à l'appui, 3 nouvelles observations.

Tuberculose ostéo-articulaire et accidents du travail.

(M. A. Broca. — *Académie de médecine.*)

La tuberculose ostéo-articulaire peut-elle se présenter comme une suite d'accident du travail, une conséquence d'un traumatisme ? M. Broca ne le croit pas. On ne voit pas, en effet, un trauma indiscutable, une fracture, une luxation, être suivi, même chez un phtisique avéré, de tuberculose dans le foyer traumatique. Généralement, les traumas incriminés sont des contusions, des entorses, des mouvements « forcés », des « faux mouvements ». En réalité, le malade a déjà une lésion bacillaire ostéo-articulaire antérieure, dans la majorité des cas.

Le traumatisme aggrave-t-il cette lésion (la loi, dans cette éventualité, doit jouer à plein, puisqu'elle ne tient pas compte de l'état antérieur) ? Un trauma violent peut aggraver une tuberculose ostéo-articulaire. Il n'en va plus de même, dit l'auteur, des « faux mouvements », si souvent invoqués par les intéressés. Après trauma vrai, la filiation doit être admise s'il y a continuité des accidents, évolution progressive des troubles.

Lésions de la muqueuse utérine produites par le radium.

(MM. Tuffier et Letulle. — *Académie de médecine.*)

Chez une femme ayant subi deux applications de radium dans la cavité utérine et opérée ultérieurement par M. Tuffier, M. Letulle a pratiqué une

série d'examens anatomo-pathologiques de la pièce enlevée, dans le but d'établir l'état de la muqueuse utérine après traitement radiumthérapique. Il s'agissait d'un utérus fibromateux,

M. Letulle constata deux ordres de lésions. D'abord une transformation fibrinoïde, des escharres fibrinoïdes, ayant résisté longtemps aux afflux leucocytaires chargés de leur élimination (la dernière application de radium remontait à 8 semaines). En outre, une absence de thrombose des vaisseaux compris dans l'escharre, source possible d'hémorrhagies au moment de la chute des dites escharres. L'ensemble de ces lésions doit, également, rendre facile les infections microbiennes secondaires.

Vitiligo et syphilis.

(M. MILIAN. — *Société médicale des hôpitaux.*)

Depuis les travaux de Pierre Marie, on tend à admettre que le vitiligo est une affection d'ordre syphilitique. Mais, par quel processus la syphilis détermine-t-elle les placards du vitiligo ?

M. MILIAN pense que la leucomélanodermie du vitiligo est consécutive à une syphilide érythémateuse fruste, et il présente un malade à l'appui de son opinion. Chez ce patient, on trouve, effectivement, quelques nuages érythémateux à côté des nappes leucomélanodermiques, et une disposition polycyclique des lésions, semblable à celle des syphilides.

L'origine syphilitique du diabète.

(MM. MARCEL PINARD et VELLUOT. — *Soc. médicale des hôpitaux.*)

Divers auteurs, Fournier entre autres, ont pensé jadis que le diabète pouvait être, dans une certaine mesure rattaché à la syphilis. MM. Marcel Pinard et Velluot ont étudié à leur tour cette intéressante question de l'origine syphilitique du diabète. Recherchant la spécificité chez 23 malades atteints de diabète (pris, il est vrai, dans un milieu un peu spécial), ils l'ont trouvée dix fois nettement caractérisée et cinq fois probable, soit une proportion de 65 % des cas. Ils se montrent enclins, dès lors, à admettre l'origine syphilitique du diabète. Cette notion expliquerait, disent-ils, divers symptômes observés chez les glycosuriques, comme l'aréflexie, les paralysies oculaires, les monoplégies, les maux perforants, les sciatiques, certaines associations morbides, avec l'angine de poitrine, l'asthme. Elle éclairerait aussi la pathogénie du diabète conjugal.

M. COMBY a vu le diabète dans la syphilis acquise, chez l'adulte, et dans l'hérédo-syphilis, chez l'enfant. Il rappelle un cas qu'il a observé il y a 20 ans avec M. Weil-Mantoux. Il s'agissait d'un homme de 40 ans atteint de gommes phagédéniques et de diabète sérieux. Le traitement spécifique (mercuriel et iodure) amena la guérison à la fois des syphilides et du diabète.

M. MARCEL LABBÉ reconnaît l'importance de la question. Pour la résoudre, toutefois, il faudrait non pas 23, mais de très nombreuses observations. Personnellement, bien que son expérience en matière de diabète soit grande, il n'a pas encore pu constater une seule fois l'action du traitement antisyphilitique chez un de ses malades diabétiques.

M. SICARD ne pense pas que l'on puisse tirer argument des troubles nerveux rencontrés chez les diabétiques. Ils ne sont pas assimilables aux accidents de la neuro-syphilis. Le diabétique a des algies névritiques, sans fulgurances, n'a pas de crises gastriques, ni de Romberg, ni de signe d'Argyll, pas de maux perforants, pas d'arthropathies. Il est évident que la syphilis et le diabète, qui sont deux affections fréquentes l'une et l'autre, peuvent coïncider. C'est ainsi que les maux perforants, chez les glycosuriques, sont dus à une syphilis concomitante.

M. DUFOUR remarque que la théorie de l'origine syphilitique du diabète n'est pas nouvelle. En 1904, il l'a soutenue lui-même. Depuis, il est vrai, l'observation plus prolongée intervenant, la constatation, par exemple, chez des diabétiques de la survenance d'un chancre syphilitique, ont modifié ses idées.

Les paralysies diphtériques relèvent-elles de la toxine diphtérique.

(M. BABONNEIX. — *Société méd. des hôpitaux.*)

Depuis 1903, M. Rist, dans une série de travaux, a mis en avant une pathogénie spéciale des paralysies diphtériques, tout au moins des formes tardives de ces paralysies. Selon lui, les paralysies diphtériques tardives sont produites, non par la toxine soluble, mais par une endotoxine adhérente aux corps bacillaires. Le sérum anti-diphtérique n'exercerait le plus souvent aucune action, préventive ou curative, sur la paralysie, ce qui éliminerait le rôle pathogène de la toxine. De plus, on pourrait obtenir des paralysies par injection de corps bactériens.

M. Babonneix ne partage pas l'avis de M. Rist sur ce sujet. L'inefficacité du sérum sur les paralysies diphtériques, remarque-t-il, n'est nullement prouvée. D'autre part, les sérums anti-bactériens ne semblent pas avoir donné de résultat dans le traitement de cette complication de la diphtérie.

Encéphalite épidémique avec Wassermann positif.

(MM. DUHOT et CRAMPON. — *Soc. méd. des hôp.*)

MM. Duhot et Crampon rapportent six observations d'encéphalite épidémique avec réaction de Wassermann positive. Le diagnostic d'encéphalite épidémique a été basé, dans tous ces cas, à la fois sur la connaissance des antécédents, l'évolution clinique de la maladie, l'examen chimique et cyto-

logique, la réaction au benjoin colloïdal, la guérison sans traitement spécifique dans les formes bénignes ou l'absence de modification malgré ce traitement dans les formes malignes. Il semble donc que le caractère positif d'une réaction de Bordet-Wassermann ne soit pas suffisant pour permettre d'affirmer la nature syphilitique d'une affection considérée comme encéphalite épidémique possible.

Gangrène pulmonaire traitée par le sérum.

(M. NETTER. — *Soc. méd. des hôp.*)

M. Netter relate l'observation d'un malade atteint de gangrène pulmonaire, chez lequel les sérums antigangréneux de Weinberg ont amené une guérison rapide, adjoints, il est vrai, à un abcès de fixation. P. L.

BIBLIOGRAPHIE CRITIQUE

Revue des Livres.

Chez J. B. BAILLIERES, et fils,

19. rue Hautefeuille, Paris.

Dr Jean FÉLIX. — **Du scepticisme en médecine: Essai sur la méthode.**

Ouvrage très attachant et qui pose d'une façon originale la question du scepticisme médical. Dans un style serré et lucide, l'auteur établit, en les illustrant d'exemples familiers à tous les médecins, les raisons de leur scepticisme naturel qui doit devenir pour lui un scepticisme critique, base de la méthode. Il donne même cinq règles d'application pratique et qui paraissent assez générales pour tout comprendre.

Quoique M. Félix s'appuie sur ce qu'il appelle le scepticisme naturel du médecin, ses idées susciteront les objections, qu'il souhaite d'ailleurs. Elles abordent des questions précises et bien actuelles, comme la réforme de l'enseignement anatomique, la rédaction de la littérature médicale, les applications propédeutiques. Les philosophes trouveront là une notion nouvelle et que seul un médecin, semble-t-il, pouvait leur fournir. Les médecins y reconnaîtront, heureusement analysés, la plupart des procédés habituels de leur esprit. A signaler parmi les pages les plus intéressantes la fine psychologie du doute médical.

Chez A. MALOINE et fils, éditeurs,

27, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris.

Edouard JUNG. — **Le Darwinisme et notre santé. Les bases scientifiques de l'hygiène et de la médication naturiste.**

Monographie qui tend à exalter le naturisme, susceptible d'être formulé en une théorie synthétique de notre résistance aux affections et de notre lutte contre la maladie, science basée sur l'exercice intégral de nos fonctions organiques dans la proportion voulue par nos adaptations héréditaires. A l'agent morbide, la guerre par les thérapies spécifiques (sérothérapie, radiothérapie, chirurgie, etc.) ; à l'organisme, les conditions d'existence normales, le naturisme.

Dr J. PESCHER. — **L'entraînement respiratoire par la méthode spiroscopique.**

Le Dr J. Pescher, à qui l'on doit la nouvelle méthode d'entraînement respiratoire par le « Procédé de la bouteille » et la méthode *spiroscopique*, qui en est l'application scientifique et le perfectionnement, vient d'écrire, sur cette importante question, sous le titre ci-dessus, un ouvrage d'ensemble, qui complète et met au point ses nombreuses publications antérieures.

En 27 chapitres, illustrés de figures originales et remplis d'observations intéressantes, le nouvel entraînement est envisagé sous tous ses aspects.

L'auteur passe en revue successivement, pour chaque maladie : la *technique, les modalités, la posologie* et *la progression* des exercices, avec leurs applications innombrables en hygiène, en prophylaxie, en médecine infantile, en médecine générale et en chirurgie.

Méthode de douceur et de précision, permettant d'améliorer la respiration et l'hématose, en toutes circonstances, mais particulièrement chez les malades qui en ont le plus besoin, la *spiroscopie* donne, dans une foule de cas, les résultats les plus heureux et même les plus inattendus — résultats vérifiés aujourd'hui de tous côtés et reconnus par tous.

C'est par milliers, à l'heure actuelle, qu'on pourrait compter les patients ayant bénéficié de la méthode.

En faisant connaître ces faits, dont un bon nombre, inédits et de grande portée, seront une révélation pour le monde médical, le livre de Pescher aura un retentissement légitime et rendra les plus grands services. G. S.

PARTIE PROFESSIONNELLE

MÉDECINE SOCIALE

Le projet de loi assurance maladie-invalidité-retraites.

Nous analysons aujourd'hui le projet de loi, comme s'il devait être voté, nous réservant, pour un prochain article, de faire la comparaison entre les différents systèmes d'organisation théorique des services médicaux des collectivités. Nos confrères pourront ainsi juger en connaissance de cause et documents en mains, pour aboutir, non pas à de grands discours, mais à des contre-propositions pratiques, qui seront soumises au législateur au commencement d'octobre, par l'intermédiaire des Syndicats médicaux de France.

Le mécanisme financier du projet de loi, en ce qui concerne les frais médicaux et pharmaceutiques, est conçu sur les bases suivantes :

Une somme forfaitaire annuelle est versée au syndicat médical : nous croyons savoir que les calculs des actuaires du ministère du travail ont prévu un chiffre de 72 fr. par an et par tête, non pas d'assuré, mais d'ayant droit : ce qui veut dire que si une famille, dont le chef est assuré comprend la femme et deux enfants, c'est quatre fois 72 francs par an qui sera versé au syndicat médical.

Ce chiffre de 72 francs comporte les frais médicaux et pharmaceutiques ; il convient donc que nos groupements professionnels puissent établir le quantum qui doit revenir aux médecins et celui qui sera versé aux syndicats pharmaceutiques, pour le payement des ordonnances médicales. De même devra être envisagée la situation de ceux de nos confrères de campagne qui, propharmaciens, délivrent des médicaments à leurs clients et devront, par conséquent, toucher simultanément des honoraires du syndicat des médecins et de celui des pharmaciens.

Le chiffre forfaitaire annuel, versé aux syndicats médicaux, servira à rémunérer le travail médical, qui comprendra les consultations au cabinet, les visites en ville, ou à la campagne, les visites de nuit, les interventions de petite et moyenne chirurgie, les accouchements.

Ne sont pas compris dans ce forfait les opérations de grande chirurgie, ni les examens de laboratoire, pour lesquels un tarif spécial sera prévu. Mais, ici, nous aurons à demander qu'il soit bien précisé que ce tarif devra être établi d'accord entre les caisses régionales et les syndicats médicaux ; nous consentons à faire un contrat de louage de services : nous avons donc, comme tout travailleur, le droit de discuter librement les conditions de travail et de rémunération qui nous sont faites. D'après le projet de loi, nous ne serons pas les employés de l'Etat, c'est-à-dire des fonctionnaires, puisque les caisses locales devront contracter avec nos syndicats médicaux ; mais nous serons les employés de nos groupes corporatifs, qui auront contracté en notre nom et qui auront à fixer, comme étant nos mandataires, les conditions de rémunération, de travail et de contrôle.

Remarquons que le projet de loi rompt franchement avec les errements passés : ce service public des assurances sociales n'est pas « étatisé », mais « syndicalisé » et nous aurons tendance à devenir, non les fonctionnaires de l'Etat, mais les employés, les salariés de nos syndicats médicaux.

Or, à notre avis, cette conception législative doit empêcher tout contrat passé entre une caisse locale et un médecin isolé, n'y aurait-il qu'un médecin dans la commune. En effet, si la concurrence est permise et que la sous-enchère entre médecins soit possible, pour obtenir, pour un seul, le monopole des soins à toute une commune ou à un canton, nous retomberons dans les errements actuels de la Mutualité, errements que le corps médical tout entier a dénoncés de tout temps, vu les mauvais résultats qu'ils ont donnés, tant pour la dignité des médecins que pour la qualité des soins prodigués aux mutualistes. Nous allons même plus loin et nous nous demandons s'il convient de laisser chaque syndicat local traiter avec la caisse d'assurance. Pour les questions d'organisation du service médical local, oui ; pour les honoraires et les grandes lignes du service, non.

Sont prévues 20 à 25 caisses générales pour toute la France, caisses ayant des prolongements, des succursales, dans toutes les localités de certaine importance. Or, nous pensons que ce sont ces caisses générales qui auront à répartir, entre les syndicats médicaux, les sommes forfaitaires par tête d'ayant droit aux secours de maladie. En face de ces caisses générales se trouveront des Féderations de syndicats médicaux. Si ces Fédérations régionales concentrent les notes d'honoraires de tous les médecins d'une région, on pourra déterminer de la sorte un prix moyen de la consultation ou de la visite médicale, avec plus d'équilibre et de justice.

Qu'une localité, ou une petite région soit décimée par une épidémie locale, la typhoïde, par

VALS SOURCE REINE

exemple, les médecins de l'endroit auront un grand nombre de visites à faire, pendant que les confrères des localités voisines, non atteintes par le fléau, auront moins de travail.

Or, la somme forfaitaire doit être répartie entre chaque médecin au prorata de ses actes médicaux. Il s'en suivra que plus les docteurs auront eu à travailler et moins l'unité de paiement aura de valeur.

Si, au contraire, la somme forfataire est attribuée à la Fédération pour tous les médecins d'une région, il y aura un peu plus d'équilibre, partant de justice, pour le paiement de l'acte médical.

Au sein des groupes professionnels,les confrères devront s'entendre entre eux pour déterminer le prix de chaque acte médical, celui des petites interventions, le prix des kilomètres, celui des visites de nuit, etc. A nous donc de nous organiser, pour nous partager équitablement et d'après le travail de chacun, la somme forfaitaire qui sera chaque année mise à notre disposition.

Tous les médecins ne sont pas syndiqués, me dira-t-on : comment, dès lors, pourront-ils faire respecter leurs légitimes intérêts ?

Le syndicat n'est pas obligatoire : il ne le deviendra jamais : le législateur s'y opposera un jour au nom de la liberté du travail, inscrite dans la Déclaration des droits de l'homme et du citoyen.

Mais le groupement deviendra indispensable et ce sera de toute utilité pour le public. En effet, les malades ont toujours à pâtir des querelles entre docteurs : les consultations sont toujours plus profitables que les visites successives de plusieurs praticiens au chevet du malade. Ce dernier ressent le mauvais effet du changement de traitements ou de méthodes de soins, tandis qu'au cours d'une consultation chaque praticien signale ce qu'il a observé et ce qu'il conseille comme traitement : l'accord définitif entre les hommes de science vaut mieux, pour le patient, que les querelles d'école ou l'amour-propre exagéré de ceux qui se croient détenteurs de la vérité et de la science absolue.

Mais, nous dira t-on, pareil forfait va inciter nos clients à abuser du corps médical. Le projet de loi est allé au devant de cette objection. Un ticket modérateur est prévu, acheté par le malade à sa caisse d'assurance et donné au médecin à chaque visite.

Nous faisons deux objections : la première, c'est le prix trop minime de ce ticket, qui, suivant les classes, sera de 0,25, ou 0,50 ou 0,75 centimes. La première classe peut bien payer cinquante centimes, puisque cinq sous, c'est à peine le prix d'un voyage aller, pour les transports en commun.

Egalement, la deuxième classe peut bien payer un franc et la troisième deux francs. Ce sont en effet, les clients qui gagnent autour de 10.000 francs par an, qui sont le plus exigeants et abuseront du médecin, gratuit pour eux, s'ils n'ont qu'à débourser quinze sous pour chaque visite. Remarquons que, proportionnellement, le ticket modérateur à 0,25 est plus élevé pour la plus basse classe que celui à 0,75 pour la plus haute.

En second lieu, ce ticket devrait être doublé pour la nuit : en effet, tous les médecins savent bien que beaucoup de visites de nuit sont dues à cette idée que le médecin n'a pas besoin de dormir : on le dérange inutilement tant que le prix de la visite de nuit est modique. Mais les honoraires médicaux viennent-ils à être relevés, les visites de nuit diminuent comme par enchantement. Il convient donc d'apprendre aux clients, au détriment de leur porte-monnaie, que le médecin est un homme comme les autres et que l'on ne doit troubler son repos, réparateur des fatigues et du labeur de chaque jour, que pour des cas exceptionnels.

Ces tickets seront la propriété de chaque médecin, mais seront payés par l'intermédiaire du syndicat.

Disons enfin que l'article 5, § 9, prévoit que ces tarifs ne sont applicables que pour une période de cinq ans au plus, période nécessaire pour établir des statistiques. Il nous a été dit que le désir de tous était d'aboutir le plus vite possible au tarif à la visite ; mais qu'actuellement ce tarif à la vacation ne pouvait pas être admis par le ministre des finances. On soutient qu'aucune table de morbidité ne permet de calculer le nombre d'actes médicaux qui pourraient être effectués dans une année et que, dans ces conditions, les prévisions budgétaires n'auraient aucune certitude, ni aucune stabilité.

Aussi le projet de loi s'appuie-t-il sur un forfait médical, étant bien entendu que le taux de ce forfait peut être augmenté s'il est insuffisant.

Mais le législateur, et en particulier le Dr Grinda, le rapporteur de la loi, se déclare prêt à bien spécifier dans le texte de la loi que cette période de cinq années, période pendant laquelle nous serons payés à forfait, ne servira qu'à donner aux actuaires des bases précises pour permettre au ministre des finances d'établir ses prévisions budgétaires, en s'appuyant sur un nombre moyen de visites médicales,qui pourront alors ne plus être rémunérées à forfait.

Le contrôle. — Aux syndicats médicaux de s'entendre avec les caisses d'assurance, pour organiser le contrôle des soins.

Tout d'abord, le contrepoids du libre choix se trouve dans l'honorabilité des praticiens appelés à contribuer au service médical. Le conseil de famille et l'assemblée générale disciplinaire, prévus aux statuts de tous nos syndicats, donnent la garantie suffisante. Qu'un médecin, à

tort ou à raison, soit accusé de faute déontologique, il sera entendu, confronté et jugé devant ses pairs.

La plainte concerne-t-elle des questions administratives, ou autres, c'est une commissien mixte prévue à l'article 25, § 7, qui connaîtra du litige et le jugera.

Mais, me dira-t-on, si le médecin présumé délinquant n'est pas membre d'un syndicat médical, il ne sera pas atteint par cette justice confraternelle ou arbitrale.

Certes, la liberté de se syndiquer ou non est toujours laissée à chacun ; mais, tout docteur qui voudra participer au service médical des caisses d'assurances devra, au préalable, adhérer, par écrit, aux stipulations du contrat collectif de travail passé entre le syndicat et la caisse d'assurance. Il acceptera donc, de la sorte, la compétence tant du conseil de famille du syndicat que de la commission mixte arbitrale.

Ce faisant, on ne porte aucune atteinte à la liberté individuelle. Dans les départements, le règlement mettant en vigueur la loi du 15 juillet 1893, sur l'assistance médicale gratuite, est rédigé par le préfet sur les indications du Conseil général. Dans certains cas, heureusement de plus en plus nombreux, les syndicats médicaux sont invités à donner leurs avis et suggestions. Puis, tout médecin du département qui veut donner ses soins aux indigents doit adresser, par écrit, au préfet, une attestation, par laquelle il déclare accepter toutes les conditions du règlement.

Il en sera de même, avec les caisses d'assurance et les médecins auront intérêt à adhérer au syndicat pour y discuter de leurs conceptions concernant le fonctionnement du service, comme également pour pouvoir voter pour ceux qui, le cas échéant, pourraient devenir leurs juges.

Il ne faut pas, d'ailleurs, que cette forme déguisée de l'obligation au groupement puisse nous faire peur : elle entre dans nos mœurs et le citoyen isolé devient de plus en plus rare. Par la discipline librement consentie, par l'assujettissement à des règles professionnelles, identiques pour tous, les médecins donneront à leurs cocontractants des garanties de probité corporatives, qui sont nécessaires. Au surplus, ne sont-ce pas surtout ceux qui sont effrayés par le vocable « syndicat », qui croient déshonorant d'aliéner leur liberté d'action, en adhérant à un groupe syndical, qui sont les premiers à réclamer l'institution d'un conseil de l'ordre des médecins ? Ce n'est, en somme, qu'une question de mots et dans le fond, adversaires et partisans du syndicat sont parfaitement d'accord sur la nécessité d'une discipline professionnelle : ils ne diffèrent que par des dénominations.

Dans la commission mixte, nous voyons un gage certain en vue d'une collaboration utile pour le malade. Cette commission n'aura pas en effet le seul but de solutionner les conflits : elle étudiera également les améliorations à apporter au service médical. Les compétences seront réunies et pourront échanger des suggestions et des idées. Reconnaissons que, dans bien des cas, des conflits auraient pu être évités, si de pareilles commissions avaient existé entre médecins et mutualistes, ou assurances contre les accidents du travail, ou encore avec les administrations de l'Etat. Les hommes, comme les groupes se combattent lorsqu'ils s'ignorent ; mais, du jour où ils collaborent ensemble, ils sont étonnés de se voir en parfait accord sur un grand nombre de points, et n'oublions pas qu'en pareille occurrence, c'est, en dernière analyse, le malade qui bénéficie de cet accord.

Cet échange de vues est indispensable surtout pour l'organisation des dispensaires, cliniques, établissements de cure et de prévention, prévus à l'article 28 du projet de loi.

N'oublions pas que cette législation de la santé publique va transformer complètement nos mœurs professionnelles et il appartient à nos groupes professionnels de s'en préoccuper.

En effet, les indigents n'existeront presque plus, puisque presque tous les salariés seront assurés obligatoirement. Pourront seuls bénéficier de l'assistance gratuite les gagne-petit, n'ayant pas de patrons ni d'employeurs et s'arrangeant pour ne pas verser leur prime d'assurance annuelle.

Ces gens-là, étant en tout petit nombre, il s'en suivra que nos hôpitaux recevront surtout des malades qui payeront, par l'intermédiaire des caisses d'assurances. L'hôpital sera devenu une véritable maison de santé à bon marché.

Cet établissement sera également, par les soins des caisses, doté des perfectionnements de la science moderne.

Le corps médical se trouvera donc dans l'obligation de faire des diagnostics et des traitements de moins en moins à domicile, mais à la maison de cure, anciennement dénommée hôpital.

A ce moment, nos groupes professionnels auront à se préoccuper de l'organisation d'un service de roulement entre les médecins, qui soigneront une grosse partie de leur clientèle ou l'examineront à la maison de cure, puisque le libre choix du médecin, inscrit dans la loi, devra toujours être respecté. D'autres établissements devront être fondés, non plus en mendiant des fonds à la charité privée, ou en sollicitant des crédits au conseil municipal, souvent bien pauvre et ne disposant que d'un budget annuel peu élevé, mais par les fonds des caisses d'assurances. Celles-ci auront, en effet, vite compris, grâce à la collaboration du corps médical, qu'il est plus économique de prévenir la maladie, ou de

AVIS

Accidents du Travail

Note d'honoraires médicaux ;
Mémoires de fournitures pharmaceutiques ;
Certificats ;
Mémoires d'expertises ;
Mémoires de frais de justice criminelle ;
Feuilles de comptabilité ;

Nous tenons à la disposition de nos lecteurs les imprimés suivants :

1° **Notes d'honoraires médicaux.**

2° **Mémoires de fournitures pharmaceutiques** prévues par l'arrêté ministériel du 8 juillet 1920.

3° **Certificats.** — Certificats pour blessés d'accidents du travail.

4° **Mémoires d'expertises. — Accidents.** — Mémoires d'expertises médicales concernant les accidents du travail.

Justice criminelle.

5° **Mémoire de frais de justice criminelle** (honoraires). **Mémoires ?es frais de justice criminelle** (fournitures).

Ces imprimés sont établis d'après le format officiel.

6° **Feuilles de comptabilité**, servant à établir le compte de chaque client.

Modèles se trouvant dans l'Agenda-Memento du Praticien, édition 1920).

Ces différents imprimés sont envoyés au prix de franco :

Les 50.........	5 fr. »»
Les 100.........	8 fr. »»
Les 500.........	35 fr. »»
Les 1000.........	60 fr. »»

Adresser les commandes accompagnées du montant à M. C. Boulanger, administrateur du Concours Médical, 132, faubourg St-Denis, Paris.

la soigner à fond, dès son début, plutôt que de laisser aggraver le mal, comme malheureusement c'est l'habitude déplorable parmi les gens, qui font l'économie d'une visite de médecin, ou qui prétendent pouvoir se soigner seuls, sans le secours de l'homme de l'art.

C'est encore au sein de ces commissions mixtes que médecins, administrateurs et pharmaciens établiront, aux termes de l'article 27, la liste des médicaments et appareils, qui seront donnés aux assurés.

Enfin, nous ne nous trouverons plus en présence de règlements bizarres autant que draconiens, rédigés par des hommes de bonne intention, certes, mais privés des connaissances et des compétences techniques en pareille matière. Les sociétés de secours mutuels, comme les règlements départementaux pour l'assistance médicale gratuite, frappent d'exclusive certains médicaments ou spécialités, parce qu'ils redoutent les abus et les dépenses exagérées Que de fois avons-nous personnellement montré leur erreur aux intéressés, car certains médicaments chers, mais énergiques et efficaces, guérissent le malade très vite en diminuant par suite le nombre des journées de maladie. Par un contact fréquent entre le corps médico-pharmaceutique et les délégués des caisses, il sera facile, tout en laissant aux médecins la liberté de prescrire, de montrer aux docteurs le coût de chaque médicament, pour éviter l'emploi inutile de médicaments de luxe.

En somme, avant d'aborder les modalités théoriques du service médical d une collectivité, nous pouvons dire que le projet de loi constitue un progrès considérable sur les errements très anciens.

Le libre choix du médecin est une fois de plus reconnu ; mais la notion du contrat collectif de travail fait son apparition. A collectivité doit répondre une collectivité, alors que, jusqu'ici, dans un but d'exciter la concurrence, on avait tendance à mettre aux enchères et au moins offrant le service médical de collectivités publiques ou privées. Nous aboutissions à un simulacre de soins ; comme nous en observons encore pour le service des mutualités, ou des administrations des P.T.T., des chemins de fer, des enfants assistés, des indigents, etc.

Félicitons les rédacteurs du projet de loi d'avoir brisé avec les anciennes formules, pour demander au groupe professionnel de servir d'intermédiaire entre tous les intérêts privés des médecins et ceux des malades comme des collectivités chargées des règlements des grandes dépenses.

Mais personnellement, nous faisons toutes réserves sur la question du forfait et, dans notre prochain article, nous examinerons si ce système peut être le seul qui garantisse les intérêts des malades et des médecins, tout en donnant au gouvernement la sécurité du lendemain, dont il a besoin, pour asseoir ses prévisionss budgétaires.

(*A suivre.*) Dr Paul **Boudin.**

LA VIE SYNDICALE ET PROFESSIONNELLE

Vers la Fédération Corporative des Médecins de la Région Parisienne

Par Camille Lian,
Médecin des Hôpitaux de Paris.

Utopie ! penserez-vous en lisant le titre de cet article. — Non. Idée en bonne voie de réalisation. Que dis-je ? Projet à la veille de son exécution.

Certes l'*indivia medicorum* n'est pas morte, mais la *concordia medicorum* la supplante chaque jour davantage.

Tous les médecins sentent fortement aujourd'hui la nécessité de s'unir pour défendre leur corporation, que menacent de multiples intérêts particularistes ou étatistes.

En province, l'union est faite pratiquement, puisque les syndicats médicaux réunissent la quasi-totalité des médecins.

Il n'en est plus de même à Paris où, en raison vraisemblablement du nombre des médecins, ceux-ci ne sont pas encore arrivés à se concentrer en un seul groupement : syndicat ou association.

Aussi, de multiples sociétés sont-elles nées qui réunissent un certain nombre de médecins selon des tendances ou des buts différents.

Comment, dans ces conditions, arriver à l'union, pourtant si désirable, de tous les médecins parisiens ?

Il y a des solutions simples qui consistent à dire :

a) Que tous les médecins s'inscrivent dans les Sociétés d'arrondissement ! Ces sociétés rassemblent des médecins de la plupart des groupements. L'union sera ainsi réalisée. C'est vrai, mais en fait les médecins ne s'inscrivent pas tous aux sociétés d'arrondissement.

b) Ou encore : que tous les médecins parisiens s'enrôlent dans le syndicat ! Soit, mais dans lequel, le Syndicat des médecins de la Seine, le Syndicat médical de Paris, ou l'un des syndicats de banlieue. D'autre part, ces Syndicats, malgré l'ardent désir des syndicats de banlieue, ont les plus grandes difficultés pour réaliser une Fédération syndicale de la Seine. Enfin, le syndicat parisien de beaucoup le plus important, le Syndicat des médecins de la Seine, ne réunit qu'environ 1200 cotisants sur près de 5000 médecins que compte le département de la Seine.

Donc toutes ces solutions, qui consistent à ras-

sembler tous les médecins de la région parisienne dans un des groupements déjà existants, sont pratiquement impossibles ou au moins prématurées.

Devait-on continuer à déplorer l'absence de l'union sans faire l'effort nécessaire pour la réaliser ? Certes non.

Aussi des tentatives ont-elles été faites. Ainsi pour ne parler que des plus récentes, le Dr Chapon est arrivé à réaliser une Fédération de beaucoup de groupements de la région parisienne, mais il n'a réussi qu'en limitant l'action de cette Fédération aux questions touchant les rapports des médecins avec les sociétés de Secours Mutuels. Puis le Dr Le Fur essaya en vain de faire étendre les attributions de cette Fédération. La non-réussite de sa tentative n'est pas surprenante, car quelques clauses des statuts vouaient à l'échec tout essai de ce genre. En effet, dans cette Fédération, tous les groupements médicaux, quelle que soit leur importance, sont représentés par un même nombre de délégués et de voix à l'assemblée générale ; en outre, toutes les décisions doivent être prises à l'unanimité.

Plus récemment, les secrétaires des deux grandes associations syndicales de banlieue, le Dr Lecerf (Banlieue Ouest et Nord) et le Dr Boyé (Banlieue Est et Sud) cherchèrent à réaliser une Fédération des Syndicats de la Seine, et proposèrent de donner voix consultative aux sociétés médicales d'arrondissement. Projet intéressant, mais qui ne devait pas réussir, car les sociétés d'arrondissement ne pouvaient accepter d'avoir seulement voix consultative. Une Fédération doit mettre tous ses membres sur le pied d'égalité.

Tel était l'état de la question, lorsqu'à la réunion de janvier de la Société médicale du 17e Arr. je pris part à une discussion concernant la question épineuse de l'Ordre des médecins. Mon argumentation peut ainsi se condenser : la réalisation d'un Ordre des médecins, même si l'unanimité du Corps médical la demandait, serait fatalement difficile et lointaine. Nous ne pouvons retarder l'union que les circonstances rendent chaque jour plus pressante. Cherchons donc à grouper tous les médecins de la région parisienne, maîtres et praticiens, dans un organisme qui sera l'expression vivante de la totalité des médecins de Paris ou mieux de la région parisienne.

Bien entendu, des objections me furent faites :

a) Utopie, ce projet de Lian ! — Mais non, répondis-je. Avec de l'enthousiasme et de la ténacité, il est rapidement réalisable. L'évènement devait me donner raison.

b) Ou encore : il serait bien plus simple d'étendre les pouvoirs de la Fédération de la Mutualité. — Erreur, dis-je : un organisme ne réalise pleinement que le but pour lequel il a été créé. Forgeons hardiment un outil permanent aux visées larges. D'ailleurs, l'étude des statuts de cette Fédération devait me montrer ultérieurement, comme je l'ai mentionné plus haut, l'impossibilité de faire évoluer une Fédération corporative parisienne dans le cadre statutaire trop étroit de la Fédération de la mutualité. Ce n'était pas une modification, un arrangement, mais une refonte qui était nécessaire.

c) Ou encore : les syndicats ont seuls qualité au point de vue légal pour traiter les questions professionnelles. Il est impossible d'unir utilement des syndicats et des associations. — Qu'importe telle ou telle considération d'allure légale et peut-être juridiquement discutable, dis-je. Nous pouvons et nous devons en tous cas réaliser l'union de la totalité ou de la quasi-totalité des médecins, maîtres et praticiens. Nous devons, dis-je, pouvoir réaliser ainsi un groupement d'une force morale considérable. Si cette Fédération n'a pas une grande action légale, elle aura au moins une action morale de premier plan. D'ailleurs, des avis juridiques émanés de différentes sources, en particulier de mes amis H. Regnault, avoué, et M. Brochin, avocat à la Cour d'appel ont montré que les associations formées sous l'égide de la loi sur les associations peuvent parfaitement avoir comme but la défense des intérêts professionnels, qu'elles peuvent même ester en justice selon l'expression juridique, poursuivre en justice pour parler plus clairement. D'ailleurs un texte de loi récent, le fameux article 64 de la loi sur les Pensions, ne disait-il pas que le tarif des soins médicaux devait être fixé après entente avec les organisations et les syndicats professionnels. Donc, il est surabondamment démontré qu'une association a qualité légale pour défendre les intérêts professionnels. Enfin associations et syndicats peuvent se grouper. Le cas de la Confédération des travailleurs intellectuels (C. T. I.) est un exemple de fait. Je n'insiste pas.

C'est ainsi que la réflexion ne fit que me pousser à développer mon idée.

En même temps, le Syndicat médical de Paris étudiait la question de la Fédération des syndicats médicaux de la région parisienne, et concluait, après avoir entendu un rapport du Dr P. Guillon, qu'il importait de fédérer non seulement les syndicats, mais aussi les autres groupements médicaux de la région parisienne. Ultérieurement, le Syndicat des Médecins de la Seine entendit un rapport favorable du Dr L. Boyer sur l'utilité de réunir dans une Fédération les associations et syndicats de médecins de la région parisienne.

La Société médicale du 17e, en me nommant rapporteur d'une Commission composée du Bureau et de MM. Pouliot et Sénéchal, me conduisit à mettre sur pied un projet dont les grandes lignes étaient les suivantes :

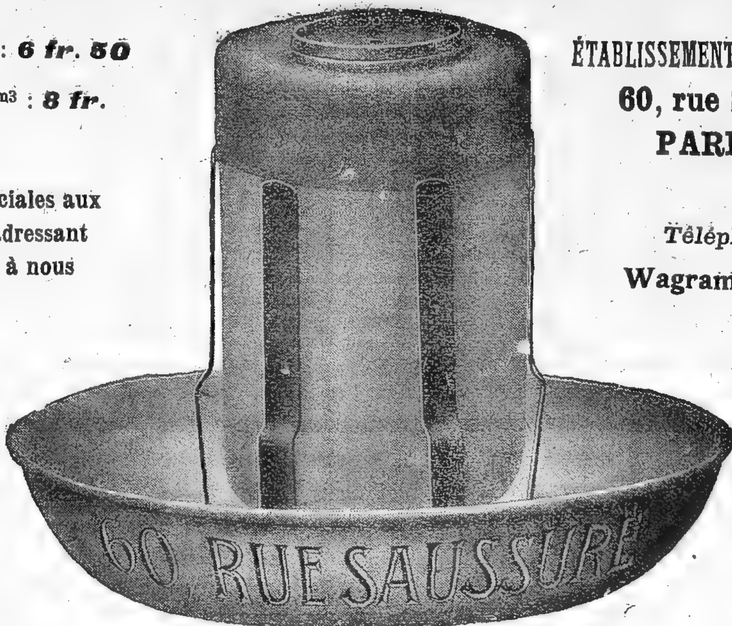
a) Créer une Fédération comprenant à la fois la Faculté de Médecine, l'Académie de Médecine, les Sociétés des médecins et chirurgiens des hôpitaux, les Syndicats médicaux, les Associations médicales de la région parisienne, et englobant aussi les médecins indépendants.

b) Chaque groupement nomme des délégués au

N° 3 *pour* 15m³ : **6 fr. 50**

N° 4 *pour* 20m³ : **8 fr.**

Conditions spéciales aux médecins s'adressant directement à nous



ÉTABLISSEMENTS GONIN
60, rue Saussure
PARIS 17e

Téléphone :
Wagram : 17-23

LE FUMIGATOR GONIN DÉSINFECTE

— OPOTHERAPIES HÉPATIQUE ET BILIAIRE associées aux CHOLAGOGUES —
Extraits Hépatique et Biliaire Glycérine - Boldo - Podophyllin

LITHIASE BILIAIRE
Coliques hépatiques, -:- Ictères
ANGIOCHOLECYSTITES, HYPOHÉPATIE
HÉPATISME - ARTHRITISME
DIABÈTE DYSHÉPATIQUE
CHOLÉMIE FAMILIALE
SCROFULE et TUBERCULOSE
justiciables de l'Huile de FOIE de Morue
DYSPEPSIES et ENTÉRITES
HYPERCHLORHYDRIE
COLITE MUCOMEMBRANEUSE
Constipation — Hémorroïdes — Pituite
MIGRAINE - GYNALGIES - ENTÉROPTOSE
NÉVROSES ET PSYCHOSES DYSHÉPATIQUES
DERMATOSES AUTO ET HÉTÉROTOXIQUES
INTOXICATIONS et INFECTIONS
TOXHÉMIE GRAVIDIQUE
FIÈVRE TYPHOIDE — HÉPATITES et CIRRHOSES



En vente dans toutes les Pharmacies
PILULES et SOLUTION

MÉD. D'OR
GAND
1913
ET
PALMA
1914

Cette médication essentiellement clinique, instituée par le Dr Plantier, est la seule qui, agissant à la fois sur la sécrétion hépatique et sur l'excrétion biliaire, combine l'OPOTHÉRAPIE et les CHOLAGOGUES, utilisant, par surcroît, les propriétés hydragogues de la GLYCÉRINE. Elle constitue une thérapeutique complète, en quelque sorte spécifique des maladies du **Foie** et des **Voies biliaires** et des syndromes qui en dérivent. Se prescrit en Pilules et en solution d'absorption facile, inaltérable, non toxique, bien tolérée, légèrement amère mais sans arrière-goût. Ne contient ni sucre ni alcool.
2 à 8 Pilules ou une à quatre cuillerées à dessert par jour au début des repas. Enfants demi-dose.

Le traitement, qui combine la substance de plusieurs spécialités excellentes, constitue une dépense minime à la dose habituelle d'une cuillerée à dessert quotidiennement ou de 2 Pilules équivalentes.

Littérature et Échantillon : LABORATOIRE de la PANBILINE, ANNONAY (Ardèche)

ASTHME CŒUR REINS ARTERIOSCLEROSE ANGINE DE POITRINE etc

ELIXIR EUPNÉIQUE MARTIN-MAZADE
A L'
IODURE DE CAFÉINE

O GR. 25 PAR CUILLERÉE A CAFÉ

Remède vraiment héroïque journellement prescrit par toutes les sommités médicales. Ne provoque ni intolérance ni accidents d'iodisme. — 2 à 4 cuillerées à café par jour.

LITTÉRATURE & ÉCHANTILLONS, LABORATOIRE MARTIN-MAZADE St-RAPHAËL (VAR)

prorata du nombre de ses membres. Les médecins indépendants admis à la Fédération sont invités à se réunir pour désigner les délégués.

c) L'Assemblée générale se compose de tous les délégués.

d) Le Conseil d'Administration est nommé selon un mode de représentation proportionnelle, schématisé ainsi dans ses grandes lignes. Les groupements importants ont autant de conseillers que le nombre de leurs délégués renferme de fois le chiffre 5. Les délégués des petits groupements se réunissent pour former des groupes de 5, et chacun de ces groupes désigne un conseiller.

e) La Fédération ainsi constituée utilise la grande force morale qu'elle tire de sa constitution même à défendre l'honneur et les intérêts du Corps médical de la région parisienne. Elle s'intéresse à l'étude des questions professionnelles, en particulier à l'élaboration et à l'application des lois médico-sociales. Elle coordonne, elle appuie les efforts des groupements qui la constituent.

f) Enfin, elle laisse toute leur autonomie, toute leur indépendance aux différents groupements adhérents. Elle ne donne pas d'ordres formels, absolus, dont la non-exécution entraînerait l'exclusion. Elle cherche comme solution aux problèmes soulevés la formule la mieux en harmonie avec l'opinion de la plupart de ses membres, et la recommande à tous de toute sa grande force morale. Elle est ainsi un foyer d'union, de concorde, et forme de ce fait un bloc puissant constitué par la Corporation médicale parisienne tout entière.

Telle est la conception que la Commission de la Société médicale du 17e voulut bien approuver. Elle m'engagea à la soumettre officieusement à des médecins appartenant à divers groupements médicaux.

Dans cette enquête officieuse, je rencontrai surtout des encouragements, et seulement quelques rares oppositions. J'estimai alors que *la création d'une Fédération, conçue selon les grandes lignes exposées plus haut, répondait au désir et au besoin d'union du Corps Médical de la région parisienne.*

Je mis donc au courant de mes démarches la Société médicale du 17e arrondissement, puis le Conseil général des sociétés d'arrondissement. Ce Conseil, après avoir consulté les diverses sociétés d'arrondissement, invita quelques grands groupements parisiens à lui envoyer des délégués afin d'étudier un projet de Fédération.

Je suis heureux de dire que la Commission d'organisation manifesta la plus grande activité. Dans ses réunions, elle fut toujours à peu près au complet, et la discussion fut conduite avec netteté et rapidité par le président M. Caussade. Les délégués présents aux séances étaient les suivants, si mes souvenirs sont exacts : Association générale des médecins de France (section centrale) : Doizy, Margain et Saltas ; Conseil général des sociétés d'arrondissement : Prof. Balthazard, d'Ayrenx et Lian ; Fédération des médecins de la Région parisienne (mutualité) : Cayla, Le Fur ; Société des médecins des hôpitaux : Caussade, Gandy ; Société des chirurgiens des hôpitaux : Prof. agrégés R. Proust et P. Mathieu ; Syndicat des médecins de la Seine : Pamart, Sénéchal (Jayle excusé) ; Syndicat de la banlieue Ouest et Nord : Lecerf, Tullasne ; Syndicat de la banlieue Est et Sud : Boyé, Bitterlin ; Syndicat médical de Paris : P. Guillon.

Les réunions de cette grande commission d'organisation et de sa sous-commission de rédaction des statuts ont été empreintes de la plus grande cordialité. Une atmosphère de concorde aplanissait toutes les difficultés. Aussi tous les articles des statuts ont-ils rallié finalement l'unanimité des membres présents. Il y eut quelques instants où la discussion s'égara, mais toujours des concessions mutuelles, et très aimablement consenties, ramenaient l'accord.

Ainsi donc, grâce à l'activité de tous ces délégués, grâce à la compétence des conseils juridiques : Me H. Regnault, avoué, et Me Brochin, avocat à la Cour d'appel, un projet de statuts a été étudié et rédigé.

Le dévoué secrétaire général du Conseil des sociétés d'arrondissement le Dr d'Ayrenx, va faire parvenir ce projet à quelques-uns des principaux groupements médicaux parisiens. *Il y a lieu d'espérer que sans la moindre hésitation, et avec le plus vif enthousiasme, les groupements conviés enverront des délégués pour cet acte d'union et de force corporatives que sera la création de la Fédération corporative des médecins de la région parisienne.* Aussitôt créée, cette Fédération adressera le plus pressant appel à tous les groupements professionnels, à tous les médecins indépendants de la région parisienne.

Comment refuser d'entrer dans une Fédération qui réunit des délégués de tous les groupements médicaux s'intéressant aux questions professionnelles, et qui se propose de défendre à la fois la santé publique, les droits et les intérêts des malades, ainsi que l'honneur et les intérêts des médecins de la région parisienne ?

Un mouvement généreux d'union doit entraîner tous les médecins de la région vers cette Fédération, pour le plus grand honneur et le plus grand bien de la Corporation médicale.

J'avais donc bien raison de vous dire que je ne venais pas vous entretenir d'une utopie, d'un rêve. La Fédération des médecins de la région parisienne est à la veille de naître.

C. LIAN.

Le médecin a l'impérieux devoir d'être prévoyant.

Il doit s'assurer contre l'incapacité de travail que peuvent lui causer la maladie ou les accidents.

Il doit s'assurer une retraite pour ses vieux jours.

HYGIÈNE ET PROPHYLAXIE

La lutte contre la dépopulation par l'ambulance communale de prophylaxie.

Par le Dr P. Pecker (de St-Germain-en-Laye),
Lauréat de l'Institut.

Les conditions déplorables et antihygiéniques dans lesquelles les mères pauvres qui restent chez elles accouchent et leurs enfants naissent, m'ont incité à organiser une œuvre protectrice de ces déshérités, aux heures les plus périlleuses et angoissantes de leur existence.

Dans l'intérêt de la mère et de l'enfant et afin que le praticien puisse remplir sa mission sociale lors de l'apparition d'une vie nouvelle, l'assistance scientifique à domicile fut fondée par moi en France pour la première fois à Maule, Seine-et-Oise, à la fin de l'année 1897.

Voici quelques extraits de ma communication du 7 février 1899 à l'Académie de médecine, sur son fonctionnement.

« Nous secourons, ai-je dit, la femme enceinte, matériellement au moins, un mois avant son accouchement.

Durant ce temps elle est familiarisée par des gardes de bonne volonté, préposées à cet effet et recrutées dans la société même (femmes de médecins, de pharmaciens, de notaires, de percepteurs, de commerçants, de cultivateurs, etc.), avec les notions élémentaires de l'hygiène, de la grossesse et de l'enfance.

Ces gardes, membres actifs de notre association, et que l'on pourra, à juste titre, appeler sœurs de maternité, afin de pouvoir s'acquitter avec dignité de leur mission, suivent avec empressement les leçons que nous leur faisons au siège social de notre association.

Dans les nombreuses circonstances où elles ont eu à intervenir, par leur dévouement et leur tact, elles ont su non seulement conquérir la sympathie reconnaissante de nos assistées, mais, par leur intermédiaire, nous avons pu faire pénétrer sous le toit des chaumières un peu de cette hygiène si bienfaisante et si délaissée dans les foyers sombres de ces malheureuses ; c'est donc grâce à nos membres actifs que nous avons pu mettre en garde nos indigentes contre l'éclampsie puerpérale, et leur indiquer tous les avantages de l'exercice régulier de leur devoir social, de l'allaitement maternel.

La femme ainsi secourue et surveillée, nous attendons avec confiance le moment de la délivrance, ayant protégé, avec la mère, l'enfant à naître durant sa vie intra-utérine.

Dès les premières contractions utérines douloureuses, notre membre actif est à son poste et nous seconde intelligemment ; mais pour que l'accouchement puisse se faire dans des conditions conformes à l'hygiène pasteurienne, les antiseptiques (paquets de sublimé, solution d'acide phénique, alcool, coton hydrophile), les objets de pansement (bassin, cuvette en tôle émaillée, injecteur avec canule en verre) ainsi qu'un sac plein de linge propre (6 draps, 4 chemises, 6 serviettes, 1 taie, 3 mouchoirs), nous sont adressés par la directrice de notre ouvroir.

L'Association fait en outre don d'une layette complète à l'enfant (2 langes, 6 couches, 3 chemisettes, 3 brassières). Quant aux objets et au linge ayant servi à la mère, lavés et désinfectés au besoin, ils sont retournés au matériel, afin d'assurer son service régulier et d'éviter à l'association des dépenses incompatibles avec ses ressources.

Cependant, la mère, habituée à un peu de propreté et de bien-être, reçoit sans retour quelques chemises, draps, etc., que nos donateurs veulent bien nous adresser.

La femme délivrée continue à être visitée par nos gardes-malades, et en dehors des secours de toutes sortes, durant un mois, la surveillance de ses seins est l'objet d'une sollicitude incessante, et c'est ainsi que nous avons pu éviter à nos assistées des gerçures, des crevasses et des abcès.

L'hygiène et le secours matériel ne sont pas suffisants si on veut que la mère ne devienne cette boiteuse du ventre, qui, après un calvaire de douleurs et de souffrances, vient échouer sur la table opératoire des services de gynécologie, toujours encombrés par celles qui ne devraient jamais y être, si l'assistance sociale de la maternité souffrante eût été mieux comprise.

C'est pourquoi, ici, nous avons, en dehors de nos membres actifs de bonne volonté, des gardes-malades payantes, qui, durant les suites de couches, remplacent dans le ménage la mère alitée.

Si, à cela, nous ajoutons que notre matériel possède une couveuse pour les enfants nés avant terme, et que les ressources de notre association sont fournies par les cotisations de nos membres bienfaiteurs, donateurs et adhérents, ainsi que par les subventions communales et des bureaux de bienfaisance, nous aurons rendu un compte sommaire du fonctionnement, dans notre région, de l'assistance scientifique et matérielle à domicile pour la maternité souffrante.

« Je ne sache pas, a dit M. le Pr Pinard, en présentant notre œuvre à l'Académie de médecine « qu'il soit de but plus élevé et plus utile. » Et notre excellent Maître après avoir montré toute l'extension que mérite notre entreprise sociale, ajouta :

« L'assistance maternelle, ainsi conçue, ainsi réalisée, me paraît être, à tous les points de vue, et « j'ose espérer que l'Académie partagera mon opinion, « une des plus belles manifestations de solidarité « sociale » etc... (1).

La ville de Maule a rendu hommage à nos efforts. Son Conseil municipal, à l'unanimité, dans sa délibération du 23 juin 1901 nous exprima :

« Ses félicitations et ses remerciements pour la

(1) Bulletin de l'Académie de médecine, séance du 2 mai 1899.

« fondation de notre œuvre patriotique qui proté-
« geant la mère et le nouveau-né peut servir à l'aug-
« mentation de la population française. »

Les communes voisines nous ont adressé des délibérations non moins encourageantes, l'Association des dames Mauloises ayant étendu ses bienfaits à leurs mères et enfants deshérités.

Notre œuvre est indispensable partout où un enfant pauvre peut naître en France et un sentiment d'humanité autant que de prévoyance sociale nous incite à porter un secours à cet être si fragile qu'est le nouveau-né et qui, souvent, souffre avant de naître.

Les émulateurs clairvoyants n'ont pas tardé de surgir sur notre sol généreux. Le Dr Bernardbeig (1) fut notre premier imitateur en France.

Ce confrère philanthrope après avoir fait l'historique de la protection maternelle dans notre pays a conclu :

« Au Dr Pecker revient l'honneur d'avoir le pre-
« mier organisé en France d'une façon intelligente
« et vraiment scientifique, l'assistance à domicile pour
« les femmes en couches indigentes, etc... Nous ne
« tardions pas au Havre à demander à l'initiative
« privée l'effort qu'avait obtenu le Dr Pecker des
« dames Mauloises. »

La belle œuvre maternelle du Dr Bernardbeig dirigée actuellement par le Dr Du Pasquier a déjà à son actif plusieurs milliers de mères et d'enfants assistés à domicile et a réalisé, ainsi que le constatent ses comptes rendus annuels, une diminution de la mortalité et de la morbidité maternelles et infantiles de la cité havraise. D'ailleurs, ce résultat social si nécessaire pour notre budget vital est enregistré par toutes les œuvres qui se sont fondées à l'instar de la nôtre.

M. H. Sabran, le regretté vice-président du Conseil supérieur de l'assistance publique, nous a également fait l'honneur de nous suivre.

Tout le monde connaît quelle activité généreuse, M. H. Sabran a déployée dans la lutte contre tous les maux et misères qui assaillent notre société, et la commune de St-Rambert (Rhône) lui est redevable, ainsi qu'au professeur Gayet, de Lyon, d'une œuvre similaire à la nôtre en faveur de la protection à domicile des mères et des enfants.

« Le Dr Pecker, a dit M. H. Sabran (1) au Con-
« grès international d'assistance publique et de bien-
« faisance privée (Paris 1900), a comblé une lacune
« qui existait dans notre assistance en créant l'or-
« ganisme que vous a expliqué M. le Dr Bernardbeig.

(1) *a*) Dr Bernardbeig. *Archives provinciales de médecine*, n° 2, février 1899.

De l'assistance à domicile pour les femmes indigentes en couches.

b) Recueil des travaux du Congrès international d'assistance publique et de bienfaisance privée. Paris 1900. T. IV., p. 242 à 246.

(1) Recueil des Travaux du Congrès international d'assistance publique et de bienfaisance privée. Paris 1900. T. IV., page 252-253.

« L'exemple, je vous l'ai dit, a été imité au Havr »
« et à St-Rambert, près de Lyon. Nous avons pens »
« qu'il y avait grand intérêt, chaque fois que la chose
« est possible, à retenir la femme à son domicile. Le
« service de l'assistance médicale gratuite donne la
« sage-femme, mais la sage-femme ne suffit pas. A la
« femme qui vient d'accoucher, il faut une garde, il
« faut du linge, des appareils d'antisepsie, des pro-
« cédés de désinfection, des aliments.

« Par une œuvre privée nous nous sommes greffés
« à l'assistance médicale gratuite. Nous avons fait
« préparer et instruire des gardes-malades, par la
« sage-femme, et nous fournissons cette garde-ma-
« lade pendant dix jours.

« L'expérience que nous avons faite sur une petite
« échelle, a donné d'excellents résultats. »

M. Lebrun, ancien ministre, qui est venu, en 1901, étudier sur place notre organisation de protection maternelle et infantile, fonda avec le concours de Madame Chocarne, ancienne sous-préfète et l'aide de nos confrères MM. les docteurs Giry, Rény et Chevalot, les œuvres maternelles de Briey, Jœuf et Longwy, et nous espérons que ces œuvres vigilantes de la frontière continueront leur mission de défense nationale.

« Vous savez, a bien voulu m'écrire en 1904 M.
« Lebrun, que les œuvres lorraines sont en bonne
« voie et que vous pouvez être fiers de ces vigoureux
« enfants. »

Nous espérons que grâce à M. Lebrun, le dévoné Président du Conseil général de la Meurthe-et-Moselle, l'assistance maternelle à domicile s'étendra à tout son département de l'Est.

D'ailleurs en mai 1919, M. Lebrun (1), étant ministre des régions libérées, connaissant par le fonctionnement des œuvres de Briey, Jœuf et Longwy, tous les avantages de l'assistance scientifique à domicile, prit l'heureuse initiative de l'organisation de l'hygiène sociale dans les départements dévastés. M. Lebrun confia à des infirmières d'hygiène sociale, sœurs cadettes de nos infirmières sanitaires à domicile et comme elles instruites par le corps médical, la tâche patriotique et humanitaire, de lutter par la prophylaxie familiale et scolaire contre la maladie et la mort.

Nombreuses sont les œuvres de protection maternelle fondées sur le modèle maulois, et qui fonctionnent à Moulins (Allier), à Issy-les-Moulineaux (Seine), à Bordeaux, à Paris, à Fabrègues (Hérault) à Arcachon (Gironde), à Plestins-les-Grèves (Côtes-du-Nord), à Constantine (Algérie), etc.

D'ailleurs il m'est impossible de les citer toutes, car : « L'Association des Dames Mauloises a donné,
« comme me l'a écrit Madame O. Gavin-Cassal, Ins-
« pectrice générale des services de l'enfance au minis-
« tère de l'Intérieur, un curieux élan aux idées de

(1) J. Noir. — Une expérience d'organisation de l'hygiène sociale dans les régions libérées. *Le Concours médical*, n° 48 du 28 nov. 1920.

« puériculture par toute la France. Tout le mouve-« ment actuel s'en ressent. »

Et cette femme d'élite et de cœur, dans son livre sur « La Fraternité en action » (1) affirme que « notre œuvre, entre tous, est : « le moyen le plus « sûr de lutter contre la dépopulation. »

Dès lors on comprend que la liste soit longue des œuvres subventionnées par le ministère de l'Intérieur, qui ont adopté notre programme d'assistance et de préservation maternelles et infantiles, et auxquelles le président de la Commission du budget, notre regretté député M. M. Berteaux, prêta son concours dévoué en prônant les bienfaits de notre entreprise sociale à la tribune de la Chambre (2). Notre ancien ministre de la guerre (3) appuyant de toutes ses forces notre « organisation méthodique et scientifique si humaine en ses aspirations « réclama « la contribution nationale à cette œuvre sociale qui intéresse la Nation toute entière dans sa vitalité et dans sa race » et à laquelle l'armée, par la voix autorisée du regretté colonel Robert (4) adressa dès 1899 dans la France militaire « un salut respectueux et reconnaissant. »

L'initiative privée, malgré tout son dévouement, est impuissante à accomplir à elle seule cette grande tâche, à secourir annuellement 150 à 200 mille mères pauvres ; il faut donc que toute la Nation veille à la sécurité de l'enfant dès sa naissance et même avant sa naissance.

Suggestionné par cette pensée, j'ai écrit, le 20 août 1899, au président du Conseil général de Seine-et-Oise, appelant sa bienveillante attention sur la nécessité d'étendre l'assistance scientifique à domicile à toutes les mères pauvres de notre département, pensant que l'œuvre communale pouvait servir d'exemple à une organisation départementale, de même que celle-là s'imposera à l'État.

D'ailleurs, M. A. Sarraut (5), l'actuel ministre des Colonies, au courant de nos efforts en faveur de l'extension de l'assistance scientifique à domicile, a pris en main « la cause des mères et des enfants, la cause du sang français. »

Voulant « étendre à toutes les communes du sol français pour le salut de la mère et de l'enfant le bénéfice du secours affectueux à domicile apporté aux femmes en couches par l'Association des Dames Mauloises, M. A. Sarraut déposa dans le courant du mois de décembre 1904 un projet de loi qui a pour objet : « L'assistance à domicile des femmes nécessiteuses parvenues au terme de leur grossesse (6). »

Après l'épreuve terrible traversé par le pays, ce projet de loi doit être repris, mais avec un programme considérablement élargi.

Chaque commune de France devrait être dotée d'urgence d'une ambulance sociale assurant à domicile les soins obstétricaux, les plus indispensables de tous, les soins médicaux, et éventuellement les soins chirurgicaux, et avant tout, par l'exercice de la prophylaxie familiale, scolaire et communale, assurer le respect des lois salutaires du code pasteurien.

Voici à présent la délibération de l'assemblée départementale de Seine-et-Oise prise au mois d'août 1899 en réponse à notre intervention en faveur de la maternité souffrante de notre département.

« Le conseil général de Seine-et-Oise,

« Vu la lettre adressée le 20 août 1899, au président du Conseil général par le docteur Pecker, de Maule, fondateur de l'association Maternelle des Dames Mauloises, en vue de faire connaître le but poursuivi par cette œuvre qui tend à assurer aux femmes nécessiteuses qui accouchent chez elles une assistance réellement efficace.

« Considérant que l'assimilation qui a été faite au point de vue de l'assistance médicale des femmes enceintes arrivées au terme de leur grossesse avec des malades ordinaires, a eu pour conséquence de leur assurer comme à ces dernières non seulement l'assistance hospitalière mais aussi l'assistance à domicile et a réalisé de la sorte un véritable progrès.

« Considérant que ce progrès ne sera véritablement efficace que le jour où la femme nécessiteuse qui accouche chez elle aura à sa disposition des linges propres en quantité suffisante, des antiseptiques et tous les objets de pansemen tnécessaires en pareil cas.

« Considérant que l'antisepsie puerpérale pratiquée suivant les données de la science a pour effet de supprimer pour ainsi dire complètement la mortalité chez les femmes en couches, de diminuer dans une proportion les maladies post-puerpérales, de prévenir chez les nouveau-nés l'ophtalmie purulente, qui a causé jusqu'ici le plus grand nombre de cécités.

« Considérant que, dans ces conditions, l'attribution aux femmes nécessiteuses dont la délivrance a lieu chez elles, des objets matériels nécessaires pour appliquer l'antisepsie, constitue un devoir de solidarité sociale auquel le Conseil général et les communes ne sauraient se soustraire.

« Sa quatrième commission entendue,

« Délibère,

« Des félicitations sont adressées à l'Association des Dames Mauloises et à son fondateur, le Dr Pecker pour l'œuvre sociale d'assistance maternelle qui a été entreprise et qui mérite d'être propagée.

« M. le Préfet est invité à faire rechercher le moyen pratique d'assurer aux femmes nécessiteuses qui accouchent chez elles les bienfaits de l'antisepsie à l'aide de dons en nature constituant une sorte de « trousseau de maternité » et à soumettre des propositions à ce sujet au Conseil général, dans sa prochaine session. »

Vu les exigences budgétaires, une partie seulement

(1) La Fraternité en action. Paris. Fischbacher.
(2) *Journal Officiel* du 26 nov. 1909, p. 2937.
(3) M. Berteaux. — Lettre préface in Puériculture. par le Dr Pecker (Vigot frères, Paris).
(4) Colonel Robert. — Puériculture. La France militaire, 22 oct. 1904.
(5) *La Dépêche de Toulouse*, 22 décembre 1904. Pour mères et enfants français, par M. Remo.
(6) *Journal Officiel*, 28 décembre 1904.

de notre programme d'assistance à domicile fut acceptée par l'Assemblée départementale, et, à partir du 1er janvier 1902, le service départemental de maternité à domicile commença à fonctionner dans la Seine-et-Oise, grâce à l'activité déployée dans la circonstance par le Dr Amodru, l'actuel et très distingué président de notre Conseil général et le préfet d'alors M. Poirson.

Ce service a déjà doté presque toutes les communes de Seine-et-Oise d'un outillage d'urgence en faveur des mères infortunées (1) ; que toutes les communes de France devraient posséder, et que le Pr Pinard (2) considère comme équivalent au moins à la création de petits bâtiments qui, dans chaque commune, contiennent la pompe à incendie, et d'après le sénateur Strauss (3) cet outillage est au moins aussi indispensable pour veiller à la sécurité de la cité, puisqu'« elle évoque une idée juste, un devoir non plus équivalent mais supérieur, de vigilance et d'intervention collectives ».

Ce service public de solidarité et de prévoyance sociale a déjà à son actif plus de 30.000 accouchements.

30.000 mères et enfants furent assistés au moment où il faut venir en aide au ménage pauvre pour éviter la ruine de sa santé souvent doublée d'une ruine morale.

Déjà, dès l'année 1902, année du début du fonctionnement de ce service, le préfet d'alors, M. le sénateur Poirson (4), a signalé le bien qu'il a permis de faire et a prédit la grandeur du résultat social qu'il fallait en attendre.

Nous sommes heureux de constater que le successeur de M. Poirson, notre ancien préfet, M. Autrand (5) a souligné que « depuis l'établissement de ce service de maternité à domicile, les décès par suite d'accouchements ont baissé d'une façon notable ; que les décès des nouveaux-nés ont été également beaucoup moindres. »

Le bien accompli en faveur de 30.000 mères nécessiteuses lors de leurs couches est, certes, grand ; mais son rendement social peut devenir plus important encore, si le service départemental de maternité à domicile, qui n'accorde que le trousseau de maternité, la layette infantile, les objets et appareils de pansement et l'assistance médicale, complète ces secours par l'assistance d'une garde-malade, d'une infirmière sanitaire à domicile.

Un service de maternité à domicile doit, pour être rationnel, s'occuper de l'enfant avant sa naissance, par une assistance éducative de la mère. Ce service de maternité à domicile ayant dans ses attributions la surveillance de la fécondité maternelle, doit également empêcher les relevailles prématurées, et tout le corps médical nous approuvera, quand nous dirons que, seule, l'infirmière sanitaire à domicile, monitrice de l'hygiène familiale, s'occupant du ménage, de la mère alitée, peut lui permettre un repos réparateur et préventif des maladies post-puerpérales, de même qu'elle a pu sauvegarder l'enfant à naître par des soins prodigués à la mère durant sa grossesse.

Le Dr Robert Simon (1), à son tour, le confirme et, dans sa communication à l'Académie de médecine, du 20 juillet 1909 sur : « La lutte contre la mortalité infantile à New-York » cite parmi les moyens appliqués avec le plus de succès pour le sauvetage des enfants : la visite fréquente à domicile des nouveau-nés par des infirmières spécialement éduquées ; et surtout par la surveillance régulière des femmes de la classe pauvre pendant leur grossesse, par les mêmes visiteuses.

« Alors que dans la classe pauvre, ajoute-t-il, et « pour des enfants surveillés seulement au lende- « main de leur naissance, la mortalité est encore de « 17.1 p. 100, elle tombe de 4.7 p. 100 pour les en- « fants dont les mères ont été surveillées d'un à six « mois avant l'accouchement.

« Annuellement une visiteuse surveille cent mères « et gagne douze vies à la société ».

Si donc le service de maternité à domicile de Seine-et-Oise avait délégué auprès de ses 30.000 mères secourues, des infirmières sanitaires, notre département aurait pu réaliser un gain d'au moins 3.600 enfants.

Notre assemblée départementale a là une très grande et belle tâche à remplir en fondant une école départementale de préservation sociale, afin de former les infirmières sanitaires à domicile, agents les plus indispensables et les meilleurs pour la sauvegarde de la santé publique et de la prophylaxie communale.

Un vœu (2), résumant toutes ces considérations, fut transmis en 1909, par le regretté maire de Maule, M. James, au président du Conseil général. Nous espérons que, dans les circonstances présentes, notre assemblée départementale, toujours à l'avant-garde des réformes sociales et qui a déjà pris partiellement en considération notre vœu par sa délibération du

(1) L'outillage d'urgence, ou le trousseau de maternité comprend :

A. Deux draps de lit neufs en coton et ourlés, de 3 mètres sur 2 ; deux alèzes en toile ; 3 paquets de coton hydrophile de 125 gr. chacun ; tuyau en caoutchouc et une canule en verre pour l'usage de la douche.

B. Une layette composée de :

4 langes dont 2 en laine et 2 en coton ; 3 chemisettes ; 3 brassières ; 3 couches ; 3 bonnets piqués ; 3 fichus.

C. Les médicaments à joindre au trousseau comprennent :

20 comprimés de sublimé à 0.25 ; 1 pot de vaseline de 30 gr. ; 100 grammes d'alcool à 60°.

(2) M. A. Pinard, — *Bulletin de l'Académie de médecine*, séance du 2 mai 1899.

(3) Strauss. — La Puériculture. *Revue des revues* du 15 janvier 1900.

(4) Rapport du Préfet et délibération du Conseil général. Départ. de Seine-et-Oise. Session ordinaire avril 1903.

(5) Conseil général de Seine-et-Oise. Procès verbaux des délibérations. 2e session ordinaire de septembre 1908, p. 451.

(1) *La Presse Médicale*, 21 juillet 1909.

(2) Dr P. Pecker. Le rôle des infirmières sanitaires à domicile, *Revue politique et parlementaire*, 10 avril 1911.

10 mai 1910, le réalisera totalement au plus grand profit du budget vital de la Seine-et-Oise.

L'assistance scientifique visant la prospérité de la puériculture deviendra par cela même un puissant moyen prophylactique dans la lutte contre les maladies évitables, et notamment contre la plus désastreuse d'entre elles, contre la tuberculose, et cela, d'autant plus que la tuberculose de l'adulte est, le plus souvent, une tuberculose de l'enfance restée latente et méconnue.

Les infirmières sanitaires à domicile assureront non seulement la prophylaxie des maladies évitables, mais formeront aussi cette armée vaillante et la plus nécessaire pour mener une lutte offensive et ardente contre ce fléau moderne qu'est la tuberculos- La preuve nous en est fournie par l'œuvre remarquable du professeur Calmette, de Lille, et les organisations similaires.

En 1901, nous avons documenté l'office sanitaire municipal de la ville de Lille sur l'organisation de l'assistance scientifique à domicile et nous avons communiqué à son directeur, le Dr Staes-Brame tous les renseignements sur le rôle de l'infirmière sanitaire à domicile dans la lutte contre la mortalité et la morbidité maternelle et infantile. Nous avons eu la joie de constater que dès 1902 le Dr Calmette confia à l'infirmier sanitaire à domicile, au « moniteur d'hygiène » comme l'appelle ce Maître, la lutte contre la tuberculose. Grâce au preventorium E. Roux, fondé par le Dr Calmette, « les malades consultants restent en contact permanent avec le dispensaire par l'intermédiaire de l'ouvrier enquêteur, dont la mission consiste à les visiter périodiquement chez eux, à leur répéter en un alngage simple et facilement compréhensible les conseils qu'ils ont reçus du médecin, en un mot à être pour eux un véritable moniteur d'hygiène » (1).

On voit que ce véritable moniteur d'hygiène du préventorium ressemble, par ses fonctions, à notre sœur de maternité, à l'infirmière sanitaire de l'assistance scientifique à domicile, qui est « la cheville ouvrière de notre association », et laquelle nous engagions « dans un langage simple, à causer de cette hygiène si délaissée et si ignorée », et que de fois n'avons-nous pas constaté que l'infirmière à domicile « était la fée bienfaisante, l'hygiène vivante qui, instruite et introduite par le médecin dans la chaumière des mères pauvres, y apporte avec la joie, la sécurité de la vie » (2).

Le Pr Calmette a à maintes reprises et notamment au Congrès international d'hygiène de Berlin (1907), appelé l'attention sur l'importance du « moniteur d'hygiène » dans la lutte contre la tuberculose.

En Allemagne, de même qu'en Amérique, les dispensaires antituberculeux ont recours avec grand avantage aux infirmiers et infirmières à domicile et

(1) Congrès international de la tuberculose. Paris 1905. T. III, p. 366.

(2) Dr Pecker. — L'Association des Dames Mauloises. *Revue philanthropique*, 10 mai 1898.

Miss Hampton-Robb, de Cleveland, dans son rapport au Congrès international des infirmières (Paris 1907) n'a-t-elle pas affirmé : « que la garde-malade à domicile est un des agents les plus puissants, tant par son contrôle sévère, que par les principes d'hygiène qu'elle enseigne et applique autour d'elle ».

Le major Richard C. Cabot (1), professeur de médecine à l'Université de Harvard, dans son livre suggestif sur la fonction de la visiteuse à domicile (Essais de médecine sociale), montre tous les services rendus par elle en Amérique et il rend hommage à Calmette et Grancher, dont les idées ont servi en Amérique de point de départ pour la création de la visiteuse d'hygiène, comme la liaison entre le dispensaire et le domicile du malade.

Dès 1898 et dans tous nos travaux (2), nous avons insisté sur le rôle prépondérant de l'infirmière sanitaire à domicile dans l'exercice de l'assistance et de la prophylaxie familiale et nous avons dit quel large horizon elle ouvrait à leur action bienfaisante en faveur de l'humanité souffrante.

L'assistance scientifique à domicile en faveur de la maternité en détresse, servant de défense nationale et répondant à un besoin humanitaire, a continué à se développer et son application doit s'étendre chaque jour davantage.

Notre regretté confrère le Dr L. Salomon (3) (de Savigné-l'Évêque) vice-président de l'Union des syndicats médicaux de France, dans un substantiel travail sur (l'Assistance familiale des indigents à la campagne) a dit : « Le système du Dr Pecker pourrait être appliqué aux femmes enceintes et une organisation semblable devrait étendre son action bienfaisante sur tous les malades, enfants, adultes, etc. »

Au congrès international d'assistance familiale,

(1) Major Richard Cabot. — Essai de médecine sociale. La fonction de la visiteuse à domicile. Édition G. Crès et Cie, 116, boulevard St-Germain Paris. (1919).

(2) Dr Pecker. :

a) Appel aux médecins. *Le Concours médical*, n° 9. 26 février 1898.

b) Lettre aux médecins. *Journal des Praticiens*. 21 mai 1898.

c) L'Assistance à domicile de la femme indigente. *Le Concours médical*, n° 45. 11 nov. 1899.

d) Puériculture par l'Assistance à domicile. *Bulletin* de la Société médico-chirurgicale de Paris, n° 2, 1901.

e) L'Assistance maternelle à domicile et la dépopulation. *Revue politique et parlementaire* 10 déc. 1900.

f) Rapport au Congrès international d'assistance publique et de bienfaisance privée (1900).

g) Rapport au deuxième congrès international des œuvres et institutions féminines, t. IV., p. 28. (1900).

h) Rapport au Congrès international de la tuberculose. Paris 1905, t. II., p. 585.

i) Le rôle des infirmiers sanitaires à domicile. *Revue politique et parlementaire*. avril 1911.

j) La puériculture par l'assistance scientifique à domicile. Rapport présenté au XVIIe congrès international de médecine. Londres 6-12 août 1913.

(3) *Bulletin officiel de l'Union des syndicats médicaux de France*, n° 3, 5 février 1902.

le Dr Marie (1), son distingué secrétaire général « se référant aux conditions si délicates dans lesquelles l'assistance chirurgicale peut et doit être faite dans la famille des malades » tant pour les soins opératoires que consécutifs, a préconisé « une œuvre complète de secours à domicile avec matériel et personnel spécial comme pour l'assistance maternelle que M. le Dr Pecker a si heureusement développée. A vingt ans de distance, le Dr Marie a de nouveau affirmé, et cette fois-ci à la Société internationale pour l'étude des questions d'assistance, « que l'œuvre de M. Pecker est le meilleur exemple à suivre ».

Le regretté directeur du *Concours médical*, notre ami le Dr Jeanne, ainsi que le Dr J. Noir, son actuel rédacteur en chef, ont souligné l'importance sociale du développement de l'assistance scientifique à domicile. Ils ont vu là une nouvelle et belle tâche pour nos syndicats médicaux, les organisateurs et défenseurs naturels de la médecine sociale.

La saignée douloureuse subie par la France durant les terribles épreuves qu'elle vient de traverser exige que l'organisme national anémié retrouve son énergie et toutes ses forces pour continuer sa mission civilisatrice à travers le monde. Dans ce but, encouragé par l'actif si beau de l'assistance scientifique à domicile vieille presque d'un quart de siècle, nous proposons à tous ceux et à toutes celles qui ont à cœur l'avenir du pays : l'organisation de la défense de la puériculture ainsi que la lutte contre les maladies sociales et évitables telles que la tuberculose, la syphilis et l'alcoolisme par l'assistance scientifique à domicile. Cette organisation doit être avant tout d'essence communale. Chaque ville et village de France devrait posséder une ambulance, organisme de prophylaxie communale et de solidarité sociale qui déléguerait ses infirmiers et infirmières sanitaires à domicile, pour soigner les parturientes, les malades, les blessés et opérés, et à veiller à la prophylaxie familiale et scolaire. Leur mission consisterait à répandre les notions bienfaisantes de l'hygiène, à assainir le foyer et à barrer la route à la contagion.

Tous leurs bienfaits auront ce résultat inéluctable : diminution de la morbidité et de la mortalité. Cette ambulance communale prophylactique comportera trois sections ; elle assurera à domicile l'assistance obstétricale, la plus urgente de toutes, l'assistance médicale et l'assistance chirurgicale.

La section obstétricale, par ses infirmières sanitaires à domicile, ces véritables sœurs de maternité, veillera à la fécondité maternelle pour assurer la venue au monde des enfants bien portants ayant une résistance et une vitalité accrues.

Elle possèdera des trousseaux de maternité, des layettes, des objets, des appareils de pansements, des grandes baignoires sur voitures à bras ou automobiles, petites baignoires d'enfants, et enfin des couveuses pour les prématurés-nés.

(1) *a*) Congrès international d'assistance familiale. Paris, 27-31 octobre 1901, *Bulletin officiel de l'Union des syndicats médicaux de France*, n° 12, 23 juin 1901.
b) *La Revue Philanthropique*, 15 décembre 1920.

La section médicale, par ses infirmières à domicile, tout en soignant les malades, arrêtera la diffusion de la morbidité et, en veillant à la prophylaxie familiale contribuera à rendre la tâche de la prophylaxie scolaire plus aisée et plus efficace. La section médicale aura à sa disposition : lits, objets de literie, vêtements, chaussures, linge, etc.

La section chirurgicale, par ses ambulancières, assurera les meilleures conditions familiales pré et post-opératoires et, pansant blessés et opérés, contribuera à leur rapide guérison. La section chirurgicale disposera d'objets et d'appareils de pansements et d'un arsenal instrumental. Chaque ambulance communale sera rattachée à un centre de désinfection.

Le service de cette ambulance ou de plusieurs ambulances communales réunies sera assuré par un inspecteur d'hygiène chargé de son administration et de son perfectionnement.

Les infirmières sanitaires à domicile seront les principaux agents de cette œuvre de préservation sociale, et leur recrutement pourra s'effectuer parmi les femmes éclairées de toutes les classes sociales, qui, instruites par les médecins, deviendront aptes à accomplir leur mission.

La Croix-Rouge française présente également une pléiade d'élite qui ne demande qu'à s'enrôler dans ces ambulances afin de concourir efficacement à la lutte contre les maladies évitables.

Dès 1898, nous avons plaidé de toutes nos forces et avec tout notre cœur auprès de la Croix-Rouge française, la cause de la maternité souffrante et nous avons montré quel vaste horizon la puériculture par l'assistance à domicile ouvrait à l'action généreuse de ses infirmières.

Le rôle des infirmières sanitaires à domicile doit devenir et deviendra prépondérant dans les œuvres d'assistance, de prévoyance et de prophylaxie. Son intervention dans la lutte contre l'alcoolisme, la mortalité infantile, les maladies contagieuses et évitables, se traduira pour le pays — en plus des avantages économiques et moraux — par une diminution de sa morbidité et de sa mortalité.

Nous sommes heureux de constater que les voix autorisées de Pinard (1), de Roux (2) (de l'Institut Pasteur), de Strauss, de Bouloumié (3), de Bonnette (4) etc., convient également à l'œuvre patriotique de la reconstitution de nos forces vives les infirmières de la Croix-Rouge dont les bienfaits sont universellement connus.

Il faut que les infirmières de la Croix-Rouge concourent à endiguer ce désastre national qui coûte chaque année à la France des dizaines de mille d'enfants qui meurent de faim, de misère, faute de soins et de surveillance.

(1) A. Pinard. — *Bulletin de l'Académie de médecine.* (séance du 2 mai 1899).
(2) Roux. — *Le Matin* du 27 mars 1919. Une nouvelle croisade. Guerre à la maladie et à la mort.
(3) Bouloumié. — Société médico-chirurgicale. *La Presse médicale*. 14 nov. 1900.
(4) Dr Bonnette. *La puériculture et la Croix-rouge française. La Presse médicale*. 28 janvier 1920.

La lutte sociale en faveur de la puériculture, ainsi que contre les maladies évitables, par la prophylaxie familiale, scolaire et communale devant s'exercer sur tout le territoire, les sources de recrutement que nous avons énumérées peuvent ne pas être suffisantes. Nous pensons donc que chaque département doit avoir son Ecole Normale de Préservation Sociale pour former des infirmières et infirmiers communaux à domicile, au moins aussi nécessaires et indispensables que nos gardes champêtres et gardes municipaux, mais avec une responsabilité plus grande,ayant une mission plus haute à remplir.

Nous formerons ainsi une armée de préservation sociale aux cadres solides et hiérarchisés d'ambulanciers et ambulancières à domicile, qui lutteront par la prophylaxie familiale, scolaire et communale au profit de la prévoyance nationale.

En outre de l'instruction et du contrôle permanent des infirmiers sanitaires à domicile, les médecins de l'ambulance communale, à l'instar des médecins des hôpitaux,devraient pouvoir disposer en faveur des malades des aliments qui sont souvent les meilleurs des médicaments.

D'un livret *ad hoc*, le médecin détachera des bons de pain, de viande, de lait, etc., et de cette façon tous les praticiens pourront concourir plus efficacement à la lutte contre les maladies épuisantes qui préparent l'éclosion de la tuberculose et contre la tuberculose elle-même.

C'est là, la mobilisation de tous les praticiens avec des armes adéquates pour la croisade rationnelle contre les maladies contagieuses et plus particulièrement contre la plus meurtrière d'entre elles la tuberculose.

Après la guerre si sanglante de 1914-1918, une nouvelle guerre contre la maladie et la mort s'impose à l'armée des praticiens français, celle-là salutaire et bienfaisante, par la création de ces postes de secours ou ambulances communales essaimés sur tout le front national de la défense et rayonnants de vie et de santé.

Chaque ambulance communale, d'essence et d'origine nationale, instaurée par une loi rendue pressante par le budget vital de la France,ne sera qu'une section communale du service départemental de préservation sociale.

Ce service départemental de préservation sociale sera régi par un budget conformément au barême financier de la loi du 15 juillet 1893, sur l'assistance médicale gratuite.

Voici le but à atteindre par le législateur ! mais la Loi si nécessaire, si indispensable et si urgente pour organiser la prophylaxie familiale, scolaire et communale par l'ambulance publique de prévoyance sociale, peut ne pas être l'œuvre d'aujourd'hui ni celle de demain.

Puisque la contagion guette chaque jour ses victimes innombrables et souvent innocentes, que les mères en détresse ne dotent le pays que d'une végétation pâle et anémiée, quand son avenir exige qu'elle soit prospère et luxuriante, que sur notre terre il y a encore des milliers d'enfants qui meurent avant même de naître, que les taudis insalubres, ces léproseries infectes, rongent nos villes et villages, que l'alcoolisme sévit avec rage, et que nous manquons même d'assurances obligatoires contre les maladies, quand en un mot la souffrance, la maladie et la mort prélèvent, et cela encore après cette guerre si meurtrière, une si forte dîme nationale, ne devons-nous pas, nous tous qui avons à cœur l'avenir du pays nous mettre à l'œuvre pour organiser à travers la France l'assistance scientifique à domicile, cette source bienfaisante de vie et de santé, qu'on peut faire jaillir partout de notre sol généreux pour le rendre plus riche et plus fertile. Que nos maires, ces défenseurs naturels de nos communes, réalisent enfin avec l'aide du corps médical, notamment avec nos syndicats médicaux, le vœu de l'éminent Maître de la puériculture française, le Pr Pinard, et organisent dans les plus grands centres urbains comme dans les plus petites bourgades rurales, l'assistance scientifique à domicile inaugurée en France par l'Asociation des Dames Mauloises en 1897.

« Je souhaite que bientôt, dans chaque ville et village, il y ait une société des Dames Mauloises », a dit notre cher maître à la tribune de l'Académie de médecine encore en 1899, considérant notre œuvre comme « une des plus belles manifestations de solidarité sociale ».

Que nos Conseils généraux créent dans tous les départements des services de maternité à domicile, à l'instar de celui de la Seine-et-Oise, mais avec un programme élargi,de façon à ce qu'ils deviennent des services départementaux de préservation sociale, plus en harmonie avec les exigences de l'heure présente et d'un rendement meilleur au profit de notre budget vital.

Que les infirmières de la Croix-Rouges françaises, qui ont si bien servi le pays durant la grande guerre, abordent aussi le champ de bataille de la maternité souffrante et accourent au secours de toutes celles et de tous ceux qui tombent blessés ou malades, dans l'âpre et épuisante lutte pour l'existence.

Grâce à nos assemblées municipales et départementales, et à toutes les initiatives privées les plus éclairées et les plus prévoyantes, les ambulances communales de prévoyance sociale fonctionneront dans toutes nos villes et villages.

Ces œuvres de vie et de santé, relevant le niveau de forces vives de la Nation auront bien mérité de la Patrie reconnaissante.

Et, si la Loi, sauvegarde de notre budget vital, qui doit rendre leur existence universellement obligatoire est encore retardée à présent par l'imprévoyance parlementaire, elle sera enfin promulguée, dotant ainsi le patrimoine national d'une arme offensive et défensive et toujours perfectible pour la prospérité et la grandeur de la France.

Dr PECKER.

Le Directeur-Gérant : Dr GASSOT.

Clermont (Oise). — Imprim. THIRON et FRANJOU.

AVIS

Stations thermales
Stations d'altitude.

Nos lecteurs qui désirent voir leur nom figurer dans les listes que nous publions actuellement sont priés de nous en informer

Envois de fonds.

Pour l'envoi des abonnements et des cotisations aux filiales, nous rappelons que le moyen le plus pratique et le plus économique est le versement au compte de chèques postaux dont voici les nos :

Concours Médical, Paris, 167-95.

Sou Médical, Paris 182-31.

Mutualite Familiale Paris, 182-32.

Caisse des pensions de retraites du Corps médical français. Paris, 271-46.

Changements d'adresses

Nous rappelons à nos lecteurs que toute demande de changement d'adresse doit être accompagnée de 0 fr. 60 pour frais de réimpression de bande.

lité toujours 50 fr. Plus 14 fr. de déplacement kilométrique = 64 francs.

2° Le lendemain, radiographie faite par le Dr B... Coût 50 fr. dus au Dr B.

3° Le même jour, consultation entre le chirurgien D. et vous, soit (art. 8) 3 visites dues. Donc 8 × 3 = 24 fr. pour vous et autant pour le chirurgien D. (Pas de déplacement à compter pour vous puisque *c'est le blessé lui-même qui s'est déplacé*).

4° Le surlendemain, réduction de la fracture et pose d'appareil par le chirurgien D. en dehors de vous. Donc (art. 18) « réduction et contention de fracture de jambe 150 fr., soit en 2e catégorie 112,50 pour le chirurgien. Quant à vous, vous ne pouvez rien réclamer (voir art. 30, *in fine*).

En résumé, vous avez à réclamer pour vous-même : le jour de l'accident 64 fr., le lendemain 24 fr., soit en tout 88 *francs*. (Le radiologue 50 fr. et le chirurgien 112,50 de leur côté en plus).

Nota. — Mais, direz-vous, et mon déplacement à R... dans l'auto du patron ? Et tout mon temps perdu ? Hélas ! confrère, je ne voudrais pas vous dire « Trop de zèle » ! alors que vous n'avez écouté que votre bon cœur, mais je ne vois pas où loger, dans le tarif, l'ombre d'une réclamation à ce sujet.

Dr Fernand DECOURT.

IV

Appelé près d'un blessé atteint de luxation sus-acromiale de la clavicule avec chevauchement presque incoercible, j'ai pratiqué la réduction et appliqué successivement deux appareils de contention.

Le tarif Breton ne fixant pas le prix de cette intervention, je vous serais très obligé de me dire quel est le montant des honoraires à réclamer.

Dr B.

Réponse.

Le prix d'une réduction sous-acromiale de la clavicule avec appareils de contention peut être, dans le tarif Breton, assimilé, ce me semble, *par analogie*, au prix de la réduction de fracture de la clavicule soit 50 fr. (ou 37,50 en 2e catégorie).

Dr Fernand DECOURT.

Papiers nécessaires au conducteur d'une auto.

Quels sont les papiers qu'un conducteur et possesseur d'automobile doit avoir maintenant pour conduire ? Tout s'est tellement compliqué et il y a tant de formalités à remplir. J'ai une voiture qui n'a pas roulé depuis août 1914. Je veux la remettre en marche.

J'ai : le récépissé de déclaration à la préfecture, mon permis de conduire. Il paraît que ce n'est pas suffisant. On m'a parlé d'un vague reçu des impôts payés pour la machine, d'un timbre apposé dessus, etc. Or, en 1921, on ne m'a encore rien demandé en fait d'impôt d'auto. Dois-je attendre ? Puis-je rouler sans ce reçu d'impôts.

Si vous pouvez, donnez-moi donc tous les renseignements nécessaires comme à un novice.

Dr F.

Réponse.

En dehors du permis de conduire et du récépissé de déclaration à la Préfecture (carte grise), il est nécessaire actuellement d'avoir, pour conduire une voiture sans risquer une contravention et une amende élevée, d'être muni du permis de circulation délivré par le receveur des contributions indirectes contre payement des droits.

Le contribuable n'a pas à attendre qu'on lui réclame le payement des droits. C'est de lui-même qu'il doit faire la déclaration chez le receveur et payer les droits. Il ne reçoit aucun avertissement, les droits sur les autos, qui étaient autrefois reçus par le percepteur et assimilés aux contributions directes, étant actuellement perçus par le receveur des contributions indirectes, auxquelles ils sont assimilés.

DOCUMENTS OFFICIELS

A L'OFFICIEL

Payement des soins aux réfugiés.

9265. — M. AJAM, député, demande à M. LE MINISTRE DE L'INTÉRIEUR : 1° comment il peut se faire que les pharmaciens ayant fourni, sur l'indication de l'administration, des remèdes aux réfugiés en 1918 ne soient pas encore payés ; 2° quelles mesures on compte prendre à leur égard. (*Question du 31 mai 1921.*)

Réponse. — Les crédits ouverts au budget du ministère de l'intérieur au titre de l'assistance aux réfugiés pour l'exercice 1918 ont été insuffisants par suite des évènements qui se sont déroulés au cours de cette année. D'autre part, les mémoires et justifications relatifs aux créances signalées par l'honorable député, sont parvenus à l'administration après la clôture de l'exercice 1918, mais toutes les dépenses du service des réfugiés, restant à liquider pour l'année 1918, ont fait l'objet de cahiers spéciaux de crédits supplémentaires, qui ont été transmis les 5 mars, 21 juin et 20 novembre 1920, au ministère des finances en vue du dépôt par celui-ci d'une demande de crédits sur exercices clos.

(*J. O.*, 15 *juin* 1921.)

N.D.L.R. — La réponse ministérielle faite pour les médicaments peut s'appliquer aussi aux soins médicaux donnés aux réfugiés au cours de l'année 1918 et dans les circonstances ci-dessus indiquées.

Le timbre des mémoires de frais de justice criminelle.

Il était jusqu'à ce jour obligatoire pour les mémoires excédant 10 fr. Il résulte de la réponse ministérielle et du décret ci-après qu'il ne l'est plus actuellement que lorsque les mémoires excèdent 50 fr. En conséquence, échappent à l'obligation du timbre de 2 francs les mémoires d'honoraires portant sur : une visite judiciaire ; une autopsie de cadavre de nouveau-né avant inhumation ; une autopsie de cadavre de nouveau-né après inhumation ou en état de décomposition avancée, dans les localités autres que Paris ou les villes où siège au tribunal de 1re classe ; un examen au point de vue mental dans les cas simples, sauf à Paris, où cet examen est payé 60 fr. (art. 26 du décret du 5 octobre 1920)

Si le mémoire comprend plusieurs articles, il est assujetti au timbre lorsque son total dépasse 50 francs.

9103. — M. Defos du Rau, député, expose à M. le ministre des finances qu'aux termes des règlements sur la comptabilité publique, tout mandat ayant pour objet le payement du prix des fournitures ou travaux faits pour le compte des administrations publiques doit être appuyé de factures ou mémoires timbrés des fournisseurs ou entrepreneurs lorsque la dépense excède 10 fr. ; que le ministre a décidé, le 4 octobre 1920, que seuls, les mandats dont le montant excédera la somme de 50 fr. devront être appuyés, à l'avenir, de factures et mémoires timbrés, ajoutant que cette décision, appliquée dans certains départements, paraît ignorée dans d'autres ; que certains comptables ne la connaissent que pour l'avoir lue dans les journaux de leur région et ne savent s'ils doivent l'appliquer, et demandant si, à défaut de notification officielle, les comptables sont autorisés à appliquer la décision du 4 octobre 1920 dès l'instant qu'elle est parvenue à leur connaissance. (*Question du 24 mai 1921.*)

Réponse. — Réponse négative. La décision en question n'est qu'une décision de principe dont la mise en exécution implique l'intervention de décrets nécessaires pour modifier les règlements de comptabilité applicables aux différents ministères. Les derniers de ces décrets viennent d'ailleurs d'être préparés et la notification aux comptables des dispositions nouvelles sera faite incessamment.

(*J. O.*, 8 *juin* 1921.)

Décret du 9 avril 1921 réglant le mode de justification des dépenses qui n'excèdent pas 50 fr.

Art. 1er. — L'article 69 du règlement du 28 décembre 1838 sur la comptabilité du ministère de la justice est modifié ainsi qu'il suit :

« Toutes les fois que le timbre est exigible d'après les lois et règlements, et notamment pour les justifications relatives au payement des fournitures excédant 50 fr., il est à la charge des créanciers. La nomenclature des pièces à produire aux payeurs, annexée au présent règlement, spécifie celles de ces pièces qui doivent être revêtues de la formalité du timbre. »

Art. 2. — Le paragraphe 4 des observations générales et préliminaires de la nomenclature des pièces à produire annexée au règlement ci-dessus visé est modifié ainsi qu'il suit :

« 4° Toute pièce produite à l'appui d'une ordonnance ou d'un mandat de payement, et dont la dénomination est suivie de la lettre T dans la nomenclature, doit être timbrée, lorsque la dépense qu'elle concerne excède 10 fr.

« Toutefois, pour les dépenses qui n'excèdent pas 50 fr. dans leur totalité, la production des factures et mémoires de travaux ou fournitures n'est pas exigible quand le détail des fournitures ou travaux est présenté dans l'ordonnance ou le mandat. »

(*J. O.* 4 *juin* 1921)

Ministère de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales.

Aux termes du décret du 3 juillet 1905, portant réglementation des bureaux municipaux d'hygiène, les directeurs de ces bureaux doivent être nommés, par les maires, parmi les personnes reconnues aptes, à raison de leurs titres, par le Conseil supérieur d'hygiène publique de France.

Conformément à cette disposition et aux prescriptions de la circulaire ministérielle du 23 mars 1906, destinées à en assurer l'application, la vacance de directeur du bureau municipal d'hygiène du Mont-Dore (Puy-de-Dôme), est déclarée ouverte.

Le traitement alloué est fixé à 2.400 fr. par an.

Les candidats ont un délai de vingt jours, à dater de la présente publication, pour adresser au ministre de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales leurs demandes, accompagnées de tous titres, justifications ou références permettant d'apprécier leurs connaissances scientifiques et administratives, ainsi que la notoriété acquise par eux dans des services analogues où des fonctions antérieures. Cette candidature s'applique exclusivement au poste envisagé.

A la demande doit être jointe une copie certifiée conforme des diplômes obtenus ; l'exposé des titres doit être aussi détaillé que possible et accompagné d'un exemplaire des ouvrages ou

articles publiés. Les candidats peuvent, en outre, demander à être entendus par la Commission du Conseil supérieur d'hygiène.

(*J. O.* 25 *juin* 1921).

NOTES DE MÉDECINE SOCIALE

« Gouttes de Lait » et consultations de nourrissons.

Plus de 25 ans d'existence, ses résultats remarquables, ses nombreuses filiales dans le monde entier, prouvent suffisamment la vitalité de la Goutte de Lait ; aussi, cette œuvre n'a pas besoin de défenseurs, mais, elle doit être mieux connue et surtout mieux comprise. Le dernier article paru dans le *Concours médical* du 12 juin (Gouttes de lait et consultations de nourrissons) pourrait faire croire que l'auteur ignore ce qu'est exactement « la Goutte de Lait ».

Quel est le but de cette institution philanthropique telle que l'a conçue son fondateur ? « Encourager par tous les moyens l'allaitement maternel et, en cas de besoin, de nécessité, le compléter ou le remplacer par l'allaitement artificiel (1) ». Ce principe n'est pas une façade, il est écrit en toutes lettres au siège de l'œuvre, comme aussi cet aphorisme que l'on peut lire dès l'entrée : « Une mère ne doit jamais pouvoir se reprocher de n'avoir pas tout fait pour allaiter son enfant ». De plus sur chacun des flacons de lait, reste toujours gravée cette devise « Faute de mieux », Les exhortations, les encouragements de toute sorte, les primes que nous donnons depuis longtemps, sont autant de moyens de rappeler les mères à leur devoir, mais nous devons dire que les primes n'ont jamais fait fleurir les hottentotes chez nous. La notion du devoir est encore celle qui agit le plus sur le cerveau de la mère, car, si la femme française ne désire pas beaucoup d'enfants.elle cherche à tout prix à garder ceux qu'elle a, aujourd'hui plus que jamais. Aussi sont-elles bien rares maintenant, celles-là qui abandonnent leur devoir maternel par coquetterie.

Mais de nombreuses raisons physiques, morales et sociales (1) font que beaucoup trop de femmes ne peuvent allaiter. A Fécamp, la moitié des mamans sont incapables de nourrir complètement leurs enfants pendant 10 mois. Il doit en être de même illeurs, à en juger par le nombre de demandes de brochures « Comment on crée une Goutte de Lait », que reçoit le docteur Dufour.

Aussi, dire que la Goutte de Lait est un encouragement pour les mères à manquer à leurdevoir,une prime à la paresse, n'a plus sa raison d'être : c'est une erreur dont il a été fait justice depuis longtemps.

Au lieu de mettre en parallèle les Consultations de nourrissons, et les Gouttes de Lait, de rechercher la supériorité des unes sur les autres, ne serait-il pas préférable de les unir partout où cela est possible ? Ces deux œuvres ne doivent-elles pas collaborer ensemble, se compléter ? Chaque Goutte de Lait a sa consultation de nourrissons ; elle ne veut pas être une simple officine de vente ou de distribution de lait, mais une école de puériculture où les jeunes mamans apprennent à élever leurs enfants, où elles reçoivent,

(1) *Presse Médicale*, 6 avril 1921, 40 années de lutte contre la mortalité infantile, par le Dr Dufour,

(1) L'allaitement à Fécamp. Conférence nationale des « Gouttes de Lait » à Fécamp en 1912.

avec de bons conseils, le meilleur lait qu'il soit possible de donner après le sein, afin d'éviter les terribles mécomptes de l'allaitement artificiel.

De même qu'une Goutte de Lait ne se conçoit pas sans consultation, la Goutte de Lait ne doit-elle pas être le complément indispensable des Consultations de nourrissons ?

Ces dernières ne seront vraiment efficaces que si elles sont complétées par une œuvre analogue à la Goutte de Lait, car à quoi bon les excellents conseils si le lait maternel vient à manquer ? Que dira-t-on à la mère dont le sein ne fonctionne plus ? Elle aura recours au lait de boutique, ou autres succédanés plus ou moins capables de déterminer cette dangereuse entérite contre laquelle justement la Goutte de Lait ne cesse de lutter par un lait mieux préparé.

Puisse notre confrère du Nord venir à Fécamp ! Nous serons très heureux de lui faire visiter l'œuvre du Dr Dufour. Nous sommes persuadé qu'il reviendra convaincu que les Gouttes de Lait ne sont pas des primes d'encouragement à l'abandon du sein. Il reconnaîtra, au contraire, leur utilité et la nécessité de les voir collaborer plus nombreuses encore, avec les Consultations de nourrissons, dans l'intérêt des mamans et des petits enfants.

Dr MAUPAS.

Médecin-adjoint à la Goutte de Lait de Fécamp.



ANTHOLOGIE MÉDICALE

Sonnets Hippocratiques.

VII. Neurasthénique.

Pitoyable martyr, assoiffé de repos !
Le jour, un mal affreux te comprime le crâne,
Et la nuit, l'insomnie à ton chevet ricane,
Te vidant la cervelle et te brisant les os.

Tu vas, rasant les murs, blême, courbant le dos,
Sur ton cœur une angoisse inexprimable plane.
Une telle douleur de tes regards émane,
Qu'à ta vue, effarés, s'attroupent les badauds.

Ta bouche est empâtée et ton haleine atroce.
Et, malgré la rigueur d'un régime féroce,
Chacun de tes repas t'inflige un long tourment.

Irrité contre tous, plein d'horreur pour toi-même,
La vie est, à tes yeux, un affolant problème
Qu'il te faut affronter, interminablement...

Dr Émile JUNÈS
Sfax (Tunisie.)

Le VIN GIRARD

IODOTANNIQUE PHOSPHATÉ

SUCCÉDANÉ DE L'HUILE DE FOIE DE MORUE

est le véritable

SPÉCIFIQUE DU LYMPHATISME

cnez les Enfants et les Adultes

Le **VIN GIRARD**, de l'aveu des milliers de praticiens qui le prescrivent journellement, est un des modes d'administration de l'iode les plus parfaits. L'iode, en combinaison avec le tanin, est facilement assimilable, très actif, et n'occasionne jamais ni irritation des voies digestives, ni accidents d'iodisme. D'un dosage rigoureux, d'une conservation parfaite, le **VIN GIRARD** est, de plus, d'un goût fort agréable et toujours pris avec plaisir.

Sa haute teneur en lacto-phosphate de chaux lui permet de lutter contre cette déminéralisation de l'organisme, dont le professeur ROBIN a montré le rôle prédisposant à la tuberculose.

LYMPHATISME, MALADIES DE POITRINE

ENGORGEMENTS GANGLIONNAIRES

TUBERCULOSE



UN VERRE A MADÈRE AVANT LE REPAS

VIN GIRARD

48, Rue d'Alésia, PARIS

QUARANTE-TROISIÈME ANNÉE — N° 28 — DIMANCHE 10 JUILLET 1921

Fondé en 1879 par Auguste CÉZILLY
Rédigé et dirigé par H. JEANNE (1900-1914),

LE CONCOURS MÉDICAL

ORGANE HEBDOMADAIRE DES PRATICIENS
Groupés dans la Société « Le CONCOURS MÉDICAL » et ses Filiales

ADMINISTRATION & PUBLICITÉ
G. BOULANGER, ADMINISTRATEUR
ABONNEMENTS :
France........................ 24 fr.
Étranger...................... 28 »
Etudiants (France)........... 12 »
Le numéro.................... 50 cent.
Chèques Postaux Paris 167-95

DIRECTION
MM. les Drs A. GASSOT, Directeur ; A. MAURAT ; H. CEZILLY ; J. NOIR ; P. BOUDIN docteur en droit ; M. VIMONT ; G. DUCHESNE.
MM. P. CEZILLY, J. DUMESNY, licenciés en droit ; G. BOULANGER.

RÉDACTION
Dr J. NOIR,
RÉDACTEUR EN CHEF
Drs P. LACROIX et G. DUCHESNE
SECRÉTAIRES DE LA RÉDACTION
N.-B. — Les manuscrits publiés ou non, ne sont pas rendus.

Rédaction et Administration : 132, rue du Faubourg St-Denis, PARIS (10e). Téléphone : Nord 48-17

BULLETIN DE SOUSCRIPTION

à l'AGENDA-MEMENTO DU PRATICIEN

(ÉDITION 1922)

qui sera envoyé vers le 15 décembre 1921.

NOTA. — LA SOUSCRIPTION SERA CLOSE IRRÉVOCABLEMENT LE 1er AOUT 1921.

Le soussigné (nom et prénoms) ....

.... *Abonné au* **Concours Médical** (1)

médecin à .... *dép. de* ....

*désire recevoir l'***Agenda Memento du Praticien** *édition* 1922 *et*

(2)
- 1° *Envoie ci-inclus le montant de sa souscription en un mandat de* **Douze francs.**
- 2° *Verse le montant au compte de chèques Postaux n°* 167.95 *Paris.*
- 3° *Demande que le montant de sa souscription soit recouvré par la poste* (13 fr. *frais compris*).

A ...., *le* .... 1921.

SIGNATURE :

(1) *Pour les non abonnés, le prix de l'***Agenda Memento** *est de 15 fr.*
(2) *Biffer la mention qui ne convient pas.*

Adresser les lettres et mandats avant le 1er août à M. **C. Boulanger**, administrateur du ***Concours Médical***, 132, rue du Faubourg Saint-Denis, Paris, 10e arr.

Quarante-troisième année. N° 28 10 Juillet 1921.

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

Office de Renseignements du « Concours »

Membres du Concours exerçant dans les stations d'altitude.

NOTA. — Nous rappelons à nos abonnés qu'il est nécessaire de nous informer chaque année de leur désir de voir figurer leur nom sur ces listes.

MM. les docteurs :

Jougne (Doubs). Charlin.
Maîche (Doubs). J. Chatelain.
Rousses (les). Moreau.

Membres du Concours exerçant dans les stations balnéaires.

MM. les docteurs :

Banyuls-sur-Mer. E. Panis.
Cancale. Bazin.
Cassis-sur-Mer. Agostini, Buges.
Chatelaillon. Barraud.
Douarnenez. Damey.
Paramé. Ronsin.
Roscoff. Stéphan.
Royan. Sarazin.
Quiberon. A. Grias.
St-Quay-Portrieux. Christian. Le Lionnais.
Sables-d'Olonne. Pelletier.

DON. — Nous avons reçu à titre de don à la Société civile du *Concours Médical*, de M. le Dr X., la somme de cinq francs pour bons offices du journal.

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum, aux* « demandes et offres ».

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne, qui est versé dans la caisse de la Société civile du Concours Médical). *Adresser un mandat ou mieux verser au compte de chèques postaux*, Concours Médical, *Paris 167-95.*

Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse.**

No 346. — A vendre mono Peugeot 10/12 HP, 2 baquets torpedo, parfait état. 4.500 fr. Dr Baslez, à Charost (Cher).

No 347. — — Poste 30.000 fr., dont 9.000 fr. fixes. Conditions à débattre. Dr Berger, à Fontoy (Moselle).

No 348. — A vendre à partir de 3.500 fr. voiturette auto-fauteuil, parfait état de marche.

No 349. — Dame en villégiature campagne, recevrait dame seule ayant besoin repos. Prix modérés.

No 350. — Zèbre 6 HP. 1917, remis à neuf 8.000 fr. Dr Bedin., Dammartin-en-Goële (S.-et-M.).

No 351. — A vendre torpedo Buchet, 2 pl. strapontin, remis à neuf. 4 cyl. 8 HP 1913, Prix : 10.000 fr. Dr Cudennec, Audierne (Finistère).

No 352. — Corre Licorne 1914, 9-12 HP torpedo, 4 places, peu roulé pendant guerre, carrosserie, moteur parfait état, accessoires. Absolument prête à rouler. Vendue de confiance 8.700 fr. Dr Le Coz, Saint-Sauveur-Lendelin (Manche).

No 353. — Docteur grande banlieue cherche pour 10 ou 15 jours de juillet permutant parisien désireux prendre demi-repos au pair.

No 354. — A céder dans chef-lieu de canton de l'ouest, poste seul médecin. Rapp. 40.000 fr. Loyer 800 fr. maison avec jardin. Région agréable. Cession urgente. S'adresser Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris.

No 355. — A céder d'urgence dans quartier central à Paris, petit noyau de clientèle. Appart. 6 pièces, clientèle ancienne. S'adresser Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris.

CORRESPONDANCE

Les soins aux pensionnés de guerre.

Partout en France le tarif de nuit va de 19 h. à 7 h. cela fait 12 h. de travail de jour, c'est suffisant.

J'ai lu hier dans *Le Nouvelliste de Lyon* l'article ci-joint au sujet de la loi des pensions.

Les soins médicaux aux mutilés.

Paris, 13 *juin*.

« On nous communique la note suivante : »

Ce matin s'est réunie au ministère des Pensions, sous la présidence de M. Maginot, la commission tripartite chargée de mettre au point l'application de l'article 64 de la loi des pensions. L'accord s'est établi au sein de la commission sur tous les points jusque-là en litige. De nouvelles propositions de tarif ont été arrêtées de concert, qui seront incessamment soumises à l'examen du Conseil d'État.

Pour sceller cette entente, les délégués de l'Union des syndicats médicaux ont décidé, sous réserve de la ratification de cette décision par le Conseil de l'Union, d'adresser à tous les groupements médicaux affiliés au syndicat une circulaire annulant celle du mois de janvier dernier et demandant aux médecins de donner leurs soins aux invalides de guerre conformément aux dispositions de l'article 64 de la loi des pensions.

Si ce n'est pas un article tendancieux pour influencer le public et les médecins, article inspiré à la Grande Presse par le ministre ; et si la chose est exacte, je trouve les délégués de l'Union et l'Union, si elle entre dans cette manière d'agir, *bien pressés de faire plaisir à M. Maginot.*

Le « tarif Maginot. » a été établi par décret présidentiel, il a donc force de loi tant qu'il n'a pas été abrogé ou remplacé par un autre décret.

Si donc, l'on soignait de nouveau actuellement, les malades, aux frais de l'État (au lieu du payement par le malade) ce serait au prix du tarif Maginot, seul en vigueur actuellement, ce serait donc une capitulation, et cela ferait *un précédent.* Cela ne serait pas la peine d'avoir résisté pendant 5 mois.

M. Maginot ne doute de rien quand il met le tarif *de nuit* de 22 *h.* à 6 *h. matin.* Et la journée de 8 heures votée pour les ouvriers !!! Pour les médecins cela fait la journée de 18 heures.

Dans l'Ain, l'assistance médicale gratuite paye 3 fr. le kilomètre à l'*aller* (1,50 aller, 1,50 retour), cela paye les frais.

La consultation est de 4 fr. et la visite de 5 fr. dans l'Ain à l'assistance médicale. Donc l'ancien tarif Maginot donnait le tarif de l'assistance et tarif inférieur à l'assistance pour les kilométres, bien qu'il ait dit avoir fixé un tarif supérieur à celui de l'assistance.

M. Maginot ne compte pas les 2 premiers kilomètres, il est heureux d'avoir une auto qui marche sans dépenser d'essence pendant les 2 premiers kilomètres de marche. Du reste, le tarif kilométrique 1,50

(je pense à l'aller et au retour, *ce serait à préciser catégoriquement*) est son tarif *maximum, donc il y a un inférieur.*

J'ignore quels sont les nouveaux tarifs proposés et s'ils sont suffisamment rémunérateurs; ce que je souhaite surtout pour le tarif kilométrique.

Mais actuellement ces tarifs ne sont acceptés que par M. Maginot : *cela ne l'engage, ni ne le compromet beaucoup*, puisqu'ils n'ont aucune valeur tant qu'ils n'ont pas été approuvés par le Conseil d'État et rendus officiels par décret présidentiel.

M. Maginot se trouvait en mauvaise posture. *Sa démarche actuelle lui permet de se faire bien voir de tout le monde.* Il pourra dire aux mutilés et aux médecins qu'il a fait tout son possible pour satisfaire les uns et les autres ; qu'il a accepté nos tarifs, etc. mais que le Conseil d'État a refusé de les accepter, qu'il regrette beaucoup, etc.

Le Conseil d'État va, je crois, agir de la façon suivante : il fera traîner les choses en longueur, pour examiner les nouveaux tarifs et dans 2 à 3 mois, il les refusera catégoriquement, en demandera des modifications, etc., donc nouveaux pourparlers, nouveaux délais, etc.

Pendant ce temps, après s'être fait payer comptant leurs visites (pendant 5 mois, à plein tarif) les médecins auront de nouveau soigné les réformés gratuitement, avec l'espérance d'être payés par l'État pendant 3 ou 4 mois (temps que le Conseil d'État discutera).

Le jour où le Conseil d'État refusera le nouveau tarif, il faudra de nouveau dire aux réformés que c'est à eux à payer. Il faudra donc recommencer toutes les explications qu'on a été obligé de leur donner pour leur faire comprendre qu'ils doivent payer eux-mêmes, avec reçu délivré par les médecins. Tout cela fait des malentendus, des tiraillements qu'il faut éviter.

Les réformés ont actuellement l'habitude de payer, je suis d'avis qu'ils doivent continuer de le faire *jusqu'à ce que la question soit tranchée d'une façon définitive.*

Or, actuellement, il n'y a rien de définitif, *il y a de nouveaux pourparlers, de nouvelles propositions, un point et c'est tout. Le meilleur est donc de rester dans le statu quo.*

Les discussions au sujet des réformés se passent absolument comme les discussions pour l'exécution du traité de Versailles.

L'Allemagne ne veut pas payer, elle réunit des conférences, discute, etc. pendant ces discussions le temps passe, c'est autant de gagné et *la France est bernée*; quand on voit que l'on va occuper la Ruhr, on met les pouces, on donne des *Bons de paiement*, escomptables dans 3 mois, cela évite l'occupation de la Ruhr, mais dans 3 mois on constatera que personne ne veut payer en or les bons en question. L'Allemagne dira, je regrette bien, j'avais espéré vous payer, j'ai fait preuve de bonne volonté, etc. En attendant nous aurons été bernés 3 mois de plus et aurons fait

des frais considérables pour mobiliser la classe 19 inutilement. Au lieu de toucher de l'argent et nous enrichir, nous en aurons dépensé.

A mon avis les discussions pour la loi des pensions font la même chose.

Dr Marichal.

Application du Tarif Breton.

Je me permets de vous demander votre avis autorisé avant l'envoi d'une note à une Compagnie d'assurances pour deux accidents du travail complexes.

1° Accident T. :

Plaies multiples et section totale des muscles sous-mentonniers. Fracture du maxillaire inférieur, branche gauche. Fracture de 3 côtes.

Puis-je établir ma note ainsi que suit :

1° Régularisation, épluchage de la plaie....	100 fr.
2° Sutures multiples de la plaie du menton..	25
3° Injection antitétanique................	20
4° Contention des fractures de côtes.......	20
Pansements multiples (tête et plusieurs segments de membres).	15
5° Certificat descriptif initial pour blessures graves	10
6° Visite ?	10
7° Déplacement kilom. 10 kil. A.R........ (1re catégorie, régions libérées).	15
Total...........	215

Les actes opératoires doivent, je pense, s'additionner, mais la visite ?

2e Accident D. :

Fractures compliquées des deux os de l'avant-bras avec issue d'un fragment du cubitus par la plaie.

1° Réduction contention par appareil plâtré 120 × 2 =	240
2° Injection antitétanique...............	20
3° Certificat p. blessures graves...........	10
Pansement de la plaie ?	
4° Visite ?	

Dr A.

Réponse.

Premier accident. — 1° Vous pouvez compter « Régularisation, épluchage et *suture*, etc... (art 17) d'une plaie étendue et profonde = 100 fr. — Mais que vient faire votre 2° avec ses sutures déjà comprises, dans les 100 fr. ci-dessus ?... — Injection antitétanique = 20 fr. Bien. — Contention de fracture de côtes = 20 fr. Bien. — Mais *quid* ? pansements multiples de tête et plusieurs segments de membre ? Vous ne pouvez compter le pansement de tête compris dans les

---

100 fr., ni le pansement du thorax compris dans les 20 francs de contention de fracture de côtes. Et vous ne parlez pas d'autres blessures ?... — Certificat descriptif = 10 francs. Bien. — Visite ? non, car ce serait cumul (voir Art. 13) — Déplacement = 10 kil. = 15 francs. Bien. — Total = 165 francs (et non 215) pour votre intervention, ce jour-là.

2e *accident*. — Vous avez eu « une fracture des deux os de l'avant-bras, avec issue d'un fragment du cubitus par la plaie ». Vous avez réduit et posé un appareil plâtré, sur le champ. Voyons, confrère, croyez-vous que ce soit vraiment là « régularisation, débridement, épluchage d'un foyer de fracture ouverte avec réduction de la fracture » qui est tarifé avec une majoration de 100 % (soit 120 × 2 = 240 fr.) à cause de l'intervention opératoire sérieuse, grave, suivie d'une série de drainages, de pansements spéciaux incompatibles avec cet appareil plâtré mis sur le champ ? Si vous le croyez, je n'oserais, personnellement, vous suivre sur ce terrain, ni même vous conseiller de faire trancher cela judiciairement.

Pour l'injection antitétanique, vous la comptez justement 20 fr. ainsi que le certificat 10 fr., s'il a été descriptif. Quant à la visite, elle ne peut être notée, car il y aurait cumul avec l'intervention signalée ci-dessus pour la fracture.

Dr Fernand DECOURT.

La demi-taxe des autos des médecins.

Étant abonné au *Concours médical*, je me permets de vous soumettre le cas suivant.

L'employé des contributions indirectes de ma région me fait savoir aujourd'hui que, en raison de la réponse du ministre (à la question n° 8940 insérée au *Journal officiel* du 8 juin courant) *les médecins n'ont plus droit à la demi-taxe sur leurs véhicules automobiles*, mais doivent payer taxe entière. En conséquence, il m'est réclamé un complément de taxe pour les deux premiers trimestres 1921. De plus, si je n'ai pas payé dans 2 jours (le 25 de ce mois, dit la note), je dois subir la contrainte avec ses frais. Je vous fais remarquer que, avant aujourd'hui, on ne m'avait parlé absolument de rien. Aussi je ne crois pas qu'aux coins des bois on puisse trouver d'aussi parfaits coupe-gorges. Le contrôleur m'engage à payer en attendant que la cour de Cassation se soit prononcée sur les instances déjà engagées. Je me méfie des agents du fisc, je n'ai rien payé et j'attends les gendarmes en attendant votre réponse.

Dr V.

Réponse.

Les médecins n'ont jamais cessé de bénéficier de la demi-taxe sur les automobiles et les agents du fisc qui émettent la prétention de vous faire payer le complément de la taxe entière pour les deux premiers trimestres de 1921 se sont com-

(Voir la suite page XXXV-1997)

VALS SOURCE REINE

PROPOS DU JOUR

Une visite aux foyers du Comité américain pour les régions dévastées de Soissons.

A Pittsburg, en Pensylvanie, Andrew Carnegie, le richissime roi du Fer, a fait élever un somptueux Institut, comprenant musée, bibliothèque, écoles. Une de ces dernières, *Margaret Morrisson School*, destinée aux jeunes filles et dédiée à la mémoire de la mère du fondateur, porte sur ses murs l'inscription suivante, qui est tout le programme de la mission de la femme américaine dans la vie sociale :

Créer et inspirer le foyer ; diminuer la souffrance ; augmenter le bonheur ; aider l'humanité dans ses luttes pour s'élever ; ennoblir et orner le travail de la vie, si humble soit-il, voilà le grand but de la femme.

Ce programme, de nobles Américaines sont venues le réaliser dans la France dévastée, et j'ai eu l'émouvante et délicieuse satisfaction de le constater de mes yeux, dimanche 26 juin, en parcourant la région de Soissons.

***

Madame Mary Breckinbridge, directrice de l'hygiène infantile et des nurses visiteuses du Comité américain des régions dévastées, m'avait convié à venir visiter les foyers qu'elle avait puissamment contribué à organiser dans la région de Soissons. Elle mit dans son invitation tant d'aimable et franche simplicité que je me laissais séduire et n'éprouvais aucune gêne à l'accepter. Qu'il me soit permis, tout d'abord, et avant d'entreprendre le récit de mon excursion, de la remercier cordialement de la très agréable et instructive journée qu'elle m'a fait passer.

***

A 10 heures, j'étais en gare de Soissons, Madame Mary Breckinbridge m'y attendait avec sa petite automobile.

« Miss Jackson, notre chauffeuse ! » me présenta-t-elle tout d'abord et je serrais la main, franchement tendue, d'une jeune fille fraîche et forte qui, d'un poignet robuste et sûr, nous pilota au travers des rues de la ville.

« Nos chauffeuses, me dit, chemin faisant, Madame Breckinbridge, sont absolument admirables. Elles nous rendent des services inappréciables. Ce sont des jeunes filles, comme Miss Jackson, la jeune Anglaise qui nous conduit, qui vont porter chaque jour le nécessaire dans les plus petits villages. Ce sont elles qui, durant tout l'hiver et par tous les temps, sont allées *tous les jours dès six heures du matin*, chercher à 12 kilomètres de la ville le lait indispensable aux petits enfants de Soissons ».

Je remarquais le visage rose et l'aspect vigoureux et prospère des petits Soissonnais et je bénis Miss Jackson et ses compagnes.

Nous arrivâmes à la villa, quartier général du Comité. Je fus présenté à la directrice du Centre qui conférait avec le Maire de Soissons, un homme jeune, dévoué, intelligent et actif, au sujet de la fête qui allait être donnée, le jour même, en l'honneur des familles nombreuses, car il en existe dans le Soissonnais. Puis, sans nous attarder, nous entreprîmes la visite du Centre.

La principale préoccupation des Américaines est la protection de l'enfance. Aussi le dispensaire est-il réservé surtout aux femmes enceintes et aux enfants.

Des fiches de diverses couleurs sont destinées aux femmes, aux nourrissons, aux petits enfants, aux écoliers et même aux jeunes gens qui ont dépassé l'âge scolaire. Ces fiches, soigneusement tenues et classées, sont remplies par les nurses visiteuses et annotées, au cas échéant, par le médecin, qui fait au dispensaire une visite hebdomadaire. Une véritable inspection des Ecoles se trouve réalisée de ce fait, et le médecin, qui ne peut consacrer tout son temps aux écoliers, peut borner son intervention aux seuls cas où elle est vraiment utile. Comme il a à faire à des infirmières visiteuses très instruites et parfaitement éduquées, il n'a à craindre d'elles aucune intervention dangereuse ni inopportune.

Au dispensaire, d'ailleurs, on se borne à exécuter les prescriptions du médecin et à noter sur les fiches toutes les indications pouvant être utiles. J'examinais ces fiches, elles sont infiniment plus simples que celles que nous avons dans nos écoles parisiennes.

Au dispensaire est annexé un cabinet de prophylaxie dentaire et un magasin.

Une école ménagère est installée dans un au-

tre baraquement, elle est destinée aux jeunes filles qui ont dépassé l'âge scolaire. Comprenant toute l'importance que les habitudes locales jouent dans la tenue du ménage, les dames américaines confient toujours à une française la direction de l'école ménagère.

A côté de l'école ménagère, est installé pour les garçons qui ont atteint l'âge post-scolaire, un atelier de menuiserie ; ce n'est pas dans le but d'en faire des professionnels, mais bien de leur apprendre, à quelque métier qu'ils se destinent, à se servir de leurs mains et à pouvoir faire eux-mêmes les menues réparations de la maison et du mobilier.

Un centre d'automobiles assez important est annexé au foyer de Soissons. Une voiture d'ambulance avec brancard est toujours prête au transport des malades et des blessés et en toutes circonstances les chauffeuses américaines se mettent à la disposition de la population. Nous avons eu par exemple l'avantage d'être présenté au Dr Woimant père, qui venait prier qu'on se rendît d'urgence dans un village éloigné pour y quérir son fils, le jeune et distingué chirurgien, pour qu'après y avoir opéré, il se rendît aussitôt auprès d'une personne grièvement blessée. Combien de vies humaines doivent leur conservation au zèle des chauffeuses américaines ?

Madame Breckindbrige me conduisit à 2 kilomètres de Soissons visiter un foyer de village, celui de Tour-de-Ville. Deux mille Soissonnais sinistrés ont été logés là dans des baraquements. Le foyer est largement éclairé, propre et gai, il est surtout destiné à garder temporairement les enfants. Quand la mère de famille veut laver la maison, travailler hors de chez elle, ou quand il y a des malades dans la famille, les enfants sont conduits au foyer où ils sont soignés, nourris et instruits selon leur âge.

Revenus à Soissons, nous visitâmes l'installation provisoire de la *Goutte de Lait*, œuvre prospère avant la guerre, qui est ravitaillée par les soins des chauffeuses américaines, puis la Bibliothèque populaire.

Les Américains, gens pratiques, attachent la plus grande importance aux bibliothèques populaires. Ces bibliothèques sont destinées à tous les âges et une place importante y est réservée aux enfants. L'admirable bibliothèque populaire de New-York, inaugurée par John Bigelow, ancien ambassadeur à Paris, possède plusieurs salles de lecture entièrement réservées aux enfants.

Soissons est doté d'une bibliothèque populaire, qui est la plus importante de celles que les Américaines ont créées dans chaque centre de la région. Miss Carson, directrice de ce service, prenant conseil de personnages très éminents de notre pays, pour le choix des livres, a organisé dans un baraquement une charmante salle de lecture que surveille une jeune et intelligente française, Mlle Dubois. Cette bibliothèque compte plus de 5.000 volumes. Elle est très fréquentée par les adultes, surtout en hiver, et de tous temps par les enfants qui ont tout un côté qui leur est réservé avec de petites tables, correspondant à leur taille. Le prêt des livres s'y fait régulièrement. A ce jour, où les travaux des champs laissent peu de loisirs aux Soissonnais, 1.378 personnes ont des livres qui leur ont été prêtés.

Ce n'est pas tout. Comme il est difficile aux habitants des villages éloignés de venir quérir des livres à la ville ; les chauffeuses américaines y pourvoient et 19 bibliothèques roulantes, de 50 volumes chacune, constituent le ravitaillement intellectuel des moindres hameaux. « Le théâtre est fort demandé, répond Mademoiselle Dubois à mes questions et, parmi les nombreux auteurs dont nous avons les ouvrages, Jules Verne, le père Dumas et M. Romain Rolland sont les grands favoris du public ».

Le Centre de Vic-sur-Aisne. — Nous quittons Soissons pour gagner le Centre de Vic.

Partout les champs sont cultivés, les routes bien entretenues, si nous ne traversions de temps à autre des villages en ruines, comme Pommiers, nous ne pourrions croire que la guerre ait porté par là ses ravages.

Tout le long de la route, les enfants, qui reconnaissent Madame Breckinbridge, la saluent de la main, la face rayonnante de joie.

Nous voici à Vic, au centre du Comité. Je suis présenté à Miss Parson, directrice du Centre et à Miss Barney, directrice des chauffeuses, car 7 autos rayonnent de Vic et vont ravitailler les foyers des villages.

Le Centre de Vic-sur-Aisne, bien groupé dans une sorte de parc agréablement boisé, comprend d'abord la maison du Comité ; deux baraquements sont destinés au logement du personnel; une bibliothèque, réduction de celle de Soissons, et un dispensaire leur font suite. Comme à Soissons sont installés une école ménagère pour les jeunes filles et un atelier pour les jeunes garçons.

J'y admire le jardin d'enfants, créé par Mlle Clark pour les enfants de 3 à 5 ans.

Miss Parson, la directrice du Centre, qui est une distinguée sociologue, veut bien m'exposer l'organisation de l'Œuvre et me montrer avec quelle méthode elle fonctionne.

«Chaque village, me dit-elle en ouvrant ses fichiers, a son dossier qui comprend son histoire au cours de la guerre, l'exposé de sa situation économique et ce qui a été fait pour sa reconstitution.

«A ce dossier, tenu à jour, est jointe une fiche pour chaque famille secourue. A chaque village est attachée une marraine qui le visite au moins une fois par semaine. Elle entre en relation avec le maire, l'instituteur, le curé, enquête sur les familles à secourir et complète le dossier et les fiches du village.

Le recensement de la population est fait avec soin. Ainsi Vic-sur-Aisne qui, avant la guerre comptait 939 habitants, n'en possédait plus que 90 en octobre 1918, lors de l'armistice. En avril 1921, il a retrouvé 904 habitants.

Le comité Américain a primitivement pris à sa charge le ravitaillement de la région, il créa dans divers villages des dépôts commerciaux de denrées, de vêtements et d'objets nécessaires. Progressivement au fur et à mesure que le commerce local réapparut, les dépôts furent remplacés par des magasins de distributions gratuites pour les familles qui ont besoin d'être secourues.

La reconstitution d'un village. — Miss Parson voulut bien me montrer en détail le dossier d'un village dont la reconstitution offre au point de vue social le plus grand intérêt.

Le village de Morsain comptait 637 habitants avant la guerre. Lors de la ruée allemande, la population en fut chassée et décimée. Sous le faux prétexte de coups de fusil, tirés par d'introuvables francs-tireurs, ce qui restait d'hommes au village fut fusillé. En 1917, Morsain fut définitivement anéanti, non par bombardement, mais systématiquement, maison par maison. il ne resta pas pierre sur pierre.

Lors de l'armistice, la population, de 637, était tombée à 0, actuellement, 375 paysans logent dans des baraquements construits à côté des ruines.

« Nous apprîmes, quelques semaines après l'armistice, m'a conté Miss Parson, qu'une famille s'était installée à Morsain dans les décombres. Nous y fûmes et nous trouvâmes trois personnes : le père, la mère et un garçon de 14 ans. Nous cherchâmes à les dissuader de rester là l'hiver. Ce fut inutile, ils se terrèrent dans les ruines, nous les ravitaillâmes de notre mieux admirant leur énergie et leur courage. En mars 1919, cinq familles avaient suivi l'exemple. Nous créâmes une petite épicerie, confiée à une des familles qui vendait avec un léger bénéfice.

Puis comme le nombre des habitants s'accroissait, nous fîmes construire un four de boulanger, car jusqu'en mai 1919, nos chauffeuses leur portaient du pain de Vic. Il fallait défricher les champs de la commune, une coopérative agricole fut instituée et notre Comité lui prêta des tracteurs et des machines agricoles. Le résultat fut relativement bon et la coopérative avait porté ses fruits, mais il fallut compter avec l'esprit individualiste du paysan français. La coopérative avait tout d'abord bien fonctionné mais, en somme, c'était un peu le système communiste et nous nous aperçûmes que, la seconde année, cela ne marcherait plus du tout.

Chacun désirait rester maître chez soi. Nous pûmes parer le coup en transformant la coopérative en syndicat agricole et, depuis, tout marche à la satisfaction de tous. Il est curieux de constater combien l'esprit français est foncièrement rebelle à l'effort collectif. Nous l'observons tous les jours même chez les enfants dans leurs jeux.

Depuis, à Morsain et dans les autres villages, nous avons installé des institutrices, fondé des consultations de nourrisons, pourvues de nurses, ouvert des jardins d'enfants, créé des cercles d'écoliers pour occuper les jeunes gens en dehors des heures de classes, nous les avons initiés aux sports, nous avons organisé pour eux des leçons de gymnastique, recruté des groupes de boy-scouts, pourvu les centres des bourgs d'écoles ménagères, *domestic sciences*, etc.

Nous avons ainsi fondé des foyers d'adultes qui sont surtout fréquentés l'hiver et qui, en tous temps, servent de refuge aux pauvres vieillards que la guerre a absolument désorientés et qui ne peuvent pas comprendre ni admettre ce qui s'est passé depuis 1914. »

Mais l'heure du déjeuner a sonné et Miss Parson m'introduit dans la salle à manger où j'ai le plaisir de prendre place à la table de mes aimables hôtesses. Au cours du repas, je pus découvrir la cause du succès des dames américaines ; c'est leur gaîté constante, leur imperturbable bonne humeur, qui finit par devenir contagieuse, même pour ceux qui ont de sérieuses raisons d'être tristes.

La façon de donner, vaut mieux que ce qu'on donne.

a dit un de nos poètes ; je sais par expérience que les Américaines connaissent mieux que quiconque la meilleure façon de donner l'hospitalité.

Après le déjeuner, Madame Breckinbridge me conduisit au *stade*, car les dimanches sont fréquemment consacrés aux fêtes athlétiques.

Le stade est une piste circulaire, tracée au milieu d'un vaste champ. Des tribunes ont été dressées où tout le Vic qui se respecte a pris place, le maire avec la municipalité, le Comité, américain, les notables. J'ai le plaisir d'y rencontrer le Dr Laurence, médecin de Vic-sur-Aisne, un excellent confrère, qui est un des fidèles du *Concours médical*.

« Je ne sais, me dit-il, ce qu'il restera à Vic après le départ de nos Américaines, mais je puis affirmer que le goût des sports, qu'elles y ont introduit, se perpétuera. Toute la jeunesse en est enthousiaste et les sports, totalement inconnus ici avant la guerre, ont passé dans les mœurs. »

En même temps, la fanfare qui occupait une tribune où la bannière étoilée se mariait harmonieusement au drapeau tricolore, attaqua un pas redoublé et la fête commença. Des équipes de jeunes filles, dont les costumes différaient selon les villages, se disputèrent la coupe du « basket ball ». Je fus vraiment stupéfait de voir évoluer avec grâce, aisance et souplesse, j'allais dire distinction, nos jeunes paysannes qui, jusqu'ici, n'avaient guère la réputation d'élégantes.

Mais Mme Breckinbridge veut encore me montrer beaucoup de choses et notre chauffeuse, Miss Jackson, nous attend la main sur le volant.

Nous gagnons Blérancourt d'une vive allure. Le pays est toujours bien cultivé. Çà et là, un amas de fils de fer barbelés, quelques chevaux de frise abandonnés, un amoncellement d'obus de gros calibre (il en reste encore !) nous rappellent la guerre.

Blérancourt, gros bourg de 905 habitants en 1914, en a récupéré 760. Le Comité américain a fait un gros effort pour la reconstitution de ce centre industriel, il y a fondé une usine qui permet de vivre à un important groupe d'ouvriers. La sucrerie, que l'on reconstruit, ne tardera pas à s'ouvrir.

Blérancourt est actuellement un important centre de réparations et un dépôt d'automobilisme américain. Les tracteurs, les camions, les petites Ford y abondent.

Le foyer américain est installé en grande partie dans le parc du vieux château, ruiné depuis plus d'un siècle. Il comprend des magasins, une bibliothèque, un dispensaire, un cabinet dentaire, une salle de réunion pour plus de 600 personnes, véritable théâtre, muni de coulisses, d'écran cinématographique, de piano à queue ; c'est ici que le Comité tient ses grandes assises.

En dehors du bourg, est construit l'hôpital, qui occupe dix pavillons en bois parfaitement aménagés où l'on peut hospitaliser 50 malades. Un aimable et distingué confrère, le Dr Chauveau, terriblement éprouvé par la guerre, est venu y chercher la consolation et le calme et se consacre entièrement au service de l'hôpital. Il me fait visiter ses salles, le laboratoire de stérilisation, la salle de pansements, la salle d'opérations, l'arsenal chirurgical. Rien ne manque dans ce petit hôpital, pas même une maternité minuscule à laquelle est annexée une garderie pour les jeunes enfants dont les mères sont hospitalisées.

Après avoir pris le thé au foyer de Blérancourt, nous nous dirigeons sur Coucy-le-Château. La guerre y a laissé, hélas ! de terribles traces et le village a été si bien détruit qu'on est obligé de réunir deux communes pour faire renaître Coucy.

Sur le faîte de la colline où jadis s'élevait le fameux donjon des sires de Coucy, si bien conservé naguère, quelques lamentables pans de murs en ruines se dressent encore. C'est à mi-côte qu'ont été établis les baraquements du foyer américain avec son dispensaire, sa salle de réunion, sa salle de jeux pour enfants, précédé d'un préau couvert, sa bibliothèque où de jeunes boy-scouts feuillettent des livres d'images, son école ménagère, que dirige une jeune dame française, pleine de distinction, qui est venue se dévouer ici et chercher ainsi à se consoler de la perte de son mari, un brillant officier, tombé au champ d'honneur. Miss Clarke et sa sœur, deux jeunes américaines, ont la charge du foyer de Coucy-le-Château.

Nous regagnons Soissons en vitesse, car l'heure du train approche, et pendant le trajet, je songe avec émotion à la dette de reconnaissance que, nous Français, avons contractée à l'égard de ces admirables femmes d'Amérique qui, depuis des années, donnent sans compter leur temps, leur activité, leurs ressources, leur intelligence et, ce qui est plus précieux, tout leur cœur à l'œuvre de réparation du Soissonnais dévasté. Ce dévouement, qui se manifeste avec tant de grâce et d'enthousiasme, est mû

par un sentiment mystérieux : l'amour de la France.

Deux tout petits incidents ont jeté une lumière dans mon esprit et m'ont fixé sur la mentalité de Mme Breckinbridge et de ses collaboratrices.

Pendant que nous roulions, la conversation s'engagea, je ne sais à quel propos, sur Naples et l'Italie. J'évoquais les rivages enchantés de Sorrente, la route pittoresque d'Amalfi. « Hélas! interrompit ma compagne de route, comme les pauvres petits enfants sont chétifs et mal soignés dans ce merveilleux pays. »

Puis, comme je faisais remarquer les avantages de l'automobilisme qui nous permettait de parcourir en une journée un aussi long circuit : « C'est vrai, répondit Mme Breckinbridge, et comme on est heureux au retour, de n'avoir pas à déplorer l'éreintement d'un malheureux cheval ».

Tout le cœur de la femme américaine est dans ces simples phrases. Les splendeurs du golfe de Naples s'effacent pour elle devant les souffrances des petits enfants et le principal attrait qu'elle trouve à l'automobile est d'épargner une pauvre bête. Il est peut-être des esprits forts, que je plains, qui dédaigneusement souriront en lisant ces lignes, moi qui ai vu et ai pu juger ce qu'ont fait les Américaines dans la région de Soissons, je les écris avec une reconnaissante émotion.

J. Noir.

PARTIE SCIENTIFIQUE

CHIRURGIE INFANTILE

Le traitement de la luxation congénitale (1)

(*Suite*),

Par Carle Rœderer.

La réduction.

Quelles sont les *voies d'accès* pour réduire la tête ? Trois voies se présentent : la voie supérieure, la voie postérieure et la voie inférieure.

La *voie postérieure* est la plus pratique. Le fémur est mis en flexion, ce qui abaisse la tête en arrière du cotyle, puis en abduction, ce qui la projette en avant et la pousse dans le sens de la cavité.

Qu'est-ce qui peut faire obstacle à sa rentrée immédiate ?

Les muscles d'abord,

Ceux-ci sont à la mesure d'une position dans laquelle la cuisse est raccourcie. Ils ne se laissent pas facilement allonger. Pour y parvenir, Lorenz faisait autrefois une extension continue préalable. Sauf chez les grands enfants, cette extension est inutile. D'autres auteurs font une extension violente extemporanée, et Lorenz lui-même avait inventé un système à vis, attirant le membre vers le bas.

Chez les grands sujets, cette méthode de l'extension extemporanée peut avoir son utilisation. Pour notre compte, nous avons parfois employé les moufles avec prudence. Nous les avons vus aussi fonctionner avec moins de modération et nous gardons le souvenir d'une malade, entreprise par un confrère et dont le sciatique avait refusé de satisfaire à l'allongement réclamé.

En général, il suffit de procéder à diverses manœuvres qui font appel à l'élasticité musculaire. De grands mouvements de circumduction peuvent suffire.

Les manœuvres utiles pour relâcher les muscles antérieurs consisteront en hyperextension de la cuisse ; pour les muscles ischio-tibiaux, c'est à l'extension de la jambe sur la cuisse pendant la flexion de la cuisse sur le bassin qu'on aura recours.

On peut aussi par un massage forcé, par de petits coups du bord cubital de la main, briser les muscles *adducteurs*. L'inconvénient est, parfois, un gros hématome qui gagne même les grandes lèvres. Quant à la ténotomie, à cause de la difficulté à maintenir propre la région, il vaut mieux n'y point avoir recours. Nous l'avons pratiquée une fois chez une enfant qui associait une maladie de Little à une luxation, c'est-à-dire qui présentait une rétraction énorme des adducteurs.

En général, un vigoureux pétrissage suffit. Il ne donne point de dilacération musculaire, mais de distension suffisante. Certains même se contentent d'un massage à peine énergique, pratiqué dans le sens des fibres.

Les *muscles mis hors de cause*, quels obstacles subsistent ?

Le *rebord postérieur*. — Il s'agit de faire sauter ce rebord à la tête. La mise de la cuisse en abduction est destinée à préparer ce mouvement, mais il faut savoir qu'une abduction trop importante d'emblée et qui aurait pour résultat un appui exagéré de la tête en arrière du rebord, serait nuisible.

(1) Voir *Concours médical*, nº 27.

1° On gagne souvent à se contenter d'une abduction modérée. Sous son influence, il n'est pas rare que la tête, chez l'enfant jeune, saute spontanément dans le cotyle ;

2° Mais l'abduction ne suffit pas toujours. Il faut, en même temps, pousser la tête de bas en haut, la déterminer à sauter l'obstacle. Un aide, appuyant fortement avec les pouces sur le trochanter, fait propulser la tête.

3° Si cette poussée ne suffit pas, un aide combinant un effort de traction avec celui de l'aide propulseur tire verticalement sur le genou.

4° Si le résultat n'est pas obtenu, certains auteurs, pour obtenir l'ascension de la tête, se servent du fémur comme d'un levier. Ayant placé un coin de bois, dans la région du trochanter, ils appuient sur le genou de haut en bas, ce qui détermine à l'autre extrémité, par-delà le coin-résistance, un mouvement inverse de bas en haut de l'extrémité céphalique. C'est une manœuvre bien dangereuse. Aussi Mencière, pour éviter les fractures toujours possibles, accompagne-t-il le fémur par une sorte de cuiller à long manche dont la conque épouse le trochanter et conduit pour ainsi dire la tête dans la cavité.

Réductions plus laborieuses. — Si la tête ne passe pas l'obstacle, on essaye des mouvements de pompe, c'est-à-dire de flexion-extension du fémur maintenu en abduction.

En cas d'échec, il faut alors essayer d'une manœuvre qui présente la tête sous une autre incidence.

Le membre est mis en adduction extrême et à 90° toujours de flexion et amené alors, en se servant de la jambe comme levier, en rotation interne, accentuée. C'est la manœuvre 3 de Calot. Elle réussit souvent là où d'autres ont échoué.

Si, malgré tout, la tête ne veut pas pénétrer dans la cavité, il reste la ressource de *la faire passer par en haut*. Cette manœuvre, connue sous le nom de manœuvre de Schede, consiste en des tractions violentes sur le membre en position d'extension et de rotation interne accentuée.

Supposons qu'il n'y a pas d'obstacle plus sérieux, qu'on n'est pas contraint à des manœuvres plus complexes encore, et que la réduction s'opère ? Comment en sera-t-on averti ?

Le chirurgien et les aides percevront un *ressaut* ; la tête a sauté par-dessus le rebord. Souvent, ce ressaut s'accompagne d'un *claquement*, mais il ne faudrait pas compter sur ce signe d'une manière absolue. La réduction par la position d'adduction, en particulier, est souvent silencieuse. D'autres aussi. Il y a peu de temps, nous soutenions contre nos aides qu'une réduction était accomplie, alors qu'ils la niaient. C'est qu'en effet, il y a d'autres signes plus formels que le ressaut. Il y a d'abord la *palpation* qui montre les têtes en bonne place, sous la corde des adducteurs (dans l'abduction) et dans la même position que du côté opposé. Il y a, si l'on remet lentement le membre en extension en pressant sous le trochanter, l'*allongement du membre* à la taille de l'autre et, dans ce cas aussi, il y a la perception, par une palpation soigneuse de la tête à sa place, c'est-à-dire à la croisée de la ligne sus-pubienne prolongée et de l'artère fémorale. Enfin, il y a le maintien en place du membre dans l'*abduction*. Dans cette attitude, en effet, la tête étant désormais fixée, les différents groupes musculaires s'équilibrent.

Cette attitude est d'ailleurs instable, elle ne saurait se maintenir seule, et il faut, pour la fixer, plâtrer le membre.

Dans quelle attitude convient-il de plâtrer ? — Dans une attitude qui assure un bon appui de la tête.

Cette attitude n'a rien de fixe, rien d'absolu. Elle est dictée par les conditions anatomiques.

La flexion doit être telle que la tête soit dirigée au fond du cotyle sur la pièce ischiatique. Une flexion à 70 degrés suffit dans un certain nombre de cas. Mais on se trouve souvent mieux d'une flexion plus grande. Néanmoins, il faut se garder de diriger la tête vers la partie toute inférieure du cotyle et se souvenir que c'est par en bas que se refont les reluxations à la première période du traitement.

L'abduction doit être modérée et pourtant suffisante.

La rotation doit être nulle.

A vrai dire, il ne peut y avoir de règles générales et, pour bien faire choix de la position la plus judicieuse, il serait indispensable de manœuvrer toujours sous le contrôle radioscopique. A défaut de celui-ci, il faut à tout instant avoir en tête les notions que le palper clinique ou la radiographie nous ont apprises.

Quel platre mettre ? Un grand ou un petit ? M. Kirmisson mettait un plâtre s'arrêtant au creux poplité pour pouvoir, chaque jour mobiliser, par des extensions-flexions, la jambe sur la cuisse. Ce maître semblait craindre la rétraction des tendons poplités. On n'a pas à redouter celle-ci. Par contre, dans ce petit plâtre, la jambe n'est pas maintenue ; elle peut, si l'on soulève l'enfant, tomber au-dessous du plan horizontal, c'est-à-dire amener le fémur en rotation interne prématurée. C'est donc un grand plâtre de coxalgie, allant des fausses côtes au bout du pied qui sera construit.

Mais, durant la mise dans le plâtre, le transport sur un pelvi et la confection d'un grand appareil, la luxation peut se reproduire ; aussi, convient-il, le lendemain, de s'assurer du résultat par la radiographie. La même précaution sera prise après chaque appareil. Ayant omis un jour de le faire, nous avons découvert, lors de l'enlèvement du troisième appareil, une reluxation qui n'existait pas au second.

Néanmoins, les cas de reluxation, même lors de la pose du premier appareil, sont rares, parce que l'angle de sécurité, c'est-à-dire l'angle dont on dispose depuis la position optima jusqu'à la position qui reluxe, est en somme assez grand.

Ceci dit, il est à recommander aux parents de surveil-

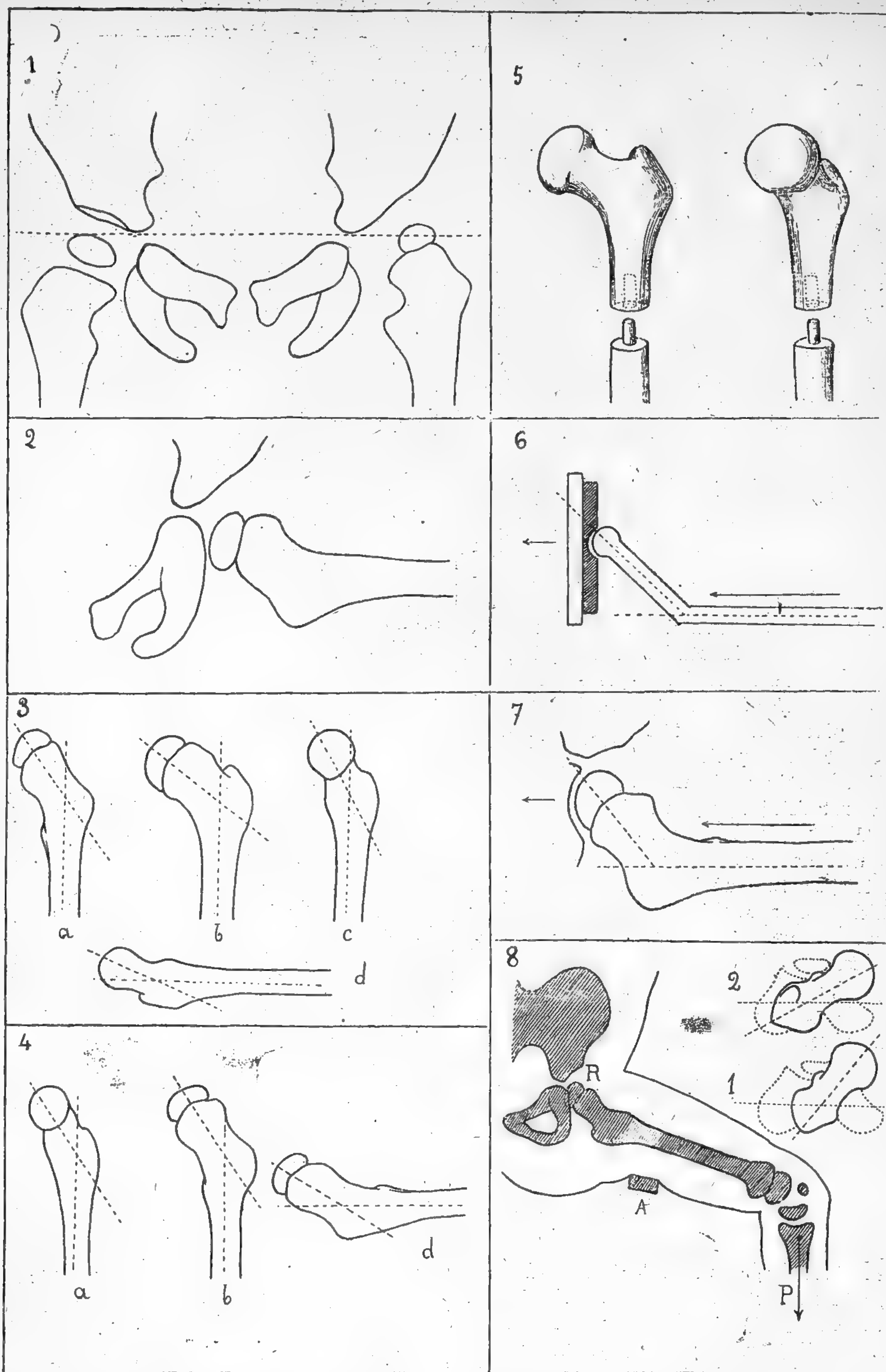


FIG. 1. — *A gauche*, la hanche est normale.
A droite, la hanche est luxée : le noyau épiphysaire de la tête est coupée par la ligne Bi-Y. La tête est éloignée du fond du cotyle. Le toit du cotyle mal façonné donne un mauvais appui à la tête.

FIG. 2. — La hanche droite de la figure précédente après réduction : tête enfoncée, noyau tangentiel à la ligne Bi-Y. Fémur parallèle à cette ligne.

FIG. 3. — Aspects radiologiques différents fournis par un *fémur normal* suivant la position du membre :
a) Membres allongés, pieds joints. L'angle d'inclinaison a presque sa valeur réelle. La longueur apparente du col répond presque à la longueur réelle.
b) En légère rotation interne, l'angle se projette selon sa valeur réelle. La longueur du col répond à la réalité.

c) En rotation externe, l'angle d'inclinaison se projette plus ouvert ; le col paraît plus court.
d) A 70 degrés d'abduction, l'aspect est celui de la rotation externe.

Fig. 4. — Aspects radiologiques différents fournis par un *fémur antéversé* (malformation habituelle du fémur luxé), suivant la position du membre.
a) Membres allongés, pieds joints. Angle d'inclinaison très ouvert. Col projeté en perspective paraît plus court ;
b) En rotation interne. Angle et col prennent leur valeur réelle.
c) A 70 degrés d'abduction, le col et l'angle se présentent aussi selon leur valeur réelle.

Fig. 5. — Fémur coupé au niveau du cartilage d'accroissement pour aider à la démonstration. (Voir texte, méthode Le Damany). A droite, le fémur de la hanche luxée, tête en antéposition. Il faut obtenir une détorsion qui mettra cette tête dans la position de gauche.

Fig. 6. — Fémur stylisé, lignes des forces suivant lesquelles s'opère la poussée de creusement.

Fig. 7. — Fémur après bonne réduction. La poussée de creusement s'opère selon une ligne parallèle à l'axe du fémur.

Fig. 8. — Correction de la détorsion par la méthode de Le Damany. A représente l'appui donné par un sous-cuisse. L'enfant marche. Son membre va à la recherche du sol selon la ligne de projection P. Mais la tête est fixée solidement dans le cotyle, aussi au point de moindre résistance, à savoir au niveau du cartilage d'accroissement, la petite branche du levier (extrémité supérieure du fémur), se détord sur la grande branche (corps du fémur).

ler le plâtre, de le flairer et de le visiter, pour être prévenus par l'odorat ou la vue de la présence d'une escharre.

La durée de ce premier appareil est de deux mois et demi à trois mois.

Après ce temps, que convient-il de faire ? — Certains auteurs, Gourdon, Codet-Boisse se contentent de cet unique plâtre. Ils l'ouvrent en deux valves après trois mois et commencent, chaque jour, des mouvements passifs d'extension du fémur pour passer ensuite à une gymnastique musculaire appropriée. Les résultats peuvent être bons. Mais il est douteux qu'on obtienne toujours ainsi la rotation interne qui paraît absolument nécessaire lors des étapes secondes.

Pourquoi la rotation interne est-elle souhaitable ?

D'abord, parce que si la tête était simplement maintenue par la face postérieure de la capsule, elle basculerait et se reluxerait en avant, tandis qu'en la mettant en rotation interne, on obtient la fermeture fibreuse antérieure. C'est une première raison, ce n'est pas la seule. On se souvient, en effet, qu'habituellement la tête, dans la luxation congénitale, est en antéposition ; aussi pour obtenir un appui stable dans le fond du cotyle, un certain degré de rotation interne est-il nécessaire.

En général, donc, dans la méthode de Lorenz modifiée et telle qu'elle est pratiquée couramment, on met dans un deuxième plâtre qui précède, souvent, un troisième.

Pour la pose de ce second appareil, Calot dit qu'il est inutile d'endormir l'enfant, sauf s'il est nerveux. Il est indispensable, au contraire, d'endormir. On trouve, en effet, surtout chez les grands, une corde, représentée par le couturier et le tenseur, terriblement tendue en avant. corde qu'on a, parfois, beaucoup de peine à allonger même chez un enfant endormi et à plus forte raison, chez un enfant qui se débat.

Enfin, même la désabduction est bien difficile à obtenir chez l'enfant âgé. Nous nous souvenons d'une enfant de clientèle de ville qu'on n'a pas voulu nous laisser réendormir et qui est restée deux ans sans plâtre en position d'abduction, après qu'on l'a eu retirée de nos mains. Elle est, heureusement, tombée chez un ami qui a pu désankyloser et réétendre le membre. Dans un cantonnement de l'Aisne, nous avons trouvé une autre enfant dans ce cas, qu'on a d'ailleurs refusé de nous laisser reprendre.

La position de choix à atteindre dans cette deuxième position est une position d'*abduction* légère, de *flexion* légère, de *rotation interne accentuée.* Ces trois mouvements doivent être obtenus séparément, l'un après l'autre. Un aide tire lentement, avec douceur sur le pied, tandis que l'opérateur manie avec prudence la cuisse près de sa racine. Procéder avec vigueur et par secousses répétées, comme le recommande Calot, serait assez dangereux. Cette manœuvre, qui doit amener la rotule à regarder la jambe saine, demande à être effectuée lentement ; elle dure environ un quart d'heure.

Après deux mois et demi à trois mois de ce second plâtre, l'enfant peut être déplâtré et suivant les cas, libéré complètement ou remis dans un *troisième appareil* qui insiste sur la rotation interne.

Dans le premier cas, ce n'est pas avant trois semaines qu'on mettra le petit malade sur pied et, si tout va bien, on accordera cinq minutes de marche toutes les heures. Il y a un gros intérêt à ce que le retour ne se fasse pas trop vite, à ce que les tissus rétractés ne s'allongent pas. D'ailleurs, les mêmes familles impatientes qui, avant le traitement, s'indignaient des mois de station couchée plâtrée, deviennent pusillanimes et ne hâtent pas le retour de la marche dans la crainte de tout détruire.

Par prudence, d'ailleurs, on peut maintenir quelque temps le fémur en rotation interne, soit aux heures de repos, soit même aux heures de marche.

Pendant le repos couché, on pourra, soit par des bandes d'emplâtre adhésif collées au membre et réunies à des poids, soit par des bandes de crêpe Velpeau roulées autour du membre et fixées, d'autre part, au matelas, maintenir la cuisse dans cette attitude de rotation souhaitable.

Pendant la marche, M. Nové-Josserand prend sur un bouvier de coxalgie qui constitue le troisième appareil un point d'appui pour un appareil à traction élastique fixé sur la chaussure, lequel ramène la pointe du pied en dedans.

Le massage aussi peut être utile.

Quant à la *gymnastique*, elle est, en fait, presque toujours superflue. Nous préférons voir les mouvements ne revenir que lentement. S'ils revenaient trop vite, ce n'est pas à la gymnastique qu'il faudra recourir, mais tout au contraire, il conviendra


CHATEL-GUYON
GUBLER
PURGATIVE




CHATEL-GUYON
GUBLER
PURGATIVE

(3)

On désinfecte

avec le



FUMIGATOR GONIN

Prix au Public { N° **3** pour 15^{m3} : ***6 fr. 50***
N° **4** pour 20^{m3} : ***8 fr.*** }

Conditions spéciales aux Médecins s'adressant directement à nous.

Etablissements **GONIN**, 60, Rue Saussure, PARIS (17e)

Téléphone : WAGRAM 17.23.

de faire machine arrière, de remettre parfois dans un plâtre de nuit en position de rotation ou, d'autres fois, de maintenir avec des sangles et des coussins dans une position déterminée pendant la nuit.

D'ailleurs une méthode nouvelle est venue se greffer sur la méthode de Lorenz. Elle mérite de nous retenir un instant. Son auteur, LE DAMANY, de Rennes, suppose que la principale cause de reluxation réside dans l'état habituel d'antéversion de la tête.

La grosse question est donc de détordre le fémur, c'est-à-dire de corriger un défaut qui a causé la luxation et qui la renouvellerait s'il persistait.

Pour Le Damany, comme pour tous les auteurs, le premier temps de traitement de la luxation a pour effet de fixer la tête, de creuser le cotyle et de rétablir une capsule solide. Mais après que ce premier résultat est acquis, il veut, en prenant un point d'appui sur l'articulation reconstituée, amener une détorsion du fémur.

Pour ce faire, Le Damany a imaginé un appareil qu'il place lors de la mise en deuxième position et qui est essentiellement constitué par une anse métallique, maintenue au tiers interne du fémur. Le petit malade en marchant détord automatiquement son fémur comme le montre la figure 8.

Une excellente thèse faite à l'inspiration de M. Charrier, d'Angers, par un de ses élèves, notre confrère Marcel Anis, a rappelé récemment les principes directeurs de cette méthode et tout l'intérêt qu'elle présentait.

(A suivre).

CLINIQUE MÉDICALE

Hôpital des Enfants-Malades : M. le professeur NOBÉCOURT.

Le myxœdème infantile congénital.

A propos de trois enfants hospitalisés dans le service, atteints de myxœdème congénital, je désire vous présenter quelques considérations sur cette maladie. Voici, d'abord, une série de projections qui vous montreront l'état de ces malades à leur entrée dans nos salles.

La première malade fut admise à l'hôpital en septembre 1919. Elle avait, à ce moment, dix ans. Sur sa photographie, vous remarquez la petitesse de sa taille, son aspect obèse. Vous êtes frappés par l'infiltration de ses téguments, donnant l'aspect du pseudo-œdème. La bouche est entre-ouverte, laissant passer la langue, qui est volumineuse (macroglossie). Les cheveux apparaissent rares, épais, le ventre saillant, pendant, avec hernie ombilicale, les membres courts, les doigts boudinés. Le développement du squelette est très en retard, comme on s'en rend compte sur les radiographies. Aux mains, par exemple, on constate seulement une ébauche des noyaux d'ossification. Enfin, au point de vue intellectuel, l'enfant était très arriérée, idiote pour mieux dire. Elle ne réclamait pas à manger et ne savait pas s'alimenter. Il fallait la nourrir. Elle émettait seulement quelques cris lorsqu'elle avait faim et lorsqu'elle éprouvait le besoin de déféquer. Elle connaissait tout au plus deux ou trois mots orduriers.

Je vous montre, maintenant, des radiographies osseuses prises chez les deux autres malades (vous y constatez les mêmes retards au développement du squelette) et je vais aborder l'état actuel de ces trois enfants.

Regardez la première petite malade, dont tout à l'heure, vous voyiez l'état antérieur sur des photographies projetées sur l'écran. Deux mots de ses antécédents. Née à terme, elle a eu sa première dent à 15 mois, et elle a fait ses premiers pas à 4 ans seulement. Jamais, d'ailleurs, elle n'a bien marché, et rapidement même elle a cessé tout à fait la marche. Parents bien portants. Pas de stigmates d'hérédo-syphilis et Wassermann négatif. L'enfant a été soumise depuis son entrée dans le service d'une façon presque continue à l'opothérapie thyroïdienne. Aujourd'hui, malgré le traitement, sa taille est toujours petite. L'obésité, la pâleur jaunâtre des téguments, persistent. La bouche est encore entr'ouverte, les cheveux secs, rares, le crâne volumineux, surtout à la partie postérieure. Le cou est court, sans qu'on y sente le corps thyroïde. Le thorax est globuleux, le ventre gros, tombant, la peau sèche, infiltrée (peau de vieille femme). La petite malade, cependant, est améliorée. Sans être intelligente, elle s'intéresse à ce qui se passe près d'elle. Nous l'avons vue s'éveiller. Elle reconnaît les infirmières qui la soignent, elle réclame à manger et sait distinguer ce qui est bon de ce qui est mauvais. Loin d'être brillante, elle n'est plus, toutefois, l'idiote absolue.

Au point de vue de la taille et du poids, qu'est-elle devenue ? Sa taille s'est accrue, moins il est vrai que celle d'un enfant témoin du même âge. Ce que l'on peut juger, c'est la disproportion du poids et de la taille. Le rapport du poids à la taille est beaucoup plus élevé que dans la normale. La dentition est très en retard également.

La deuxième malade est entrée à l'hôpital le 15 septembre 1920. Même aspect myxœdémateux, infiltration et pâleur des téguments. L'enfant avait 13 ans et 4 mois. Elle n'était pas au même degré d'idiotie que la précédente, mais elle avait un retard intellectuel marqué. Elle disait quelques phrases, savait se faire comprendre, reconnaissait sa mère. Ici, encore, absence de notion étiologique, pas de stigmate d'hérédo-syphilis et Wassermann négatif. Vers deux ans, la petite malade avait marché et parlé un peu, puis tout cela avait cessé. Soumise à l'opothéra-



pie, nous avons constaté une amélioration, pas énorme cependant. L'intelligence s'est à peine améliorée. Vous voyez son facies, son crâne volumineux avec cheveux secs, son gros ventre, ses membres courts. L'augmentation de taille a été inférieure à la normale et le rapport P à T exagéré. L'obésité s'est accentuée. Il y a retard dans la dentition et état d'anémie.

La troisième malade est plus jeune (6 ans 1/2). Elle fut admise dens le service, le 2 février 1921, pour une volumineuse adénite cervicale consécutive à de l'impétigo. Petite de taille, un peu obèse, avec une langue grosse, elle ne parlait pas. Elle semblait comprendre, cependant, et exécutait quelques ordres simples, se levait, s'asseyait, mangeait. Au point de vue étiologique, même caractère négatif. Cette enfant a été soumise, comme les deux précédentes, à l'opothérapie thyroïdienne. Elle est actuellement moins infiltrée et légèrement améliorée intellectuellement. Elle dit quelques paroles, sans que son intelligence soit bien brillante. Nous notons à nouveau un aspect semblable à celui des deux malades de tout à l'heure, la pâleur, l'infiltration des téguments, le gros ventre, les membres courts, l'obésité, le retard de la dentition.

Tels sont les caractères particuliers que présentent ces enfants, toutes trois atteintes de myxœdème congénital. Le myxœdème a débuté dès la première année, mais il est devenu apparent surtout vers 3 ou 4 ans. Jusque-là, il n'avait pas attiré l'attention.

Le myxœdème se voit à tous les âges, chez les adultes, chez les femmes à la ménopause, chez les enfants. Qu'il s'agisse d'adultes ou d'enfants, il détermine des symptômes communs, qui donnent à ces malades un air de famille. Mais, le fait de se développer dans l'enfance entraîne pour la maladie une série de conséquences liées à la période de croissance.

Les enfants en question ont une apparence particulière. Leurs téguments sont infiltrés, d'aspect œdémateux, de coloration pâle, jaunâtre. Ce sont des anémiques véritables, le sang offrant une diminution notable des globules rouges. Ces sujets ont la peau sèche (pas de sécrétion sudorale) et glabre. Les poils tombent, les cheveux sont épais, secs. L'allure générale est apathique : il y a lenteur des mouvements, immobilité, torpeur intellectuelle également. Lorsque la maladie survient chez une personne d'intelligence normale, on a l'impression d'un déclin intellectuel.

Un point intéressant, dans l'enfance, est lié aux retards de croissance. A la naissance, les enfants ont la taille normale et pendant un, deux, trois ans, ils grandissent sans paraître influencés par le myxœdème. Arrive un moment où la croissance s'arrête et ne se modifie guère jusqu'à la période adulte. Vous verrez des myxœdémateux mesurant 70 cm., 80 cm., 90 cm. ; d'autres ont 1 mètre, 1 m. 10. Voilà un des caractères du myxœdème infantile : la petitesse de la taille, qui restera définitive. Notre première malade, à 10 ans, a la taille d'un enfant de 3 ans : elle a donc, actuellement, un retard de 7 ans. On peut ainsi dire qu'il y a un retard de taille de 3, 4, 6 ans, etc. Ce procédé d'évaluation du retard de l'accroissement n'est d'ailleurs pas spécial au myxœdème, il s'emploie dans les autres modalités de retard statural.

Chez le myxœdémateux, le retard statural affecte un type particulier, qui permet de le caractériser et doit faire penser au myxœdème. La taille comprend deux parties : le buste (taille du sujet assis) et les membres inférieurs (distance entre le siège et le sol). Chez le nouveau-né, le buste représente les deux tiers environ de la taille totale, les membres inférieurs formant l'autre tiers. Après la naissance, buste et membres inférieurs s'allongent ; mais ce sont surtout les membres qui grandissent, de telle sorte que chez les grands enfants la longueur des membres inférieurs devient sensiblement égale à celle du buste.

Or, chez les petits myxœdémateux, que voyons-nous ? Le buste reste beaucoup plus long que les membres inférieurs. C'est là un point de séméiotique intéressant, qui permettra d'orienter vers le myxœdème fruste certains cas de petitesse de la taille chez des enfants ayant un retard de développement. De même, la grande envergure des bras (qui atteint la grandeur de la taille et la dépasse à un certain âge, comme chez l'adulte), se trouvera moindre chez le mxyœdémateux. La radiographie rend compte de ces particularités. Elle montre, chez ces malades, la persistance des cartilages épiphysaires et le défaut d'ossification. L'ossification se fait mal en ces points, où se produit l'allongement osseux.

Pour le poids, il y a également un retard important sur la normale, quant au poids absolu. Mais, relativement à la taille, le poids est élevé : ces malades sont des obèses, tenant à l'état myxœdémateux. L'enfant myxœdémateux, qui se développe mal en longueur, se développe en épaisseur. Le périmètre crânien est exagéré, le thorax est également volumineux. Les os sont épaissis, car si l'ossification cartilagineuse est retardée, l'ossification périostée est conservée : les deux modes d'ossification sont ainsi inégalement troublés. La dentition offre de même un retard.

Ce n'est pas seulement la croissance physique qui est altérée. Le développement intellectuel l'est aussi. L'idiotie du myxœdème a été bien étudiée par Bourneville, par Jules Voisin. On note tous les degrés de l'idiotie, depuis l'idiot complet, l'homme plante comme on a dit, jusqu'au sujet simplement retardé, physiquement et intellectuellement. Ces cas frustes, avec sim-

ple retard, sont les plus intéressants parce que, pour eux, quand on sait faire le diagnostic, on peut obtenir de grosses améliorations.

L'idiotie myxœdémateuse se distingue de l'idiotie des encéphalopathiques par l'absence de symptômes nerveux, l'absence de tics, de phénomènes convulsifs, de stigmates neuropathiques. Ces malades offrent en outre un défaut d'apparition de la puberté. Je n'y insiste pas, ne voulant pas dépasser le cadre que je me suis tracé. Ils restent des enfants et ne deviennent pas des adultes.

Le grand caractère du myxœdème infantile est le retard spécial à la croissance physique et intellectuelle : les enfants en question constituent des retardés anormaux, non comparables à l'enfant de deux ans, par exemple, lorsqu'ils ont seulement la taille de celui-ci, car l'enfant de deux ans s'éveille à la vie intellectuelle. Le myxœdémateux est à la fois retardé et anormal.

La preuve du rôle de la glande thyroïdienne, dans le myxœdème, est faite par l'atrophie ou l'absence de cet organe, les effets de l'ablation opératoire du corps thyroïde et l'action de l'opothérapie thyroïdienne.

L'opothérapie thyroïdienne, en pareil cas, s'administre à doses assez fortes, bien supportées dans le jeune âge. On prescrit, par exemple, 2 centigr. par année d'âge. On peut recourir aux extraits injectables, stérilisés par les rayons ultra-violets (qui ne nuisent pas aux substances colloïdes). Le traitement se conduit par une phase d'attaque, suivie d'une phase d'entretien. Dans la phase d'attaque, partant des doses faibles, on arrive vite aux doses fortes, que l'on donne par série de 10 ou 15 doses, tous les jours, ou tous les deux jours. On reprend après deux semaines d'interruption. On continue ainsi plusieurs mois et l'on a recours ensuite au traitement d'entretien, par l'administration d'une façon prolongée de la moitié ou d'un tiers de la dose primitive.

On obtient, avec cette médication, une amélioration. Rapidement, l'infiltration diminue, l'intelligence s'éveille, mais au bout d'un certain temps, 6 mois par exemple, tout progrès s'arrête. Quelle que longue que soit la cure opothérapique, on ne parvient pas, en définitive, à faire de ces enfants des sujets normaux. Le résultat maximum, obtenu après 6, 8 mois, un an, n'est plus dépassé. A ce traitement, d'ailleurs, on peut associer toutes autres thérapeutiques utiles à la croissance, l'iode, l'arsenic, les préparations phosphorées. Enfin, se pose la question, encore incomplètement élucidée, des opothérapies associées, de l'emploi de l'opothérapie surrénale ou hypophysaire. Les frictions, les bains salés peuvent de même être utiles. On n'oubliera pas l'éducation, mais les résultats sont peu brillants, dans cet ordre d'idées. Il faut souvent se contenter de donner à ces sujets des occupations manuelles. Ce sont des sortes d'infirmes qui restent incapables de subvenir à leurs besoins et demeurent des clients d'asile.

L'étude du myxœdème infantile congénital est intéressante en elle-même. Elle est en pratique importante, car elle permet de comprendre, de dépister des cas sur lesquels la thérapeutique a beaucoup plus d'action. C'est une base indispensable pour l'étude du myxœdème infantile *fruste*, affection d'un plus grand intérêt pour le praticien.

(*Leçon recueillie* par le Dr P. Lacroix)

A TRAVERS LA PRESSE

De la sérothérapie antidiphtérique par voie buccale

Il est possible que la crainte d'accidents sériques rende certains médecins timorés et les fasse hésiter à recourir aux injections de sérum anti-diphtérique, surtout dans les cas où le diagnostic clinique n'a pas été confirmé par l'examen bactériologique.

M. Dufour s'est trouvé amené, devant la résistance invincible d'une famille, à laisser injecter l'enfant, à faire absorber le sérum par la voie buccale. Il a prescrit quatre flacons de sérum de 10 cmc. chacun, à prendre à raison d'un de quart d'heure en quart d'heure dans un peu d'eau aromatisée. Le résultat a été particulièrement favorable.

L'auteur a, depuis, eu recours à cette méthode et déclare s'en être toujours très bien trouvé.

Elle a l'avantage de pouvoir être adoptée immédiatement, sans être forcé de retourner chercher l'arsenal instrumental nécessaire aux injections ; ainsi gagne-t-on un temps précieux.

En outre, elle ne provoquerait jamais d'accidents sériques ou anaphylactiques.

A titre préventif, elle serait infiniment mieux acceptée que le procédé des injections.

« Ce remède a une action d'autant plus efficace « qu'il est appliqué à hautes doses et de meil- « leure heure. Son administration, même intem- « pestive, ne serait susceptible que d'amener par- « fois, après les injections, des troubles bénins « plutôt légers, et en tout cas, passagers. Or, « ceux-ci ne sauraient être mis en balance avec » les heureux effets escomptés. » (*Archives de « Normandie*, mars 1921).

L'ulcus gastrique à forme tabétique.

Mémoire très complet de MM. Savignac et Alivisatos dont voici les conclusions :

« Parmi les formes atypiques de l'ulcus : « forme douloureuse (Mathieu), forme latente, « etc... il faut faire une place à l'ulcus à forme « tabétique.

« Cette forme se caractérise par des crises de « douleurs violentes en général, et de vomisse- « ments abondants et incoercibles le plus sou- « vent, à début et à terminaisons brusques, « séparées par des périodes de bien-être à peu « près absolu.

« Ce syndrome subjectif peut prêter à confu- « sion avec les crises gastriques tabétiques vraies, « auxquelles il ressemble d'une façon frappante.

« Il s'en différencie par l'absence de tout symp- « tôme tabétique ou antécédent syphilitique, « et surtout par ses signes physiques d'ulcus « (rayons X, hémorragies occultes, étude du « suc gastrique) et par l'influence du traitement « sur les crises mêmes et sur l'évolution.

« Il est dû à un ulcère chronique de la petite « courbure le plus souvent, ayant provoqué, par « son ancienneté et sa situation, des lésions de « névrite chronique et évoluant sur un terrain « nerveux.

« Il est du plus haut intérêt que le diagnostic « avec la crise tabétique soit fait, car le traite- « ment, qui est alors très différent, est de la plus « grande importance. Celui-ci doit être plus « sévère et plus prolongé que pour les autres « formes, et la question de l'intervention chirur- « gicale se pose avec plus d'acuité que dans les « formes communes de l'ulcère de l'estomac. » (*Arch. des Mal. de l'appareil digestif*, 1921, n° 2).

La rétention cotylédonaire post partum.

Au moment de l'accouchement, on aura le certitude qu'elle existe par l'examen attentif du placenta. Plus tard, en présence d'une élévation de température dans le post-partum, ou d'hémorragies répétées et plus ou moins abondantes, on ne pourra guère que la soupçonner, les pièces à conviction faisant défaut. Quelle sera la conduite du médecin dans les différentes éventualités qui peuvent se présenter ? C'est ce qu'examine M. VERMELIN (*Rev. Méd. de l'Est*, 15 mars 1921).

1) La femme vient d'accoucher : on a la certitude de la rétention. Il faut aller manuellement à la recherche du cotylédon retenu jusque dans la cavité utérine, et l'extraire à la façon d'une délivrance artificielle.

2) Il y a doute : si le doute comporte néanmoins de fortes présomptions, on agira comme précédemment ; s'il est plus léger, on ne risquera pas de traumatiser à la légère l'utérus et de l'infecter par l'introduction de la main. On observera l'accouchée en se tenant sur ses gardes, prêt à intervenir à la moindre alerte.

3) Le médecin arrive plus tardivement, quelques heures après l'accouchement. Si la rétention est certaine, il procède comme dans le premier cas, mais l'anesthésie générale est alors nécessaire le plus souvent pour permettre l'introduction de la main dans l'utérus. S'il y a doute, l'expectation armée est la règle.

4) Enfin le médecin n'est appelé à intervenir que beaucoup plus tard. L'exploration digitale intra-utérine est nécessaire, avec ou sans dilatation préalable selon les circonstances. La rétention est confirmée, la conduite variera selon qu'il existe ou non au niveau de la lésion du streptocoque.

Il faut donc procéder à un examen bactériologique après prélèvement au niveau du cotylédon retenu. La présence de streptocoque contre-indique curage et curetage, qui ouvrent toutes grandes les portes de l'organisme à l'infection jusque-là localisée. L'état l'exigeant, c'est à l'hystérectomie qu'on aura recours.

Curage et curetage seront réservés aux cas où le streptocoque n'est pas en cause, étant entendu cependant qu'il s'agit d'une intervention sérieuse, au cours de laquelle la paroi utérine peut être traumatisée, et même perforée.

C'est, au demeurant, à peu près la même doctrine que celle de M. VIGNES , dont nous avons entretenu nos lecteurs à deux reprises.

Les fausses tuberculoses pulmonaires par affections chroniques des voies respiratoires supérieures.

Il s'agit, dit M. FESTAL, de malades qui offrent tout à la fois la symptomatologie générale et les signes locaux (condensation des sommets) de la tuberculose pulmonaire, mais dans l'expectoration desquels on ne trouve pas de bacilles de Koch. Or, si l'on examine attentivement leur rhino-pharynx, on y découvre souvent toute une série d'affections qui s'échelonnent depuis la malformation de la cloison jusqu'à la sinusite sphénoïdale, frontale et surtout maxillaire.

Le diagnostic clinique est délicat, et la radioscopie elle-même ne suffit pas à l'asseoir. L'examen bactériologique des crachats a beaucoup plus de valeur quoiqu'il puisse arriver que des tuberculeux non ulcérés, ou au contraire cicatrisés, n'expectorent pas de bacilles.

L'auteur propose tout simplement de s'en rapporter au traitement : le diagnostic se déduira du succès ou de l'échec de la thérapeutique.

« Il est de plus en plus nécessaire, tant pour « le diagnostic de ces fausses tuberculoses que « pour leur traitement, d'une coordination plus « grande entre médecin et spécialiste. Le trai- « tement n'est pas toujours l'apanage exclusif « de ce dernier ; il faut le plus souvent, après le « traitement opératoire spécial, un traitement « médical fait en grande partie de ghmnastique, « de rééducation respiratoire, d'hygiène géné- « rale extrêmement sévère. Le spécialiste devra « tarir les écoulements, lever l'obstacle produi- « sant la sténose nasale, mais, en se gardant tou- « jours d'opérations rhinologiques inconsidé-

« rées. Il y a une question de mesure, d'opportu« nité, à observer... Il sera toujours nécessaire, « en tout cas, de prescrire aux malades opérés « et présentant jusque-là la symptomatologie « pulmonaire et générale décrite, un séjour « prolongé loin des villes dans un air aussi pur « que possible ». (*Journ. de méd. et de chir. prat.*, 25 mars 1921.)

Du traitement de quelques formes d'insomnie.

M. Coubard, dont le *Concours médical* a déjà publié des aperçus pathogéniques originaux, et M. Gallot envisagent dans ce travail, tout d'abord l'insomnie du tuberculeux qui ne dort pas, parce qu'il a, chaque nuit, un accès fébrile suivi d'une abondante transpiration qui le réveille, et qu'il prend ainsi l'habitude de ne plus dormir. A ce malade insomnique, on prescrira d'éviter certaines occupations actives qui peuvent agir sur l'élévation thermique nocturne, de régulariser ses digestions, de prendre, avant le début de l'accès fébrile, de petites doses (0,20, à 0,40) de cryogénine, pyramidon, quinine, camphorate de pyramidon, auxquels on associera, tous les deux ou trois jours, un peu de véronal.

Aux constipés insomniques, on conseillera la régularisation des fonctions intestinales au moyen de laxatifs mécaniques (oranges, raisins, légumes verts, psyllium, agar-agar), d'huile de ricin à petites doses, de temps en temps, de sulfate de soude. Les auteurs auraient pu ajouter à ces petits moyens certaines cures hydrominérales qui sont considérées à juste titre comme des spécifiques de la constipation.

Enfin, ils envisagent la grande insomnie nerveuse, qu'ils traitent comme une intoxication, tout d'abord par une cure de désintoxication (lit, lait et bouillon de légumes), hypnotique habituel, à dose strictement suffisante. A ces pratiques on ajoutera bientôt la cure de réentraînement au sommeil, au moyen de l'hydrothérapie (douches tièdes, grands bains prolongés, demi-bains avec affusions tièdes sur la nuque) et de deux ou trois hypnotiques (dial, véronal, trional) faciles à manier et dont on pourra varier l'emploi.

La consolidation du système nerveux s'obtiendra ultérieurement à l'aide de l'arsenic, des phosphates, du plasma marin, de l'héliothérapie, et d'une hygiène morale bien comprise.

J'ajouterai que je suis d'avis que cette méthode thérapeutique s'adresse excellemment aux neurasthéniques, aux psychasténiques, etc., mais qu'elle doit être prudemment employée quand il s'agit de l'insomnie des hystériques. Ainsi que mon maître Sollier l'a établi, les hystériques semblent ne pas dormir parce que, en réalité, ils sont plongés dans un état de vigilambulisme plus ou moins marqué. Leur ordonner des hypnotiques chimiques, c'est augmenter l'engourdissement de leurs centres nerveux et aller à l'encontre du but qu'on se propose. L'insomnie, chez ces malades, est plus apparente que réelle ; on ne doit pas s'en préoccuper particulièrement, mais on traitera leur état général par l'isolement et la mécanothérapie active qui les sort de cet engourdissement et rétablit leurs fonctions psycho-motrices dans toute leur intégrité. (*Journ. des prat.*, 26 mars 1921.)

La mort subite dans la pleurésie avec épanchement.

Elle survient, écrit M. A. Guérin, dans les pleurésies droites par le mécanisme d'une thrombose des cavités droites du cœur. « La cause de « cette thrombose nous est encore inconnue. Ce« pendant, les rapports anatomiques qui exis« tent entre la plèvre et les cavités droites du « cœur font du moins comprendre comment ces « accidents sont plus fréquemment observés « dans les pleurésies droites. » (*Journ. des prat.*. 26 mars 1921.)

La douleur tardive des maladies de l'estomac.

La douleur tardive des maladies de l'estomac apparaît environ une heure et demie après la fin du repas ; elle revêt la forme d'une crampe plus ou moins torturante, comparable à la colique intestinale, ou d'une brûlure, également plus ou moins violente. Crampe et brûlure coexistent souvent d'ailleurs chez le même malade.

M. Ramond a pu suivre sur l'écran toutes les phases du travail digestif de l'estomac, après un repas complet additionné de 60 gr. de carbonate de bismuth, tant sur des sujets sains que sur des gastropathes: Il a ainsi précisé le mécanisme de cette douleur tardive. S'il existe une lésion pylorique, le pylorosplasme qui en est la conséquence oppose une barrière au contenu gastrique qui cherche à s'expulser dans le duodénum. L'estomac augmente ses contractions pour franchir l'obstacle ; ces contractions peuvent aboutir au gastrospasme total ; de là les crampes tardives. Quant aux brûlures, elles s'expliquent également, en cas d'ulcère pylorique ou de gastrite, par ce fait que, tout d'abord, le chyme se dépose au fond de l'estomac, dont il tapisse les parois tandis que le liquide qui surnage renferme le suc gastrique sécrété. Mais, dès que ce chyme passe dans le doudénum, le liquide surnageant vient au contact de la muqueuse et notamment du pylore ulcéré : d'où l'apparition des sensations de brûlure.

Dans certains cas cependant, la douleur se montre plus précocement. Il n'y a là aucune contradiction entre ce fait et l'explication précédente. Il pourra en effet s'agir d'ulcère duodénal, entraînant une évacuation réflexe du contenu gastrique précoce, avec action également plus précoce du suc gastrique acide sur la



plaie. Ou bien, l'estomac peut être de disposition anormale, le pylore remontant très haut au-dessus du bas-fond, de telle sorte qu'il est immédiatement au contact du liquide supérieur contenant le suc gastrique.

« Si ces quelques considérations, qui tendent « à prouver que la symptomatologie gastrique « obéit à des lois générales toujours fixes mal- « gré les contradictions apparentes, sont ad- « mises, il en résultera pour le lecteur que la pa- « thologie gastrique possède ses règles immua- « bles, et que son étude est tout aussi simple et « aussi attachante que celle de la pathologie de « n'importe quel autre viscère ». (*Presse méd.*, 26 mars 1921.)

La rachi-anesthésie. Ses dangers.

C'est en 1900 que, pour la première fois, j'ai vu mon maître, le Dr Tuffier, opérer une appendicite sous anesthésie par rachi-cocaïnisation. J'ai été émerveillé. Depuis, cette méthode est entrée dans la pratique d'un grand nombre de chirurgiens, dont quelques-uns professent pour elle un véritable enthousiasme.

Cet enthousiasme est-il complètement justifié ? La rachi-cocaïnisation met-elle l'opéré à l'abri de tout accident comparable à ceux qui sont imputables au chloroforme et à l'éther ? M. Guibal répond, d'après son expérience personnelle, que s'il demeure très partisan de la rachi-anesthésie, il la considère comme susceptible de déterminer des accidents plus ou moins graves. Il ne tient pas compte de certains petits incidents qui sont d'observation courante, et sans conséquence. Mais il retient trois cas d'apnée, dont deux très prolongées, une anesthésie totale avec léthargie et état syncopal grave, enfin une mort, pour laquelle le procédé ne semble pas devoir être cependant mis en cause.

Ce dernier cas mis à part, l'apnée semble survenir quand l'anesthésie remonte au-dessus des clavicules, le centre respiratoire étant anesthésié et le malade oubliant de respirer. La respiration artificielle est nécessaire, pendant un temps parfois très long, pour suppléer à cet oubli et maintenir le fonctionnement de la cage thoracique.

Il en conclut qu'il faut rechercher l'anesthésie basse et redouter l'anesthésie haute, et qu'on doit surveiller constamment le sujet aussitôt après la piqûre, afin de reconnaître immédiatement l'apnée, si elle survient, et de la combattre afin d'éviter une syncope cardiaque qui serait mortelle. (*Presse méd.*, 26 mars 1921.)

Le souffle diastolique de l'aorte.

S'il est endocardique, on trouve à l'origine presque toujours le rhumatisme articulaire, puis la grippe, la pneumonie, le paludisme, la rupture valvulaire (hypertendus). A cette forme de cardiopathie, M. C. Fiessinger prescrit un régime diététique, des gargarismes antiseptiques, une hygiène sévère. L'athérome, en dehors de la syphilis, est exceptionnel à l'origine du souffle diastolique aortique. S'il est reconnu (vieillards), l'auteur conseille d'alterner l'iodure (0,25 à 0,30 par jour pendant dix jours) avec la théobromine (0,50 par jour pendant dix jours), en y ajoutant l'usage régulier des laxatifs et du régime lacto-végétarien. Les crises angineuses sont améliorées par la trinitrine (III à VI gouttes), un cautère sur l'épaule.

La syphilis demeure la grande cause de l'insuffisance aortique (âge moyen de la vie). La réaction de Wassermann servira à en préciser l'existence. Le traitement spécifique sera institué avec le cyanure d'hydrargyre intra-veineux, ou le benzoate de mercure intra-musculaire.

De petits lavements pris le soir, avec des doses croissantes de 0,15 à 0,45 de novarsénobenzol et V gouttes de laudanum, pendant six semaines, reposeront le malade des longues séries de piqûres. Les injections sous-cutanées ou intra-veineuses doivent être pratiquées prudemment, à petites doses de novarsénobenzol ou de sulfarsénol ; dans ces conditions, les sels de mercure leur sont préférables, comme plus actifs.

On évitera de confondre le souffle diastolique aortique avec le roulement du rétrécissement mitral isolé. Ce dernier est un ronflement rarement soufflant : s'il est reconnu, on prescrira V gouttes de digitaline trois ou quatre jours par semaine contre la dyspnée.

Enfin, si le myocarde fléchit, c'est encore à la digitaline qu'on aura recours (V gouttes), en y ajoutant le repos au lit, le régime de réduction, la théobromine. Entre les séries de prises digitaliques (6 à 10 jours) on ordonnera l'eupnine, le strophantus, l'ouabaïne. L'œdème aigu du poumon reste justiciable de la saignée copieuse et du régime hydrique absolu. (*Journ. des Prat.*, 16 avril 1921.)

G. D.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

Paris

Sur la transmission placentaire de l'encéphalite léthargique.

(M. Achard. — *Académie de médecine.*)

A propos d'une observation récente de M. Mercier, relative à un cas de transmission placentaire de l'encéphalite léthargique, M. Achard rappelle la gravité particulière de l'encéphalite épidémique au cours de la grossesse. Cette gravité est telle que sur 23 cas rassemblés par M. Jorge, on compte 14 morts, soit une mortalité de 60 p. 100.

La transmission placentaire de la maladie es possible, sans être constante. Elle a été observée cliniquement et elle a pu être reproduite expérimentalement par Levaditi, Harvier et Nicolau.

Le danger des radiations pénétrantes.

(M. Broca. — *Académie de médecine.*)

La question du danger des radiations pénétrantes (radium, rayons X), soulevée dans une série de communications dont nous avons parlé, a fait l'objet d'une étude de la commission du radium à l'Académie, et d'un rapport de M. Broca, au nom de cette commission.

M. Broca conclut que les moyens de protection, bien connus de tous les radiologistes, sont suffisants pour éviter les dangers des radiations pénétrantes. Il n'est pas permis de penser, dans l'état actuel de la science, qu'une installation radiologique ou radiumlogique puisse être préjudiciable aux voisins et il importe de ne pas jeter un cri d'alarme non justifié.

Seuls, les manipulateurs de l'émanation et les médecins se livrant à la radioscopie peuvent courir quelques risques. Ce sont là des risques acceptés devant la grandeur de la tâche à accomplir. Le médecin n'est il pas tous les jours dans cette situation lorsqu'il soigne des maladies contagieuses ? Le radiologue connait aujourd'hui les dangers personnels auxquels il est exposé et sait ce qu'il y a à faire pour les conjurer, dans la mesure du possible.

Intoxication mortelle par l'arsenic dans les milieux viticoles.

(M. Cazeneuve. — *Académie de médecine.*)

M. Cazeneuve relate une observation collective, d'intoxication arsenicale qui s'est déroulée dans un vignoble de la commune de Rieux-Minervois (Aude) en octobre 1920. Une douzaine de personnes furent atteintes, les unes d'accidents suraigus, les autres d'accidents chroniques d'empoisonnement par l'arsenic. Sept malades moururent. Les recherches toxicologiques montrèrent que l'origine de cette intoxication était une citerne dont l'eau contaminée contenait une forte dose d'arsenic (6 gr. 25 d'arséniate de soude par litre).

L'auteur rappelle les discussions qui eurent lieu à l'Académie, en 1909 et en 1913, sur l'emploi des arsenicaux en agriculture. Les dangers des arsenicaux en viticulture furent, à cette époque, longuement évoqués. M. Cazeneuve demande qu'une nouvelle étude soit faite des mesures à prendre pour prévenir dans les milieux agricoles les accidents arsenicaux.

Les doses de digitaline dans le traitement de l'asystolie.

(M. Manquat. — *Académie de médecine.*)

Dans le traitement de l'asystolie complète, M. Manquat estime que l'emploi des doses faibles de digitaline (X à XV gouttes de la solution de digitaline cristallisée au millième) donne des résultats aussi bons que l'emploi des doses fortes sans offrir les inconvénients de celles-ci.

L'origine traumatique de certains hygromas chroniques.

(M. Rochard. — *Académie de médecine.*)

M. Rochard signale une variété d'hygroma traumatique dont la caractéristique est de se manifester longtemps après le choc et sans qu'aucune lésion objective locale soit apparue après l'accident. Il faut le secours de la radiographie et de l'opération pour pouvoir affirmer le rôle du traumatisme. Celui-ci produit une petite fracture parcellaire, de l'os (olécrâne, rotule) et le fragment osseux minuscule agit comme cause prolongée d'irritation. M. Rochard cite un cas personnel et deux observations de M. P. Bazy d'hygromas de ce genre.

Occlusion intestinale par calcul biliaire.

(M. Petit, de Niort. — *Société de chirurgie.*)

M. Robineau lit un rapport sur une observation de M. Petit, de Niort, relative à un cas d'occlusion intestinale par calcul biliaire. La malade, opérée 48 heures après le début des accidents, guérit.

L'auteur montre le rôle du spasme de l'intestin dans la production de cet iléus. Les antécédents hépatiques manquent fréquemment, le volume du calcul ne se prêtant pas à une migration dans les canaux biliaires.

M. Pierre Delbet insiste sur la gravité particulière de l'occlusion intestinale par calcul biliaire. Bien que l'opération reste des plus simples, la mort est fréquente et souvent rapide.

M. Hallopeau a eu deux décès post-opératoires sur deux cas. M. E. Schwartz a vu la mort survenir rapidement après l'intervention chez un de ses malades. M. Souligoux a observé une guérison.

M. Tuffier a conservé de ses opérations pour iléus par calcul biliaire l'impression d'une affection grave.

M. Grégoire se demande si la gravité relève de l'agent de l'occlusion, du calcul biliaire. Le danger lui paraît surtout tenir au siège de l'occlusion (l'intestin grêle) et à l'âge ordinairement avancé des malades.

M. Quénu fait jouer un rôle important à la septicité du corps étranger et à la résorption d'un contenu intestinal très toxique. L'opération, en levant l'obstacle, amène une absorption rapide de ce suc intestinal.

M. Lenormant accuse surtout le fait des interventions généralement trop tardives.

M. Bérard pense que l'état hépato-biliaire, défectueux chez ces patients, constitue un facteur de gravité.

Les types de moignons douloureux.

(M. R. Leriche. — *Société de chirurgie.*)

M. René Leriche étudie les différents types de moignons douloureux et les opérations applicables à chacun d'eux. C'est là une question complexe, et encore mal élucidée.

M. Leriche distingue trois sortes de moignons douloureux. Dans le premier type, le moignon est douloureux parce que le nerf principal du membre est, à distance, le siège d'un névrome, résultant d'une blessure antérieure. Dans le second type, il y a névrome terminal sur un des nerfs du moignon. Dans une troisième catégorie, les troubles paraissent relever de phénomènes vaso-moteurs ou vasculaires créés par une mauvaise adaptation de l'artère principale du moignon. Suivant les cas, on pourra faire, soit la résection d'un névrome à distance, soit la sympathectomie péri-artérielle, soit la radicotomie postérieure. L'auteur n'a pas obtenu de résultat des névrotomies et des résections des névromes du moignon. Il conseille, alors, plutôt de recourir à la section des racines nerveuses postérieures.

M. Quénu ne partage pas l'opinion de M. Leriche sur l'inutilité de la résection des névromes dans les moignons. La névrectomie peut échouer, comme la radicotomie d'ailleurs. Elle réussit cependant quelquefois et elle offre l'avantage d'être une intervention plus simple. C'est également l'avis de M. Broca.

Neurotomie rétro-gassérienne.

(M. Pierre Descomps. — *Société de chirurgie.*)

M. Pierre Descomps a eu l'occasion, chez un malade atteint de névralgie faciale, rebelle aux divers traitements habituels (alcoolisation de 3 branches comprise), de pratiquer une neurotomie rétro-gassérienne, conformément à la technique de M. de Martel. Le résultat a été excellent.

Le décollement pleuro-pariétal en chirurgie thoracique.

(M. Tuffier. — *Société de chirurgie.*)

A propos d'une communication de M. Roux-Berger, M. Tuffier rappelle ses interventions anciennes en chirurgie thoracique. C'est en 1892 qu'il a décrit pour la première fois le procédé du décollement pleuro-pariétal pour affaisser le poumon.

Tandis que le pneumothorax entraîne une compression de tout le poumon, le décollement de la plèvre sur une certaine étendue de la paroi thoracique et le maintien de la poche ainsi formée (par insufflation, greffe de tissu graisseux, ou poire de caoutchouc) détermine seulement une compression locale. On crée ainsi une cavité comprimante *extra-pleurale*. Les indications opératoires sont encore à l'étude. Seule, la multiplication des cas opérés permettra d'apporter de la précision sur ce sujet.

Epithélioma de la base de la langue et du pilier antérieur : opération en deux temps.

(M. Hartmann. — *Société de chirurgie.*)

Les épithéliomas de la base de la langue et ceux du plancher buccal, ayant envahi le pilier antérieur du voile ou le maxillaire, sont, au point de vue opératoire, difficiles à traiter. M. Hartmann est parvenu à reculer leur limite d'opérabilité, en faisant l'intervention en deux temps, un temps cervical et un temps buccal. Il présente deux malades dans ces conditions qui eussent été, il y a quelques années encore, considérés comme inopérables et chez lesquels, grâce à cette méthode en 2 temps, il a pu obtenir de bons résultats.

L'hystérie par inégalité dynamique des hémisphères cérébraux.

(M. Bérillon. — *Société de psychothérapie et d'hypnologie.*)

M. Bérillon attribue à l'inégalité *dynamique* des hémisphères cérébraux la cause du déséquilibre sensitif ou moteur qui constitue l'hystérie. Il base son opinion sur ce fait que, dans l'hystérie, l'unilatéralité des phénomènes est la règle. Les cliniciens ont été frappés, chez les sujets atteints de cette affection, de la tendance marquée des symptômes à se localiser à l'un ou l'autre des côtés du corps. Pour M. Bérillon, c'est vers le rétablissement d'une égalité dynamique des hémisphères cérébraux qu'on doit diriger la thérapeutique de l'hystérie.

P. L.

Lyon.

Société médicale des hôpitaux.

Cirrhose hépatique avec ascite ayant nécessité trente-deux ponctions, guérie depuis trente-quatre ans.

MM. Gravier et Langeron présentent une femme de 73 ans qui fut, en 1886-87, hospitalisée pour une affection hépatique avec ascite que l'on ponctionna *trente-deux fois*, retirant en tout 350 à 400 litres de liquide. Le diagnostic porté alors (M. Bard) fut celui de cirrhose alcoolique et tout porte à croire qu'il s'agissait en effet d'une telle affection. Depuis lors, la malade n'a pas présenté de troubles hépatiques, et actuellement, son examen est à peu près négatif, sauf que le foie reste gros.

Peut-on, dans ce cas, parler d'une cirrhose guérie ? Les auteurs le pensent, vu la longue survie de la malade. Toutefois, M. Leclerc fait des réserves à cause de la persistance d'un gros foie.

Cancer primitif du poumon à forme pseudo-pleurétique chez une vieille femme de 80 ans.

M. Bonnamour vit cette malade pour la première fois en mars 1919 : à la base droite, matité de bois jusqu'à l'épine de l'omoplate, vibrations

abolies, respiration encore un peu perçue ; quelques râles sous-crépitants, frottements dans l'aisselle ; toux sans expectoration. Dyspnée. Douleur vague dans l'hémithorax droit. Ponction exploratrice négative.

Ces symptômes persistent pendant un an, avec température oscillant autour de 38°, avec quelques poussées à 39°. En décembre : aggravation de l'état général, cyanose de la face et des extrémités, teint subictérique, augmentation de la dyspnée, nombreux râles humides dans la partie supérieure du poumon. Le diagnostic fut : bacillose avec symphyse pleurale. Autopsie. Coque pleurale épaisse, blanc nacré, entourant un poumon complètement atélectasié et creusé de cavités remplies de pus ; dans le lobe inférieur, noyau arrondi, à contours irréguliers, du volume d'une noix. Pas trace de tuberculose.

Examen histologique : cancer, infiltration en nappe du tissu pulmonaire par des cellules du type épithélial.

Le cancer primitif du poumon est rare après 60 ans. L'évolution est lente : un an et plus, insidieuse, simulant souvent la bacillose sénile, s'accompagnant de réactions pleurales, épanchement ou symphyse. Son apparition est favorisée par les scléroses pulmonaires, les inflammations chroniques, fréquentes à cet âge.

A propos des grands accès fébriles de la défervescence de la dothiénentérie.

Ces accès, décrits à Lyon par M. Bouveret et par MM. J. Teissier et Frenkel, sont d'une pathogénie discutable : une décharge brusque de toxines parties des follicules clos (Bouveret), petits thrombus des veines mésentériques, ou abcès minuscules du foie, association typho-malarienne, telles sont les causes auxquelles on a pu les rattacher.

MM. Roubier, Lamy et Proley ont observé un typhique de 21 ans, dont l'affection évolua classiquement sans autre incident que de multiples suppurations sous-cutanées et intra-musculaires (1). En pleine défervescence, la température monta brusquement à 41°, avec frisson violent. Quatre accès semblables eurent lieu les jours suivants. L'examen était négatif, sauf une rate de quatre travers de doigt.

On donna de la quinine pendant 3 semaines et le malade n'eut plus que deux accès ébauchés. Les auteurs rejettent l'idée que ces accès puissent se rattacher aux suppurations présentées par le malade : ces accidents ne coïncidaient pas avec les accès fébriles et de nouveaux abcès se développèrent après leur disparition. D'autre part, l'origine paludéenne fut démontrée par la présence dans le sang de corps en croissant et l'efficacité du traitement quinique.

(1) A rapprocher des deux malades du Dr Mazel, de Nîmes, dont les suppurations multiples furent faussement imputées à la négligence de notre confrère, lequel eut à s'en défendre devant le Tribunal. (N. D. L. R.)

Réduction des liquides dans le traitement des œdèmes.

MM. Gardère et Gignoux relatent l'observation d'un malade, cardio-rénal, avec grands œdèmes, chez lequel ils ont obtenu une amélioration rapide et la disparition de ceux-ci par la réduction des liquides : 800 gr. de lait par 24 h. La perméabilité aux chlorures était suffisante chez le malade. Dans ces cas, l'œdème paraît relever surtout d'une rétention d'eau.

Un nouveau cas d'entérocolite due à l'hymenolepis nana.

MM. Guiart, Cade et Morénas. — L'*hymenolepis nana*, ou tœnia nain, le plus petit des cestodes mesurant de 15 à 25 mm. de long sur 1/2 mm. de large, apparaît dans les selles comme un mince filament. Il est constitué par un scolex muni d'un rostre et de 24 crochets, et par un corps rubané composé de 120 à 200 anneaux plus larges que longs. Il se trouve en colonies abondantes dans le grêle, fixé à la muqueuse par son rostre et ses crochets. Il peut, contrairement aux autres cestodes, accomplir son cycle évolutif sur le même hôte. Les autres se retrouvent en abondance dans les selles. Ce parasite est rare, moins cependant qu'on l'a cru autrefois. En France, le cas présenté par les auteurs est le cinquième qui ait été publié.

Il s'agit d'un étudiant en médecine serbe qui présenta pendant trois ans une diarrhée persistante et rebelle à tous les traitements habituels. La découverte dans les selles des œufs du parasite (le parasite lui-même ne put jamais être rencontré) permit d'instituer un traitement anthelminthique par le thymol (3 gr. par jour pendant trois jours) qui amena une amélioration considérable, et même une guérison apparente pendant 11 mois : mais un nouvel examen fait la veille de la communication a montré quelques œufs. Ce cas montre l'intérêt capital de l'examen systématique des selles au point de vue parasitologique dans toute entéro-colite rebelle, surtout depuis que la guerre a répandu en France de nombreuses infections d'origine exotique.

Maladie de Vaquez d'origine syphilitique chez un enfant.

MM. Gallavardin et Bertoye relatent l'observation d'un jeune homme de 17 ans présentant tous les symptômes d'une maladie bleue (cyanose, doigts en baguettes de tambour, dyspnée d'effort), sans signes cardiaques, mais en revanche avec une *volumineuse splénomégalie.* Formule sanguine à peu près normale, avec polyglobulie à peine indiquée, forte proportion d'éosinophiles, très rares

myélocytes. Le malade a été traité en 1909 pour des accidents syphilitiques (syphilis acquise et non congénitale, la mère du malade ayant eu la vérole alors que l'enfant avait trois ans). La splénomégalie existait déjà à cette époque.

Ce cas rappelle en tous points la maladie de Vaquez (polycythémie myélopathique) que caractérise une réaction myélocytaire : abondance des cellules blanches granuleuses, forte proportion d'éosinophiles, apparition discrète de myélocytes.

L'étiologie syphilitique est intéressante à noter ici, la syphilis étant plutôt une affection anémiante.

Myocardite aiguë au cours de la rougeole.

Cette complication est très rare dans la rougeole. MM. Weill et Gardère en ont observé un cas chez un adolescent de 16 ans, obèse.

Réunion obstétricale et gynécologique.

M. Trillat rapporte un cas de *ptyalisme considérable de la grossesse traité avec succès par l'adrénaline* : dix gouttes, puis vingt gouttes par jour.

MM. Fabre et Bouget ont observé une malade qui, ayant accouché une première fois par le sommet, a eu ensuite *trois accouchements par la face.*

MM. Fabre, Bouget et Emery relatent le cas d'une femme enceinte de 7 mois qui a succombé à une *éclampsie à marche extrêmement rapide* : mort six heures après le début des accidents.

Bien que le *décollement du placenta normalement inséré* soit rare (3 cas à la clinique obstétricale de Lyon depuis 1896), M. Rheuter en a observé récemment trois cas. Dans deux de ces cas, on put pratiquer la dilatation artificielle du col et extraire le fœtus par les voies naturelles : crâniotomie dans un cas, forceps dans l'autre. Dans le troisième cas, la dilatation fut impossible et on dut pratiquer une césarienne vaginale suivie d'extraction après crâniotomie. Les trois accouchées guérirent.

MM. Voron et Vialleton présentent un cas de *décollement du placenta* inséré vicieusement chez une albuminurique. L'hémorragie céda à la rupture artificielle des membranes.

A. C.

BIBLIOGRAPHIE CRITIQUE

Revue des Livres.

ARCHIVES UROLOGIQUES DE LA CLINIQUE DE NECKER.

Tome 3. — Fascicule 1.

Ci-dessous le sommaire de ce fascicule :

Félix Legueu. — Introduction : Félix Guyon.

F. Legueu et E. Papin. — La dérivation des urines en amont de la vessie. — Urétérostomie et néphrostomie bilatérales.

E. Papin. — Exploration et traitement des lésions de l'urètre postérieur et du col vésical avec l'appareil de Mac Carthy.

Docteur Dardel (de Berne). — Un nouveau procédé de greffe des uretères. — L'urétéro-cholécysto-néostomie.

Docteur Maldonado (de l'Equateur). — L'électrocoagulation dans le traitement des papillomes vésicaux.

Revue des Thèses.

Paris

Dr Octave Bornand, chirurgien-dentiste D. F. M. P. — **Traitement des dents infectées et de leurs complications infectieuses péri-apicales.** Ollier-Henry, 26, rue Monsieur-le-Prince, Paris, 1921.

En aucun cas on ne doit conserver dans la bouche une dent ou une canine infectée que l'on ne voudra pas traiter et, à plus forte raison, les laisser sous un appareil de prothèse. Toute dent infectée, utile pour la mastication, l'esthétique faciale et la phonation et matériellement utilisable, mérite d'être conservée et peut l'être dans la majorité des cas si l'on procède méthodiquement.

Procéder méthodiquement, c'est connaître les lésions que l'on doit soigner et leur appliquer le traitement dont elles sont justiciables.

Montpellier

Dr Etienne Tarbouriech. — **Diagnostic des abcès sous-phréniques.** Montpellier. Imprimerie Firmin et Montane.

Bulletin de la section de médecine des étudiants de Lille.

Nous saluons sympathiquement le premier numéro de ce *Bulletin*, dans lequel nous avons lu avec délectation un vif, vibrant et enthousiaste Avant-Propos du Pr Debeyre.

PARTIE PROFESSIONNELLE

MÉDECINE SOCIALE

La loi assurance-maladie, invalidité, retraites.

VIII

Discussion des différents modes possibles d'un service médical.

A) *Libre choix du médecin, ou médecin désigné ?*

La base de tout service médical repose, à nos yeux, sur le libre choix du médecin. Nous ne saurions admettre que tel ou tel praticien puisse être désigné, pour accomplir seul le service médical d'une caisse locale. Les Congrès des praticiens, les assemblées générales de l'Union des syndicats médicaux, du Concours médical et autres sociétés professionnelles ont, depuis longtemps, fixé ce point de doctrine.

La loi future doit donc, pour obtenir l'appui du corps médical, reconnaître que le malade, dans tous les cas, pourra librement recevoir les soins du praticien en lequel il a placé sa confiance.

En effet, celui qui nous consulte, est mû par trois mobiles principaux :

a) Il ne se préoccupe que de sa seule santé, et n'est conduit que par le désir de voir cesser ses souffrances ;

b) Il va chez le médecin qu'il sait le mieux le comprendre ;

c) Il n'est retenu, dans son choix absolu, que par le prix à payer suivant sa condition de fortune, il s'adressera de préférence à tel ou tel docteur. Parfois même, il se laisse soigner, pour des choses insignifiantes, par le médecin bon marché, quitte à dépenser un prix de consultation plus élevé, s'il estime devoir recourir à un médecin jouissant d'une plus grande notoriété.

Nous en concluons que, si le malade n'a rien ou peu à payer de sa poche, il assiégera la porte de ceux des docteurs qui ont la faveur du public et qui, débordés, feront peu à peu de la mauvaise médecine, parce que trop hâtive. De fréquents abus, que nous analyserons plus loin, en seront la conséquence.

Une autre contrepartie, c'est que le libre choix du médecin comporte néanmoins une sélection parmi les praticiens. Nous n'avons pas à cacher que notre profession, si belle et si noble en soi, renferme dans son sein quelques brebis galeuses. Notamment, la loi sur les accidents du travail a donné naissance à toute une catégorie de docteurs, qui ont, en quelque sorte, commercialisé et industrialisé notre méthode d'action professionnelle.

Ne recherchons pas ici où sont les responsabilités et si, par exemple, ceux qui crient le plus aux abus, comme les compagnies d'assurances contre les accidents, ne sont justement pas ceux qui ne cherchent que mollement à réprimer ces agissements déshonnêtes, parce qu'à l'occasion, on sait exploiter ces turpitudes, avec autant d'habileté que de larmes de crocodile dans la voix.

Les abus possibles nécessitent donc un contrôle.

B) *Le contrôle.*

Celui-ci sera dirigé en trois sens :

Le contrôle des abus et du fonctionnement matériel du service médical ;

Le contrôle technique de la qualité des soins donnés.

Les améliorations à apporter dans le service.

a) *Le contrôle des abus.*

Les abus peuvent se produire par trois sources différentes :

1° Le malade.

Lorsqu'il ne paye pas son médecin, ou s'il n'a qu'une somme modique à débourser, comme ticket modérateur, il réclame le médecin plusieurs fois par jour ; il le demande toujours d'urgence ; il le fait appeler au moment où cela le dérange le moins, lui malade, dans ses occupations, sans souci du travail que le docteur peut avoir à faire ; au moindre bobo, le praticien est requis la nuit, le dimanche, les jours de fête, sans égard au repos que tout citoyen est en droit de prendre.

Le malade veut des médicaments, surtout lorsqu'il ne les paye pas ; si une potion ne fait pas un effet immédiat, ou si elle a mauvais goût, il en veut une autre et jette la première.

Le médecin étant gratuit ou ne coûtant presque rien, on fait appeler plusieurs praticiens les uns derrière les autres, pour voir s'ils sont du même avis.

Enfin, en sens contraire, existe le malade qui ne veut pas se faire soigner, ou qui se soigne mal : son affection traîne en longueur, cependant que l'assuré continue à toucher son indemnité journalière.

2° *Le médecin.*

Lorsque le malade ne paye pas directement son docteur, celui-ci peut se laisser entraîner par un sentiment qui est bien français : pourquoi faire des économies, puisque c'est « la princesse » qui supporte les frais.

Aussi, peut-il y avoir abus de visites : ce ne

sera jamais le malade, qui se plaindra du zèle du docteur, alors que celui-ci saura prendre un air inquiet, pour expliquer ses venues fréquentes. Mais cet abus du nombre de visites conduira forcément à un écourtement de l'acte médical. Un praticien sérieux et consciencieux ne peut matériellement voir qu'un nombre limité de malades par jour, s'il veut rester auprès de chacun d'eux le temps nécessaire, pour faire de bonne besogne.

Nous connaissons, au contraire, des médecins, payés à l'année, ou ne touchant pour chaque visite qu'un prix infime, et qui, pour s'y retrouver, font de la médecine à la grosse. Un tousseur n'est pas ausculté, ou l'est par dessus tous ses vêtements : il obtient de suite l'ordonnance pour une potion calmante quelconque. Et le tout est à l'avenant.

D'autres, toujours parce que ce n'est pas le malade qui paye, comptent des visites, ou énumèrent des opérations fantaisistes pour en recevoir le prix.

Enfin, le malade, pour lequel on paye mal, passera après la clientèle qui paye bien.

3° *Les caisses.*

Des abus peuvent être imputables aux dirigeants des caisses, comme d'ailleurs il s'en produit de la part des dirigeants de mutuelles, ou autres collectivités, qui assurent les soins de maladie.

On interviendra souvent en faveur d'un protégé, en demandant des conditions spéciales et des entorses au règlement, avec la complicité du médecin, qui, appointé, ne peut pas s'y refuser.

Dans d'autres cas, ce sont des ressentiments qui agiront contre un assuré et le médecin aura encore un rôle à jouer, surtout s'il ne sait, ou s'il ne peut rester impartial.

B) *Le contrôle technique.*

Le malade est-il soigné ? est-il bien soigné ? le médecin, qui réclame une note d'honoraires pour une affection longue et coûteuse, a-t-il vraiment fait le nécessaire pour que cette maladie puisse être écourtée ? Les actes médicaux, dont on demande rémunération, ont-ils été réellement exécutés ? Etaient-ils nécessaires ?

Toutes ces questions doivent être contrôlées de très près, si le malade reste en dehors du payement des frais médicaux ; car le meilleur contrôleur est encore celui qui paye, surtout lorsque c'est le client qui donne lui même les honoraires à son docteur.

Ce contrôle technique aura encore à recevoir et à instruire les plaintes des malades, qui prétendront avoir été mal soignés, ou négligés, ou qui penseront être les victimes d'erreurs de diagnostic.

Ce seront encore les méthodes scientifiques à discuter.

Enfin, question délicate : le médecin traitant avait-il le droit de confier à des aides le traitement de certaines affections et d'en compter le prix à la caisse d'assurance ?

Ceci nous conduit à envisager une nouvelle méthode d'industrialisation de notre profession. Certaines cliniques d'accidents du travail, certaines clientèles ouvrières, dans des quartiers ou localités à population pauvre, mais dense ; les cliniques pour maladies vénériennes, instituts contre la tuberculose ou le cancer, célébrés par la publicité vénale des grands quotidiens : toutes ces entreprises ont souvent un ou plusieurs médecins employés (heureux encore lorsque ce sont des médecins diplômés et non des infirmiers). On y exploite le client et le propriétaire profite du travail collectif.

De pareils agissements ne seraient-ils pas à craindre, le jour où, comme nous le verrons dans notre prochain article, les honoraires médicaux seront avilis et où il faudra faire beaucoup de visites hâtives, mais nombreuses, pour, en fin de journée, avoir pu gagner suffisamment par une totalisation de travaux médicaux mal accomplis ?

c) *Les améliorations.*

Ce service de contrôle aura encore à envisager toutes modifications utiles à apporter au fonctionnement du service médical. L'expérience de tous les jours suggèrera des tranformations aux errements suivis jusqu'alors : de même que la commission aura à se préoccuper de l'emploi judicieux des sommes provenant et des cotisations et des bénéfices en fin d'exercice, pour la construction de maisons de cure, ou pour l'achat d'instrumentation ou autre.

Organismes de contrôle.

Ce contrôle doit être fait à deux degrés : toutes les questions d'ordre professionnel ressortissent du conseil de famille du syndicat, ou de l'assemblée générale disciplinaire de ce groupe.

De la sorte, nous pouvons donner toute garantie de moralité, concernant les médecins qui, syndiqués ou non syndiqués, sont néanmoins obligés de reconnaître la juridiction du Conseil de famille du syndicat, pour être admis à donner des soins aux assurés des caisses.

Mais, nous dira-t-on, les médecins ont tendance à toujours se donner raison mutuellement. Aussi, peut-on convenir qu'appel de la décision syndicale peut être porté devant la commission mixte, prévue par le projet de loi.

C'est d'ailleurs cette commission qui aura un grand rôle à jouer, non seulement pour la solution des conflits, mais surtout pour les questions de modifications, d'améliorations du service. Ce sera un véritable conseil technique, où seront représentés tous les intérêts.

Cette commission aura également à connaître du fonctionnement du contrôle scientifique, bien qu'à nos yeux il faudra beaucoup de doigté,

d'habileté et de prudence scientifique, pour discuter l'opportunité d'un traitement.

Disons d'ailleurs combien difficile est le fonctionnement d'un service médical de caisse, si nous en jugeons par les difficultés, récriminations et les plaintes qu'occasionnent les services des mutualités, des mines, de chemins de fer, ou autres collectivités publiques ou privées, ayant essayé d'organiser un service médical.

Les malades souvent ne se plaignent pas, parce qu'ils peuvent trouver suffisamment de médecins indépendants, qu'ils consultent à leurs frais. Mais, lorsque les caisses fonctionneront, le nombre des médecins indépendants, non affiliés aux caisses, sera peu élevé et se recrutera surtout parmi les docteurs ayant une notoriété leur permettant de gagner leur vie par leur propre clientèle.

Il en résultera des plaintes nombreuses émanant de clients qui, la plupart du temps, récriminent à tort, et accusent un praticien de négligence, ou d'erreurs de diagnostic, justement dans les cas où l'effort cérébral du docteur a été le plus intense.

Que de médecins doivent leur réputation à des détails qui n'ont rien de scientifique. Que de praticiens qu'on accuse à tort d'erreurs, alors qu'ils ont porté un diagnostic précis, cependant que l'entourage est impatient de voir arriver une amélioration et un soulagement.

Ces commissions de contrôle auront donc beaucoup à faire. Nous nous demandons alors comment elles pourront fonctionner dans les campagnes.

Sous la réserve de ces critiques, nous avons voulu indiquer que le médecin peut être librement choisi, qu'il peut être contrôlé. Nous verrons dans notre prochain article comment il peut être rémunéré.

A suivre).

Dr Paul Boudin.

Le médecin et les lois sociales nouvelles.

Un confrère, que je n'ai pas l'honneur de connaître, m'adresse la lettre suivante, que je publie, moins pour l'approbation qu'elle m'apporte, que pour l'argument qu'il fournit à l'appui de la conception que je défends, et qui est tiré de la comparaison entre la façon dont joue le risque incendie et celle qu'on applique déjà et qu'on propose de généraliser au risque maladie. Cet argument a déjà été formulé par moi-même, s'il m'en souvient bien : il mérite d'être rappelé.

J'ajoute que, pour nous en tenir à l'ordre d'idées qui nous intéresse plus particulièrement, le tiers qui intervient pour régler aux médecins leurs honoraires pour les soins donnés aux pensionnés de guerre, et, quand ils existeront, aux assurés sociaux, n'intervient pas pour régler leur boucher ni leur boulanger, alors qu'il est entendu qu'ils recevront précisément une allocation suffisante pour leur permettre de vivre, c'est-à-dire, pour le moins, de s'alimenter quand la maladie les privera de leurs ressources habituelles.

Pourquoi deux poids et deux mesures ? Et comment se trouve-t-il des médecins, en aussi grand nombre, pour accepter un distinguo aussi subtil ?

Mais d'abord, la lettre du Dr R. D. :

Honoré confrère,

Je viens de lire avec le plus vif intérêt votre article paru, ce jour, dans le *Concours médical.*

Je suis surpris, au-delà de tout ce que je peux exprimer, de constater que seul (ou à peu près) vous souteniez cette idées, la seule raisonnable pourtant : Le médecin doit être payé par son client, assuré ou non.

Je voudrais bien savoir pourquoi le médecin ferait exception à la règle, et serait payé par un tiers. Je suis assuré contre l'incendie : que mon mobilier brûle demain, qui payera le marchand de meubles à qui j'achèterai de nouveaux meubles ? Moi ou la compagnie d'assurances ? Moi, évidemment, quitte à toucher, ultérieurement, de la compagnie d'assurances une certaine somme.

Je ne vois pas bien pourquoi, moi médecin, en face d'un malade assuré tant qu'on voudra, je n'aurais pas le droit — que dis-je ? même le devoir — de réclamer les honoraires que j'estime m'être dus, — quitte pour le malade à se faire rembourser par la compagnie qui l'assure.

D'autre part, je suis très surpris que l'on parle toujours de tarifs d'honoraires.

Trouvez-vous donc juste qu'un médecin, ayant 20 ans d'exercice, muni quelquefois de titres scientifiques, en tout cas connu pour son honorabilité, son dévouement, ne puisse pas exiger d'autres honoraires que le débutant inconnu qui vient s'installer près de lui ?

N'avons-nous pas tous, à l'aurore de notre carrière, demandé des prix plus doux (et ce n'était que justice) que ceux que nous avons eu le droit d'exiger, après 20 ou 30 ans de pratique ?

Ne devons-nous pas, au simple point de vue moral, faire payer au client qui a recours à nous l'autorité et la science que nous avons acquises ?

Cette seconde partie de ma lettre est un argument de plus — et primordial — en faveur de votre thèse : *Le médecin payé par le client.*

Veuillez agréer, honoré confrère, etc.

Dr Raphaël D.

Je ne suis pas seul à soutenir la thèse : « Le médecin doit être payé par son client, assuré ou non ».

Nous sommes, au sein du *Concours médical*, quelques-uns à penser de façon identique. Mais nous demeurons une minorité, une faible minorité, même si nous nous adjoignons les 39 syndicats qui ont répondu au referendum de l'Union qu'ils sont partisans du forfait aux pensionnés, entraînant la liberté de rapports entre ceux-ci et leur médecin librement choisi.

En opposition, 158 syndicats acceptent les propositions du ministre, c'est-à-dire l'établissement d'un régime comprenant un tarif, une organisation des soins, un contrôle, selon des accords qui comporteront sans doute le contrat collectif entre l'Etat payant, et le Corps médical professionnellement organisé.

L'objection qui m'a été faite et à laquelle je me suis efforcé de répondre (1) reposait sur les probabilités de non payement du médecin par le pensionné (ou l'assuré) recevant une indemnité forfaitaire. Or, cette objection va jusqu'à prétendre que cette clientèle ne payera pas son médecin, qui la retrouvera inscrite à l'Assistance gratuite ou à la Mutualité.

Je ne suis nullement influencé par cette précision dans la prévision ; elle ne m'embarrasse pas. Tablant sur une parfaite cohésion interconfraternelle — c'est la condition que je présuppose réalisée —, je me trouve tout à fait à mon aise à l'égard du mutualiste, quel qu'il soit, car, tout comme le pensionné et l'assuré — n'est-il pas au demeurant un assuré ? — je le traite comme un individu isolé, sans me préoccuper des précautions qu'il a pu prendre pour se garantir contre le risque maladie.

En ce qui concerne l'assistance, il me semble que nul ne peut y être admis s'il n'est dénué de ressources. Or, le pensionné de guerre, ainsi que l'assuré, ne sont nullement dans ce cas, puisque l'Etat les protège et leur vient en aide. Comme, d'autre part, le médecin a le droit d'assister à la confection des listes et d'y formuler des observations, il me semble que ce danger est si mince qu'on peut le considérer comme inexistant.

Et puis, c'est tout de même faire peu d'honneur à l'esprit public que de vouloir généraliser de prétendues pratiques qui ne seront, à tout prendre, que des exceptions contre lesquelles d'ailleurs nous ne serons pas désarmés.

Et maintenant, j'ai vidé mon sac et dit tout ce que je pense sur ces très graves questions. Je l'ai fait pour ma satisfaction personnelle, sans conserver la moindre illusion sur la portée de mes idées.

Je suis presque assuré maintenant qu'elles demeureront à l'état de pures théories, considérées par la plupart de mes lecteurs comme des chimères.

Mais je suis non moins assuré — et je m'excuse de jouer ainsi les Cassandres, — que dans vingt ans, la fonctionnarisation du médecin sera un fait accompli. La voie dans laquelle s'engage le Corps médical aboutit fatalement à ce néfaste résultat. Comme il y a de grandes chances pour que dans vingt ans, je ne sois plus de ce monde, je n'aurai pas à souffrir, dans mon orgueil ni dans ma dignité de médecin, de voir cet abominable régime.

Ne riez pas dédaigneusement. Ne dites pas que j'exagère ni que je me trompe du tout au tout. Déjà certaines idées sont en l'air. Des humanitaristes, comme chaque époque en produit, espèrent un bouleversement radical dans la rémunération des soins médicaux. Ce n'est plus l'individu malade, ou même, la collectivité particulière à laquelle il appartient qui s'en chargera, mais la grande collectivité sociale, l'Etat. Les impôts seront calculés de telle sorte que, de même qu'actuellement, ils pourvoient à l'entretien des routes par exemple, de même, ils comporteront un chapitre bugdétaire qui pourvoiera à l'entretien des santés. Je n'invente rien, je vous en donne l'assurance. Et cette conception hante certains esprits hauts placés dans l'Etat, et qui en rêvent comme d'un immense progrès social.

En vérité, je le répète, dans vingt ans, sur 20.000 médecins, il y aura 15.000 fonctionnaires, 15.000 salariés, 15.000 esclaves, qui toucheront un traitement de famine, et à côté d'eux, 5.000 indépendants que le malade appellera dans les cas graves, ou seulement quand il voudra être bien examiné, et qu'il payera, ceux-là, royalement.

Dans vingt ans, dis-je. Je donne rendez-vous à ceux qui m'auront succédé ici même puisque je n'y serai plus, et aussi aux très nombreux confrères, ou à leurs enfants —, à tous ceux qui, en me lisant, haussent peut-être les épaules et me traitent de radoteur, et qui comprendront alors, mais seulement alors, et trop tard, que je ne radotais pas. G. DUCHESNE.

(1) *Concours Médical*, n° 25, p. 1771.

La mésaventure d'un contrôlé.

A. L'*anonymat* des présentes doléances n'est qu'un moyen de mettre à leur aise les commentateurs possibles. Pour le *Concours*, j'ai signé.

B. La *configuration* du terrain est celle-ci : mon département, jusques et y compris 1919, payait les soins donnés aux indigents (A. M. G.) à raison de *six francs* par tête d'*inscrit* et par an (abonnement). Pour 1920 (*et sequentes*), les médecins seront payés à raison de cent sous par visite, etc. (1). Enfin, pour que

(1) Je simplifie : supprimant : d'une part, ce qui est des frais de déplacement, au profit des médecins ; d'autre part, une réduction éventuelle, au marc *le franc*, si les totaux excédaient les crédits, au détriment des mêmes.

ces médecins ne puissent plus se plaindre d'avoir les indigents à leur charge, le crédit global est porté de cent vingt mille francs, à deux cent quarante mille francs.

C. On institue une Commission de Contrôle.

Ayant ainsi défini les choses, je commence :

Quand j'ai connu ces décisions, j'ai trouvé tout cela très beau. Le contrôle est dans l'air ; j'ai affirmé, de bonne foi, qu'il était dans mes goûts... surtout en qualité de contrôlé.

Tout de même, quand un camarade est venu me dire *confidentiellement* qu'on l'avait *confidentiellement* chargé de me prévenir, février 1921, que mes mémoires étaient soumis à une enquête par la Commission du Contrôle, j'ai tiqué !

Je ne peux pas cacher qu'il m'a été tout à fait désagréable de me voir mis sur la sellette. On a de ces faiblesses !

J'ai dû laisser voir la mienne par le ton avec lequel j'ai demandé « pourquoi ? »

« Parce que vous êtes le plus gros créancier du département ! »

Je n'avais plus rien à dire. Il faut bien qu'il y ait un *plus gros créancier*, et vice-doyen à l'ancienneté dans mon arrondissement, j'étais, *a priori*, un des candidats possibles à ce titre de « plus gros créancier ».

Depuis 34 ans (1919 compris), que je soigne les pauvres en échange d'une rémunération dérisoire, c'est bien mon tour, quand *on* paye, d'être payé.

Plus gros créancier ? Au titre des indigents, c'est, en effet, possible : pour une des années antérieures (1916 ou 1917), je me suis laissé dire que mon *tas d'indigents*, étant le plus gros, m'assurait, à raison de six francs (environ), par tête et par an le plus gros mandat.... d'abonnement.

Pour 1919, assez exactement, j'avais reçu 1.400 fr., à moi attribués par les bureaux sur le crédit de 120.000 francs.

Comme, pour 1920 — en vue du paiement à la visite — *on* avait doublé le crédit, je pouvais, toutes choses égales d'ailleurs (1), prétendre à 2.800 francs (voir *in fine*).

Mes mémoires ne fournissant qu'un total *inférieur* à ce chiffre, le contrôle devait être facile ; pas d'excès de ma part.

Confidentiellement, mon interlocuteur m'a dit que ça n'était pas de cette A. M. G. qu'il s'agissait, — et aussi que personne n'avait songé à ce moyen de contrôle.... élémentaire : le médecin qui produit la plus grosse somme de visites devant être un de ceux qui avaient le plus grand nombre d'abonnés (2). L'Administration avait *oublié* de documenter confidentiellement les contrôleurs sur ce ..., détail. Il semble qu'ils ont omis, eux, de s'en informer.

« Mais, si ça n'est pas ça, qu'est-ce que c'est ?

« — C'est, mais je vous le dis *confidentiellement*, c'est pour vos accouchements.

« Hein ?

— Oui, vous comptez trop de forceps ! (1).

« Je compte ! attention : j'ai fait trop de forceps au gré de... de qui donc, en effet ? »

Ça, ça m'est égal. C'est vrai que je me sers souvent, et volontiers, et sans rien abimer, du forceps. C'est beaucoup moins dangereux que l'ergot de nos pères ; ça vaut bien, au point de vue moral, le chloroforme à la Reine ; et j'ignore tout de la pituitrine.

D'ailleurs, l'enquête est facile : j'ai inscrit, sur mes *mémoires accouchement* (un par commune), les noms... et toutes ces femmes sont là pour dire à quelle indication j'ai obéi..... et sont là aussi tous les enfants : tous *sauf un*, pour lequel, en mars 1921 (2), j'ai trop tardé à me servir de mon forceps.

Enfin, je verrai quand le confrère enquêteur m'appellera.

Mais, bast ! De mes mémoires, un seul groupe m'est payé, le groupe accouchement. Donc le contrôle m'a donné raison.

Pas du tout ! Il est seulement arrivé qu'un des contrôleurs qui savait lui, mes accouchements, mes forceps et deux versions faites par lui (moi, au chloroforme), etc., etc., avait rabroué la Commission de si belle façon qu'*on* m'a payé sans autre enquête. Ce témoin était, il faut le dire, et qualifié et de qualité.

Alors ?

Alors, ça n'est pas fini du tout.

Il y avait une troisième créance sur le département : soins aux enfants assistés domiciliés autour de moi.

Pour une seule grande fille, en une seule année, cinq cents francs. Suspecte de bacillose dès son arrivée dans le pays à l'âge de quatre mois, je la soigne depuis lors. Elle a dix-huit ans et elle vient de me faire, à l'occasion de l'évolution de sa dent de sagesse

(1) Les choses n'étaient pas égales d'ailleurs. Mon *tas* pour 1920 ayant été *augmenté* par l'apport de 25 des 41 indigents de S., jusqu'alors inscrits ailleurs qu'au consortium départemental.

(2) J'écris *un de ceux* et non *celui* : il y a, en effet, des éléments variables. En cours d'année, un sieur M., de A., est admis aux indigents, mourant d'une tuberculose à marche rapide, ultime complication d'une albuminurie traitée par l'alcoolisme. De jour ou de nuit, il a été l'objet de vingt-cinq visites de suite payées en 1920. *Avec l'abonnement*, j'aurais touché, de son fait, six francs..... pour la première semaine de 1921, au cours de laquelle il est mort. *A la visite* ça a fait vingt-cinq fois cinq francs.

(1) Je viens de lire la leçon de Démelin (*Journal de Championnière*, 10 février 1921), où le *forceps de complaisance* est blâmé, dans une *maternité parisienne*. Mais j'avais prôné le forceps, *arme unique* du *médecin de campagne* qui n'a point des aides, dans un article, écrit en mars 1920, publié dans le *Bulletin général de Thérapeutique* de septembre 1920.

(2) J'étais en gestation de mon article du *Bulletin général* et, littéralement, je me reprochais, à cette date, mes excès de forceps. Ce mort-né que je me reproche a précisément déterminé la rédaction et le sens général de l'article précité.

inférieure gauche, un magnifique adéno-phlegmon bâtard du cou. Pour un mal de dents, on... appelle le médecin trop tard, comme vous le savez ! J'ai eu quelque peine à la tirer de là. Maintenant, je peux vous la montrer. Avec une loupe, vous découvrirez les cicatrices, seulement...

Seulement, je l'ai *pansée moi-même*, sinon toujours, au moins souvent, pendant tout le temps que ça a duré... à 6 kilomètres de chez moi. Et dame, ça fait une grosse note.

Pour cet article ci, d'ailleurs, le confrère contrôleur m'a interpellé — fort courtoisement — ne me reprochant, idem, que de n'avoir pas envoyé ma pauvre L. L. à l'*hôpital* (comme M. Maginot veut qu'il soit fait).

Ici, j'ai quelque peu rué dans les brancards. Lucie à l'hôpital ? Non ! et non !

Pas plus que je n'y enverrai les mutilés, à moins d'absolue impossibilité de faire autrement, je n'enverrai, je n'envoie, à l'hôpital, ni les indigents, ni les enfants assistés, ni... les autres.

D'abord, je ne connais pas d'infirmier panseur, ni d'infirmière, diplômée ou non, qui me vaille... et c'est bien l'avis de mes bonnes gens.

Ensuite, Lucie L. est la dernière venue des enfants assistés qu'on nous a confiés... vers la fin du siècle dernier. Ils furent par ici jusqu'à trente à la fois, peut-être plus, la vie que nous leur avons faite ? c'est bien simple :

A R., il y a une plaque « Aux Morts pour la Patrie » à A., il y a un monument. Au beau milieu de chaque liste — et ce n'est pas moi qui ai dressé les listes — vous pourrez lire le nom de l'un de ces enfants assistés, qui ont, dans nos villages, trouvé chacun une famille. Ils n'avaient ni père, ni mère à leur arrivée ; le village les a adoptés.

Ça vaut mieux que votre hôpital, Messieurs de la Démocratie, de la dém... autocratie.

Vers 1900, c'était peut être la République des camarades, soit ! Au moins, l'administration, marâtre, alors jalouse de faire figure de mère, m'avait-elle permis d'être pour ces gosses une manière de parrain.

Démocratie ou non (1), je sors du sujet, ma vraie réponse étant autre : « Je soigne ces enfants depuis « beaucoup d'années et vous ne m'avez jamais dit « de les envoyer à l'hôpital. Vous m'avez, suffisamment ou non, rémunéré tous les ans sans que rien « ait pu me faire croire que, en l'an de grâce 1920, « quelque lumière nouvelle vous était venue, vous « permettant de nous *promettre* un salaire convenable pour chaque visite à la condition que nous n'en « *ferions point* ». Car, c'est là toute votre histoire « d'hôpital et de nécessaire hospitalisation.»

(1) Ou non ? Hier, j'ai écrit au délégué de l'Union des Combattants, de ne pas se ranger du côté de l'hôpital, car à *notre* première réunion, il pourrait être fortement désavoué par tous ses commettants. Or, un conseiller général, qui gère le département, a, lui aussi, des commettants... qui n'aiment point l'hôpital (sauf quand le médecin local *renonce*).

Pour en revenir à ma querelle de contrôlé, cette invitation — courtoise — avait au moins un avantage : mon erreur, si erreur il y eut, devenait désormais de celles qu'on peut avouer. Question de doctrine : vous êtes pour ou contre l'hôpital. Je suis contre ; cette attitude n'a rien d'indécent, ni vraiment, de blâmable.

Mes misères de contrôlé ne devaient pas finir là cependant.

Le caractère *confidentiel* attaché au contrôle, aux contrôleurs aussi, m'a été *opposé* dès le début, tant et si bien que j'ai eu toutes les peines du monde à savoir, une à une, les choses que je viens de vous dire — et qui m'intéressaient pourtant, toute mauvaise humeur mise à part.

Mais, ô confrères, vous savez ce qui doit advenir des confidences faites devant une Commission, même compétente. Et il advint dans mon cas, ce qui devait advenir.

« Quand on a parlé de votre démission de... (peu « importe quoi), X, a dit qu'il y avait eu à propos de « vous, une affaire délicate avec le département..... « pourquoi ?..... parce que vous êtes le plus gros « créancier ».

« Hein ?

« Oui, mais vous savez, Y, qui était au courant, a si bien pris *votre défense* que ... » »»

Cette fois-ci, j'ai été brutal, j'ai qualifié le caractère *confidentiel* en renvoyant les détenteurs *de ce qui n'est un secret que pour l'intéressé*, à un certain Basile peint, en grandeur naturelle, il y a plus d'un siècle, par un certain Beaumarchais, — que mit en musique, avant ma naissance, un certain Rossini. Ça s'appelle le grand air de la calomnie.

Pourquoi, me direz-vous, ô partisan du contrôle, ce nouvel accès de mauvaise humeur ?

Parce que ma démission était une chose sur laquelle aurait dû s'expliquer X; il avait sur ce sujet un compte à rendre à cette assemblée : un compte moral. Or, il a trouvé plus commode de parler d'une affaire *très délicate* et *combien confidentielle* dont cette assemblée n'avait pas à connaître, à savoir ma situation de plus gros créancier du département, affaire qui n'a aucun rapport avec ma démission, largement motivée d'autre part.

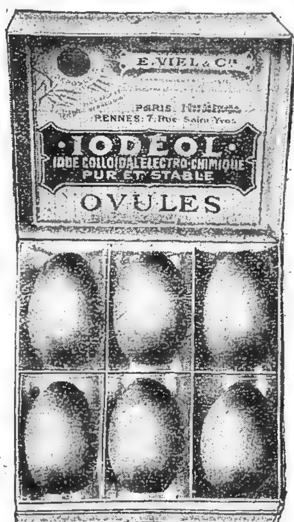
Et, ma foi, je soupçonne X, d'avoir trouvé là, grâce à la concordance approximative des dates, une diversion commode.

Au fait qu'il a quelque peu pataugé dans le secret — ça n'est pas moi qui ai demandé ce secret — X, ne peut opposer qu'une excuse, c'est que tout le monde avait entendu parler — confidentiellement — du cas pendable. Tout de même, c'est un peu beaucoup très fort qu'en avoir parlé, publiquement, sans que le futur pendu en ait été saisi officiellement.

Et c'est à cause de cette erreur de X, que j'écris aujourd'hui au *Concours médical*.

Je suis trop vieux maintenant pour qu'une pareille mésaventure puisse peser sur ma destinée. Et puis, je sais l'histoire du temps présent : par exemple, qu'en


TRAITEMENT des Affections de l'Estomac et du Tube Digestif
STOMOPHILE
Régulateur Énergique des Fonctions Stomacales
ALCALIN – ANTIFERMENT – ANTIACIDE
EFFICACITÉ CERTAINE dans tous les cas de : Dyspepsie, Gastralgie, Gastrites aigüe et chronique, Gastro-Entérite.
INNOCUITÉ ABSOLUE
MODE D'EMPLOI : 1 paquet delayé dans un peu d'eau à la fin des repas.


E. VIEL & Cie
PARIS
RENNES: 7, Rue Saint-Yves
IODÉOL
IODE COLLOÏDAL ÉLECTRO-CHIMIQUE
PUR ET STABLE
OVULES

1893, l'Assistance Médicale Gratuite (A. M. G.), *à domicile* fut réorganisée, par le Conseil Général (pour mon département), puis par les Chambres (pour tout le pays)..
précisément pour éviter aux pauvres cette même nécessité d'aller à l'hôpital, à quoi Maginot veut contraindre les Mutilés.

Supposez cependant qu'une telle mésaventure advienne à un jeune ! Comment se défendrait-il s'il en ignore ? Ça se chuchote, ça s'arrange, ça s'utilise même..... tandis qu'il ne sait pas, ou mal.

Avouez que c'est à proprement parler tout à fait intolérable.

Mais les contrôles seront ! Qu'il soit donc bien entendu que le *premier* devoir de la Commission, ou du Commissaire enquêteur, c'est de prévenir et d'*entendre l'intéressé* : contrôleur à l'honneur ; contrôleur à la peine !

Ça pourra mettre dans l'embarras le tiers innocent qui, d'une part, fournit ce renseignement, *plus gros créancier*, et qui, d'autre part, oublie ce commentaire, *d'ailleurs, il en était ainsi l'anné e dernière.*

A l'abonnement, avant que ce ne soit à la visite, ce médecin était, en son coin, un de ceux qui ont, depuis toujours, une grosse part de l'A. M. G. à leur charge.

Tenez, c'est lui qui a, à domicile, soigné Dominique, trois mois durant, d'un faux abcès périnéphrétique droit dont la fistule laissait passer des gaz avec quelques autres petites choses malséantes à nommer. Pas d'hôpital pour ce vieil homme puant. Pas d'honoraires non plus pour son médecin ? Mais si, l'abonnement à trois francs l'an, en ce temps-là.

Halte là ! Ne suis-je donc pas satisfait que, les mêmes, qui ont si bien chuchoté mon affaire, m'aient assuré une rémunération désormais honorable ?

A quoi je réponds : y a-t-il ou n'y a-t-il pas rémunération. Si la rémunération consiste à me mettre en devoir d'envoyer Dominique à l'hôpital, je pense que vous vous moquez de nous, — puisque, en aucun cas, cet hôpital ne m'honorera pour les soins donnés à Dominique (moi ou le mé decin de cet hôpital).

Ou bien l'hôpital me payera à part pour de telles et si répugnantes corvées ; alors que ne me laissez-vous, — que ne nous laissez-vous, à Dominique et à moi —, le droit de choisir notre place ?

L'hôpital ? oui, il y a des cas : — aucun membre de la famille ne peut m'aider. On m'a fourni du bouillon de viande quand je demandais de l'eau chaude chez la femme R. à S. J'ai donné mon injection avec ce bouillon, mais j'ai envoyé la femme à l'hôpital par la suite. Triste organisation, il y avait quatre petits qui ont fourni au père, une belle occasion de fainéanter. Il a fallu mettre une femme de journée à la maison ; ça n'est pas le budget de l'A. M. G. qui a payé, c'est celui de la commune.

Alors, ne trichez pas. Les 240.000 francs du département ne suffisent pas pour nous distribuer cent sous par visite. Voilà la vérité (*B*).

Ça prouve que vous vous êtes trompés dans vos estimations. Oui, mais ça prouve aussi que, au temps de l'abonnement, les médecins faisaient au département cadeau de plus de 120.000 francs par an : une contribution annuelle supplémentaire de 600 fr. en moyenne pour chacun de nous.

Cette constatation -ci paye — largement — votre évaluation erronée.

Tenir ce propos-ci, c'est ce que j'appelle respecter la dignité professionnelle. C'est autrement honorable que d'avoir découvert qu'il y avait *un plus gros créancier* parmi deux cents autres.

P. S. — *Incidences.*

A) 2.500 francs au titre de l'A. M. G., plus 500 fr. au titre des Enfants-Assistés, n'ont pas été payés en février. Ils le seront probablement en septembre.

La *pénalité* infligée d'office à ce misérable *plus gros créancier*, est donc, au minimum, égale à la moitié (six mois) de l'intérêt à 6 % de 3.000 francs, soit 90 francs.

Mettez-en autant pour les mutilés.....

En voilà assez ?..... non !

B) Retardataires compris, il faudrait 320.000 fr. pour nous payer. Sur ce pied, si ma *créance-visites* avait évolué comme celles des autres (coefficient deux et demi), elle serait de 3.500 francs environ.

LA VIE SYNDICALE ET PROFESSIONNELLE

Union des Syndicats médicaux de France.

Paris, le 20 juin 1921.

Mon cher confrère,

La première séance de la Commission Tripartite a eu lieu le samedi 18 juin. On a surtout examiné l'organisation du travail. Il a été convenu que deux sous-commissions seraient créées, l'une devant s'occuper de l'organisation des soins et du contrôle, l'autre de l'établissement d'une nomenclature des soins médicaux, chirurgicaux et de spécialités.

La première de ces sous-commissions se réunira ce soir ; l'autre, mercredi.

Dans un délai de 15 jours, environ, la Commission plénière se réunira, à nouveau, pour examiner les rapports des deux sous-commissions. Il est donc probable, que, dans un délai assez rapide, les travaux de la commission auront abouti à un ensemble.

Dès maintenant, voici la marche qui sera suivie :

1° Un décret nouveau va être immédiatement préparé pour le règlement de l'arriéré, dans les conditions de l'art. 64 actuel, avec, cependant, cette affirmation très nette dans le rapport au président de la République, que ce décret est *pris conformément à une entente établie avec* les syndicats médicaux.

2° Aussitôt ce décret paru, et dès que les travaux de la Commission concernant l'organisation de soins et de contrôle seront terminés, un addendum sera

fait à ce décret pour y faire entrer l'organisation de soins et de contrôle.

3° Quand ceci sera fait, le Ministre introduira, devant le Parlement une demande de modification de l'art. 64 permettant l'établissement des tarifs chirurgicaux et de spécialités.

Pour cette 3e partie, c'est-à-dire pour qu'un tarif chirurgical soit régulièrement établi et fixé par décret, on prévoit un délai qui atteindra la fin de septembre ou octobre.

Règlement de l'arriéré. — En ce qui concerne le règlement de l'arriéré, la Commission tripartite s'est mise d'accord sur les points suivants :

a) Respect des conventions établies avec les préfets, dans les départements ;

b) Là, où aucune convention n'a été établie, le payement aura lieu suivant le tarif nouveau, fixé par un décret qui paraîtra, lui-même, dans les premiers jours de juillet ;

c) Le tarif kilométrique, *pour le règlement de l'arriéré,* serait le tarif actuellement en vigueur en ce qui concerne l'Assistance médicale gratuite.

Il est bien entendu que cette dernière concession n'engage en rien l'avenir et qu'elle n'a été faite que pour permettre au Conseil d'Etat de prendre rapidement le décret permettant le payement de l'arriéré. Le tarif kilométrique en question ne jouera donc que *pour le payement de l'arriéré,* c'est-à-dire jusque dans les premiers jours de juillet. A partir de la publication du décret, un nouveau tarif kilométrique sera établi par entente entre les préfets et les délégations syndicales, dans les départements.

Le tarif de l'avenir, en ce qui concerne les visites et les consultations sera :

5 et 6 frs. pour les villes de 5.000 habitants et audessous.

7 et 8 frs. pour les villes de 5.000 à 100.000 habitants et les régions libérées.

8 et 10 frs. pour les villes de 100.000 habitants et au-dessus, et les banlieues des villes de 200.000 hab. avec, pour la banlieue de Paris, une liste des communes analogue à celle du tarif Breton.

Les petites interventions feront l'objet d'une nomenclature spéciale.

Telles sont les conclusions qui ressortent de la première réunion de la Commission Tripartite dont un compte-rendu plus complet vous sera d'ailleurs adressé.

Nous vous prions de bien vouloir nous dire, *par courrier*, quel est le taux du tarif kilométrique dans votre département :

1° En ce qui concerne l'Assistance médicale gratuite.

2° En ce qui concerne la clientèle ordinaire.

Nous vous prions d'agréer, mon cher confrère, l'expression de nos sentiments dévoués,

Les Secrétaires,
Dr Lafontaine, Dr Quivy.

P. S. — Il est bien entendu que la campagne continue jusqu'au moment précis où le Conseil de l'Union vous aura envoyé une note prescrivant de la cesser. Seule, une décision du Conseil de l'Union mettra fin à l'action actuellement engagée ; cette décision, *vous la connaîtrez par circulaire et c'est vous qui la communiquerez à vos syndiqués.*

La communication ne sera faite aux syndiqués par la voie de la grande presse, *que plus tard.*

SOU MÉDICAL

Extrait analytique des procès verbaux du Conseil d'Administration.

Admission. — Sous réserve de la publication statutaire, le Conseil prononce l'admission de MM. les docteurs :

4953 Mollin (Paul), à Port-à-Binson (Marne).
4954 Buslé, 260, rue Saint-Jacques, Paris.
4955 Machton, 22, avenue de la Grande Armée, Paris.
4956 Jean, Le Puy (Haute-Loire.)
4957 Carton, à Flixecourt (Somme).
4958 Véron, à Montbéliard (Doubs).
4959 Martial, à Fez (Maroc).
4960 Caraguel, à Fez (Maroc).
4961 Decrop, à Fez (Maroc).
4962 Batut, à Fez (Maroc).
4963 Brulé, à Fez (Macoc).
4964 Dekester, à Fez (Maroc).
4965 Dernoncourt, à Fez (Maroc).
4966 Lespinasse, à Fez (Maroc).
4967 Martin, à Fez (Maroc).
4968 Salle, à Fez (Maroc).
4969 Toulze, à Fez (Maroc).
4970 Chanard, à Quiberon (Morbihan).
4971 Armengaud, à Cauterets (Htes-Pyrénées).
4972 Filleul, à La Loupe (Eure-et-Loir).
4973 Goudet, à Nîmes (Gard).
4974 Decorse, à Lérignac-de-Seyches (Lot-et-Garonne).
4975 Delbecque, à Guiscard (Oise).
4976 Coulois, à Monthureux-sur-Saône (Vosges).
4977 Ricolfi, à Nice (Alpes-Mmes).
4978 Chabriat, à Djidjelli (Constantine).
4979 Pompéani, à Ajaccio (Corse).
4980 Vasserot, à Aiguilles en Queyras (Hautes-Alpes).
4981 Darier, 9, rue Buffault, à Paris.
4982 Leriche, à Joigny (Yonne).
4983 Courrech, à Montpezat-de-Quercy (Lot-et-Garonne).
4984 Bigeon, Les Pieux (Manche).
4985 Vidal, à Millau (Aveyron).
4986 Verdure, 222, rue Saint-Martin, Paris.
4987 Poirault, Les Essarts (Vendée).
4988 Barbare, à Creil (Oise).

LES ESCALDES

Station climatique Française à 1.400 mètres

ADMIRABLEMENT PROTEGEE

OUVERTE EN TOUTES SAISONS

Le brouillard y est inconnu, le panorama incomparable

Sources chaudes et froides dans l'Etablissement

S'adresser { Soit aux ESCALDES, par ANGOUSTRINE (Pyrénées-Orientales)
Soit au SANATORIUM DES PINS, à LAMOTTE-BEUVRON (Loir-et-Cher).

Médication Anti-Tuberculeuse

AZOTYL

en Ampoules

pour injections sous-cutanées ou intra-musculaires

et en **PILULES KÉRATINISÉES**

à base de

Lipoïdes biliaires et spléniques
Cholestérine, Goménol, Camphre



Fac-simile Grandeur nature d'une ampoule d'AZOTYL

LITTÉRATURE & ÉCHANTILLONS :

Laboratoires : 159, Avenue de Wagram, PARIS

USINE à LA GARENNE-COLOMBES

VITTEL

GRANDE SOURCE



Goutte - Gravelle - Rhumatismes goutteux

Régime des ARTHRITIQUES

SAISON DU 20 MAI AU 25 SEPTEMBRE

RECOUVREMENTS D'HONORAIRES MÉDICAUX

M. Louis AUDEBERT, Avocat, *Directeur du Contentieux de Syndicats Médicaux. Administrateur d'immeubles.*

5, rue des Saints-Pères, PARIS, Tél. Saxe 48-53.

Pour toute demande de renseignements écrire à Me Audebert, en joignant un timbre pour la réponse.

AVIS

Stations thermales
Stations d'altitude.

Nos lecteurs qui désirent voir leur nom figurer dans les listes que nous publions actuellement sont priés de nous en informer

Envois de fonds.

Pour l'envoi des abonnements et des cotisations aux filiales, nous rappelons que le moyen le plus pratique et le plus économique est le versement au compte de chèques postaux dont voici les nos :

Concours Médical, Paris, 167-95.

Sou Médical, Paris 182-31.

Mutualité Familiale Paris, 182-32.

Caisse des pensions de retraites du Corps médical français. Paris, 271-46.

Changements d'adresses

Nous rappelons à nos lecteurs que toute demande de changement d'adresse doit être accompagnée de 0 fr. 60 pour frais de réimpression de bande.

4989 PLANQUES, à Nîmes (Gard).
4990 BOUFFIER, à Noisy-le-sec (Seine).
4991 SIMIAM, à Pau (Basses-Pyrénées).
4992 ARÈNE, à Bagnols-sur-Cèze (Gard).
4993 ROSSIGNOL, à Mézières (Ardennes).
4994 GAUTIER, à Dreux (Eure-et-Loir).
4995 MARTIN, à Fourmies (Nord).
4996 COLLON, à Pézenas (Hérault).
4997 FRAGNAUD, à Néré (Ch.-Inf^re^).
4998 BRUS, à Couchez-de-Béarn (B.-P.)
4999 BENSKOWSKI, à Saint-Hippolyte du Fort (Gard).
5000 FAURE, à Nice (Alpes-Mmes).
5001 DEVERNOIX, à Clermont-Ferrand (P.-de-D)
5002 CORTADE, à Céret (P.-O.).
5003 COUBAUD, à Cholet (Maine-et-Loire).
5004 BÉCURRE, Le Châtelet-en Brie (S.-et-M.).
5005 TUSSAU, à Lyon (Rhône).
5006 RICHARD, à Chatel-sur-Moselle (Vosges).
5007 LEGRAND, à Barlin (Pas-de-Calais).
5008 SARDA, à Escouloubre les Bains (Aude).
5009 BOYER, à Nîmes (Gard).
5010 GIRARD, à Noirétable (Loire).
5011 MABILLE, 108, boulevard de Courcelles, Paris.
5012 LEDERMANN, à Sèvres (S.-et-O.).
5013 CAILLON, à Tunis.
5014 GUÉGAN, à Lorient (Morbihan).
5015 DESSEVRE, à Saint-Laurent les Mâcon (Ain).
5016 RIFF, à Épinal (Vosges).
5017 FABRESSE, à Baixas (P.-Oles).
5018 DEBÉDAT, à Bordeaux (Gironde).
5019 SAINTIVE, à Villeneuve-la-Guyard (Yonne).
5020 GUENOT, à Belfort (Territoire de Belfort).
5021 TARBOURIECH, à Tarascon (B.-du-R.).
5022 MIGUET, à Saint-Étienne (Loire).
5023 DUCRET, à Lunéville (M.-et-M.).
5024 MERCIER, à Montluçon, (Allier).
5025 SOURICE, à Saint-Florent le Vieil (M.-et-L.)
5026 THÉBAUT, à Mandres (S.-et-O.).
5027 KAHN, à Lunéville (M.-et-M.).
5028 NOEL, à Villeneuve-la-Guyard (Yonne).
5029 MILET, à Sarcelles (S.-et-O.).
5030 BORNAND, à Besançon (Doubs).
5031 TOISOT, à Besançon (Doubs).
5032 BEAU, à Arcis-sur-Aube (Aube).
5033 ZARTARIAN, à Romilly-sur-Seine (Aube).
5034 MAUCUER, à Bollène (Vaucluse).
5035 ROLLE, à Villenauxe (Aube).
5036 GUILLAUME, rue Rochechouart, 88, Paris.
5037 ÉVRARD, à Candé (Maine-et-Loire).
5038 CONTET, 24, rue de la Ville-l'Évêque, Paris.
5039 CHAFFAUT, à Vendeuvre (Aube).
5040 JEANBRAU, à Montpellier (Hérault).
5041 DALLET, à Autun (Saône-et-Loire).
5042 DELAUNAY, à Cozes (Ch.-Inf^re^).
5043 GORCIN, à Juliénas (Rhône).
5044 SIRC, à Béziers (Hérault).
5045 FOMBEURE, à Grenoble (Isère).
5046 CARTE, à Chantelle (Allier)
5047 HUTIN, à Épinal (Vosges).
5048 CASSAN, à Nîmes (Gard).
5049 VEYRIER, à Valréas (Vaucluse).
5050 LACOSTE, à Bagnères-de-Bigorre (Htes-P.).
5051 TRIAUD, à Nersac (Charente).
5052 GRENIER, à Villebois-Lavalette (Charente).
5053 DUVAU, à Mont Saint-Vincent (S.-et-L.).
5054 GUSTIN, 26, rue de Babylone, à Paris.

Accidents du travail. — Le Dr Q. (Aveyron) est traîné en appel d'un jugement de paix qui a condamné un patron à lui payer intégralement une note d'honoraires pour soins donnés à l'un de ses ouvriers, blessé dans son travail. Le juge de paix a estimé que le patron, ayant négligé de faire procéder, par un médecin de son choix, à la contre-visite prévue par la loi, ne pouvait contester à bon droit le traitement pratiqué et qu'une expertise ne serait pas probante, la guérison étant déjà ancienne.

L'appui pécuniaire est accordé au Dr Q. pour défendre à cet appel, et la participation du « Sou » dans les honoraires de l'avocat est limitée à 200 francs.

— Le Dr A. (Ardèche) demande l'appui pécuniaire pour poursuivre le recouvrement de plusieurs notes d'honoraires de soins donnés à des ouvriers d'un même patron, blessés du travail, dans la salle payante d'un hôpital. Une délibération de la Commission administrative, approuvée par le Préfet, autorise les médecins de l'hôpital à demander des honoraires. L'appui pécuniaire a été accordé antérieurement au Dr A. dans une affaire similaire. Mais le jugement n'a pas encore été rendu et il est nécessaire de citer sans retard pour éviter la prescription.

Le Conseil accorde l'appui pécuniaire demandé, en limitant à 100 fr. la participation du « Sou » dans les honoraires de l'avocat.

— Le Dr A. (Loire) est cité en 500 francs de dommages-intérêts par une entreprise qui s'assure elle-même, pour prétendue violation de correspondance. La Compagnie prétend faussement qu'il a ouvert une enveloppe portant l'adresse de son médecin, et qui contenait un bulletin d'avis d'accident.

Le Conseil accorde au Dr A. l'appui pécuniaire pour défendre à cette demande et former lui-même une demande en dommages-intérêts, les agissements de la Compagnie constituant une façon détournée de violer le libre choix du médecin par l'ouvrier blessé.

La participation du « Sou » dans les honoraires de l'avocat est limitée à 100 francs.

Responsabilité civile. — Le Dr S. (Seine) est assigné en paiement de 2.000 francs de dommages-intérêts par un ancien client qui lui reproche de l'avoir mal soigné pour une fracture de

jambe. Condamné par le juge de paix à payer les honoraires du Dr S., ce client avait fait appel et formé en appel une demande reconventionnelle dont il a été débouté en même temps que de l'appel principal. Il recommence maintenant le procès en responsabilité devant le Tribunal civil.

Le Conseil accorde au Dr S. l'appui pécuniaire dans les conditions prévues par les Statuts et Réglements du « Sou », en limitant à 200 fr. la participation du « Sou » dans les honoraires de l'avocat.

— Le Dr X. (Seine-et-Oise) est assigné en garantie par le propriétaire d'un chien, qui a lui-même été assigné en 25.000 francs de dommages-intérêts par les parents d'un enfant mort de la rage après avoir été mordu par le chien. Le médecin est mis en cause parce qu'il n'a pas prescrit l'envoi de l'enfant à l'Institut Pasteur ; le vétérinaire qui avait été chargé d'examiner le chien avait certifié qu'il n'était pas atteint de la rage.

Les faits étant antérieurs à l'admission au « Sou » du Dr X., l'appui moral lui est accordé, mais non l'appui pécuniaire.

— Le Dr Y. (Bouches-du-Rhône) est assigné en 100.000 francs de dommages-intérêts par le mari d'une cliente décédée sous le chloroforme au cours d'une réduction de luxation de l'épaule. Il est assuré à deux autres Compagnies, son adhésion au « Sou » se plaçant à une date intermédiaire entre celles des deux Polices.

Le Conseil admet le Dr Y, au bénéfice de la garantie du « Sou », dans les conditions statutaires, c'est-à-dire que cette garantie n'interviendra qu'après épuisement de celle du premier assureur.

Autos. — Le Conseil ordonnance le versement à l'agréé du Dr O. (Hérault), de la somme de 300 francs pour provision dans l'affaire pour laquelle l'appui pécuniaire lui a été accordé antérieurement, contre une maison d'automobiles qui n'a pas rempli ses engagements à son égard.

Honoraires de droit commun. — Le Conseil ordonnance le remboursement au Dr M. (Manche) de la somme de 98 fr. 90, qu'il a payée pour frais et honoraires de son avoué dans une affaire de recouvrement d'honoraires pour laquelle l'appui pécuniaire lui avait été accordé, et qui s'est terminée par un règlement amiable de ses honoraires.

— Le Dr L. (Lot) est menacé, par un client auquel il réclame ses honoraires, d'une demande en remboursement d'honoraires que ce client prétend avoir payés à un autre médecin qu'il aurait appelé pour donner des soins à sa femme,

Le Conseil est d'avis que le Dr L. poursuive ses anciens clients en paiement de sa propre note d'honoraires. Si une demande, basée sur une prétendue faute professionnelle, est formée contre lui, sous quelque forme que ce soit, par ses adversaires, l'appui pécuniaire et la garantie du «Sou» lui seront acquis dans les conditions statutaires.

Assistance médicale gratuite. — Le Dr G. (Vaucluse) a été victime des agissements d'une municipalité qui lui a notifié que le service de l'assistance médicale gratuite lui était retiré, alors que le règlement départemental ne lui donnait pas pouvoir à cet effet. Saisi par le médecin, le Préfet a reconnu, après enquête, qu'aucun grief ne pouvait lui être imputé.

Comme les faits sont antérieurs à l'adhésion du Dr G., l'appui moral seul lui est acquis pour former une demande en dommages-intérêts pour le préjudice matériel et moral qui lui a été causé.

VARIÉTÉS

Montaigne et la Circoncision.

Montaigne vit pratiquer la Circoncision à Rome au 16e siècle (XVIe siècle.)

Voici la description qu'il en donne :

« Le trentième jour de janvier, il fut voir la plus ancienne cérémonie de religion qui soit parmi les hommes, et la considéra fort attentivement et avec grande commodité : c'est la Circoncision des Juifs. Elle se fait aux maisons privées, en la chambre du logis de l'enfant la plus commode et la plus claire. Là où il fut, parce que le logis était incommode, la cérémonie se fit à l'entrée de la porte.

Ils donnent aux enfants un parrain et une marraine comme nous ; le père nomme l'enfant. Ils le circoncisent le huitième jour de la naissance. Le parrain s'asseoit sur une table, et met un oreiller sur son giron ; la marraine lui porte l'enfant et puis s'en va. L'enfant est enveloppé à nostre mode ; le parein le développe par le bas ; lors les assistants et celui qui doit faire l'opération commencent trestous à chanter, et accompagnent de chancons toute cette action qui dure un quart d'heure. Le ministre peut être autre que rabbi, et quiconque ce soit d'entre eux qui désire être appelé à cet office, parce qu'ils tiennent que c'est une grande bénédiction d'y être souvent employé ; voire, ils achètent d'y être conviés offrant qui un vestement, qui quelque autre commodité à l'enfant, et tiennent que celui qui en a circoncy jusqu'à un certain nombre qu'ils savent, estant mort, a ce privilège que les parties de la bouche ne sont jamais mangées des vers.

Sur la table où est assis ce parein, il y a quant et quant un grand apprêt de tous les outils qu'il

faut à cette opération. Outre cela, un homme tient en ses mains une fiole pleine de vin et un verre. Il y a aussi un brasier à terre, auquel brasier ce ministre chauffe premièrement ses meins, et puis trouvant cet enfant tout détroussé, comme le parein le tient sur son giron, la teste devers soy ; il lui prent son membre, et retire à soy la peau qui est au-dessus d'une main, poussant de l'autre la gland et le membre au dedans. Au bout de cette peau qu'il tient vers la dite gland, il met un instrument d'argent qui arrête là cette peau et empeche que, la tranchant, il ne vienne à offenser la gland et la chair. Après cela, d'un couteau il tranche cette peau, laquelle on enterre soudain dans de la terre qui est là dans un bassin parmi les autres apprêts de ce mystère. Après cela, le ministre vient à belles ongles à froisser encore quelque petite pellicule qui est sur cette gland, et la déchire à force, et la pousse en l'arrière, au-delà de cette gland.

Il semble qu'il y ait beaucoup d'effort en cela et de douleur ; toutefois ils n'y trouvent nul dangier, et la plaie est guérie en quatre ou cinq jours. Le cri de l'enfant est pareil aux nostres qu'on baptise.

Soudain que cette gland est ainsi descouverte, on offre hâtivement du vin au ministre qui en met un peu à la bouche, et s'en va ainsi sucer la gland de cet enfant, toute sanglante, et rend le sang qu'il en a retiré, et incontinant reprend autant de vin, et jusqu'à trois fois. Cela fait, on lui offre dans un petit cornet, d'une poudre rouge qu'ils disent estre du sang de dragon ; de quoi il sale et couvre toute cette plaie et enveloppe proprement le membre de l'enfant avec des linges taillés exprès. Cela fait, on lui donne un verre plein de vin, lequel vin, par quelques oraisons qu'il fait, ils disent qu'il bénit. Il en prend une gorgée, et puis y trempant le doigt, en porte par trois fois avec le doigt quelques gouttes à sucer dans la bouche de l'enfant ; et ce verre après, en ce même estat, on l'envoie à la mère et aux fames qui sont en quelque endroit du logis pour boire ce qui reste de vin. Outre cela, un tiers prend un instrument d'argent rond comme un esteuf, qui se tient à une longue queue, lequel instrument est percé de petits trous comme nos cassolettes, et le porte au nez premièrement du ministre, et puis de l'enfant, et puis du parein. Ils présageant que ce sont des odeurs pour fortifier et éclaircir les idées à la dévotion. Il a toujours cependant la bouche toute sanglante.

MONTAIGNE.

Pour copie conforme.

Dr Gabriel LAUZE.

Aimargues (Gard).

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations.

— **Congrès médical franco-polonais de Varsovie.** — Le Congrès médical franco-polonais, que les circonstances exceptionnelles ont empêché d'avoir lieu l'année dernière, se tiendra à Varsovie les 15, 16, 17, 18 et 19 septembre prochain. Il est dû à l'initiative de la Société médicale polono-française de Varsovie.

Le Congrès de Varsovie a pour but de mettre en contact personnel les médecins et savants français et le monde médical polonais, de faire connaître aux médecins français la Pologne, tant au point de vue de la nature du pays que de son histoire et de sa culture, de propager parmi les médecins polonais la science médicale française.

La partie scientifique du Congrès comprendra des conférences et des communications médicales des médecins français et polonais. Les congressistes visiteront les villes de Varsovie, Cracovie et Poznau (séjour de 48 h.) et les stations balnéaires et climatiques tellesque Zakopane, Krynica, Ciechocinek.

Le gouvernement polonais accorde aux congressites la gratuité de visa des passeports, il est probable que la gratuité de transport soit accordée sur les chemins de-fer polonais.

Etant donnée la crise du logement en Pologne, les confrères polonais offrent de loger les congressistes, des chambres d'hôtel seront réservées par les soins du comité du Congrès pour ceux qui en exprimeraient le désir.

Le prix approximatif du voyage en Pologne dont la durée totale sera de 14 jours sera de 600 fr. en 2e cl., de 800 en 1re, de 1.500 sleeping, aller et retour tous frais compris. Un service régulier d'avions fonctionne entre Paris et Varsovie, le prix d'un trajet est de 800 fr.

Les adhésions et communications ainsi que toutes les demandes de renseignements doivent être adressées jusqu'au 10 juillet au secrétaire général du comité médical franco-polonais, le Dr Hufnagel, 41, rue Poussin, Paris (16e).

— **Hôpital Boucicaut.** — Enseignement clinique, service de médecine : professeur F. Bezançon. Visite des salles tous les matins à 10 h. 30. Les visites des mardis et samedis seront consacrées aux salles de tuberculeux.

Tous les vendredis, à 10 h. 30, pendant les mois de juin et juillet, leçons anatomo-cliniques, par MM. les professeurs Letulle et Bezançon sur les cas intéressants du service, avec projections de microphotographies en couleurs, par M. Normand.

Les mercredis à la même heure, leçons sur l'asthme, l'emphysème, les scléroses pulmonaires et les bronchites chroniques, par MM. F. Bezançon et S.-I. de Jong ; sur le rôle pharmacodynamique de la caféine, de l'atropine, de l'adrénaline et des iodures, par M. Tiffeneau ; sur la chirurgie pulmonaire, par M. P. Mathieu.

Service de chirurgie : M. Dujarrier.

Le lundi à 10 h. 30, leçon sur un sujet chirurgical, par M. Dujarrier et M. P. Mathieu.

— **Hospice des Enfants-Malades.** — *Chaire d'hygiène et de clinique de la 1re enfance.* — Un cours d'hygiène et de clinique de la 1re enfance aura lieu à l'hospice des Enfants-Assistés, 74, rue Denfert-Rochereau, sous la direction de M. le professeur Marfan, avec le concours de MM. les docteurs Weil-Hallé et Henri Lemaire, médecins des hôpitaux, Blechmann, chef de clinique, Dorlencourt, chef de laboratoire, et Hallez, chef de clinique adjoint.

Il comprendra 36 leçons, des examens de malades et des travaux pratiques. Il commencera le lundi 25 juillet 1921 et sera terminé le 13 août.

Sont admis à ce cours les étudiants et médecins français et étrangers sur la présentation de la quittance de versement d'un droit de 150 francs. (S'inscrire au secrétariat de la Faculté, guichet n°3, jeudi et samedi, de 12 à 13 heures).

1. La vie infantile. Caractères de la 1re enfance. Mortalité du 1er âge (Prof. Marfan.)
2. L'exploration clinique dans le 1er âge (Weill-Hallé.)
3. La pathologie du nouveau-né (Blechmann.)
4. L'allaitement maternel. Sa nécessité. Sa direction pendant les 10 premiers jours. Gerçures du sein (H. Lemaire.)
5. Classification des troubles digestifs (Prof. Marfan.)
6. Direction générale de l'allaitement maternel. Ration alimentaire (H. Lemaire.)
7. Vomissements et constipation (H. Lemaire.)
8. Suralimentation dans la première enfance (Blechmann.)
9. Diarrhée des enfants au sein (Prof. Marfan.)
10. Diarrhée des enfants au lait de vache. Diarrhée des farineux (Hallez.)
11. Alimentation insuffisante pendant le 1er âge. Hypogalactie (Weill-Hallé.)
12 et 13. Syphilis héréditaire (Hallez.)
14. Diarrhée cholériforme (Dorlencourt.)
15 et 16. Rachitisme (Hallez.)
17. Allaitement mercenaire : syphilis et allaitement (Blechmann.)
18. Altération qualitative du lait de femme. Analyse du lait de femme (Dorlencourt.)
19. États de dénutrition et athrepsie (Dorlencourt.)
20. Allaitement artificiel. Lait de vache, de chèvre, d'ânesse. Microbes du lait (Dorlencourt.)
21. Principales affections cutanées (Hallez.)
22. Cardiopathies congénitales (Hallez.)
23. Stérilisation du lait. Maladie de Barlow (Hallez.)
24. Le sang et les anémies (Hallez.)
25. Séméiologie des dyspnées. Affection des premières voies (Dorlencourt.)
26 et 27. Broncho-pneumonie et complications (pleurésies purulentes, etc.) (Dorlencourt.)
28 et 29. Tuberculose du nourrisson. Adénopathie trachéo-bronchique (Blechmann.)
30. Sevrage et ablactation. Chlorose des nourrissons (Blechmann.)
31. Dilution, surage du lait, laits corrigés industriellement (Dorlencourt.)
32 et 33. Les réactions méningées et les méningites. Hydrocéphalie mongolieme, etc... (Blechmann.)
34. Affections diverses (muguet, parotidites, pyélo-cystites, etc.). Malformations (Blechmann.)
35. Convulsions, tétanie (Dorlencourt.)
36. Hygiène générale et protection de la 1re enfance (Blechmann.)

— **15e voyage aux Stations hydrominérales et climatiques du Centre (Septembre 1921).** — Le 15e voyage des célèbres V. E. M. créés par Landouzy et le Dr Carron de la Carrière, aura lieu du 4 au 15 septembre sous la direction scientifique du Pr Paul Carnot. Il aura lieu dans le Centre de la France, en Auvergne notamment, et comprendra la visite de Pougues, Saint-Honoré, Bourbon-Lancy, Bourbon-l'Archambaut, Vichy, Châtel-Guyon, Royat, Saint-Nectaire, Le Mont-Dore, La Bourboule, Evaux, Néris, La Motte-Beuvron. Une excursion éventuelle en autocars à travers les monts d'Auvergne est en préparation. Grâce aux subventions déjà consenties, le prix du voyage, qui serait d'à peu près 750 fr., a pu être ramené à 500 fr., il sera encore ramené à un chiffre inférieur, si de nouvelles subventions le permettent, auquel cas la différence sera restituée aux souscripteurs.

Les médecins et les étudiants peuvent s'inscrire dès à présent ; ils peuvent être accompagnés soit de leur femme, soit d'une de leurs filles.

Le nombre des places est limité ; des places sont réservées pour les médecins étrangers ; les confrères français et étrangers sont invités à s'inscrire d'urgence et à envoyer la souscription (500 fr.) à M. le Dr Gerst, trésorier du V. E. M., à l'Office national du tourisme, 17, rue de Surène.

Le Directeur-Gérant : **Dr GASSOT.**

Clermont (Oise). — Imprimerie DAIX et THIRON. THIRON et FRANJOU Successeurs.

plètement fourvoyés dans leur interprétation des réponses ministérielles.

Avant la loi du 25 juin 1920, bénéficiaient de la demi-taxe les voitures employées habituellement pour le service de l'agriculture ou d'une profession quelconque donnant lieu à l'application du droit de patente, sauf en ce qui concerne les professions libérales.

Mais, par exception à cette dernière disposition, elle-même exceptionnelle, les médecins, officiers de santé et vétérinaires étaient compris au nombre des bénéficiaires de la demi-taxe.

Survient la loi du 25 juin 1920, dont l'article 100 dispose que les voitures automobiles employées pour l'exercice d'une profession agricole ou patentée et les voitures automobiles publiques payeront seulement la moitié des droits visés au paragraphe *a* dudit article (droits prévus par la loi du 30 décembre 1916, majorés de 50 pour 100), la taxe supplémentaire de circulation leur étant appliquée intégralement.

Aucune exception n'étant faite au préjudice des patentés des professions libérales, la loi fut interprétée, même par certains agents du fisc, en ce sens que tous ces patentés devaient à l'avenir bénéficier de la demi-taxe.

Mais l'administration supérieure l'entendit sans doute autrement et donna des instructions pour imposer intégralement les officiers ministériels et les avocats. Nous n'avions jamais entendu dire jusqu'ici que pareille décision eût été prise contre les médecins.

En effet, il résulte de nombreuses réponses ministérielles faites par la voie du *Journal Officiel* à des Députés ou Sénateurs, et notamment de la réponse 8939 publiée au *Journal Officiel* du 8 juin dernier, faite à M. Ouvré, député, par le ministre des Finances, que :

« L'administration se basant sur les travaux préparatoires de la loi du 25 juin 1920, estime que, parmi les patentables des professions libérales, peuvent seuls bénéficier de la demi-taxe ceux qui en profitaient sous l'ancienne réglementation, laquelle excluait les notaires. Il ne serait d'ailleurs pas rationnel d'accorder le tarif réduit aux contribuables de cette catégorie qui font usage de l'automobile, alors que la taxe entière devrait être appliquée s'ils se servaient du cheval et de la voiture. Au surplus la Cour de Cassation, qui est saisie, donnera à cette question une solution définitive. »

La réponse n° 8940, faite par le même ministre à M. Périnard, député, et qui vient immédiatement après celle n° 8939 au *Journal Officiel*, est dans le même sens, et ajoute qu'en attendant que l'arrêt soit rendu, les instructions antérieurement données au service des contributions indirectes doivent continuer à recevoir leur application. La question de M. Périnard précisait que les Tribunaux de Rochefort et de Montluçon, par

jugement en date du 9 février 1921, avaient décidé que la demi-taxe seule était applicable.

Mais il est de toute évidence, quelle que soit la solution de cette controverse, qu'elle doit être sans intérêt pour les médecins. La réponse faite à M. Ouvré le prouve surabondamment, puisque le ministre reconnaît que peuvent bénéficier de la demi-taxe ceux qui en profitaient sous l'ancienne règlementation, c'est -à-dire les médecins.

Le dernier argument de la même réponse est encore en leur faveur, puisqu'ils continuent à bénéficier de la demi-taxe pour leur cheval et leur voiture hippomobile, la législation n'ayant pas été modifiée sur ce point.

Nous concluons que les agents du ministre des Finances de votre région ont fait preuve de trop de zèle, ou de trop peu de perspicacité et que vous avez tout à fait raison de résister à leur interprétation erronée des instructions de leur chef, vous pouvez faire opposition à la contrainte, qui vous sera ou vous a été signifiée. Mais l'opposition ne paralyse pas le recouvrement, et vous devrez quand même payer si les agents du fisc l'exigent. L'opposition est portée devant le Tribunal civil, et est formée avec assignation, par ministère d'huissier, devant ce Tribunal.

J. D.

Mutualité Familiale.

Je fais, depuis un certain nombre d'années, partie de la Mutualité Familiale, mais je voudrais bien y faire entrer ma femme qui a 27 ans pour lui assurer les avantages qu'elle offre à ses adhérents.

A quelle combinaison me conseillez-vous de la faire inscrire ? Quelle serait la plus avantageuse pour elle. Je m'en rapporte absolument à vous.

Dr D.

Réponse.

Vous pouvez :

1° Faire inscrire Mme D. à la Combinaison P qui lui donnera la pension de retraite à 60 ans. Pour 1200 fr. de retraite, vous aurez à verser annuellement 191 fr. 10 (cotisation simple) ou 238 fr. 45 (cotisation contre-assurée).

2° Ou bien la faire inscrire à la combinaison R qui lui donnera la pension à 65 ans. Pour la même somme de 1200 fr. vous aurez à verser 106 fr. 80 (cotisation simple) ou 146 fr. 05 (cotisation contre-assurée).

3° Vous pouvez encore l'inscrire aux deux combinaisons P et R qui sont indépendantes et lui donneront l'une la pension à 60 ans, l'autre la pension à 65 ans, de telle sorte qu'elle aurait 1200 fr. à 60 ans et 2400 fr. à 65 ans. Vous n'auriez qu'à additionner les deux cotisations.

Si vous preniez seulement 600 fr. de pension à chacune des deux combinaisons, Mme D. aurait 600 fr. de pension à 60 ans et 600 fr. à 65 ans. Vous diminueriez de moitié les chiffres indiqués pour les cotisations.

4º Enfin, vous pouvez vous-même entrer à V qui assurerait à Mme D, au lendemain de votre décès, si vous veniez à mourir, une pension annuelle et viagère de 600 francs.

Comme vous avez vous-même 32 ans, vous auriez à verser annuellement 219 fr. 40.

Ainsi documenté, vous pouvez choisir la solution qui vous conviendra le mieux.

A. G.

NOTES DE PRATIQUE CHIRURGICALE

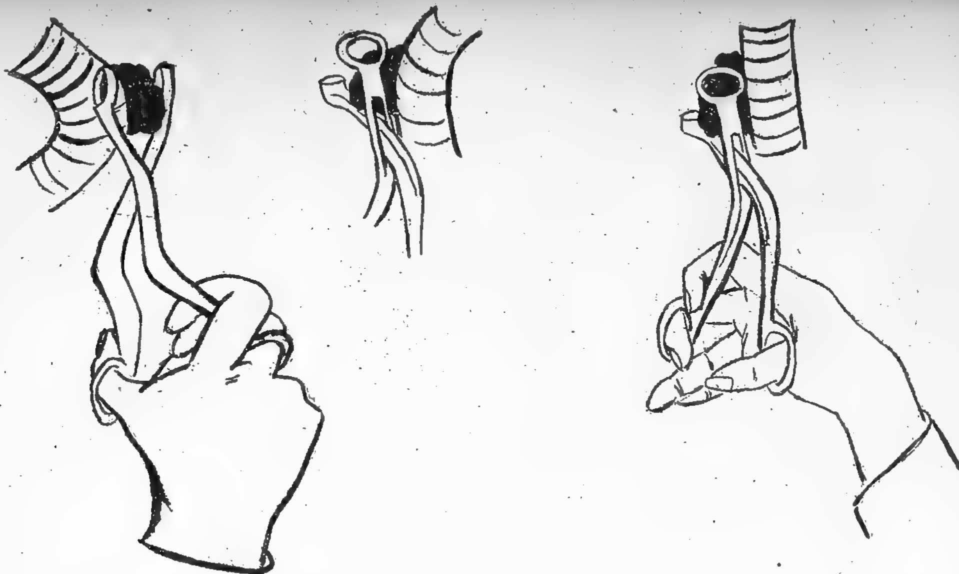
Considérations générales sur l'amygdalectomie et certains accidents opératoires,

Par le Dr Ed. Crouzel,
Le Buisson (Dordogne).

L'accident rélaté par la presse médicale, sous le titre : *Les artères carotides et les hémorragies cataclysmiques de l'amygdalectomie totale*, appelle quelques commentaires techniques. Il est explicable par l'orientation *horizontale* de la pince de Ruault. Cette orientation *vicieuse* de l'instrument peut provoquer, en effet, la section de la carotide interne, par le morcellement de la partie basse de l'amygdale, ou la section de la carotide externe, par le morcellement de la partie haute de cet organe lymphoïde. Toutes les fois que les amygdales hypertrophiées ne sont pas nettement enchatonnées, il est indiqué de se servir de la pince de Ruault : le morcellement est rapide et facile, avec hémorragie réduite au minimum, pour les raisons bien connues et qu'il est inutile de rappeler ici, surtout, l'*amygdalotrypsie*. Dans tous les cas, les branches terminées par le mors de l'instrument doivent, lorsqu'elles sont en action, s'ouvrir *verticalement*, c'est-à-dire dans le sens de la direction de l'artère carotide. Celle-ci ne peut, ainsi, être prise par les mors ; le contraire peut survenir dans le cas où les branches de la pince s'ouvriraient dans le sens horizontal.

La section de la *luette* pourrait aussi, dans le cours de morcellement des amygdales, résulter de l'ouverture horizontale de la pince de Ruault, par suite d'un mouvement du patient ou de l'obscurcissement, par le sang, du champ opératoire.

On pourrait, je crois, poser comme règle générale que dans l'amygdale hypertrophiée, c'est-à-dire, malade, on doit supprimer ce qui est *inutile* et *dangereux*, c'est-à-dire la partie *exubérante*, et conserver et respecter ce qui est inoffensif et sans doute *utile* (sécrétion interne). En un mot,



l'extirpation doit se faire, pour ainsi dire *en surface*, la base d'implantation étant respectée. Le volume total de cet organe lymphoïde est ainsi ramené à la normale. Le tissu cicatriciel, qui se constitue, tapisse la partie restante de la glande et protège celle-ci contre les germes infectieux et réduit au minimum la possibilité des poussées inflammatoires proprement dites.



DOCUMENTS OFFICIELS

A L'OFFICIEL

Ministère des pensions, primes et allocations de guerre.

Tarif kilométrique des soins aux pensionnés

L'arrêté interministériel du 6 juin (1) fixant le tarif des indemnités de déplacement auxquelles peuvent avoir droit les médecins appelés à donner des soins à domicile aux bénéficiaires de l'article 64 de la loi du 31 mars 1919 est complété comme suit :

....

2° Pour les déplacements par tous autres moyens, le tarif par kilomètre effectivement parcouru est le suivant :

1 fr. dans le département ci-après : Tarn.

1 fr. 50 dans les départements ci-après : Allier et Morbihan.

Paris, le 27 juin 1921.

(*J. O.*, 28 juin 1921).

(1) Voir notre N° du 12 juin, page 1719.

Ministère de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales.

Par arrêté en date du 18 juin 1921, un concours est ouvert le 29 juillet 1921 à l'hospice national des Quinze-Vingts pour la nomination de quatre aides titulaires et de quatre aides provisoires de clinique audit établissement.

REPORTAGE PROFESSIONNEL

— **Ligue d'hygiène mentale.** — La séance solennelle de la *Ligue d'hygiène mentale* a eu lieu le 1er juin dernier à la Sorbone, à l'amphithéâtre Richelieu.

M. Desmars, directeur de l'Assistance et de l'hygiène publiques, représentant le ministre empêché, a, dans un langage qui a conquis l'assemblée, présenté la Ligue au public et l'a assurée de la sympathie du gouvernement.

Le Dr Toulouse, président de la Ligue, a fait une causerie, lue par M. Charles Boyer, du théâtre Antoine, sur la *folie maladie curable et évitable et l'hygiène mentale.* Les arguments, les chiffres, les suggestions, ont paru faire sur l'auditoire une vive impression.

M. Justin Godart, ancien sous-secrétaire d'Etat du service de santé, président d'honneur de la Ligue, a éloquemment défendu le droit à

l'assistance pour les psychopathes libres et s'est engagé à déposer une proposition de loi dans ce sens.

M. le professeur Jean Lépine, doyen de la Faculté de médecine de Lyon, a demandé la création de dispensaires pour psychopathes.

Le Dr Williams, directeur de la fondation Rockfeller en France, a montré que les Etats-Unis, en appliquant souvent des idées et des travaux scientifiques français, développaient largement la prophylaxie des troubles mentaux avec les méthodes employées contre la tuberculose.

Enfin, Madame Jane Misme, directrice de *La Française*, a adressé un appel aux femmes.

Une partie artistique a terminé la réunion : M. Gémier, directeur du théâtre Antoine, qui a joué d'une manière saisissante un conte d'Edgar Poë, Mme Moreno, de la Comédie-Française, Mlle Mary Marquet, du théâtre Antoine, et M. Pierre Blanchard, de l'Odéon.

Nous sommes heureux de saluer le succès de cette première manifestation de la *Ligue d'hygiène mentale* avec le grand public. Il s'agit d'une œuvre de grand avenir ; car le progrès social est lié au psychisme des individus, qu'on doit sauvegarder par l'hygiène mentale individuelle, et le traitement précoce des psychopathes légers ou graves ; et aussi par la sélection psycho-physiologique des écoliers et des travailleurs.

La cotisation de membre actif de la *Ligue d'hygiène mentale* est de *dix francs* par an. Envoyer les demandes d'adhésion au Dr Genil Perrin, secrétaire de la Ligue, avenue de la Bourdonnais, 99, Paris, 7e arrt. (Tél. Saxe 39-II).

— Par arrêté du 8 juin 1921, M. Sachet, conseiller à la Cour de cassation est nommé membre de la commission du tarif des frais médicaux et pharmaceutiques en matière d'accidents du travail, en remplacement de M. Bédorez, démissionnaire.

— **Les médecins Toulousains à Paris.** — Les docteurs Larcher, Bory, Mont-Refet, Ducor, Millias, Malleterre, Bourguet, Malzac, Caujolle, Baudon, Delherm, Groc, Alberge, Thomas, Nigoul-Foussal, Labougle, Nontagné et Dozan assistaient, samedi dernier, 11 juin, au restaurant St-Michel, au 7e banquet mensuel de l'Association des médecins toulousains à Paris. S'étaient excusés les docteurs Armengaud, Verdier, Emonet, Cany, Fourcade, Clavel, Dartigues, Cassan et Duraud. Comme à l'accoutumée, la gaité la plus franche n'a cessé de régner parmi les convives de plus en plus ravis de resserrer chaque mois davantage les liens de bonne confraternité noués à Toulouse au cours de communes études dans la même faculté.


MARQUE DE FABRIQUE
BB
SCIENCE
PROGRÈS

Fondé en 1879 par Auguste CÉZILLY
Rédigé et dirigé par H. JEANNE (1900-1914),

LE CONCOURS MÉDICAL

ORGANE HEBDOMADAIRE DES PRATICIENS
Groupés dans la Société « Le CONCOURS MÉDICAL » et ses Filiales

ADMINISTRATION & PUBLICITÉ

G. BOULANGER, ADMINISTRATEUR

ABONNEMENTS :

France	24 fr.
Étranger	28 »
Étudiants (*France*)	12 »
Le numéro	50 cent.

Chèques Postaux Paris 167-95

DIRECTION

MM. les Drs A. GASSOT, *Directeur*; A. MAURAT ; H. CEZILLY ; J. NOIR ; P. BOUDIN docteur en droit ; M. VIMONT ; G. DUCHESNE.

MM. P. CEZILLY, J. DUMESNY, licenciés en droit ; C. BOULANGER.

RÉDACTION

Dr J. NOIR, RÉDACTEUR EN CHEF

Drs P. LACROIX et G. DUCHESNE SECRÉTAIRES DE LA RÉDACTION

N.-B. — Les manuscrits publiés ou non, ne sont pas rendus.

Rédaction et Administration : 132, rue du Faubourg St-Denis, PARIS (10e). Téléphone : Nord 48-17

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

Office de Renseignements du « Concours »

Membres du Concours exerçant dans les Stations Thermales.

NOTA. — Nous rappelons à nos abonnés qu'il est nécessaire de nous informer chaque année de leur désir de voir figurer leur nom sur ces listes.

MM. les Docteurs :

Aix-les-Bains. Bertier, Blondel, L. Coutaz, Dardel, Duvernay, Forestier, Goddard, Kent-Gazet, Leleng.
Allevard-les-Bains, Boël.
Ax-les-Thermes (Ariège) Dresch, Gomma.
Bagnères-de-Bigorre. F. Duprat (Enfants).
Bagnoles-de-l'Orne. J. Arnaud, Joly, Pesnel, Poulain.
Bains-les-Bains, Dr M. Henry.
Barèges. Robine.
Besançon La Mouillière. Mme Jeanne Bon.
Biarritz. Clavel, Lacour.
Bourbon-Lancy, Bellœuf, Compin.
Bourbon-L'Archambault Mansillon.
Bourbonne-les-Bains. Gay, Testevuide.
Brides-les-Bains et **Salins-Moutiers.** Mathieu, Laissus fils.
Cambo-les-Bains, Colbert. — Hamant.
Capvern. Pomarède, Pouy.
Cauterets. Anglade, Armengaud, Got.
Châtel-Guyon. Baumann, Bayrac, Conchon, Foucaud, Gachlinger, Kolbé, Levadoux, Mazeran, Ribérolles, Saint-René-Bonnet.
Contrexéville. J. Thiéry.
Divonne-les-Bains. Ballivet.
Eaux-Bonnes. Bajac.
Enghien-les-Bains. Beyrand.
Escouloubre-les-Bains. Dr Sarda.
Evaux-les-Bains. J. Gruzu, Lepage.
Evian, L. Dalard. Lévy-Darras.
Forges-les-Eaux. Bernardicou
Gréoux (Basses-Alpes). Rigal.
Hendaye. Th. Casenave.
La Bourboule. Christin, Verdalle.
La Motte-les-Bains. De Langenhagen.
Lamalou-les-Bains. Belugou, Cauvy.
La Roche-Posay-les-Bains. Bardet, Guyot.
Luchon, Cazal, Dutech, Gamelsy, Germès, Molinéry (ne fait que la physiothérapie), Pelon, Salles, Sammuller.
Luxeuil-les-Bains. Bornèque, Cugnier, Gauthier, Picot, Pierrhugues, Rimey.
Martigny. Dedet. Payen.
Mont-Dore. J. Andre, Béal, Débidour, Dubruel, Levadoux.
Néris. Ducros.
Palavas-les-Flots. Gelly.
Plombières-les-Bains. Bernard. Gillot. Hagen, de Langenhagen, Truelle.
Pougues-les-Eaux. Hyvert.
Royat. Chassagnard. Mougeot.
Salins-les-Bains. Bourny, Baud.
Salins-Moutiers. Gonthier.
Salies-de-Salat. Barbé.
Saint-Didier, (Vau.) Masquin.
Saint-Gervais-les-Bains. Alphonsi. Baradat. C. Bleicher, E. Mallein, Musso, Roux.
St-Honoré-les-Bains. Comoy Comte. Odin. Ségard.
St-Nectaire. Serane, Siguret, Versepuy.
St-Sauveur. Sabail.
Salies-de-Béarn. Callais, Coustère. David Reynaud
Sermaize-les-Bains. Rousselot, Ramonet.
Thonon-les-Bains. Vuillaume.
Ussat (Ariège). Pujol.
Vals-les-Bains, Chabannes, David.
Vichy, Cahen, Castera, Chevreux, Cotar, Desmaroux, Gannat, Guinard, Reynes, Ed. Vidal.
Vittel, Constant, Mousseaux.

DON. — Nous avons reçu à titre de don à la Société civile du *Concours médical*, de M. le docteur DEVILLIERS, de Dourdan (S.-et-O.), la somme de vingt francs pour bons offices du journal.

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum, aux* « demandes et offres ».
Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne, qui est versé dans la caisse de la Société civile du Concours Médical). *Adresser un mandat ou mieux verser au compte de chèques postaux*, CONCOURS MÉDICAL, *Paris 167-95.*

Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse.**

N° 356. — A vendre 2 pneus et 1 chamb. 550×65 Michelin neufs, 1 lisse et 1 ferré, 180 fr., contre remboursement port dû. Dr Pagès, La Poôté (Mayenne).

N° 357. — A vendre, cause double emploi, voiturette Zèbre type C. 1916, 4 cylindres, 2 places, 5 roues métalliques amovibles. entièrement revisée, pneus neufs antidérapants, accessoires complets. 7.000 fr. Dr Lagarde, à Sablé (Sarthe).

N° 358. — Zèbre 4 cyl. 6 H,état de neuf, 7.500 fr. Dr Bedin, Dammartin-en-Goële (S.-et-M.).

N° 359. — Dame en villégiature campagne recevrait dame seule ayant besoin repos. Prix modérés.

N° 360. — Médecin disposant quelques heures par jour demande occupations médicales ou para-médicale (voies urinaires).

N° 361. — Poste 30.000 dont 9.000 fixes conditionsà débattre. Dr Berger à Fontoy (Moselle).

N° 362. — Corre Licorne 1914, 9-12 HP, torpedo, 4 places, peu roulé pendant guerre, carrosserie, moteur parfait état. accessoires. Absolument prête à rouler. Vendue de confiance 8.700 fr. Dr Le Coz, Saint-Sauveur-Lendelin (Manche).

N° 363. — Seine-et-Oise. Poste seul médecin, faisant pharmacie, rapport 30.000 fr. facile à augmenter, communication rapide avec Paris, s'adresser Breite et Goret, 1 rue Dante, Paris.

N° 364. — Région Est. Poste rapportant 30.000 fr. gros fixes. Seul médecin, pas de frais de locomotion. S'adresser Breitel et Goret, 1 rue Dante. Paris.

CORRESPONDANCE

Mutualité Familiale.

Membre du *Concours* de 1890 à ce jour, je vous serais très reconnaissant de bien vouloir me dire à quelles combinaisons de la MF j'aurais encore droit de par mon âge de 49 ans. J'ai eu une belle situation avant la guerre. Je suis devenu veuf avec 2 enfants et j'ai beaucoup perdu avec les valeurs russes et autres. Aujourd'hui, remarié, avec 2 nouveaux enfants, une santé excellente, je refais ma situation grâce à ma clientèle retrouvée : moi travaillant, cela marche ; mais que je tombe malade, ce sera la misère. Que dois-je faire ?

Réponse.

Souscrire à MA pour vous garantir 10 fr. par jour pendant 2 mois, et 100 fr. par mois ensuite en cas de maladie.

Souscrire à R pour vous assurer 1200 fr. de retraite à 65 ans au jour où cessera l'effet de MA.

Si vous le pouvez, souscrire à P, qui vous donnera 1200 fr. de pension à 60 ans, cumulant à 65 ans avec celle de R, et vous assurant 2.400 fr., à l'heure où l'âge réduira votre activité professionnelle.

Enfin j'attire votre attention sur la combinaison V. assurant 600 fr. de pension à votre veuve et vos enfants en cas de décès prématuré.

Notez que vous pouvez contre-assurer vos primes de P et de R.

Quel dommage que vous soyez trop âgé pour adhérer à MAD qui donne l'indemnité mafadie de 20 fr. par jour !

Le remboursement aux blessés du travail des frais de déplacement.

Je viens de lire avec intérêt votre article du *Concours médical* du 26 juin au sujet du remboursement aux blessés des frais de déplacement. Au nom du syndicat des chirurgiens d'urgence, je vous remercie de faire connaître à tous les lecteurs du *Concours* l'heureuse décision de la commission ministérielle votée à sa séance du 27 mai 1921. Ainsi grâce à l'énergique collaboration de l'Union des syndicats médicaux, des délégués médicaux à la Commission, en particulier des docteurs Quivy et Decourt toujours si dévoués à défendre les intérêts de la profession et le « libre choix », et de M. Quillent, secrétaire du Conseil judiciaire de la Confédération générale du travail, l'œuvre d'épuration commencée par notre syndicat pourra se poursuivre et porter tous ses fruits. Je tiens à vous faire savoir que, bien avant la décision de la commission, le syndicat des chirurgiens d'urgence s'est porté partie civile dans une instruction ouverte, à son instigation, d'accord avec l'Union des syndicats médicaux, contre des médecins donneurs de ristournes et dont nous attendons le résultat avec confiance. Veuillez, si possible, en informer les lecteurs du *Concours*.

Croyez, mon cher Confrère, à l'assurance de mes meilleurs sentiments confraternellement dévoués.

Dr Desgranges
Secrétaire adjoint du syndicat des chirurgiens d'urgence

Recouvrement d'honoraires.

Le 16 juin 1920, j'ai envoyé à une Cie d'assurances une note de 101 fr. 50.

Les 18 novembre suivant et le 11 janvier, j'ai réclamé ma note et pas de réponse.

Le 4 mai dernier, lettre recommandée et toujours pas de réponse.

Notez que j'ai assuré mon domestique contre les accidents à cette Cie, et que j'ai payé une prime en octobre dernier.

Que dois-je faire pour me faire payer ?

Puis-je refuser de payer la prochaine prime si je ne suis pas désintéressé à l'époque où la traite me sera présentée ?

Que dois-je faire pour résilier mon assurance si je ne suis pas payé ?

Dr X.

Réponse.

Vous ne nous dites pas en quoi consiste la note d'honoraires envoyée à la Cie d'assurances et que celle-ci ne vous a pas payée. Si, comme nous le pensons, il s'agit d'honoraires pour soins donnés à un blessé du travail enployé chez un assuré de cette Compagnie, ce n'est pas cette dernière qui est votre débitrice, mais le patron du blessé et c'était à ce patron, et non à la Compagnie, avec laquelle vous n'avez pas de lien de droit pour cette affaire, que vous deviez envoyer votre note.

Vous ne pourriez donc, sous prétexte que cette note n'est pas payée, ne pas payer vous-même, à son échéance, votre prime d'assurance à la même compagnie, car elle n'est pas votre débitrice, et la compensation ne pourrait s'établir entre les deux créances.

Si vous voulez, vu les agissements de la Cie, résilier votre propre police d'assurances, il y a lieu de le faire dans les formes et délais, qui sont la loi des parties, et qui sont indiqués dans la Police elle-même.

Pour vous faire payer de la note accidents, s'il s'agit d'un accident du travail garanti par la loi de 1898, il faudrait citer le patron devant le juge de paix du lieu de l'accident.

Accident du travail contesté.

Je serai reconnaissant au *Concours*, dont je suis un fidèle, de bien vouloir me donner la marche à suivre pour me faire régler une note d'honoraires pour accident du travail, dans les conditions suivantes :

Un directeur d'usine se fracture la jambe (fracture de Dupuytren) en allant dans un bois pour contrôler une coupe.

Je fais les certificats d'origine en règle. Soins, appareil, certificat de consolidation, etc.

L'assurance refuse de payer ma note parce que en contradiction avec l'accidenté, imputant l'accident à une partie de chasse ?

Dois-je ignorer ces détails entre assureur et accidenté ?

Pendant tout le traitement qui a duré 4 mois, personne ne s'est occupé de l'accidenté, aucune enquête absolument rien !!!!!!!!

Réponse.

Puisqu'il y a contestation sur l'origine de l'accident, vous n'avez qu'à poursuivre le directeur auquel vous avez donné vos soins, et qui est en tout état de cause votre premier débiteur. Il se retournera contre son patron s'il estime que celui-ci est responsable à son égard.

S'il a été fait une déclaration d'accident en conformité de la loi de 1898, vous pourriez citer solidairement patron et directeur devant le juge

de paix du lieu de l'accident, qui aurait à les départager.

S'il n'a été fait aucune déclaration, le mieux serait de citer le blessé seul, mais alors, devant le juge de paix de son domicile. C'est d'ailleurs peut être le même juge de paix. Dans ce cas, la procédure devrait être faite conformément au droit commun, c'est-à-dire sur papier timbré.

Indemnité des témoins en justice.

Abonné du *Concours Médical* et du « Sou », je vous serais reconnaissant de me dire ce que je dois réclamer et à qui dois-je réclamer le montant de mes honoraires pour la convocation au cabinet du juge d'instruction comme témoin dans une affaire d'avortement ; 2° à une distance de 28 kilomètres.

D[r] T.

Réponse.

Aux termes de l'article 38 du décret du 5 octobre 1920, les témoins appelés à déposer, soit à l'instruction, soit devant les cours et tribunaux statuant en matière criminelle, correctionnelle ou de simple police, reçoivent une indemnité de : 8 fr., à Paris ; 6 fr., dans les villes où siège un tribunal de 1re classe ; 4 fr., dans les autres localités.

C'est ce dernier cas qui vous est applicable.

Lorsque le témoin est obligé de se transporter à plus de 4 kilomètres, il a droit en outre à une indemnité de :

15 centimes par kilomètre parcouru, tant à l'aller qu'au retour, si le voyage s'est effectué ou pouvait s'effectuer en chemin de fer ;

au prix du voyage, d'après le tarif du service, si ce voyage s'est effectué ou pouvait s'effectuer par un service de transport en commun ;

à 60 centimes par kilomètre parcouru, tant à l'aller qu'au retour, si le voyage ne pouvait s'effectuer par l'un des deux moyens ci-dessus.

Pour chaque journée de séjour forcé hors de leur résidence, il est alloué aux témoins :

A Paris, 10 fr. ; dans les villes où siège un tribunal de 1re classe, 8 fr. ; dans les autres localités, 6 fr.

Les témoins doivent requérir les indemnités auxquelles ils ont droit, en s'adressant au tribunal ou au magistrat par lequel ils ont été entendus. La question leur est d'ailleurs généralement posée après leur audition.

Les indemnités sont avancées aux témoins, soit par le Trésor, soit par les accusés ou parties civiles qui les ont appelés en témoignage.

Lorsqu'il s'agit d'experts entendus à raison de la mission qui leur a été confiée, l'indemnité allouée est de 20 fr., outre les frais de transport et de séjour des experts, qui sont différents de ceux des témoins (voir Agenda-Memento du Praticien de 1921, page 183).

(Voir la suite page XXIX-2061)

PROPOS DU JOUR

Pauvres médecins !

Nous lisons dans le compte-rendu de la séance du 30 juin du *Groupe médical parlementaire* à propos de l'examen du rapport FABRY, sur le recrutement de l'armée, en ce qui touche le corps médical, le passage suivant :

« Seul, l'article 81 a soulevé l'unanime opposition du groupe médical. Cet article prévoit *une peine d'emprisonnement de* 2 *mois à* 2 *ans pour les médecins civils et militaires qui, appelés à siéger dans les conseils de revision ou les commissions médicales, accepteraient des dons, promesses de dons, etc.*

Cet article paraît d'autant plus injurieux pour le corps médical *qu'il y est seul visé.*, et que son rôle dans les conseils ou commissions est purement consultatif, etc. »

Nous remercions M. le Dr Gilbert Laurent et nos confrères du Parlement d'avoir relevé cette insulte gratuite au corps médical.

Vraiment M. Fabry a la mémoire courte ; ne dirait-on pas que, durant la guerre, c'est au service de santé que revient la responsabilité de la multiplication des embusqués ? Est-ce le médecin qui a transformé les millionnaires en chauffeurs d'automobile ? Est-ce lui qui a rempli les ateliers et les usines de guerre d'ouvriers ou prétendus tels qui, à la suite d'un apprentissage hâtif et sommaire, ont découvert le filon qu'ils s'efforcèrent de ne pas lâcher durant tout le cours des hostilités ?

Nos parlementaires deviennent soupçonneux, car ils savent bien par expérience comment et où s'écoulent les pots de vins. Nous ne les blâmons pas de prévoir les abus, mais pourquoi s'en prennent-ils au seul médecin ? Il y a eu il est vrai, vers 1915, deux ou trois médecins condamnés, pour faits de ce genre, mais ces gens-là n'avaient guère de médecin que le nom. L'un était lancé à fond depuis des années dans le monde de la politique et des affaires ; l'autre qui le secondait, portait à la boutonnière un ruban rouge, assez récemment octroyé pour les services qu'il avait rendus au monde de la politique. Le troisième, un malheureux, chargé de famille chassé de son pays par l'ennemi et réfugié à Paris, avait été exploité par le premier qui, sous prétexte de le secourir, en avait fait son complice.

Nous nous rappelons la visite que nous fit ce malheureux qui cherchait à nous intéresser à son sort. Il nous conta comment il avait été engagé dans le service du politicien qui savait si bien, moyennant finances, faire réformer ses pseudo-malades. Et comme nous lui reprochions ce que nous appelions sa naïveté : « Vous auriez fait de même, nous répondait-il. Comment, moi, arrivé la veille de la campagne, ne m'en serais-je pas laissé imposer par un monsieur qui devant moi faisait visiter son service à des ministres, à de hauts fonctionnaires, des généraux et des dames des plus huppées de l'aristocratie et causait avec eux le plus familièrement du monde ? »

Ces tares inévitables existent dans toutes les professions et on ne saurait jamais en rendre ces dernières responsables.

Les trente deniers d'Iscarioth n'ont pas déshonoré les disciples du Christ et la trahison d'un Bazaine n'a porté aucun préjudice à la réputation de nos généraux.

Si, à notre tour, nous relevons l'insulte de l'article 81 du prochain projet de loi militaire, c'est parce que l'on s'efforce de rendre le médecin, civil ou militaire, seul responsable des méfaits des conseils de révision. On aurait pu, avec plus d'à-propos, y dénommer tous les membres de ces conseils, M. le Préfet, représentant du gouvernement, en tête ! Nos confrères qui, au cours de la guerre, ont pris part aux travaux des conseils de revision, savent à quelle pression ils devaient résister pour remplir leur mission en conscience, et notre pauvre ami Tourtourat, le regretté secrétaire général du Syndicat des médecins de la Seine, nous a conté quelques anecdotes dont il fut le héros et la victime qui prouvent bien que ce n'était pas alors dans le corps médical qu'il fallait chercher normalement l'organisation des embuscades.

J. NOIR.

Au sujet de l'internat obligatoire.

Nous avons reçu d'un de nos confrères de province, le Dr Galand, la lettre suivante qui indique bien de quelle utilité serait pour le

praticien et *surtout pour le malade*, **l'institution de l'internat obligatoire.**

Monsieur et très honoré confrère,

J'ai lu, avec le plus vif intérêt, votre article sur l'*Internat obligatoire*.

C'est très joli de dire ou d'écrire que tout médecin doit savoir opérer une « hernie étranglée », dès son entrée en clientèle.

Ce n'est pas, non plus, difficile d'affirmer qu'il doit pouvoir faire convenablement tout accouchement simple ou dystocique qui se présentera.

Il serait plus logique de faire savoir où et quand, avant de s'installer, le jeune médecin a opéré un hernié ou accouché une parturiente normale ou non.

Personnellement, n'ayant jamais fait d'accouchement dans mes premières années de médecine, j'ai dû, pour ne pas risquer d'être bredouille le jour où il s'en présenterait un, prendre, à mes frais, des leçons d'obstétrique.

Pour ce qui est de hernies : je n'en ai jamais opéré ; mais, j'ai vu de « belles éventrations », après intervention de médecins, non chirurgiens. Ça c'est sûr !

Appelés d'urgence, mes excellents confrères n'avaient pas hésité, et ils avaient eu raison : il s'agissait d'une vie à sauver.

En ce qui me concerne, je me suis toujours rappelé que le télégraphe, le téléphone, le chemin de fer ou le cabriolet — en ce temps-là les autos étaient à peine connues – devaient servir à quelque chose. Et, quand, « le bistouri sollicité » ne venait pas, j'allais le chercher et le ramenais avec moi, auprès du patient : de cette catégorie de malades je n'en ai pas perdu, que je me souvienne !

Si l'*internat obligatoire* — où l'on aura l'occasion de faire des accouchements et d'opérer des hernies, la chose est certaine — ou bien, alors, cet internat n'aurait pas sa raison d'être ; si, dis-je, l'*Internat obligatoire* avait existé au temps auquel je me reporte, aucune hernie si étranglée, aucun accouchement si dystocique fussent-ils, ne m'eussent arrêté !

Hélas ! nous sommes, nous, de la vieille garde ! Ce n'était peut-être pas la moins vaillante, mais que voulez-vous qu'on fasse avec un Chassepot, quand on a perfectionné le Lebel ? quand on a de la théorie et pas de pratique ?

Dr Galand,
de (Cambrai).

Notre confrère a raison, les quatre cinquièmes des médecins font leur apprentissage sur leurs premiers clients.

Mais, **nous objectera-t-on, il faut absolument** qu'ils le fassent, cet apprentissage, et le malade d'hôpital est tout aussi intéressant que celui de la clientèle privée.

D'accord. Mais comme interne à l'hôpital, le jeune médecin ferait ses essais sous la direction, la surveillance, avec l'aide et les conseils d'un praticien expérimenté qui le guiderait dans les cas difficiles, le mettrait en garde contre les accidents possibles et parerait, lui-même, aux conséquences des tâtonnements du début.

Nous persistons à ne voir dans l'internat obligatoire pour tous les intéressés que des avantages.

J. N.

Les soins aux mutilés. — Les travaux de la Commission tripartite.

La Commission tripartite, dès sa première réunion le 18 juin, a organisé le travail.

Deux sous-commissions ont été constituées. La première a la tâche de mettre sur pied un projet d'organisation de soins et de contrôle. La seconde s'occupe des tarifs.

Le rôle de la première sous-commission est évidemment le plus difficile. Elle en est à l'heure actuelle à sa huitième séance, et c'est pendant plusieurs heures que l'on doit y discuter pour répondre aux objections des représentants des administrations intéressées et des mutilés. Hâtons-nous de constater que tous les membres de la sous-commission, mutilés, députés, administrateurs, pharmaciens et médecins mettent la meilleure volonté à chercher une solution et que, si elle tarde, c'est que peu de gens, en dehors de ceux qui comme nous ont longuement médité ces questions, peuvent se rendre compte du premier coup de l'imporrance de certains points.

Ce n'est qu'au cours de ces discussions, auxquelles Lafontaine, Quivy et moi même prenons une part active comme délégués de l'Union des Syndicats médicaux de France, que nous avons pu nous convaincre de la difficulté qu'il y a à mettre sur pied un projet capable de satisfaire tous les intéressés.

Notre tâche avance, bien qu'elle soit loin d'être terminée, et si nous clôturons nos travaux avant les vacances, il n'est pas douteux que ce ne sera que dans quelques mois après la rentrée des Chambres qu'un régime définitif pourra être institué. Tous les membres de la sous-commission se sont rendus

compte qu'on ne peut absolument rien organiser avec l'article 64 de la loi des pensions, tel qu'il est rédigé. C'est donc en quelque sorte à la modification de cet article 64 que nous travaillons à l'heure actuelle et l'intervention du Parlement est absolument indispensable.

M. le ministre des pensions, Maginot, paraît d'ailleurs tout disposé à prendre l'initiative de cette modification.

Nous devons avouer que la négligence que les médecins ont mise jusqu'à ce jour à réprimer les abus dont ils sont les premières victimes et à maintenir *en pratique* des honoraires ridicules qui ne sont pas le moins du monde en rapport avec le coût de la vie, ont rendu plus particulièrement notre tâche ingrate.

Nous nous permettrons de citer un exemple. L'obstacle le plus grand qui s'est opposé à l'attribution d'honoraires au chirurgien librement choisi, vient de ce que les médecins des hôpitaux publics ne touchent dans la plupart de ces établissements aucune rétribution pour les opérations qu'ils pratiquent sur les malades payants. Il en serait résulté le fait assez singulier que le libre choix du chirurgien, proclamé *en principe*, n'aurait pas été établi *en fait*, puisque ce chirurgien n'aurait eu droit à aucun honoraire.

Nous espérons arriver à un résultat suffisant. Certes ce ne sera pas parfait, mais les médecins devront en accuser la nonchalance qu'ils ont mise jusqu'à ce jour à s'occuper de l'organisation de tout ce qui touche à leur profession et parfois à des sentiments un peu trop égoïstes. Beaucoup ne songent pas que leur manière d'agir n'intéresse pas qu'eux mais a une répercussion fatale sur les conditions d'existence de leurs confrères.

J. N.

PARTIE SCIENTIFIQUE

NEUROLOGIE

Les troubles génito-urinaires réflexes et nerveux,

Par L. PRON.

Faut-il faire rentrer le DIABÈTE dans les troubles urinaires, et parler ici de ses variétés ? Oui, dans une certaine mesure, car si certains cas ont une origine hépatique, pancréatique ou dyscrasique, d'autres ont une étiologie purement nerveuse ou réflexe ; la seule filière morbide est alors : système nerveux-rein.

D'ailleurs, le mot diabète correspond à des syndromes très différents.

Dans le *diabète insipide*, l'origine nerveuse, soit par simple irritation, soit par lésion d'un centre ou d'un cordon conducteur important, a été admise de tout temps.

En dehors des expériences de Cl. BERNARD, puis de KAHLER, dans lesquelles l'injection de quelques gouttes de nitrate d'argent dans le plancher du quatrième ventricule produisit un diabète insipide chez le lapin, OPPENHEIM (1) a noté plusieurs fois de la polyurie et de la polydipsie dans les affections du bulbe, dans les processus syphilitiques de la région du chiasma et du plancher du troisième ventricule, et HAGENBACQ, dans un cas de tubercule de l'infundibulum, chez une fillette de quatre ans et demi.

Dans une observation de FRANK, la pénétration d'une balle dans la selle turcique fut suivie de polyurie ; de même, chez une fillette de six ans et demi, qui avait un tubercule de l'hypophyse (1).

Pour CUSHING, la simple manipulation du lobe postérieur de l'hypophyse, au cours d'opérations endocrâniennes, amène une diurèse parfois considérable.

L'origine hypophysaire du diabète insipide se trouve encore démontrée par les constatations thérapeutiques.

VAN DEN VELDEN a noté, chez des sujets normaux et au cours d'un cas de diabète insipide, une diminution de la diurèse, après injection d'extrait de lobe postérieur.

FRANCESCO FARINI (2), dans un cas de diabète insipide bien étudié, vit la polyurie tomber de 6 litres à 2 litres et au-dessous par injection de pituitrine, qui se montra ainsi un véritable médicament spécifique.

Dans un cas, observé par LEREBOULLET et

(1) In *Presse médicale* (8 juillet 1914).

(1) HAUSALTER et LUCIEN. — *Polyurie simple et tubercule de l'hypophyse.* (*Revue neurologique*, n° 1, 15 janvier 1908.)

(2) *Gazetta negli Ospedali* (11 septembre 1913.)

Faure-Beaulieu (1), chez un infantile, une série d'injections hypodermiques d'extrait hypophysaire fit tomber la quantité d'urine de 8 litres à 2 et même 1.

Bergé et Ph. Pagnès (2) ont vu également, dans une polyurie insipide de cause inconnue, le taux des urines baisser notablement par des injections intra-musculaires de rétropituitrine.

Il est vrai que les expériences de Camus et Roussy, consistant en lésions de la région voisine de l'hypophyse, ont abouti à de la polyurie de longue durée, c'est-à-dire se maintenant plusieurs mois ; mais « la lésion qui détermine la polyurie n'intéresse en aucune manière l'hypophyse...., cette région correspond à l'espace opto-pédonculaire » (3).

L'existence du diabète insipide hypophysaire semble donc bien établie.

Indépendamment de toute lésion et même de toute localisation étiologique, la polyurie permanente s'observe dans l'hystérie et les névroses, et la polyurie paroxystique, après les attaques d'hystérie (4).

Quant au diabète sucré, à côté des cas où une dyscrasie générale ou une perturbation hépatique se trouve en jeu, il en est bon nombre, où l'étiologie est purement nerveuse.

La piqûre du quatrième ventricule produit non seulement de la glycosurie, comme l'a montré Cl. Bernard, mais encore une crise urinaire, caractérisée par une augmentation de l'eau et du chlorure de sodium (Jungmann) (5).

Cliniquement, dans certains cas de glycosurie ou de vrai diabète, on a pu trouver comme facteurs étiologiques diverses lésions siégeant au niveau du plancher du quatrième ventricule, la paralysie progressive, la sclérose en plaques, le tabès, l'hystérie, l'épilepsie, la chorée, la paralysie agitante, etc...

Rheinboldt (6) a relaté le cas d'une femme de 50 ans d'un tempérament nerveux, sujette à des accès d'irritabilité, quelques heures après lesquels apparaissaient à la fois de l'ictère et de la glycosurie. Le régime n'eut aucune action.

On a fait la même constatation après les émotions.

Un certain nombre d'auteurs ont noté l'apparition du diabète à la suite d'un accident. D'après Grasset, « le traumatisme initial a porté habituellement sur la tête (surtout si le traumatisme est grave) ou sur la colonne vertébrale » (1). Higgens (de Boston) a noté 20 fois la glycosurie sur un total de 212 traumatismes crâniens, soit qu'il y ait fracture, luxation ou simple contusion.

On conçoit facilement qu'un ébranlement nerveux central agisse sur le bulbe et sur les centres glycoformateurs. Mais, il est plus difficile de comprendre la pathogénie de la glycosurie, quand celle-ci succède à une lésion ou à un trouble nerveux *périphérique*.

On a signalé le passage du sucre dans l'urine chez des malades dont le pneumogastrique était comprimé par une tumeur. La section expérimentale de ce nerf provoque le même trouble chez les animaux (2).

Les névralgies périphériques sont capables d'entraîner la même conséquence, surtout la névralgie faciale, qui agit probablement en raison du voisinage des noyaux de la cinquième paire et du centre glycogénique.

Parisot (3) a relaté l'observation d'un homme de 39 ans, qui avait fait, cinq mois avant son entrée à l'hôpital, une chute, ayant occasionné une fracture de l'ischion gauche ; le malade présentait, depuis lors, des douleurs spontanées pendant la marche et exagérées par la pression du sciatique ; la jambe était légèrement atrophiée. L'examen des urines pendant le repos ne décelait rien de particulier ; mais, chaque fois que la marche ou des mouvements de la jambe gauche entraînaient des douleurs, on trouvait 2 gr. 50 à 3 gr. de sucre par litre. Cette glycosurie durait trois ou quatre heures. Il n'existait aucun symptôme de diabète, et l'ingestion de 200 gr. de glucose n'avait aucune action sur la composition de l'urine. Le rapport entre la douleur et la glycosurie était donc indiscutable.

La thérapeutique montre bien, du reste, l'influence du système nerveux. Bonnier (4), se basant sur ce fait que certains points définis de la muqueuse nasale sont innervés par des fibres du trijumeau, dont les racines bulbaires prennent naissance au niveau des points de Cl. Bernard, a pu agir sur la glycosurie et amener la guérison totale cinq fois sur douze.

C'est de même par l'intermédiaire des nerfs que les antipyrétiques, tels que l'antipyrine, la quinine et l'acétanilide diminuent la quantité de sucre excrétée ; l'opium agit de la même façon, pour mettre obstacle à la transformation du glycogène en sucre ; ce qui montre le bien fondé de cette opinion, c'est que la morphine injectée dans le foie à forte dose, n'empêche pas l'azoamylie hépatique (Lépine) (5).

(1) *Soc. méd. des Hôp. de Paris* (20 mars 1914).
(2) *Soc. méd. des Hôp. de Paris* (9 avril 1914).
(3) *Presse médicale* (*Loc. cit*).
(4) Grasset. *Traité élémentaire de physiopathologie clinique* (1910) p. 649, T. I.
(5) *XXXIe Congrès allemand de Médecine interne* (avril 1914).
(6) Analysé *in Médecine moderne* (23 nov. 1904).

(1) *Traité élémentaire de physiopathologie clinique*. T. I (1910) p. 449.
(2) Roger. — *Digestion et nutrition* (1910), p. 275.
(3) *Revue médicale de l'Est* (15 avril 1909).
(4) Société de Biologie (26 mars 1911).
(5) *Revue de Médecine* (10 juillet 1902).

Mais, d'après ROGER (1), l'action pathogénique du système nerveux n'est pas directe. C'est par une modification du fonctionnement des capsules surrénales que les irritations ou les impressions nerveuses, tout comme la piqûre du quatrième ventricule, produisent la glycosurie.

De même qu'on a décrit l'hémoptysie nerveuse, l'HÉMATURIE NÉVROPATHIQUE a pu être déterminée expérimentalement par la section des branches du plexus rénal, et observée à la suite d'émotions vives, dans l'hystérie et après des lésions du bulbe ou du plancher du quatrième ventricule (2). LEVEN père, disait déjà, en 1893, que l'irritation du plexus rénal se traduit par la congestion rénale et des hémorragies rénales (3). Cette irritation peut être la simple conséquence d'une irritation du plexus solaire, c'est-à-dire de la dyspepsie chronique.

« Dans les cas de dyspepsie ancienne, les urines sont toujours chargées de *mucus*, de précipités salins ; elles ne s'éclaircissent, ne redeviennent transparentes que lorsque guérit la dyspepsie stomacale. Ainsi, l'excrétion urinaire dépend de l'estomac ; l'aliment, dans l'estomac, agit sur le rein, non par sa composition chimique, mais par son influence sur le plexus solaire ; ce sont des actions nerveuses qui se transmettent ».

Ce n'est pas seulement une vue de l'esprit. J'ai observé, à la fin de 1920, un indigène d'Alger atteint de PHOSPHATURIE, contre laquelle le régime, l'administration de la solution de JOULIE et les injections hypodermiques de glycéro-phosphate de soude restaient sans effet. Un beau jour, le malade, qui avait une ptose rénale (4) et qui avait quitté sa sangle pendant la saison chaude, me dit que le lendemain du jour où il l'avait remise, son urine était redevenue limpide. Etonné de ce résultat, je lui demandai d'enlever, puis de remettre sa sangle ; la phosphaturie se montra à nouveau, pour cesser quand le bas-ventre était remonté. Cette constatation clinique équivaut à une expérimentation de laboratoire. Le seul tiraillement du plexus solaire (car l'estomac était également atone) ou du plexus rénal, ou le retentissement du premier sur le second, suffisait à perturber la sécrétion urinaire.

---

(1) *Quelques recherches récentes sur les fonctions des capsules surrénales* (*Presse médicale* 22 novembre 1917).

(2) GRASSET. — *Les centres nerveux* (1905), p. 606.

(3) *Système nerveux et maladies* (1893), p. 177.

(4) Rareté chez l'homme, le rein mobile se rencontre pourtant de temps en temps ; j'en ai observé une vingtaine de cas, et ai dû en laisser passer inaperçu un nombre au moins égal, au début de ma pratique.

LEVEN père (1) a, dans un ordre voisin d'idées, dosé quotidiennement, pendant 77 jours, l'urée d'une femme de 31 ans, dont tous les centres nerveux étaient irrités : « douleurs de tête, hyperesthésie de la peau et des muscles » ; pendant 15 jours, la malade prit comme nourriture un litre de lait, deux œufs et soixante centilitres de bouillon ; au bout de ce temps, on ajouta 100 gr. de viande et autant de fécule « qui, après dix jours, doivent être supprimés, parce qu'ils sont intolérés et ramènent une crise de plexus solaire ». Or, la quantité d'urée, qui était de 9 gr. le premier jour, passa à 12 le quatorzième, c'est-à-dire avant la prise temporaire de viande, à 14 le quarantième jour, à 16 le soixante-troisième et à 20 le soixante-treizième. L'excrétion uréique a donc été ici complètement indépendante de l'alimentation, et réglée par le système nerveux.

LEVEN père (2) a noté la POLLAKIURIE et la DYSURIE dans la dyspepsie chronique ; j'en ai observé, de mon côté, plusieurs cas chez des gastropathes, principalement des femmes. Il a constaté également des SPASMES DOULOUREUX DU COL DE LA VESSIE, des démangeaisons, des brûlures à l'extrémité du canal et de l'ALBUMINURIE, qui ne cédait qu'à un traitement antinerveux prolongé.

VURPAS et BUVAT (3) ont fait autrefois une étude des réactions VÉSICALES *liées aux phénomènes psychiques*, chez des sujets normaux ou atteints de troubles mentaux. Une série d'expériences a montré que des excitations, portant sur les diverses sensibilités (générale, thermique, principalement au froid), ont provoqué une élévation de la pression intra-vésicale. Il en a été de même, à l'occasion des sensations auditives, gustatives intenses et désagréables, ainsi que des émotions tristes et de crainte. Plus l'activité psychique est élevée, plus la réaction vésicale est marquée : elle décroît, lorsque l'on descend les divers degrés de l'échelle intellectuelle.

On conçoit facilement, *a fortiori*, qu'une irritation abdominale retentisse sur la vessie. C'est ainsi que S. VANNIVERO (4) a publié l'observation d'une jeune fille de 16 ans, présentant de l'INCONTINENCE D'URINE depuis l'âge de 7 ans, chez laquelle un examen complet fit découvrir une rétroversion de l'utérus. On ne saurait ici faire intervenir une action mécanique directe ; l'auteur admet un mécanisme réflexe.

COUTARET déjà avait parlé de NÉVRALGIES VÉSICALES, engendrées par la dyspepsie. LEVEN admettait que « le CATARRHE DE LA VESSIE est très fréquemment dû à la dyspepsie ».

---

(1) *Loc. cit.* (p. 248).

(2) *La névrose* (1887), p. 198.

(3) Société de Biologie (14 juin 1902).

(4) *La Riforma medica* (8 novembre 1907).



Quand le plexus hypogastrique est irrité, cette irritation se manifeste, au point de vue génital chez l'homme, par de l'EXCITATION GÉNÉSIQUE, qui aboutit fréquemment à la masturbation chez l'enfant et le vieillard, et aussi chez l'adulte. J'ai rencontré le fait chez un certain nombre de dyspeptiques, et je me rappelle avoir, vers 1907, reçu les confidences (que je ne pensais pas à solliciter !) d'une vieille femme de 72 ans, ancienne commerçante, dont ni la conduite passée, ni l'équilibre mental n'avaient jamais été suspectés, et qui m'avoua que, pendant ses mauvaises périodes stomacales, elle éprouvait un vif désir de coït ! ARÉTÉE disait déjà, à propos des dyspeptiques : « Lorsque le mal est parvenu à son comble... ils ont un désir insatiable pour le coït ».

Plus souvent peut-être, la dyspepsie diminue le pouvoir viril et amène de l'IMPUISSANCE. soit d'une façon passagère, au moment de la lourdeur digestive, soit pendant des semaines ou des mois consécutifs. L'engourdissement, l'usure dynamique du plexus solaire se transmet au plexus hypogastrique.

Souvent l'AMÉNORRHÉE, la DYSMÉNORRHÉE ou la LEUCORRHÉE ne reconnaissent pas d'autre cause qu'une dyspepsie, quelquefois même peu ancienne,et c'est de ce côté qu'il faudra chercher, toutes les fois qu'on se trouvera en présence d'une femme, se plaignant de troubles de ce genre, non améliorés par les emménagogues ou le traitement local.

La dépendance gastrique de l'aménorrhée est parfois très nette. J'ai observé une jeune fille, de constitution robuste, mais souffrant de l'estomac depuis plusieurs années, pendant la période d'été ; dès l'apparition de la dyspepsie, les règles, habituellement normales, devenaient irrégulières, manquant un mois sur deux ; une année, elles firent défaut pendant cinq mois consécutifs, puis à l'automne, elles reprirent leur cours mensuel, en même temps que disparaissait la dyspepsie.

LEVEN père (1) va même jusqu'à attribuer certaines FAUSSES COUCHES à l'irritation des plexus abdominaux.

Et ailleurs « les NÉVRALGIES DU CORPS ET DU COL (DE L'UTÉRUS), qui proviennent de l'irritation du plexus lombo-aortique, sont souvent accompagnées de MÉTRITE du corps et du col, d'HYPERTROPHIE de l'organe,de granulations (2), d'ULCÉRATIONS. Les cautérisations pratiquées ne servent parfois qu'à irriter le centre nerveux sous-ombilical. Le médecin, qui use mal à propos des cautérisations, entretient l'état morbide du centre nerveux ».

(1) *Système nerveux et maladies* (1893) p. 198. *La névrose* (1887) p. 199.

(2) De même que la *pharyngite granuleuse* peut être la conséquence de la dyspepsie.

Mais, quelle que soit l'importance des divers facteurs ou organes, susceptibles de retentir sur l'appareil génito-urinaire, aucun ne lui semble aussi intimement lié physiologiquement que le NEZ. Anatomiquement, la relation est difficile à expliquer ; cliniquement, les faits sont là.

Ces *connexions physio-pathologiques entre le nez et les organes génitaux* sont connues et admises depuis longtemps. MAHU (1) a entrepris, dans le service de BAR, en 1908-1909, des recherches sur 60 femmes hospitalisées à la clinique Tarnier. Il a constaté que, pendant les règles, la muqueuse pituitaire s'hypertrophie d'autant plus facilement qu'à l'état habituel, il existe déjà quelque anomalie ; — chez la femme enceinte, il se produit de la congestion et quelquefois de l'épistaxis ;— pendant le travail, la congestion est irrégulière. Par l'application d'un tampon nasal, imbibé d'une solution de cocaïne à 1/20, ou par des pulvérisations intra-nasales d'une solution au centième, il a obtenu, dans un grand nombre de cas, une sédation de la douleur, « une diminution de la durée de chaque crise et souvent un calme plus prolongé entre deux douleurs consécutives » ; mais, il y avait ralentissement de la marche du travail.

La DYSMÉNORRHÉE FONCTIONNELLE a, d'après FLIESS, une origine nasale. Sur 16 malades, LINDER a obtenu, par l'anesthésie cocaïnique, un résultat nul 4 fois, une augmentation des douleurs 2 fois, et leur disparition 10 fois, soit dans 62 % des cas.

JAWORSKI et IWANICKI ont obtenu une sédation des douleurs 22 fois sur 25 cas de dysménorrhée sans complications inflammatoires ; le moyen le plus efficace a été la destruction des points génitaux de FLIESS, soit par le galvanocautère, soit par l'électrolyse. Ces points, qu'il a nommés *points sexuels du nez*, sont : la tête du cornet inférieur, le tubercule de la cloison et parfois la tête et la surface interne du cornet moyen.

BONNIER (2) a rapporté plusieurs cas de RÉTABLISSEMENT DU RYTHME MENSUEL NORMAL, durant 4 ans, par le même moyen. Il qualifie de *centres gonostatiques* certains centres du bulbe. Il a pu également éteindre la réaction anxieuse et, avec elle, diverses réactions génitales associées (3) et faire disparaître des leucorrhées et des GONORRHÉES ANCIENNES (4).

FISCHER (5), dans un ordre d'idées parallèle, a noté la coexistence de l'INCONTINENCE D'URINE et des végétations adénoïdes, et remarqué que l'incontinence était d'autant plus marquée que

(1) *Presse médicale* (16 mars 1910).

(2) Société de Biologie (16 mai 1912).

(3) *Ibid.* (30 mars 1912).

(4) *Ibid.* (25 mai 1912).

(5) *Deutsche med. Zeitung* (novembre 1904).

l'encombrement ou l'obstruction nasale était plus accentuée. GUYE a soutenu la même opinion,

Un malade de DELIE (1), atteint de rétrécissement uréthral, éprouvait une grande difficulté à passer la sonde, quand il avait le coryza. Le chatouillement de la muqueuse nasale détermine, chez certaines personnes, l'expulsion de quelques gouttes d'urine.

HOBBS a publié sept cas de PRIAPISME d'origine nasale réflexe. Le dernier (2) concerne un homme de trente-trois ans, qui fut pris de céphalalgie violente, due à une obstruction nasale par turgescence de la muqueuse recouvrant les cornets, turgescence si forte qu'elle équivalait à une obstruction complète. En même temps, apparut un priapisme intense, extrêmement douloureux, qui persista deux jours, rebelle à tous les traitements, et qui ne disparut que lorsque la turgescence nasale eût cédé à des applications répétées et énergiques d'adrénaline et de cocaïne. HOBBS rapproche ces faits des éternuements tout particuliers, qu'une idée érotique provoque chez certaines personnes, et dont il cite plusieurs cas très nets. Il s'agit là de phénomènes purement réflexes, où la similarité de constitution histologique des corps caverneux et de la muqueuse pituitaire érectile joue probablement un rôle.

Je m'arrête sur cette dernière relation, qui montre qu'il est peut-être légitime de préjuger de la taille du pénis d'après la grosseur du nez comme le fait le vulgaire !

CHIRURGIE INFANTILE

Le traitement de la luxation congénitale (3)

(*Suite*),

Par Carle RŒDERER.

MODIFICATIONS DU TRAITEMENT. — D'énormes différences peuvent séparer les traitements de luxations congénitales de divers types ou d'âges différents ; autrement dit, ni la forme, ni la longueur du traitement n'ont rien d'absolu.

A. Pour la *luxation double*, par exemple, qui se voit dans un tiers des cas, une question se pose ; faut-il réduire les deux côtés à la fois ou successivement ?

Certains chirurgiens opéraient jadis chaque côté à tour de rôle, afin d'assurer, disaient-ils, une meilleure adaptation. En réalité, une seule chose est à craindre si l'on fait les deux côtés le même jour, c'est le shock quand les manœuvres ont été un peu brutales et longues. Le mieux, dans ce cas, est de renvoyer à quelques jours la réduction du second côté, mais il ne faut pas remettre à plus tard, et il convient de continuer systématiquement le traitement des deux côtés.

B. *La luxation des enfants âgés* (7 à 8 ans) qui peut encore être entreprise avec l'espoir d'arriver à un meilleur appui, demande parfois une extension continue préalable, de longue durée, une extension extemporanée violente et une manœuvre d'abduction extrême. Pour le traitement de ces luxations âgées, il faut savoir que ni les phases de la réduction, ni les attitudes à maintenir par le plâtre, ni les étapes du retour à l'extension, peuvent n'avoir rien de commun avec les descriptions classiques. Pour la luxation âgée, comme d'ailleurs pour la luxation en général, on fait ce que l'on peut pour le mieux et comme l'on peut.

C. C'est ainsi que certaines luxations demandent à être maintenues dans *des positions tout à fait anormales*. Il nous souvient d'un cas que nous avions mis, avec notre maître Redard, dans une position d'inversion complète : jambe retournée, talon en l'air.

Nous avons placé parfois en première position, avec le genou presque dans l'aisselle. C'est la tête fémorale qui conduit notre main et c'est la radio incessamment consultée qui doit être notre guide.

De même, *la longueur* du traitement est sujette à de grandes variations.

QUELS SONT LES ACCIDENTS DU TRAITEMENT ? Passons sur les *escharres* absolument évitables en ville, quand on substitue le feutre au coton, quand on met deux jerseys en séreuse et que, surveillant les mains de ses aides, on leur interdit de comprimer des régions à os proéminent mal capitonné.

Un accident fréquent est la *fracture*. Pillet a consacré sa thèse à cet accident, complication qui n'est pas du tout fonction de la maladresse du chirurgien. La décalcification est très fréquente. On a vu des enfants se casser le fémur en posant les pieds par terre, une fois le traitement terminé.

RÉSULTATS. — *Le traitement de la luxation est-il absolument assuré, ou du moins dans quelle proportion réussit-il ?*

Il est difficile d'obtenir de tous les chirurgiens le même degré de véracité. M. Nové-Josserand, dans une statistique ancienne qui porte sur cent cas, en accuse 66 couronnés de succès. Quelqu'un de consciencieux dans nos relations croit avoir 85 à 90 %. Certains disent avoir des séries blanches de 300. La vérité, c'est que, même entre gens de la même famille médicale, il convient d'abord de s'entendre sur les termes, car il y a cas et cas. On ne peut assimiler un enfant de quatre ans à un de six. Et puis, on ne suit pas tous ses malades.

D'autre part, il faut même s'entendre sur le terme de succès. Parle-t-on du résultat anatomique ou du résultat fonctionnel ?

Le traitement réussit si parfaitement chez certains enfants qu'on ne peut ensuite distinguer le côté ma-

(1) *Revista del circulo medico argentino* (août 1910).
(2) *Indiana med. Journ.* (oct. 1906).
(3) Voir *Concours médical*, n°s 26 et 27.

lade. C'est le triomphe de la chirurgie moderne. Il est à opposer au traitement du pied bot qui — l'on pourrait l'écrire sans exagération — ne guérit jamais complètement au sens de la reconstitution *ad integrum*.

D'autres fois, on n'obtient qu'une *reposition* ; on transforme, par exemple, (et c'est le cas chez les enfants âgés) une iliaque postérieure en une sus-condylienne qui donne relativement peu de boiterie, peu de fatigue.

Les reluxations.

D'autres fois, on a des *reluxations*. On peut, il est vrai, rattraper celles-ci et, en général, sans recourir à un nouveau traitement complet.

Quand *la reluxation s'est opérée en arrière, ce qui est rare*, il faut malheureusement revenir à nouveau à l'appareil en première position en augmentant l'abduction-flexion extrême, de manière à resserrer la capsule en arrière. Si, au contraire, *la tête a filé en avant*, on peut la traiter en extension, après séance de réduction et insister d'une manière considérable sur *la rotation interne*. On obtient ainsi, souvent, à force de patience à fixer une tête rétive. C'est pour cela qu'il faut débuter de bonne heure.

Mais il faut avoir le courage de dire qu'il y a des luxations qui échappent. Elles échappent parce qu'elles ont été irréductibles ou parce qu'elles n'ont pu être maintenues.

Un mot d'abord des réductions irréductibles.

Luxations irréductibles. La grande cause d'irréductibilité est la capsule. Aussi, le seul remède est-il d'aller explorer celle-ci. On a proposé plus simplement d'aller l'ouvrir à l'aide d'une petite pince. Nous avons la pince, nous n'avons jamais vu personne s'en servir. Le seul moyen chirurgical digne d'attention est l'arthrotomie qui va voir, qui ouvre l'article, remet en place la tête et la traite, ensuite, comme une luxation réduite par la méthode non sanglante. En général, le résultat obtenu est une hanche raide. Il est vrai qu'une hanche raide en place vaut mieux qu'une hanche luxée.

Que faire pour les luxations non réduites ? Quel est le traitement palliatif ?

Tout dépend de l'âge du sujet. Chez les sujets jeunes, on peut essayer, à défaut d'une réduction complète, de donner un suffisant appui à la tête.

a) Nous ne croyons pas aux procédés de Calot qui corrige la flexion-adduction en plusieurs plâtres successifs. Quand le fémur est laissé à lui-même, il revient comme avant. On a perdu son temps et sa peine.

b) Pourtant, le but à atteindre doit être d'*approcher de la forme sus-cotyloïdienne* qui donne une boîterie minime, peu de raccourcissement et une suffisante résistance à la fatigue.

Pour ce faire, il y a deux moyens :

1° Celui que nous avons essayé quelquefois consiste à faire un pseudo-traitement de luxation, en trois étapes en insistant très longuement sur la première position. On obtient parfois un bon accrochage.

2° Lorenz a recommandé ce qu'il appelle la *pseudo-réduction* et qui consiste à faire une mobilisation forcée de la hanche sous anesthésie, puis à mettre le malade dans le plâtre en position d'abduction et d'hyperextension extrêmes. Après quatre mois, on procède à l'enlèvement du plâtre et on ramène le membre à une abduction-extension moindres qu'on maintient encore trois ou quatre mois. Dans une période de soins consécutifs, on recourt à la gymnastique de développement des abducteurs et des extenseurs en même temps qu'on fait porter un appareil amovible qui maintient le membre dans une attitude externe. De plus, la nuit, on fait une extension continue. On peut même faire dormir le sujet dans un lit plâtré qui joint aux bénéfices de la traction par les poids les avantages d'une remise en bonne attitude.

Il reste alors à *maintenir cette tête dans l'attitude donnée* : un appareil léger, cuir ou celluloïd, en abduction, peut être utile pour assujettir le membre durant quelque temps dans l'*attitude favorable.*

Il est préférable d'ailleurs de demander ce maintien *à la musculature*. Comme il s'agit, en somme, de combattre la tendance à la flexion et à l'adduction, les mouvements nécessaires sont : 1° des mouvements d'extension ; 2° des mouvements d'abduction contre résistance, dans la position couchée sur le côté.

Pour empêcher la tête de remonter, on a proposé aussi l'*application d'un corset*. Ce corset fait d'un moulage bien appliqué sur le bassin et qui comprend deux pelotes appuyant sur le trochanter, c'est le corset, dit de Dupuytren. Le corset de Lange comporte deux autres pelotes postérieures. L'un et l'autre nous ont généralement paru parfaitement intolérables et inutiles.

Le mieux, parfois, pour suppléer à la déficience des fessiers, cause principale du balancement, est de faire porter *un corset soutien* muni de béquillons maintenant droit le corps des adolescents.

Complications de la luxation non réduite. — La vie de ces adolescents est, d'ailleurs, traversée de divers incidents qu'on pourrait appeler les complications de la luxation.

Ce sont des douleurs légères dues à des entorses de l'articulation mal façonnée. Ces douleurs cèdent à quelques jours de station couchée.

D'autres fois, ce sont, surtout aux environs de la puberté, de *véritables crises douloureuses*. Elles nécessitent parfois de longs repos.

En passant, nous rappelons que la *coxalgie vraie*, quoi qu'elle ait été vue, est exceptionnelle.

Plus tard, autour de la vingtième année et chez les femmes surtout qui s'alourdissent, on voit dans ces hanches luxées de véritables *crises d'arthrite* horriblement douloureuses. Elles interdisent parfois la marche de quelques centaines de mètres. Tout traitement palliatif est alors vain. Certains ont essayé de recou-

Laboratoires de Biologie et Physiologie appliquées

D. DROUET & PLET, 37, Rue de Marly, RUEIL (S.-et-O.)

PHOSOFORME

Combinaison acide éthylphosphorique, orthophosphorique, éthanol

Solution au goût agréable

Ne jamais prendre pur (*Voir mode d'emploi*).

CORRECTEUR DES TROUBLES DE LA NUTRITION

Dyspepsies	Neurasthénie et toutes	Dépressions nerveuses	Rhumatismes chroniques
Phosphaturie		Asthénie	Scléroses
Tuberculose		Anorexie	Lithiases

Mode d'emploi. — *Dose moyenne* **2** *à* **3** cuillerées à soupe par jour, *chaque cuillerée dans un grand verre d'eau, de vin blanc, ou de vin rouge, sucré ou non,* à prendre au cours des repas.

PHOSOFORME ARSÉNIÉ

Même composition que ci-dessus plus 0 gr. 04 de méthylarsinate disodique par cuillerée à soupe

:: :: **Thèse et échantillons sur demande** :: ::

ÉCHANTILLONS SUR DEMANDE

VALÉRIANATE GABAIL

DÉSODORISÉ

LABORATOIRE: 3, rue de l'Estrapade, PARIS

NOMBREUSES ATTESTATIONS

SPÉCIFIQUE des MALADIES NERVEUSES

S'il faut associer la médication **bromurée**, *prescrivez à la dose de 3 ou 4 cuillerées à bouche par jour,*

ÉLIXIR GABAIL

Valéro-Bromuré

Préparation agréable **SANS ALCOOL** qui contient, par cuill. à bouche, une cuill. à café de **VALÉRIANATE GABAIL** désodorisé et un gramme de **Bromure de Strontium** dont le goût a été masqué par du sirop d'écorces d'oranges.

Laboratoire GABAIL, 3, rue de l'Estrapade, PARIS

SPLÉNODOSE

RATE - FOIE - THYROÏDE

TUBERCULOSE sous toutes ses formes et à toutes les périodes

PALUDISME - ANÉMIE - MALADIES INFECTIEUSES etc.

PLACENTODOSE

PLACENTA - MAMMAIRE

Insuffisance lactée - Flaccidité des seins et de l'utérus

Métrorrhagies - Métrites - Fibromes - Tumeurs.

Dépôt : Laboratoire du Dr FRAYSSE - 130, Rue d'Aboukir. - PARIS

THYRODOSE

Arthritisme **OVARO-THYROIDINE** Rachitisme

INSUFFISANCES THYROIDIENNE ET OVARIENNE

OBÉSITÉ - *Troubles de la Ménopause et de la Puberté* - MYXŒDÈME

NEURODOSE

SUBSTANCE NERVEUSE ORCHITINE

ÉPUISEMENT nerveux sous toutes ses formes

ASTHÉNIE - IMPUISSANCE - SÉNILITÉ - NEURASTHÉNIE, etc.

Dépôt : Laboratoire du Dr FRAYSSE, 130, Rue d'Aboukir, 130. — PARIS

rir à la *résection de la tête*. Ils ont pratiqué par exemple des transcervicales, mettant le trochanter en contact avec le bassin.

Pour notre part, nous avons eu quatre ou cinq fois l'occasion de donner un conseil en cette matière. Il suffit encore d'essayer de modifier les conditions d'appui de la tête sur le bassin sans toutefois toucher, à proprement parler, à la hanche, souvent plus ou moins enraidie et fixée. Pour calmer les douleurs, il suffit de produire une autre incidence de la ligne de direction des forces sur le bassin. C'est à l'ostéotomie qu'on doit avoir recours. L'ostéotomie cunéiforme est inutile. L'ostéotomie simplement linéaire suffit. Elle sera faite complète, sans ostéoclasie finale, laquelle provoque parfois des esquilles dangereuses. On met alors le membre dans une position préalablement choisie. On l'immobilise dans un grand plâtre. L'extension continue non associée au plâtre est trop approximative.

D'ailleurs, espérons-le, on ne verra bientôt plus de luxations congénitales âgées. On les opèrera suffisamment jeunes pour avoir une marge suffisante telle qu'aucune n'échappe ; on les opèrera par des techniques modifiées qui amélioreront le pourcentage et enfin, on les opèrera toutes, parce que dans l'opinion publique, l'idée en sera répandue qu'on les guérit. Il est, d'ailleurs, désolant de penser qu'il y a encore des familles résistantes.

A ce propos, un de nos amis, d'un pays à luxations, parle très sérieusement d'obtenir par une campagne de presse le dépôt d'un projet de loi frappant de déchéance d'autorité les parents qui se refuseront à laisser opérer leur enfant luxé. On vaccine bien les gens de gré ou de force....

OBSTÉTRIQUE PRATIQUE

Les accidents évitables pendant et après les accouchements.

Quand on réfléchit au nombre incroyable de femmes invalides du fait d'un ou de plusieurs accouchements, et surtout au nombre encore important des décès pendant ou après l'accouchement, on demeure stupéfié de la lenteur des progrès de la science obstétricale.

Et cependant, ils sont réels ces progrès ; de nombreux problèmes ont été élucidés et solutionnés à fond. Ce qui manque, il faut le dire, c'est tout d'abord l'éducation du public, mais, c'est aussi, avouons-le sincèrement, l'instruction des médecins et des sages-femmes.

On n'est pas assez pénétré, dans le public, de la nécessité des soins préparatoires et des soins consécutifs à l'accouchement, surtout des primipares. On s'abandonne trop au hasard et, par une pudeur injustifiée ou, plus souvent, par une indifférence coupable, on laisse venir, sans y prendre garde, les catastrophes les plus lamentables et les plus irréparables de la vie humaine. Si, au moins, les sages-femmes et les médecins se rendaient bien compte au moment de l'accouchement des responsabilités morales qu'ils affrontent, il y aurait peut-être quelques malheurs évités.

Combien de jeunes mères arrivent jusqu'aux premières douleurs avec un bassin rétréci ou avec un fœtus trop volumineux ou en position dystocique sans s'être fait examiner ? Combien de jeunes femmes sont insuffisamment surveillées, après l'expulsion, et laissées sans sutures du périnée déchiré ?

Combien d'hémorrhagies ? Combien de phlébites post-partum sont imputables à des négligences et à des précipitations dans la terminaison de l'accouchement ? Bien entendu, on ose à peine parler des infections et des péritonites puerpérales, qui, sauf le cas d'épidémie, sont toujours les conséquences de fautes graves d'asepsie de la part de l'opérateur.

I

Dystocie par rétrécissement du bassin ou par excès de volume du fœtus.

Certes, il n'est pas très rare, dans la pratique, de voir de jeunes mères arriver jusqu'aux premières douleurs de l'enfantement, sans avoir été visitées soigneusement et explorées par une main compétente.

Après douze heures, quinze heures, dix-huit heures de souffrances sans résultat, la sage-femme qui assiste la malheureuse victime, se décide à solliciter du secours. L'affolement commence ; un médecin est appelé, puis deux, puis trois, car on n'a pas trouvé le premier, ni le second et l'on ne songe même pas à les décommander. Au troisième, quelquefois même au quatrième, on finit par obtenir sa venue ; mais les précédents arrivent successivement, si bien que, maintenant, il y a deux ou trois médecins auprès de la parturiente épuisée. Que va-t-il résulter de cette surabondance de consultants et d'opérateurs ? Hélas ! le plus souvent, beaucoup d'incohérence, chacun voulant primer et paraître plus compétent, quelquefois aussi beaucoup de risques d'infection puerpérale, chacun voulant toucher, explorer, examiner sans prendre le temps de se bien désinfecter ; la parturiente et l'entourage affolent tout le monde.

Mais, mettons les choses au mieux, un seul médecin est venu au premier appel et se rend compte de la gravité du cas, le bassin est étroit ou le fœtus est exagérément volumineux. Une décision immédiate s'impose. Il faut prévenir l'entourage qu'on sera dans la nécessité de tuer l'enfant pour sauver la mère épuisée. Une habile application du basiotribe de Tarnier ou plusieurs sections par l'écraseur linéaire de Chassaignac parviendront à extraire le fœtus par débris et la parturiente sera délivrée.

Premier désastre : la mort de l'enfant avant même qu'il ait pu voir le jour.

Deuxième désastre : l'épuisement de la mère pour de longues semaines et trop souvent l'infection puer-

pérale, presqu'inévitable après les multiples manipulations subies par la pauvre femme. Il faut donc encore s'estimer heureux, quand la vie de cette dernière est conservée.

Si, au contraire, la femme enceinte est suivie et examinée consciencieusement tous les deux mois ... spécialement au 7e et au 8e mois, aucune surprise n'est à craindre.

L'étroitesse du bassin est constatée, la coexistence d'une tumeur est diagnostiquée, le volume et le poids du fœtus sont suffisamment entrevus et l'on peut agir avant terme avec l'espoir de conserver la vie du fœtus, sans aucun risque pour la mère. Bien entendu, la décision devra être prise d'un commun accord avec un ou deux confrères, afin de sauvegarder toutes les responsabilités.

Que ne cherche-t-on pas davantage à éduquer l'opinion des mères et des jeunes femmes sur cette question si capitale ! Il y aurait bien des existences sauvées.

II

Délabrements consécutifs aux accouchements.

A côté des éventualités tragiques des accouchements anormaux, que nous venons de rappeler brièvement, il y a toute la série des petites suites de couches, plus ou moins communément négligées et qui conduisent les accouchées à un certain degré d'invalidité et d'infirmité.

Les deux plus fréquentes sont la déchirure périnéale et l'endométrite hémorrhagique due aux résidus placentaires, abandonnés par inadvertance, après la délivrance. Parmi les autres accidents consécutifs évitables, signalons les rétro- et latéro-versions ou flexions, les relâchements ligamentaires et le prolapsus, les éventrations, les fistules vésico-vaginales et les fistules recto-vaginales.

Revenons d'abord à l'accident le plus fréquent, la déchirure du périnée. Certes, tous les médecins qui font des accouchements savent combien, malgré toutes les précautions, il est difficile d'éviter la déchirure du périnée, lors de l'expulsion de la tête, et surtout lors de l'expulsion des épaules du fœtus. Rappelons que pour éviter cet accident, il est recommandé, au moment des grandes douleurs expulsives, de soulever le siège de la parturiente par un coussin dur ou par un volumineux paquet de draps pliés, et dès l'expulsion de la tête, de dégager avec l'index l'épaule antérieure la première, en maintenant l'épaule postérieure quelques secondes dans la concavité coccygo-périnéale, pour n'en permettre la sortie qu'après l'épaule antérieure.

Grâce à cette petite manœuvre, la déchirure est souvent évitée. Mais, enfin, elle peut se produire et ce ne doit pas être pour l'accouchée une véritable complication. Tout dépend du soin de l'accoucheur, qui a le devoir, après la délivrance, de bien éponger la fourchette vulvaire et d'examiner de près le périnée. Il ne faut pas, sous prétexte de pitié ou de condescendance pour la fatigue de la jeune mère, différer la réparation. Une forte aiguille de Reverdin très courbé, armée de solides crins de Florence, stérilisés dans l'eau phéniquée forte, permettra de faire deux ou trois bonnes sutures, comprenant toute l'épaisseur des tissus du périnée et de la fourchette. Bien entendu, pour faire de bonne besogne, la jeune mère doit être couchée en travers du lit, les cuisses bien écartées. L'anus et le rectum seront explorés avec l'index recouvert d'un doigtier de caoutchouc, pour s'assurer de la bonne mise en place des fils de suture.

Nous ne saurions trop insister sur l'importance qu'a cette réparation du périnée *aussitôt après l'accouchement*. C'est faute de cette restitution précoce que l'on voit tant de femmes, relativement encore jeunes, présenter des rétro-versions, des rétro-flexions voire des prolapsus vaginaux et utérins, nécessitant le placement de pessaires, de ceintures ou même une opération plus radicale.

Le second accident éloigné d'un accouchement fait hâtivement, c'est l'endométrite hémorrhagique par délivrance incomplète.

Trop souvent, l'on manque de patience pour attendre le décollement total du placenta ; on tiraille le cordon, au risque de l'arracher, et en moins de vingt minutes le placenta est extrait, plus ou moins incomplet et déchiqueté. Généralement, il faut attendre patiemment une heure et même deux heures, et si le placenta n'est pas expulsé dans le vagin, et facile à extraire SANS TIRER, on introduit doucement la main ramassée en cône et bien soigneusement brossée, désinfectée et vaselinée, dans le vagin et dans le col utérin pour décoller manuellement les adhérences du placenta.

L'extraction doit toujours se faire avec grande douceur pour ne pas risquer un arrachement même minime. Le placenta sera méticuleusement visité et s'il paraît y manquer un fragment, il faudra réintroduire la main, après brossage et désinfection soignés, et explorer méthodiquement la cavité utérine pour retrouver le fragment récalcitrant. D'abondantes irrigations à 48° seront ensuite employées pour déterger la muqueuse utérine et ces irrigations seront répétées matin et soir pendant tout le temps que dureront les lochies.

Si le thermomètre indique la moindre élévation, il n'y a pas une heure à perdre, il ne faut pas s'engourdir dans une coupable quiétude ; immédiatement, on installe l'irrigation continue à la liqueur de Labarraque dans la proportion de 2 cuillerées à soupe par litre d'eau bouillie chaude. ou au liquide de Dakin, avec la sonde de Doléris et l'on fait des piqûres d'électrargol, de lantol, ou de septicémine.

Si, APRÈS LA DÉLIVRANCE, et après l'injection très chaude consécutive, l'écoulement sanguin ne s'arrête pas, il faut recourir à l'injection sous-cutanée de rétropituine (physéine Grémy, ou rétropituine Carrion), ou d'ergotine Yvon. Tarnier pratiquait volontiers, dans ce cas, l'écouvillonnage de la cavité utérine avec une sorte de porte-ouate mousse bien garni de gaze stérilisée hydrophile.

A tout prix, la curette tranchante doit être repoussée ; elle est fort dangereuse, car la paroi utérine est friable et molle, et rien n'est plus facile que de la percer, presque sans s'en douter.

En réalité, il n'y a que les extrémités des doigts de l'accoucheur, qui puissent se rendre bien compte du travail accompli et à accomplir, pour enlever débris et caillots sanguins putréfiés.

III

SUITES DE COUCHES NON IMMÉDIATES.

Les modifications profondes que produit la grossesse dans l'organisme féminin, non seulement dans les organes génitaux, mais dans la composition du plasma sanguin et dans l'hématopoïèse, prédisposent singulièrement les accouchées aux coagulations sanguines et aux thromboses veineuses.

C'est un fait qu'il ne faut jamais perdre de vue au cours des soins de la convalescence d'un accouchement. Même normal pendant toute son évolution, l'accouchement peut être suivi, dans les premières semaines consécutives et, en général, jusqu'au retour de couches chez les femmes qui n'allaitent pas, d'une phlébite unique ou multiple.

L'apparition de ce grave accident est habituellement soudain ; il se manifeste par une douleur spontanée dans un mollet ou dans une cuisse ; il est souvent possible de le dépister avant sa manifestation douloureuse spontanée, en prenant soin, tous les jours pendant les deux premières semaines, d'explorer les trajets veineux des membres inférieurs avec douceur et méthode

Ne traitons jamais par la négligence et surtout, jamais par le massage, une douleur spontanée ou provoquée par la pression en quelque région qu'elle apparaisse dans les membres inférieurs.

La conduite à tenir est la suivante :

1° Immobiliser dans l'ouate et même dans une gouttière *bien capitonnée* ;

2° Prendre la température toutes les quatre heures. La phlébite des suites de couches, même sans infection utérine apparente, s'accompagne toujours d'élévation de température, entre 37°8 et 39°5.

Désormais, il ne faudra plus perdre de vue ces deux points : température et immoibilité absolue du membre malade.

Pour lutter contre l'œdème, on peut envelopper la jambe ou la cuisse malade de compresses imbibées de solution saturée de chlorhydrate d'ammoniaque, et recouvrir ces compresses d'ouate en couche épaisse et de taffetas gommé ; mais, il faudra bien prendre soin de disposer cet enveloppement comme l'appareil de Scultet, puisqu'il faut éviter tout mouvement, comme s'il y avait fracture. Comme adjuvant, on peut faire absorber à l'accouchée du citrate de soude ou du jus de citrons pour tâcher d'aider lentement la liquéfaction du caillot.

En aucun cas, il n'est possible de préciser la durée de l'immobilisatio n qui varie de 3 semaines à 3 mois ; et le thermomètre sera seul guide pour la libération de tout pansement immobilisateur.

Quand la température sera tombée à 37° ou au-dessous, depuis 7 jours, on essayera doucement et progressivement le massage pour activer le retour de la circulation et des fonctions du membre. Une grande surveillance s'impose alors et la permission de se lever et de marcher ne sera donnée qu'après la disparition totale de l'enflure et le maintien de la températrure à 37° ou au-dessous.

Il est superflu d'insister sur la menace d'embolie et de mort subite qui pèse sur la jeune accouchée atteinte de phlébite mal soignée et mal surveillée.

— A côté de la thrombose et de la coagulabilité excessive du sang dans les suites de couches, on observe parfois l'inverse, je veux dire, la persistance exagérée des pertes sanguines. Bien entendu, j'élimine les hémorrhagies dues à la présence de caillots et de fragments placentaires « oubliés » dans la cavité utérine. Soit hémophilie, soit défaut de subinvolution et de rétraction des sinus utérins, les hémorrhagies se prolongent malgré les irrigations intra-utérines à 48°. Il faut toujours éviter l'emploi de la toxique ergotine ; c'est alors que l'emploi alternatif de la rétropituine et de l'adrénaline en injections sous-cutanées paraît bien indiqué. On donnera à l'intérieur cinq ou six comprimés de stypticine ou pilules d'hydrastinine ; enfin, on s'assurera qu'il n'y a pas de constipation, la congestion pelvienne que provoque et entretient la constipation suffisant souvent pour entretenir les pertes sanguines.

Dr Paul HUGUENIN.

A TRAVERS LA PRESSE

La colloïdothérapie dans la fièvre typhoïde.

M. RIMBAUD se déclare partisan de l'injection intra-veineuse d'abord d'électrargol et, si les résultats sont insuffisants, de collobiase d'or. Mais il recommande de procéder par petites doses : 1/2 cmc. pour débuter, puis 1 et 1 1/2 cmc. aux injections suivantes. En procédant ainsi, pas de réaction excessive, tandis que la température est influencée, que les phénomènes infectieux s'atténuent, que la langue redevient humide, que la diurèse se rétablit et que le myocarde lui-même redevient résistant. (*Languedoc médical*, 10 avril 1921.)

Le botulisme.

Le botulisme est un empoisonnement causé par l'ingestion d'aliments de conserves, d'origine végétale aussi bien qu'animale, dans lesquels s'est développé le b. botulinus, bactérie strictement anaérobie, lequel secrète une toxine éminemment dangereuse.

Cliniquement, on observe, après une période de latence de 18 à 24 heures à la suite de l'absorption de l'aliment toxique, des phénomènes gastro-intestinaux, plus ou moins prononcés, douleurs gastriques, nausées, vomissements, et surtout constipation opiniâtre, avec distension gazeuse de l'intestin. A ces symptômes s'ajoute une sensation de malaise, de fatigue, des étourdissements, de la faiblesse musculaire. Puis, apparaissent les symptômes neuro-paralytiques qui sont spéciaux à cet empoisonnement, affectant d'abord la musculature de l'œil (perte de l'accommodation, du réflexe lumineux, mydriase, paralysies des muscles extrinsèques, strabisme, diplopie, ptosis, avec intégrité habituelle du fond de l'œil). En même temps, on observe une sécheresse absolue de la bouche, du pharynx et des fosses nasales, dont les muqueuses sont rouges, luisantes , la langue étant recouverte d'un enduit saburral. La dysphagie est la règle ; la paralysie gagne les muscles du voile du palais, du pharynx, du larynx d'où des troubles de la déglutition et de la phonation.

Puis les muscles volontaires sont atteints dans leur contractilité : on constate de la faiblesse avec incoordination des mouvements.

La constipation est toujours opiniâtre, invincible, la peau d'une sécheresse généralisée par absence de sécrétion sudorale.

En regard de cet ensemble, il n'y a pas de fièvre, d'exanthèmes, de troubles sensitifs, et sensoriels, etc.

Plus tard, enfin, quand l'évolution est fatale, les troubles bulbaires prédominent et la mort survient soit par faillite de la respiration, soit par broncho-pneumonie de déglutition.

On fera le diagnostic avec l'occlusion intestinale, certaines intoxications alimentaires fébriles ; les affections neurologiques (polyomyélite aiguë, paralysie bulbaire, polynévrite, hystérie, encéphalite épidémique, paralysie diphtérique) ; les troubles oculaires dus à des alcaloïdes végétaux, ou aux spiritueux, etc.

Le traitement sera prophylactique et curatif. La prophylaxie consistera à « rejeter impitoya-« blement de l'alimentation sans la goûter toute « conserve suspecte par son aspect et particu-« lièrement toute conserve présentant une odeur « butyrique ou rance même légère, ou des signes « de fermentation, bulles de gaz, couvercle « bombé ; ne pas consommer à l'état cru les ali-« ments qui se prêtent aux fermentations anaéro-« bies, saucisses, viande et poisson salé, conser-« ves de viande, etc. La cuisson préalable de cinq « minutes s'impose ; elle suffit, en détruisant la « toxine, à rendre inoffensifs des aliments meur-« triers. »

Curativement, on prescrira les lavages d'estomac, mais surtout les purgatifs salins, les injections rectales (goutte à goutte) ou sous-cutanées de solution physiologique, la strychnine à haute dose, la pilocarpine, sont indiquées.

Les tentatives de sérothérapie anti-toxiques n'ont, selon l'auteur, M. P. Marie, donné aucun résultat positif. (*Presse Méd.*, 23 avril 1921.)

L'orientation du traitement de la blennorragie.

Il n'y a pas une blennorragie, mais des blennorragiques, dont il faut obtenir la dégonococcisation. Quels sont les meilleurs procédés à employer dans ce but ? C'est ce qu'examine M. Cattier (*Paris Méd.*, 23 avril 1921).

On aura donc recours à la méthode abortive, quand la chose sera possible. Malheureusement, dans la pratique, le cas est très rare.

Dans l'urétrite chronique, le massage des urètres est bien supérieur aux grands lavages, systématiquement prescrits, mais à la condition que ce massage soit pratiqué « de façon experte, au bon endroit, sans traumatisme, et sans brusquerie, sur un plan résistant, associé parfois à un antiseptique bien choisi. »

Si l'urétrite chronique demeure rebelle à cette méthode, on aura recours à la diathermie endo-urétrale, avec le thermo-béniqué.

La vaccinothérapie donne d'appréciables résultats dans les gonococcies généralisées et dans les arthrites blennorragiques.

L'autovaccinothérapie ne dispense pas du traitement local et comporte un grand nombre de piqûres : elle est, à ce point de vue, assez peu pratique.

En ce qui concerne l'autovaccinothérapie spontanée, « les recherches dans ce sens présentent le plus vif intérêt sans qu'on puisse affirmer si l'avenir appartient plutôt à l'autovaccinothérapie qu'à la sérothérapie anti-gonococcique. »

Le critérium de la guérison est assez difficile à préciser. La blennorragie est plus génitale qu'urinaire. On a donc eu l'idée de rechercher le gonocoque dans le sperme, recherche difficile à tous les points de vue.

La dégonococcisation de la femme est encore plus difficile à réaliser. On recherchera le critère de la guérison dans l'examen de toutes les sécrétions génito-urinaires féminines, en les recueillant autant que possible au début de la menstruation.

Pour terminer, l'auteur recommande aux blennoragiques présumés guéris d'observer un carême de trois mois pendant lequel le coït sera simplement hygiénique, c'est-à-dire rare et prudent, et l'on s'abstiendra de toute prouesse génitale et de tout excès alcoolique.

Le nœud chirurgical

Il est important à réaliser pour assurer la sécurité des ligatures et des sutures. Il faut qu'il ne

puisse se desserrer spontanément et qu'on puisse au besoin le resserrer.

M. TOUPET décrit le nœud optimum dans les termes suivants (*Journ. des Prat.*, 23 avril 1921) :

Les deux premiers nœuds se font avec le même chef, l'autre étant tendu, le troisième (nœud d'arrêt) se fait avec le chef jusque-là tendu et inactif en ayant bien soin de tendre cette fois le chef qui a servi à faire les deux premiers nœuds En d'autres termes, on fait deux demi-clés avec l'un des chefs du fil et une troisième demi-clé avec l'autre chef.

Traitement thyroïdien de la furonculose.

Dans un cas d'eczéma compliqué de furonculose, M. SAVINI eut l'idée de soumettre la malade au traitement thyroïdien, qui la guérit en trois semaines.

Il appliqua dans la suite le même traitement à des cas rebelles de furonculose et les résultats ont toujours été satisfaisants.

L'auteur fait prendre à ses malades des doses petites et espacées de poudre de thyroïde (0,02 et 0,03 tous les deux jours).

« Deux à trois semaines après le début de ce « traitement, on commence à en saisir les bons « effets : l'apparition de nouveaux furoncles se « ralentit et finit par cesser tout à fait ; ceux « qui avaient commencé à peine à pousser dans « l'intervalle s'arrêtent dans leur évolution ; tous « les phénomènes inflammatoires s'atténuent et « disparaissent, de sorte qu'il y a avortement des lésions avec résorption complète ; les fu- « roncles qui étaient déjà trop avancés sont « moins influencés, peut-être leur évolution « est-elle précipitée. Parfois il faut continuer le « traitement pendant 4 semaines pour obtenir « le résultat désiré, mais d'habitude, le terme « moyen est de 3 semaines. Nous avons obtenu la « guérison chez tous nos malades. Il est aussi néces- « saire d'interrompre le traitement pour éviter « les accidents d'intolérance possibles, que de le « reprendre périodiquement pendant quelque « temps (10 à 15 jours par mois) après la guérison « pour prévenir les récidives menaçantes. » (*Progrès Méd.*, 23 avril 1921.)

Les extraits d'hypophyse en obstétrique.

La question est d'importance, puisqu'elle contribue, au dire des partisans de la méthode, à raréfier considérablement l'emploi du forceps : aussi revient-elle périodiquement dans les sommaires des gazettes médicales.

L'hypophyse, l'extrait pituitaire, ne convient qu'à l'inertie utérine secondaire, en l'absence de causes de dystocie. Cependant, l'inertie primitive peut céder à son action, en même temps que se déclenche le travail.

« Dans de bonnes conditions, écrit M. POULIOT, l'on obtiendra presque toujours dans l'i- « nertie primitive le déclenchement d'un tra- « vail régulier, dans l'inertie secondaire, un accou- « chement spontané extra-rapide ; l'application « de forceps est devenue une quasi-rareté dans « la clientèle des fervents de l'extrait d'hypophy- « se. »

Contre l'emploi de l'extrait d'hypophyse, on signale son échec, argument de peu de valeur ; des accidents maternels, les uns immédiats (palpitations, vertiges, vomissements, syncope), les autres tardifs (contracture de l'anneau de Bandl, tétanisation et rupture utérines). L'intoxication gravidique ainsi que toutes les causes de dystocie sont des contre-indications formelles. L'enfant, de son côté, peut naître étonné, mais sans qu'on puisse incriminer, à coup sûr l'hypophyse, puisque celle-ci n'est utilisée que lorsqu'il y a une cause préalable à son emploi, cause qui n'est pas sans influence sur le fœtus. La procidence du cordon, la rupture prématurée des membranes et la présentation du siège sont aussi des contre-indications.

On n'injectera que de l'extrait de lobe postérieur de la glande tenu à l'abri de la lumière et de la chaleur, à la dose de 10 cgr. de glande fraîche, en ampoules de 1/2, 1 et 2 cmc., dose unique obstétricale, la dose gynécologique, dans les suites de couche, étant moitié moindre, injectée hypodermiquement ou intra-musculairement.

« Tout au plus une injection itérative sera-t- « elle de mise deux heures ou deux heures 1/2 « après la première, quand l'effet d'abord in- « tense de celle-ci se sera progressivement atténué « jusqu'à disparaître. »

Précautions à prendre : seringue refroidie, disparition de toute trace d'alcool sur la peau et dans la seringue, injection poussée dans le tissu cellulaire, en évitant les vaisseaux.

L'ictus laryngé des bronchitiques.

L'ictus laryngé tabétique est classiquement connu. L'affection qu'ont en vue MM. LIAN et PINART « survient, dans la grande majorité « des cas, comme complication d'une affection « chronique des voies respiratoires », en dehors du tabès.

On la rencontre chez les bronchitiques chroniques, les asthmatiques, les emphysémateux, à partir de 40 ans, prédominant chez les hommes, et affectionnant le terrain arthritique. L'éthylisme y prédispose. L'accès survient assez souvent à la fin du repas, ou à l'occasion d'une excitation locale (fumée du tabac, odeurs pénétrantes, éclat de rire).

Cliniquement, l'ictus laryngé, dans sa forme franche, débute par un chatouillement au niveau du larynx, suivi d'une toux quinteuse accom-

pagnée de congestion du visage, avec turgescence des veines, sensation de malaise indéfinissable, alourdissement intellectuel, brouille des idées, puis, subitement, de perte de connaissance complète, avec chute, et résolution musculaire. Celle-ci est de très courte durée. Le malade revient à lui et reprend totalement et immédiatement possession de toute sa conscience. Il n'y a ni secousses musculaires, ni morsures de la langue, ni paralysie des sphincters. Parfois, un peu de tremblement des membres supérieurs.

Dans les formes larvées, le chatouillement et la quinte de toux sont constatés, mais la perte complète de connaissance fait défaut : elle n'est qu'ébauchée (vue troublée, idées obscurcies momentanément.)

On fera le diagnostic de l'ictus laryngé avec les syncopes diverses, l'attaque d'apoplexie, la crise épileptique franche ou larvée, le vertige de Ménière, l'ictus tabétique... Certains ictus sont conditionnés par une lésion grave du larynx, cancer, syphilis, tuberculose ; ils peuvent compliquer un accès de spasme de la glotte ; ils sont généralement uniques et mortels. D'autres procèdent de certaines irritations locales : polypes, corps étrangers du larynx, badigeonnages intralaryngés, vapeurs irritantes, etc.

Au point de vue pathogénique, les auteurs se déclarent partisans de la théorie réflexe de préférence à la théorie circulatoire. Ils ont noté, en effet, par la recherche du réflexe oculo-cardiaque, l'existence d'une vagotonie manifeste.

Le pronostic est généralement bénin. « L'ictus « laryngé, chez les bronchitiques, n'a jamais « abouti à la mort subite. Le pronostic est donc « favorable.

Le traitement consistera d'abord à chercher à faire avorter l'accès, quand il est annoncé par des signes prémonitoires (chatouillement), en suçant des pastilles, en cocaïnisant la gorge, etc. En outre, on agira sur l'affection broncho-pulmonaire en cause. Enfin, on agira sur la vagotonie avec la belladone, qui est le médicament de choix. (*Gaz. des hôp.*, 1921, n° 34.)

L'auto-sérothérapie et l'auto-hématothérapie dans les dermatoses.

Les premiers essais de sérothérapie dans les dermatoses furent tentés en 1911 dans le traitement de l'herpès gestationis. Depuis, la méthode a été perfectionnée et simplifiée, et l'autosérothérapie, réalisée avec le sérum du malade lui-même a donné des résultats surprenants dans l'eczéma, la dermatose herpétiforme, le psoriasis, etc. Des effets analogues furent obtenus dans le chancre mou.

M. Ravaut a eu l'idée de substituer au sérum sanguin le sang total du malade, recueilli par ponction veineuse et réinjecté dans les muscles de la fesse, à la dose de 20 à 25 cmc. tous les deux jours, et même tous les jours. L'efficacité en est identique à celle du sérum. L'auto-hématothérapie ainsi pratiquée a triomphé de prurits violents qui avaient résisté jusqu'alors à tous les traitements.

D'après M. Cheinisse, qui se fait l'écho de ces faits particulièrement suggestifs, il semble que si l'autohématothérapie agit selon le mode de désensibilisation non spécifique de l'organisme, décrit par l'école de Widal, l'autosérothérapie constituerait une modalité du traitement par le choc colloïdoclasique. (*Presse Méd.*, 30 avril 1921.)

Quoiqu'il en soit de l'interprétation du mécanisme action de l'une et l'autre de ces méthodes, il faut en retenir pratiquement la ressource qu'elles constituent, dans le traitement des dermatoses, quand elles échappent aux moyens habituels.

Le syndrome Parkinsonien post-encéphalitique.

Le syndrome parkinsonien s'observerait assez fréquemment dans l'encéphalite épidémique (5 % des cas observés). MM. Barre et Reys, qui ont recueilli ces observations, étudient les symptômes communs à la maladie de Parkinson proprement dite, et au syndrome parkinsonien. Ce sont : la raideur, qui, dans le syndrome, affectionne la face (muscles masticateurs, muscles oculaires) ; le tremblement, constaté surtout à la face, puis aux membres supérieurs, enfin, aux membres inférieurs ; la lenteur des mouvements volontaires et l'absence de mouvements spontanés ; les troubles de l'équilibre, les vertiges et le nystagmus ; les troubles oculo-moteurs.

D'autres signes appartiennent en propre au syndrome et sortent du cadre habituel de la maladie de Parkinson. Ce sont : les douleurs, dues à des compressions funiculo-ganglionnaires des racines rachidiennes ; l'état mental, comportant une euphorie marquée. « Suivant les « cas, on se trouve en face de malades qui gar- « dent une insouciance singulière ou manifes- « tent même une gaieté incompréhensible. »

Enfin, d'autres symptômes, par leur absence dans le syndrome, contribuent à le différencier de la maladie type. Ce sont les troubles vaso-moteurs.

Selon les cas, le syndrome constitue la manifestation initiale et dominante de la maladie ; ou bien se développe comme une séquelle immédiate ; ou bien enfin, apparaît tardivement et pendant la convalescence. Il a une tendance marquée à la chronicité.

Le traitement aura recours à la scopolamine et à l'atropine. (*Bull. Méd.*, 30 avril 1921.)

G. D.

THÉRAPEUTIQUE APPLIQUÉE

Comment calmer les états anxieux et agités et procurer le sommeil aux malades qui souffrent.

Nous avons traité dans un article précédent du traitement par le dial de l'insomnie des névropathes. Si, chez ces malades, le dial seul permet le plus souvent la récupération du sommeil, il peut être indiqué parfois d'avoir recours à une médication plus énergique, en présence de troubles plus graves que la simple hypersensibilité nerveuse, et aussi dans les insomnies liées à la douleur.

C'est ainsi que dans les psychoses avec agitation maniaque, que chez les malades qui ne dorment pas *parce qu'ils souffrent* d'un traumatisme d'une névrite, d'un zona, d'un cancer douloureux, voire d'une banale odontalgie, le dial pourra ne pas donner les résultats attendus. Plutôt que d'avoir alors recours à l'opium et à ses dérivés directs, sur l'administration desquels il convient pour toutes sortes de raisons d'être extrêmement circonspect, on pourra prescrire à ces malades, non plus le dial, dont on peut suspecter l'insuffisance, mais le *didial*, médicament de même ordre, mais dont l'activité est multipliée.

Qu'est-ce donc que le didial ? Cette préparation qui fit son entrée dans la thérapeutique quelques années après le dial, est composée, elle aussi, pour la plus grande part de diallylmalonylurée avec adjonction d'une combinaison stable, d'un sel, le diallylmalonylurate d'éthyl-morphine. Mais, dira-t-on, on retrouve alors dans ce médicament le dérivé morphinique que l'on se proposait précisément d'éviter avec lui. Sans doute, mais que l'on veuille bien considérer ceci : la dose normale, moyenne, du didial est de 0 gr. 10 ; or, ces 10 centigr. de didial renferment 0 gr. 012 d'éthylmorphine combinée, l'éthylmorphine étant, comme l'on sait, homologue de la codéine dont elle ne diffère que par la substitution d'un groupement éthyl au radical méthyl de la codéine. Elle représente, en somme, un dérivé bénin de la morphine, et n'a pas, comme cette dernière, cette fâcheuse aptitude à provoquer l'accoutumance, elle ne détermine, non plus, aucun accident secondaire. Mais sur quoi il convient d'insister, c'est cette dose extrêmement faible de 0 gr. 012 qui suffit, lorsqu'elle est associée à la malonylurée, à donner une action calmante, sédative et analgésique, assez puissante pour calmer les agités anxieux ou délirants, ou procurer le sommeil aux malades en proie à une affection douloureuse. Il y a là, évidemment, dans l'action combinée de ces deux corps, une multiplication des propriétés propres à chacun d'eux qui assure, au total, un résultat calmant et analgésique qui ne pourrait être obtenu qu'avec des doses triples ou quadruples de morphine.

Observation.

L.C. 48 ans. Névralgie sciatique de la jambe gauche dont l'étiologie reste obscure. Début brusque il y a 8 mois, ayant nécessité l'alitement et la cessation de toute activité. Rien de particulier dans les antécédents, pas de spécificité, W négatif. Le toucher rectal ne révèle ni tumeur ni exostose faisant pression sur le sciatique. Au début, état subfébrile pendant 8-10 jours ; la douleur était alors extrêmement vive, parfois atroce lors des exacerbations, qui se produisaient au moindre mouvement ou à l'occasion de la toux, de l'éternuement. La morphine seule pouvait procurer quelques heures de repos ; le sommeil sans elle était impossible. Cette douleur perdit ensuite un peu de son acuité mais, cependant, même au repos et dans l'immobilité la plus absolue, la sensation gravative était toujours très pénible et les exacerbations très fatigantes pour le malade, dont la physionomie révélait l'état de dépression et d'excitabilité nerveuse. Devant l'échec de diverses thérapeutiques, on essaye le didial, un comprimé le soir au coucher, un autre, en deux fois, au cours de la journée. Dès le premier soir, résultat très sensible qui devint meilleur encore le lendemain et les jours suivants. Le malade pouvant dormir retrouva un meilleur équilibre nerveux et fit une saison à Aix. Il en revint sensiblement amélioré, la douleur s'atténua peu à peu et disparut enfin complètement vers le 8e mois. Il fut fait usage du didial pendant deux mois au moins, à la dose de 2 comprimés pendant les 8 premiers jours, puis à doses décroissantes ensuite.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

Paris

L'opothérapie cardiaque.

(M. A. Martinet. — *Académie de médecine.*)

Partant de cette idée que le tissu myocardique doit posséder, par un principe encore inconnu, des propriétés électives sur la trophicité du cœur, M. Martinet a essayé l'action de l'opothérapie cardiaque. Cette médication lui est apparue, à l'usage, comme un tonique éprouvé de la débilité myocardique constitutionnelle et de la dégénérescence cardiaque acquise. Elle semble agir surtout comme médication trophique, susceptible d'accroître de

façon appréciable la puissance de réserve du cœur.
Elle trouverait ses indications dans tous les cas de défaillance ou de dégénerescence aiguë ou chronique du muscle cardiaque, étant entendu qu'elle sera combinée s'il y a lieu aux agents médicamenteux adéquats.

Sur l'examen des crachats.

(MM. F. BEZANÇON et BIROS. — *Académie de médecine.*)

MM. Bezançon et Biros font une communication sur l'importance de l'examen direct extemporané des crachats, *après lavage,* pour l'étude des infections secondaires ou associées des tuberculeux.

Urticaire par tachyphagie.

(MM. PAGNIEZ et DE GENNES. — *Société médicale des hôpitaux.*)

M. Joltrain publiait récemment une observation d'urticaire par fatigue. M. Pagniez rapporte aujourd'hui un cas d'urticaire par tachyphagie. Le malade en question était atteint d'éruptions quotidiennes d'urticaire, quelle que fût son alimentation. C'était un grand tachyphage qui prenait ses repas en 10 à 15 minutes. Lorsqu'il consentait à manger lentement, l'urticaire ne se produisait pas : elle reprenait quand le sujet revenait à ses habitudes tachyphagiques.

M. Pagniez rechercha, chez ce malade, le choc hémoclasique. Il ne le trouva pas après le repas tachyphagique mais il existait au repas suivant, même pris lentement. Les choses se passaient comme si l'ingestion rapide du repas de midi avait pour conséquence de mettre l'organisme en état de subir un phénomène de choc par l'ingestion normale du repas du soir. Cette constatation hématologique cadre avec certains faits cliniques observés par MM. Pagniez et Vallery-Radot, dans lesquels la migraine et l'urticaire sont apparus non pas aussitôt après le repas nocif, mais consécutivement au repas suivant.

Le pétrole dans le traitement de la fièvre récurrente.

(M. R. SACEGHEM. — *Société belge de biologie.*)

Dans le Ruanda belge, la fièvre récurrente est très commune et sévit, en particulier, dans les grands centres. Le traitement employé dans cette colonie est le pétrole, administré par la bouche, à la dose d'une cuillerée matin et soir, pendant 4 jours consécutifs. Les guérisons obtenues sont nombreuses.

Le pétrole constitue ainsi un médicament actif dans la fièvre spirillaire, au même titre que le traitement classique par le salvarsan.

La réaction de Sachs-Georgi dans la syphilis héréditaire.

(MM. DE CASTRO FREIRE et DE MENEZES. — *Société biologique de Lisbonne.*)

Récemment, à la suite de nombreux travaux préparatoires sur la floculation des sérums et sur l'emploi d'extraits d'organes alcooliques cholestérinés, on est parvenu à obtenir des réactions dites de flocculation ou de précipitation. Parmi ces réactions se placent celles de Meinicke et de Sachs-Georgi, que l'on a présentées comme plus simples que la réaction de Wassermann. MM. Castro Freire et Menezes ont étudié le Sachs-Georgi dans la syphilis héréditaire. Il ne leur a pas semblé qu'il offrait des avantages sur la réaction de Bordet-Wassermann.

Correction de la bouche dans la paralysie faciale.

(M. OMBRÉDANNE. — *Société de chirurgie.*)

M. Ombrédanne, pour corriger la difformité de la paralysie faciale, a eu recours, chez une jeune fille de 19 ans, à un petit appareil composé d'un crochet prenant point d'appui sur les dents supérieures et d'une agrafe posée sur la commissure. L'appareil n'est porté que le jour.

M. MAUCLAIRE a pratiqué, dans un cas analogue, la transplantation musculaire d'une partie du masseter sur le buccinateur. Le segment de muscle fonctionna très bien, relevant le pli commissural quand le malade parlait ou riait.

Essai de bactériothérapie par extraits microbiens.

(MM. H. VALLÉE et L. BAZY. — *Société de chirurgie.*)

La bactériothérapie est une question très complexe, dont nous sommes loin de posséder toutes les données. Après avoir passé par une phase de bactériothérapie spécifique (emploi des microbes générateurs de la maladie), on est arrivé à établir la réalité d'actions bactériothérapiques non spécifiques. Ainsi, Govers et Wright ont apporté des preuves de l'efficacité, dans des infections diverses, d'extraits microbiens non spécifiques.

Partant de là, MM. Vallée et L. Bazy ont préparé des extraits staphylococciques solubles et stables qu'ils ont employés avec succès dans le traitement des furoncles, anthrax, abcès du sein, lymphangite, adéno-phlegmons. L'action curative est alors d'ordre paraspécifique.

M. L. Bazy ajoute que cette méthode, valable pour la cure de ces affections, n'agit plus lorsqu'on recherche la prévention. La doctrine de la spécificité, si elle ne s'applique pas intégralement au traitement bactériothérapique des infections conserve toute sa valeur pour la prévention de celles-ci, pour la prophylaxie. Ainsi, on peut guérir une furonculose avec un extrait staphylococcique quel-

conque ; mais, pour prévenir la rechute, un autovaccin est souvent nécessaire.

Lésions de l'hypophyse dans les fractures de la base du crâne.

(MM. Reverchon et Worms. — *Société de chirurgie.*)

MM. Reverchon et Worms ont observé un blessé qui, à la suite d'une fracture de la base du crâne présenta des troubles rattachables à une lésion traumatique de l'hypophyse (polydipsie, polyurie, asthénie). L'autopsie montra que l'hypophyse était effectivement réduite à une petite masse nodulaire englobée dans une forte capsule fibreuse.

M. Rouvillois pense qu'il serait toujours utile, dans les fractures de la base du crâne, de rechercher, outre les signes classiques connus de la fracture, les signes plus discrets, en particulier ceux d'une altération hypophysaire (diabète insipide, amaigrissement, hypotension, puérilisme mental). L'opothérapie hypophysaire pourrait trouver alors son indication.

Invagination de l'intestin grêle déterminée par polypes fibreux.

(M. Naudrot, de Montargis. — *Société de chirurgie.*)

M. Okinczyc lit un rapport sur un travail de M. Naudrot intitulé : trois observations d'invagination de l'intestin grêle déterminée par polypes fibreux. C'est une variété d'invagination *secondaire* assez rarement rencontrée.

Sténose hypertrophique du pylore, chez le nourrisson.

(M. Brun. — *Société de chirurgie.*)

M. Pierre Frédet présente un rapport sur une observation de M. Brun, de Tunis, relative à un cas de sténose hypertrophique du pylore chez un nourrisson, traitée et guérie par gastro-entérostomie.

La sténose hypertrophique du pylore chez le nourrisson est une affection qui paraît fréquente dans les pays anglo-saxons. En tous cas, les auteurs américains en parlent beaucoup. Elle semble plus rare, ou du moins est plus rarement reconnue, en France. Elle se traduit, on le sait, par des vomissements alimentaires qui débutent 2, 3, 4 semaines après la naissance et s'accompagnent de dénutrition de l'enfant. On diagnostique : « vomissements incoercibles », et l'on essaye divers traitements médicaux dont les résultats sont toujours précaires. On peut quelquefois — rarement il est vrai — sentir la tumeur pylorique et voir des mouvements péristaltiques.

La cure chirurgicale, lorsqu'elle est nécessaire, comprend la pylorotomie extra-muqueuse et la gastro-entérostomie.

Traitement de la maladie de Raynaud par la sympathicotomie péri-artérielle.

(MM. Ramond, Gernez et A. Petit. — *Société de chirurgie.*)

La chirurgie du grand sympathique étant à l'ordre du jour pour le traitement de la causalgie, des spasmes musculaires, de la gangrène sénile, des plaies variqueuses, des troubles trophiques, M. Mauclaire rapporte, au nom de MM. Ramond, Gernez et Petit, un cas de maladie de Raynaud traité par sympathicotomie péri-artérielle. Le résultat a été excellent.

M. Mauclaire a eu l'occasion personnellement, de pratiquer la sympathicotomie péri-artérielle (opération de Leriche) chez deux malades atteints de mal perforant plantaire. Les troubles morbides n'ont pas été modifiés.

M. Robineau a eu recours à la sympathicotomie dans un cas de maladie de Raynaud. Le résultat immédiat a été bon, mais n'a pas duré plus de huit à dix jours.

P. L.

BIBLIOGRAPHIE CRITIQUE

Revue des Livres.

(Librairie J. B. Baillière, Paris.)

Dr F. Cathelin. Les principes directeurs de la chirurgie contemporaine.

Cette brochure, d'une lecture particulièrement attachante, est tout ensemble un livre d'histoire et de philosophie.

Sa première partie, en effet, est consacrée à l'évolution de la chirurgie depuis les temps préhistoriques jusqu'à nos jours, depuis son aurore, à l'époque du néolithe, jusqu'à son parfait épanouissement moderne, en passant par les Grecs, les Romains, les Arabes, puis les Croisades, la Renaissance, etc.

L'auteur expose les étapes successives et les progrès réalisés à la faveur de ce qu'il appelle les vraies Révolutions en médecine et en chirurgie, à la faveur des découvertes qui, dans la suite des siècles, ont enrichi la science : le microscope, la circulation du sang, l'anatomie, la médecine expérimentale (Cl. Bernard), la vaccination, l'auscultation, les doctrines pastoriennes, l'anesthésie générale, la forcipressure, l'antisepsie, etc.

Dans la deuxième partie, M. Cathelin examine les différentes méthodes d'enseignement et leurs accessoires, la vivisection, la mécanique instrumentale...

Enfin, la troisième partie, œuvre de synthèse, dégage la philosophie de la chirurgie et du chirurgien. La chirurgie est-elle une science ou un

art ? Les diverses mentalités chirurgicales, l'instinct chirurgical. Qu'est-ce qu'un savant en chirurgie ? La conscience du chirurgien.

Tout ce dernier chapitre est une réplique des plus remarquables de l'admirable page de J. L. Faure sur l'Ame chirurgicale.

« Ce livre n'a aucune prétention, l'auteur ayant « passé l'âge où l'on en garde encore ; c'est le « travail d'un penseur qui a constamment regardé « autour de lui dans la partie de la médecine où « ses aptitudes naturelles l'ont conduit et dont « la direction première a toujours été celle de l'é« tude générale des sciences. »

Ces lignes, qui terminent la Préface de ce livre, définissent parfaitement l'esprit qui a présidé à sa conception et à son exécution.

Nous ajouterons que si l'auteur a regardé, il a en même temps su voir ; aussi tout est-il profit pour le lecteur, dans l'exposé de cette intéressante prospection.

G. D.

Revue des Thèses.

Paris

Dr René Lecarpentier-Dubosq. — **De la nature tuberculeuse de certaines pseudo-tumeurs consécutives à l'injection sous-cutanée de paraffine ou d'huiles irritantes.** Paris. Jouve et Cie, éditeurs, 15, rue Racine, 1921.

La paraffine, certaines huiles minérales, et parfois les huiles végétales peuvent se comporter comme des corps étrangers irritants et déterminer, dans les tissus où ils ont été injectés, des pseudo-tumeurs par simple réaction d'enkystement de corps étrangers et des sarcoïdes par corps étranger.

Celles-ci traduisent l'existence d'une infection latente surajoutée, infection le plus souvent tuberculeuse. La tuberculose agit vraisemblablement en étant le facteur principal d'une diathèse fibro-conjonctive. Les tissus, en présence du corps étranger et avec le concours de cette diathèse, réagissent en formant une sarcoïde artificielle, tantôt sans y localiser l'infection tuberculeuse, tantôt au contraire en l'y fixant et en la déclanchant *in situ*.

Dr Gaston Bergès. — **La phényléthylmalonylurée (Gardénal, Luminal) dans le traitement de l'épilepsie.** Paris. Imprimerie Polyglotte N. L. Danzig, 1921.

La phényléthylmalonylurée est douée d'un pouvoir anti-spasmodique spécial dans l'épilepsie. Son action est plus manifeste que celle des meilleurs médicaments, puisqu'elle semble juguler les crises d'autant mieux et d'autant plus vite qu'elles sont plus franches et plus nombreuses, et qu'elle améliore l'état mental chronique (bradypsychie, amnésie, caractère), l'état général, en même temps que l'aptitude au travail devient plus grande.

La somnolence et les phénomènes d'excitation, observés en général au début du traitement, sont toujours sans gravité et cèdent habituellement d'eux-mêmes, sans exiger la suspension du médicament.

Les contre-indications restent limitées aux lésions graves du cœur et du rein.

Montpellier

Dr Lucien Planté. — **Malformations ano-rectales. Les malformations coexistantes.** Montpellier. Imprimerie Firmin et Montane, 1921.

Les malformations ano-rectales ainsi que les malformations coexistantes, celles de l'appareil urinaire en particulier, restent le plus souvent méconnues pendant la vie du sujet ; il importe cependant de penser à leur existence possible.

Le médecin qui les connaîtra bien, ayant affaire à un nourrisson porteur d'une malformation ano-rectale, ne sera pas surpris s'il voit ce dernier succomber au bout de quelques jours ou de quelques semaines, la cure opératoire eût-elle été même des plus aisées. Il n'aura pas non plus commis l'imprudence de formuler prématurément, devant les parents de l'enfant, un pronostic trop optimiste.

Dr Wulfran Aube. — **L'ouabaïne. Son usage en thérapeutique cardiaque.** Montpellier. Imprimerie Firmin et Montane, 1921.

L'ouabaïne n'est pas un succédané de la digitale, mais complète son action, puisque la première ne s'adresse qu'à la contractilité et à la tonicité du myocarde, tandis que la seconde ne s'adresse qu'à son excitabilité et à sa conductibilité.

Ses contre-indications sont données par le diagnostic des lésions auxquelles on a affaire et aux résistances périphériques qui pourraient amener une tétanisation du myocarde.

Son mode d'emploi est fort simple, et le traitement doit être tenté, même dans les cas désespérés, surtout si la digitale donnée convenablement n'a pas amené de résultats antérieurs.

Avant d'employer l'ouabaïne par voie intraveineuse, on devra, par prudence, commencer par les injections intra-musculaires, à moins d'indications urgentes (1).

(1) L'Ouabaïne qui a servi aux expérimentations cliniques de l'auteur est l'Ouabaïne Arnoud.

PARTIE PROFESSIONNELLE

MÉDECINE SOCIALE

Le projet de loi assurance maladie-invalidité-vieillesse.

IX

Les modes de paiement.

Il est bien entendu que le libre choix du médecin est reconnu pour le malade et que nous laissons de côté un mode de paiement, dont le corps médical ne veut plus intendre parler: l'abonnement personnel. Aucun de nous ne voudrait, en effet, accepter une somme fixe annuelle pour soigner *à forfait* une série de familles ou d'assurés.

Nous nous trouvons donc en présence de trois modes de rémunération pour le corps médical, que nous étudierons successivement, en exposant quels sont, à notre avis, leurs avantages et leurs inconvénients.

1er *système*. Une somme forfaitaire est allouée chaque année par la caisse d'assurance au syndical médical local et celui-ci rétribue tous les médecins ayants droit, à la visite, après que le quantum du prix des différents actes médicaux aura été fixé, en divisant la somme forfaitaire par le nombre d'actes médicaux.

C'est le système proposé dans le projet de loi.

Avantages.

a) Pour la caisse, c'est la possibilité d'établir des prévisions budgétaires. Ce ne sera pas le saut dans l'inconnu, parce que, quel que soit le nombre de malades, la somme affectée au service médical restera toujours la même.

En second lieu, la caisse se décharge sur le syndicat médical de toute l'organisation du service médical : le syndicat devient un véritable entrepreneur de soins.

b) Pour les malades, les avantages consistent surtout en prestations en nature. Le système est peu compliqué : à l'heure où la maladie, l'invalidité, ou la naissance, peuvent amener un profond déséquilibre dans le budget familial, l'assuré ne devra débourser que le prix du ticket modérateur et non le total, parfois élevé, de visites nombreuses ou d'interventions chirurgicales.

c) Pour les médecins, une certaine sécurité existera pour les paiements : ce ne sera plus aux clients, aux consommateurs de soins que le praticien aura affaire, pour le règlement de son dû, mais au syndicat médical.

Par nos calculs personnels très approximatifs, nous estimons que, sur les quinze mille docteurs qui seront appelés à concourir au fonctionnement de la loi, chacun d'eux pourra prétendre à une somme de 20 à 25.000 francs par an, environ.

Inconvénients .

Nous craignons que ceux-ci soient nombreux à l'application.

A. Le plus grand défaut de toute organisation, qui s'interpose entre le malade et son médecin, c'est que le premier n'est plus intéressé à surveiller ce que fait le docteur. Le ticket modérateur pourra, il est vrai, jouer un peu dans ce sens ; mais ce ticket est vraiment trop faible. En effet, le malade, qui paye son médecin à chaque visite, s'aperçoit bien vite si la somme déboursée correspond au service rendu : il saura réprimer le zèle du praticien, si celui-ci a tendance à revenir trop souvent, pour son seul profit ; il comprendra à ses dépens qu'il est plus onéreux de réclamer une visite de nuit, qu'une de jour, que la consultation au domicile du médecin est moins chère que le déplacement de l'homme de l'art. Un traitement par piqûres ou par nombreux pansements, par séances de spécialités répétées, est-il proposé, le malade consulte sa bourse et ses disponibilités.

Mais, le jour où le client pourra tout s'offrir en ne déboursant que le seul prix du ticket modérateur, pourquoi se gêner ? Rien ne sera trop bon, trop compliqué, trop répété. Le cinéma, le bistro, la ballade à la campagne ne coûtent-ils pas autrement plus cher qu'un ticket de docteur à 5, 10 ou 20 sous.

B. En temps d'épidémie, les médecins seront appelés souvent et plus ils auront de travail, plus le prix de l'unité diminuera en fin d'année.

Il en résultera que les confrères peu consciencieux, n'étant pas réfrénés par l'esprit d'économie qu'oppose le malade, lorsque ce dernier paye lui-même, auront tendance à faire du zèle, à visiter trop souvent leurs clients sous le moindre prétexte, pour augmenter leur nombre de consultations et de visites. Le service de contrôle, me dira-t-on, pourra s'assurer du bien fondé de ces visites. Oui, mais combien difficile en campagne et dans les petites villes ?

Le résultat immédiat, c'est que les médecins de France devront pratiquer comme les confrères d'Alsace-Lorraine : faire des visites à la grosse, visites hâtives, précipitées, pour le plus grand dam des malades. Écoutons la voix de nos confrères alsaciens : ils dénoncent les difficultés du

service tel que nous le propose le gouvernement. Ils nous montrent même un avilissement des qualités intellectuelles et scientifiques de la profession, alors que les médecins ne se donnent plus la peine d'étudier, puisqu'ils en sont réduits à faire une médecine qui n'est pas même vétérinaire.

C. En effet, sauf dans les grandes villes, les médecins sont obligés de faire beaucoup de kilomètres dans une journée. Que sera-ce lorsque le malade saura que le ticket modérateur lui revient moins cher que son propre déplacement (frais de voiture, ou de tramway, ou de chemin de fer, perte d'une partie de la journée de travail, pour se rendre chez le médecin). Dans les sociétés mutuelles de l'Ain, où depuis longtemps fonctionne le système du ticket, le prix à débourser par le malade, pour une visite à domicile, atteint le tiers du prix total.

D. Mais tant mieux, me dira-t-on, les docteurs auront tendance à s'installer à la campagne, puisqu'ils y trouveront du travail. Ce raisonnement est tenu par ceux qui, n'étant pas médecins, ignorent tout de l'exercice de la profession dans nos régions rurales. Moi, qui pendant dix ans, ai mené la vie du praticien de petite ville (10.000 habitants), je puis affirmer qu'une grosse partie de ma vie professionnelle se passait en dehors de chez moi. J'avais une moyenne de 50 à 80 kilomètres d'auto par jour et nous étions quatre médecins, dans la localité, à en faire autant.

Or, en fin d'année, mes confrères et moi avions peu d'argent à placer, comme économie : l'auto revient trop cher, et cependant ce mode de transport rapide est socialement indispensable. Que dire de la période actuelle, où les frais d'auto sont bien différents de ceux antérieurs à 1910, puisque je suis à Paris depuis cette époque !

Oui, le médecin aura du travail à la campagne, mais ses frais seront supérieurs aux recettes.

E. En second lieu, les médecins ruraux seront désavantagés par rapport aux praticiens de ville. L'indemnité kilométrique, qui est à la base de l'exercice à la campagne, fera baisser considérablement le prix moyen de l'acte médical, alors qu'en ville, les frais de déplacement du docteur étant faibles, l'acte médical sera mieux rémunéré en fin d'année. Résultat : les médecins auront encore plus de tendance à résider en ville, puisqu'avec un travail physique moindre, ils auront droit à un prix de visite ou de consultation plus rémunérateur.

F. Un autre danger social se présente à mon esprit : il est dangereux, pour la collectivité, de placer perpétuellement un homme entre son devoir et son intérêt personnel immédiat.

Le projet de loi prévoit, en effet, qu'un chiffre global est attribué pour les frais médicaux. Ceux-ci comprendront les dépenses de spécialités, de rayons X et de chirurgie moyenne. Or, toutes les opérations de diagnostic ou de traitement sont toujours coûteuses. Quelle sera l'attitude du docteur, lorsqu'il saura que, toutes les fois qu'il ordonnera, par exemple, un examen de rayons X par un de ses confrères, il fera diminuer la moyenne du prix de l'acte médical ? Devra-t-il faire passer l'intérêt de son malade avant le sien, ordonner tous les examens et traitements spéciaux nécessaires, ou devra-t-il se priver le plus possible de ces découvertes de la science, pour, en fin d'année, recevoir de son syndicat, une somme plus appréciable ? Qu'en pensent nos confrères alsaciens-lorrains, qui dénoncent les erreurs sociales et les imperfections de leur système actuel de rémunération ?

G. Ce que nous disons des spécialités pourrait être répété pour les médicaments. D'abord, quel départ existera-t-il pour les docteurs d'une part et les pharmaciens, d'autre part, dans la somme globale qui est prévue pour les frais médicaux et pharmaceutiques ? Les médicaments seront-ils payés d'abord et le reste de la somme attribué aux médecins ? Un forfait sera-t-il au contraire alloué aux pharmaciens, le prix de leurs potions et de leurs pilules étant soumis au même aléa que les consultations et visites médicales ? Comment honorer les médecins, qui, dans certaines campagnes, ont légalement le droit de faire la pharmacie ? Qui arrêtera la liste des médicaments que les praticiens seront autorisés à formuler ? *Quid* des spécialités pharmaceutiques ? Les médecins n'auront-ils pas tendance, lorsqu'ils seront consultés, à ne faire inscrire que des médicaments bon marché, alors que les pharmaciens réclameront une grosse part du gâteau ? Forfait ! forfait ! tu donnes la sécurité au ministre des finances, mais tu es loin de donner la même sécurité au bon maintien de la santé publique.

H. Le résultat : le médecin surmené, perpétuellement tiraillé par l'intérêt du malade et par le sien propre, soignera ses clients comme nos confrères d'Alsace nous disent que sont soignés les bénéficiaires des caisses. Le malade, imparfaitement traité et surveillé, verra son incapacité de travail se prolonger beaucoup plus que s'il avait été soigné à ses frais, malgré tout le contrôle possible. Les frais de journée de maladie seront donc plus élevés qu'il ne convient.

I. Un autre danger : franchement, comment voulez-vous qu'un médecin qui doit gagner son existence et celle des siens, en menant une vie de mercenaire, parce que trop mal payé, puisse avoir le temps matériel d'étudier ? Fatigué et fourbu par un labeur physique considérable — puisqu'il lui faudra accomplir beaucoup d'unités de travail, pour que, chacune d'elles étant mal rétribuée, il puisse se rattraper sur la quantité, — le praticien de demain sera un danger public. Il ne conservera de science que celle qu'on lui aura

apprise à la Faculté, science qui vieillit vite et s'effrite rapidement, si on ne se tient pas constamment au courant.

C'est une profonde erreur que de vouloir ménager les fonds publics au détriment de la santé sociale, en économisant sur les médecins. Nous n'avons qu'à demander à nos dirigeants, si la médecine officielle n'a pas fait faillite ? Les indigents sont-ils bien soignés, avec les sommes dérisoires allouées par les communes et les départements ? Les médecins des hôpitaux ne commencent-ils pas à s'agiter, devant le travail qui croît chaque jour, alors que, pour paiement, on sert les lieux communs bien connus, célébrant le dévouement, le sacerdoce de la profession ? Les enfants assistés sont-ils bien soignés et surveillés ? La protection du premier âge n'est-elle pas un simulacre ? La médecine de mines, d'usine, etc., n'a-t-elle pas créé un prolétariat médical dont ceux qui en souffrent le plus sont justement nos malades ?

Ayons le courage de le reconnaître franchement, si nous voulons faire œuvre utile pour la nation tout entière ; nous n'avons pas besoin de nous congratuler les uns les autres devant des électeurs ou devant un conseil d'administration: disons franchement que la médecine, qui ne rémunère pas suffisamment les travailleurs médecins, est une médecine socialement néfaste, dangereuse pour la santé publique et terrible comme conséquences pour l'avenir intellectuel de notre profession.

C'est parce que j'ai vu de près, au cours de mes dix années d'exercice à la campagne, tous les défauts et les erreurs de la médecine à honoraires taxés, que j'ai le devoir civique de crier casse-cou au législateur.

J. Disons enfin que les caisses locales, sous le prétexte de faire des économies, discuteront âprement le taux global des honoraires médicaux à verser annuellement au syndicat médical local. Ce chiffre n'est pas prévu uniforme dans toute la France : il sera le résultat d'un débat entre caisses et syndicats. Je prévois des difficultés sans nombre : les caisses auront tendance, comme tout employeur, de rogner sur les sommes à verser aux médecins et ceux-ci, comme tout employé, auront la certitude d'être mal rétribués. Et que fera-t-on le jour où les médecins, conscients de leur force corporative, grâce aux erreurs de M. Maginot et de ses collaborateurs immédiats, refuseront purement et simplement de souscrire aux prétentions des caisses locales ? En province, des départements entiers ne comprennent que des médecins syndiqués. Si ceux-ci décident de ne soigner les malades que selon le droit commun, c'est-à-dire par rémunération directe par le malade, sans interposition des caisses, que feront celles-ci pour trouver des docteurs à leur solde ? La réquisition des médecins est prévue par la loi, dans certains cas nettement spécifiés. Peut-on de force faire travailler un cerveau qui s'y refuse ?

K. La répartition des honoraires médicaux par les syndicats obligera ce groupe à solutionner de nombreuses difficultés pratiques.

Il faudra d'abord établir, aux frais du syndicat, tout un service de bureau, avec de nombreux employés, pour recevoir, classer les notes d'honoraires. Puis il faudra les vérifier, tant au point de vue des erreurs matérielles, que des exagérations possibles. Il faudra ensuite établir un classement par consultations, visites, kilomètres parcourus, visites de nuit et d'urgence, interventions diverses, examens variés, etc. Ensuite, il faudra convenir du coefficient à attribuer à chacun de ces actes professionnels ; puis aborder la répartition, par pourcentage, du fixe annuel attribué par la caisse locale, faire le décompte qui revient à chaque praticien, lui ajouter le montant des tickets modérateurs... Ouf !

Et que dira le praticien obligé de faire de la paperasse, d'établir des relevés de compte en deux ou trois exemplaires, de conserver ses tickets, de tenir un relevé minutieux des dates, des visites voire même des heures, en cas de contestations au bout d'un an, par le service de contrôle, de faire une fiche de diagnostic pour chaque cas, au risque de violer le secret professionnel, au cours d une enquête, afin de prouver que l état du malade nécessitait des visites fréquentes. Pour être payé, le médecin devra établir des notes de plombier (avec l'exagération en moins) ; il devra, pour se défendre contre des insinuations, être prêt à étaler ses livres, sans souci du secret professionnel, surtout si c'est un indépendant de caractère, se tenant à l'écart du syndicat, s'il se trouve faire de l'opposition aux dirigeants du groupe professionnel.

Je pousse les choses au pire, mais elles sont possibles, parce qu'humaines.

L. Une autre question qui se greffe sur celle-ci : comment le syndicat admettra-t-il la plainte d'un assuré, qui, comme nous le font remarquer nos confrères d'Alsace-Lorraine, a promis, au début du traitement, un supplément en faveur de son médecin traitant et qui refuse ensuite d'exécuter ses engagements sous le prétexte que la caisse doit seule payer le docteur ? Nos confrères d'Alsace nous signalent cet écueil du *pourboire*. Craignant d'être mal soigné, le client passe la pièce à son médecin, ou la promet, pour que le praticien mette plus de zèle et de soin au cours du traitement.

Non ! la mentalité médicale française se refuse à pareilles compromissions, alors que nos confrères des provinces reconquises nous signalent le danger comme étant fatal.

M. Qu'il nous soit permis, d'autre part, de

demander des précisions sur le mécanisme de l'*hospitalisation*.

Le projet de loi ne prévoit pas de tarif pour les honoraires des médecins d'hôpitaux. Faut-il en conclure que ces frais seront supportés par le forfait annuel, versé par les caisses aux syndicats médicaux ?

Or, les hôpitaux devront recevoir deux catégories de malades : d'une part, les indigents, qui seront en bien moins grand nombre, mais qui existeront toujours, ainsi que les personnes qui ont le droit de bénéficier de certaines fondations charitables ; d'autre part, les malades des caisses, qui seront des malades payants et pour lesquels l'hôpital sera une véritable maison de santé.

Quel départ établir entre les honoraires médicaux relevant des caisses et ceux incombant à la commission administrative de l'établissement ?

N. Ceci nous conduit à envisager un très gros problème : le syndicat médical, en acceptant une rémunération à forfait et en consentant à un contrôle professionnel et scientifique, va contracter comme *entrepreneur de soins*. Le groupe professionnel devra organiser un service afin que les assurés soient soignés le mieux possible et soient guéris le plus rapidement possible.

Au syndicat de se préoccuper si le nombre des praticiens est suffisant dans la région ; à lui de voir si les docteurs sont à la hauteur de leur tâche, s'ils ont reçu de la Faculté l'enseignement scientifique et professionnel suffisant.

Ainsi, toujours comme entrepreneur de soins, le syndicat médical aura à se préoccuper, non seulement de la probité professionnelle de ses membres, mais encore de leurs capacités scientifiques.

La caisse, qui paye, a le droit de demander que ses adhérents malades restent le moins de temps possible dans un état d'invalidité, pour diminuer les frais de journée de maladie.

Elle aura également le droit et même le devoir d'obtenir du syndicat médical les études nécessaires, en vue de prévenir, autant que possible, soit la contagion, soit même la diffusion de certaines maladies, tant contagieuses que sociales.

C'est le vaste problème de la préservation sociale et de la lutte contre la tuberculose, la syphilis, l'alcoolisme.

Qu'on ne nous accuse pas d'utopie ! Du moment où les caisses payent, bien qu'à forfait, les soins à donner à leurs adhérents, elles ont le devoir, si elles sont gérées par des administrateurs consciencieux et intelligents, de diminuer autant que possible toutes les dépenses en vue de la guérison, pour concentrer tous les efforts en vue de la préservation et de la prévention.

Dans ces conditions, la caisse d'assurance est en droit d'exiger de son co-contractant, le syndicat médical, toutes études et moyens pratiques, aptes à diminuer la morbidité d'une région.

Or, du moment où le syndicat médical accepte un forfait annuel, pour les soins à donner aux ayants droit des caisses, il répond et de la qualité des soins donnés et de la valeur professionnelle de ses membres.

Nos syndicats médicaux ont-ils la puissance nécessaire, voire même la compétence, pour mener à bien pareille entreprise ? Peuvent-ils intervenir auprès de la Faculté de médecine, pour que cette compagnie enseignante consente à modifier ses errements, en vue d'une éducation plus professionnelle et plus pratique à donner aux futurs médecins.

O. Enfin, tâche redoutable entre toutes, les syndicats médicaux devront envisager la *transformation de nos mœurs professionnelles*. Cette médecine collective nous conduira à faire du taylorisme médical. Le malade sera de plus en plus dirigé sur l'hôpital (faisant fonction de maison de santé, de maison de cure), parce que le médecin aura intérêt à faire hospitaliser toute maladie grave, comme toute affection chirurgicale.

Le patient lui-même demandera son admission à l'hospice, même pour un simple examen, nécessitant l'intervention de plusieurs spécialistes.

Ne convient-il pas, dès lors, de prévoir que bientôt le docteur aura son cabinet de consultation à l'hôpital et que c'est dans cet établissement qu'il passera une grande partie de son temps ?

Personnellement, je crains que le système du forfait actuellement proposé, en plus des inconvénients que j'ai signalés, n'entraîne une véritable révolution dans nos habitudes de soigner nos malades. Ceux-ci ont-ils à gagner, ont-ils à perdre d'un changement brusque de régime ? J'ai peur qu'ils n'y perdent, parce que les expérience sociales, trop hâtives, sont toujours préjudiciables aux consommateurs.

Combien me paraîtrait préférable une collaboration technique entre caisses et syndicats médicaux, pour une évolution lente mais sûre, alors que le malade conserverait l'habitude de rémunérer lui-même et directement son docteur, ce que nous étudierons dans notre prochain article.

Nous concluons que le système proposé par le projet de loi comporte de gros inconvénients, que nous avons le devoir de signaler. Loin de nous l'intention de faire échec à la loi, que personnellement, comme citoyen, nous approuvons et défendons même ; mais nous devons aider le législateur à voter une législation sociale qui sera vraiment utile à la classe des travailleurs, sans léser les intérêts d'autres travailleurs, tout

aussi intéressants que les manuels, c'est-à-dire les médecins.

Nous proposerons, dans l'article suivant, un autre mode de rémunération.

Disons, simplement, que, pour sacrifier, au légitime souci de son équilibre budgétaire, le ministre des finances détruit complètement notre propre budget professionnel.

Comment le docteur pourra-t-il prévoir son gain probable annuel, alors qu'au début de chaque année, il ne pourra jamais savoir combien de malades il aura à soigner, ni à quel prix il les soignera ? La variabilité annuelle du prix de l'acte médical provoquera des surprises, qui seront bien souvent désagréables. Une profession qui ne peut donner la sécurité du lendemain, sera progressivement abandonnée par tous ceux qui cherchent à concilier leur désir d'altruisme au désir de pouvoir honnêtement élever leur famille.

Il est de notre devoir de signaler au législateur l'émotion énorme, qui s'est emparée du corps médical, à l'annonce du paiement à forfait. Alors que certains sont fermement décidés à ne jamais accepter de devenir des médecins de caisses, pour être payés avec une telle incertitude et une telle modicité, préférant courir un aléa, mais en conservant cette liberté si chère à nos cœurs de Français, les autres s'agitent et discutent, parce qu'ils ne veulent pas être les salariés de leur propre syndicat médical, craignant autant l'intolérance syndicaliste que la chaîne du fonctionnarisme.

Nous en appelons au législateur mieux informé du ministre mal informé et nous ne doutons pas que notre excellent confrère, le Dr Édouard Grinda, député des Alpes-Maritimes, rapporteur du projet de loi devant la Chambre, ne fasse comprendre à ses collègues que le maintien de la santé publique exige, non seulement des médecins consciencieux, probes, dévoués et instruits, mais surtout des praticiens libres, indépendants, comme l'ont voulu les rédacteurs du Code pénal, qui ont consacré cette indépendance, en obligeant le docteur à respecter le secret professionnel. Soyons aussi bons psychologues que ces grands Français, qui ont écrit des codes en bonne langue française, à l'usage des Français, en correspondance avec la mentalité et les habitudes françaises et n'importons pas, dans la patrie de la Déclaration des Droits de l'Homme et du Citoyen, des mœurs et des habitudes, qui, dans des nations voisines, peuvent s'adapter à la manière rigide et toute militaire de conduire les hommes. Restons Français.

(*A suivre.*) Dr Paul BOUDIN.

LA VIE SYNDICALE ET PROFESSIONNELLE

I

Syndicat des médecins de l'arrondissement de Meaux.

Meaux, le 29 juin 1921.

Mon cher confrère,

La longue lutte que soutient le Corps médical, au sujet de la loi des pensions, semble devoir perdre, à l'heure actuelle, sa redoutable acuité. A la suite de sa réunion du 26 juin, le *Conseil de l'Union* a décidé de suspendre la campagne, à partir du 4 juillet prochain. Voici son ordre du jour aux syndicats :

Ordre du jour du 26 juin 1921.

Le Conseil de l'Union des Syndicats médicaux de France, réuni le 26 juin, constatant que satisfaction a été obtenue sur les points principaux suivants :

a) Suppression de toute taxation par suite du rétablissement d'une entente nécessaire ;

b) Suppression du décret du 9 mars qui ne jouera ni pour le passé, ni pour le présent, ni pour l'avenir ;

c) Création d'une organisation de soins et d'une organisation de contrôle ;

Après avoir entendu les délégués de l'Union des Syndicats médicaux à la Commission Tripartite, chargée de réaliser l'accord dans ses détails, décide :

Que la campagne entreprise *sera suspendue à dater du 4 juillet* 1921 et qu'à partir de cette date, les médecins pourront de nouveau reconnaître la situation spéciale des bénéficiaires de la loi et *remplir les carnets administratifs*.

Le Conseil de l'Union se réserve, à l'issue de l'entente qu'il espère voir bientôt complètement scellée, de tirer toute la leçon que comportent les événements passés. Il est heureux, dès maintenant, de constater la parfaite cohésion du Corps médical français et il tient à remercier et à féliciter les médecins praticiens et les militants pour les efforts faits et les sacrifices consentis.

Le Conseil de l'Union, de même qu'il leur demanda d'entreprendre, avec vigueur, la campagne à partir du 1er février, leur demande de la cesser à partir du 4 juillet, avec le même ensemble, la même discipline. Il leur demande, en même temps, de conserver le contact étroit avec les groupements de mutilés.

Le Conseil de l'Union croit que les pourparlers sont suffisamment avancés aujourd'hui et qu'ils aboutiront ; il espère donc que la campagne n'aura pas à reprendre, mais il ne doute pas que si les circonstances rendaient, à nouveau, une action nécessaire, il retrouverait chez les médecins praticiens la même volonté et la même énergie.

Le Conseil d'administration.

Est-ce à dire, confrères, que nous ayons complète satisfaction ? Non, sans doute, car nous restons encore avec les 3 catégories suivantes :

1re catégorie (au-dessus de 100.000 hab.), consultations, 8 fr. ; visites, 10 fr.

2e catégorie (de 5.000 à 100.000), consultations, 7 fr. ; visites, 8 fr.

3e catégorie (au-dessous de 5.000), consultations, 5 fr. ; visites, 6 fr.

Déplacement kilométrique, 1 fr. par kilom. parcouru, pour Seine-et-Marne.

Les médecins de campagne sont encore une fois sacrifiés. Et pourtant les délégués de l'Union ont lutté jusqu'au bout pour la suppression de cette 3e catégorie. Nous-même, personnellement, nous avions présenté un projet transactionnel qui n'offrait que deux catégories et, n'étant pas plus onéreux pour le trésor, aurait pu être accepté par le ministre. Devant M. Maginot, à la Commission tripartite, c'est en vain que nous l'avons soutenu, longuement, âprement, jusqu'à la dernière minute. Nous n'avons pu le faire adopter. Les raisons de ce refus inébranlable sont complexes, mais la plus décisive, à nos yeux, provient des habitudes même des médecins de campagne qui, dans certaines régions, n'ont pas voulu, ou osé, mettre le taux de leurs honoraires au niveau de celui du prix de la vie. Nous en recauserons en assemblée générale du syndicat, confrères.

En tous cas, comme le dit l'Ordre du jour de l'Union, nous avons eu satisfaction sur tous les points principaux et nous n'avons plus qu'à — nous ne disons pas arrêter définitivement — mais suspendre la campagne entreprise, avec espoir de n'avoir plus à la reprendre.

N'oublions pas que ce n'est là qu'un premier assaut, en ce qui concerne une organisation de médecine sociale. Il faut nous préparer, dès maintenant, à l'action, beaucoup plus difficile encore, que nous aurons à soutenir à propos de l'assurance invalidité-maladie.

Nous venons de montrer de la cohésion, de l'endurance et de la discipline. Ce fut là notre force. Restons toujours ainsi unis ; marchons toujours la main dans la main. Et nous pourrons, désormais, voir venir, sans crainte, toute action poursuivie contre notre profession, certains qu'elle sera ainsi rendue vaine et stérile, alors qu'elle se heurtera contre notre bloc compact, dressé contre toute tentative d'asservissement du Corps médical.

Le Président,
Dr Fernand DECOURT.

II

Groupe médical parlementaire.

Le groupe médical parlementaire s'est réuni le 30 juin au Sénat, sous la présidence de M. le docteur Chauveau, sénateur.

Lecture est donnée de la correspondance :

1) Lettres de M. le Dr Molinéry, de Bagnères-de-Luchon et du président de l'Office National du tourisme demandant l'appui moral du groupe en faveur de la campagne menée par eux pour la prolongation des saisons balnéaires et thermales et la nécessité d'en faire profiter les blessés de guerre (Adopté.)

Le groupe demandera à l'Office national du tourisme que dans les guides touristiques soit donnée la liste des hôtels de second ordre, avec les prix moyens, en plus de la liste unique des places et hôtels de 1er ordre.

2) Communication d'une lettre de M. le ministre de l'hygiène relative à l'admission au bénéfice de la réduction de droits à accorder aux eaux minérales, classées comme boissons hygiéniques.

Le Groupe prend acte, mais désire que les Grandes Compagnies et Sociétés d'eaux minérales françaises fixent un prix limite aux intermédiaires pour la vente de ces eaux, devenues inabordables et plus chères que le vin.

M. le docteur Merlin demande à cette occasion que deux chaires d'hydrologie soient créées à Lyon et à Toulouse, la dépense devant être couverte par un prélèvement sur les jeux. Ce vœu, adopté, sera transmis à M. le ministre de l'Instruction Publique.

3) Lettre de M. le Dr Dermoncourt, de Fez, annonçant la création d'une société amicale des médecins français au Maroc et le désir de nos confrères de se mettre en rapports suivis avec le groupe médical. Adopté par acclamation.

M. le Dr Chauveau, président, fait un bref historique du différend survenu entre le corps médical et le ministre des Pensions à propos de l'article 64 de la loi des Pensions.

Celui-ci a fini par comprendre la nécessité d'un accord et d'une entente avec les médecins représentés par l'Union des syndicats, une commission tripartite dans laquelle étaient représentés le ministre, les mutilés et les médecins a été nommée, elle fonctionne et les résultats sont tels qu'on peut actuellement considérer le conflit comme terminé. Pour le passé, on acceptera de régler les honoraires médicaux d'après les ententes établies entre l'administration et 65 départements. Les départements où aucun accord n'avait eu lieu seront payés sur les tarifs acceptés par les départements similaires. Le tarif kilométrique de 1 fr. 50 pour le passé sera revisé pour l'avenir.

Le paiement à la visite sera de :

5-6 fr. pour les villes de 5.000 hab. et au-dessous ;

7-8 fr. pour les villes de 5.000 hab. à 100.000 et les régions libérées ;

8-10 fr. pour les villes de 100.000 hab. et au-dessus et les banlieues des villes de 200.000 hab., avec, pour la banlieue de Paris, une liste des communes analogue à celle du tarif Breton.

Il reste à établir les règles du contrôle et fixer encore quelques points de détail ; mais le conflit peut être considéré comme terminé.

M. le docteur Laurent fait observer que la modestie du président Chauveau ne lui a pas permis de dire que c'était à lui qu'était dû ce résultat. C'est Chauveau qui agissant en vrai et bon diplomate a pu remettre en contact ministre et médecins. Le Groupe adresse par la voix de son secrétaire ses vifs remerciements à son distingué président (*Applaudissements unanimes*).

Le Dr Gilbert Laurent résume et commente brièvement le rapport Fabry sur le recrutement de l'armée, au point de vue médical.

Le service militaire obligatoire sera de 1 an et demi dans l'armée active, 2 ans dans la disponibilité, 16 ans et demi dans la réserve de l'active et 10 ans dans la réserve territoriale.

Des sursis d'incorporation renouvelables d'année en année (art. 22) pourront être accordés. Les sursis accordés pour études aux étudiant s en médecine, en pharmacie et aux élèves des écoles vétérinaires pourront être accordés jusqu'à 27 ans.

Les jeunes gens qui auront obtenu des sursis d'incorporation suivront après leur libération le sort de leur classe d'âge.

L'article 35 porte que « les étudiants en médecine, « en pharmacie ou en dentisterie et les élèves des éco- « les vétérinaires accompliront leur service actif « dans le service de santé ou vétérinaire.

« Des cours facultatifs de préparation militaire, « adaptés à la spécialité, seront institués par entente « entre les ministres de la Guerre et de l'Instruc- « tion Publique.

« Les élèves ayant obtenu, avant la fin de leur « sursis, le brevet de préparation militaire seront « nommés :

« Médecin aide-major, ou pharmacien aide-major « de 2e classe de complément, ou vétérinaire de 2e « classe de complément » ; à la condition qu'ils soient reçus docteurs en médecine, ou internes au concours dans une ville de Faculté avec 16 inscriptions validées, ou pourvus du diplôme de chirurgien-dentiste (une appellation spéciale sera donnée aux dentistes) ou vétérinaires.

S'ils ne remplissaient pas les conditions scientifiques ci-dessus et s'ils étaient seulement possesseurs de 12 inscriptions ou élèves de 4e année dans une école vétérinaire, ils seraient nommés médecins, pharmaciens, dentistes ou vétérinaires auxiliaires.

Les élèves qui ne posséderaient pas le brevet d'aptitude militaire seraient incorporés pendant 18 mois dans une section d'infirmiers. Il leur resterait la faculté de suivre des cours d'application spéciaux pour obtenir les grades de médecin, pharmacien aide-major ou auxiliaire, mais leur durée de service serait de 18 mois.

Les élèves ayant leur brevet d'aptitude militaire à l'incorporation et promus médecins, pharmaciens, etc., ne feront qu'un an de service ; mais, ils resteront à la disposition du ministre de la Guerre jusqu'à leur passage dans la réserve territoriale. Pendant leurs deux années de service dans la disponibilité (art. 39) les médecins, pharmaciens, dentistes, vétérinaires de complément ou auxiliaires peuvent être rappelés sous les drapeaux.

En résumé les dispositions du projet de loi semblent concilier assez justement les nécessités des études médicales et les besoins du service militaire.

Seul l'art. 81 a soulevé l'unanime opposition du Groupe médical. Ce art. prévoit une peine d'emprisonnement de 2 mois à 2 ans pour les médecins civils ou militaires qui, appelés à siéger dans les Conseils de révision ou les commissions médicales, accepteraient des dons, promesses de dons, etc.

Cet article paraît d'autant plus injurieux pour le corps médical qu'il y est seul visé, que son rôle dans les Conseils ou commissions est purement consultatif, etc.

Le groupe charge les docteurs Constans et Grinda de demander la suppression de cet article.

M. le Dr Grinda, devait dans une réunion précédente du Groupe exposer le « projet de loi sur les assurances sociales » au point de vue médical. Cette réunion n'ayant pu avoir lieu à la date indiquée, le Dr Grinda est prié de résumer brièvement la question. Mais l'importance de ce projet et les répercussions considérables que son adoption entraînerait dans l'exercice de la médecine sont telles, que sur la demande du Groupe, le Dr Grinda, est prié de renvoyer au mercredi 6 juillet, l'exposé de cette question.

Le secrétaire général,
Dr Gilbert LAURENT
Député.

HYGIÈNE PUBLIQUE

La réforme de la loi de 1902.

L'Académie de médecine vient de consacrer plusieurs séances à la discussion du rapport du professeur L. BERNARD sur la réforme de la loi sur la santé publique.

Le *Concours médical* a, de son côté, publié un long et substantiel travail du Dr R. MARTIAL sur le même sujet.

Je ne reviendrai en détail ni sur l'un ni sur l'autre.

Toutefois, dans les conclusions adoptées par l'Académie, il se trouve deux articles qui méritent de retenir plus particulièrement notre attention : ils constituent en effet, au moins pour l'un d'eux, une concession manifeste aux desiderata exprimés à différentes reprises par le corps médical. Je veux parler

de la procédure relative à la déclaration obligatoire des maladies contagieuses.

Dans l'état actuel de la législation, cette obligation incombe uniquement au médecin traitant, responsable et justiciable, en cas de défaillance, de sanctions correctionnelles.

Or, depuis vingt ans que la loi existe, des protestations se sont élevées parmi les médecins, contre une conception qui est en contradiction absolue avec les principes du Droit, à savoir : que chacun est responsable de ses actes et doit à l'occasion en rendre compte.

Dans la question qui nous intéresse, il y a un déplacement injuste de la responsabilité et une substitution qui a quelque chose de choquant pour tous esprit droit et que n'aveuglent pas les subtilité juridiques.

Un malade contagieux est un danger public : cela n'est pas contestable. La collectivité ainsi menacée a le droit d'être défendue, protégée contre ce danger : cela est non moins légitime. La défense ne pourra s'organiser, la protection être assurée que si le danger est connu, et par conséquent signalé opportunément : cela enfin est indispensable, le plus souvent.

Cet enchainement de propositions est parfaitement logique.

Mais, alors, qui doit prendre l'initiative de cette signalisation ? Ne semble-t-il pas, de toute évidence, que c'est précsisément celui qui constitue le danger, le péril, — le responsable éventuel, par cela même de ceux-ci, c'est-à-dire le malade ?

A une condition toutefois, c'est que lui-même soit prévenu des risques dont il est devenu la cause involontaire, mais indiscutable.

A son médecin le devoir impérieux de le prévenir. A lui, le devoir, plus impérieux encore, de se faire connaître à l'autorité.

C'est ainsi qu'ici même, nous avons toujours considéré le grave problème de la déclaration et que nous l'avons résolu. Nos lecteurs retrouveront dans le numéro 27 du 5 juillet 1914 un projet très complet d'organisation de l'hygiène publique, dans lequel la procédure de la déclaration est minutieusement envisagée.

Cette procédure prescrit au médecin de prévenir son malade qu'il doit faire cette déclaration, en lui remettant une formule qu'il n'a qu'à signer et à faire parvenir à son adresse.

Reprenons maintenant la conclusion académique récemment votée. Revenant sur la législation actuelle, elle demande que, désormais, la déclaration soit obligatoire *pour les familles des malades* et pour les médecins.

Cette formule me satisfait, à la condition que soient précisées et définies les circonstances dans lesquelles le médecin devra se substituer à une famille défaillante, et aussi, dans quelle forme sa déclaration devra être faite.

Il existe déjà, dans notre Code, un article qui crée, pour le médecin, un devoir analogue, c'est l'article relatif aux déclarations de naissance, lesquelles doivent être faites par lui, à défaut des père et mère de l'enfant nouveau-né. Mais, l'application de cet article n'oblige le médecin qu'à informer l'état-civil que tel jour, à telle heure, un enfant de tel sexe est né sur le territoire de la commune. Des parents et de leur domicile, rien par lui n'est dénoncé.

Cette déclaration restrictive et légale est parfaitement acceptée par l'autorité. J'en sais quelque chose. Il y a environ trente ans, je fus appelé une nuit à accoucher une femme qui, pour des raisons particulières, se refusait à ce que le fait fût divulgué. Il fut entendu que je me chargerais de faire la déclaration de la naissance de l'enfant. Je me présentai donc au bureau de l'état civil, et je déclarai au secrétaire que, dans la nuit du 31 janvier au 1er février, à minuit, un enfant du sexe féminin était né, de père et mère inconnus, auquel on donnait le nom de Marthe.

Le secrétaire prétendit exiger que, sans lui faire connaître les noms des parents, je précisa se leur adresse, prétention paradoxale en la circonstance et non dénuée d'une ironie assez savoureuse. Comme bien vous pensez, je refusai net. Ce subtil fonctionnaire me menaça des foudres du parquet auquel il allait en référer. « Faites, lui dis-je ; vous en serez pour vos frais. »

Et de fait, le Procureur de lui répondre qu'il n'avait rien à réclamer de moi de plus ce que que je lui avais déclaré.

Ne serait-il pas possible de transporter dans le domaine de l'hygiène et de la prophylaxie une manière de procéder analogue, étant entendu que l'autorité, ainsi prévenue partiellement, serait investie des droits d'enquête les plus étendus pour découvrir le foyer de contagion ?

Quoi qu'il en soit, je considère le vote de l'Académie comme une victoire pour le corps médical, à la condition que le législateur, à qui reste le dernier mot en cette affaire, en fasse son profit dans la prochaine loi.

L'autre conclusion intéressante du professeur Bernard réclame le transfert de l'application de la loi, en matière d'hygiène publique, des municipalités à une autorité indépendante.

Sans préjuger ici du caractère de cette autorité, ni de la façon dont elle serait nommée, j'estime que, là encore, le législateur fera œuvre de sagesse en suivant les suggestions du docte corps académique.

Les maires, prisonniers de leurs électeurs, sont absolument impuissants à faire respecter les lois sanitaires. Il y a longtemps que je l'ai dit et écrit pour la première fois : loi scolaire, loi Roussel, loi sanitaire, toute cette armature défensive d'intérêts généraux ne va pas sans léser des intérêts particuliers. Or, les intérêts particuliers disposent de leur côté d'une arme qui, à vrai dire, ne peut être employée que périodiquement, mais qui prend alors une valeur offensive considérable : le bulletin de vote. Donner aux maires la responsabilité de prendre des mesures qui lèseront sans doute à l'occasion tels de leurs élec-

teurs, c'est subordonner leur action aux conséquences des conflits éventuels que l'application de ces mesures pourra susciter, et, par conséquent les frapper à l'avance d'inertie.

C'est donc à bon droit que l'Académie veut qu'on les décharge de semblables soucis, dangereux pour le bien public, pour en charger un personnel indépendant, qui n'aura pas les mêmes préoccupations.

Toutefois, la protection de la santé publique ne va pas sans l'intervention du corps médical, qui en est l'un des principaux agents, sinon le principal. Aussi, demanderai-je que le personnel sanitaire substitué à l'autorité municipale, soit recruté, choisi et organisé avec le concours des syndicats médicaux.

Il ne faut plus que les choses continuent à se passer comme me le racontait hier un de nos plus fidèles correspondants, qui exerce depuis trente ans dans une préfecture peu éloignée de Paris.

« Dans ma commune, me disait-il, ce sont les cantonniers qui sont chargés de la désinfection. Outre que ces honorables mais très modestes fonctionnaires ne sont pas précisément des modèles de compétence en la circonstance, ils n'interviennent que quand ils sont prêts, et, quand il y aurait urgence à les mettre en œuvre, ils répondent fort bien avec une candeur touchante : Nous sommes occupés à refaire la route de ... Quand ce travail sera terminé, nous penserons à votre désinfection. »

Et ceci m'amène, à propos de la réforme de la loi de 1902, à cette conclusion, c'est que l'organisation d'un personnel judicieusement désigné n'aura aucune valeur tant que ce personnel n'aura pas à sa disposition le matériel nécessaire, ce qui, à cette heure, est pour ainsi dire la règle.

Il ne faut toutefois rien exagérer. La prophylaxie des maladies contagieuses repose presque entièrement sur la désinfection. Or, si le corps médical est le principal agent de la protection sanitaire, c'est parce qu'il est, au demeurant, le premier promoteur de cette désinfection. Mais c'est aussi parce que, dans la pratique courante, il peut encore en être le réalisateur. Le médecin sait en effet ce qu'il faut faire. Il peut faire prendre toutes les mesures nécessaires, et en surveiller lui-même l'exécution.

Il le peut d'autant plus facilement que les notions élémentaires d'hygiène des maladies ont fini par pénétrer le grand public, et que celui-ci résiste moins à leur mise en pratique qu'il y a seulement dix ans.

Nous obtenons assez aisément l'isolement du malade ; nous obtenons également que le parent qui le soigne prenne certaines précautions indispensables, revête par exemple, un sarrau, une blouse, disposés à l'entrée de la chambre, avant d'y pénétrer, se lave soigneusement les mains et les trempe plusieurs fois par jour dans une solution antiseptique.

Nous obtenons encore que les linges de corps du malade ainsi que les linges de ménage (draps, taies à oreiller, serviettes, torchons, etc.) soient, après usage, immédiatement enfermés dans de grands sacs de toile qui sont plongés sans plus attendre dans une lessive bouillante.

Enfin, quand la maladie est terminée, nous ne rencontrons aucune difficulté à désinfecter les locaux et leur contenu en les soumettant à l'action bactéricide des vapeurs de trioxyméthylène, telles que les dégage puissamment le Fumigator Gonin, si ingénieusement fabriqué, d'un maniement si simple, et d'une efficacité si reconnue que les grandes administrations, les ministères, le service de santé de l'armée l'ont officiellement adopté.

Quand nous aurons complété l'œuvre du Fumigator en prescrivant de grands lavages des parquets, des boiseries, des meubles même avec une préparation chlorée, l'eau de Javel étendue d'eau commune par exemple, nous pourrons avoir la conscience tranquille. Nous aurons en effet fait notre devoir et pris toutes les garanties contre la diffusion possible d'un foyer contagieux dont nous aurons éteint et détruit tous les tisons.

Que le législateur réforme donc la loi de 1902 en la perfectionnant, nous n'y voyons que des avantages pour la Société. Mais ne perdons pas de vue l'importance du rôle du médecin praticien, et faisons lui confiance pour être, dans la famille, le grand éducateur et le promoteur avisé et consciencieux de la défense sanitaire.

G. DUCHESNE.

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations.

Syndicat des médecins de la Seine. — Reprenant la tradition d'avant guerre, les membres du syndicat des médecins de la Seine se sont réunis le 29 juin dans les salons du café Voltaire en leur banquet annuel, sous la présidence de leur sympathique président, le Dr Cibrie. Réunion pleine de cordialité à laquelle avaient été conviés les présidents du syndicat médical de Paris, de la Banlieue Est et Ouest, les conseils juridiques du syndicat et les principaux journaux médicaux dont la *Presse médicale*, *le Paris médical*, *le Concours, etc.*

Discours applaudi du président faisant appel à l'union plus nécessaire que jamais et réponse de Me Geoffroy avocat, des Drs Rouland, Cayla, Lesourd ce dernier au nom de la Presse. Exposé par le Dr Jayle des destinées du syndicat telles qu'il les conçoit réalisables.

Des bans vigoureux ont souligné tous ces toasts, et un non moins énergique fut battu en l'honneur

du Dr Lafontaine absent, vaillant champion de la cause médicale. On prit rendez-vous pour l'an prochain et l'on se sépara en méditant la devise du Dr Le Baron, fondateur du syndicat : *Optima medicorum concordia.*

— Facultés de médecine. — LES PROFESSEURS HONORAIRES. — Un décret en date du 28 mai dispose que :

ARTICLE PREMIER. — Le titre de professeur honoraire d'une faculté peut être conféré par décret après avis du conseil de la faculté :

1° Aux professeurs titulaires admis à la retraite ;

2° Aux professeurs titulaires appelés à d'autres fonctions après avoir appartenu à la faculté au titre de professeur pendant au moins trois ans ;

3° Aux maîtres de conférences et chargés de cours rangés dans la 1re classe et aux agrégés des facultés de droit admis à la retraite ;

4° Aux agrégés des facultés de médecine admis à la retraite conformément à l'article 4 du décret du 4 mars 1914.

Art. 2. — Le titre de maître de conférences honoraire d'une faculté peut être conféré par arrêté ministériel après avis de l'assemblée de la faculté :

1° Aux maîtres de conférences et chargés de cours admis à la retraite ;

2° Aux maîtres de conférences et chargés de cours appelés à d'autres fonctions qui auront appartenu pendant sept ans au moins à la faculté au titre de maître de conférences ou de chargé de cours titulaires, sans avoir bénéficié du décret du 4 janvier 1921 ;

3° Aux chefs de travaux admis à la retraite ;

4° Aux chargés d'un cours ou de conférences non classés, dont la délégation prendra fin après dix ans d'enseignement dans la faculté.

Art. 3. — Les professeurs honoraires font partie du conseil de la faculté et les maîtres de conférences honoraires, de l'assemblée, avec voix consultative.

Ils figurent sur l'affiche de la faculté et sont convoqués aux cérémonies.

— XXXe Congrès Français de chirurgie (Strasbourg, 3, 5 octobre 1921 au palais de l'Université). — *Lundi*, 3 *octobre* 1921. — A 9 h. 1/2 : séance d'ouverture du Congrès. Discours de M. le prof. Jules Boeckel, président du Congrès ; rapport de M. J.-L. Faure, secrétaire général ; à 14 h. : remise de la médaille offerte par souscription au prof. Jules Boeckel ; à 14 h. 1/2 : question mise à l'ordre du jour. « Traitement de l'épilepsie consécutive aux traumatismes crâniens » ; rapporteurs : MM. Billet (armée) et C. Lenormant (de Paris) ; à 21 h. : réception officielle.

Mardi, 4 *octobre*. — A 9 h. 1/2 : visite de l'hôpital ; à 14 h. : question mise à l'ordre du jour : « Séro et vaccinothérapie dans les affections ostéo-articulaires » ; rapporteurs : MM. Dolrez (de Liège) et R. Grégoire (de Paris) ; à 19 h. : banquet par souscription (à l'hôtel de la Ville de Paris).

Mercredi, 5 *octobre*. — A 9 h. 1/2 : communications individuelles ; à 14 h. : assemblée générale des membres du Congrès ; à 15 h. : question mise à l'ordre du jour : résultats éloignés du traitement du cancer du sein » ; rapporteurs : MM. Forgue (de Montpellier) et C. Walther (de Paris.)

Jeudi 6 *octobre*. — Visite de la ville, excursions diverses.

Un comité de dames fonctionnera pendant le Congrès.

Le Congrès se tiendra au Palais de l'Université.

Une exposition d'instruments de chirurgie, d'électricité médicale et d'objets de pansements sera installée dans le grand hall du rez-de-chaussée du Palais de l'Université.

Le Directeur-Gérant : Dr GASSOT.

CLERMONT (OISE). — IMP. DAIX ET THIRON,
(THIRON ET FRANJOU, SUCCESSEURS).
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.



Solubilisation de la terpine à l'aide de l'acide lactique,

Par MM. Galavielle, Cristol et Porte (1).

La terpine étant complètement insoluble dans l'eau, très peu soluble dans la glycérine et dans l'alcool, on ne peut guère la prescrire qu'en pilules ou en cachets. Les auteurs de cette communication ont fait de nombreux essais ayant pour but de chercher un dissolvant permettant d'administrer la terpine en potion. L'acide phosphorique et le citrate de soude n'ont donné aucun résultat. L'acide succinique et l'acide citrique dissolvent à chaud la terpine en proportion suffisante pour les besoins thérapeutiques, mais la terpine cristallise après refroidissement ; d'ailleurs, l'acide citrique doit être rejeté à cause de sa propriété de former avec la chaux une combinaison insoluble, ce qui peut présenter des inconvénients chez certains malades.

L'acide lactique, qui possède, dans sa formule, une fonction acide et une fonction alcool secondaire, peut être considéré comme le dissolvant idéal de la terpine, car il suffit d'une très petite dose de cet acide (1 c. cube) pour dissoudre 1 gr. de terpine ; la solubilité persiste à froid, si l'on a pris la précaution de déshydrater préalablement la terpine dans un dessiccateur à acide sulfurique, avec ou sans action du vide; lorsqu'on emploie la terpine non déshydratée, c'est-à-dire contenant une molécule d'eau de cristallisation, elle se précipite par addition d'eau ou d'un liquide sucré.

Il peut arriver que, même avec la terpine déshydratée, une précipitation se produise par addition d'eau, mais il suffit de chauffer jusqu'à l'ébullition pour redissoudre le précipité et pour obtenir un mélange stable.

On peut encore, après avoir dissous 1 gr. de terpine dans 1 c. cube 5 d'acide lactique, précipiter le mélange à chaud, en agitant avec 50 c. cubes d'eau froide ; on obtient ainsi une pseudo-solution colloïdale opalescente, qui, édulcorée avec du sirop de limon ou du sirop de groseille, donne une préparation très agréable.

MM. Galavielle, Cristol et Porte se sont assurés que l'acide lactique ne modifie pas la constitution chimique de la terpine ; en effet, lorsqu'on prépare une solution lactique sans recourir aux artifices ci-dessus indiqués et que le produit obtenu laisse déposer des cristaux, on constate que ces cristaux fondent à 118°, comme la terpine, qu'ils présentent le même aspect lorsqu'on les examine au microscope, qu'ils précipitent à chaud au contact du réactif au sulfate mercurique de Denigès et que le précipité ainsi obtenu donne, comme la terpine une coloration rouge avec l'acide sulfurique.

(1) Résumé d'une communication faite à la Société de pharmacie de Paris dans sa séance du 1er décembre 1920, d'après le *Répertoire de Pharmacie*, juin 1921.

BAUME SÉLÉNIA

NOTES DE PRATIQUE QUOTIDIENNE

Le Cyprès.

Si les Anciens avaient consacré à Pluton cet arbre funéraire, il faut reconnaître aussi que les vieux thérapeutes en faisaient un « arbre de vie ». Maladies de poitrine, de l'utérus, des intestins, fièvres intermittentes, peut-être bien d'autres encore, étaient justiciables de son usage. Le bois, l'écorce, les feuilles, les fruits (*galbules* ou *noix de cyprès*) connurent des succès divers.

Est-ce à la réputation de son bois d'être imputrescible (les portes du Temple d'Ephèse n'en étaient-elles pas construites ?) Est-ce à la présence d'un « principe styptique », astringent que l'on doit ses vertus antidiarrhéiques ? Alcaloïdes, glucosides, intraits, extraits, nos plantes reviennent en faveur : *l'aubépine*, la *salicaire* et le *cyprès*, pour ne parler que de celles qui occupent la scène, si j'ose ainsi parler, renvoient, avec une charmante ironie, au pontife pontifiant, sa phrase dédaigneuse : « à la médecine des simples pour les imbéciles ». Il y a décidément des armes qui tuent,... ceux qui s'en servent !

La galbule du cypèrs était utilisée par nos pères, pour les métrorrhagies et Henri LECLERC vient très heureusement de montrer comment *la totalité des principes actifs des noix de cupressus, représentant un extrait physiologique de la plante*, constitue la médication la plus active des états variqueux, hémorrhoïdaires, ou métrorragiques.

Si l'on n'a pas sous la main l'extrait préparé par les laboratoires, on pourra faire recueillir les noix de cyprès, les faire piler au mortier (après les avoir hachées) et les faire macérer au vin blanc. Inutile de dire que la quantité à prescrire sera variable : de 2 à 3 cuillerées à café par jour, jusqu'à 10 et 15 grammes par doses répétées 2 à 3 fois le jour.

R. MOLINÉRY.

DOCUMENTS OFFICIELS

A L'OFFICIEL

Le fonctionnement(?) de l'équipe mobile sanitaire.

4506 — M. FRANÇOIS ALBERT, sénateur, demande à M. LE MINISTRE DE L'HYGIÈNE quels ont été, du 7 février à ce jour, les déplacements de l'équipe sanitaire, instituée par le décret du 5 octobre 1920, et à combien se montent les frais résultant du fonctionnement de cet organisme pendant cette période. (*Question du 7 juin* 1921.)

Réponse — 1° Du 7 février au 7 juin 1921, l'équipe mobile sanitaire, instituée à titre temporaire, par le décret du 5 octobre 1920, n'a effectué aucun déplacement, la situation sanitaire étant satisfaisante. Pendant ce temps, le personnel de l'équipe s'est mis à la disposition de l'école sanitaire pratique (institut Lannelongue), pour l'enseignement et les travaux pratiques des stagiaires des services publics (chefs de poste et agents de désinfection des services départementaux, volontaires relevant du comité national de la tuberculose) ;

2° Du 7 février au 7 juin 1921, les frais résultant de cette organisation se sont élevés à 33.827 fr., représentant les salaires et indemnités du personnel.

La question de l'équipe mobile est l'objet, actuellement, d'une étude détaillée et l'amélioration de l'état sanitaire international paraît devoir permettre sous peu sa transformation.

(*J. O.*, 24 juin 1921.)

L'admission dans un sanatorium.

9421. — M. Bouligand, député, demande à M. le ministre de l'hygiène : 1° si une femme d'instituteur atteinte de tuberculose pulmonaire, et dont l'admission au sanatorium de Sainte-Feyre (Creuse) a été sollicitée par un dispensaire d'hygiène sociale et de préservation antituberculeuse, ne peut bénéficier de la loi du 7 septembre 1919 (sur les sanatoria) sous prétexte qu'elle n'est pas elle-même institutrice ; 2° au cas où cette loi lui serait applicable, à qui faut-il s'adresser pour en obtenir le bénéfice. (*Question du 7 juin 1921.*)

Réponse. — Seule l'administration du sanatorium de Sainte-Feyre, qui est un établissement privé, a qualité pour apprécier si la postulante remplit les conditions d'admission, et il ne saurait être fait application des dispositions de l'article 3, paragraphes 2° et 3° de la loi du 7 septembre 1919, qui visent uniquement les sanatoriums publics. Lorsque ce sanatorium aura obtenu son assimilation à un sanatorium public, ainsi qu'il vient d'en faire la demande, le placement pourra être prononcé au titre de la loi du 7 septembre 1919, par le préfet de la Creuse, sur proposition du médecin directeur de l'établissement : 1° si la malade appartient bien à un des groupements corporatifs ayant assuré la création du sanatorium de Sainte-Feyre ; 2° si ce placement est demandé par un dispensaire d'hygiène sociale et dans la limite des lits qui seront affectés par mon administration à cette catégorie de malades.

(*J. O.*, 22 *juin* 1921.)

Allocation des secours aux femmes en couches.

9327. — M. René Lefebvre (Nord), député, demande à M. le ministre de l'hygiène si on peut refuser à un père de six enfants vivants, modeste artisan patenté, mais sans ouvrier, les secours alloués à chaque naissance. (*Question du* 2 *juin* 1921.)

Réponse. — L'octroi de l'assistance aux femmes en couches, prévue par la loi du 17 juin 1913, est subordonné, pour les postulants, à la qualité de « privés de ressources suffisantes pour subvenir aux besoins de leur famille ». Cette appréciation de la qualité de « privés de ressources suffisantes » est une question de fait souvent délicate, expressément réservée par la loi aux municipalités et aux préfets qui ont seuls qualité pour statuer sur la demande, en tenant compte de toutes les ressources dont peuvent disposer les postulants, à quelque titre que ce soit. Il appartient, toutefois, aux intéressés, en cas de rejet de leur demande, d'user de la voie de recours qui leur est ouverte devant la commission cantonale, dans les vingt jours de la notification de la décision. En cas d appel, la commission cantonale a un pouvoir souverain d'appréciation.

(*J. O.*, 25 *juin* 1921.)

Une clinique exploitée par une société anonyme est passible de l'impôt sur le chiffre d'affaires.

9033. — M. Gadaud, député, rappelle à M. le ministre des finances qu'une réponse à la question écrite n° 6481 (*Journal officiel* du 26 janvier 1921) a établi que le chirurgien qui a une clinique où il soigne exclusivement les malades qu'il a à opérer ne fait pas acte de commerce, la fourniture à ses clients des objets de consommation et de logement n'étant que l'accessoire des soins qu'exige leur position, et demande si la même solution n'est pas applicable à une société anonyme par actions, française, ayant pour but exclusif l'exploitation d'une clinique chirurgicale dans un immeuble apporté à la société par des médecins, ajoutant que cette clinique est fondée par des médecins, qu'elle est dirigée uniquement par des médecins, que toutes les actions sont nominatives et détenues par des médecins, que seuls les médecins actionnaires peuvent y opérer et seuls donner des soins aux malades qu'ils ont opérés ; qu'enfin la société a uniquement pour but la création et l'exploitation d'une clinique chirurgicale. (*Question du* 2 *juin* 1921.)

Réponse. — Sous le régime de la loi du 1er août 1893, toute société qui revêt la forme anonyme ou en commandite par actions est com-

merciale. L'exploitation d'une clinique chirurgicale par une société anonyme qui, d'ailleurs, constitue une personne morale distincte des associés qui la composent, est, par suite, une opération commerciale, sans qu'il y ait à retenir si les actionnaires sont ou non des commerçants et ce caractère commercial suffit à la rendre passible de l'impôt sur les affaires qu'elle réalise suivant les règles établies par les articles 59 et suivants de la loi du 25 juin 1920.

(*J. O.*, 22 *juin* 1921.)

Inspections départementales d'hygiène.

Il y a intérêt pour les médecins à être renseignés sur les conditions d'accession aux fonctions d'Inspecteur départemental d'hygiène. Un concours ayant eu lieu au début de juin, en vue de pourvoir des postes récemment créés dans les Ardennes, l'Aude et l'Aveyron, nous croyons devoir faire connaître les épreuves qu'ont eu à subir les candidats.

1° *Epreuve de bactériologie et de contrôle technique des mesures de prophyxie des maladies infectieuses.*

Cette épreuve a consisté dans :

La recherche du microbe pathogène dans un produit pathologique frais

Le diagnostic microscopique d'une préparation.

L'identification d'une culture microbienne.

Des réponses orales à des questions inscrites au programme ;

2° *Epreuve pratique d'hygiène sociale*

Les candidats ont procédé chez des tuberculeux à des enquêtes portant sur l'ensemble des conditions dans lesquelles se trouvaient les malades et leur famille, et sur les mesures les meilleures à prendre dans chacun des cas. Leurs constatations ont fait l'objet de rapports écrits dont ils ont donné lecture au jury.

3° *Epreuve de législation et de règlement sanitaire.*

Le sujet traité était : « Du rôle respectif des inspecteurs départementaux d'hygiène et des directeurs de bureau d'hygiène ».

Deux autres questions, placées, comme la précédente, sous enveloppe fermée, pour être tirées au sort par les candidats, étaient :

« Quels sont les organismes d'assistance qui concourent à la protection de la santé publique, et comment y concourent-ils ? »

« Déclaration obligatoire des maladies visées

à l'article 4 de la loi de 1902. Comment envisager cette disposition légale en vue de retirer de son application le maximum d'avantages pour la protection de la santé publique ? »

4° *Examen des titres professionnels des candidats.*

(Communiqué.)

ANTHOLOGIE MÉDICALE

La lune dans le puits.

(Fable)

En se penchant sur le puits sombre,
Afin d'y descendre son seau,
Certain soir, Colas voit dans l'ombre,
La lune reflétée sur l'eau.
Notre homme à cette vue s'effare :
« La lune est tombée dans mon puits !
Il faut de suite, si je puis,
La tirer de là dare-dare ».
Lors, réalisant son projet,
Il laisse le seau inutile,
Fixe à la corde un long crochet,
Et soudain, d'une main agile,
Plouf ! lance le tout dans l'eau.
Le crochet tombe au fond, s'accroche
A quelque saillie de la roche,
Et quand Colas tire, il a beau
Peiner, forcer à perdre haleine,
Rien ne vient. « J'aurai de la peine,
Pense notre homme, je le sens,
Car elle est lourde. Mais vraiment,
Puis-je laisser la malheureuse
En cette situation fâcheuse ?
Non pas, recommençons ! » Il fit
Tant et si bien que sous l'épreuve
La corde, qui n'était pas neuve,
Céda soudain et se rompit.
Notre ami, tombant en arrière,
Tout de son long s'allonge à terre,
Et là, meurtri, mais plein de joie,
Levant les yeux, il aperçoit
Dans le ciel la lune en personne,
Poursuivant bien transquillement,
Tout au travers du firmament,
Sa longue course monotone.
« Enfin ! dit-il, je suis content,
Et me félicite car, grâce
A mon esprit, à mon talent,
La voilà remise à sa place ».

Il en est plus d'un qui m'écoute,
Riant de ce pauvre Colas,
Et qui, plus d'une fois sans doute,
En mainte action, lui ressembla.

Dr Stahl.

QUARANTE-TROISIÈME ANNÉE — N° 30 — DIMANCHE 24 JUILLET 1921

Fondé en 1879 par Auguste CÉZILLY
Rédigé et dirigé par H. JEANNE (1900-1914),

LE CONCOURS MÉDICAL

ORGANE HEBDOMADAIRE DES PRATICIENS
Groupés dans la Société « Le CONCOURS MÉDICAL » et ses Filiales

Quarante-troisième année. N° 30 24 Juillet 1921.

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

Office de Renseignements du « Concours »

Membres du Concours exerçant dans les stations d'altitude.

NOTA — Nous rappelons à nos abonnés qu'il est nécessaire de nous informer chaque année de leur désir de voir figurer leur nom sur ces listes.

MM. les docteurs :
Jougne (Doubs). Charlin.
Maîche (Doubs). J. Chatelain.
Rousses (les). Moreau.

Membres du Concours exerçant dans les stations balnéaires.

MM. les docteurs :
Banyuls-sur-Mer. E. Panis.
Cancale. Bazin.
Cassis-sur-Mer. Agostini, Buges.
Chatelaillon. Barraud.
Douarnenez. Damey.
Paramé. Ronsin.
Roscoff. Stéphan.
Royan. Sarazin.
Quiberon. A. Grias.
St-Quay-Portrieux. Christian. Le Lionnais.
Sables-d'Olonne. Pelletier.

DON. — Nous avons reçu à titre de don à la Société civile du *Concours médical*, de M. le Dr PECKER, de Saint-Germain-en-Laye (S.-et-O.), la somme de douze francs, pour bons offices du journal.

L'AGENDA-MEMENTO DU PRATICIEN

Nous invitons très instamment ceux de nos lecteurs qui désirent souscrire à l'édition 1922 de l'Agenda-Memento du Praticien à nous adresser sans retard leur Bulletin.

Nous leur rappelons qu'ils trouveront dans le No 24, page 1700, toutes les explications relatives aux caractéristiques de cette édition.

N. D. L. D.

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum, aux* « demandes et offres ».

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne, qui est versé dans la caisse de la Société civile du Concours Médical). *Adresser un mandat ou mieux verser au compte de chèques postaux,* CONCOURS MÉDICAL, *Paris 167-95.*

Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse.**

No 365. — Docteur station hivernale, libre les mois d'été cherche occupation médicale ou para-médicale.

No 366. — A vendre 2.500 fr., mono de Dion, type C. D., 8 HP., carosserie fatiguée, bon état de marche. Détails lettre, Essai à volonté. Dr Webert, à Void (Meuse).

No 367. — On demande à acheter d'occasion gouttière de Bonnet pour homme de taille moyenne.

No 368. — Paris, consultat. gynéco, accouch., à céder dans clinique bien située. Petit cautionnem. et frais très faibles. Contrat à reprendre. Ecr. Dr, 132, av. d'Orléans ou tél. : Saxe 87-37.

Nº 369. — A vendre à toute offre acceptable Mono de Dion 9 HP., 5 places, bon état de marche, carrosserie bien conservée (coussins en cuir). Essai à volonté sur place. Docteur Mouflet, Dreux.

Nº 370. — A vendre : tricycle état de neuf pour paraplégique, 800 fr. S'adr. Dr Bénard, Lencloître (Vienne.)

Nº 371. — Poste 30.000 fr. dont 9.000 fr. fixes. A débattre. Dr Berger, à Fontoy (Moselle).

Nº 372. — A vendre limousine Hochkiss, 18 HP., année 1919, état de neuf.

CORRESPONDANCE

L'eau oxygénée et les cancroïdes.

La thérapeutique du cancer de la peau du visage (cancroïde cutané) est bien déconcertante ! Je viens d'en observer une nouvelle preuve.

Il y a trois semaines, j'ai commencé le traitement d'un cancer cutané siégeant à l'angle externe de l'œil et ayant déjà détruit le bord de la paupière inférieure dans son tiers externe. Vers la joue, la plaie ulcéreuse s'étendait sur une surface de dix centimes en monnaie de billon. Le porteur est une vieille femme, âgée de 70 ans et le cancer a débuté par son processus ulcératif en 1913 (il y a 8 ans). Elle n'avait encore suivi aucun traitement.

Mon intention, quand je l'ai vue il y a 3 semaines, était de la traiter par des applications quotidiennes de la solution arsenicale alcoolique de Czerny-Trunecek. Mais, au préalable, afin de nettoyer la plaie, qui était laide et avait des bords congestionnés, je prescrivis de verser *tous les jours*, matin et soir, une cuillerée à café *d'eau oxygénée pure*, dans l'anfractueuse plaie oculo-cutanée. En même temps, des piqûres toniques de strychnine-arsenic. Eh bien ! chose renversante, avec cette simple thérapeutique, ce cancroïde cutané scléreux, qui durait depuis 8 ans et menaçait la conjonctive oculaire, après destruction du bord palpébral, *s'est complètement cicatrisé en trois semaines.*

Il y aurait donc lieu de retenir l'eau oxygénée pure comme topique modificateur du cancer cutané.

Dr Roux.

L'injection anti-tétanique préventive.

Je lis dans la correspondance du *Concours* du 3 juillet la petite note sur ce sujet.

Si mon confrère et tous les autres veulent bien me croire et éviter des accidents des plus graves, c'est de formuler, quand ils désirent employer le sérum gélatiné : « Sérum gélatiné à l'icthyocolle ». Ils obtiendront une efficacité égale et la certitude de ne faire courir aucun risque à leurs clients, tant par l'injection du médicament que par l'injection préventive que recommande le Dr Ricardon.

J'ajouterai qu'à mon humble avis, on trouve, depuis de nombreuses années déjà, des médicaments et des sérums qui remplacent tout aussi efficacement et sans danger le sérum gélatinisé. Pour ne citer que les deux plus faciles à se procurer, je rappellerai le sérum antidiphtérique et le sérum de cheval stérilisé.

Même en formulant le sérum icthyollé, comme il s'agit d'un médicament d'urgence, il faut toujours compter que le pharmacien auquel on s'adresse, étant dépourvu de ce produit, y substitue sans rien dire au médecin de la gélatine animale.

Si je m'étends quelque peu sur ce petit point de pratique journalière, c'est que j'ai quelques raisons de le rappeler ici.

Si je n'ai pas été le premier, j'ai été l'un des premiers, il y a 20 ans, à signaler les dangers de l'emploi de la gélatine animale comme hémostatique. C'était, je crois, au moment où Lancereaux en avait préconisé l'emploi dans le traitement des anévrysmes et dans les hémorragies de la fièvre typhoïde.

Chez deux de mes malades, auxquels j'ai eu la malencontreuse idée d'injecter du sérum gélatiné, pourtant préparé avec beaucoup de soins, *stérilisé par deux passages à l'autoclave*, j'ai eu la douleur de les voir succomber au tétanos.

J'ai recherché les causes inexplicables à ce moment là pour moi de cette catastrophe, et je les ai trouvées par ce fait que la gélatine animale renferme souvent des spores du tétanos, et que ceux-ci n'étaient pas détruits par la stérilisation.

Dans un travail à l'Académie de médecine en 1900, travail analysé et présenté par le professeur Chauffard, j'ai rapporté à l'appui de mes observations d'autres cas recueillis, j'ai insisté sur les dangers de cette médication, et je crois avoir eu le premier l'idée sur les suggestions de mon ami, M. Vizern, pharmacien chimiste, de substituer l'ichtyocolle à la gélatine animale.

Mais je le répète, à tout prendre, c'est un médicament dangereux, à abandonner et ce, toujours à cause des substitutions citées plus haut.

Dr Lop.

Mutualité Familiale.

I

J'ai reçu ce matin votre lettre et son contenu. Quand je me fis inscrire à la Mutualité Familiale, plein de force et de santé — pendant 35 ans je n'ai pas eu un jour d'invalidité — je le fis moins pour moi que dans le but de venir en aide à des confrères maladifs, comme j'en voyais quelques-uns autour de moi et qui avaient souvent besoin de s'arrêter dans leur service.

Hélas ! Ce n'est pas moi qui secours les autres, ce

sont les autres qui depuis longtemps apportent à mon maigre budget une aide bien venue !

Si mon exemple était connu des jeunes, ils s'inscriraient en masse à la Mutualité Familiale qui, par ses améliorations successives, rendra dorénavant encore plus de services au malheureux médecin que le travail et l'économie ne mettront jamais à l'abri du besoin quand il sera frappé par une longue maladie.

Dr P... à B...

II

Je voudrais m'assurer une indemnité quotidienne de 20 fr. par jour en cas de maladie et, à 60 ans, une retraite de 2400 fr. A quelles combinaisons devrais-je me faire inscrire et quelles formalités aurais-je à accomplir ? j'ai 31 ans.

Vous pouvez me répondre par le *Concours*, ce qui aura l'avantage d'éclairer en même temps d'autres confrères.

Dr C.

Réponse.

1° Pour l'indemnité maladie de 20 fr., vous vous inscrivez à MAD. Écrivez-moi et je vous enverrai les papiers nécessaires à la constitution du dossier.

2° Pour la retraite de 2400 fr. à 60 ans, c'est chose impossible, actuellement du moins ; mais vous pouvez :

A. Vous inscrire à la combinaison P qui vous donnera, à 60 ans, une pension de 1200 fr.

B. Vous inscrire à la combinaison R qui vous donnera, à 65 ans, une pension de 1200 fr.

De telle sorte que vous auriez l'indemnité maladie de 20 fr. jusqu'à 65 ans ; une pension de 1200 fr. à 60 ans qui, jusqu'à 65 ans, se cumulerait avec l'indemnité maladie ; à 65 ans, une pension de 2400 fr. (P fournissant 1200 fr. et R pareille somme). Vous avez 31 ans, vous auriez à verser, si vous contre-assurez vos versements, 626 fr. 40 et, si vous ne contre-assurez pas, 524 fr. 10, tout compris. Ce serait là une solution extrêmement avantageuse et que je ne saurais trop recommander.

Dr H. Mignon.

Application du Tarif Breton.

I

J'ai l'honneur de vous demander au sujet de l'application du tarif Breton l'éclaircissement suivant :

J'ai pratiqué sur un accidenté du travail l'intervention suivante consécutive à une fracture compliquée de la rotule, dont une esquille avait blessé l'articulation du genou.

Arthrotomie. Nettoyage et désinfection de l'articulation du genou. Ligature d'une artère articulaire. Suture complète de l'articulation sans drainage.

Suture de la rotule après esquillectomie en deux temps par perforation et par cerclage, suivie de la suture des ailerons et des téguments.

Dois-je compter arthrotomie + suture de la rotule, ou simplement ostéosynthèse de la rotule ?

Dr G.

Réponse.

Je ne vois pas une suture de la rotule, par perforation et cerclage, sans que l'articulation du genou soit ouverte. Il ne paraît donc pas que vous puissiez compter à la fois : A) ostéosynthèse de la rotule (300 fr.) et B) Arthrotomie du genou (300 fr.) ; soit 600 fr. en tout. Je crois donc que votre intervention est cataloguée nettement, dans le tarif, à l'alinéa : « Ostéosynthèse de la rotule = 300 francs. »

Dr F. DECOURT.

II

Je me permets de protester de la façon la plus absolue contre l'interprétation que vous donnez au tarif Breton, dans le numéro du *Concours* du 3 juillet dernier :

A propos d'une extraction de corps étranger sous la peau, il serait acceptable, mais il s'agit d'un corps étranger voisin du squelette de la main, assez profond pour avoir nécessité deux repérages radiographiques, et même finalement, l'extraction sous les rayons.

L'ancien tarif Dubief a nettement posé la distinction entre les corps étrangers superficiels et profonds en ces termes :

« Art. X - B- 11 — Extraction facile de corps étrangers sous la peau. »

Ce ne saurait être le cas particulier qui nous occupe. Le tarif Dubief parle en effet plus loin (Art. X - E, 7) de corps étrangers plus profonds assimilés aux hématomes, bourses séreuses, et qui, par conséquent, sont encore moins profonds que le corps étranger en question.

La main est un organe petit, délicat, et les interventions qui l'intéressent sont souvent plus délicates et plus complexes que celles qui portent sur des organes plus importants ; car dans le cas qui nous occupe, « une aiguille logée près de l'articulation métacarpo-phalangienne » — il a fallu non seulement, mais de plus, opérer sous les rayons.

Une brûlure est-elle moins du troisième ou du cinquième degré parce que l'organe intéressé est plus petit ?

D'autre part, il est impossible d'admettre qu'un chirurgien n'ait rien ou presque pour une opération aussi délicate, alors qu'un oto-rhino-laryngologiste touche 30 fr. pour une extraction facile de corps étranger dans les fosses nasales.

Il ne peut y avoir qu'une façon équitable d'interpréter le tarif ; distinguer trois catégories de corps étrangers :

(*Voir la suite page XXXI-2125*)

PROPOS DU JOUR

La collaboration du corps médical à l'hygiène et à la prophylaxie officielle. Un procédé peu efficace pour obtenir cette collaboration.

Aujourd'hui, 14 *juillet*, nous avons reçu de M. le préfet de police, la lettre suivante, datée du 13 *mai*. Cette lettre était accompagnée de deux questionnaires ayant trait à l'encéphalite léthargique et au hoquet épidémique, questionnaires que nous croyons intéressant de reproduire à titre de documents :

(Mod. 104 b.)

Préfecture de Police — **RÉPUBLIQUE FRANÇAISE**
2e DIVISION — *Liberté. Egalité. Fraternité.*
BUREAU D'HYGIÈNE
2e SECTION
Service des Epidémies — Paris le 13 mai 1921

Monsieur le docteur.

M. le Ministre de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales m'a informé qu'en raison de la reprise de l'encéphalite léthargique, il avait prié l'Académie de Médecine d'examiner les mesures à prendre pour combattre cette maladie ainsi que le hoquet épidémique qui en est considéré comme une manifestation.

Il m'a demandé, en vue de fournir à cette savante Compagnie le plus grand nombre possible de renseignements, de lui notifier, d'urgence, tous les cas dont mon Administration aurait connaissance.

M. le Ministre désire, dans un but de simplification, que ces renseignements lui soient transmis sous la forme de réponses aux questionnaires dont vous trouverez, ci-joints, les modèles.

En conséquence, et bien que la déclaration des deux maladies susvisées n'ait pas été rendue obligatoire par les décrets des 10 février 1903 et 28 septembre 1916, j'ai l'honneur de vous prier de vouloir bien me signaler (sous le timbre : 2e *division, service des épidémies*), les cas, même légers, que vous seriez amené à constater, en utilisant les questionnaires relatifs à chacune de ces deux maladies, que je vous transmets sous ce pli.

Il va de soi qu'il vous est loisible d'ajouter, *in fine*, sur ces imprimés toutes les remarques qu'il vous paraîtra nécessaire de formuler sur les cas que vous aurez observés.

Agréez, Monsieur le Docteur, l'assurance de ma considération très distinguée.

Le Préfet de Police,

F. RAUX.

(Mod. 105 b).

Préfecture de Police — **RÉPUBLIQUE FRANÇAISE**
2e DIVISION — *Liberté. Egalité. Fraternité.*
BUREAU D'HYGIÈNE
2e SECTION
Service des Epidémies — Paris le 192

ENCÉPHALITE LÉTHARGIQUE.

Département d...
Arrondissement d...
Nom du malade :..
Sexe : ....
Age :...
Adresse :...
Date du début de la maladie :.............................
Terminaison (date) :......................................
Guérison :..
Décès :...
Séquelles : ....
Endroit où a eu lieu la contamination : ....
Y a-t-il eu des cas analogues dans la maison ?............
Combien ?...
Y a-t-il eu des cas analogues dans la localité ?..........
Y a-t-il eu des cas analogues dans la région ?............
La maladie semble-t-elle en relation avec la grippe ?.
La maladie semble-t-elle en relation avec la poliomyélite ? ....

(Mod. 106 b).

Préfecture de Police — **RÉPUBLIQUE FRANÇAISE**
2e DIVISION — *Liberté. Egalité. Fraternité.*
BUREAU D'HYGIÈNE
2e SECTION
Service des Epidémies — Paris le 192

HOQUET ÉPIDÉMIQUE

Département d...
Arrondissement de...
Nom du malade :...
Sexe :..
Age :...
Adresse :...
Date du début de la maladie ....
Terminaison (date) ....
Guérison : ....
Décès : ....
Séquelles : ....

Endroit où a eu lieu la contamination : ....
Y a-t-il eu des cas analogues dans la famille ?.......
Combien ?...
Y a-t-il eu des cas analogues dans la maison ?.......
Combien ?...
Y a-t-il eu des cas analogues dans la localité ?.......
Y a-t-il eu des cas analogues dans la région ?........
La maladie semble-t-elle en relation avec l'encéphalite léthargique ?...........................
La maladie semble-t-elle en relation avec la grippe?.
La maladie semble-t-elle en relation avec la polio myélite ?...................................

Nous ne doutons pas des bonnes intentions de M. le Ministre de l'hygiène et de M. le préfet de police, encore moins de l'Académie de médecine ; ils ont en toutes circonstances témoigné leur désir de faire appel à la collaboration du corps médical et nous sommes persuadés qu'ils ont cru très loyalement avoir recherché, en l'espèce, cette collaboration. Nous faisons cependant des réserves sur l'accueil fait par les praticiens à la lettre, signée par M. le préfet de police. Le rédacteur qui a libellé cette lettre, était évidemment peu au courant des objections que le corps médical a toujours faites et ne cesse de faire à la déclaration des maladies contagieuses telle qu'elle elle est imposée par la loi du 15 février 1902, bien qu'il reconnaisse cependant la nécessité de cette déclaration.

Les questionnaires, réclamant le nom, le sexe, l'âge et l'adresse des malades, sont une invitation indiscutable à la violation du secret professionnel, contre laquelle les médecins praticiens protesteront toujours et d'autant plus, dans le cas présent, que leur responsabilité n'est pas couverte par la loi.

Dans quel but les questionnaires de M. le Préfet exigent-ils pareilles précisions ? C'est, vraisemblablement, dans le but de parfaire ou de contrôler les renseignements du médecin praticien par une enquête ; sans cela ces indications n'auraient pas de raison d'être.

Il s'agit de savoir de quelle façon seraient parfois acceptées ces enquêtes par les malades et leurs familles et comment elles apprécieraient la conduite de leur médecin qui, sans y être légalement tenu, se serait permis de divulguer l'affection dont le malade est victime.

La déclaration est ici d'autant plus délicate que le diagnostic est souvent étrangement difficile, que certaines affections, simulant l'encéphalite léthargique, peuvent être d'origine syphilitique ou tuberculeuse.

Devant les tribunaux, le praticien, poursuivi en violation du secret médical, serait fatalement rendu responsable et si sa responsabilité pourrait être largement atténuée en cas de maladie grave, en serait-il de même en cas d'erreur de diagnostic ?

Une autre objection que nous ferons à la collaboration trop administrative qu'on nous demande, c'est la lenteur avec laquelle elle se déclanche. Les renseignements que réclame l'Académie de médecine (s'il lui en parvient ainsi jamais) ont quelque chance d'arriver comme les légendaires carabiniers.

Nous avons questionné quelques-uns de nos confrères, exerçant dans des quartiers différents de Paris et des régions diverses de sa banlieue ; comme nous, ils ont constaté à la fin de 1920 ou tout au début de 1921, de très rares cas d'encéphalite léthargique et des cas de hoquet « épidémique » sur la nature desquels il conviendrait de faire des réserves et de conclure avec beaucoup de circonspection. Nous-même n'avons soigné guère plus de quatre ou cinq malades suspects de ce genre d'affections. Certains de ces malades ont été examinés par les médecins des hôpitaux de Paris les plus compétents en l'espèce. Dans deux cas, le diagnostic a été nettement infirmé après quelques semaines d'observation et plusieurs analyses et, pour les autres, il est resté douteux.

Or, la lettre circulaire préfectorale que nous avons reçue le 14 juillet (bien que datée du 13 mai) doit correspondre à des desiderata exprimés par l'Académie de médecine durant les derniers mois de 1920.

Les renseignements que réclame la savante compagnie (si jamais il lui en parvient) ne pourront être utilisés par elle qu'un an après qu'elle les aura réclamés.

Avouons qu'en matière de prophylaxie, la filière officielle détiendra dans ce cas le record de la lenteur.

***

Nous n'avons pas écrit ces lignes dans le but de dégager les médecins praticiens de la collaboration nécessaire à l'hygiène sociale et à la prophylaxie. Nous considérons et avons toujours considéré que cette collaboration est un de ses principaux devoirs, mais il convient d'organiser cette collaboration de façon à la rendre rapide, pratique et efficace. La lettre de M. le préfet de police nous démontre que tant à l'Académie de médecine qu'au ministère de l'hygiène, on ne se fait aucune idée de la

manière dont pourrait être établie cette coopération, reconnue cependant indispensable. Il eût été facile à l'Académie de médecine de se renseigner utilement auprès des praticiens, elle eût pu éviter les intermédiaires inutiles du ministère et des préfets ; elle n'avait pour cela qu'à mettre à l'épreuve la bonne volonté des Syndicats médicaux qui représentent, qu'on le veuille ou non, la seule organisation sérieuse et active du corps médical en France ; ceci vient d'être indiscutablement prouvé.

Le bureau ou la Commission spéciale de l'Académie de médecine aurait pu officiellement ou officieusement (la fôorme ne nous importe guère) faire appel à l'Union des Syndicats médicaux de France. Le Conseil de l'Union aurait délégué un ou deux de ses membres à la Commission de l'Académie, et, de concert, on aurait étudié de quelle façon le médecin praticien aurait pu, sans se compromettre, donner à l'Académie toutes les observations qu'elle désirerait. Avec sa rapidité coutumière, le secrétariat de l'Union aurait fait parvenir à tous les syndicats de France le résultat de cet accord, la presse médicale aurait pu apporter son précieux concours, et sans employer l'interminable filière administrative, l'Académie de médecine eût pu obtenir très promptement tous les renseignements désirés.

Mais pour cela, il eût fallu s'adresser directement au corps médical et entrer en relation avec les Syndicats médicaux.

Nous ne récriminons pas, nous sommes persuadé que l'Académie de médecine, consultée par le ministre de l'hygiène *officiellement*, a répondu *officiellement* à M. le ministre de l'hygiène qui, *officiellement*, a transmis à M. le préfet de police ses desiderata, lequel a cru trouver le seul moyen *officiel* d'en saisir les médecins praticiens.

Mais l'hygiène et la prophylaxie des maladies infectieuses sont des sciences appliquées qui s'accommodent mal aux lenteurs de la procédure officielle et, si l'on veut sérieusement développer leurs applications et réaliser enfin quelque chose, il faudra se décider à supprimer la transmission par voie officielle. Ici, comme dans la plupart des rayons de notre activité nationale, l'ennemi, c'est l'inutile et coûteux intermédiaire.

J. Noir.

PARTIE SCIENTIFIQUE

BIOLOGIE HUMORALE

Travail original.

Hémoclasie et colloïdoclasie,

Par le D[r] Germain Blechmann,

Chef de clinique de la Faculté à l'Hospice des Enfants-Assistés.

Les troubles qui résultent de la pénétration dans l'organisme de substances toxiques ont été rapportés, jusqu'en ces derniers temps, à l'intoxication seule, avec comme caractère essentiel, la spécificité : le phosphore altère la cellule hépatique, la toxine de la diphtérique lèse les éléments nerveux.

Or, depuis quelques années, l'école du P[r] Widal s'est attachée à l'étude de troubles d'un ordre nouveau, produits par des substances très nombreuses, d'action nullement spécifique, se traduisant par une symptomatologie aussi particulière que la thérapeutique dont ils sont justiciables.

C'est avec les albumines hétérogènes qu'on les détermine le plus aisément ; mais, qu'il s'agisse de peptone, d'albumines du sérum ou de protéines microbiennes, les éléments essentiels qui caractérisent les accidents observés se montrent toujours identiques ; ils constituent par leur ensemble un syndrome des plus typiques ; en particulier, un bouleversement sanguin immédiat, une *crise vasculo-sanguine* (CRISE HÉMOCLASIQUE de Widal), qui se retrouve identique dans toutes les espèces animales et quelle que soit la substance injectée. Ces phénomènes sont des *chocs* ; nul terme ne saurait mieux convenir pour les désigner.

Choc anaphylactique. — La découverte de l'*anaphylaxie* a déclanché la mise en lumière des troubles que nous allons décrire et a permis d'en saisir la portée. Suivant la définition de Ch. Richet, c'est « la propriété curieuse que possèdent certains poisons d'augmenter au lieu de diminuer la sensibilité de l'organisme à leur action ». L'effet d'une réinjection de poison avec une dose minime chez un animal qui a résisté

à une première dose est foudroyant, se traduisant par de la dyspnée, des troubles gastro-intestinaux, des phénomènes convulsifs et s'accompagnant d'une « crise vasculo-sanguine » remarquable par sa brusquerie et son intensité, dont les éléments les plus typiques sont l'*hypotension artérielle*, la *leucopénie* (1) avec inversion de la formule leucocytaire, la raréfaction des hématoblastes circulants, des troubles profonds de la coagulabilité sanguine.

Choc peptonique ou protéique. — Des travaux récents (Arthus, Nolf) ont montré que le choc anaphylactique ne représente qu'un cas particulier de ce qu'on a appelé le choc peptonique, protéique ou antigénique : en dehors de toute sensibilisation préalable de l'organisme, des accidents de choc, indifférenciables de ceux de l'anaphylaxie, peuvent s'observer, toutes les fois qu'une albumine hétérogène est brusquement introduite, *en injection première*, dans la circulation générale, soit inoculée à doses importantes, ou injectée en pleine circulation, par voie intraveineuse.

On peut observer, *en clinique humaine*, les chocs anaphylactiques, les chocs qui succèdent aux injections parentérales d'albumines hétérogènes ; on peut encore observer des chocs indifférenciables des précédents, produits par des substances qui ne sont pas des albumines ; on peut même en voir éclater, sans que nulle substance étrangère à l'organisme soit en cause. Nous allons passer en revue ces diverses modalités du choc.

A. Choc anaphylactique. — 1° *Anaphylaxie artificielle*. C'est l'anaphylaxie par la voie parentérale que réalise l'expérimentation et que reproduit chez l'homme la sérothérapie (accidents de réinjection de sérum intra-rachidien dans les méningites à méningocoques).

2° *Anaphylaxie naturelle*. Par la muqueuse digestive ou respiratoire pénètrent en nous, à doses parfois infinitésimales, d'innombrables substances « avec lesquelles nous met en contact le jeu même de la vie, et dont l'action longtemps répétée arrive parfois à ne nous sensibiliser qu'après des années ». Ainsi s'installe l'anaphylaxie alimentaire, par le lait et par les œufs (dont le Pr Hutinel a rapporté les premières observations chez l'enfant), l'anaphylaxie par inhalation, de certains asthmatiques.

L'étude de la crise vasculo-sanguine sera le critérium qui permettra de rattacher à des phénomènes de choc les manifestations cliniques de cette anaphylaxie spontanée.

Un sujet atteint d'asthme (Widal, Lermoyez, et Joltrain) exerçait la profession de marchand de moutons. Trente-cinq ans de contact avec ces animaux avaient été nécessaires pour réaliser une sensibilisation spécifique, telle que les particules impondérables laissées dans l'atmosphère par le suint des moutons suffisaient à déclancher l'attaque d'asthme. L'étude du sang, de 15 en 15 minutes, au cours d'attaques d'asthme, provoquées en mettant le malade en contact avec des moutons, révélait l'existence d'une crise hémoclasique manifeste, précédant de longtemps le début des manifestations cliniques ; elle se déroulait sans que rien vînt la déceler au malade. Le sang commençait à reprendre son équilibre normal quand la dyspnée apparaissait.

Pour M. Danysz, des dermatoses, des entérites, des névroses même, ne seraient que les conséquences d'un état d'anaphylaxie, par la résorption d'antigènes intestinaux, microbiens ou inertes.

B. Chocs protéiques (sans anaphylaxie). — 1° *Par injection parentérale de substances hétérogènes diverses*. La voie intraveineuse est celle qui se prête le mieux à la réalisation de ces chocs protéiques. Pour certaines substances, comme la peptone, l'injection par les autres voies parentérales reste sans effet. Au même groupe de chocs se rattachent les accidents immédiats qui succèdent aux injections thérapeutiques intraveineuses d'un sérum ou d'une suspension métallique à l'état colloïdal.

Nous en avons récemment observé un cas avec l'injection intraveineuse de 2 microgrammes de mésothorium en solution colloïdale. Avec M. Henri Roger (de Marseille), nous pensons que les accidents attribués autrefois à l'entrée d'air dans la veine correspondaient, en réalité, à un choc protéique.

Cependant, on peut observer des chocs à la suite d'une injection sous-cutanée de lait ou à une injection par la même voie d'une forte dose de protéines microbiennes : les faibles doses de vaccin antityphoïdique peuvent même, par exception, occasionner un choc *vaccinal* (dyspnée, cyanose, acné, herpès, etc.), .

2° *Par pénétration spontanée dans la circulation, de parasites ou de microbes*. — D'après P. Abrami, l'accès fébrile du paludisme relèverait d'un choc protéique (avec crise hémoclasique) produit par le brusque passage, dans le plasma sanguin, au moment de l'éclatement des corps en rosace, d'un très grand nombre de mérozoïtes, corps colloïdaux. De même s'expliqueraient certains accès fébriles des septico-pyohémies, les infections biliaires ou urinaires.

3° Par *résorption tissulaire*. — En opposition à la théorie du *choc nerveux* de Crile, MM. Quénu et Delbet ont avancé que le shock dépressif des

(1) Abaissement notable du taux des globules blancs.



grands blessés est le résultat de la résorption des poisons tissulaires au niveau des parties désorganisées et broyées.

4° *Par substances non colloïdes.* — Des substances *cristalloïdes* peuvent déterminer des accidents identiques, à la condition d'être introduites brusquement, ou à doses massives, en pleine circulation, par la voie intraveineuse, tels le chlorure de sodium et le bicarbonate de soude à l'isotonie. MM. Leredde et Drouet considèrent la crise nitritoïde de l'arsénobenzol comme une crise hémoclasique.

C. Choc sans introduction de substance hétérogène. — Dans les faits qui vont suivre, le choc survient sans qu'aucune substance étrangère, colloïde ou cristalloïde, ne soit introduite dans l'organisme, et se produit uniquement par l'intermédiaire d'un agent physique, le froid. Dans l'hémoglobinurie paroxystique *a frigore*, l'attaque fébrile, avec ses douleurs généralisées, ses arthralgies, l'anxiété respiratoire, les vomissements, et plus encore, certains symptômes cutanés (prurit, érythèmes, urticaire, ecchymoses, œdème subit), reproduit le tableau du choc consécutif à l'injection seconde d'un sérum thérapeutique et s'accompagne, d'après M. Widal, de la crise vasculo-sanguine dans tous ses détails.

Certains sujets, sous l'influence d'un bain froid, présentent des érythèmes généralisés, suivis parfois de perte de connaissance.

Pathogénie des états de choc. — Pour les expliquer, l'hypothèse d'une intoxication, d'un processus chimique, est invraisemblable, comme le montrera plus loin l'étude de la méthode de Besrekda.

Le choc peut apparaître en dehors de l'anaphylaxie, avec des substances qui ne sont pas des colloïdes, de toute pièce, sous la seule influence du froid. C'est en choquant en quelque sorte les colloïdes du sang, en créant dans leur équilibre spécifique des modifications d'ordre physique, peut-être même d'ordre électrique, que ces injections d'un antigène de spécificité physique différente déterminent le choc.

Il est présumable que le choc n'est pas cantonné aux colloïdes du sang ; il doit exister dans tous les plasmas, se faire sentir jusque dans les plasmas colloïdes qui constituent nos éléments cellulaires ; l'hémoclasie n'est ainsi, sans doute, qu'un témoin d'une véritable colloïdoclasie, dont les traductions cliniques sont très souvent déterminées par des prédispositions individuelles, idiosyncrasiques.

L'épreuve de l'hémoclasie digestive dans l'étude de l'insuffisance hépatique. — Sur les substances protéiques incomplètement désintégrées qui traversent la muqueuse intestinale et pénètrent dans la veine porte, le foie exerce une action d'arrêt, s'opposant à leur pénétration dans la circulation générale où, par suite de leur hétérogénéité, elles provoqueraient infailliblement l'apparition d'une crise hémoclasique. C'est cette fonction spéciale du foie, ignorée jusqu'alors et à laquelle MM. Widal, Abrami et Iancovesco ont donné le nom de *fonction protéopexique*, qui permet d'explorer l'épreuve de l'hémoclasie digestive.

Après avoir établi à jeun son équilibre vasculo-sanguin, on fait absorber au sujet 200 gr. de lait, et l'on poursuit l'examen du sang de 20 en 20 minutes, pour rechercher la crise hémoclasique. L'ingestion devra être faite en un temps (Pagniez et Plicher).

Chez tous les hépatiques avérés, on assiste à l'évolution d'une crise typique (leucopénie, chute de la pression artérielle, etc.).

Cette épreuve permet de dépister des tares hépatiques latentes, qui, sans ce procédé d'exploration, passeraient inaperçues. M. Widal et ses élèves ont établi qu'au cours du traitement par le néo-arsénobenzol, les altérations hépatiques sont constantes, précoces, et susceptibles de persister plusieurs semaines. MM. Widal, Abrami et Jean Hutinel ont pu se rendre compte que le chloroforme, même administré à faible dose, et durant un temps très court, lèse très rapidement la fonction protéopexique du foie. Avec l'éther et le protoxyde d'azote, l'insuffisance hépatique, absente en cas d'anesthésie de courte durée, apparaît également dès que la narcose se prolonge. Elle n'apparaît pas au cours de l'anesthésie locale par la novocaïne.

L'épreuve de l'hémoclasie est fréquemment positive dans les grandes azotémies, la tuberculose avancée, l'appendicite aiguë ou chronique, au cours de la lithiase biliaire ; elle se rencontre souvent dans le purpura primitif, le diabète, les petites azotémies, chez des sujets buveurs chez lesquels aucun signe clinique ni urologique ne permet d'incriminer une altération du foie ; chez les femmes atteintes d'affections chirurgicales des organes pelviens, chez les femmes enceintes (33 %).

L'épreuve de l'hémoclasie digestive chez le nourrisson. — M. H. Dorlencourt, G. Banu et A. Paychère ont constaté que, lorsque, à un nourrisson normal, on donne un repas au sein ou au biberon comportant la quantité de lait correspondant à la ration normale pour l'âge et le poids du sujet, si on fait une numération leucocytaire, 20 minutes après l'ingestion, il existe une diminution notable des leucocytes ; il y a leucopénie ; elle est d'une constance absolue, elle ne manque jamais et elle a été confirmée récemment par les recherches de MM. Lesné et Langle. La leucopénie digestive apparaissant chez le nourrisson comme un phénomène normal, il ne semble pas qu'on puisse admettre qu'il existe chez celui-ci une in-

❖❖

suffisance hépatique, habituelle, constante, normale, physiologique, et il appert que l'hémoclasie digestive ne saurait constituer au cours de la première enfance un moyen d'investigation propre à renseigner sur l'état fonctionnel du foie.

La crise hémoclasique par ingestion de sucre chez les diabétiques. — MM. Widal, P. Abrami et N. Iancovesco ont montré que l'ingestion, à jeun, d'hydrates de carbone, qui, même à fortes doses, ne détermine chez les individus normaux aucune crise hémoclasique, la provoque, au contraire, à doses faibles chez la plupart des sujets atteints de diabète (95 % des cas).

On fait absorber 20 grammes de glucose en solution dans 200 cmc. d'eau et l'on voit apparaître, 20 minutes après, la leucopénie caractéristique de la crise hémoclasique.

PROTÉINOTHÉRAPIE ET TRAITEMENT PAR LE CHOC COLLOIDOCLASIQUE. — Les réactions d'ordre colloïdal par l'introduction dans l'organisme des substances les plus disparates, sont le fondement d'une thérapeutique nouvelle.

A. PROTÉINOTHÉRAPIE. — M. P.-E. Weil a eu le grand mérite d'introduire, dans le traitement de l'hémophilie, la pratique des injections de sérum frais de cheval. En 1909, MM. Nolf et Herry établirent que les mêmes résultats pouvaient être obtenus avec une substance protéique qui n'était pas de provenance humorale, la peptone, aussi bien pour l'hémophilie que pour tous les états à tendance hémorragique.

MM. Widal, Abrami et Brissaud ont heureusement substitué à la peptone, dans la grande hémophilie et le purpura, le propre sérum frais des malades qui se comporte comme une albumine hétérogène. Chez trois hémoglobinuriques, à la fin de la cure, l'exposition à un froid très intense et prolongé ne fit plus apparaître aucun des symptômes de la crise.

M. Widal a constaté ce phénomène paradoxal que, parallèlement à l'amélioration produite, la coagulabilité du sang veineux devenait, *in vitro*, de plus en plus lente. La suppression d'une hémorragie résulte en réalité de modifications encore inconnues qui surviennent dans tout l'équilibre plasmatique.

B. *a*) PRÉSERVATION CONTRE LE CHOC (skeptophylaxie). *b*) DÉSENSIBILISATION.

a) M. Besredka a montré que, pour empêcher le choc anaphylactique de se produire chez un animal sensibilisé, il suffisait, très peu de temps avant l'injection de la substance déchaînante, d'administrer une quantité minime ou des doses fractionnées de cette même substance (skeptophylaxie). Bien plus, cette injection préalable met à l'abri de tout choc ultérieur (désensibilisation). Dans certains cas, ces deux phénomènes ne s'obtiennent qu'avec l'antigène spécifique ; chez deux anaphylactisés à l'antipyrine (Widal et Pasteur-Vallery-Radot) cette substance seule — et non le pyramidon — s'est montrée efficace. Dans d'autres cas, les mêmes effets peuvent être demandés à des substances *non spécifiques* en utilisant cette constatation que la voie digestive peut être également employée.

MM. Pagniez et Pasteur-Vallery-Radot, en faisant ingérer à des malades atteints d'urticaire, à d'autres atteints de migraines, 0,50 centigrammes de peptone, une heure avant les repas, ont pu éviter le retour d'accidents rebelles à tout autre traitement. MM. Widal, Abrami et Brissaud ont obtenu ainsi dans trois cas d'asthme d'origine digestive, une sédation des plus nettes.

La skeptophylaxie par protéine ou cristalloïde peut préserver contre des chocs indépendants de l'anaphylaxie et M. Abrami a constaté chez des paludéens, par l'injection intraveineuse d'autosérum frais, pratiquée quelques heures avant le début présumé de l'accès, une action empêchante des plus nettes.

Le carbonate de soude, en injection intraveineuse, préviendrait non seulement les accidents novarsénobenzoliques, mais aussi ceux du choc séro-anaphylactique (Sicard et Paraf) ; la simple injection intraveineuse de 30 cc. de sérum chloruré isotonique empêcherait le retour des accès chez des asthmatiques (Widal).

b) Dans certains cas d'anaphylaxie, la protéinothérapie, spécifique ou non, est capable de *désensibiliser* l'organisme. Spécifique, elle guérit des sujets atteints d'anaphylaxie aux œufs ou au lait, en leur faisant ingérer pendant longtemps de minimes quantités de ces substances ; elle guérit des nourrissons intolérants pour le lait en injectant de petites quantités sous la peau, suivant la méthode du Pr Weill (de Lyon) ; elle guérit des asthmatiques, type anaphylaxie respiratoire aux pollens et aux émanations animales (Walker et Scheppegrell).

L'autosérothérapie a été utilisée par MM. Achard et Flandin dans le traitement du rhume des foins et de certaines urticaires récidivantes ; Auld, ne pratiquant des injections sous-cutanées ou intraveineuses de très petites doses de peptone, a, en quelques semaines, obtenu chez des asthmatiques une guérison qui s'est maintenue pendant plusieurs mois.

M. Ravaut, dès 1913, avait appliqué l'autohémothérapie au traitement de dermatoses diverses.

Depuis, la méthode a été employée à plusieurs reprises dans le traitement des urticaires, et de diverses maladies diathésiques. Sur le conseil de Ségard, nous l'avons tentée sans succès dans l'asthme.

C. Traitement par le choc. — Dès 1913, M. Widal a cherché à enrayer l'évolution d'une maladie par les effets secondaires d'un choc artificiellement provoqué.

Pour produire le choc curateur, dans la fièvre typhoïde, il s'est adressé au propre sérum du malade injecté par voie intraveineuse après séjour à l'étuve à 38°, pendant vingt-quatre heures.

Après une période latente de 15 à 35 minutes, au cours de laquelle apparaît la crise hémoclasique, survient un grand frisson, accompagné d'élévation thermique, d'hypotension artérielle, de tachycardie, parfois de vomissements ; puis, rapidement, les phénomènes de choc s'amendent, et la température revient à la normale. Même atténuée par la méthode de Besredka, l'intensité du choc peut créer un collapsus dangereux en présence d'un myocarde altéré et cette méthode a été abandonnée dans cette maladie. Elle a été reprise dans un grand nombre d'infections à l'aide des substances les plus diverses, en particulier la peptone (employée en particulier par Nolf en 1916, dans les septicémies chirurgicales, puis dans la dothiénenthérie). Un beau cas de guérison de septicémie puerpérale par choc peptonique vient d'être rapporté par Lévy-Solal. (Soc. Méd. des Hôp., 27 avril 1921).

C'est au choc protéique déterminé par l'injection intraveineuse de sérum antiméningococcique, que M. A. Dufourt (de Lyon) attribue la guérison immédiate d'un cas de méningite cérébro-spinale qui avait résisté pendant un mois à la sérothérapie spécifique. Il propose de donner le nom de colloïdoclasothérapie à ce procédé de traitement.

Il n'est pas douteux qu'il faille rattacher également au traitement par le choc (outre l'action antiseptique du métal) les résultats parfois incontestables réalisés chez certains infectés par les colloïdaux intraveineux, tels que collargol, électrargol, lantol ou or colloïdal.

Pour conclure, la méthode marque, au point de vue pratique, une étape dans l'évolution du traitement des maladies, mais « la variabilité encore inexplicable de ses effets, l'impossibilité de prévoir la violence parfois extrême de ses réactions, doivent faire réserver son emploi à des cas exceptionnels, pour lesquels toutes les thérapeutiques sont restées impuissantes ou dont la gravité autorise toutes les tentatives ».

SOU MÉDICAL

Les membres du Sou médical sont instamment priés de bien vouloir régulariser leur situation en envoyant la cotisation de l'année* 1921 *au trésorier Dr Gassot, à Chevilly (Loiret).

CLINIQUE CHIRURGICALE

Faculté de médecine de Paris

M. le professeur Lecène

Les complications des fractures du crâne

Les complications des fractures du crâne peuvent être divisées en deux groupes : complications immédiates et complications tardives ; avec, dans chaque groupe, deux variétés : non infectieuses et infectieuses.

Parmi les complications immédiates non infectieuses, une place importante doit être réservée aux hémorrhagies. Il est assez fréquent d'observer une déchirure de l'artère méningée moyenne provoquant un hématome extra-dural. Quelquefois, c'est par cette complication — qui a des signes — que l'on peut arriver au diagnostic et au traitement. Voici un dessin, d'après les auteurs américains, qui nous montre l'extension que peut prendre cet hématome. Il peut s'étendre à la zone temporo-pariétale aussi loin que la dure-mère est décollable et il contient quelquefois 150 à 200 grammes de sang.

L'hématome extra-dural entraîne une symptomatologie de compression. Le blessé a, par exemple, repris conscience. Il est à l'hôpital, alité. En général, l'intervalle libre entre la perte de connaissance initiale et l'apparition des accidents de compression, varie entre 12 et 24 heures, temps nécessaire au caillot pour se former, la dure-mère se laissant décoller avec difficulté. Quelques heures après la blessure donc (6, 8, 24 heures) la compression cérébrale s'annonce par de la torpeur.

Le malade entre dans le coma progressivement, avec des alternatives d'agitation. La respiration devient stertoreuse ; le pouls, ample et fort, tombe à 60, à 50. Quand on voit apparaître cette triade symptomatique, après l'intervalle libre dont je viens de parler, on peut affirmer l'hématome intra-crânien. On l'affirmera plus encore s'il y a des signes de compression corticale. Voici un malade qui a reçu un traumatisme du côté gauche. Il y a eu hémorrhagie de l'oreille gauche et paralysie faciale. Lorsque, outre ces signes, se montrent une hémiplégie droite ou des secousses musculaires suivies de flaccidité des membres, à droite, on diagnostiquera l'hématome et l'on se hâtera d'intervenir. Si l'hématome n'est pas évacué, en effet, le blessé va succomber à peu près fatalement, alors que l'opération donne des chances sérieuses de guérison.

Lorsqu'on laisse évoluer la lésion, après le premier stade, les accidents de compression s'exagèrent. On voit apparaître le coma, le Cheyne-Stokes ; le pouls devient plus rapide, la tension baisse. L'intervention, à ce moment, est moins heureuse, car le bulbe est déjà touché. En géné-

ral, la pupille est dilatée, du côté lésé ou des deux côtés (signe secondaire, comme intérêt). L'examen du fond de l'œil est d'ailleurs toujours utile : il peut montrer de l'œdème de la papille, indice important de compression intra-crânienne. Vous voyez tout l'intérêt de ces hématomes extra-duraux. Leur symptomatologie est souvent nette — pas toujours évidemment — et elle conduit à une intervention assez fréquemment couronnée de succès.

A côté de ces cas, il en est d'autres dans lesquels l'hémorrhagie n'est plus extra-dure-mérienne et localisée, mais à la surface des méninges. Les signes de compression sont alors beaucoup plus diffus. Le pouls est immédiatement rapide. Il y a perte de connaissance, crises d'excitation rappelant l'épilepsie. Le pronostic de ces hémorrhagies diffuses est à peu près fatal et on ne peut guère tenter d'y remédier que par des ponctions lombaires.

Il est cependant des circonstances où l'hémorrhagie offre une certaine tendance à se limiter, à former un hématome intra-dure mérien. Ainsi on voit des blessés qui présentent, au bout de quelques jours, des accidents cérébraux, des phénomènes d'hémiplégie qui incitent le chirurgien à intervenir. La ponction lombaire ramène du sang, sans aboutir à la décompression. On trépane le malade. Ne trouvant rien en dehors de la dure-mère, on incise celle-ci, et l'on tombe quelquefois sur un petit hématome intra-dure-mérien. Ce sont là, il est vrai des cas rares et difficiles. Dans les grandes hémorrhagies de ce genre, il n'y a rien à faire, en dehors des ponctions lombaires.

Un mot d'une lésion rare, le pneumatocèle traumatique. En voici une reproduction photographique. Vous voyez, à la région frontale, deux saillies assez volumineuses. Ces saillies tiennent à une fêlure du sinus frontal et au passage de l'air à cet endroit : l'air est ici infiltré entre l'os et le périoste. Le tissu sous-cutané ayant la propriété d'absorber les gaz, une infiltration d'air n'y saurait persister que si elle se renouvelle. Dans le pneumatocèle, le périoste réagit et forme une barrière conjonctive à la résorption. Cet accident, exceptionnel, s'observe aussi à la région mastoïdienne. Le traitement consiste en incision avec fermeture de la communication.

Une autre complication non infectieuse, rencontrée quelquefois chez les enfants, est la fausse méningocèle. On appelle méningocèle une tumeur congénitale due à la hernie des méninges par absence de réunion des os du crâne. On observe parfois cet accident — rarement — chez les enfants à la suite d'un traumatisme de la voûte du crâne, généralement au niveau de la ligne médiane. C'est une tumeur mollasse, réductible, dont la réduction entraîne souvent du ralentissement du pouls et même des crises épileptiques.

Une complication éloignée, non infectieuse également, tient aux altérations cicatricielles méningo-encéphalitiques. Elles peuvent déterminer des troubles diverses, des céphalées, des modifications psychiques vagues et surtout de l'épilepsie jacksonienne. L'épilepsie post-traumatique est une très grosse question que je puis seulement effleurer. La crise jacksonienne tient à ce qu'au point lésé se produit, à certains moments, une excitation sous une influence que nous ne connaissons pas bien d'ailleurs. On trouve souvent là des kystes, avec, au centre, des débris osseux, des esquilles. En pareil cas le pronostic est assez bon et le malade a des chances de guérir par le traitement chirurgical. D'autres fois, il y a seulement des épaississements au niveau du cerveau et le pronostic est beaucoup plus défavorable : je n'ai jamais vu de blessé de cette dernière catégorie tirer profit de la soi-disant décompression opératoire.

Lorsqu'il existe des lésions, au contraire, on peut obtenir des résultats encourageants, pour quelques années tout au moins. C'est ainsi que je revois de temps en temps un blessé qui est depuis 3 ans 1/2 en état de guérison momentanée, sans crise.

Un blessé du crâne qui a des crises épileptiques généralisées tardives est, au point de vue chirurgical, peu susceptible d'amélioration : il relève seulement de la cure médicale. Au cas de crises localisées, d'épilepsie jacksonnienne, c'est différent. Mais il faut bien préciser la symptomatologie, car la crise jacksonienne, localisée lorsqu'elle commence, se termine souvent en crise généralisée, sans être pour cela ce que l'on doit appeler la crise généralisée. L'épilepsie localisée débute par la face, par un membre. Ordinairement, le malade la sent venir. Elle s'annonce par une aura, une sensation de chatouillement, à la main par exemple. Puis, apparaissent les convulsions, cloniques d'abord, toniques ensuite, et enfin, à un stade ultérieur, la généralisation. Il est exceptionnel que la crise reste tout le temps localisée, et elle finit habituellement, comme une crise d'épilepsie banale, avec la perte de connaissance, la morsure de la langue. Il n'est pas toujours facile de différencier, dans ces conditions, la crise jacksonnienne de l'épilepsie généralisée d'emblée. Lorsqu'on a la certitude que l'accès débute par la face ou par un membre, on possède une notion d'une haute valeur pratique. Ce signal-symptôme (Séguin) indique l'existence d'une lésion de la région rolandique. Lorsqu'on a vu plusieurs fois la crise commencer par une partie du corps, on peut aller au point de l'écorce lésé et rendre service au malade. Si on trouve une séquelle évidente, un kyste, une lésion, l'indication est précise. En l'absence de lésion notable, faut-il recourir à l'excision du centre ? Expérimentalement quand on enlève

un centre cortical chez un chien, il en résulte une paralysie, d'ailleurs transitoire. Cliniquement les résultats n'ont pas été considérables. L'excision a bien amené une parésie momentanée, mais peu à peu les crises ont repris, en général.

Parmi les complications infectieuses des fractures du crâne, trois surtout sont importantes :la méningo-encéphalite diffuse (très grave), l'abcès du cerveau (curable quelquefois), et la hernie cérébrale.

Dans la méningo-encéphalite diffuse, l'infection tient à une communication avec l'extérieur, avec une cavité septique, ou est apportée, par le projectile par exemple. C'est une complication fatale dans tous les cas, qui évolue en 2 ou 3 jours, sans laisser la possibilité d'une intervention opératoire. C'est plus une méningite qu'une méningo-encéphalite.

Au contraire, dans l'abcès localisé, qui est à proprement parler une encéphalite suppurée restant limitée, une certaine survie peut s'observer et un traitement chirurgical être appliqué. Sans doute il s'agit là d'une complication grave, d'autant que le diagnostic est souvent difficile. L'abcès évolue lentement, comme une tumeur, dans bien des cas avec une presque apyrexie. Les signes sont fréquemment peu caractérisés. Si la lésion se révèle par des signes assez nets on peut arriver à ouvrir la collection au stade encore opérable.

Ceci pour les abcès profonds. Il est une autre variété moins grave : les abcès extra-duraux, cortico-méningés. Lorsqu'on intervient à temps, leur pronostic est relativement bénin. Quand une esquille pénètre dans le cortex, l'évolution est liée à la barrière de défense opposée par les méninges. Or, les méninges se défendent mal. Pour le péritoine, la protection, vous le savez, est beaucoup plus importante. Si un corps étranger est introduit dans le péritoine, dès les premières heures, se produit un processus défensif grâce auquel on peut ouvrir, par exemple un abcès en plein ventre. La défense séreuse, déjà moins grande pour la plèvre, baisse encore pour les méninges. C'est ce qui fait le danger des plaies du crâne et de la chirurgie intra-crânienne. Une des chances à espérer est qu'il se produise, entre la dure-mère et les méninges molles, un cloisonnement, un obstacle contre l'infection : on a alors une variété sous-durale, d'abcès, qui donne un pourcentage de guérisons, plus faible déjà que celui des abcès extra-duraux.

La hernie cérébrale traumatique se produit dans les conditions suivantes. On voit apparaître au travers d'une plaie crânienne un fongus cérébral. Le mot hernie est, en l'espèce, défectueux et il s'agit d'un prolapsus cérébro-méningé.

A la coupe, ces « hernies » contiennent très peu d'encéphale. Ce sont d'énormes granulomes qui, dans la majorité des cas, sont fonction d'une infection sous-jacente, d'une encéphalite avec distension des tissus. Quelquefois, on trouve à leur base un abcès localisé. On ne doit pas oublier qu'enlever le champignon ne sert à rien si on ne touche pas à la lésion provocatrice située au-dessous. Quand on juge que cette « hernie » doit être opérée, il faut aller jusqu'à l'origine, abcès ou encéphalite sous-jacente.

(*Leçon recueillie* par le Dr P. Lacroix.)

A TRAVERS LA PRESSE

Les hommes sans cou.

Il s'agit d'une malformation anatomique caractérisée par « l'absence de vertèbres cervicales individualisées, qui sont remplacées par un bloc osseux pouvant contenir le rachis cervical dans sa totalité ou dans sa partie supérieure seulement, et, dans certains cas, les premiers éléments du rachis thoracique ».

On observe en outre, à la face postérieure de ce bloc osseux, une fente triangulaire, constituant ainsi un véritable spina bifida.

Cliniquement, dit M. Dubreuil-Chambardel, qui a observé plusieurs cas de cette anomalie, on observe l'absence de cou, la limitation des mouvements de la tête, et l'implantation basse des cheveux.

Ce qui fait l'intérêt pratique de cette dystrophie, c'est la possibilité de sa confusion avec un mal de Pott sous-occipital.

La radiologie permet d'éviter pareille confusion. (*Presse méd.*, 4 mai 1921.)

La médiastinite syphilitique.

C'est l'inflammation spécifique du tissu cellulaire ainsi que des organes nobles (périartérite et endartérite) du médiastin supérieur, accident tertiaire, le plus souvent secondaire à des lésions de voisinage, quelquefois primitif.

La symptomatologie en est complexe. Elle comporte d'abord des signes veineux dus à la compression de la veine cave supérieure : céphalée, vertiges, éblouissements, troubles de l'ouïe, œdème de la moitié supérieure du corps, circulation collatérale, cyanose ; des signes laryngés par compression des récurrents (accès de suffocation, laryngisme et œsophagisme, troubles de la phonation) ; des signes respiratoires : dyspnée, toux quinteuse, modifications stéthoscopiques ; des phénomènes douloureux ; des troubles dysphagiques.

A ces signes principaux, il faut ajouter les petits signes de la médiastinite syphilitique, moins constants : rétraction systolique pluricostale



disparition du déplacement en avant de l'extrémité inférieure du sternum (signe de Wenchebach) à chaque inspiration ; signe de la trachée (signe d'Oliver-Cardarelli) ; le pouls paradoxal de Kissmaul ; les variations de la pression artérielle ; les pulsations du foie.

Cliniquement, on distingue une forme veineuse, une forme respiratoire, des formes étendues, des formes frustes, des formes associées.

Le diagnostic est à faire avec l'adénopathie trachéo-bronchique, la médiastinite cancéreuse, la médiastinite tuberculeuse, l'anévrysme de l'aorte. Il repose sur l'ensemble séméiologique précédemment esquissé, sur la radiologie et sur la notion d'infection syphilitique antérieure.

Le traitement spécifique est naturellement indiqué. Il aura recours au mercure, aux arsénicaux (hectine, arsénobenzol), à l'iodure de potassium. Les résultats sont variables : dans la forme respiratoire, ils sont douteux. Dans les autres formes, ils se montrent favorables. Tel est le résumé de l'excellente revue de M. Brin. (*Gaz. des hôp.*, 1921, n° 36.)

Nouvelle méthode de traitement des myélites et du tabès.

Préconisée par M. G. Bernard, elle consiste à retirer par ponction lombaire 10 cmc. de liquide céphalo-rachidien du malade, et à le réinjecter par la voie épidurale, après l'avoir soumis à trois chauffages successifs à 55°.

« Notre méthode est encore trop récente pour « que nous puissions préjuger des résultats éloi« gnés. Par contre, les résultats immédiats ont « été extrêmement satisfaisants : aussitôt après « la réinjection, les douleurs cessent, le sommeil « revient, le malade éprouve un soulagement « très marqué et persistant qui n'a rien de com« parable à l'effet d'une rachianesthésie ». (*Gaz. des hôp.*, 1921, n° 36.)

Les méfaits de l'insuffisance alimentaire.

Selon MM. Le Noir et Richet fils, l'insuffisance alimentaire constitue un véritable péril social. Elle est infiniment plus dangereuse pour la race que son opposé, la suralimentation. Elle s'observe tout d'abord dans certains pays pauvres, ou encore, dans certaines classes sociales ; chez les malades du tube digestif. Dans d'autres cas, elles est involontaire ou raisonnée. Involontaire chez ceux qui restreignent leur régime, parce qu'ils souffrent après avoir mangé, et qui arrivent ainsi à un état de véritable inanition Raisonnée, chez d'autres sujets qui ne mangent pas parce qu'ils ne veulent pas manger : les anorexiques, mentaux ou hystériques.

Quoi qu'il en soit, la demi-inanition varie avec l'âge des individus. Chez l'enfant, comme chez l'adolescent, elle se traduit surtout par des troubles de la croissance. Chez l'adulte, la croissance n'est plus en cause. Cependant, son aspect est caractéristique. On trouve dans l'élimination urinaire une diminution notable de l'urée et des chlorures, un excès d'ammoniaque. La mauvaise alimentation produit également des effets comparables à ceux de l'insuffisance quantitative.

Les auteurs l'établissent en relevant les résultats des observations faites chez les prisonniers français de guerre, aussi bien que dans certaines grandes villes occupées où la restriction alimentaire était imposée.

Les conséquences de la demi-inanition se traduisent par des séquelles qui ont une importance considérable au point de vue social.

C'est d'abord la misère physiologique, la prédisposition à contracter les maladies, et surtout la tuberculose.

« Tous les phtisiologues reconnaissent la né« cessité impérieuse d'une alimentation riche « et bien préparée dans le traitement de la tu« berculose. N'en est-il pas *a fortiori* de même « pour l'empêcher d'apparaître ? Aussi esti« mons-nous que la conséquence la plus grave « de cette demi-inanition des régions pauvres, « et, en France, des classes déshéritées est la fa« cilité avec laquelle se développe chez elles la « phtisie, si bien que la lutte contre la tubercu« lose n'est pas résumée dans la lutte directe « contre le bacille, lutte dont on ne saurait exa« gérer l'importance, et qui doit être notre souci « constant, ni par la lutte indirecte contre le « taudis et le cabaret ; mais il nous faut lutter « également nous dirions presque, surtout, con« tre la mauvaise alimentation ». (*Paris méd*, 7 mai 1921.)

Le syndrome gastrique précoce.

Décrit par MM. F. Ramond et Jacquelin, ce syndrome est chronologiquement à l'antipode du syndrome pylorique tardif, actuellement classique.

Il se manifeste comme suit : « L'appétit est « variable, mais s'il existe, il est vite rassasié, « puis le dyspeptique éprouve, à peine son repas « terminé, une sensation de plénitude, de pe« santeur gastrique plus ou moins douloureuse ; « en même temps surviennent des brûlures plus « ou intenses, que le malade localise dans la partie « haute de son estomac, à la hauteur de l'ap« pendice xyphoïde, et un peu au-dessous. Au « bout de quelques minutes à un quart d'heure « au plus, se produisent successivement des ren« vois gazeux, puis des renvois liquides et soli« des. Les renvois gazeux sont de nature aéro« phagique ; les liquides sont acides dès le dé« but, puis, avec le temps, ils deviennent fades, « simples renvois d'eau chaude, non dépourvus « cependant de pouvoir peptique. Ces régurgi-

« tations liquides entraînent quelques parcelles « alimentaires ; et le mérycisme ainsi produit « dégénère souvent en véritables vomissements « qui s'effectuent dans la première demi-heure. « Ce vomissement peut ne pas aboutir, mais il « fait place à un état nauséeux intermittent, à « peu près constant. »

A cet ensemble symptomatique, il faut ajouter des troubles vaso-moteurs, des points douloureux, l'évolution qualitative du suc gastrique qui, d'abord ortho ou hyperchlorhydrique, devient rapidement hypochlorhydrique, et même anachlorhydrique.

La radioscopie montre du spasme du cardia.

Anatomiquement, il s'agit de lésions aiguës, subaiguës ou chroniques des parties hautes de la muqueuse gastrique, celle où siègent en grande quantité les glandes à sécrétion chlorhydrique et peptique (gastrite, ulcère, cancer.)

Le régime alimentaire s'inspirera des données anatomo-cliniques énoncées. Il comportera par jour quatre petits repas sans boisson, de manière à ce que le niveau supérieur du contenu gastrique n'atteigne pas la zone malade C'est pour cette même raison que le malade évitera de se coucher dans les deux heures suivant les repas. La boisson sera prise dans l'intervalle des repas.

Comme traitement, on prescrira les pansements gastriques à la gélose, auxquels on ajoutera du carbonate de bismuth en cas d'ulcère. La potion de Rivière prise après les repas (une cuillerée à soupe) dégage de l'acide carbonique qui distend la grande courbure, augmente ainsi sa capacité et met la muqueuse supérieure irritée mieux hors d'atteinte du contenu gastrique. (*Bull. méd.*, 7 mai 1921.)

La frigidité accidentelle de l'homme.

Caractérisée par de l'indifférence ou de l'aversion pour les rapports sexuels, la frigidité doit être distinguée de l'impuissance, dans laquelle les désirs sont non seulement conservés, mais souvent encore tellement exacerbés qu'ils accaparent la totalité de l'énergie disponible et empêchent ainsi la réaction physique nécessaire à leur satisfaction.

La frigidité accidentelle est infiniment plus fréquente que la congénitale. Elle se traduit par de l'indifférence, qui peut aller jusqu'à la répugnance pour les femmes. En même temps, fléchissent les émotions esthétiques et se suppriment les représentations érotiques à l'état de veille. Pareillement disparaissent les rêves érotiques.

Le frigide n'a plus d'érections. Si sa sensibilité objective n'est pas déficiente, il a parfois l'impression de ne plus posséder d'organes sexuels, d'avoir perdu la notion de leur position, de leur pesanteur.

Il vit fréquemment dans un état d'anxiété à peu près continue, comportant des paroxysmes douloureux.

Pour le moins, il est triste, d'une « tristesse « diffuse, mal formulée et qui n'est pas, comme « on le croirait, le résultat des réflexions du ma- « lade sur l'infirmité de son état ».

M. C. Perrens, à qui nous devons cette intéressante description, attribue cette affection à des causes diverses, la syphilis, la gonorrhée, les intoxications (plomb, oxyde et sulfure de carbone, haschisch, opium, belladone, jusquiame, tabac), certaines diathèses (diabète), certaines affections cérébro-spinales (tabès, paralysie générale), et surtout à la neurasthénie.

Mais, on peut l'observer également chez des sujets dans la force de l'âge, robustes, capables d'efforts prolongés, mais ayant été soumis longtemps à de très violentes émotions dépressives (bombardements prolongés), « La frigidité s'ins- « tallait probablement par simple substitution « à des émotions terrifiantes aux émotions plus « douces de l'amour qui ne trouvaient pas leur « emploi. C'est ce que Freud et Breuer appelle- « raient la supplantation émotive. »

Sans vouloir chicaner M. Perrens sur sa conception, je ne puis m'empêcher d'être frappé par deux symptômes qu'il décrit et qui me paraissent susceptibles d'une interprétation différente, c'est l'état d'anxiété continue, à paroxysmes intermittents dans lequel se trouvent certains malades ; c'est, d'autre part, l'impression de ne plus posséder d'organes. Cela ressemble fort au *négativisme* des *mélancoliques*, qui sont communément en même temps des *anxieux*. De telle sorte que je me demande si le terme de neurasthénie n'est pas trop vague et trop imprécis, et s'il ne conviendrait pas de considérer de tels sujets comme des mentaux.

Au point de vue du traitement, l'auteur préconise le traitement des causes accessibles (toxi-infections), la psychothérapie, la physiothérapie, la strychnine, l'hectine, et aussi la cautérisation du veru montanum, qui, dans deux cas, lui aurait procuré deux succès immédints. (*Gaz. hebd. des sc. méd. de Bordeaux*, 8 mai 1921.)

G. D.

Presse anglaise.

L'antiquité de la syphilis.

Selon M. Frank Barendt (*Liverpool medical Institution*, 28 avril 1921), la syphilis est aussi ancienne que l'humanité. On en retrouve la trace dans les écrits les plus reculés, et on l'a nommée — sans raison peut-être — maladie de Job. Hippocrate et la mythologie parlent d'affections qu'on ne peut guère rattacher qu'à la syphilis. Le mot lui-même est de Frascator

médecin et poète, qui écrivit un poème intitulé : *Syphilis seu morbus Gallicus*, dans lequel un berger, du nom de Syphilis, fut atteint de maladie « odieuse » pour avoir blasphémé le soleil !

La réaction de Sachs-Georgi.

On emploie depuis quelque temps, à l'étranger, une nouvelle réaction, dite de Sachs-Georgi, pour le diagnostic de la syphilis, réaction que nombre d'auteurs considèrent comme aussi exacte et plus simple que le Bordet-Wassermann. LEVINSON et PETERSEN (*Arch. of dermat. and syph.*, mars 1921) présentent une étude comparative, basée sur l'examen de 1042 sérums, du Bordet-Wassermann et du Sachs-Georgi. Ils ont trouvé des résultats concordants des deux réactions dans 92 p. 100 des cas. Dans les 62 examens où le Wassermann fut négatif et le Sachs-Georgi positif ou douteux, la clinique a permis de caractériser la syphilis plus d'une fois sur deux, affirmant ainsi la plus grande précision du Sachs-Georgi. Ce dernier demande un seul réactif biologique au lieu de 4 pour le Wassermann, d'où sa simplicité.

Intoxication chronique par le thé.

L'usage du thé, très répandu, on le sait, en Angleterre, peut aboutir à des troubles d'intoxication chronique lorsqu'il dépasse une certaine limite. STARR (*Medical Record*, 19 mars 1921) expose la symptomatologie de cette intoxication chronique qui s'observe surtout chez les jeunes femmes. Elle comprend des céphalées, vertiges, insomnies, palpitations, perte de l'appétit, obnubilation mentale, etc. La suppression de la cause amène la disparition des accidents.

L'intoxication aiguë par le thé est rare. L'auteur rappelle les effets toni-stimulants d'une dose normale de thé fort. Son ingestion est suivie au bout de 20 minutes d'un accroissement marqué de la force musculaire qui atteint son maximum après une heure et se prolonge plusieurs heures. L'activité mentale est également stimulée et le travail intellectuel facilité. Mais, il ne faut pas passer de l'usage à l'abus. Certaines jeunes femmes arrivent ainsi à prendre journellement de 12 à 15 tasses de thé, d'où intoxication chronique.

Prophylaxie de l'infection puerpérale.

Le rapport annuel officiel du Registrar-general pour 1919, a montré, en Angleterre, une augmentation assez sensible du nombre des cas mortels d'infection puerpérale, ce qui n'a pas été sans émouvoir les accoucheurs de ce pays. M. W. BLAIR BELL, de Liverpool (*Société médicale du Staffordshire*, 21 avril 1921) rappelle, à ce propos, la nécessité de ne négliger aucune des mesures de prophylaxie de l'infection puerpérale. Normalement, l'organisme maternel offre deux conditions naturelles de défense contre l'infection. Vers la fin de la gestation, existe un certain degré d'hyperleucocytose sanguine et la sécrétion vaginage se maintient acide (acide lactique). Ces défenses naturelles peuvent, il est vrai, se trouver atténuées. L'infection, lorsqu'elle se produit, pénètre par la surface placentaire et quelquefois par des déchirures du col, du vagin, du périnée.

La prophylaxie consiste en une application stricte des règles de l'asepsie et de l'antisepsie. L'auteur recommande, d'une part, de se montrer sobre de toucher vaginal et d'applications de forceps non indispensables, d'autre part, de pratiquer ces interventions avec une asepsie parfaite. Le praticien ne doit pas se laisser influencer, dit-il, par un entourage trop sensible et recourir au forceps simplement pour hâter un accouchement qui se produirait sans cela. Beaucoup de médecins, ajoute l'accoucheur anglais, sont des virtuoses du forceps, qu'ils manient avec une grande habileté. Ce n'est pas une raison pour l'employer sans indication obstétricale nette, pour diminuer les souffrances de la femme ou calmer les inquiétudes du mari, par exemple.

Donc, pas d'intervention dans le travail normal. Dans le travail anormal, le maximum d'asepsie. Pas d'injection vaginale préalable, de façon à préserver la sécrétion acide du vagin. Désinfection soigneuse de la vulve (évacuation du rectum, raser les poils du pubis, savonnage de la vulve et de la région anale, etc.) Gants de caoutchouc stériles, ébullition des instruments. Substituer quelquefois le toucher rectal (le doigt ganté) au toucher vaginal pour rendre celui-ci plus rare. L'accouchement terminé, suturer toutes les déchirures des tissus maternels.

Le traitement de l'asthme par la peptone.

Le traitement formulé par AULD en 1918, contre l'asthme et ses congénères (migraine, épilepsie, œdème angio-neurotique, vomissements cycliques, etc.), et qu'il indique aujourd'hui avec plus de détails (*Bristish med. Journ.*, 14 mai 1921), est le suivant. Une solution de peptone de Witte ou de peptone d'Armour est préparée à 5 % ou à 7 %, et rendue alcaline un peu à la façon des solutions de 606. La préparation à 5 % est destinée à la voie intra-veineuse, la préparation à 7 % à la voie intra-musculaire.

L'auteur cherche à produire une désensibilisation générale par chocs peptoniques légers, répétés, avec réaction minimum. Chez l'adulte, il a recours de préférence à l'injection intraveineuse. Il commence par 5 gouttes de solution peptonique et, tous les 2 ou 3 jours, il augmente de 3 gouttes environ jusqu'à atteindre 20 gouttes à la sixième piqûre. Ces doses faibles guérissent quelquefois les malades sans réaction et c'est le but idéal à rechercher. On prend la tem-

pérature du patient 5 à 6 heures après chaque injection. Y a-t-il une légère hyperthermie (de un demi-degré par exemple), il est inutile d'augmenter la dose de l'injection suivante. Lorsque l'amélioration n'est pas obtenue après la huitième injection, on peut être amené à rechercher une réaction plus vive, par une dose appropriée. Auld, en définitive, emploie dans l'asthme et ses congénères, la méthode de traitement par choc colloïdoclasique (peptonique) de Widal-Abrami. Il a recours à une série de chocs légers, n'entraînant pas de réactions importantes, et il déclare obtenir ainsi, dans nombre de cas, sans inconvénient ni danger, une désensibilisation générale et la guérison des malades pour un laps de temps très appréciable.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

Paris

Sur l'opothérapie cardiaque.

(M. L. Rénon. — *Académie de médecine.*)

M. Rénon emploie l'opothérapie cardiaque depuis 1911. Il s'est servi de poudre de ventricules de bœuf (desséchés dans le vide) et même de poudre de faisceau de His de bœuf. Comme M. Martinet, il a obtenu des résultats intéressants dans l'insuffisance cardiaque chronique avec dégénérescence du myocarde. Les doses utilisées furent celles de 50 centigr. à 1 gramme par jour, ce qui représente 2 à 4 gr. de myocarde frais. La médication doit être poursuivie longtemps.

M. Ch. Fiessinger n'a pas constaté d'effets bien appréciables de l'opothérapie cardiaque. En 1916, il a eu recours à cette thérapeutique chez 3 malades. Il s'est adressé à une technique analogue à celle préconisée par M. Renaut (de Lyon), pour les rénaux : 50 à 100 grammes de cœur de bœuf coupé en petits morceaux et chauffé quelques heures à faible température dans de l'eau légèrement salée. Le patient avalait le liquide. L'auteur reconnaît que si ses malades n'ont obtenu aucun résultat apparent de l'opothérapie, c'est sans doute qu'ils n'avaient pas la foi dans la médication. La foi dans un traitement peut créer, au cours des affections chroniques. des réactions émotives susceptibles de rétablir le rythme des sécrétions internes. Employons donc l'opothérapie cardiaque « pendant qu'elle guérit ».

Le trafic de la cocaïne ; son extension.

(MM. Courtois-Suffit et Giroux. — *Académie de médecine.*)

En 1916, le gouvernement a promulgué, sur l'emploi des substances toxiques, une loi dont le but principal était de lutter contre les toxicomanies (morphinomanie, cocaïnomanie, etc.) Tous les médecins connaissent bien les complications apportées à l'exercice de notre art par le décret complémentaire de septembre 1916.

La loi a-t elle été plus heureuse dans la répression des toxicomanies ? Qu'on en juge : en 1916, les arrestations opérées à Paris par la brigade « mondaine » pour trafic de la « coco » étaient de 53 ; en 1920, elles se sont élevées à 151, et elles dépassent la centaine pour les cinq premiers mois de l'année 1921. Donc, extension considérable de la vente clandestine de la cocaïne : on a saisi plus de 25 kilos de la drogue, en 1920, au cours des perquisitions. Ce n'est pas tout. Le mal, jusque-là localisé à certains coins de Paris (restaurants de nuit de Montmartre), s'est étendu à la province, d'accès plus facile, étant moins surveillée. L'importation se fait surtout d'Allemagne, souvent par des soldats permissionnaires. Un kilo de « coco », payé 600 fr. en Allemagne, est ainsi revendu 10 à 15.000 fr. en France.

M. Courtois-Suffit demande que les pénalités appliquées aux trafiquants de cocaïne soient plus élevées et comportent, avec elles, une interdiction de séjour.

La sympathectomie péri-artérielle dans la gangrène de l'endartérite chronique.

(M. R. Leriche. — *Société de chirurgie.*)

M. Leriche fait une communication sur le traitement, par la sympathectomie péri-artérielle, de la douleur prémonitoire de la gangrène, dans l'endartérite chronique oblitérante.

Dans certaines formes d'endartérite oblitérante sénile, la douleur précède, à longue échéance, l'apparition des phénomènes gangréneux. A ce moment, où il ne saurait être question d'opération mutilatrice, l'auteur propose l'intervention sur le sympathique péri-artériel (sympathectomie péri artérielle) qui lui a donné les résultats que l'on connaît dans le traitement des douleurs causalgiques chez les blessés de guerre.

Occlusion duodénale sous-vatérienne.

(M. J. Villette. — *Société de chirurgie.*)

Les occlusions sous-vatériennes du duodénum, étudiées assez longuement en Angleterre et en Amérique, n'ont donné lieu qu'à des travaux peu nombreux, en France. C'est un chapitre de pathologie abdominale qui sera surtout élucidé par le bistouri du chirurgien. La symptomatologie rappelle certaines affections gastro-intestinales (appendicite), et biliaires (lithiase), etc. M. Grégoire signale une observation de M. Villette, de Dunkerque, concernant un cas d'occlusion duodénale par la mésentérique supérieure.

Gelure des pieds traitée par la sympathectomie péri-artérielle.

(MM. Voncken et Guimy. — *Société de chirurgie.*)

MM. Voncken et Guimy ont pratiqué, chez un malade atteint de gelure des pieds rebelle aux thérapeutiques ordinaires, la sympathectomie péri-artérielle. Ils ont obtenu une guérison rapide.

Fracture des apophyses transverses des vertèbres lombaires.

(MM. Oudard et Jean. — *Société de chirurgie.*)

MM. Oudard et Jean ont pu recueillir 7 observations personnelles de fractures isolées des apophyses transverses des vertèbres lombaires. A cette occasion, ils présentent une étude de cette affection.

Dans la plupart des cas, une seule apophyse est fracturée. Quelquefois cependant, plusieurs le sont, du même côté ordinairement. L'aspect clinique est le suivant. A la suite d'un effort violent ou d'un choc brusque, le patient ressent une douleur aiguë dans la région lombaire, qui s'exagère par les mouvements. Les douleurs se calment, mais le malade ne reprend guère ses occupations avant un mois et conserve encore une gêne douloureuse qui peut se prolonger longtemps.

La palpation révèle une sensibilité vive, localisée au siège de la fracture. Pas d'ecchymose en général.

La fracture apophysaire est fréquemment méconnue et confondue avec la fracture ou la luxation de la colonne vertébrale, avec une entorse vertébrale, une rupture musculaire, et plus tard, avec un mal de Pott, une spondylite, une sacralisation, etc. La radiographie permet de poser le diagnostic.

Le pronostic est assez sérieux, en raison des lésions concomitantes possibles (contusion du rein) et des troubles persistants consécutifs (névralgie des nerfs lombaires).

Le traitement comportera l'immobilisation au lit, qui suffit souvent. L'intervention est dans certains cas justifiée, si, par exemple, au bout d'un mois les phénomènes douloureux persistent.

La chirurgie dans l'ascaridiose intestinale.

(M. Gaudier. — *Société de chirurgie.*)

Les ascarides intestinaux, malgré leur bénignité habituelle, peuvent quelquefois rendre nécessaire une intervention chirurgicale. C'est ainsi que M. Gaudier fut amené à pratiquer la laparotomie chez une malade atteinte de phénomènes simulant une perforation intestinale, causés par des ascaris.

L'auteur rappelle, à ce propos, que l'ascaridiose, ordinairement bénigne, revêt parfois (surtout dans les pays chauds) un caractère grave. L'ascaridiose bénigne se limite à quelques troubles gastro-intestinaux ; nausées, coliques péri-ombilicales à type vespéral, diarrhée, accidents réflexes légers. L'ascaridiose grave, bien étudiée par Guiart, est susceptible de provoquer des désordres beaucoup plus sérieux, notamment des phénomènes d'occlusion, de péritonite par perforation, l'appendicite, des accidents nerveux réflexes importants (tachycardie, symptômes méningés).

Le diagnostic de l'helminthiase se base sur divers signes de présomption (nausées, coliques péri-ombilicales à type nocturne, prurit, inégalité pupillaire, toux quinteuse, troubles réflexes, éosinophilie) et sur des signes de certitude : présence d'œufs ou d'ascaris dans les selles, épreuve thérapeutique de la santonine ou du thymol.

Un cas de mort par choc colloïdoclasique.

(M. Lesné. — *Soc. médicale des hôpitaux.*)

Dans un cas d'infection générale secondaire à une plaie, M. Lesné a vu l'injection intra-veineuse de 5 cc. de collargol à 1 p. 100 être suivie en quelques minutes d'une syncope mortelle, sans symptômes prémonitoires. Il s'agissait d'un malade émotif, redoutant les suites de la piqûre. M. Lesné pense que l'état du système nerveux a une influence sur l'intensité du choc et qu'il vaut mieux s'abstenir de cette médication chez les sujets émotionnables.

M. Dufour rappelle qu'il a publié plusieurs exemples d'épilepsie réflexe thérapeutique. Une fois, avant même qu'une seule goutte de liquide ait été poussée dans la veine, la crise a éclaté. Le malade très impressionnable avait beaucoup redouté l'injection.

Traitement orthopédique de la paralysie faciale.

(M. J. A. Sicard. — *Société médicale des hôpitaux.*)

M. Sicard présente une malade atteinte de paralysie faciale irrémédiable, chez laquelle M. Ombrédanne a appliqué le crochet orthopédique de correction, dont nous avons déjà parlé.

Les interventions chirurgicales proposées à ce jour contre la difformité de la paralysie faciale, sont de quatre ordres :

1° Les anastomoses nerveuses, du tronc facial au spinal.

2° Les transplantations de muscles (myoplasties) du masséter, du sterno-mastoïdien, à la commissure.

3° Les transplantations de fils métalliques.

4° La section du sympathique cervical homologue, destinée à agir sur l'inocclusion palpébrale.

Malheureusement, les désillusions chirurgicales sont la règle. Le crochet releveur d'Ombrédanne paraît donner un meilleur résultat : c'est un petit traitement orthopédique intéressant de la plégie faciale.

P. L.

Le LACTOBYL *est composé de*

FERMENTS LACTIQUES qui enrayent la putréfaction Intestinale

AGAR-AGAR qui hydrate le contenu intestinal

EXTRAIT BILIAIRE qui régularise la fonction du foie

EXTRAIT TOTAL DES GLANDES DE L'INTESTIN qui reactive le fonctionnement de cet Organe



Traitement Biologique de la CONSTIPATION

DOSE :
1 À 6 COMPRIMÉS AU REPAS OU SOIR, AVALER SANS CROQUER

Échantillons et Littérature : LABORATOIRE DE THÉRAPIE BIO-CHIMIQUE, 169, Av. Wagram, PARIS



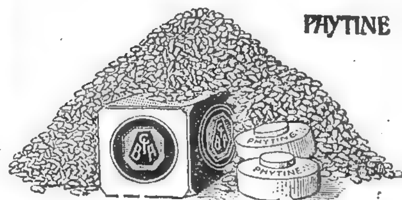
ÉCHANTILLONS ET LITTÉRATURE

LABORATOIRES CIBA

O. ROLLAND, Ph^ciens

1, Place Morand, à LYON.

PHYTINE



TUBERCULOSES CATARRHES GRIPPES, BRONCHITES de 3 à 6 cuill. à café par jour dans du lait ou du bouillon. **EMULSION MARCHAIS** Phospho-Créosotée

Calme la TOUX, relève l'APPÉTIT et CICATRISE les lésions.
Bien tolérée — Parf^t absorbée.

---

l'AMÉNORRHÉE, la DYSMÉNORRHÉE, la MÉNORRHAGIE
cèdent rapidement si l'on emploie, à la dose de 2 à 4 capsules par jour, les

CAPSULES des Doct^rs JORET & HOMOLLE

(à base d'APIOL obtenu par le Procédé JORET et HOMOLLE)
PHARMACIE *G. SEGUIN*, 165, Rue St-Honoré, PARIS.

Toulouse

Société anatomo-clinique.

Hémiplégie avec hémichorée.

M. Colombier présente l'observation clinique ainsi que les pièces nécropsiques d'un malade atteint d'hémiplégie avec hémichorée.

Diphtérie trachéo-bronchique primitive.

MM. Laffargue et Pujol communiquent un cas de bronchite pseudo-membraneuse à bacilles de Lœffler, compliqué de broncho pneumonie double aiguë, de lésions rénales et hépatiques. Il s'agit là d'un cas assez rare, ayant évolué insidieusement.

Insuffisance de la valvule iléo-cæcale.

M. Timbal rapporte deux observations d'insuffisance de la valvule iléo-cæcale, affection qui ne put être diagnostiquée cliniquement, mais seulement grâce à l'examen radioscopique qui montra un retard dans la progression du bismuth ainsi qu'une dilatation de la partie terminale de l'iléon.

Cancer primitif du rein gauche.

M. Roques communique un cas de cancer du rein gauche à cellules sombres (variété exceptionnelle), à évolution latente, et ayant déterminé des métastases hépatiques dont le développement a masqué la lésion primitive.

Société de chirurgie.

Restauration esthétique du nez.

M. Escat rapporte un très intéressant cas de restauration esthétique par les parties molles d'une ensellure nasale résultant de la perte totale des os propres par blessure de guerre.

Observation de vaccinothérapie.

MM. Lefebvre et Grenier communiquent 6 observations de vaccinothérapie dans différentes infections (ostéomyélite, anthrax, phlegmon de la main, périmétro-salpingite). Ces observations montrent que l'autovaccin et le stock vaccin agissent surtout dans les affections staphylococciques, qu'elles peuvent aider considérablement l'acte chirurgical en abrégeant la durée toujours longue de la période post-opératoire. Dans les infections graves, la vaccinothérapie permet d'éviter le sacrifice grave d'un membre par l'amputation.

Société d'obstétrique et de gynécologie.

Fibrome utérin traité sans succès par la radiothérapie.

M. Mériel présente une observation de fibrome utérin ayant été traité sans succès par la radiothérapie (3 séances intensives à la date d'un mois). La malade n'ayant observé ni rétroversion de la tumeur, ni disparition des métrorragies, demanda une intervention chirurgicale qui montra qu'il s'agissait d'une tumeur à dégénérescence fibro-kystique, ce qui doit rendre compte du peu de succès du traitement radiothérapique.

Tuberculose du corps utérin

M. Tourneux rapporte une observation de tuberculose du corps de l'utérus, lésion ayant évolué sans aucun symptôme caractéristique et ne s'étant traduite que par un syndrome banal de métrite (métrorragies discrètes, douleurs aiguës et leucorrhée). L'échec du traitement gynécologique et la persistance des phénomènes morbides conduisirent à pratiquer un curetage qui, par l'examen des produits ramenés, permit de porter le diagnostic exact. Une hystérectomie totale fut pratiquée, la guérison survint sans complication.

Fibrome pédiculé de l'utérus et grossesse.

MM. Audebert et Fournier communiquent un cas de fibrome pédiculé de l'utérus ayant déterminé une rotation axiale de cet organe. La laparotomie pratiquée au 3e mois de la grossesse permit l'ablation de la tumeur sans amener d'interruption de la gestation.

Atrésie cicatricielle du vagin.

M. Fournier signale un cas d'atrésie cicatricielle du vagin qui, après avoir entraîné un premier accouchement dystocique, n'occasionna aucune complication lors d'une deuxième grossesse qui se termina par un accouchement spontané.

Société de médecine.

Complications orbito-oculaires des empyèmes des sinus de la face.

M. Escat rapporte 3 observations de ces complications des empyèmes simples ou associés des sinus de la face, lésions assez rares, dont il est facile de reconnaître l'origine par l'examen rhinoscopique.

Syphilis gastrique.

M. Timbal communique 2 observations de syphilis gastrique ayant simulé plusieurs lésions stomacales (sténose pylorique, ulcère). Le diagnostic, assez délicat à poser, fut déterminé par les antécédents spécifiques des malades ainsi que par l'absence d'altérations décelables à la radiographie.

Intoxication arsenicale collective massive.

M. Mossé présente un très important travail sur l'intoxication arsenicale collective survenue dans le courant de septembre 1920 à Rieux-Minervois et qui fit un grand nombre de victimes. Les accidents se produisirent 8 jours après le début des vendanges à la suite d'une très forte pluie, et furent rapporté

à l'usage de l'eau d'une citerne où l'analyse révéla l'existence d'une forte quantité d'arsenic, provenant vraisemblablement d'infiltrations d'eau de lavage de tonneaux ayant contenu de l'oxypirol.

L'auteur étudie ensuite les différents symptômes observés chez les victimes et en particulier le cas d'un de ces intoxiqués atteints de polynévrite arsenicale.

Note sur la mégalocornée.

M. Terson, au sujet d'un travail paru récemment, rappelle une étude qu'il a consacrée en 1888 à l'ectasie globuleuse de la cornée, où il concluait que cette lésion pouvait se présenter sous deux formes différentes, l'une bénigne localisée à la cornée ou à la chambre antérieure de l'œil, et l'autre retentissant sur tout le globe oculaire et pouvant se traduire par des complications, lors d'une intervention intra-oculaire.

Fibrome prævia

M. Audebert rapporte une observation de gros fibrome prævia s'étant accommodé dans les 2 mois précédant l'accouchement et n'ayant pas entraîné d'accidents dystociques. Il profite de ce cas pour discuter la conduite à tenir en présence des tumeurs fibreuses du segment inférieur de l'utérus au cours de la parturition.

Hernie inguinale étranglée.

M. Tourneux communique un cas de très volumineuse hernie inguinale congénitale étranglée où l'agent d'étranglement ne se trouvait pas au niveau du cul-de-sac, mais était constitué par une diminution de calibre du conduit funiculaire. ainsi que par des adhérences au niveau du sac,

Mégacôlon.

M. Mossé présente les pièces opératoires d'un volumineux mégacôlon comprenant le côlon pelvien, le côlon ascendant et le côlon transverse opéré par colectomie et suture des deux orifices intestinaux à la paroi.

BIBLIOGRAPHIE CRITIQUE

Revue des Livres.

(A. MALOINE et FILS, éditeurs, Paris).

Émile Sergent, L. Babonneix, L. Ribadeau-Dumas. — **Traité de pathologie médicale et de thérapeutique appliquée.** — Tome XV. Infections à germe connu.

Ce volume commence par une magistrale étude du Pr Hutinel et du Dr Darré sur l'*Infection* en général, considérée dans son essence, dans son mécanisme, dans ses manifestations, dans son traitement. En moins de cinquante pages se trouvent clairement résumées toutes les notions, si abstraites, relatives à l'immunité, aux anticorps aux lysines, à la vaccination, à l'allergie, bref, aux procédés d'attaque des germes infectieux et aux moyens de défense de l'organisme. MM. Lenglet et Ayrignac s'occupent ensuite des *Infections typhoïdes*, qu'ils ont eu l'occasion d'observer de très près au cours de la guerre, et dont ils brossent un tableau personnel , se gardant bien de répéter les banalités qui traînent dans tous les anas, et dont la plupart ne résistent pas à la critique. A M. Philibert a été dévolue la tâche de mettre au point la difficile question des *Septicémies*, et de nous en faire connaître les seuls éléments actuellement indiscutables et immédiatement utilisables pour le traitement, qu'il s'agisse de protéinothérapie ou de choc provoqué. Du même auteur, un bon chapitre sur l'*Erysipèle de la face*. M. Paillard, de Vittel, expose, en un article d'une élégante précision, tout ce qu'un médecin instruit doit savoir des *Infections anaérobies*, qui ont pris, dans ces dernières années, tant d'importance pratique, puisqu'il convient de leur rattacher la plupart des gangrènes. De M. Milhit, une bonne vue d'ensemble sur la *Diphtérie*, sujet mouvant et toujours en évolution. M. Baur s'est chargé de la *Méningite cérébro-spinale*, qu'en sa qualité de médecin militaire, il a eu tant de fois l'occasion de dépister et de combattre. Puis, viennent des articles encore plus d'actualité, et que les auteurs présentent de telle sorte que leur lecture dispense de tout autre travail ; *Tétanos*, par M. Lemierre ; *Choléra*, par M. Vielle ; *Peste*, par M. Marcandier, ces deux derniers, véritables spécialistes en ces sujets sur lesquels ils ont publié soit de complètes monographies, soit d'intéressants mémoires. M. Ameuille résume en quarante pages toute l'histoire d'une maladie qui n'est peut-être pas aussi morte qu'on le croit souvent : la *Lèpre*. M. Henri Roger, de Marseille, Boidin et Martel s'occupent respectivement de la *Mélitococcie*, du *Charbon* et de la *Morve*, affections que, de par leurs recherches antérieures, ils connaissent mieux que quiconque. M. Botreau-Roussel, un des rares médecins ayant vu des centaines de cas de *Pian* et de *Goundou*, condense, en quelques pages, les principales notions relatives à cette curieuse infection, tandis que M. Neveu-Lemaire, rapproche, dans sa description, deux affections, l'une à germe inconnu, l'autre à germe connu, mais très voisines l'une de l'autre, la *fièvre de la Oroga* et la *Veruga peruviana*.

G. D.

PARTIE PROFESSIONNELLE

CHRONIQUE HOSPITALIÈRE*

Au Conseil supérieur de l'Assistance Publique. L'admission des malades aisés dans les hôpitaux.

Depuis l'an dernier, le Conseil supérieur de l'assistance publique a travaillé, soit en commissions, soit en assemblées générales, aux modifications à apporter au règlement modèle des hôpitaux, règlement datant du 15 décembre 1899.

Nous publions plus loin le texte du nouveau règlement modèle, tel qu'il a été voté dans la séance du 30 juin. Nous tenons seulement à donner aujourd'hui les résultats obtenus, ainsi que la physionomie de la séance.

Trois enquêtes avaient été faites : l'une par M. Desmars, conseiller d'État, Directeur de l'assistance et de l'hygiène publiques, enquête auprès des préfets et des commissions départementales d'assistance ; la seconde, par le rapporteur, M. Delaroue, ancien député, auprès des commissions administratives des hôpitaux ; la troisième, par nous-même, auprès de nos confrères

Le rapporteur a fait constater tout d'abord que ces trois grandes consultations avaient donné des résultats identiques sur trois points :

1° Les hôpitaux doivent être réservés aux indigents : ce ne sont pas des maisons de santé, mais des établissements d'assistance par tradition, car nous devons rester dans ce cadre de charité et de bienfaisance que les donateurs et les bienfaiteurs ont tracé par leurs dons et legs.

2° Faut-il créer des maisons de santé ?

L'hôpital ne fait plus peur, mais bien plutôt le domicile privé, parce qu'un malade a de plus en plus la sensation que ce n'est pas chez lui, mais plutôt à l'hôpital ou à la maison de santé qu'il reçoit les meilleurs soins.

Or, nos conceptions actuelles sur les facteurs de la production nationale nous conduisent à considérer le malade comme devant être soigné dans les meilleures conditions.

Jusqu'ici, les circonstances ont souvent obligé les commissions administratives comme le corps médical à envisager l'hôpital comme pouvant faire fonction de maison de santé ; mais dans un avenir très prochain, la maison de santé est appelée à se généraliser, l'hôpital devant rester l'établissement des indigents.

3° Il y a des personnes qui ont abusé d'un droit qu'elles n'avaient pas. Or, les médecins ne sont que peu ou pas payés, parce qu'ils sont les docteurs des indigents. Mais ils ne doivent pas leurs soins gratuits aux payants : tout service rendu ne doit pas être donné pour rien à qui peut le rémunérer.

Il faut donc en conclure que nous ne sommes que dans une période transitoire et que les malades payants ne doivent être admis à l'hôpital que tant que l'initiative privée et les services publics n'auront pu généraliser la maison de santé accessible à toutes les bourses.

Nous avons alors entendu rendre un légitime hommage au corps médical des hôpitaux, tant par notre dévoué confrère, le Dr Gilbert Laurent, député de la Loire que par M. Desmars, conseiller d'État, directeur de l'assistance et de l'hygiène publique, qui, une fois de plus a proclamé la nécessité d'une entente e d'une collaboratio étroite entre les administrations et les médecins entente dont bénéficient surtout nos malades.

Nous donnons plus loin le texte qui a été adopté après une longue discussion, mais disons-le bien hautement, discussion qui fut toujours très courtoise, grâce surtout à l'esprit de grande conciliation et d'équité dont ont fait preuve tant M. Desmars que M. Delaroue, rapporteur.

Somme toute, il s'agissait de concilier un certain nombre d'intérêts en présence :

1° Le malade doit pouvoir se faire soigner et opérer dans les meilleures conditions de fortune, surtout lorsque ses ressources sont modestes. Au médecin traitant, il appartiendra de diriger son client soit sur la maison de santé (s'il en existe une), soit à l'hôpital.

2° La commission administrative entend faire la police dans son établissement et elle doit à la fois défendre le bien des pauvres contre quiconque voudrait faire des économies aux dépens du patrimoine des indigents, en occupant indûment une place à laquelle il n'a pas droit : elle doit également avoir, si elle le juge à propos, un droit de contrôle moral sur les tractations qui se passent entre malade et médecin, au cas où le premier se croirait victime de tarifs chirurgicaux exorbitants.

C'est pour ce motif que les représentants des commissions administratives ont demandé que le tarif des honoraires des docteurs soit établi par elles-mêmes, commissions, après avis du corps médical de l'hôpital.

M. Desmars, puis nous-mêmes avons vainement réclamé que ce tarif fut fixé après « entente » avec le corps médical. Mais M. Hébrard de Villeneuve, vice-président du Conseil d'État nous fit observer que le mot « avis » était plus

juridique, puisque c'est celui dont se sert la Constitution, pour la confection des règlements d'administration publique. Ces décrets, bien que rendus par le Président de la République, après« avis » du Conseil d'État, ne peuvent en réalité passer à l'encontre de l'opinion que cette haute assemblée a manifestée.

Nous n'avons pas insisté sur cette rédaction, d'autant que nous avons fait remarquer que le troisième intérêt en présence est celui des médecins. Or, ceux-ci, quels que soient leurs titres scientifiques sont, en tant que médecins ou chirurgiens des hôpitaux, liés à l'administration par un contrat de louage de services. Les deux parties sont donc bien obligées de se mettre d'accord, pour régler les conditions selon lesquelles les médecins consentent à donner leurs soin aux malades hospitalisés, gratuits ou payants.

Disons également que le texte ci-dessus réserve, dans la plus grande mesure qu'il soit possible, à l'heure actuelle, les légitimes intérêts des médecins, qui ne sont pas admis à soigner leurs malades à l'hôpital. Le libre choix et le libre accès à l'établissement pour tous les médecins sont prévus dans l'avant-dernier alinéa. La concurrence que l'hôpital pourrait faire aux maisons de santé est limitée autant qu'il soit possible. Il appartient aux syndicats médicaux de s'entendre avec les confrères qui ont un service à l'hôpital, pour que les médecins traitants ne se fassent pas, par négligence, indolence, ou *invidia*, les pourvoyeurs des hôpitaux, en dirigeant sur cet établissement, avec un certificat, des malades qui devraient ressortir de la maison de santé.

De même, les commissions administratives sont souveraines pour décider dans quelles catégories de payants il convient de classer un entrant. Il en résulte qu'elles doivent sauvegarder les intérêts des médecins et ne pas se faire les complices des admissions abusives de gens pouvant parfaitement rémunérer leur médecin ou chirurgien.

Remarquons aussi, comme l'a parfaitement bien fait observer M. Desmars, directeur de l'assistance et de l'hygiène publiques, que le texte ci-dessus est un modèle de règlement et non un règlement qui s'impose *ne varietur*. Aussi, les médecins ont-ils toute liberté pour contracter avec la commission administrative de leur hôpital, afin de régler les conditions d'honoraires.

La question de l'admission des blessés du travail est réservée et je puis donner à mes confrères l'assurance que je fais les rapports nécessaires auprès de qui de droit, pour que cesse enfin cette exploitation et du corps médical et des commissions administratives des hôpitaux, pour le plus grand profit des actionnaires des sociétés d'assurance contre les accidents du travail. Nous aurons l'occasion d'en recauser.

La conclusion est la suivante : il est reconnu que l'hôpital est l'asile des pauvres et ne doit admettre qu'à titre exceptionnel des malades payants ; il est en même temps spécifié que les médecins et chirurgiens ont droit à une rémunération de la part des malades payants. Enfin, dans les cas où l'hôpital pourrait organiser une maison de santé à bon marché, le libre choix du médecin y serait établi et ces maisons devraient être érigées qu'autant qu'elles n'iraient pas à l'encontre des droits acquis des maisons de santé privées déjà existantes.

Dr Paul BOUDIN.

Extrait du Règlement modèle.

ARTICLE 28.

« L'hôpital et l'hospice étant, par définition, affectés aux pauvres, il est permis de réserver des lits aux malades et aux hospitalisés payants, à titre exceptionnel seulement et dans une faible proportion.

« Il ne s'agit ici que des malades payants à l'hôpital proprement dit, et non dans une clinique séparée, qui pourrait y être annexée.

« De plus, le terme *pauvre* doit être entendu largement ; il y a des malades qui, sans être pauvres, ne peuvent payer les frais élevés d'une clinique, ou d'un traitement, d'une opération à leur domicile, et qui peuvent payer le prix de journée dans un hôpital, de même qu'il y a des vieillards qui n'ont pas assez de bien pour satisfaire, sans être secourus, aux exigences de la vie isolée, et qui en ont assez ou presque assez pour subvenir aux dépenses de la vie en commun dans un établissement hospitalier.

Sont seuls admis, à titre exceptionnel , comme malades payants, les catégories suivantes :

1° Des malades *atteints de maladies contagieuses*, soit étrangers à la commune, soit appartenant à la commune, mais logés dans des conditions telles qu'ils ne peuvent pas être soignés à domicile utilement pour eux-mêmes, ou sans péril pour autrui ;

2° Des malades étrangers, *de passage*, atteints de maladies soit chirurgicales, soit médicales, lorsqu'il il y a urgence, lorsqu'il n'y a pas dans la commune de maison de santé, lorsqu'ils ne peuvent être transportés à leur domicile ou dans une maison de santé, sans danger pour eux ;

3° Des malades, lorsqu'il n'y a pas, dans la commune de leur résidence, de maison de santé, ou lorsqu'ils ne peuvent être transportés dans une maison de santé voisine, facilement et sans danger pour eux ou *lorsqu'ils n'ont pas les ressources suffisantes*, et seulement dans le cas où *le traitement à domicile sera impossible dans des conditions satisfaisantes* ;

4° Des malades dont le cas nécessite une opération grave, quand il sera constaté *qu'il est impossible de la faire dans des conditions satisfaisantes*, soit à domicile, soit dans une maison de santé.

Les malades payants et rentrant dans l'une de ces

quatre exceptions appartiendront à l'une des trois catégories suivantes et paieront :

Première catégorie : le prix de journée de l'assistance médicale, pour toute charge, si leurs ressources sont très limitées.

2e *catégorie* : le prix de journée de l'assistance médicale, sensiblement majoré, leur incombera pour toute charge, si leur condition est modeste.

3e *catégorie* : le prix de journée de l'assistance médicale, avec une majoration, plus des frais de salle, d'opération, de pansement, de frais médicaux et tous autres que déciderait la commission administrative, si leur condition est plus aisée. Ou bien ils paieront un prix de journée forfaitaire et calculé sur ces éléments. Les honoraires dus aux médecins et chirurgiens seront ou non compris dans les prix ci-dessus.

La commission administrative, libre de ces admissions exceptionnelles, est également libre de décider, après enquête, dans quelle catégorie rentre le malade payant.

Ces honoraires, médicaux et chirurgicaux, seront réglés sur un tarif établi par la commission administrative après avis du corps médical de l'hôpital.

Il appartiendra à chaque commission administrative de prévoir, dans son règlement, si tous les médecins et chirurgiens doivent être admis à donner leurs soins aux malades payants, toutes les fois qu'il apparaitra que le libre choix peut être pratiqué utilement ou sans inconvénient pour l'hôpital ni pour personne. Il lui appartient également de prévoir dans quelles salles et dans quels locaux seront placés les malades payants de chacune des trois catégories, selon les disponibilités et l'installation des hôpitaux et de leurs annexes.

A défaut de services analogues existant dans la localité, la commission administrative peut encore prévoir des services externes payants, pour les catégories prévues ci-dessus, tels que radiographie, analyses, avec leur fonctionnement et leurs tarifs.

LA VIE SYNDICALE ET PROFESSIONNELLE

Essai de conception idéale de la médecine de l'avenir.

Chacun de nous a ou se fait un idéal de l'exercice de la médecine.

Le mien m'est apparu, il y a quelque trente ans, au début de ma carrière, alors que je parcourais les routes de Normandie, au trot tranquille de mon cheval. Il m'est apparu vaguement alors. Mais depuis, l'expérience et les évènements aidant, il s'est précisé à mes yeux et s'est cristallisé d'une façon suffisamment nette pour que j'ose l'exposer dans les colonnes du *Concours médical*.

A l'époque lointaine dont j'évoque le souvenir, non sans quelque mélancolie, frais émoulu du service hospitalier où j'avais parachevé mon instruction dans des conditions éminemment favorables, puisque j'avais eu la bonne fortune de remplir, pendant plusieurs mois, les fonctions d'interne auprès de mon regretté maitre Moizard, — lorsque j'étais appelé à soigner une maladie aiguë : fièvre typhoïde, pneumonie, diphtérie, à 8, 10 et 12 kilomètres de ma résidence, et que je ne pouvais matériellement visiter mes malades que tous les deux jours, je me demandais par suite de quelle grâce d'état il leur arrivait généralement de guérir, avec une surveillance médicale aussi précaire. Je me souvenais des longues visites et contre-visites journalières à l'hôpital, et des multiples ressources offertes par le milieu nosocomial. Et je me disais déjà que l'exercice de la médecine, dans la clientèle privée, surtout à la campagne, n'était parfois qu'une parodie, par comparaison avec les enseignements que j'avais reçus et la pratique à laquelle je m'étais adonné au cours de mon pseudo-internat.

Le temps passait et ne faisait que fortifier mes idées, tout en m'inspirant une considération de plus en plus grande pour une organisation de soins comparable à celle de l'hôpital. La maison de santé se révéla dès lors à moi comme seule capable de réaliser cette organisation.

Et ces réflexions furent telles qu'elles finirent par me décider à changer mon orientation professionnelle et à exercer dans des conditions capables de satisfaire mon idéal. Après dix ans de pratique rurale, je devins assistant, puis co-directeur de Maisons de santé, et, dans mes nouvelles fonctions, je ne tardai pas à me convaincre que j'étais dans la vérité.

Depuis, j'ai été sollicité par des occupations différentes, mais les circonstances n'en ont pas moins fortifié considérablement mon opinion, puisqu'elles ont fait de moi, à cette heure, le président du Conseil d'administration de la Maison de la Plaine Monceau, bien connue des lecteurs du *Concours médical*.

Sans doute, la pratique de l'automobile ainsi que le téléphone ont-ils remédié à certains des inconvénients constatés par moi dans ma jeunesse.

Mais, d'autre part, les incessants progrès de la Science ainsi que des considérations d'un autre ordre, mais non moins impérieuses, en me fournissant de nouveaux motifs pour justifier mes conceptions, m'ont permis de donner un corps à mes rêveries de jadis.

C'est ainsi qu'avec les notions que nous possédons actuellement sur l'épidémicité, la contagion, ainsi qu'avec les nouvelles méthodes d'exploration clinique et de traitement dont nous disposons, il me paraît paradoxal, et pour tout dire d'un mot que je ne crois pas trop fort, monstrueux

de soigner au domicile familial une affection aiguë, surtout quand elle procède d'une infection.

Une grippe infectieuse, une scarlatine, une méningite crérébro-spinale par exemple, évoluant au sein d'une famille dont elles menacent tous les membres, cela se montre à moi comme un non sens.

Je prie le lecteur de m'accorder que je suis guidé, dans mes appréciations, tout d'abord, par le souci du malade, puis de l'intérêt général, l'intérêt du médecin venant en troisième lieu, quoique lié, à mon sens, étroitement aux précédents.

***

Ce qui me permet de croire que ma conception sera un jour prochain parfaitement réalisable, c'est cette constatation que le public lui-même se montre de moins en moins réfractaire à l'idée d'entrer à l'hôpital, à telles enseignes que nous avons fort à faire aujourd'hui pour nous défendre contre l'admission des malades aisés dans les établissements hospitaliers.

Que sera-ce dès lors, le jour où, aux avantages qu'il y trouve d'ores et déjà, s'ajouteront toutes les commodités et tous les agréments de la vie familiale, sans ses inconvénients ?

Rien ne s'opposera alors à ce que ce qui est maintenant l'exception devienne la règle, acceptée et approuvée par tous.

Au centre de toute circonscription médicale, s'édifiera une maison de santé dont la capacité sera calculée d'après la morbidité moyenne de la région.

Cette maison comprendra des chambres à un, deux ou trois lits au maximum, des salles de bain, des salles d'opérations, un laboratoire d'analyses et de recherches, une installation de radiologie, une étuve et des appareils à désinfecter. L'isolement des contagieux y sera facile. Une ou plusieurs ambulances automobiles lui appartiendront.

Elle sera librement ouverte à tous les médecins de la circonscription, qui y pourront avoir chacun son cabinet de consultation.

Le médecin conservera donc son autonomie et aura sa clientèle personnelle, qui l'honorera dans les formes ordinaires. Au lieu de passer son temps à courir de rue en rue, d'étage en étage, de village en village, tout au long des jours et même des nuits, il visitera ses malades de médecine ou de chirurgie une première fois chez eux, et s'il reconnaît une affection nécessitant des soins plus ou moins prolongés, il prescrira leur transport à la maison de santé où il continuera à les leur donner, mais alors, dans quelles conditions infiniment meilleures de confort, de sécurité, de surveillance, etc. L'ambulance pourvoira à ce transport. La guerre nous a appris qu'il n'y a pour ainsi dire plus de malades intransportables.

Tous ceux qui seront justiciables d'un traitement ambulatoire, viendront à la consultation externe. Ce sera généralement le cas de la plupart des malades chroniques.

Tout au plus un séjour très court à la maison de santé sera-t-il parfois alors nécessaire pour parfaire les données de l'examen clinique par les recherches de laboratoire nécessaires.

Si l'on objecte que le malade reculera devant les frais occasionnés par la maison de santé, il sera facile de lui faire comprendre qu'ils seront largement compensés par les économies réalisées sur les dépenses de toute nature provoquées par la maladie à domicile, au premier rang desquelles se place le temps passé autour de lui par celui ou ceux qui le soignent, et aussi, sur les indemnités de déplacement du médecin.

Celui-ci de son côté, fera également une économie considérable de temps. S'il perd la plupart de ses indemnités de déplacement, par contre, il supportera de moindres frais de transport, et il pourra, d'autre part, faire à son malade les visites absolument nécessitées par son affection.

Tout bien compté, il y aura finalement avantage de part et d'autre.

Et par dessus tout, le malade sera infiniment mieux soigné. La qualité des soins dont il sera l'objet devra ne plus laisser rien à désirer.

Ce qui constitue actuellement une complication souvent difficile à surmonter deviendra des plus aisés. L'analyse des urines, la recherche des réactions humorales, les examens bactériologiques, se placeront sur le même plan que la percussion et l'auscultation.

Les interventions chirurgicales seront pratiquées quand et comme il faudra le faire.

***

— C'est fort bien, me dira-t-on. Votre organisation paraît en effet excellente.

Mais ne chantez pas trop tôt victoire. Et surtout, ne dansez pas de joie. Vous pourriez renouveler à votre désavantage l'aventure de certaine Perrette dont le pot au lait contenait virtuellement veau, vache, cochon, couvée, qui s'évanouirent lamentablement avec le pot brisé et le lait répandu.

Vous ne la tenez pas encore, votre maison de santé de circonscription.

— Certes, je ne me dissimule pas que ce n'est pas demain qu'elle se construira et se généralisera, ainsi que je le souhaite. Mais ne trouvez-vous pas que les syndicats médicaux semblent parfaitement qualifiés pour s'occuper de son édification ?

Est-il impossible de trouver les ressources nécessaires ?

L'assurance sociale, qui prévoit un large usage

[illegible]

D'HONORAIRES MÉDICAUX

M. Louis AUDEBERT Avocat, *Directeur du Contentieux de Syndicats Médicaux, Administrateur d'immeubles.*

5, rue des Saints-Pères PARIS Tél Saxe 48-53.

Pour toute demande de renseignements écrire à Me Audebert en joignant un timbre pour la réponse.

AVIS

Stations thermales
Stations d'altitude.

Nos lecteurs qui désirent voir leur nom figurer dans les listes que nous publions actuellement sont priés de nous en informer

Changements d'adresses

Nous rappelons à nos lecteurs que toute demande de changement d'adresse doit être accompagnée de 0 fr. 60 pour frais de réimpression de bande.

du dispensaire et de la maison de santé, ne pourra-t-elle pas fournir des fonds qui serviront à cet effet ?

Deux perspectives s'ouvrent aujourd'hui devant le corps médical.

La première tend à constituer un service de santé civil comparable au service de santé militaire. Tous ses techniciens seront des fonctionnaires. Je pense que la plupart de mes confrères n'en veulent à aucun prix.

La seconde perspective tient compte des nécessités de l'heure. Elle conserve au médecin son indépendance, tout en organisant les soins d'une façon qui en exalte la qualité et les met en harmonie avec le progrès scientifique.

C'est évidemment celle-ci qui a toutes mes préférences, et je crois bien qu'elle compte de nombreux partisans.

Ma conception de l'exercice de la médecine de l'avenir me paraît capable de donner à cette perspective un aboutissement heureux.

Je livre mes idées à l'examen et à la critique de ceux qui me font l'honneur de me lire. Qu'ils veuillent bien y réfléchir et peut-être conviendront-ils qu'elles méritent d'êtres prises en considération et de servir de thème à leurs méditations.

G. Duchesne.

DOCUMENTS OFFICIELS

ACCIDENTS DU TRAVAIL

Arrêté ministériel du 28 juin 1921, relatif au tarif des frais médicaux en matière d'accidents du travail (Tarif Breton).

Le ministre du travail,

Vu l'article 4 de la loi du 9 avril 1898, modifié par les lois des 31 mars 1905 et 6 janvier 1921 ;

Vu l'arrêté du 8 juillet 1920, fixant le tarif des frais médicaux en matière d'accidents du travail ;

Vu l'avis de la commission du tarif des frais médicaux et pharmaceutiques en matières d'accidents du travail ;

Sur la proposition du conseiller juridique, chef du contrôle des assurances privées,

Arrête :

Article unique. — Sont ratifiés les avis ci-annexés émis par la commission du tarif des frais médicaux et pharmaceutiques en matière d'accidents du travail, en interprétation de l'arrêté du 8 juillet 1920.

Paris, le 28 juin 1921.

Daniel Vincent.

Article 1er, paragraphe 2.

La commission du tarif des frais médicaux en matière d'accidents du travail,

Saisie de la question de la fixation de la zone des régions libérées (art. 1er, § 2, du tarif du 8 juillet 1920),

Est d'avis :

De s'en rapporter à l'arrêté du ministre des régions libérées, en date du 2 août 1919 (1), qui, pour l'application de la loi du 17 avril 1919 relative à la réparation des dommages de guerre, la délimite ainsi :

« La zone dévastée visée au paragraphe 8 de « l'article 5 de la loi du 17 avril 1919 comprend « toutes les parties du territoire français situées à « l'est ou au nord d'une ligne passant par : les « limites maritimes des départements du Nord, du « Pas-de-Calais et de la Somme ; les limites sud « de ce dernier département ; les limites ouest et « sud du département de l'Oise et des arrondissements de Meaux, Coulommiers et Provins « (S.-et-M.) ; les limites du département de la « Marne et des communes de Semoine, Mailly-le-Camp et Poivres (Aube) ; les limites sud du « département de la Meuse ; les limites ouest et sud « du département de Meurthe-et-Moselle ; les limites ouest et sud des arrondissements d'Épinal et « de Remiremont (Vosges) ; les limites ouest et sud « du territoire de Belfort jusqu'à la Suisse ».

Article 1er, paragraphe 2.

La Commission du tarif des frais médicaux en matière d'accidents du travail,

Saisie de la question de savoir ce qu'il faut entendre (pour la banlieue des villes de 100.000 habitants et au-dessus) par les « communes *situées* dans un périmètre de 2 kilom. à partir de la limite administrative desdites villes » (art. 1er, paragr. 6, du tarif du 8 juillet 1920),

Est d'avis que :

Par cette expression, le texte a entendu viser non seulement les communes qui sont situées en totalité dans ledit périmètre, mais encore celles dont la partie la plus importante de l'agglomération se trouve située dans ce périmètre ; le principal emporte ici l'accessoire.

Article 7.

La Commission du tarif des frais médicaux en matière d'accidents du travail,

Saisie de la question de savoir si le spécialiste est soumis à l'obligation de l'avis préalable, par lettre recommandée, prévu à l'article 7 du tarif du 8 juillet 1920,

Est d'avis :

Que cet avis préalable s'impose également à tout spécialiste ayant à pratiquer une série de plus de cinq interventions à tarif spécial ; il n'agit plus alors, en effet, comme médecin consultant ou opé-

(1) J. O., 3 août.

rateur, mais devient lui-même un médecin traitant.

Article 12.

La Commission du tarif des frais médicaux en matière d'accidents du travail,

Saisie : 1° de la question de savoir ce qu'il faut entendre par « anesthésie régionale » ; 2° de la question des honoraires afférents à l'anesthésie (article 12 du tarif du 8 juillet 1920),

Est d'avis que :

1° *Il n'y a « anesthésie régionale » que dans les cas où l'anesthésie est pratiquée sur les troncs nerveux d'une région ;*

L'anesthésie fût-elle générale ou régionale, les honoraires ne sont dus que dans les cas où cette anesthésie est pratiquée par un second médecin.

L'anesthésie pratiquée à la racine d'un doigt n'est pas une anesthésie régionale.

Article 13.

La Commission du tarif des frais médicaux en matière d'accidents du travail,

Saisie de l'interprétation de l'article 13 du tarif du 8 juillet 1920,

Est d'avis que :

On peut cumuler les honoraires afférents à chaque intervention faisant l'objet d'une tarification spéciale (par exemple : points de suture et injection antitétanique) sans adjonction, bien entendu, d'un prix de visite (art. 13 et 14 combinés du tarif.)

Article 14.

La Commission du tarif des frais médicaux en matière d'accidents du travail,

Saisie de la question de savoir ce qu'il faut entendre par l'expression « même segment de membre » (article 14 du tarif du 8 juillet 1920),

Est d'avis que :

1° *Le membre supérieur doit être considéré comme comprenant trois segments : bras, avant-bras, main ; et le membre inférieur, trois segments : cuisse, jambe, pied.*

2° *Les articulations des membres (épaule, coude, poignet, hanche, genou, cou-de-pied), ne constituent pas un segment de membre, mais ne sont que l'extrémité supérieure ou inférieure du segment de membre lésé.*

Article 15.

La Commission du tarif des frais médicaux en matière d'accidents du travail,

Saisie de la question de savoir si les radiologistes doivent subir la réduction de 25 % établie par l'article 15 du tarif du 8 juillet 1920 pour la seconde catégorie de villes,

Est d'avis :

Que cette minoration ne saurait être applicable aux electro-radiologistes que pour les soins et ne concerne par conséquent que l'électrothérapie (art. 26).

Les autres actes prévus au tarif (art. 26) constituent en réalité des actes de laboratoire, qui, comme tels, ne doivent pas subir la réduction établie par l'article 15 uniquement pour les soins et opérations.

Article 17.

La Commission du tarif des frais médicaux en matière d'accidents du travail,

Saisie de la question de savoir ce qu'il convient d'entendre par les expressions « régularisation, épluchage et suture » employées à l'article 17 du tarif du 8 juillet 1920,

Est d'avis que :

Par ces expressions, il faut entendre une opération nécessitant habituellement une anesthésie générale ou régionale (article 12 du tarif), et qui comporte le nettoyage de la plaie, la régularisation au bistouri ou aux ciseaux, l'excision de tous les tissus morts ou voués à la mortification, l'hémostase et la suture. Pareille opération a pour but de transformer une plaie contuse en une plaie bordée de tissus vivants, et de chercher, par la suture primitive, une réunion par première intention.

Article 18.

La Commission du tarif des frais médicaux en matière d'accidents du travail,

Saisie de la question de savoir quelle tarification doit être appliquée dans le cas où un médecin appelé auprès d'un blessé atteint de fracture, de luxation ou de plaies profondes, graves et étendues, estime d'une part que le blessé ne peut être soigné à domicile et doit être transporté dans un centre chirurgical, mais qu'il est nécessaire, d'autre part, de lui faire un *appareil provisoire*, en vue même dudit transport,

Est d'avis que :

Par analogie avec les honoraires fixés à l'article 18, in fine, *du tarif du 8 juillet 1920, dans ces termes : « Toute répétition d'appareils plâtrés ou « silicatés des grands segments de membre : 50 fr. » il y a lieu de tarifer au prix de 50 fr., en première catégorie, les soins d'urgence donnés, dans ces cas, par le médecin et la pose de l'appareil provisoire, en vue d'une réduction ultérieure par un autre médecin.*

Article 20.

La Commission du tarif des frais médicaux en matière d'accidents du travail,

Saisie de la question de savoir ce qu'il faut

entendre par « amputation totale d'un doigt » (art. 20 du tarif du 8 juillet 1920),

Est d'avis que :

L'amputation du doigt est totale lorsque le doigt est enlevé avec ou sans la tête du métacarpien adjacent.

Article 26.

La Commission du tarif des frais médicaux en matière d'accidents du travail,

Saisie de la question de savoir ce qu'il faut entendre par « les cas d'extrême urgence » visés à l'article 26 (V. observations, avant-dernier alinéa) du tarif,

Est d'avis que :

Il y a « extrême urgence » lorsque la nécessité d'une intervention urgente ou la façon de pratiquer cette intervention ne peuvent être révélées que par l'exploration radiologique.

Article 28.

La Commission du tarif des frais médicaux en matière d'accidents du travail,

Saisie de la question de savoir : 1° si le prix du pansement de brûlure prévu à l'article 28 du tarif du 8 juillet 1920 demeure invariable alors que l'étendue de la plaie diminue au cours du traitement ; 2° ce qu'il faut entendre par *vaste brûlure* dans les termes dudit article 28,

Est d'avis que :

1° *Au fur et à mesure que la plaie diminue, il va de soi que la brûlure passe de la catégorie de « grande brûlure » dans celle de « moyenne » ; puis de « petite brûlure », suivant la surface à laquelle elle devient* comparable, *au fur et à mesure des progrès de la cicatrisation.*

2° *On doit entendre par* vaste brûlure, *toute brûlure dont la surface ou les surfaces additionnées forment une superficie totale supérieure à celle de deux membres.*

Nota. — *Ne saurait être considérée comme* brûlure, *au sens dudit article* 28, *toute plaie survenant après cicatrisation d'une ancienne brûlure et causée par l'ulcération même du tissu cicatriciel.*

La commission du tarif des frais médicaux en matière d'accidents du travail,

Saisie de la question de savoir quels honoraires doivent être alloués au médecin pour les interventions ci-dessous qui ne sont pas nommément désignées au tarif du 8 juillet 1902,

Considérant que ledit tarif est énonciatif et non limitatif (Cassation, 16 mai 1911),

Est d'avis que :

Il y a lieu d'allouer les honoraires suivants :

	Analogie.	
Extraction de corps étrangers superficiels..	Ouverture d'abcès superficiels (art. 17)..	20 »
Ablation d'ongles semi-détachés..........	....	compris dans la consultation ou visite.
Incision d'hématome................. Ponction d'hématome................. Incision d'hygroma.................	Ouverture d'abcès superficiels ou profonds ; suivant les cas (art. 17).	20 » — 100 »
Extirpation de bourse séreuse............ Ablation d'une cicatrice vicieuse......... Libération d'un tronc nerveux dans une cicatrice..................	Régularisation et épluchage d'une plaie contuse superficielle (art. 12).	40 »
Libération d'un tronc nerveux dans un cal.	Ostéosynthèse d'os correspondant (art. 18)	200 »
Fracture de plusieurs métacarpiens ou métatarsiens..................	Fracture d'un seul os de l'avant-bras (art. 18)	60 »
Luxation du poignet, sans fracture........	Luxation de l'épaule (art. 19)...........	75 »
Appareils plâtrés, sans réduction (pose seule)	Répétition d'appareils plâtrés ou silicatés des grands segments de membres (art. 18)	50 »
Extirpation d'anévrisme artério-veineux....	Ligature d'artères (art. 17)............	Artère correspond.
Grattage pour périostiste d'un os long (sans qu'il y ait eu pour cela évidement osseux)	Curetage des petits os (art. 28).........	50 »
Irrigation continue d'une plaie grave et profonde par la méthode de Carrel (chaque installation).	Injection sous-cutanée de sérum antitoxique (art. 16).	20 »

(*Journal Officiel*, 30 *juin* 1921).

Arrêté ministériel du 28 juin 1921, fixant le tarif des frais pharmaceutiques en matière d'accidents du travail.

Le ministre du travail,

Vu l'article 4, alinéas 1er et 2e de la loi du 9 avril 1898 sur les accidents du travail, modifié par les lois des 31 mars 1905 et 6 janvier 1921 :

Vu l'arrêté du 29 décembre 1911, fixant à partir du 1er juillet 1912 le tarif des frais pharmaceutiques en matière d'accidents du travail ;

Vu l'avis de la commission du tarif des frais médicaux et pharmaceutiques en matière d'accidents du travail ;

Sur la proposition du conseiller juridique, chef du service du contrôle des assurances privées,

Arrête :

Art. 1er. — Le tarif annexé au présent arrêté est applicable aux frais pharmaceutiques en matière d'accidents du travail.

Tous produits ne figurant pas dans ledit tarif seront taxés aux prix indiqués au tarif dressé par l'Association générale des syndicats pharmaceutiques de France à l'usage des œuvres d'assistance et de prévoyance sociales et édité par la chambre syndicale des pharmaciens de la Seine, en tenant compte, à intervalles de six mois, à partir de la mise en application du présent arrêté, des bulletins de variations publiés par la dite Association générale.

Les barèmes dressés par l'Association générale des syndicats pharmaceutiques de France (édition 1921) sont applicables au tarif annexé au présent arrêté.

Art. 2. — Les tarifs visés à l'article 1er ci-dessus ne comportent aucun rabais dans les localités ne comptant pas plus de 5.000 habitants ; ils seront réduits de 5 p. 100 dans les villes comptant 5.000 à 25.000 habitants ; ils seront réduits de 7 p. 100 dans les villes comptant 25.000 à 100.000 habitants ; ils seront réduits de 10 p. 100 dans les villes comptant plus de 100.000 habitants et leur banlieue et de 15 p. 100 dans Paris et le département de la Seine.

La banlieue des villes comprend les communes situées dans un périmètre de 2 kilomètres à partir de la limite administrative des dites villes.

Art. 3. — Pour la détermination des taux de réduction, il y a lieu de prendre pour base la population de la localité où réside le pharmacien fournisseur.

Art. 4. — Les substances toxiques prévues aux tarifs visés à l'article 1er ci-dessus seront remboursées aux pharmaciens sur production d'une copie certifiée conforme aux ordonnances en prescrivant la délivrance.

Art. 5. — Les factures doivent être établies d'après le prix porté au tarif ci-annexé, ou au bulletin de variation spécifié à l'article 1er ci-dessus en vigueur à la date de la livraison des médicaments.

Les récipients ne seront comptés qu'une seule fois lorsque la fourniture sera renouvelée.

Art. 6. — Sont rapportés l'arrêté ministériel du 29 décembre 1911, ainsi que toutes dispositions contraires à celles du présent arrêté.

Art. 7. — Le présent arrêté prendra effet à partir du 1er juillet 1921.

(*Journal Officiel*, 30 *juin* 1921.)

Suivent 2 tableaux, celui des produits chimiques et pharmaceutiques et celui des objets de pansements qui trouveront place dans notre Agenda-Memento de 1922.

Les pharmaciens n'acceptent pas ce tarif dans son intégralité, ainsi qu'il résulte d'une lettre adressée par l'Association générale des syndicats pharmaceutiques de France aux présidents des syndicats affiliés, lettre qui contient le passage suivant :

« Nous tenons à vous faire connaître que certaines conditions de ce tarif nous paraissent inacceptables. Nous aurons sous peu une entrevue à ce sujet avec M. le ministre du travail, et nous vous ferons connaître le résultat de notre intervention. »

(*Bulletin* de la Chambre syndicale des pharmaciens de la Seine, 30 juin 1921, p. 286).

VARIÉTÉS

En glanant...

Du danger des tirailleurs isolés.

C'est dans le *Concours*, lui-même, que je cueille cette « glane », au risque de paraître faire des découvertes sur la place de la Concorde. Il est vrai que, même là, on peut soudain repérer, par hasard, quelques perles égrenées d'un collier de promeneuse richissime. Tel me semble mon cas. Il s'agit de la lettre du Dr Seytre, à propos du conflit sur la loi des Pensions (Voir le *Concours* du 3 juillet), lettre que notre ami Noir a publiée à la suite de son Propos du jour et qui, comme il nous le fait remarquer, « ne manque pas d'intérêt ».

Ah certes, et combien !... Je n'ai pas l'honneur de connaître notre excellent confrère, le Dr Seytre. Je suis donc bien à l'aise pour lui chercher chicane et je le ferai amicalement, sans fiel aucun. Ce n'est qu'en vue des graves leçons d'intérêt général que nous devons en tirer. Aussi bien, j'ai reçu, de confrères de campagne, trop de lettres personnelles de reproches, pour les deux catégories du tarif Breton (au lieu d'une seule pour toute la France) pour ne pas avoir le *droit*, à l'occasion, de montrer à qui en revient vraiment la responsabilité. Les 5 catégories du décret du 9 mars, les 3 catégories du Tarif Maginot n°2, proviennent toutes de ces mêmes causes. Etudions en froidement la genèse, en vue de l'avenir. Notre confrère, dans sa lettre, nous en fournit une occasion précieuse : saisissons-la sur le vif.

***

Le Dr Seytre écrit : «.... M. le Préfet des Alpes-Maritimes réunissait un jour, il y a environ un an, dans son cabinet, les cinq présidents des cinq syndicats médicaux de son département. A chacun de nous, individuellement, il posait cette question : « Quel est le prix moyen de la visite « dans le milieu *que vous représentez ici* ? » Menton et Grasse disent dix francs, Nice dit quinze; Cannes vingt. La campagne, *que je représentais* à cette réunion, *répondit par ma bouche* : cinq francs. Elle ne pouvait répondre autre chose.... »

Voyons, confrère, à quel titre, dans ce cabinet préfectoral, représentiez-vous les médecins de campagne du département des Alpes-Mariti-

mes ? Jusqu'à plus ample informé, je ne vous en conteste nullement le droit. Mais cependant, permettez-moi de m'étonner de cette représentation particulière, au milieu des « cinq présidents des syndicats médicaux », alors que vous signez votre lettre au titre de « Président du Syndicat des médecins inspecteurs cantonaux des Alpes-Maritimes. » Si médecin-inspecteur-contonal signifie médecin de campagne, dans votre département, je n'ai qu'à m'incliner. Si non, j'avoue ne pas comprendre comment « la campagne répondit par votre bouche ».

Les Syndicats médicaux sont des organismes pouvant comprendre tous les praticiens d'une région quelconque, *tous sans restriction*, sauf celle concernant l'honorabilité professionnelle. Le Syndicat peut être départemental, d'arrondissement, de canton, de ville, simplement local, mais c'est une *circonscription*, c'est-à-dire un bloc basé sur la région, et non une *sélection* tirée d'une fonction spéciale ayant ses intérêts particuliers, parfois contraires aux intérêts généraux de la profession. Il peut toutefois se présenter un autre mode de groupement corporatif médical, de forme syndicale, mais un seul : c'est le Syndicat de *spécialistes*. Tel est, par exemple, le Syndicat général des oculistes français qui ne s'occupe que des intérêts particuliers des *seuls* oculistes, *en tant qu'oculistes et non en tant que médecins praticiens*.

Certes, légalement, on peut, à la rigueur, se syndiquer entre médecins ayant des intérêts particuliers à défendre — en vue même et seulement de ces intérêts — tel votre Syndicat de médecins-inspecteurs-cantonaux, tout aussi bien qu'à Paris le Syndicat des médecins de théâtre. Ce sont là des groupements quelconques, à forme syndicale, constitués en vue d'affaires particulières, personnelles....

Mais ceux-là *n'ont pas la parole* quand il s'agit de représenter les intérêts *généraux* de la corporation et de parler au nom des confrères. Ils ne doivent jamais sortir de leur sphère bien délimitée, nettement catégorisée....... Et je crains bien, confrère, que, dans le cabinet du préfet, c'est précisément ce que vous avez fait, prenant ainsi une responsabilité qui, n'étant pas la vôtre, est devenue d'une lourdeur excessive..... Permettez donc à un vieux militant syndicaliste de vous crier, sauf explications plausibles de votre part : « Tournant dangereux ; casse-cou ! »....

***

Et d'ailleurs, ces explications, vous les devez sur ce point, nettes et précises à tous nos confrères de campagne, *victimes* de vos prix si bas, insolites, prix que tant d'entre nous ne connaissent plus chez eux, depuis que le coût de la vie a augmenté d'une façon fantastique.

« Victimes », ai-je dit. C'est le mot même qu'employa M. Maginot, à la Commission tripartite, le 18 juin dernier, alors que je lui faisais remarquer que chez nous, dans nos campagnes de Seine-et-Marne, le prix moyen était de huit francs et que je m'efforçais de lui faire admettre mon amendement supprimant la 3e catégorie. « Eh bien alors, me répliqua-t-il en substance, vous êtes victimes, chez vous, des prix d'autres régions de campagne. Que voulez-vous ? C'est un tarif général que nous faisons ici. *Il est basé sur les prix mêmes fournis par des médecins.* C'est pourquoi nous avons adopté 3 catégories, minimum dont nous ne pouvons nous départir. »

Et voilà pourquoi votre fille est muette, confrère. C'est égal ! 15 francs à Nice, 20 francs à Cannes et cent sous *extra muros* !!.... C'est plutôt un déchet excessif, inexplicable ! Comme médecin inspecteur-cantonal, vous pouvez, sans doute, « vous en tirer » avec des visites à cent sous. Hélas ! nous, qui ne possédons pas ce titre enviable et qui sommes médecins de campagne — tout court — nous le trouvons insuffisant.

Et nous sommes ainsi des milliers de praticiens ruraux qui avons lutté avec cohésion, avec discipline, pour un peu de mieux-être, sans vouloir comme vous, « reprendre notre liberté » au prix d'une démission « d'un autre Syndicat qui suit les directives de l'Union ». Mais nous ne pouvons que regretter, amèrement, que certains confrères — sortant de leur rôle en parlant officiellement au nom de tous, alors qu'ils n'étaient pas qualifiés pour cela — aient semblé faire le coup de feu dans l'autre camp, ou tout au moins, par leurs paroles, aient aidé l'adversaire à se ravitailler en munitions.

Dr Fernand DECOURT.

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations.

— **Orchestre Médical.** — L'Orchestre médical, composé de médecins, de pharmaciens et de parents de médecins, et que la guerre avait mis en sommeil, s'est reconstitué et a donné la première manifestation de son réveil le samedi 2 juillet dernier, au cours de la soirée organisée au cercle Volney, à l'occasion du Congrès d'histoire de la médecine.

Il s'est fait applaudir, sous la direction du maître H. Busser, chef d'orchestre de l'Opéra, par la façon digne d'éloges dont il interpréta l'ouverture du *Devin de Village*, de J.-J. Rousseau, un *Andante*, de Symia (alias G. Richelot, Président de l'Académie de médecine) et la *Marche héroïque* de Saint-Saens.

Il reprendra ses travaux au mois d'octobre

et se propose de donner plusieurs concerts au cours de la prochaine saison d'hiver.

En dehors de ses membres actifs, il recrute des membres honoraires, parmi les mélomanes qui considèrent comme un devoir d'encourager les efforts des médecins désireux de pratiquer une forme particulière d'union, en cultivant l'art musical.

Nous faisons un pressant appel à nos lecteurs en faveur de l'Orchestre médical, dont le secrétaire général est notre excellent ami, le Dr Destouches, 4 rue Thénard, à Paris.

— Cours de clinique et de médecine des enfants sous la direction de M. le Professeur Nobécourt et de M. Lereboullet. — *Cours de vacances.* — 17 août, 10 h. 1 /2, Tixier, Anémies et leur traitement ; 16 h., Merklen, Des principaux états morbides du foie chez les enfants. — 18 août, 10 h. 1 /2, Nadal, Diag., trait. de l'appendicite aiguë et des péritonites aiguës ; 16 h., Merklen, Types chroniques des néphrites infantiles. — 19 août, 10 h. 1 /2, Tixier, Purpuras, hémophilies ; 16 h., Merklen, albuminuries fonctionnelles. — 20 août, 10 h. 1 /2, Nadal, Formes cliniques et traitement des péritonites tuberculeuses ; 16 h., Merklen, Tuberculose rénale, infections rénales et vésicales du jeune âge. — 22 août., 10 h. 1 /2, Tixier, Leucémies, technique de l'examen du sang, 16 h., Stévenin, hypertrophie chronique du tissu lymphoïde du pharynx et insuffisance nasale. — 23 août, 10 h. 1 /2, Nadal, Formes cliniques, diag. et traitement de la pneumonie lobaire ; 16 h., Merklen, Épilepsie de l'enfant. — 24 août, 10 h. 1 /2, Tixier, L'hérédo-syphilis tardive et son traitement, ; 16 h., Stevenin, Diag. et traitement des broncho-pneumonies chroniques et des dilatations des bronches. — 25 août, 10 h. 1 /2, Milhit, Diag. et traitement des stomatites ; 16 h. Darre, Diag. prophylaxie et traitement des fièvres éruptives. — 26 août, 10 h. 1 /2, Nadal, Diag. et traitement des pleurésies ; 16 h., Stévenin, Diag. et traitement de la tuberculose pulmonaire chronique. — 27 août, 10 h. 1 /2, Duhem, Exploration radiologique des poumons ; 16 h., Darre, Formes malignes de la rougeole, de la scarlatine et leur traitement. — 29 août, 10 h. 1 /2, Tixier, Méningite tuberculeuse, diag. et traitement ; 16 h., Stévenin, Adénopathies du médiastin. — 30 août, 10 h. 1 /2, Lereboullet, Diag. et trait. des angines, notamment de l'angine diphtérique. ; 16 h., Darre, Méningite cérébro-spinale et son traitement. — 31 août, 10 h. 1 /2, Duhem, Exploration radiologique du cœur ; 16 h., Lereboullet, Diag. des laryngites aiguës, prophylaxie de la diphtérie et traitement. — 1er septembre, 10 h. 1 /2, Nadal, Diagnostic et traitement des cardiopathies chroniques ; 16 h., Lereboullet, Les syndromes glandulaires et leur traitement. — 2 sept., 10 h. 1 /2, Lereboullet, Rhumatisme articulaire aigu et ses complications cardiaques ; 16 h., Darre, Complications respiratoires de la rougeole et leur traitement. — 3 sept., 10 h. 1 /2, Duhem, Électrodiagnostic et électrothérapie ; 16 h., Babonneix. Hémiplégies infantiles. — 5 sept., 10 h. 1 /2, Milhit, Diag. et trait. des fièvres typhoïdes et paratyphoïdes, ; 16 h., Babonneix, maladie de Little. — 6 sept., 10 h. 1 /2, Milhit, Typho-bacillose et formes cliniques de la tuberculose aiguë ; 16 h., Babonneix, Les chorées. — 7 sept., 10 h. 1 /2, Milhit, Dyspepsies gastro-intestinales et syndromes coliques ; 16 h., Babonneix, Poliomyélite aiguë infantile. — 8 sept., 10 h. 1 /2, Bidot, Techniques de coprologie clinique ; 16 h., Babonneix, réactions méningées.

Le droit est de 150 fr. Les bulletins de versement sont délivrés à la Faculté de médecine, guichet no 3, jeudi et samedi de 12 heures à 15 heures. Un certificat sera délivré à la fin du cours.

Enseignement clinique libre, le matin à 9 h. 1 /4, tous les jours, par le Pr Nobécourt.

— Association des internes et anciens internes des hôpitaux de France.— *Programme.* Université de Toulouse. *Vendredi 29 juillet* 1921. 9 h., séance d'ouverture du Congrès à la Faculté de médecine, première séance de travail ; 11 h., visite à la Faculté ; 12 h., déjeuner offert aux internes en service des autres Facultés par leurs camarades toulousains ; 14 h. 1 /2, deuxième séance de travail (Faculté de médecine) ; 17 h. 1 /2, Réception par la municipalité de Toulouse.

Samedi 30 *juilllet.* 9 h., troisième séance (Hôtel Dieu) ; 11 h., visite des hôpitaux ; 11 h. 1 /2 réception par l'administration des hospices ; 14 h., Quatrième séance de travail ; 15 h. 1 /2, séance de l'Association des Internes et anciens internes de Toulouse ; 16 h., visite des musées de Toulouse ; 19 h. 1 /2 , banquet par souscription.

Dimanche 31 *juillet. Excursion à Luchon.* Visite des Thermes, des nouvelles salles de humages, des nouvelles salles de pulvérisation, des nouvelles salles de bains. Déjeuner en montagne. Fête de nuit.

Lundi 1er *août.* Excursions à Carcassonne ; réception par la municipalité.

Quatre rapports seront discutés.

1) *Lille.* — L'internat vis-à-vis du nouveau régime d'études .

2) *Lille.* — L'interne et les accidents du travail.

3) *Toulouse.* — Maladies et accidents professionnels des internes.

4) *Bordeaux.* — L'internat et les titres et fonctions de la Faculté.

Le Directeur-Gérant : Dr GASSOT.

Clermont (Oise). — Imprimerie DAIX et THIRON, THIRON et FRANJOU Successeurs, Maison spéciale pour publications périodiques médicales

1) *Superficiels* : (sous la peau, assimilables à l'abcès superficiel) .... 20 fr.

(A la rigueur à la simple visite ou consultation) .... 8 ou 10 fr.

2) *Profonds* : (c'est-à-dire ayant dépassé le tissu cellulaire sous-cutané) *mais ne nécessitant pas la radio* (et par conséquent pas très profonds tout de même) .... 50 fr.

3) *Profonds et nécessitant la radio* (le cas nettement défini de notre confrère) .... 300 fr.

Le tarif ne dit pas si dans ce cas la radio est comprise dans ce chiffre.

Excusez-moi, mon cher Confrère, d'être en désaccord avec vous sur ce point, et de vous le signaler avec tant d'insistance, mais je crois que la question a trop d'importance pour nos confrères pour la passer sous silence.

Dr COMBAULT.
Secrétaire général du syndicat des chirurgiens d'urgence.

Réponse.

Il s'agissait d'un « morceau d'aiguille au niveau de l'articulation métacarpo-phalangienne de la main droite », c'est-à-dire, ce me semble, à la racine d'un doigt. J'ai déclaré ne pas trouver là matière à la tarification de 300 fr. pour « Extirpation de corps étrangers profonds ». Et je le trouve encore, malgré vos explications ; avec les *Avis* de la Commission, j'indique au confrère le moyen de se faire payer 34 francs. Plus le paiement spécial de 40 francs pour le radiologue, soit en tout 74 francs de frais pour enlever un morceau d'aiguille de la racine d'un doigt.

Pour « interpréter le tarif d'une façon équitable », vous *proposez* trois catégories. Ce n'est plus de l'interprétation, mais une nouvelle tarification que, ni vous ni moi, n'avons le droit d'établir, de notre chef. Le tarif Breton étant tel qu'il est, je n'ai pas trouvé d'autre solution que celle que j'ai proposée. En tous cas, je n'engagerais jamais un confrère à soutenir la vôtre devant un tribunal. Libre à vous de le faire à l'occasion.

Nota. — La radio n'est jamais comprise dans le tarif de l'opération. Chaque médecin envoie lui-même sa note, puisque (art. 30) : « Le médecin ne peut réclamer d'honoraires que pour les soins qu'il a donnés lui-même. »

Dr F. DECOURT.

Accident survenu à un gymnaste.

Je soigne un jeune homme blessé au cours d'exercices de gymnastique.

La Présidente de la société est assurée contre les accidents.

J'ai l'intention de faire ma note au tarif local, celui de la Fédération des syndicats médicaux de l'Eure. Est-ce bien cela ?

Dr B.

Réponse.

Un membre d'une société de gymnastique blessé au cours des exercices de cette Société n'est certainement pas garanti par la législation spéciale sur les accidents du travail, puisqu'il ne se livrait à aucun travail industriel ou commercial et que la Société n'a aucun caractère industriel ou commercial.

Ce sera donc avec raison que vous appliquerez à la note d'honoraires que vous aurez à produire, pour les soins donnés à la suite de l'accident, le tarif ouvrier en vigueur dans la localité c'est-à-dire, en l'espèce, celui de la Fédération des syndicats médicaux de votre région.

Prorogation de bail.

Devant l'incohérence et la multiplicité des lois sur les loyers, je ne m'y reconnais plus. Aussi je viens vous soumettre mon cas et vous demander conseil sur ce que je dois faire. Le 1er novembre 1916, j'ai commencé un nouveau bail de 9 ans qui n'est que la continuation d'un bail précédent de 9 ans aux mêmes conditions. Étant patenté, comme médecin, l'état de guerre me vaut une prorogation de 5 ans qui, à mon avis, doit partir de la fin de mon bail actuel, c'est-à-dire du 1er novembre 1925 et se terminer au 1er novembre 1930. Je voudrais bien savoir si les lois futures, qui doivent fixer définitivement le régime des loyers, modifieront ou supprimeront cette prorogation ou si, au contraire, elles ne s'occuperont que des locations courantes après la guerre et actuellement.

C'est très important pour moi, car ayant été mis à même d'acheter ma maison, j'ai jusqu'ici refusé de le faire en raison justement de cette fameuse prorogation de 5 ans qui s'ajoute aux 4 ans de bail qui me restent, me donne encore une location de 9 ans et me laisse le temps de prendre une décision.

Il me semble qu'il n'en peut être autrement en raison des nombreux locataires qui ont déjà fait les démarches exigées par la loi et des jugements rendus en leur faveur.

Dr X.

Réponse.

Puisque vous avez un bail, renouvelant un autre bail antérieur à la guerre, et qui n'expire que le 1er novembre 1925, vous avez droit, conformément aux lois actuelles sur les loyers, et d'après l'interprétation que leur a donnée la jurisprudence de la Cour de Cassation, à une prorogation de la durée des hostilités (local

professionnel), c'est-à-dire de 5 ans et 84 jours. Votre bail prorogé ne devrait donc expirer que postérieurement au 1er novembre 1930 et, si l'on s'en réfère, à la solution qui a le plus de chances d'être admise à l'expiration du terme d'usage, dans la localité, qui suivra cette dernière date.

Quant à vous dire si les lois futures qui doivent fixer définitivement le régime des loyers modifieront ou supprimeront même cette prorogation, cela nous est impossible, vous le comprendrez. Vous avez lu certainement dans les journaux politiques le résumé des discussions qui viennent d'avoir lieu à la Chambre des députés, puis au Sénat, sur cette épineuse question. Elles ont abouti finalement à une nouvelle loi transitoire, sans intérêt pour vous. Mais ce résultat prouve que nos législateurs eux-mêmes sont très embarrassés pour résoudre la difficile question des loyers et s'ils ne savent pas comment faire et remettent de jour en jour la loi définitive, ce n'est pas à nous qu'il appartient de pronostiquer leurs décisions. On peut espérer, cependant, que les droits qui peuvent être considérés comme acquis, votre droit à la prorogation, par exemple, ne seront pas remis en cause ; mais nous n'oserions pas même vous donner sur ce point une certitude.

Calcul des impôts sur les revenus.

Je ne comprends absolument rien à la feuille de contributions ci-annexée et vous prie de me donner quelques éclaircissements.

J'ai déclaré 18.000 fr. moins 1400 fr. d'intérêts d'une dette représentant l'achat de ma clientèle ; mon revenu net est bien de 16.600. Comment se fait-il que je sois imposé sur 18.000, quand même ?

En outre, je ne comprends pas le calcul de l'impôt général sur le revenu.

Dr Z.

Réponse.

Les intérêts des dettes et emprunts ne peuvent être déduits que s'il s'agit de dettes et emprunts résultant d'un acte authentique ou d'un acte sous seings-privés enregistré. Il y a lieu de les indiquer dans la déclaration, avec mention du titre.

Ces intérêts ne peuvent d'ailleurs être déduits que du revenu global sur lequel est établi l'impôt général, et non du revenu professionnel.

L'impôt sur vos bénéfices professionnels est donc bien établi, car après déduction de vos bénéfices 18.000

De la somme de 6.000 (banlieue de Paris) 6.000

Puis de celle de 1.000,

constituant la moitié entre
cette somme et celle de 8.000 1.000

Ensemble	7.000	7.000
Reste		11.000
qui, à 6 p. cent, donnent bien		660

C'est sans doute de votre revenu global qu'a été soustrait l'intérêt de 1400 fr., puisque ce revenu est indiqué dans l'avertissement comme étant de............................ 16.600 réduit à 13.600 après déduction de 3.000 du fait sans doute que vous êtes marié.

On tient pour nulle la fraction du revenu qui n'excède pas 6.000 et pour un vingt-cinquième celle comprise entre 6.000 et 20.000 fr.

Vous avez donc....................	13.600
Moins	6.000
Reste	7.600
Dont le vingt-cinquième est de......	304
Au taux de 50 %, l'impôt est de.....	152
Majoration de 10 % pour les mariés sans enfants	15 20
Total, conforme à celui qui vous est indiqué par l'avertissement...........	167 20

L'insolation est un accident du travail.

Inscrit au « Sou Médical » depuis mon installation, j'ai recours à vous pour la première fois. Il ne s'agit d'ailleurs que d'un conseil me permettant de guider un de mes blessés.

Un de mes clients se présente dernièrement chez moi, présentant des symptômes qui me font diagnostiquer une insolation, dont il aurait été atteint au cours d'un travail consistant à faucher du foin dans une prairie. Il était porteur d'une déclaration d'accident du travail fournie par son patron, lequel est un industriel qui occupait accessoirement l'ouvrier au travail désigné plus haut. Il ne peut donc, à mon avis, s'agir d'un accident agricole non couvert par la loi de 98.

Afin de confirmer mon diagnostic et pour qu'il ne puisse pas y avoir de discussion ultérieure sur ce point, je fais intervenir le médecin de l'assurance qui affirme qu'il s'agit bien d'une insolation. Le dossier est transmis à l'assurance qui ne discute pas le diagnostic, mais refuse de reconnaître que l'insolation soit un accident du travail.

Le blessé appelle son patron en conciliation. L'assurance représente ce dernier devant le juge de paix; il n'y a pas d'accord. Le juge de paix délivre le permis de citer. L'affaire en est là. Pour ma part, je n'y ai aucun intérêt personnel (3 ou 4 consultations payées ou non n'ont aucune importance). Le seul point qui m'intéresse est de savoir si le blessé à droit à une

indemnité. Il serait donc intéressant de connaître ce qu'ont décidé les tribunaux sur cette question qui a dû déjà leur être soumise. Je vous serais reconnaissant de me fournir tous documents parvenus à votre connaissance tout en me faisant part de votre opinion personnelle, étant entendu que je ne manquerai pas de vous tenir au courant du résultat obtenu.

D. F.

Réponse.

Il a été jugé, d'une façon générale, que l'insolation constitue un accident du travail lorsqu'elle a été provoquée par le travail imposé à la victime. Ainsi, l'ouvrier d'une entreprise de bâtiments frappé d'insolation sur un échafaudage est victime d'un accident du travail (Just. de paix de Villejuif, 26 septembre 1899, Recueil du ministère du travail, 1. 3).

De même pour l'ouvrier camionneur frappé d'insolation pendant qu'il disposait en meule des bottes de fourrage (Trib. Civ., Versailles, 20 décembre 1900, même Recueil, I. 481).

De même l'ouvrier d'une entreprise de transports frappé, en chemin, d'insolation (Trib. Civ. Saumur, 23 novembre 1898, même Recueil, I. 131).

S'il s'agissait d'un ouvrier garanti par suite de son métier, contre les accidents du travail, il doit être garanti, bien qu'il ait été atteint en se livrant à un travail qui n'a rien d'industriel ni de commercial. La Cour de Cassation, en effet, a jugé que le caractère d'entreprise commerciale assujettie dérive, non de l'occupation de l'ouvrier employé, mais de la profession du patron (Cassation Ch. Civ. 11 mars 1913, même recueil XV, 441).

NOTES DE MÉDECINE PRATIQUE

A propos du pain ergoté.

Un député vient de dénoncer, avec une juste indignation, dans le *Matin*, l'incorporation, dans les farines destinées à l'alimentation publique, de *seigle ergoté*, c'est-à-dire contaminé par le redoutable champignon qu'est le *mycelium* du *Claviceps purpurea*.

En attendant qu'on lui dénonce les maïs de mauvaise qualité et la réapparition de cette *Pellagre*, qui fit tant de ravages au Moyen-Age, nous invitons le ministre du ravitaillement à faire une enquête auprès du corps médical des Régions libérées, au sujet de la véritable épidémie de *Prurigo* et *Prurit généralisé* qui sévit parmi les malheureuses populations de ces pays dévastés.

Dans les arrondissements de Cambrai et de

Valenciennes, des milliers de personnes sont atteintes de dermatoses prurigineuses.

Il apprendra, surtout de la part des dermatologistes, que la mauvaise qualité du pain et des farines qui le composent sont les causes *certaines* de ces dermatoses, à telle enseigne que la suppression du pain courant et son remplacement par le pain de farine de froment les font disparaître à brève échéance, Et dire qu'à Munich on mange du pain blanc ! N'est-ce pas lamentable ? O Pauvres Vainqueurs... vaincus, que nous sommes !

Dr Galand (de Cambrai).

DOCUMENTS OFFICIELS

A L'OFFICIEL

La solde des médecins de complément qui accomplissent un stage.

4547. — M. Montenot, sénateur, demande à M. le ministre de la guerre si les médecins de complément, accomplissant un stage renouvelable, dans les conditions prévues par l'article 2 de la loi du 30 octobre 1919, ont droit à la même solde que les officiers de l'armée active, comme le prescrit la circulaire 05 4/5 du 11 janvier 1921. (*Question du* 21 *juin* 1921).

Réponse. — Réponse affirmative, puisque ces officiers, considérés comme effectuant un service actif de longue durée, sont admis à bénéficier de l'indemnité pour charges militaires (circulaire 05 4/5 du 10 janvier 1921, *Bulletin officiel*, page 221).

(*J. O.* 6 *juillet* 1921).

Ministère de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales.

Aux termes du décret du 3 juillet 1905 portant règlementation des bureaux municipaux d'hygiène, les directeurs de ces bureaux doivent être nommés par les maires parmi les personnes reconnues aptes, à raison de leurs titres, par le conseil supérieur d'hygiène publique de France.

Conformément à cette disposition et aux prescriptions de la circulaire ministérielle du 23 mars 1906 destinées à en assurer l'application, la vacance de directeur du bureau municipal d'hygiène est déclarée ouverte pour le Creusot (Saône-et-Loire).

Le traitement alloué est fixé à 1.500 fr. par an.

Les candidats ont un délai de vingt jours, à compter de la présente publication, pour adresser au ministre de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales leurs demandes accompa-

gnées de tous titres, justifications ou références permettant d'apprécier leurs connaissances scientifiques et administratives, ainsi que la notoriété acquise par eux dans des services analogues ou des fonctions antérieures. Cette candidature s'applique exclusivement au poste envisagé.

A la demande doit être jointe une copie certifiée conforme des diplômes obtenus : l'exposé des titres doit être aussi détaillé que possible et accompagné d'un exemplaire des ouvrages ou articles publiés. Les candidats peuvent en outre demander à être entendus par la commission du conseil supérieur d'hygiène.

(*J. O.* 9 *juillet* 1920.)

VARIÉTÉS

Le tarif d'expertises en 1742.

Au moment où on vient d'établir un nouveau tarif pour les expertises médicales, il est curieux de comparer aux honoraires actuels ceux qui étaient alloués aux médecins dans les mêmes circonstances en 1742.

« Tarif des salaires qui seront taxez aux témoins ....et aux médecins, chirurgiens, experts et autres dont le ministère sera nécessaire pour l'instruction desdites procédures.

Les médecins seront payez des voyages qu'ils feront pour faire leur rapport en justice, sur le pied de 5 livres par jour compris leur rapport cy 5 liv.

Les chirurgiens pour leur voyage y compris le rapport quatre livres cy 4 liv.

Pour leur rapport et simple visite dans le lieu de leur résidence quarante sols cy 2 liv.

Et lorsqu'il y aura une exhumation à faire, ouverture de cadavre, ou autre opération plus difficile que la simple visite, il sera payé aux chirurgiens outre leur voyage, s'il y a lieu, quatre livres cy 4 livres.

Ne pourront les juges en aucun cas, ordonner qu'il soit fait de rapport par plus d'un médecin et un chirurgien ou deux chirurgiens au plus sans médecin.

Les experts, interprêtes, sages-femmes et autres dont le transport, visite et rapport seront nécessaires pour l'instruction des procès criminels seront payez sur le même pied que les chirurgiens.

Fait et arrêté au Conseil d'État du Roy, Sa Majesté y étant, tenu à Versailles le 23e jour de janvier 1742.

Signé : PHELYPEAUX. »

Dr M. VIMONT.

Fondé en 1879 par Auguste CÉZILLY
Rédigé et dirigé par H. JEANNE (1900-1914),

LE CONCOURS MÉDICAL

ORGANE HEBDOMADAIRE DES PRATICIENS
Groupés dans la Société « Le CONCOURS MÉDICAL » et ses Filiales

ADMINISTRATION & PUBLICITÉ
C. BOULANGER, administrateur

ABONNEMENTS :
France........ 24 fr.
Etranger........ 28 »
Etudiants (France)........ 12 »
Le numéro........ 50 cent.
Chèques Postaux Paris 167-95

DIRECTION
MM. les Drs A. GASSOT, Directeur; A. MAURAT; H. CEZILLY; J. NOIR; P. BOUDIN docteur en droit; M. VIMONT; G. DUCHESNE.
MM. P. CEZILLY, J. DUMESNY, licenciés en droit; C. BOULANGER.

RÉDACTION
Dr J. NOIR, rédacteur en chef
Drs P. LACROIX et G. DUCHESNE, secrétaires de la rédaction

N.-B. — Les manuscrits publiés ou non, ne sont pas rendus.

Rédaction et Administration : 132, rue du Faubourg St-Denis, PARIS (10e). Téléphone : Nord 48-17

Quarante-troisième année. N° 31 31 Juillet 1921.

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

Office de Renseignements du « Concours »

Membres du Concours exerçant dans les Stations Thermales.

NOTA. — Nous rappelons à nos abonnés qu'il est nécessaire de nous informer chaque année de leur désir de voir figurer leur nom sur ces listes.

MM. les Docteurs :

Aix-les-Bains. Bertier, Blondel, L. Coutaz, Dardel, Duvernay, Forestier, Goddard, Kent-Gazet, Leleng.
Allevard-les-Bains, Boël.
Ax-les-Thermes (Ariège) Dresch, Gomma.
Bagnères-de-Bigorre. F. Duprat (Enfants). Portes.
Bagnoles-de-l'Orne. J. Arnaud, Joly, Pesnel, Poulain.
Bains-les-Bains, Dr M. Henry.
Barèges. Robine.
Besançon La Mouillière. Mme Jeanne Bon.
Biarritz. Clavel, Lacour.
Bourbon-Lancy, Bellœuf, Compin.
Bourbon - L'Archambault. Mansillon.
Bourbonne-les-Bains. Gay, Testevuide.
Brides-les-Bains et **Salins-Moutiers.** Mathieu, Laissus fils.
Cambo-les-Bains, Colbert. — Hamant.
Capvern. Pomarède, Pouy.
Cauterets. Anglade, Armengaud, Got.
Châtel-Guyon. Baumann, Bayrac, Conchon, Foucaud, Gachlinger, Kolbé, Levadoux, Mazeran, Ribérollcs, Saint-René-Bonnet.
Contrexéville. J. Thiéry.
Divonne-les-Bains. Ballivet.
Eaux-Bonnes. Bajac.
Enghien-les-Bains. Beyrand.
Escouloubre-les-Bains. Dr Sarda.
Evaux-les-Bains. J. Gruzu, Lepage.
Evian, L. Dalard. Lévy-Darras.
Forges-les-Eaux. Bernardicou
Gréoux (Basses-Alpes). Rigal.
Hendaye. Th. Casenave.
La Bourboule. Christin, Verdalle.
La Motte-les-Bains. De Langenhagen.
Lamalou-les-Bains. Belugou, Cauvy.
La Roche-Posay-les-Bains. Bardet, Guyot.
Luchon, Cazal, Dutech, Gamelsy, Germès, Molinéry (ne fait que la physiothérapie), Pelon, Salles, Sammuller.
Luxeuil-les-Bains. Bornèque, Cugnier, Gauthier. Picot, Pierrhugues, Rimey.
Martigny. Dedet. Payen.
Mont-Dore. J. André, Béal, Debidour, Dubruel, Levadoux.
Néris. Ducros.
Palavas-les-Flots. Gely.
Plombières-les-Bains. Bernard. Gillot. Hagen, de Langenhagen, Truelle.
Pougues-les-Eaux. Hyvert.
Royat. Chassagnard. Mougeot.
Salins-les-Bains. Bourny, Baud.
Salins-Moutiers. Gonthier.
Salles-de-Salat. Barbé.
Saint-Didier, (Vau.) Masquin.
Saint-Gervais-les-Bains. Alphonsi. Baradat. C. Bleicher, E. Mallein, Musso, Roux.
St-Honoré-les-Bains. Comoy Comte. Odin. Ségard.
St-Nectaire. Serane, Siguret, Versepuy.
St-Sauveur. Sabail.
Salles-de-Béarn. Callais, Coustère. David Reynaud
Sermaize-les-Bains. Rousselot, Ramonet.
Thonon-les-Bains. Vuillaume.
Ussat (Ariège). Pujol.
Vals-les-Bains, Chabannes, David.
Vichy. Cahen, Castera, Chevreux, Cotar, Desmaroux, Gannat, Guinard, Reynes, Ed. Vidal.
Vittel, Constant, Mousseaux.

DON. — Nous avons reçu à titre de don à la Société civile du *Concours médical*, de M. le Dr P. à Saulieu (Côte d'Or) la somme de vingt francs pour bons offices du journal.

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum, aux « demandes et offres ».*

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne, qui est versé dans la caisse de la Société civile du Concours Médical). *Adresser un mandat ou mieux verser au compte de chèques postaux,* Concours Médical, *Paris 167-95.*

Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse.**

No 373. — Moteur électrique asynchrone 500 V 50 périodes avec génératrice, courant continu 110 volts jumelés, sur socle fonte convenant à transformation du courant pour installation de radiologie ou charge d'accumulateurs. 2 chevaux 5. État de neuf. S'adresser au Dr Grimaud, Carpentras.

No 374. — Très jolie petite conduite intérieure Voisin, 2 places 8,10 HP, modèle 1920 état de neuf, à vendre urgent 15.000 fr. Dr Gavet, Aillant (Yonne).

No 375. — A vendre, cause double emploi, torpedo Charron 10 HP, 4 pl., très bon état.

No 376. — Poste 30.000 fr. dont 9.000 fixes. A débattre. Dr Berger à Fontoy (Moselle.)

No 377. — A céder à Lyon, cabinet médical. Bonnes conditions. Écrire au Dr Ribaut, 113, rue de Courcelles à Paris, qui transmettra.

No 378. — Bourgogne, chef-lieu de canton, 7 communes. Rayon 10 k. Tous services administratifs. Chemin de fer. On tient la pharmacie 18 à 20.000 fr.

No 379. — A vendre torpedo Chenard et Walker 15 HP, 6 places face toute, dém. et écl. élect., 5 roues Raff.

No 380. — On acheterait d'occasion le Larousse mensuel illustré et les 10 dernières années de la revue *La Nature*.

No 381. — Ile de Bréhat. A louer pour septembre, appartement meublé. S'adresser à Mme Chômet, Villa Brujas, Ile de Bréhat, C.-du-N.

CORRESPONDANCE

LE SOU MÉDICAL

Pendant les mois d'août et septembre, les membres du « Sou Médical » seront reçus au Secrétariat général, 132, faubourg Saint-Denis, les mardis, mercredis, jeudis et vendredis, de 3 heures à 6 heures du soir.

Mutualité Familiale.

Je fais partie de la Mutualité Familiale du corps médical depuis 20 ans au moins et je lis aujourd'hui qu'à 65 ans je n'aurai plus droit à la participation. J'ai 52 ans sonnés, que dois-je faire pour assurer mes vieux jours après 65 ans et aussi ceux de ma femme qui a le même âge. Puis-je encore profiter des combinaisons P ou R pour une retraite de 1200 francs, avec contre-assurance et environ pour quelle cotisation ? De même pour une pension à ma femme en cas de décès ?

Dr D.

Réponse.

Comment, mon cher confrère, c'est aujourd'hui seulement que vous vous apercevez qu'arrivé à 65 ans vous cesserez d'avoir droit à l'indemnité maladie ? Vous ne nous lisez donc pas ?

Nous avons, à maintes reprises, conseillé aux membres de MA de s'affilier à R pour leur assurer la position de retraite le lendemain même du jour où ils cesseront d'avoir droit à l'indemnité maladie.

Vous avez attendu 52 ans, vous ne pouvez espérer la pension à 65 ans. La loi exige 15 années de participation. Vous pouvez entrer à R, mais sous la condition de ne toucher la pension qu'à 67 ans.

Votre prime sera :

Non contre assurée	520 fr.
Contre assurée	660 fr.

pour une retraite de 1200 francs.

Madame D. peut entrer dans les mêmes conditions, mais sa prime sera majorée de 5 %, savoir :

Non contre assurée	546 fr.
Contre assurée	693 fr.

Quant à assurer la pension en cas de décès, combinaison V, il est absolument impossible d'y songer, la limite d'âge d'entrée étant à 50 ans.

Donc, et c'est le Conseil que je vous donne, entrez tous les deux à R pour une pension de 1200 ou de 600 fr. puisque la chose vous est encore possible — mais faites-le immédiatement et n'attendez pas qu'on vous réponde encore : trop tard.

Dr MIGNON.

Comment un médecin ex-mobilisé peut-il faire valoir ses titres à la Légion d'Honneur.

Veuillez, je vous prie, me dire quelles sont les conditions requises pour être nommé chevalier de la Légion d'honneur (commission Fayolle). Faut-il en faire la demande et quelles sont les formalités à remplir ?

J'ai fait toute la campagne 1914-1918 au front (dont 39 mois dans un régiment d'infanterie) comme médecin auxiliaire et médecin aide-major de 2e et de 1re classe. Trois citations (corps d'armée, division et régiment). Une intoxication par gaz.

Puis-je prétendre au ruban rouge ?

Dr P.

Réponse.

La Commission Fayolle a terminé ses travaux en ce qui concerne la Légion d'honneur, et la dernière promotion faite à ce titre a paru à l'*Officiel* du 12 courant.

Il n'y a donc plus rien à faire pour vous de ce chef.

Toutefois, étant donnés vos états de service, il serait étrange que votre directeur n'ait pas formulé une proposition en votre faveur. Vous devriez lui écrire en lui rappelant vos services, vos citations et votre blessure. Le ministre de la Guerre a prescrit en effet que tous les cas,

comme le vôtre, paraissant avoir été l'objet d'une omission ou d'un oubli, lui soient signalés tous les quinze jours.

Adressez-vous donc au directeur du service de santé dont vous dépendez : il ne manquera certainement pas de tenir compte de votre démarche et de lui donner la suite qu'elle mérite incontestablement.

La fourniture par le médecin des objets de pansement.

Ai-je le droit de fournir des objets de pansements *urgents* aux accidentés du travail, ouvriers ou agricoles et de les compter aux compagnies d'assurances, sur mes notes d'accidents du travail ? Les pharmaciens peuvent-ils me poursuivre ?

Ai-je le droit d'acheter les objets de pansement dans une maison de gros ou dois-je passer par l'intermédiaire des pharmaciens de chez moi ?

D[r] E.

Réponse.

Deux points sont à considérer dans votre lettre : 1) l'exercice illégal éventuel de la pharmacie par vous ; 2) la législation des accidents du travail, en ce qui concerne les frais médico-pharmaceutiques.

1) Légalement, vous avez le droit de fournir à vos malades et blessés des objets de pansement non médicamenteux : gazes et ouates hydrophiles ou non, simplement stérilisés, bandes, etc., en un mot, tout ce qui est dans le domaine commercial habituel et échappe à la restriction professionnelle de la pharmacie. Mais vous n'avez pas le droit de fournir d'objets de pansement médicamenteux, tels par exemple que de l'ouate boriquée, de la gaze iodoformée, etc. Et vous pourriez en effet être poursuivi à la requête d'un pharmacien, pour exercice illégal, de ce chef, de la pharmacie. Il est bien entendu que le cas ne serait pas le même si vous étiez propharmacien.

2) Le tarif des honoraires *médicaux* ne prévoit pas le remboursement au médecin (qui n'est pas propharmacien) des objets de pansement fournis par lui. Il peut y avoir là source de contestations avec les compagnies.

En pratique, voici ce que nous conseillons à nos confrères : en prévision des cas d'urgence, ils possèdent dans leur cabinet le matériel nécessaire pour y faire face. Ils font le pansement commandé immédiatement par les circonstances, et remettent à leur blessé une ordonnance comportant notamment ce qu'ils ont fourni, et qu'ils récupèreront ainsi en nature.

Application du Tarif Breton.

Me sera-t-il permis de vous demander, une fois encore, de me répondre par la voie du *Concours*, si cela peut être utile à nos confrères, pour préciser un point du tarif accidents de travail. Si je fais, après la consultation et le pansement, une injection de sérum anti-tétanique, dois-je compter seulement 15 fr. pour le tout ou puis-je compter pour la consultation et le pansement 7 fr. et 15 fr. pour l'injection ?

Pour un autre à qui je faisais du massage pour contusion du poignet et un pansement pour une plaie du pouce et à qui je fis également une injection de sérum anti-tétanique, dois-je ne compter que 15 fr. pour le tout ou puis-je compter l'injection à part ?

En l'absence de mon confrère radiographe, je fis, avec son manipulateur, non médecin, une radioscopie ; je versais à l'hôpital une indemnité de 7 fr. dont je demande le remboursement à l'assurance et je lui demande en outre 8 fr., le prix d'une visite pour mon déplacement et ma peine ; est-ce bien ? Je ne me suis pas cru autorisé en raison de ma situation de non spécialiste, à demander un prix plus élevé, d'autant plus que je n'ai vu figurer, dans le tarif, les radioscopies que pour recherches de corps étrangers. Il s'agissait d'une fracture de l'olécrâne. Qu'en pensez-vous ?

Dr R.

Réponse.

a) On peut compter *plusieurs* interventions à la fois, mais jamais une visite ou consultation plus une intervention quelconque (Art. 13) ; il y aurait cumul. Vous ne pouvez donc compter que 15 francs le jour de l'injection de sérum.

b) Si le massage et le pansement sont sur le même segment de membre, il semble (par analogie avec l'art. 17 « Pansements multiples sur un même segment de membre etc. ») que vous pouvez compter 15 francs *d'intervention* plus l'injection de sérum (autre intervention), ainsi qu'il est dit au paragraphe : A) ci-dessus.

c) Vous pouvez demander le prix de location de l'appareil de radio, en plus de votre intervention (Voir Jugement de Paix de Béziers du 25 mai 1921 qui va paraître dans le *Concours*).

Donc, en l'espèce, comptez le prix de votre visite plus le déplacement s'il y a lieu, plus le prix de location de l'appareil (ridiculement minime à 7 francs).

F. Decourt.

***

Je vous serai obligé de me faire connaître à quel tarif doit être compté *l'extirpation d'un ongle* dans le tarif Breton.

Sans doute ce point sera-t-il souligné dans les

(*Voir la suite page XXIII*-2173)

PROPOS DU JOUR

Economies coûteuses qu'on ne devrait pas faire. L'hygiène sociale dans les régions dévastées : L'hygiène scolaire dans le département de la Marne.

Nous lisons dans le *Bulletin* de la Ligue civique du 1er juillet 1921, le vœu suivant, adopté par le Comité dans sa séance du 9 juin, vœu auquel nous nous associons sans restriction :

« Les services d'hygiène sociale du Ministère des régions libérées (inspectrices, déléguées, infirmières, dispensaires, colonies de vacances, etc., etc.), organisés dans neuf départements (Aisne, Ardennes, Meuse, Meurthe-et-Moselle, Nord, Oise, Pas-de-Calais, Somme), auraient dû être étendus par le ministre de l'hygiène à la France entière.

C'est donc avec la plus vive émotion que la Ligue civique apprend que, pour des raisons budgétaires, les dépenses totales annuelles de ces services sont actuellement de 1.200.000 francs. Leur existence dans les régions libérées est menacée.

La Ligue civique émet le vœu qui sera transmis à M. le Président de la République, au Président du conseil, au ministre des régions libérées, au ministre de l'hygiène que, loin d'être supprimés, ces services soient consolidés et étendus par l'application à leur fonctionnement du legs américain de 2 millions de dollars de M. Frank H. Bull.

La Ligue civique souhaite qu'au lieu d'envisager une création nouvelle, on assure l'existence de ce qui est, par l'organisation d'un Office d'hygiène social autonome, ayant capacité pour recevoir ce legs ainsi que les legs et dons qui ne manquaient pas de lui être faits en France et à l'étranger. Disposant des subventions de l'Etat, des départements et des communes, cet Office assurerait la continuité d'un effort nécessaire pour la réparation du dommage subi par la santé des habitants des régions libérées et particulièrement pour les enfants victimes de l'occupation étrangère. »

Une personne en qui nous avons la plus grande confiance a bien voulu nous donner quelques précisions sur les tentatives de réalisation d'hygiène scolaire dans le département de la Marne, tentatives faites avec le concours du service d'hygiène sociale du Ministère des Régions libérées. Cette personne n'est pas un confrère, mais comme elle est bien renseignée, qu'elle sait observer et qu'elle est entièrement dévouée à l'œuvre de reconstitution de nos communes dévastées, nous avons foi dans les renseignements qu'elle nous a donnés.

Tout d'abord, elle nous a conté comment étaient appréciées les stupéfiantes économies contre lesquelles proteste la Ligue civique, dans les communes les plus sinistrées de la Marne.

Le maire de Marfaux, bourg de la région de Reims, absolument saccagé, ne lui a pas caché son indignation quand il a appris que pour des raisons budgétaires l'on parlait en haut lieu de supprimer les infirmières visiteuses :

« Peut-il être question d'économie, disait cet homme de bon sens, quand la vie humaine est en jeu ? Une infirmière n'aiderait-elle qu'à sauver une personne par an, n'est-ce pas assez pour justifier sa place parmi nous ? »

Nous sommes entièrement de l'avis du maire de Marfaux ; c'est ailleurs et parmi les fonctionnaires inutiles des R. L. qu'il faut chercher les économies à réaliser et la besogne ne sera pas difficile.

Nous venons de sortir d'une période où une terrible nécessité nous a porté à faire trop bon marché de la vie humaine ; il est temps aujourd'hui de sauvegarder ce capital humain qui pour la France et la Société entière est de tous les capitaux le plus précieux.

Il est vraiment désolant de constater qu'il est des hommes qui s'occupent des affaires publiques et ne sont pas convaincus que le prix de la vie humaine, prix très élevé pour les gens de cœur et de raison, a augmenté encore considérablement et que c'est là ce qu'il convient tout d'abord d'épargner.

Le préfet actuel de la Marne, M. Brisac, qui dirigea autrefois, au ministère de l'intérieur, l'hygiène et l'assistance, est un des plus zélés propagandistes de l'hygiène sociale dans le département que l'influence de M. Léon Bourgeois doit protéger contre les fausses et sottes économies sur les services sanitaires.

***

Nous croyons intéressant pour nos lecteurs de leur faire un rapide exposé des tentatives

de réalisation d'hygiène scolaire dans les arrondissements d'Epernay, de Châlons-sur-Marne et de Reims.

A *Epernay*, M. le Dr Amselle, qui est chargé par la municipalité de l'inspection médicale des écoles, a accepté la collaboration des infirmières scolaires. M. Chandon, maire d'Epernay, se rendant compte de l'utilité de cette tentative, a donné à la mairie même un cabinet au médecin scolaire et a, tout à côté, attribué un bureau à l'infirmière qui se trouve ainsi à la disposition du médecin.

Notre confrère procède sagement et avec méthode. L'infirmière scolaire commence les pesées et les mensurations à l'école maternelle où les fiches sanitaires sont dressées : chaque année, un nombre notable de ces enfants passe à l'école primaire, et la réalisation de l'inspection médicale des écoles se fera ainsi progressivement.

A *Châlons-sur-Marne*, c'est au Dr Bocquillon qu'est confiée l'inspection médicale des écoles.

Le maire, M. Servas, apprenant ce qui se réalise à Epernay voudrait faire plus et mieux si possible. Il demande que l'on exécute dans toutes les écoles publiques ce que l'on fait à Epernay dans les seules écoles maternelles.

Outre la même besogne de l'inspection médicale scolaire, le préfet s'efforce à favoriser la création d'une école de plein air. Un généreux philanthrope, M. Cipers, a aussitôt offert un terrain dans une situation magnifique aux portes même de la ville pour édifier l'école-préventorium qui s'élèvera bientôt, car de tous les côtés se manifeste la meilleure volonté de coopérer à la grande œuvre de préservation de l'enfance.

A *Reims*, le syndicat médical entre en jeu. C'est lui qui, grâce à l'initiative de son président, le Dr Jolicœur, guidera et fixera le rôle des infirmières scolaires. Avant de les accueillir, le président du syndicat médical a exigé que leur inspectrice précisât les buts qu'elles doivent poursuivre. L'inspectrice, femme énergique, très instruite, très expérimentée, connaissant à fond la tâche qu'elle doit remplir l'a définie comme il suit :

Les visiteuses scolaires devront :

1° Aider les médecins inspecteurs dans la mesure et sous la forme qu'ils leur indiqueront eux-mêmes ;

2° Surveiller la propreté et l'hygiène de l'enfant à l'école et même dans la famille ;

3° Veiller à la fréquentation scolaire, rechercher les causes des absences et, si possible, les faire disparaître ;

4° S'efforcer de faire bénéficier les familles nécessiteuses des lois d'assistance et de leur servir d'intermédiaires auprès des œuvres privées ;

5° Faire des cours d'instruction physique dans les écoles de filles, cours réalisés avec grands succès et excellents résultats à Châlons avec l'autorisation de l'inspecteur primaire sous la direction du professeur de gymnastique et grâce au bon esprit qui règne dans le corps enseignant.

Nous savons que notre très distingué confrère, le Dr Jolicœur, désire faire remplir au syndicat médical de Reims un rôle important dans le fonctionnement de l'hygiène sociale dans cette malheureuse ville et qu'il étudie minutieusement avec ses confrères les moyens de créer les services nécessaires.

Le maire de Reims, M. Roche, s'efforce de favoriser toutes les bonnes volontés. Il a fait le meilleur accueil aux infirmières-visiteuses et s'est préoccupé lui-même de leur assurer un logement convenable.

Reims, du reste, bénéficie déjà de quelques utiles innovations.

Une institutrice énergique et dévouée, qui mérite d'être citée en exemple, Mlle Fouriaux, a organisé et dirigé à Villers-Allerand, une magnifique école de plein air qui donne asile à 100 enfants. D'autre part, on est en voie d'installer à Villers-Prougneux un préventorium pour 35 à 40 enfants.

Voilà ce qui a été réalisé dans la Marne. Notons que les infirmières visiteuses consacrent surtout leurs efforts aux communes qui s'alignent sur l'ancien front.

Ces infirmières visiteuses sont de réelles infirmières qui ont fait des études spéciales réelles. Ce sont des professionnelles bien choisies et, pour obtenir ce personnel d'élite, leur inspectrice a dû faire parmi elles une véritable sélection. Elles doivent inspirer confiance aux médecins sur le rôle desquels elles ne doivent pas empiéter. Ils trouveront en elles de précieuses, dévouées et dociles auxiliaires qui n'ont absolument rien de commun avec les prétentieuses, ignorantes, et vaniteuses pseudo-infirmières, trop souvent affiliées aux sociétés de secours aux blessés qui ont à juste titre provoqué la révolte du corps médical tout entier au cours de la guerre.

De même que dans les armées modernes, on

ne saurait tolérer les irréguliers et les francs-tireurs, de même dans les troupes organisées pour combattre les maladies et assurer l'hygiène sociale, l'on ne doit avoir recours aux services d'amateurs suspects.

J. Noir.

PARTIE SCIENTIFIQUE

CLINIQUE MÉDICALE

Hôpital Saint-Antoine : M. le professeur Chauffard.

Les cancers du pancréas.

Le pancréas est un organe profond, peu accessible aux méthodes d'examen direct. L'étude clinique de ses altérations morbides présente, de ce fait, de grandes difficultés. Les symptômes observés sont dus, les uns aux rapports du pancréas avec les organes voisins, et les autres à des troubles fonctionnels de la glande pancréatique. Mais, il est une particularité curieuse, pour l'une des maladies de cet organe, le cancer. On distingue, vous le savez, trois parties au pancréas, la tête, le corps et la queue. Ces trois parties forment un tout au point de vue anatomique et physiologique. Par contre, en pathologie, il n'en est plus de même. Il y a une dualité des cancers du pancréas, suivant le siège de la tumeur, à la tête ou au corps.

Le cancer de la tête est assez fréquent et généralement diagnosticable. Le cancer du corps est plus rare, et sa symptomatologie est entièrement différente. Ainsi, voilà une même affection, d'un même organe, qui se montre sous les types de deux maladies distinctes. C'est un fait presque unique en pathologie.

Je vais vous relater d'abord deux cas de cancer du pancréas, l'un complexe, où le diagnostic est seulement de probabilité, l'autre, vérifié chirurgicalement.

Prenons le premier cas. Il concerne une femme de 57 ans qui est entrée à l'hôpital se plaignant de trois choses : une gêne de la déglutition, des douleurs épigastriques et un ictère progressif, datant de deux mois. La malade n'est plus réglée depuis dix ans, et elle n'a pas eu de métrorrhagies. Il y a deux mois, elle a commencé à se plaindre de douleurs après les repas. Quelques jours plus tard, s'est montrée de la dysphagie, une difficulté à avaler les aliments solides : cette femme ne se nourrissait plus que de potages et de lait. En somme, dysphagie à caractère œsophagien.

Deuxième fait : on notait un ictère avec constipation, selles noires au début, puis décolorées. Ictère, toutefois, pas extrêmement foncé, jaune, non verdâtre.

Quand nous avons examiné la malade, nous avons été frappé par un symptôme curieux. Il existait, au niveau de la région sus-pubienne, une veine transversale dilatée, de la grosseur presque du petit doigt, sorte d'arc veineux au-dessus du pubis, se continuant avec les deux saphènes. Cette suppléance circulatoire s'expliquait lorsqu'on plaçait la main sur le bas-ventre : on constatait une tumeur abdominale, de la grosseur d'une tête de fœtus, globuleuse, indolente, mobile, tumeur utérine, comme le montrait le palper combiné au toucher vaginal. Il s'agissait d'un fibrome silencieux, n'ayant pas déterminé de pertes sanguines. J'ajoute qu'il n'y avait aucun écoulement par les organes génitaux, le fibrome devant être considéré, dès lors, comme n'étant pas en voie de dégénérescence. La tumeur provoquait seulement une gêne de la circulation profonde, et, par répercussion, la circulation collatérale sus-pubienne dont je viens de parler.

La dysphagie offrait le type nettement œsophagien. Nous pensâmes, au premier abord, à l'épithélioma de l'œsophage, bas situé. Pour assurer le diagnostic, nous nous adressâmes à la radiographie et à l'œsophagoscopie. La radiographie fit voir une dilatation de l'œsophage à la partie inférieure, et montra une sténose œsophagienne paraissant due à un néoplasme probable de la paroi postérieure. Nous avions besoin d'être fixé sur ce point. Déjà, en effet, l'idée de cancer de la tête du pancréas était mise en avant. Or, en général, le cancer de l'œsophage et le cancer de la tête du pancréas sont l'un et l'autre des cancers primitifs. M. Bensaude pratiqua un examen œsophagoscopique. Il aperçut un œsophage élargi au-dessus du cardia, avec une muqueuse rouge, saignante, un orifice entouré de plis souples, pas de cancer à coup sûr, par conséquent. Un tube d'Einhorn introduit dans le but d'explorer le duodénum, ne parvint pas jusqu'à celui-ci comme le montra la radioscopie. Il retira un liquide résiduel neutre et sanglant. Nous avions à conclure qu'il s'agissait d'œsophagite avec cardiospasme, et non de cancer de l'œsophage.

Restait le troisième terme, l'ictère, ictère par rétention. A l'examen, on constatait un gros foie à bord tranchant nettement perceptible. On trou-

vait au-dessous, en dehors, une masse ovoïde indolente, grosse presque comme un œuf de poule, dirigée de haut en bas et de dehors en dedans. Nous n'avons pas hésité, dès le premier jour à dire que nous avions affaire à une vésicule distendue et vraisemblablement à un cancer de la tête du pancréas. Toutefois, le radiologiste émit quelques doutes à ce sujet, ne croyant pas à une vésicule biliaire ectasiée. Je restai fidèle, néanmoins, à mon diagnostic, jusqu'à preuve du contraire, admettant difficilement que ce fut autre chose qu'une vésicule distendue. Il y avait, enfin, de l'amaigrissement.

Nous trouvons là les éléments du diagnostic du cancer de la tête du pancréas. L'absence de douleur, l'absence d'étiologie appréciable. C'est brusquement qu'un jour apparut l'ictère avec décoloration des matières fécales, ictère progressif, allant vers l'aggravation, s'accompagnant de cholurie abondante, de prurit manifeste, d'amaigrissement prononcé. Le début inopiné, la tuméfaction vésiculaire, la marche progressive de l'ictère, le prurit, l'amaigrissement, sont un premier groupe d'éléments de diagnostic. Un autre groupe est tiré de l'examen chimique, des matières fécales principalement. L'analyse de la sécrétion pancréatique à son origine, prélevée dans le duodénum par le tube d'Einhorn, montrant l'absence de ferments pancréatiques, serait une méthode — d'avenir — préférable.

Je vous ai déjà parlé, à l'occasion des pancréatites hémorrhagiques, de la pathogénie de l'ictère associé aux lésions du pancréas. Je vous rappelle que le cholédoque traverse la tête du pancréas, accolé au canal de Wirsung. Une tumeur de la tête du pancréas entraîne, dès lors, facilement une sténose de ces deux canaux, d'où à la fois absence de sécrétion pancréatique dans l'intestin, et ictère avec dilatation vésiculaire. Il est classique de dire que l'ictère lithiasique ne s'accompagne pas de dilatation vésiculaire et que le cancer de la tête du pancréas détermine cette dilatation. Il n'en est pas toujours ainsi, cependant, et l'on a vu des cancers pancréatiques avec ictère et petite vésicule, ce qui s'expliquait, une fois par une oblitération du cystique, et une autre fois par une conformation spéciale, pas très rare, du cholédoque, son passage en arrière de la tête du pancréas.

Voilà, en résumé, l'idée que nous nous faisons de notre malade : un fibrome de l'utérus d'une part, et d'autre part, probablement un néoplasme de la tête du pancréas avec adjonction d'un élément œsophagien (œsophagite et cardiospasme) sans cancer de l'œsophage — diagnostic complexe, que nous considérons comme probable, sans certitude toutefois.

J'ai à vous parler ensuite d'un second patient atteint d'un cancer du corps du pancréas, certain celui-ci. Longtemps, le cancer du corps du pancréas n'a pas eu d'histoire clinique. On en citait çà et là quelques exemples anatomo-pathologiques sans symptomatologie. Je crois bien avoir donné, en 1908, la première description d'ensemble de cette affection, d'après trois cas, auxquels d'autres sont venus s'ajouter depuis.

Si le cancer de la tête du pancréas est une affection indolente, le cancer du corps est, par contre, une lésion abominablement douloureuse; c'est une des maladies les plus douloureuses de l'abdomen. Si on interroge les patients, ils donnent quelquefois des renseignements assez troublants. C'est ainsi que certains déclarent avoir commencé à souffrir du côté gauche du ventre, au voisinage du rebord costal. Ces douleurs se montrent par crises séparées, et vives. Au palper, on ne trouve rien. Au bout de quelque temps, les douleurs deviennent médianes, sus-ombilicales, transverses, en étau, serrant la taille, rappelant certaines douleurs du tabès. Ces douleurs, profondes, prennent de plus en plus le caractère viscéralgique ; elles sont « inexprimables » suivant une expression qui en a été donnée. Pour les soulager, le patient prend une attitude spéciale. Au lieu de se coucher sur le dos, il s'assied sur son lit, se penche en avant, dans le but de comprimer les plans profonds. Souvent, à ces crises douloureuses, s'ajoutent des troubles intestinaux, du ténesme, des coliques, de la diarrhée même. Quelquefois la maladie en reste là, suffisamment caractérisée par cette symptomatologie et de l'amaigrissement, jusqu'à la terminaison fatale.

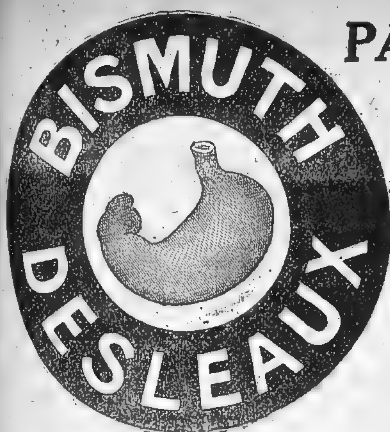
D'autres fois, il s'y ajoute une nouvelle étape, un envahissement de la tête de l'organe par le cancer, de l'ictère tardif, de pathogénie variable.

L'explication anatomique de ces divers symptômes tient dans les rapports du pancréas avec les organes voisins, le foie, la vésicule biliaire, le cholédoque, le duodénum, et surtout le plexus solaire, qui fait comprendre les douleurs violentes du cancer du corps, les douleurs du rebord costal gauche (anastomose du plexus solaire et des filets nerveux intercostaux), les réactions intestinales (action sur les splanchniques).

Le rôle du plexus solaire dans toute cette symptomatologie du cancer du corps du pancréas est prédominant. On a pu dire que le cancer du corps offrait une symptomatologie pancréatico-solaire, que l'on a opposée à la symptomatologie pancréatico-biliaire du cancer de la tête (Dieulafoy).

Je vous disais que les douleurs du cancer du corps du pancréas rappellent certaines crises du tabès. Chez plusieurs malades, on s'est demandé s'il ne s'agissait pas de tabès. On a recherché la symptomatologie de celui-ci, même par la ponction lombaire, ce diagnostic étant très important pour le pronostic et le traitement.

Eh bien, cet ensemble schématique de symp-



PANSEMENT BISMUTHÉ IDÉAL

au Carbonate de Bismuth chimiquement pur, sucré et aromatisé.

ULCÈRES, GASTROPATHIES, HYPERCHLORHYDRIES

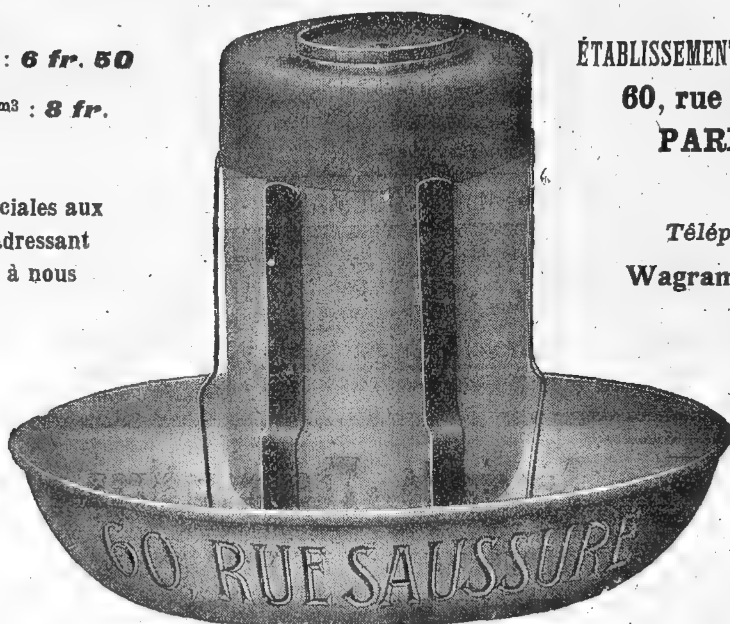
Sténoses pyloriques, Fermentations anormales, etc.

Doses : 20 à 50 grs. par jour
dans Eau, Lait ou Tisane, le matin à jeun ou fractionnés 1/2 heure avant chaque repas.
Chaque Flacon porte une mesure dont le contenu correspond à 10 grs. de Carbonate de Bismuth pur.
Ph. Lancosme, 71, Avenue Victor-Emmanuel III, Paris et toutes Pharmacies.

N° 3 *pour* 15m³ : ***6 fr. 50***

N° 4 *pour* 20m³ : ***8 fr.***

Conditions spéciales aux médecins s'adressant directement à nous



ÉTABLISSEMENTS ***GONIN***
60, rue Saussure
PARIS 17e

Téléphone :
Wagram : 17-23

LE FUMIGATOR GONIN DÉSINFECTE

ASTHME CŒUR REINS ARTERIOSCLEROSE ANGINE DE POITRINE etc

ELIXIR EUPNÉIQUE MARTIN-MAZADE
A L'
IODURE DE CAFÉINE

0 GR. 25 PAR CUILLERÉE A CAFÉ

Remède vraiment héroïque journellement prescrit par toutes les sommités médicales.
Ne provoque ni intolérance ni accidents d'iodisme — 2 à 4 cuillerées à café par jour.
LITTÉRATURE & ÉCHANTILLONS LABORATOIRE MARTIN-MAZADE ST-RAPHAEL (VAR

tômes, nous allons le retrouver chez deux malades — l'un du service, l'autre de la ville, dont je vous exposerai l'histoire. Le premier est un homme de 50 ans, qui fut pris un jour, en décembre 1920, brusquement, après un repas, de douleurs atroces, à la région ombilicale. La douleur se calma, mais revint ensuite par intermittences pour s'installer enfin. Il entre à l'hôpital en janvier 1921, pâle, amaigri, se plaignant des douleurs en question. Pas de tumeur abdominale appréciable au palper. Wassermann négatif. Examen radioscopique sans conclusions précises. Le liquide gastrique donna à l'analyse une acidité nulle et HCl = 0. Vous connaissez la valeur de ce signe (l'absence d'acide chlorhydrique) comme symptôme du cancer de l'estomac. Ici, l'anachlorhydrie tenait à une affection de voisinage. Une observation prolongée du malade amenait à penser à un cancer du corps du pancréas, diagnostic fait cliniquement sous réserves. J'envoyai le patient en chirurgie, chez M. Lejars, pour deux raisons. La première tenait à l'incertitude du diagnostic. La seconde à ce fait que la laparotomie soulage quelquefois momentanément les douleurs dans les cas de cancers du corps du pancréas. Elle agit ainsi par décompression. Au cours de l'opération, M. Lejars constata un estomac normal et une masse néoplasique volumineuse du corps du pancréas avec adénopathies dans le plan abdominal profond. Après un léger soulagement, les douleurs ont repris et ce patient ne poursuit son existence qu'à l'aide de piqûres de morphine, dernière ressource.

La seconde observation concerne un malade de la ville, que j'ai suivi avec M. Ghika. Il s'agit d'un homme de 35 ans qui fut atteint, en mars 1919, de troubles digestifs et de douleurs abdominales, puis d'ictère. Les douleurs offraient les caractères que vous connaissez. Pas de signes de tabès, pas d'amélioration par le bismuth. Un premier consultant, neurologiste, pensa à une névropathie viscéralgique et conseilla le traitement dans une maison de santé pour névropathes. Pas de résultat. Un deuxième consultant, spécialiste pour les affections des voies digestives, conclut à une dyspepsie pancréatique. Enfin, lorsque, dans une troisième phase apparut l'ictère, on me fit appeler. Reconstituant l'histoire clinique de ce cas, je portai le diagnostic de cancer du corps du pancréas s'étant étendu à la tête, et je conseillai la laparotomie exploratrice. Après deux semaines d'atténuation légère des douleurs, le patient finit par succomber.

Voilà une observation curieuse qui montre l'évolution des diagnostics dans des cas de ce genre.

Je voudrais que de tout cela, vous reteniez surtout ce qui suit. Il existe deux types de cancers du pancréas : un de la tête, l'autre du corps, très différents l'un de l'autre comme symptomatologie. Ces deux types peuvent se rejoindre, mais généralement le malade ne vit pas assez longtemps pour que cette éventualité se réalise. A l'état pur, vous trouvez : le cancer de la tête, fréquent, intervenant sans cesse dans le diagnostic de l'ictère chronique ; le cancer du corps, rare, peut-être moins cependant qu'on ne le pense, déterminant cet ensemble douloureux spécial, que Dieulafoy a qualifié de drame pancréatique. Les douleurs, si particulièrement violentes, en question, s'observent dans trois affections : le cancer du corps, l'ulcus perforant, la pancréatite hémorrhagique. Celle-ci, dont je vous ai parlé déjà, évolue en quelques jours. Les deux formes du cancer (tête et corps) se relient, enfin, par les altérations de la fonction pancréatique.

(*Leçon recueillie par le* Dr P. Lacroix.)

ELECTROLOGIE

L'électrologie du praticien,

Par le Dr Foveau de Courmelles.

L'*Electrologie du praticien* existe, nous le disions dès 1891, dans notre *Précis d'Electricité médicale* et l'avons répété en une leçon à l'hôpital Beaujon, sous la présidence du prof. A. Robin, leçon recueillie et publiée par le Dr P. Lacroix, en le *Concours médical* du 26 septembre 1910. L'électrologie, la radiologie et la radiumlogie, pour ne pas être toutes également applicables, soit à cause de l'outillage parfois énorme, ou de la dépense et immobilisation de capital qu'elles nécessitent ont des indications précieuses nécessaires à porter à la connaissance du praticien.

Pour aujourd'hui, nous allons synthétiser l'*électrologie* qui, elle, est applicable en grande partie par tous les confrères chez eux, ou chez leurs malades, en appareils peu lourds et faciles à manier. Les modalités simples et transportables, anciennes, sont la faradisation et la galvanisation ; viennent ensuite, chez le praticien, avec un matériel plus complexe, la franklinisation ou électricité statique, bien connue depuis le conventionnel Marat, et la haute fréquence, que nous devons à d'Arsonval.

La faradisation, qui doit tant à Duchenne de Boulogne, se fait avec une petite boîte donnant des courants induits agissant sur les muscles et nerfs, éléments à la fois de diagnostic et de traitement.

Sous l'action du courant induit, encore appelé discontinu, interrompu, intermittent, faradique, le nerf ou le muscle doivent produire des

◆◆

contractions variables avec l'intensité du courant employé et leur état d'intégrité : aussi doit-on comparer la région saine et la région malade, et ainsi en déduira-t-on l'hypo ou l'hyperexcitabilité faradique. S'il n'y a aucune réaction et qu'à la galvanisation, dont nous allons parler, il y ait inversion des contractions, on en déduira la dégénérescence. Il n'y a alors rien à faire au point de vue électrique : électriser alors le muscle ou le nerf paralysé et réagissant peut-être encore quelque peu, c'est le précipiter vers une dégénérescence plus complète, totale et irrémédiable peut-être.

Quand nerf ou muscle réagissent, malgré la paralysie, de façon à peu près normale, sous l'action faradique, celle-ci est indiquée comme traitement.

La paralysie faciale *a frigore*, assez fréquente, prise au début, guérit ainsi très vite : j'en ai vu céder en cinq ou six séances. Il y a évidemment une différence à faire entre la paralysie *a frigore* et celle due à un ictus et dont la guérison dépend de la résolution de l'épanchement cérébral ; le diagnostic en est parfois bien difficile, et dans le second cas, la guérison est plus longue à se produire. C'est le cas des hémiplégiques où l'électrisation locale est le plus souvent impuissante, alors cependant que les muscles réagissent bien à l'excitation faradique.

Dans les paralysies par traumatisme, ou sections nerveuses à la suite de plaies par instruments vulnérants ou tranchants, l'excitation agissant de moins en moins montre qu'il faut vite abandonner le traitement électrique.

La *réaction de dégénérescence*, pour être constatée, exige à la fois l'emploi de la faradisation et de la galvanisation (1) ; celle-ci, dite encore courant continu, appliquée brusquement sur un muscle ou un nerf, les fait se contracter violemment à la fermeture du circuit et au pôle négatif, s'ils sont normaux, en même temps que la faradisation en montre une excitabilité normale. Si, au contraire, c'est le pôle positif et l'ouverture, l'enlèvement du circuit électrique, qui produisent une contraction dans le nerf ou le muscle, il y a ce que l'on appelle l'inversion de la formule, donc réaction de dégénérescence ; l'hypo ou l'hyperexcitabilité faradique l'accompagne en général.

Quand il y a réaction de dégénérescence, il est non seulement inutile, mais même nuisible d'électriser, de fatiguer les muscles et les nerfs atteints. Ce serait en aggraver les lésions qui ne sont peut-être pas définitives. La *Natura medicatrix* intervient en effet assez souvent pour faire des réparations, des suppléances inattendues, et que l'on peut alors aider par l'électrisation. Je conseille d'examiner tous les deux ou trois mois des muscles ou des nerfs atteints de dégénérescence, et, dès que l'on voit celle-ci céder quelque peu, ce que les réactions mesurées et produites par des courants identiques permettent d'affirmer, alors, de la faradisation très faible ou mieux la galvanisation.

Le courant continu ou courant stabile, restant en place un certain temps, est un excellent tonique musculaire, combattant l'atrophie, notamment suite de traumatisme, et que l'on peut appliquer rapidement à la suite de celui-ci : bien appliqué, il ne provoque aucune contraction, et par suite nulle fatigue. La question polaire est ici très importante, car le pôle négatif est excitant, hypertrophique, hémophilique, et c'est lui qui, en cas d'atrophie ou même de crainte d'atrophie musculaire, devra être employé à petites doses ; il peut produire des escharres lentes à guérir et doit donc être surveillé.

Quant au pôle positif du courant galvanique, il est calmant, atrophique, hémostatique, et l'on voit de suite ses emplois dans les rhumatismes douloureux, les névralgies, les glandes s'hypertrophiant (adénites).

Les deux pôles sont toujours nécessairement appliqués sur le malade, mais on a le pôle *actif*, indifférent en faradisation et si important en galvanisation qui est placé sur la région malade en électrodes plus ou moins vastes, selon l'étendue à soigner, et en parfaite intimité avec elle ; on a aussi l'autre pôle qui ne sert qu'à fermer le circuit et que l'on appelle le pôle perdu et que l'on place n'importe où sur le corps, en se défiant, surtout s'il s'agit du pôle négatif galvanique, des escharres.

La galvanisation a été, et peut être encore, très employée en gynécologie. Si l'on a, contre les hémorragies utérines et les fibromes, les rayons X, plus puissants (1), le praticien peut cependant, et souvent avec succès, recourir au courant continu avec le pôle positif introduit dans le col utérin. En cas d'aménorrhée ou de dysménorrhée, le pôle négatif est indiqué. Sous le nom d'*électrolyse médicamenteuse*, j'ai préconisé les électrodes solubles, fer, zinc, cuivre, aluminium, en tiges pouvant être introduites dans le col utérin et ajouter par leur action des corps à l'état naissant développés par l'électrolyse. Ces électrodes se sont généralisées et ont également donné de bons résultats dans les écoulements uréthraux de l'homme ou de la femme.

Dans les cas de grandes névralgies pelviennes,

---

(1) FOVEAU DE COURMELLES. — *Précis d'électro-radiologie*. Préface du prof. Albert Robin. Un vol. 300 p., ill. Paris. 1918.

(1) FOVEAU DE COURMELLES. — Communication à l'Institut, 11 janvier 1914 et Rapport au Congrès des sciences médicales, Londres, 1913.

sciatiques, faciales, intercostales, les larges électrodes imbibées de solutions de cocaïne ou de morphine peuvent amener, par le pôle positif galvanique, de grandes sédations, voire souvent la guérison.

La faradisation en gynécologie, une tige intracervicale, a souvent aussi arrêté des hémorragies intenses.

Ces moyens simples, à la portée de tous les praticiens, applicables chez des malades parfois non transportables, me paraissent aujourd'hui trop dédaignés et c'est pourquoi je me permets de les rappeler ; ils sont évidemment à rejeter en cas d'hémorrhagie d'origine cancéreuse.

Le courant faradique peut aussi, avec un petit dispositif y adapté, produire de l'ozone pouvant même entraîner des liquides médicamenteux ; cet ozone, chargé de substances actives ou non, peut servir contre l'anémie, la chlorose, certaines affections respiratoires, la coqueluche ; sa production et son maniement sont des plus faciles et des plus utiles ; après avoir eu en quelque sorte trop de succès, l'ozone se voit aujourd'hui trop méconnu.

La galvanisation avec piles spéciales (non plus au bisulfate de mercure, mais au bichromate de potasse ou mieux encore, sous forme d'accumulateurs) peut donner le cautère, les pointes de feu, l'anse galvanique qui coupe sans hémorrhagie. Les appareils en sont transportables et à la portée du praticien, et terminent, dirai-je, ce que j'appellerai son bagage électrothérapique portatif !

Dr Foveau de Courmelles.

A TRAVERS LA PRESSE

Traitement médical de l'ulcère de l'estomac par la méthode de Sippy.

Exposé par M. Loewy, ce traitement consiste essentiellement à maintenir le contenu de l'estomac dans un état d'alcalinité constant. La persistance et l'évolution de l'ulcère sont dues en effet, quelle qu'en soit la cause initiale, à la digestion des albuminoïdes de réparation, par la pepsine, en présence de l'acide chlorhydrique.

Le malade prend des doses répétées de l'une ou l'autre des poudres suivantes :

1) Magnésie lourde calcinée. } ââ 0,50
Bicarbonate de soude.... }

2) Carbonate de calcium..... 0,50
Bicarbonate de soude..... 1,50

En outre, on évacue, chaque soir, deux heures et demie après la dernière prise alimentaire, le contenu de l'estomac avec un tube de Rehfuss, de façon à soustraire l'ulcère à l'action du suc peptique pendant la nuit.

Pratiquement, le malade absorbe, par heure, un petit repas composé de 100 gr. d'un mélange de lait et de crème. Par heure également, exactement entre chaque prise alimentaire, il absorbe l'une ou l'autre des poudres indiquées.

Au mélange lait et crème, formant la base de l'alimentation, on ajoute progressivement 2 ou 3 œufs à la coque et 300 gr. de céréales, pris partiellement (un œuf, ou 100 gr. de céréales à la fois.)

L'important est de vérifier systématiquement la neutralisation du contenu gastrique, qui doit être obtenue au besoin par une augmentation de 0,30 de carbonate de calcium à chaque prise.

Au bout de 4 semaines, le régime alimentaire ci-dessus peut être remplacé par 3 repas de 300 à 400 gr. au plus par jour, chacun d'eux étant suivi de 2 ou 3 doses alcalines.

La rétention gastrique fonctionnelle est combattue par une quantité plus forte d'alcalins et un tubage évacuateur chaque soir.

L'hémorragie se traite d'après les mêmes principes, le malade étant mis d'abord au repos absolu, général et gastrique.

Les résultats de cette méthode sont des plus encourageants : la douleur est supprimée au plus tard le second jour ; la rétention par spasme fonctionnel disparaît ; les hémorragies cessent ; l'ulcère se cicatrise et tend à guérir.

Des objections faites à ce procédé, il n'y a à retenir que celle qui repose sur une méconnaissance d'un cancer, traité inutilement ainsi. Mais, le traitement sert ici d'épreuve : si la douleur ne cesse pas, si la rétention persiste, si la radiologie ne révèle pas un travail de rétrocession, on soupçonnera le cancer et on agira en conséquence. (*Presse méd.*, 7 mai 1921.)

Traitement des rétrécissements de l'urèthre chez l'homme.

La dilatation est le procédé de choix. Pratiquée avec des bougies en gomme, ou avec des béniqués, elle sera lente, progressive, graduelle ; elle sera en même temps douce et agira par contact et non par pression. On lavera préalablement l'urètre avec la solution d'oxycyanure à 1/3000, et on interviendra à vessie pleine, le malade urinant après la séance. Pendant la durée du traitement, il prend de l'uroformine.

Les séances auront lieu tous les 2 ou 5 jours, en débutant toujours par le numéro inférieur au dernier passé. Les incidents et les accidents de la dilatation sont l'hémorragie, qui force à susprendre tout traitement, la rétention d'urine, succédant à l'emploi trop rapproché de calibres trop élevés par rapport à l'urètre, l'infection urinaire.

A l'électrolyse linéaire, à rejeter, on doit préférer l'électrolyse circulaire avec les bougies de Newmann ou les béniqués électrolytiques (Desnos). L'urétrotomie interne enfin est indiquée quand le malade saigne à chaque séance ou accuse des frissons, ou encore au cas d'un vieux rétrécissement dur, serré, inextensible, chez un vieillard infecté.

Enfin, les rétrécissements infranchissables et qui restent rebelles à la bougie filiforme à demeure réclament une intervention chirurgicale, cystotomie hypogastrique avec intervention sur l'urètre. Les formes traumatiques sont plus souvent justiciables de l'acte chirurgical que les blennorragiques.

« Pour conclure, dit M. de BERNE-LAGARDE, à « qui nous empruntons ces notions, quelle que « soit la pathogénie des rétrécissements, le mode « habituel du traitement restera la dilatation « lente, progressive, graduelle, pratiquée à des « intervalles variables ». (*L'Hôpital*, mai 21, A.)

Les aortites syphilitiques et le traumatisme opératoire.

M. Ch. FIESSINGER illustre de plusieurs observations typiques cette conception que le traumatisme opératoire réveille certaines syphilis latentes et provoque ainsi l'apparition d'aortites à marche rapide, et rebelles à toute médication. C'est généralement trois mois après l'intervention que l'affection cardio-vasculaire se manifeste, alors qu'avant et immédiatement après, on n'avait noté aucun trouble cardiaque.

La conclusion, c'est qu' « il semble prudent « au moindre doute sur son histoire, avant de « passer sur une table d'opération, qu'un patient « doive se munir d'une réaction de Wassermann « qui consacre à son endroit l'absence d'une « injection syphilitique latente ». (*Journ. des prat.*, 7 mai 1921.)

L'adrénaline dans le traitement des fractures.

M. PIET administre chaque jour de X à XX gouttes de la solution d'adrénaline au 1.000e aux fracturés, pendant plus ou moins longtemps suivant les résultats obtenus et l'état du pouls.

De ses expériences, il résulte que cette manière de faire accélère notablement le retour des fonctions, sans présenter d'inconvénients sérieux. (*Journ. des sc. méd. de Lille*, 15 mai 1921.)

L'association de la syphilis et du rhumatisme articulaire aigu dans la genèse des affections cardio-vasculaires.

MM. MINET, DUHOT et LEGRAND ont recueilli plusieurs observations cliniques qui leur fournissent l'occasion de formuler des aperçus des plus intéressants sur la genèse de certaines cardiopathies.

Dans un grand nombre de cas, en effet, on note l'association de la syphilis et du rhumatisme articulaire aigu, soit que la syphilis préexiste et détermine la lésion mésartérique qui, sous l'influence du rhumatisme ultérieur, évoluera vers un type lésionnel défini (anévrysme), soit que le rhumatisme précède la vérole, et que la cardiopathie rhumatismale initiale, demeurée latente, se montre alors très grave, soit enfin que rhumatisme et syphilis évoluent parallèlement en même temps chez le même sujet, provoquant des localisations cardio-vasculaires de la plus haute gravité.

« En résumé, syphilis et rhumatisme articu- « laire aigu, lorsqu'ils s'associent, déterminent « sur l'appareil cardio-vasculaire des localisa- « tions dont l'importance paraît en raison « directe de la gravité d'un semblable complexe « étiologique... Nombre de cardiaques et d'aor- « tiques relèvent de cette double étiologie, que « l'on doit savoir rechercher. Une telle recher- « che, outre son intérêt spéculatif, sera sanc- « tionnée par des déductions thérapeutiques « de tout premier ordre, sur lesquelles nous « ne jugeons pas utile d'insister ». (*Paris méd.*, 14 mai 1921.)

La vaccinothérapie antigonococcique.

La vaccinothérapie antigonococcique recourt soit à des autovaccins, soit à des stock-vaccins. Les premiers sont tellement difficiles à préparer qu'il est préférable de ne pas compter sur eux. Parmi les autres, se place tout d'abord le vaccin de Nicolle et Blaizot qui renferme des gonocoques et des synocoques. M. SEZARY lui préfère les vaccins antigonococciques purs, réalisés par lui sous la forme de lipo-vaccins contenant les germes pathogènes par milliards.

Il faut injecter la quantité de vaccin capable de déterminer la réaction fébrile légère indispensable à l'efficacité de la vaccinothérapie.

On observe en effet trois sortes de réactions : une réaction locale, insignifiante ; une réaction générale caractérisée par une élévation thermique qui atteint 38° à 39°5, parfois même 40° ; une réaction lésionnelle, inconstante, qui se manifeste par une exacerbation momentanée des symptômes.

« L'expérience nous a montré que les résul- « tats sont plus rapides et plus complets si l'on « obtient une réaction générale légère, c'est-à- « dire une élévation thermique atteignant 38° « ou 38°5 six à huit heures après l'injection. « L'action du vaccin est beaucoup moins mar- « quée si cette poussée fébrile n'est pas obtenue.»

Les injections sont hypodermiques (région des flancs) à la dose d'un demi-centimètre cube.

« S'il n'y a pas de réaction générale, on injec-
« tera deux jours après un cmc. S'il y en a une,
« on attendra qu'elle ait totalement disparu
« depuis 24 heures, puis on répètera la même
« dose. On continuera de même ; c'est ainsi qu'on
« sera amené à inoculer successivement 1 cmc.,
« 1 cmc. 1/2, quelquefois même 2 cmc., de fa-
« çon à obtenir chaque fois une petite élévation
« de température ».

Le traitement local doit marcher de pair avec la vaccinothérapie.

Les résultats de la vaccinothérapie ne sont pas immédiats. Ils se sont montrés des plus nets dans les orchi-épididymites et les manifestations articulaires. Dans la blennorrhagie aiguë, « l'a-
« mélioration se manifeste d'abord par la séda-
« tion de la douleur. qui survient souvent quel-
« ques heures après la première injection ou dès
« le lendemain. L'écoulement subit parfois (ra-
« rement) une recrudescence passagère, puis il
« diminue rapidement ».

« En résumé, la vaccinothérapie antigono-
« coccique appliquée selon les règles précédentes
« n'est jamais nuisible. Elle est rarement inu-
« tile, souvent bienfaisante. Elle répond au but
« que se propose la méthode, qui est de stimu-
« ler, de renforcer les réactions de défense de
« l'organisme, et aussi de provoquer des phé-
« nomènes de choc qui peuvent avoir une action
« curative. Les résultats qu'elle a donnés jus-
« qu'ici méritent qu'on poursuive les recherches
« avec méthode et persévéreance ». (*Prog. méd.*, 14 mai 1921.)

Diphtérie associée.

« Dans la diphtérie cliniquement simple,
« l'infection relève seulement du bacille diphté-
« rique ; dans la diphtérie associée, à l'infection
« diphtérique s'ajoute l'infection produite par
« un autre germe ».

Les germes associés au bacille diphtérique sont des plus variés. L'association avec le pneumocoque est très rare. Par contre, l'association avec le streptocoque est des plus communes : elle est également très grave. Elle peut néanmoins guérir avec le sérum. L'association staphylo-diphtérique se rencontre surtout dans la rougeole et les infections buccales.

M. Achard, à côté de ces formes en quelque sorte classiques, signale les associations diplo-diphtérique, coli-diphtérique, fuso-spirillo-diphtérique.

Il s'agit là de diphtéries mixtes. A côté de ces affections, il y a lieu de mettre en évidence les diphtéries associées secondaires à une infection antérieure, telle que la scarlatine et la rougeole.

Le diagnostic bactériologique ne peut être posé qu'après examen microscopique et cultures. Sans l'attendre, on injectera le sérum dans toutes les angines à fausses membranes.

C'est d'ailleurs la conduite qu'on doit toujours tenir en présence d'une angine blanche reconnue cliniquement comme de nature diphtérique. (*Bull. méd.*, 21 mai 1921.)

L'exploration clinique de la pointe du cœur dans le décubitus latéral gauche.

Ce long exposé de M. C. Lian se résume dans les conclusions suivantes :

« Le décubitus latéral gauche bien franc est
« l'attitude de choix pour le malade dont on
« veut explorer cliniquement la région de la pointe
« du cœur.

« Cette attitude est fructueuse pour l'inspec-
« tion, la palpation et l'auscultation. Elle exige
« l'emploi d'un stéthoscope bi-auriculaire.

« Elle permet de localiser le choc apexien
« dans bien des cas où il n'est pas perceptible
« dans le décubitus dorsal.

« Elle rend de grands services dans le dia-
« gnostic du rétrécissement mitral, en faisant per-
« cevoir les signes de cette lésion valvulaire avec
« beaucoup plus de netteté que dans le décubi-
« tus dorsal.

« Elle est utile également dans le diagnostic,
« souvent délicat, des souffles systoliques ape-
« xiens. (*Presse méd.*, 18 mai 1921.)

G. D.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

Forme ataxique suraiguë du tabès

(M. G. Guillain. — *Académie de médecine.*)

M. Guillain appelle l'attention sur une forme clinique spéciale du tabès, caractérisée par une ataxie suraiguë sans aucune paralysie musculaire, ataxie se développant en quelques heures et rendant, d'emblée, le malade semblable aux grands ataxiques chroniques. Les troubles en question se montrent chez des sujets qui, antérieurement, avaient un tabès fruste et ignoré. Ils présentent de plus ce caractère d'être transitoires et curables en quelques semaines, le malade conservant toutefois, après guérison de l'ataxie, des signes traduisant l'attaque syphilitique du névraxe (Argyll-Robertson, abolition des réflexes, etc.)

L'amidon paraffiné dans le traitement de la diarrhée.

(M. Doumer, de Lille. — *Académie de médecine.*)

M. Doumer emploie depuis plusieurs années, pour le traitement des diarrhées estivales de l'adulte et de l'enfant, l'amidon paraffiné, c'est-à-

dire des grains d'amidon enrobés dans une mince couche de paraffine pure, associé aux ferments lactiques.

L'auteur estime que l'association en proportion convenable d'amidon à digestibilité ralentie aux ferments lactiques place ceux-ci dans les conditions optima de leur action. C'est pour obtenir le ralentissement de la digestion amylacée qu'il utilise l'amidon paraffiné.

Quoi qu'il en soit, M. Doumer s'est bien trouvé, dans le traitement des diarrhées estivales de l'adulte et du nourrisson, de l'administration, deux fois par jour, d'une cuillerée à café d'amidon paraffiné, délayé dans de l'eau sucrée, adjoint aux ferments lactiques en cultures pures et fraîches.

Sur une épidémie de pleuro-broncho-pneumonies.

(M. E. Sacquépée. — *Académie de médecine.*)

Pendant le mois d'avril dernier, une épidémie grave de pleuro-broncho-pneumonies, rappelant la grippe de 1918-1919, a sévi dans les milieux militaires. Les examens bactériologiques ont montré, chez les malades, la prédominance du pneumocoque et du streptocoque.

Partant de là, M. Sacquépée a institué, dans son service du Val-de-Grâce, un traitement par les injections de sérums anti-pneumococciques et de vaccin anti-streptococcique. Il s'est servi des sérums anti-pneumococciques I et II préparés par M. Truche, et d'auto-vaccin ou de stock-vaccin anti-streptococcique. Le effets obtenus lui ont paru nettement favorables.

Sérothérapie antigangréneuse dans la gangrène pulmonaire.

(MM. P. Emile-Weil, Semelaigne et Coste. — *Soc. méd. des hôp.*)

M. P. Emile-Weil relate deux observations de gangrène pulmonaire et de dilatation des bronches gangréneuses traitées par la sérothérapie.

L'auteur montre d'abord que les notions bactériologiques font ressortir la non adaptation du sérum type Weinberg au traitement de la gangrène pulmonaire. L'étude de l'expectoration, dans cette maladie, étude difficile d'ailleurs, indique la multiplicité et la variabilité des germes en cause. Malgré cette objection théorique, le sérum s'est signalé récemment par des succès plus ou moins remarquables (Dufour, Rathery, etc.) Dans les cas de M. P. Emile-Weil, les résultats ont été moins brillants, tout en restant cependant encore intéressants.

M. Hallé voit là un exemple de la valeur thérapeutique des sérums en général, en dehors de toute action spécifique. Pour sa part, il a obtenu de bons effets, dans le traitement de la gangrène pulmonaire, d'un moyen plus modeste : les injections intra-trachéales et sous-cutanées d'huiles antiseptiques. Le pneumothorax artificiel, pour certains cas, ne doit pas être oublié.

Septicémie pneumococcique.

(MM. H. Bourges et Marcandier, de Brest. — *Soc. méd. des hôpitaux.*)

MM. Bourges et Marcandier rapportent un nouvel exemple de pneumococcie généralisée avec septicémie primitive, absence de foyer pulmonaire, évolution suraiguë suivie de mort malgré la sérothérapie et l'abcès de fixation. La septicémie pneumococcique fut décelée par l'hémoculture et se compliqua de foyers de suppuration à déterminations variées (genoux, coudes, centres nerveux).

Les septicémies primitives pneumococciques paraissent donc beaucoup plus fréquentes qu'on ne l'a cru jusqu'ici, et il conviendrait dans les états de ce genre de faire une hémoculture précoce pour appliquer d'assez bonne heure la thérapeutique convenable.

Les vaccins peuvent-ils prévenir l'érysipèle à rechutes.

(MM. Boidin et Delafontaine. *Soc. méd. des hôp.*)

MM. Boidin et Delafontaine ont fait une série de recherches qui leur ont montré l'absence de pouvoir préventif des stocks vaccins et des auto-vaccins streptococciques dans l'érysipèle à rechutes.

L'obésité consécutive à l'encéphalite léthargique.

(M. Livet. — *Société médicale des hôpitaux.*)

M. Livet signale l'obésité comme séquelle possible de l'encéphalite léthargique. Cette obésité lui paraît être en rapport avec une répercussion du processus infectieux sur certaines glandes endocrines. Le traitement endocrinien (principalement hypophysaire) serait indiqué.

Action anti-convulsivante du chlorure de calcium.

(MM. Pic, Bonnamour et Raymond. — *Société biologique de Lyon.*)

Le chlorure de calcium exerce une action modératrice sur les centres nerveux ; de là son emploi dans le traitement de l'épilepsie, du spasme de la glotte, des convulsions. M. Pic apporte une donnée expérimentale confirmative, à ce sujet. Recourant au chlorure de calcium chez des grenouilles intoxiquées par la strychnine, il a vu disparaître à ce moment les secousses convulsives. Injecté à dose suffisante, en même temps que le sulfate de strychnine, le chlorure de calcium empêche l'apparition des convulsions tétaniques. Son action anti-convulsivante persiste au moins 48 heures.

Technique de l'inhalation d'oxygène pur.

(M. Nicloux. — *Société biologique de Strasbourg.*)

Il peut être utile, dans certains états morbides (l'intoxication oxycarbonée par exemple) de faire respirer au malade de l'oxygène pur et non de l'oxygène mélangé d'air, comme dans les inhalations ordinaires. M. Nicloux se sert à cet effet du masque A. R. S. de l'armée française. On obtient ainsi la séparation des gaz d'inspiration de ceux d'expiration, et l'oxygène inhalé ne revient pas mélangé à l'acide carbonique exhalé.

De la ponction du corps calleux.

(M. Bourguet. — *Soc. des chirurgiens de Paris.*)

M. Zislin présente un rapport sur deux observations de ponction du corps calleux, adressées par M. Bourguet.

Le terme de ponction du corps calleux, bien que consacré par l'usage, est assez impropre, puisqu'en réalité, il s'agit d'une ponction du ventricule latéral. C'est une opération ancienne qui fut pratiquée dans l'hydrocéphalie de l'enfant, puis chez l'adulte par Keen, Bergman, Cushing, etc. La technique, contrairement à ce qu'on pourrait penser, est simple et elle rentre presque dans le cadre des ponctions médicales.

Les indications sont assez nombreuses. La ponction du corps calleux est indiquée dans tous les cas d'hypertension ventriculaire localisée (tumeur cérébrale) et dans les lésions ventriculaires graves de la méningite cérébro-spinale. On peut ainsi calmer nombre de symptômes des tumeurs cérébrales, la céphalée, les vertiges, en particulier.

Atténuation des vomissements après anesthésie à l'éther par la compression gastrique.

(M. Léo. — *Soc. des chirurgiens de Paris.*)

Ayant comprimé, à la fin de l'anesthésie, la région prégastrique chez certains opérés offrant de la distension de l'estomac, après éthérisation, M. Léo remarqua qu'il s'ensuivait une atténuation des vomissements. Il généralisa alors la méthode à tous les malades soumis à l'anesthésie à l'éther, qu'il y ait ou non ballonnement par les vapeurs anesthésiques introduites dans l'estomac.

L'auteur exerce cette compression à la région prégastrique, sur la face antérieure de l'estomac, aussi haut que possible sous les fausses côtes gauches. Il appuie, sur la paroi abdominale, les deux mains à plat, au moment de l'expiration, et il s'oppose à la remontée de la paroi au cours de l'inspiration suivante. Après quelques mouvements respiratoires complets, on entend en général le bruit de retour des vapeurs d'éther intra-gastriques.

L'opération de Putti dans la paralysie infantile.

(M. A. Trèves. — *Société des chirurgiens de Paris.*)

Pour rendre la marche aux infirmes des membres inférieurs par paralysie infantile, Putti transforme les membres recroquevillés en deux colonnes droites mises en hyperextension. Pour cela il sectionne les cordes musculaires (tenseur du fascia lata, couturier, droit antérieur), qui empêchent l'extension, et il fait une subluxation du tibia sur le fémur.

M. Trèves a mis en pratique ce procédé. Le résultat a été très beau : il permet à l'enfant infirme de marcher. P. L.

BIBLIOGRAPHIE CRITIQUE

Revue des Thèses.

Paris

Dr Jean Rossignol. — **Etude de l'endocardite infectieuse prolongée.** (Librairie scientifique, Paris.)

L'endocardite infectieuse prolongée est une affection bien caractérisée, nettement différente de l'endocardite maligne aiguë, dont le germe pathogène est un streptocoque voisin par ses caractères biologiques des streptocoques saprophytes de l'organisme et contre lequel celui-ci semble être sans aucune défense quoi qu'il soit peu virulent.

Le pronostic est fatal à plus ou moins longue échéance.

Le diagnostic présente de nombreuses difficultés et repose sur l'hémoculture recommencée à plusieurs reprises.

La maladie frappe de préférence les gens ayant eu une atteinte cardiaque antérieure, même légère, et se produit à l'occasion d'une infection toujours bénigne des premières voies respiratoires ou de l'appareil génital de la femme le plus souvent. L'évolution est très insidieuse et les signes cardiaques restent toujours au second plan. Il n'existe aucune thérapeutique efficace à l'heure actuelle, tous les traitements essayés jusqu'à ce jour ont échoué. Les recherches semblent devoir être poursuivies dans le sens de la vaccinothérapie et de la sérothérapie.

PARTIE PROFESSIONNELLE

MÉDECINE SOCIALE

Le projet de loi assurance-maladie-invalidité-vieillesse.

X

2° — Le système sans tarif ou système de la liberté complète.

Lorsque, guidé par le seul souci de son intérêt individuel, le malade va consulter un médecin, il a le légitime désir que nul intermédiaire ne vienne s'interposer entre le docteur et son client. Ce souci de liberté et de confiance est tellement ancré dans nos mœurs françaises, que les rédacteurs du Code pénal ont, dans l'article 378, fait défense aux médecins de révéler quoi que ce soit et à qui que ce soit les secrets, dont l'aveu, à l'homme de l'art a facilité la guérison.

Donc, sous l empire du droit commun, le malade choisit le docteur qui lui plaît le mieux, celui en lequel il a le plus confiance, celui avec lequel il se sent le plus en communion d'idées.

De son côté, le praticien avisé cherche à satisfaire la clientèle qui le fait vivre ; il s'efforce d'acquérir les qualités et l'habitus extérieur nécessaires à lui attirer la confiance de ses concitoyens.

Et, quoi qu'on en ait dit, le médecin de famille exsiste encore. Il n'est plus, certes, comme au temps passé, l'ami, le confident, le conseiller ; mais les clients fidèles sont encore nombreux.

Les sociétés de secours mutuels d'abord, puis les services publics de l'assistance médicale gratuite, enfin les compagnies contre les accidents du travail sont venus interposer leurs administrations et leurs agents entre le malade et son médecin.

Sous prétexte de faire des économies sur le chapitre : « frais médicaux », on a fait de véritables contrats de louage de services entre collectivités et un ou deux médecins de l'endroit à l'insu du malade. Celui-ci se voyait dans l'obligation de se confier, non au médecin de son choix, mais au docteur qu'on lui imposait.

Des abus sans nombre se sont produits et depuis le premier Congrès des Praticiens, tenu à Paris en 1907, les syndicats médicaux n'ont cessé de réclamer, pour leurs malades, la liberté absolue de choisir leur docteur.

La cause est entendue, nous n'y reviendrons pas ; mais disons que, dans bien des cas, le malade préfère payer de sa bourse la consultation de son docteur, plutôt que de ne se fier qu'au diagnostic hâtif et superficiel du médecin imposé par l'administration.

Aussi, que de fois avons-nous entendu des malades se plaindre d'être ainsi obligés de payer de leur poche les honoraires d'un docteur ne faisant pas partie de leur service médical ! Et, peu à peu, les médecins ont démissionné de ces services, toujours mal faits parce que mal rétribués. Les organisations de soins à forfait ont progressivement disparu, pour faire place aux systèmes des tractations libres entre malade et médecin.

Avantages.

Ce système de liberté complète offre en effet, au point de vue des seuls honoraires, des avantages considérables.

Son application dans le projet de loi assurance maladie, consisterait en ce fait que le malade toucherait une indemnité, en cas de maladie, indemnité supérieure à celle qui est prévue par le projet de loi.

Avec cette somme, le malade se débrouillerait comme bon lui semblerait. Il iraît consulter le médecin de son choix, en toute indépendance, mû par le seul souci de son intérêt personnel. Il n'aurait plus à craindre d'être examiné superficiellement ; il ne redouterait plus de voir ses secrets être divulgués dans des certificats délivrés pour des tiers ; il pourrait se faire délivrer les médicaments les plus adéquats à son affection.

En un mot, il n'aurait plus à se méfier du praticien, puisque celui-ci ne lui serait plus imposé. Il le rémunèrerait au comptant, où à la fin de l'année, selon les convenances personnelles, ou les habitudes locales.

Cette question des honoraires est véritablement celle qui doive nous arrêter le plus.

Un médecin demande à son client une somme qui est proportionnée au service rendu, à la notoriété du docteur, à la condition de fortune du patient, à la difficulté tant matérielle que professionnelle des soins qui ont été donnés.

Au reste, c'est sur ces éléments que se basent les tribunaux pour fixer le quantum qui est dû à un docteur, en cas de constatation entre celui-ci et son client.

Cette question de tarif guidera donc le malade vers tel ou tel cabinet. Et constatons de suite que les difficultés pour les règlements d'honoraires sont bien peu nombreuses. Les procès en recouvrement d'honoraires sont relativement rares.

Mais un des gros avantages serait de supprimer beaucoup d'abus.

Si le malade ne paye pas son docteur ou ne lui donne qu'un horaire réduit, il aura tendance à demander souvent la visite du praticien, à le déranger le jour comme la nuit, à préférer que ce soit le médecin qui se déplace pour venir à domicile, etc.

Bien au contraire, si le client doit rémunérer directement et complètement son docteur, il n'abusera pas des visites de ce dernier ; il ne le fera venir que lorsqu'il en aura besoin ; il saura s'opposer aux actes médicaux trop nombreux ou trop répétés : en un mot, il saura défendre sa bourse.

Puis, il n'y aura pas de petites économies : on s'apercevra vite qu'il est moins onéreux de faire venir le praticien le jour que la nuit ; qu'on peut parfaitement le consulter au cabinet et non au domicile du malade.

Quant au tarif des soins, on le connaît par commune renommée, par les habitudes locales. Au surplus, le docteur apprend vite à connaître la situation de fortune de ses clients et il sait proportionner ses honoraires à la capacité du paiement de chacun.

Aussi liberté complète, sans aucune interposition entre le malade et son médecin ; contrôle réciproque de la part de celui qui paye et de celui qui vit de sa profession et qui, par suite, ne veut pas tuer sa poule aux œufs d'or, si mauvaise pondeuse soit-elle.

Les partisans de ce système l'ont déjà appliqué en maintes localités aux sociétés de secours mutuels. Par analogie, ils estiment que toute assurance, qu'elle soit privée, ou d'Etat, est affaire entre le bénéficiaire et son assureur. Le médecin ne saurait être partie dans ce contrat, surtout lorsqu'il s'agit de lui diminuer son gagne-pain, en lui allouant des honoraires plus modiques que ceux qui sont en usage.

Inconvénients.

Quelle que soit notre sympathie pour ce système, qui a pour lui une grande simplicité et qui, en toute occurence, laissera au corps médical l'indépendance pleine et entière, dont il a le plus grand besoin, pour accomplir correctement sa mission sociale, disons que les inconvénients méritent qu'on les discute en détail.

1° Nous connaissons tous l'esprit d'imprévoyance de la classe ouvrière. Aussi, avec la maladie, la misère s'installe t-elle souvent au foyer du travailleur. C'est à ce moment qu'il faudra payer le médecin et les médicaments.

Or, il est probable que l'indemnité allouée dans ce but, par l'Etat, ne sera pas très considérable, d'autant qu'elle ne pourra s'appuyer sur aucun chiffre, ni sur aucune probabilité.

Dans ces conditions, le médecin courra le risque de ne pas être payé de ses soins. En effet, c'est à peine si, depuis la guerre, il a pu entrer dans nos mœurs françaises de régler le docteur au comptant, alors qu'en Angleterre, ce mode de paiement est de pratique courante. Il s'en suit que tout l'argent de la famille sera consacré à soulager le patient et il ne restera plus rien, à la fin de la maladie, pour rémunérer les soins du praticien.

A cela les défenseurs de cette liberté intégrale répondent que c'est la loi commune, en même temps qu'un des risques de la profession ; il y a des clients intéressants, pour lesquels le médecin fait un long crédit, lorsqu'il n'accorde pas une remise partielle ou même totale de la dette, tandis que certaines autres familles, réputées pour leur désordre, doivent tout payer au comptant.

2° Mais, un autre abus consiste à voir des malades refuser le concours du médecin, justement parce qu'il faut le payer. Ils se soignent seuls, ou avec le concours de pharmaciens ou autres personnes faisant de l'exercice illégal de la médecine. Le résultat en est d'aggraver ou de prolonger l'incapacité de travail et de faire supporter, à la collectivité, des dépenses de journées de maladie beaucoup plus nombreuses que si le malade avait, dès le debut, fait appel à l'homme de l'art.

Un autre abus analogue consiste à voir certains patients demander une feuille de maladie, alors qu'ils veulent avoir une ou deux journées de repos, de congé, pour se livrer chez eux à un travail autre que leur travail journalier.

En période de grève, de chômage, les déclarations de maladies seront plus fréquentes et, si le malade est laissé libre de se faire soigner à sa guise, de nombreux abus seront à redouter.

Signalons enfin la complicité consciente ou involontaire du docteur, qui, ignorant la caisse d'assurance, a tendance à prendre en considération le seul intérêt de son malade, en établissant, un peu à la légère, des certificats trop bienveillants, à seule fin de faire délivrer l'indemnité de maladie.

Le remède est facile à indiquer : il est employé depuis longtemps par certaines sociétés de secours mutuels, dont nous avons en main les statuts. Un double contrôle est établi.

Lorsqu'une feuille de maladie est délivrée, des visiteurs, pris parmi les membres de la société mutuelle, vont surveiller le malade et voir s'il se soigne, ou s'il ne simule pas la maladie, pour se livrer à un travail quelconque.

De plus, un médecin contrôleur, désigné par la mutuelle, vient examiner le malade, en présence du médecin traitant et cette visite se renouvelle aussi souvent que c'est jugé nécessaire.

Puisque le projet de loi sur l'assurance maladie prévoit un contrat collectif de travail entre syndicats médicaux et caisses locales, ce contrat pourra donner toute latitude pour l'organisation d'un service de contrôle technique, concernant non seulement le libre choix du médecin, mais

encore les abus provenant du fait du malade, soit parce qu'il ne se soigne pas, pour faire l'économie de visites médicales, soit parce qu'il fait traîner son invalidité temporaire.

D'ailleurs ce contrat collectif de travail, tout en précisant les modalités du service de contrôle, pourra prévoir des pénalités applicables tant aux malades qu'aux médecins fautifs.

3° L'inconvénient, qui, à mon sens, est le plus grave, dans ce système du forfait journalier alloué au malade, consiste justement dans ce taux de la somme forfaitaire. Comment calculer cette dernière ? Sur quelles bases s'appuyer pour décider du quantum ? En l'absence de toute table de morbidité, il est difficile de dire le nombre de journées probables de maladie, ainsi que le coût des honoraires médicaux et des dépenses pharmaceutiques, nécessaires pour chaque affection.

N'est-il pas dès lors à craindre que le tarif du forfait alloué pour la subsistance du malade, celle de sa famille et les frais médicaux et pharmaceutiques ne soit insuffisant ?

D'une autre côté, ce forfait contiendrait une certaine part d'inégalité : la somme allouée serait la même, quelle que soit l'affection, quels que soient les cas. Or certaines maladies, ou certains accidents de droit commun nécessitent plus de visites de médecins, plus de prescriptions médicamenteuses que d'autres affections. Une fracture de jambe, par exemple, qui nécessitera deux mois de plâtre et deux mois de convalescence, occasionnera moins de dépenses, dans la plupart des cas qu'une fièvre typhoïde, une pneumonie, ou une localisation tuberculeuse.

De plus, que d'incertitudes dans l'appréciation d'un pronostic, dans l'évaluation approximative de la durée, comme de l'importance d'une maladie.

Que dire encore, si le malade est atteint d'une affection transmissible et qu'il communique son mal à son entourage. Il touchera seul son indemnité de maladie et cette somme sera forcément trop faible pour que toute la maisonnée puisse recevoir les soins du médecin ?

4° Ne serait-il pas, dès lors, à redouter que les hôpitaux ne soient envahis par cette foule de gens, qui auraient intérêt à se faire soigner en commun pour payer moins cher ? L'hôpital, maison de cure, recevant des malades payants (puisque les gratuits indigents seront en petit nombre, grâce à la loi assurance), pourra faire bénéficier ses clients de son arsenal thérapeutique, de ses achats en gros, de sa concentration de l'art de guérir.

Le médecin lui même ne sera-t-il pas tenté d'adresser à l'hôpital tous ses mauvais payeurs, ou ses malades nécessitant des soins assidus ou spéciaux ? C'est l'exode vers l'hôpital, tel qu'il est actuellement pratiqué.

5° Enfin, nous avons le devoir de signaler, dans cette étude, que nous voulons aussi impartiale que complète, la possibilité de la création de sociétés mutuelles ou autres, qui, moyennant une cotisation à forfait, s'arrangeraient pour faire soigner leurs membres par des médecins qu'elles choisiraient. Ne serait-ce pas le renforcement de la lutte actuelle, que le corps médical soutient contre les mutualités, qui payent mal leurs docteurs ?

Le syndicalisme a fait, il est vrai, de grands progrès dans notre profession. Mais ne serait-ce pas la lutte déchaînée d'une partie du corps médical contre l'autre ? Les jeunes médecins sans fortune, ayant le légitime désir de gagner immédiatement leur vie, mal ou plutôt nullement éduqués pour leurs devoirs déontologiques, vu la carence de la faculté de médecine pour ces études spéciales et pourtant bien nécessaires, accepteront vraisemblablement des postes et fonctions dans ces sociétés, se voyant ainsi octroyer, immédiatement un noyau appréciable de clientèle.

Dans notre prochain article, nous étudierons le système du ticket, dit système lyonnais, et enfin nous essayerons de conclure, en indiquant d'après nous, à quel mode de payement devraient aller nos préférences, pour que les malades soient bien soignés, les finances de l'Etat sauvegardées et pour qu'enfin la profession médicale puisse conserver l'indépendance et la dignité qui lui sont indispensables pour remplir complètement son rôle social.

(*A suivre.*)

Dr Paul Boudin.

CHRONIQUE DE LA MUTUALITÉ

I

Récompenses mutualistes

Le Gouvernement qui a tant de lois sur le chantier, qui n'arrive pas à sortir de ce fatras, trouve, malgré tout, le temps de s'occuper de questions d'une importance capitale pour refaire la France et la sauver de la faillite, pour lui faire récupérer sa situation économique : il s'occupe des promotions semestrielles de récompenses de la mutualité dans une circulaire du 1er mars 1921.

D'abord, quelques calinotades. Pour faire un civet de lièvre, il faut avoir un lièvre. Pour avoir droit aux récompenses mutualistes, il faut appartenir aux sociétés régies par la loi du 1er avril 1898 (*sic*).

Il faut être présenté par sa société, par conséquent être bien avec le président et le bureau, et par suite être bien sage. Il faut, paraît-il, avoir fait quelque chose. La simple qualité de partici-

DERNIER DÉLAI

Confrères !

Nous allons clôre la souscription à l'**AGENDA MEMENTO DU PRATICIEN**, son exécution matérielle nous oblige à commencer bientôt notre tirage. Faute de n'avoir pas envoyé leur bulletin à temps, nous ne pourrons satisfaire les retardataires.

Dernier délai : 1er Août 1921

BULLETIN DE SOUSCRIPTION
à l'AGENDA-MEMENTO DU PRATICIEN

(EDITION 1922)

qui sera envoyé vers le 15 décembre 1921.

NOTA. — LA SOUSCRIPTION SERA CLOSE IRRÉVOCABLEMENT LE 1er AOUT 1921.

Le soussigné (nom et prénoms) ....

.... *Abonné au* **Concours Médical** (1)

médecin à.. *dép. de*..............................

*désire recevoir l'***Agenda-Memento du Praticien** *édition* 1922 *et*

(2) 1° *Envoie ci-inclus le montant de sa souscription en un mandat de* **Douze francs**.
2° *Verse le montant au compte de chèques Postaux n°* 167.95 *Paris.*
3° *Demande que le montant de sa souscription soit recouvré par la poste* (13 *fr. frais compris*).

A.., *le*.............................. 1921.

SIGNATURE :

(1) *Pour les non abonnés, le prix de l'***Agenda Memento** *est de* 15 *fr.*
(2) *Biffer la mention qui ne convient pas.*

Adresser les lettres et mandats avant le 1er août 1921, à **M. C. Boulanger**, administrateur du ***Concours Médical***, 132, rue du faubourg Saint-Denis, Paris, 10e arr.

pant, quelle que soit la durée du sociétariat, ne constitue pas en principe un titre à récompense.

Pourtant, au cours de mon existence, j'ai vu récompenser des sociétaires parce qu'ils étaient très vieux, par exemple, parce qu'ils détenaient un des premiers numéros matricules de la société et qu'ils avaient eu la chance de ne pas mourrir.

Il ne pourra être présenté par promotion, sauf en circonstances exceptionnelles résultant du fait de guerre, plus d'un candidat par 250 membres ou fraction de 250 membres pour les sociétés de 100 à 1.000 membres, ce chiffre s'accroissant pour les sociétés de 1.000 membres d'une unité par 500 membres ou fraction de 500 membres, pour la portion de l'effectif excédent 1.000 membres. En ce qui concerne les sociétés de moins de 100 membres, elles ne pourront être l'objet de proposition qu'une fois par an.

Je ne comprends rien à ces mots : « sauf circonstances exceptionnelles résultant du fait de guerre ». Je ne vois pas les rapports de la mutualité et de la guerre. Un poilu aura-t-il le droit à une médaille de la mutualité parce qu'il a fait la guerre, ou a-t-il le droit à la croix de guerre parce qu'il est mutualiste, tout comme certains acteurs ayant fait partie du théâtre aux armées ?

D'autre part, les petites sociétés semblent plus favorisées puisqu'elles peuvent présenter un candidat par an. Ainsi, sur un effectif de 10 membres en tout, les membres peuvent avoir été présentés en quelques années.

Il faut présenter des dossiers, appelés ici notices, en double expédition cela va sans dire, et pour les candidats féminins, le nom sera précédé de la qualification de Madame et Mademoiselle (*sic*) etc.

D'autre part, au chapitre 68 du budget du ministère de l'hygiène 1921 on peut lire : Récompenses honorifiques de la mutualité, 15.000 francs (*Adopté*).

J'ignore comment sont distribuées actuellement les récompenses mutualistes, je crois qu'il n'est pas donné de médailles, car au prix de la vie chère, cet article est hors de prix et peut-être frappé de la taxe de luxe, comme du reste les bottes d'égoutier. Cette dépense incombe donc à l'heureux titulaire de la distinction si méritée.

S'il n'y a que remise de diplôme aux nouveaux décorés, il faut qu'il y ait bougrement d'appelés, car même aux prix du papier et de l'impression, on peut encore faire un certain nombre de diplômes pour le prix de 15.000 francs. Il est loisible aussi pour ce prix d'acheter quelques mètres de rubans surtout qu'actuellement les tissus baissent et l'on peut garnir la grande bobine mutualiste.

Soyez-bien persuadés que c'est la pluie bienfaisante des rubans mutualistes qui incite tous les dirigeants de cette grande panacée sociale, à se cramponner à la loi sur l'assurance maladie obligatoire. Car s'il se forme des groupements autonomes, ouvriers ou patronaux, en dehors de la loi de 1898, plus de récompenses, par conséquent plus de ces ficelles délicieuses rattachant la poire à l'arbre pour l'empêcher de tomber. Mais on inventera peut-être d'autres distinctions honorifiques, car l'espèce humaine a toujours besoin de hochets.

Dr M. VIMONT.

II

Mutualité Familiale du Corps médical Français.

Conseil d'Administration.

28 *juin* 1921.

Présents : MM. MAURAT, *président* ; VIMONT, NOLLET, MIGNON, GASSOT, NOIR, HUGUENIN, DUCHESNE, DE LA ROCHEFORDIÈRE, PAMART et BOUDIN, *secrétaire*.

Le Président annonce au Conseil que les travaux préparatoires à l'inventaire sont terminés et qu'ils ont été remis à M. Fleury dans une réunion à laquelle assistaient le secrétaire général et le trésorier.

M. FLEURY pense pouvoir remettre son rapport dans le courant de septembre.

Le Conseil charge une Commission composée du président, du secrétaire général et du trésorier de prendre connaissance de ce rapport et de préparer les résolutions qui devront être soumises au Conseil.

INDEMNITÉS-MALADIE.

Sur le rapport du secrétaire général, le Conseil alloue les indemnités suivantes à MM. :

25	ARMAND	Savoie	un jour + 2 jours chr.	16 65
31	CALMELS	Aveyron	3 mois	300 »
32	LAURENT	Seine-Inférieure	un mois et 17 jours chr.	156 60
34	PARMENTIER	Var	3 mois	300 »
80	PARDOUX	Paris	3 mois	300 »
81	TREILLE	Creuse	3 mois	300 »
84	GIROD	Haute-Savoie	15 jours	150 »
100	COQUERET	Aube	3 mois	300 »
106	ROGER	Ille-et-Vilaine	3 mois	300 »
			A reporter	2073 25

			Report	2073 25
142	DUCLAUX	Alpes-Maritimes	3 mois	300 »
154	POIRSON	Jura	23 jours + 2 mois et 7 jours chr.	453 30
164	DE GRISSAC	Seine-et-Oise	3 mois	300 »
173	GAUCHERAND	Ardèche	3 mois	300 »
186	COLLINET	Charente-Inférieure	3 mois	300 »
206	PUITG	Pyrénées-Orientales	3 mois	300 »
228	TACHERON	Aube	60 jours	600 »
255	DEMMLER	Oise	3 mois	300 »
260	JACQUOT	Oise	3 mois	300 »
311	ROUVIER	Isère	3 mois	300 »
357	MATHIEU	Paris	3 mois	300 »
379	MARTY	Bouches-du-Rhône	2 mois et 15 jours chr	250 »
390	BOURNHOUET	Eure	35 jours	350 »
417	BENTKOWSKI	Gard	6 mois	600 »
429	SIGUAN	Bouches-du-Rhône	3 mois	300 »
444	PATET	Saône-et-Loire	60 jours + 6 jour chr	620 »
464	AUDOUCET	Marne	30 jours	300 »
490	VINCENT	Alpes-Maritimes	3 mois	300 »
504	DELUCQ	Gers	3 mois	300 »
520	LA BONNARDIÈRE	Var	18 jours	180 »
521	CAILLAUD	Monaco	10 jours	100 »
524	FRAIKIN	Hautes-Pyrénées	23 jours + 1 mois et 22 jours chr.	403 25
590	LAISNÉ	Indre	3 mois	300 »
596	GRANDO	Pyrénées-Orientales	3 mois	300 »
611	MOREL	Savoie	3 mois	300 »
700	REY	Haute-Garonne	3 mois	300 »
709	SABATIER	Bouches-du-Rhône	11 jours	110 »
751	BARDE	Gironde	30 jours	300 »
769	LAUR	Aveyron	15 jours	150 »
770	CAUDRON	Paris	3 mois	300 »
785	DOUVILLE	Seine-Inférieure	26 jours	260 »
805	LERICHE	Alpes-Maritimes	8 jours	80 »
817	TEYSSEYRÉ	Charente-Inférieure	12 jours	120 »
837	BÉCOUR	Nord	3 mois	300 »
839	GIRODOLLE	Corrèze	3 mois	300 »
853	DUBALLEN	Saône-et-Loire	58 jours	580 »
861	LAUGIER	Alpes Maritimes	3 mois	300 »
878	SALLÉ	Somme	3 mois	300 »
893	SOULEYRE	Constantine	3 mois	300 »
900	DUCLOS	Loire-Inférieure	3 mois	300 »
950	MAILLET	Maine-et-Loire	15 jours	150 »
954	PAUMÈS	Haute-Garonne	3 mois	300 »
961	LAPAGE (1/2)	Haute-Garonne	3 mois	150 »
985	FLU	Maine-et-Loire	2 mois et 2 jours chr	206 60
1041	MILLET	Ain	2 mois et 6 jours chr	220 »
1056	ETIENNE	Loire	60 jours + 1 mois et 14 jours chr.	746 60
1243	BATTAREL	Oran	60 jours + 29 jours chr	696 60
1259	RILHAC	Aube	3 mois	300 »
1272	MOLINÉRY	Haute-Garonne	2 mois	200 »
1363	BERNARD	Maine-et-Loire	3 mois	300 »
1383	DUROZOY	Seine-et-Oise	46 jours	460 »
1408	GRANDOU	Eure	3 mois	300 »
1511	LANDRON	Maine-et-Loire	24 jours + 1 mois et 26 jours chr.	426 60
1520	POULIQUEN	Finistère	30 jours	300 »
1565	DELON	Gard	60 jours + 22 jours chr	673 25
1573	LECOUILLARD	Manche	un mois et 6 jours chr	120 »
1606	FAUCONNEAU	Cher	37 jours	370 »
			A reporter	20.399 45

		Report	20.399 45
1680 HERMITTE	Isère	18 jours	180 »
1717 DESANTI	Bouches-du-Rhône	5 jours	50 »
1756 Mme MOSNIER	Gard	3 mois	300 »
1765 LANCET	Pas-de-Calais	8 jours	80 »
1820 PRIOUZEAU	Maine-et-Loire	31 jours + 5 jours chr.	326 65
1827 MEVEL	Finistère	38 jours	380 »
1868 GRELICHE	Puy-de-Dôme	un mois et 15 jours chr.	150 »
1881 DUMONT	Seine	19 jours	190 »
1908 TRIQUENAUX	Nord	9 jours	90 »
		Total	22.146 10

PENSIONS AUX VEUVES

Le Conseil alloue 150 fr. à Mme Veuve Lepage, ; 150 fr. à Mme Vve Beauxis-Lagrave et 60 fr. à Mme Vve Valot, pour leur pension du 2e trimestre 1921.

Ces sommes leur seront délivrées sur la présentation d'un certificat de vie au 30 juin.

RATIFICATION D'ADMISSIONS.

Le Conseil prononce l'admission définitive.

A la combinaison MAD de MM. Weill (admis provisoirement le 1er février), Perret, Collignon, Fonteneau, Gaudefroy, Coste, Carel, Menier, Bouchet (admis provisoirement le 31 mars) ;

A la combinaison 1/2 MAD de MM. Malouvier, Lachèze, Viard, Delmas, Poirel, Casenave, Perret, Verne, Vigouroux, Arnoux, Boulade, Périgois, Sauvet (admis provisoirement le 1er février) ; Bourrud, Lefèvre, Damey, Couput, Julin, Gaudelet (admis provisoirement le 31 mars).

ADMISSIONS.

Sur le rapport du secrétaire général, le Conseil prononce les admissions suivantes :

Combinaison MA :

M. le Dr Vauzelles, d'Aigre (Charente).

Combinaison P :

MM. les docteurs :
Vauzelles, d'Aigre (Charente).
Etchepare, d'Aldudes (Basses-Pyrénées).

Combinaison R :

M. le Dr Coronat, de Lauzerte (Tarn-et-Garonne).

Combinaison V :

M. le Dr Hernette, de Saint-Martin-de-Ré (Ch.-Inf.).

ADMISSIONS PROVISOIRES.

Combinaison MAD :

MM. les Docteurs :
Bouquet, de Tunis.
Coronat, de Lauzerte, (Tarn-et-Garonne).
Coirint, de Kedange (Moselle).
Etchepare, d'Aldudes (Basses-Pyrénées).
Hernette, de Saint-Martin-de-Ré (Char.-Infér.).
Forestier, de Langogne (Lozère).
Soulagne, de Bizanet (Aude).
Laugier, de Saint-Césaire (Alpes-Maritimes).

Combinaison 1/2 MAD :

MM. les Docteurs :
Vitet, de Doudeville (Seine-Inférieure).
Satre, de Grenoble.
Lafourcade, de Beaune.
Collet, de Montfort-sur-le-Meu (Ille-et-Vilaine).
Trifaud, de Montpont-sur-l'Isle (Dordogne).
Decousser, d'Hénin-Liétard (Pas-de-Calais).
Loques, d'Orange (Vaucluse).
Olivier, de Blois.

Les admissions définitives seront prononcées dans la séance de fin septembre.

Le Conseil croit devoir rappeler aux membres de la combinaison MA que, sauf décision contraire prise sur l'avis de M. Fleury, actuaire ils n'ont plus que jusqu'à la fin de l'année pour entrer à la combinaison 1/2 MAD : au 1er janvier 1922 celle-ci sera définitivement fermée.

Le Conseil expédie les affaires courantes et étudie les moyens les plus propres à mettre les sociétaires au courant de la marche de la Société.

L'ordre du jour étant épuisé, la séance est levée.

Le secrétaire, P. BOUDIN. *Le Président,* A. MAURAT.

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations.

— **Faculté de médecine de Paris.** *Cours de 20 jours sur le diagnostic et traitement pratiques de la tuberculose médico-chirurgicale.*

Trente-huit leçons théoriques et pratiques sur la tuberculose des ganglions, des os, des articulations, du péritoine, des poumons, du tube digestif, du système nerveux, de la peau et de l'appareil urinaire, par les professeurs Auguste Broca et Louis Rénon, du 21 novembre au 11 décembre 1921, à l'hôpital des Enfants-Malades et à l'hôpital Necker.

Les leçons pratiques auront lieu tous les matins à 9 heures et les leçons théoriques tous les soirs de 16 heures à 18 h. 1/2.

La partie chirurgicale sera traitée par le Pr Auguste Broca et la partie médicale par le Pr Louis Rénon avec l'aide de MM. Géraudel, Guinard, Jacquelin, Küss, Louste, Mignot, Monier-Vinard, Petit, Thibaut, Tixier et Verliac.

Le prix d'inscription pour ce cours est de 150 francs.

Un programme détaillé des sujets traités sera publié au début du mois d'octobre prochain.

— Les voyages d'études aux Stations hydrominérales et climatiques, créés par le Dr Carron de la Carrière, et qui ont été dirigés pendant 14 ans par le regretté Doyen Landouzy, vont reprendre cette année sous la direction scientifique du professeur Carnot, professeur de thérapeutique à la Faculté de médecine de Paris, dans le but de faire connaître aux médecins français et étrangers nos belles stations de cure.

Le 15e V.E.M. aura lieu aux Stations du Centre de la France, du 4 au 15 septembre 1921. Grâce aux subventions déjà accordées par l'Office National du Tourisme, la municipalité et la Cie Fermière de Vichy, la Fédération Thermale d'Auvergne, etc., le prix du voyage qui serait d'environ 750 francs, a pu déjà être ramené à 500 francs. Si des subventions nouvelles le permettent, il sera encore ramené à un prix inférieur, auquel cas la différence sera restituée aux participants. Il est fait appel aux divers groupements pour la création de bourses et de demi-bourses en faveur d'étudiants des diverses Facultés et Écoles de Médecine. Le prix de 500 francs comprend la totalité des frais du point de concentration, Pougues-les-Eaux, au point de dislocation, La Motte-Beuvron ; Voyage en chemin de fer 1re classe, auto-cars, hôtels, repas, pourboires, etc. Une réduction de 50 % est accordée sur les chemins de fer du lieu de résidence (ou de la gare frontière) au lieu de concentration (Pougues), et du lieu de dislocation (La Motte-Beuvron) au lieu de résidence (ou à la gare frontière).

Seuls les médecins et étudiants peuvent participer à ce voyage ; ils peuvent être accompagnés de leur femme ou d'une de leurs filles, jusqu'à concurrence du quart, par ordre d'inscription.

Renseignements : Dr M. Gerst, trésorier du V.E.M., 94, boulevard Flandrin, Paris 16e.

ITINÉRAIRE DU 15e V. E. M.

1er jour (4 septembre) : Concentration à Pougues-les-Eaux. — Déjeuner, Conférence, Visite, Dîner, Coucher.

2e jour : Départ à 6 heures, par train spécial, pour Saint-Honoré. — Conférence, Visite, Déjeuner. Bourbon Lancy. — Conférence, Visite, Dîner, Coucher.

3e jour : Bourbon-l'Archambault. — Conférence, Visite, Déjeuner. Arrivée à Vichy 16 h. 40. — Conférence, Dîner, Coucher.

4e jour : Vichy. — Visite des Sources, de l'Établissement Thermal, de l'Embouteillage, etc. Déjeuner. Excursion en auto-cars à Saint-Yorre et Sail-les-Bains. Dîner et coucher à Vichy.

5e jour : Départ à 6 h. 15 pour Châtel-Guyon. — Conférence, Visite, Déjeuner. — Arrivée à Royat à 18 h. 30. Dîner, Coucher.

6e jour : Royat. — Conférence, Visite, Déjeuner. Ascension du Puy-de-Dôme. Visite de « La Terrasse » à Chamalières, et du sanatorium de Durtol. — Dîner, Coucher à Royat.

7e et 8e jours : Circuit en auto-car aux sites climatiques des Monts d'Auvergne : Saint-Nectaire (Visite, Conférence, Déjeuner). Besse, Puy-Mary, Le Lioran, Vic-sur-Cère, Salers, Murols Lac Pavin, Chambon. Déjeuner, Dîner et Coucher en cours de route. — Retour le 11 septembre pour dîner et coucher au Mont-Dore.

9e jour : Le Mont-Dore. — Ascension du Puy de Sancy. Déjeuner, Conférence, Visite. Promenade au plateau du Capucin. Dîner, coucher.

10e jour : La Bourboule. — Conférence, Visite, Déjeuner. — Plateau du Charlannes. Dîner, Coucher.

11e jour : Évaux. — Conférence, Visite, Déjeuner. — Néris, Visite, Dîner, Coucher.

12e jour (15 septembre) : la Motte-Beuvron. — Déjeuner, Visite du Sanatorium. Dislocation dans l'après-midi. — Retour à Paris vers 19 heures.

Correspondance et cotisation : Dr M. Gerst, 94, boulevard Flandrin, Paris (16e).

— **Concours de médecin des hôpitaux de Paris.** — **Le dernier concours s'est terminé par la nomination de MM. les Drs** Gougerot, Milhit, **Troisier.**

Le Directeur-Gérant : **Dr GASSOT.**

Clermont (Oise). — Imprimerie DAIX et THIRON.
THIRON et FRANJOU Successeurs.
Maison spéciale pour publications périodiques médicales

AVIS

—

Stations thermales
Stations d'altitude.

Nos lecteurs qui désirent voir leur nom figurer dans les listes que nous publions actuellement sont priés de nous en informer

—

Envois de fonds.

Pour l'envoi des abonnements et des cotisations aux filiales, nous rappelons que le moyen le plus pratique et le plus économique est le versement au compte de chèques postaux dont voici les nᵒˢ :

Concours Médical, Paris, **67-95.**

Sou Médical, Paris **182-31.**

Mutualite Familiale Paris, **182-32.**

Caisse des pensions de retraites du Corps médical français. Paris, **271-46.**

avis qui paraîtront au *Journal Officiel*. En attendant si M. le Dr Decourt pouvait me donner ce renseignement, j'en serai très heureux. Je profite de cette occasion pour lui dire la reconnaissance d'un des nombreux médecins qui bénéficient de son travail et de son activité, et qui ne le savent peut-être pas assez.

Dr M.

Réponse.

Nous avons discuté lors des « Avis », à la sous-commission, le cas de « l'ablation d'un ongle ». Il a été finalement décidé : 1° que l'ablation d'un ongle *semi-détaché* resterait compris dans le prix de la visite ou consultation. 2° que l'ablation d'un ongle non semi-détaché n'était pas à noter dans un tarif d'accidents du travail, car c'est là le cas d'un ongle incarné qui ne rentre pas dans les dits accidents.

Nota. — Je serais heureux de recevoir à ce sujet des exemples d'accidents du travail avec ongles non semi-détachés dont l'ablation se serait imposée. Ce seraient là des *observations* qui, si elles étaient cliniquement complètes, pourraient me servir à l'occasion.

F. DECOURT.

***

Je me permets de vous signaler que la Cie la P. à qui j'avais adressé plusieurs mémoires pour soins à des accidentés du travail me retourne l'un d'eux pour approuver un désaccord : la Cie, se basant sur l'art. 13, refuse le cumul d'une visite (la première) et du certificat initial descriptif. Pour tous les autres mémoires rédigés de la même façon, le même jour, elle ne me fait pas de difficultés !

Voudriez-vous avoir l'obligeance de me dire dans quel cas est la vérité. Doit-on ou non compter le prix du certificat initial en plus de la première visite ou consultation ?

Dr K.

Réponse.

Il n'y a aucune raison pour l'Assurance de refuser de payer la visite plus le certificat initial. Il doit y avoir là une erreur matérielle d'un employé de la P.

F. DECOURT.

***

Que dois-je prendre à un assuré, victime d'un accident ayant occasionné une brûlure du 2e degré nécessitant grand pansement des deux mains et des deux poignets face antérieure et postérieure auquel j'ai délivré deux certificats et fait 11 pansements (c'est-à-dire du 22 janvier au 19 février 1921). Deuxième ouvrier en octobre 1920, 3 certificats, 5 visites, une radioscopie du poignet.

Dr G.

Réponse.

a) La brûlure de main et poignet comprend un seul *segment* de membre (voir « Avis » de la Commission dans le *Concours Médical* du 24 sur les segments de membre). Mais cependant la *surface* de la brûlure est plus grande que pour la main seule. Donc ce n'est pas 15 francs, mais davantage ce me semble. D'autre part, il y a *deux* brulures différentes puisqu'il s'agit des deux mains. Donc dans votre cas, la surface *totale* des deux brûlures peut, loyalement, correspondre *par analogie de surface* (voir « Avis » sur les brûlures *ibidem*) à un membre entier.

Vous me paraissez donc en droit de réclamer en bloc 50 *francs par séance*. Ce prix s'entend, du moins, pour les pansements des premiers jours. Les prix diminuent ensuite, d'après un autre « Avis » disant : « Au fur et à mesure que la plaie diminue, il va de soi que la brûlure passe de la catégorie « grande brûlure » à celle de « moyenne », puis de « petite brûlure », suivant la surface à laquelle elle devient *comparable*, au fur et à mesure des progrès de la cicatrisation ».

b) Quant aux certificats, vous comptez le certificat initial à 5 francs (ou à 10 francs s'il est descriptif). Le second n'est payable que s'il est descriptif et *demandé* par le patron ou l'assureur (Art. 29).

c) Radiographie du poignet 40 francs (art. 26) La radioscopie n'est pas indiquée pour le poignet dans le tarif. A son défaut, vous pouvez compter le prix d'une radiographie simple.

F. Decourt.

***

Je ne me rappelle pas avoir vu dans vos réponses au sujet du tarif Breton le cas suivant :

Un blessé vient chez moi et je constate une fracture du péroné au 1/3 inférieur avec gros œdème. Je ne trouve rien au tibia. Je réduis, fais un pansement.

Quatre jours après, je vais au domicile du client et je fais un appareil plâtré.

Ne dois-je compter que 7 fr. pour la consultation et le premier pansement, puis 18 fr. 75 pour la visite et l'appareil plâtré C'est plutôt maigre !!

Dr L.

Réponse.

En somme, vous avez fait, en deux temps : « Réduction et contention d'une fracture du péroné » ce qui est coté en bloc, 25 francs, en première catégorie, à l'art. 18. Vous comptez donc : le 1er jour, une consultation ; le 2e jour, la réduction et contention.

D'ailleurs, je ne vois pas comment on peut

réduire, sans contention consécutive immédiate, en vue du maintien même de la réduction effectuée.

F. DECOURT.

***

Un ouvrier s'enfonce un éclat de bois dans le gros orteil droit, je dois débrider et travailler près de 1/2 heure pour enlever cette écharde, quel prix dois-je demander à la Cie d'assurances ?

Dr C.

Réponse.

Vous devez compter.

Extraction de corps étrangers superficiels = 20 francs en première catégorie. (voir « Avis » de la commission).

F. DECOURT.

Pauvres médecins !

J'ai lu avec la plus grande satisfaction votre article : Pauvres médecins ! et la défense de l'honneur médical que vous présentez. Nous devons être comme la femme de César !!!

Tous ceux d'entre nous qui, pendant la guerre, ont assisté aux conseils de réforme ont été édifiés.

Le *Concours* a publié il y a quelques mois une anecdote de moi entre des centaines sur le *modus faciendi* de la commission de M.

Et puisque vous rappelez le mémoire de notre excellent confrère, hélas ! disparu, Tourtourat, qui fut mon ami, au cours de mes études, voulez-vous me permettre de vous raconter encore une petite histoire au sujet de la commission de réforme d'A. qui, comme embusquages et réformes fantaisistes, n'avait rien à envier à la commission de M., je le pense.

Très occupé par mes fonctions militaires à A., je ne fus qu'une fois désigné pour assister la commission de réforme. Ce jour-là, j'avais pour collègue devant la dite commission le Dr C. plus ancien que moi. C., un caractère *honnête, droit, tout d'une pièce*, me dit avant le début de nos examens : « Je suis très embêté, le Préfet veut que je réforme un certain G. et il n'a rien... Je n'aime pas faire ce métier-là ». Je connaissais le protégé du Préfet.. mais nous n'eûmes pas à l'examiner. L'opération terminée, C. me dit : « Avez-vous vu le protégé du Préfet ? Comment se fait-il que je n'aie pas eu à l'examiner ? Et vous ? — «Nous n'avons eu à l'examiner ni l'un ni l'autre, lui répondis-je, la commission n'ayant sans doute pas confiance en nous, ce qui est tout à notre honneur, a réformé G. sans que nous l'ayons examiné».

J'ai vu, de mes yeux vu, cette énormité, une réforme sans examen médical.

Si cette histoire a son intérêt, faites-en ce que vous voudrez. Je n'ai pas de croix à espérer !!

Dr B.

La garantie du Sou Médical.

Il y a quelques semaines, vous avez répondu que lorsqu'un médecin était à la fois membre du « Sou médical » et assuré à une compagnie d'assurances, la garantie contre la responsabilité civile était déterminée par l'ordre et la date des contrats : par exemple, pour un membre du « Sou » adhérent depuis cinq années et garanti pour 2000 fr., puis assuré à une compagnie pour 10.000 fr., puis garant depuis 1920 par le « Sou » jusqu'à concurrence de 10.000 fr. — si une condamnation à 20.000 fr. des dommages intervenait — le « Sou » garantissait d'abord 2000, puis la compagnie 10.000, puis le « Sou pour les 8000 fr. restants.

Mais si la compagnie d'assurances, par un avenant, modifie ses conditions primitives ? Si elle déclare qu'en considération de la garantie du « Sou » jusqu'à 10,000, ou bien elle diminue sa prime pour la même assurance complémentaire, ou bien pour la même prime, elle porte par exemple la garantie à 30.000 fr., qu'adviendra-t-il alors ?

Je vous serais reconnaissant de vouloir bien répondre à cette question par la voie du journal.

Dr J.

Réponse.

La réponse du « Sou médical » est toujours la même : c'est l'ordre et la date des contrats qui règle la question.

Mais, dans le cas où un avenant modifie les conditions de l'assurance primitive, il y a en réalité un contrat nouveau à la date où cet avenant est signé : par conséquent la responsabilité du « Sou médical » passe avant la responsabilité de la Compagnie modifiée par l'avenant. En prenant votre exemple d'un médecin membre du « Sou » depuis 1916, puis assuré à une compagni. en 1919 par un contrat qui serait par exemple modifié en 1921, la garantie de 10.000 fr. du « Sou » jouerait la première et la garantie de la Compagnie d'assurances ne viendrait qu'après.

D'ailleurs, pour éviter les difficultés, le Conseil du « Sou médical » a décidé que les bulletins d'adhésion au « Sou médical » porteraient à l'avenir ces questions :

Etes-vous assuré à une compagnie d'assurances contre la responsabilité civile ?

A quelle compagnie et pour combien ?

A. G.

L'échange des enfants entre familles médicales amies et alliées.

J'ai lu dans un journal médical, il y a quelque temps (mais à l'époque la question ne m'intéressait pas et je n'y ai pas pris garde), qu'un de nos confrères centralisait les demandes d'échanges de jeunes gens

et jeunes filles de confrères anglais et français, échanges au pair, afin de permettre à nos enfants de se perfectionner dans la langue anglaise et réciproquement.

Je m'adresse à vous, dont je connais l'inépuisable complaisance, pour avoir un renseignement de ce genre, et vous en remercie beaucoup à l'avance.

Dr B.

Réponse.

Nous vous engageons à vous adresser au secrétariat de l'A. D. R. M. à la Faculté de Médecine de Paris.

C'est cet organisme qui s'occupe de l'échange des enfants entre la France et les pays alliés et amis.

Il pourra vous renseigner utilement pensons-nous.

NOTES DE MÉDECINE PRATIQUE

Traitement de la chorée de Sydenham.

Ne pas s'alarmer, mais, néanmoins, ne pas traiter cette maladie à la légère.

Entourer l'enfant d'un *calme parfait.*

Jamais d'impatience, moins encore de colère, non seulement à son égard, mais aussi, en sa présence, parmi les personnes de son entourage.

Éviter les jeux difficiles, par exemple les *jeux de construction* que l'enfant ne saurait mener à terme.

Tendre, par des *exercices gradués,* à faire la rééducation motrice et fonctionnelle du petit malade.

Varier beaucoup les jeux et les distractions.

Alimentation simple, lacto-végétarienne, *abondante.*

Quelques cuillerées de jus de viande de cheval.

Aération continue. Séjour à la campagne, si possible.

Matin et soir, grands *bains de tilleul,* de 25 à 40 minutes et de 33° à 35° ; les remplacer, en cas de nécessité, par l'usage du drap mouillé.

Gymnastique. Suite de mouvements rythmés, *en musique* de préférence.

Electricité : bains statiques quotidiens.

Médication.

Hypnal	10 gr.
Sirop de grenadine	300 gr.

3 cuillerées à potage par 24 heures ; repos complet après l'ingestion.

Ne pas supprimer le médicament quand se manifeste une amélioration ; le continuer environ

pendant trois semaines, à doses progressivement décroissantes.

Lavement quotidien de :

Cacodylate de soude	5 centigr.
Bromure d'ammonium	2 gr.
Jaune d'œuf...............	N° 1
Lait écrémé...............	150 gr.

Administré le matin, après un lavement évacuateur de 300 grammes d'eau de tilleul à 40°.

Injection journalière (sous-cutanée) de :

Chlorhydrate d'hyoscine, un demi-milligramme. Pour 1 ampoule d'un cmc.

Un granule à chaque repas de :

Bromhydrate de cicutine. Un milligramme, n° 20.

Cure thermale à Néris.

Dr A. Satre
(de Grenoble).

ANTHOLOGIE MÉDICALE

Sonnets Hippocratiques.

VIII. Le Tobib.

De son modeste seuil engageant est l'accès ;
Et l'on aime s'asseoir dans sa calme officine,
Où, dans des coins poudreux, la sangsue avoisine
Les cérats odorants et l'exquis alermès,

Il a lu Ben-Sina, Ben-Abbas et Razès
Et connaît les secrets de l'humaine machine.
Il sait tâter un pouls, définir une urine
Et, très habilement, débrider un abcès.

Sa barbe est vénérable et sa tenue austère.
De sa philanthropie il ne fait nul mystère :
Non moins bien que le riche il soigne l'indigent.

Malgré sa bourse plate et les présents trop rares
(Les pauvres sont nombreux , les riches sont avares),
Son maintien reste digne et son cœur indulgent.

Dr Émile Junks, Sfax (Tunisie).

QUARANTE-TROISIÈME ANNÉE — N° 32 — DIMANCHE 7 AOUT 1921

Fondé en 1879 par Auguste CÉZILLY
Rédigé et dirigé par H. JEANNE (1900-1914).

LE CONCOURS MÉDICAL

ORGANE HEBDOMADAIRE DES PRATICIENS
Groupés dans la Société « Le CONCOURS MÉDICAL » et ses Filiales

ADMINISTRATION & PUBLICITÉ

C. BOULANGER, ADMINISTRATEUR

ABONNEMENTS :

France	24 fr.
Etranger	28 »
Etudiants (France)	12 »
Le numéro	50 cent.

Chèques Postaux Paris 167-95

DIRECTION

MM. les Drs A. GASSOT, *Directeur* ; A. MAURAT ; H. CEZILLY ; J. NOIR ; P. BOUDIN docteur en droit ; M. VIMONT ; G. DUCHESNE.

MM. P. CEZILLY, J. DUMESNY, licenciés en droit ; C. BOULANGER.

RÉDACTION

Dr J. NOIR, RÉDACTEUR EN CHEF

Drs P. LACROIX et G. DUCHESNE, SECRÉTAIRES DE LA RÉDACTION

N.-B. — Les manuscrits publiés ou non, ne sont pas rendus.

Rédaction et Administration : 132, rue du Faubourg St-Denis, PARIS (10e). Téléphone : Nord 48-17

Quarante-troisième année. N° 32 7 Août 1921.

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

Office de Renseignements du « Concours »

Membres du Concours exerçant dans les stations d'altitude.

NOTA. — Nous rappelons à nos abonnés qu'il est nécessaire de nous informer chaque année de leur désir de voir figurer leur nom sur ces listes.

MM. les docteurs :

Besse (P.-de-D.) Caffeau.
Jougne (Doubs). Charlin.
Maîche (Doubs). J. Chatelain.
Rousses (les). Moreau.

Membres du Concours exerçant dans les stations balnéaires.

MM. les docteurs :

Banyuls-sur-Mer. E. Panis.
Cancale. Bazin.
Cassis-sur-Mer. Agostini, Buges.
Chatelaillon. Barraud.
Douarnenez. Damey.
Paramé. Ronsin.
Roscoff. Stéphan.
Royan. Sarazin.
Quiberon. A. Grias.
St-Quay-Portrieux. Christian. Le Lionnais.
Sables-d'Olonne. Pelletier.

DON. — Nous avons reçu à titre de don à la Société du « Sou médical », de M. le Dr Fabre, de Verneuil-sur-Avre (Eure), la somme de cinq francs, pour bons offices de cette Société.

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum, aux* « demandes et offres ».

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne, qui est versé dans la caisse de la Société civile du Concours Médical). *Adresser un mandat ou mieux verser au compte de chèques postaux*, Concours Médical, *Paris 167-95.*

Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse.**

N° 382. — Ouest. Très bon poste avec fixes à céder pour cause maladie. Longue présentation si nécessaire 15.000 comptant. Achat auto et quelques meubles à volonté.

N° 383. — A vendre de suite : 1° Torpédo de Dion 1921, neuve sortant d'usine, type IC, 9 HP, 4 cyl., 3 places. Ecl., dem., électr. ; 2° torpédo 2 pl. Sigma fin 1916, 8 HP, 4 cyl., état neuf, moteur Chapuis-Darnier-Solex-Boch. Dr Vicq, à Longjumeau (Seine-et-Oise).

N° 384. — Jeune confrère, 2 ans assistance chirurgicale, gynécologie, voies urinaires, cherche situation, Paris de préférence, pour octobre.

N° 385. — Proxim. Genève, Ch.-l. cant. Haute-Savoie, région plaine. Seul méd. Bons tarifs. Maison agréable, électricité. Tout comptant, pas de perte 20.000 fr. touchés 1920. Grosse augment. av. auto, 7.000 fr. comptant.

N° 386. — A céder dans jolie sous-préfecture du Centre poste de 1/2 repos pour O.R.L. 20.000 fr. touchés la 1re année, susceptibles d'augmentation. Pays de chasse et de pêche. Légère indemnité.

N° 387. — Dame de docteur cherche situation.

N° 388. — Centre ouest. A céder grosse clientèle de médec. proph., seul médecin, pas de sage-femme, six communes à desservir. Conv. à célib. en raison du logt. 30 à 35.000 fr. Cond. à débattre.

N° 389. — Bourgogne, chef-lieu de canton, 7 communes. Rayon 10 k. Tous services administratifs. Chemin de fer. On tient la pharmacie 18 à 20.000 fr.

N° 390. — A vendre torpedo Chenard et Walker 15 HP, 6 places face toute, dém. et écl. élect., 5 roues Raff.

CORRESPONDANCE

A la suite de l'analyse que nous avons donnée le 10 *juillet dernier d'un article du Dr Dufour, le Dr Sabathé nous adresse une note analogue qu'il a publiée en* 1905, *et qui établit que,* 27 *ans auparavant, il a eu la même idée que celui-là.*

De l'emploi du sérum antidiphtérique en applications locales,

Par M. SABATHÉ (de Tours (1).

Depuis qu'il en est question, je lis avec intérêt les travaux de M. Martin, chef de Laboratoire à l'Institut Pasteur, sur l'action locale du sérum antidiphtérique.

L'observation du professeur Dopter, dans la *Gazette des Hôpitaux* du 4 avril dernier, est aussi très instructive. Il y est dit que M. Martin a fait connaître ses essais à la Société de biologie, le 16 *mai* 1903.

Je crois que M. Martin a eu raison de persévérer dans cette voie.

Moi-même, *dès* 1894, avais pensé que dans certains cas, alors que l'entourage s'opposait à l'injection sous-cutanée, il serait peut-être utile d'employer le sérum, *en applications locales dans la gorge.*

Après quelques essais, j'écrivis au Dr Roux pour lui donner mon idée et lui signaler les heureux résultats de cette méthode. J'ajoutais que j'avais aussi employé son sérum : en POTIONS, en gargarismes et en lavements.

Je reçus de lui cette lettre.

INSTITUT PASTEUR
25, rue Dutot. Paris, 24 novembre 1894,

Mon cher Confrère,

Le sérum antidiphtérique pris en potion ne produira aucun résultat ; en lavement, il n'agira que d'une façon insignifiante. C'est en injection sous-cutanée qu'il faut le donner, et le plus tôt possible.

La bêtise humaine est invincible et vous lutterez souvent en vain, mais luttez quand même.

Votre bien dévoué,

Dr ROUX.

Le lendemain, nouvelle lettre que voici :

25 novembre 1894.

Mon cher Confrère,

Vous me tirerez pas grand profit de collutoires préparés avec du sérum antidiphtérique. Cela sera mieux que rien, mais bien peu efficace.

(1) *Gaz. méd. du Centre*, 15 avril 1905.

Pour prévenir l'intoxication diphtérique, il faut injecter sous la peau.
Bien à vous,

Dr Roux.

J'avoue que la lecture de ces lettres ne fut pas sans me donner quelque hésitation, et pour m'engager à continuer, il ne fallut pas moins que les bons effets que j'obtenais. Je persévérai donc en me disant que depuis longtemps Pasteur lui-même avait écrit « qu'un fait bien observé valait toutes les théories ».

Plus tard, apprenant que M. Martin faisait ses pastilles, je songeai mélancoliquement aux vers du poète :

Sic vos non vobis, mellificatis apes ;
Sic vos non vobis, nidificatis aves, etc...

Aujourd'hui, lisant la communication du professeur Dopter, sur les travaux de M. Martin, je suis heureux que mon idée ait depuis lors suivi son chemin, et constate que les élèves de Pasteur ne sont pas entêtés, qu'ils ont su s'incliner devant le *fait*. Mais ils ont oublié, en 1905, le modeste praticien de province qui, en 1894, avait eu le premier l'idée d'employer le sérum localement.

Délivrance de certificat.

Un domestique de ferme est victime d'un accident (chute du haut d'un véhicule en chargeant du foin) accident agricole soumis au tarif commun. Ce blessé est guéri, peut reprendre son travail, mais à longue échéance peuvent apparaître des lésions ayant pour cause l'accident.

Bien qu'il s'agisse d'un accident agricole, suis-je tenu d'établir le certificat initial et *surtout le certificat de consolidation de la blessure* en raison des réserves à faire sur le pronostic, même éloigné, de cet accident ? J'ai établi un certificat de déclararations pour aviser la Compagnie de la cessation de travail du blessé et j'y ai formulé ces réserves lorsque je l'ai rédigé.

Dr D.

Réponse.

Sous l'empire du droit commun, vous ne devez délivrer de certificat que si votre malade vous en demande un.

Néanmoins, comme le malade ignore ses droits et le résultat éloigné de son accident, il vaut mieux que vous lui délivriez un certificat détaillé, qui pourra lui servir plus tard, à toutes fins utiles, bien qu'il ne puisse pas avoir de recours contre son patron.

La compagnie d'assurance, qui garantit le patron, peut vous demander toutes justifications utiles, pour qu'elle puisse régler l'accident. A vous de voir si vous devez vous retrancher derrière le secret professionnel, ou si, considérant l'intérêt de votre malade, vous délivrerez à ce dernier tout certificat utile, libre au blessé de le remettre ou non à son patron, ou à l'assurance.

Etablissement de la patente.

Au moment de mon installation à Paris, ne trouvant pas d'appartement, j'ai loué une boutique de rez-de-chaussée que j'ai transformée en cabinet médical-clinique. Je travaille là avec un de nos confrères qui, comme moi, ne possède pas de cabinet médical; nous avons tous deux comme appartement une chambre meublée dans un autre quartier.

Or, nous payons 4.000 fr. de loyer, et le service des contributions directes nous réclame une imposition locale de 824 fr. que je trouve exagérée, étant donné, me semble-t-il, que mon installation est un cabinet médical, et non un commerce. Je suppose que je ne devrais payer cet impôt que dans les mêmes conditions faites aux confrères exerçant chez eux.

Mon installation se compose d'un cabinet de consultation, d'un salon, d'une salle de pansement et d'un petit laboratoire.

Dr J.

Réponse.

La patente porte sur les locaux occupés par le médecin, quels qu'ils soient : locaux d'habitation, locaux professionnels, remises, écuries, etc.

C'est ainsi qu'un médecin, qui a une nombreuse famille, doit payer sa patente sur l'ensemble de son loyer, alors que s'il était garçon, ou sans enfant, il aurait besoin d'un appartement moins grand et paierait par conséquent une patente moins forte.

De même, un médecin qui habite avec ses parents, doit faire la preuve que l'habitation de ces derniers est bien distincte de ses locaux professionnels.

A Paris, la patente est du quinzième de la valeur locative, jusqu'à 4000 frs de loyer et du douzième, au-dessus. Il faut ensuite compter avec les centimes additionnels.

Aussi, à première vue, alors que vous ne nous avez pas soumis votre feuille d'imposition, craignons-nous que votre réclamation ne soit pas fondée.

L'exercice de la médecine avant la soutenance de la thèse.

Vous serez bien aimable, possédant sans doute toute la législation médicale, de me dire si j'ai le droit d'exercer durant 1 an, ayant passé mes 2 cliniques et n'ayant plus que ma thèse à soutenir. J'ai vu ce délai de 1 an dans un livre de médecine légale, mais ne puis actuellement le retrouver.

P.

Réponse.

L'article 1 de la loi du 30 novembre 1892 sur l'exercice de la médecine oblige quiconque veut exercer notre art, à avoir le diplôme de docteur.

L'article 6 prévoit néanmoins que les étudiants dont la scolarité est terminée peuvent remplacer

les médecins, mais après en avoir reçu l'autorisation du préfet du département. Cette autorisation est valable pour trois mois seulement.

Préparez vite votre thèse, pour la soutenir prochainement, afin de régulariser votre situation dès la réouverture de la Faculté.

Où se procurer le projet de loi assurance-maladie ?

Prière de vouloir bien me faire savoir où je pourrais me procurer le projet de loi « Daniel Vincent » dans le texte complet.

Je ne l'ai pas trouvé exposé au complet dans le *Concours*.

Réponse.

Le projet de loi sur les assurances maladie, invalidité et vieillesse a paru au *Journal officiel*, en annexe à la séance du 22 mars 1921.

J'ai publié, dans le *Concours* 1921, page 1767, n° 25, les passages du projet de loi et de l'exposé des motifs qui concernent les médecins. Nous n'aurions pas pu publier le projet entier, car il est considérable.

Pour en avoir un exemplaire, vous pourriez vous adresser au *Journal officiel*, 31 quai Voltaire, et demander un tirage à part de l'annexe n° 2369, au prix, m'a-t-on dit, de 80 centimes.

Admissions des blessés du travail dans une clinique privée.

Je serais heureux d'avoir le renseignement suivant.

Un blessé accidenté du travail peut-il être soigné dans une clinique privée ?

En ce cas, que doit la Compagnie ? Seulement le prix de journée (le fameux tout compris) ou bien les honoraires seulement ?

Je vous serais reconnaissant de me donner ce renseignement pour solutionner un différend que j'ai avec la Cie la P.

Dr P.

Réponse.

La jurisprudence a jusqu'ici décidé qu'un blessé du travail, admis dans une clinique privée, n'était pas hospitalisé et que, par suite, les frais médicaux doivent être payés en sus du prix de journée.

Mais la cour de Cassation va être appelée à se prononcer bientôt, sur une espèce qui lui est soumise.

Veuillez nous envoyer tous renseignements utiles sur votre différend, pour que nous puissions vous conseiller.

(*Voir la suite page XXXI-237*)


René Vincent

PROPOS DU JOUR

L'importance trop méconnue des intoxications alimentaires. A propos de l'enquête de l'Académie de Médecine sur l'encéphalite léthargique et le hoquet épidémique. L'opinion d'un praticien de province. Ne seraient-ce pas des affections pellagreuses ou analogues à la pellagre ?

Le *Propos du jour* du 24 juillet, que nous avons consacré à la tentative d'enquête de l'Académie de médecine sur l'encéphalite léthargique et le hoquet épidémique, nous a valu une très intéressante lettre d'un de nos vieux lecteurs, le distingué Dr Albert VEILLARD qui exerce à Meung-sur-Loire (Loiret). Notre confrère émet une opinion qui n'est pas du tout déraisonnable et qui mériterait d'être sérieusement étudiée. Pour lui, les encéphalites léthargique et myoclonique, le hoquet épidémique, etc. seraient des manifestations d'intoxication alimentaire où le verdet du maïs tiendrait une large part. En un mot, ce seraient des formes de *pellagre*, maladie qui était devenue très rare en France avant la guerre et que les mauvaises farines, mélangées de farines de maïs, altérées par le verdet, auraient fait renaître dans notre population.

La lettre du Dr Albert Veillard était accompagnée d'une petite brochure où notre confrère défendait éloquemment la thèse suivante :

L'encéphalite léthargique rentre dans le cadre des sporomycoses. Son agent pathogène est une toxine analogue à celle de la pellagre et provenant de l'Ustilago Carbo (1) (le champignon du verdet du maïs.)

Le Dr Veillard, dans sa lettre, fait allusion à une note du Dr Galand, de Cambrai, que nous avons publiée aussi dans le *Concours Médical* du 24 juillet (page 2.129) : *A propos du pain ergoté.* Le Dr Galand attribue au pain ergoté, en tous cas aux farines altérées, la véritable épidémie de prurigo qui sévit parmi les malheureuses populations des régions dévastées.

Tout cela mérite d'attirer l'attention des médecins, des hygiénistes et des pouvoirs publics. Il est tout à fait logique de faire jouer aux intoxications alimentaires un rôle étiologique important dans la singulière pathologie que nous observons depuis la guerre.

Le Dr Longuet, alors secrétaire général du Syndicat des médecins de la Seine, avait en 1914, avant la guerre, attiré l'attention de ses confrères sur les dangers que l'altération des farines faisait courir à la santé publique. Nous avons même publié dans le *Concours Médical* en 1918, une note de lui sur ce sujet.

Durant la guerre, et pendant les deux années qui suivirent, le service du ravitaillement nous a nourris, nous, grands mangeurs de pain, avec des farines abominablement altérées. Il convient de lire dans la brochure du Dr Veillard des précisions sur l'épouvantable trafic qui se fit surtout en 1917, 1918 et 1919 où la farine de maïs, altérée par le verdet, entra pour une part importante dans l'alimentation de la population française.

La pellagre n'est pas pour nous une maladie tout à fait inconnue ; nous nous souvenons en avoir observé plus d'un cas à l'hôpital de Clermont-Ferrand au début de nos études et le professeur de Clinique médicale de l'Ecole de Clermont, le Dr Bourgade de la Dardye, un praticien très expérimenté, consacrait toujours plusieurs leçons à cette maladie qu'il ne considérait pas alors comme une rareté pathologique. Mais cela date de 35 ans environ, et depuis, la pellagre a presque disparu, même en Auvergne.

La lettre et la brochure du Dr Veillard viennent raviver nos souvenirs et, après les avoir lues, nous sommes tentés de répondre à sa thèse :

(1) Paris libr. médic. E. Bougault, 48, rue des Ecoles.

Pourquoi pas ? Sans doute l'encéphalite léthargique ne présente pas le tableau clinique typique de la pellagre. Sans doute l'encéphalite myoclonique que le savant médecin de Necker, le Dr Sicard, a complètement assimilée au vieux type clinique, dénommé jadis Chorée de Dubini, ne donne pas non plus l'aspect des cas les plus ordinaires de la pellagre. Mais le Dr Veillard fait remarquer que tout un ensemble d'accidents morbides, que nous avons observés chaque jour depuis 1915, sont singulièrement analogues à la pellagre et que ce que nous appelons encéphalites, hoquets épidémiques, parkinsonisme, etc. etc., peut être comparé à des accidents pellagreux, plus rares, analogues au délirium-tremens dans l'alcoolisme et à l'encéphalopathie dans le saturnisme.

En outre, nous ferons remarquer que les abominables galettes que l'on nous a fait absorber sous le nom de pain, ne contenaient pas que des farines de maïs altérées ; il y avait des farines de légumineuses, des farines de seigle ergoté, des produits provenant de graines que nous ignorons et que l'on qualifiait de farines panifiables. Il est donc fort possible que les accidents nerveux que nous observons soient le résultat hybride de plusieurs intoxications alimentaires associées (pellagre, lathyrisme, ergotisme, etc.)

Evidemment ce n'est là qu'une hypothèse, mais elle mérite d'être vérifiée et les observations des Drs Veillard et Galand nous paraissent plus que des hypothèses.

Ce ne serait pas la première fois qu'une maladie, que l'on croyait éteinte et que l'on avait oubliée, réapparaitrait au firmament de la science médicale française. Nous avons entendu Charcot et ses élèves faire de savantes leçons sur la syringomyélie, la sclérodermie, la maladie de Morvan. C'étaient alors des maladies que l'on considérait comme nouvelles.

Un beau jour, en 1892, Zambaco Pacha, ancien interne de nos hôpitaux, médecin en chef de l'hôpital des Lépreux de Constantinople, envoya à l'Académie de médecine de Paris une note sur *les lépreux de Bretagne*, assimilant les malades de Morvan à des lépreux ordinaires. L'année suivante, Zambaco fit un voyage en France et reconnut d'une façon indiscutable, après enquête, en examinant les malades, non seulement dans les hôpitaux, mais à domicile et dans les villages de Bretagne où Morvan les avait obervés, que la maladie dite de Morvan était la lèpre mutilante, la syringomyélie, la lèpre nerveuse de Danielsen ; que les maladies prétendues nouvelles que les nosologues de l'hôpital Saint-Louis qualifiaient de sclérodermie, de sclérodactylie, de morphée, d'asphyxie locale des extrémités de Raynaud, de gangrène symétrique des extrémités, n'étaient que des formes connues de la léprose. Bien plus, ces types cliniques n'avaient pas le moindre droit à la nouveauté, puisqu'ils répondaient à la maladie qu'a décrite Moïse sous le nom de Zaraath. Donc il n'y aurait rien de surprenant si nos savants cliniciens, connaissant peu ou ne connaissant pas du tout la pellagre et les intoxications alimentaires par farines altérées, s'étaient laissés tromper comme Charcot au sujet des formes de la lèpre qu'il ignorait totalement et considérait comme des maladies nouvelles.

Concluons : Nous nous laissons trop hypnotiser par les microbes et les infections. Quand une maladie épidémique surgit et que le microscope ne révèle pas le microbe, on veut qu'il existe quand même et, si l'on ne peut le trouver, l'on parle de virus filtrant. Ne serait-il pas utile et prudent, sans dédaigner les microbes ni les virus filtrants, de songer un peu plus aux intoxications alimentaires, surtout dans la période de disette relative que nous traversons, où les gens qui nous ravitaillent ont de si gros bénéfices à réaliser en falsifiant les aliments qu'ils nous livrent ?

J. Noir.

PARTIE SCIENTIFIQUE

NEUROLOGIE

Les troubles cutanéo-muqueux d'origine nerveuse ou réflexe,

Par L. PRON.

La médecine est une science bizarre !

Il semblerait que les faits d'observation courante dussent servir de base d'appréciation, à la portée de tous, pour juger de la nature ou de l'origine d'une maladie, ou de l'action d'un médicament.

Or, j'ai déjà cité maintes fois, et je citerai encore cet exemple : on voit le charbon pulvérisé être ordonné, depuis plus d'un demi-siècle, dans tous les pays contre la flatulence gastrique, alors qu'il n'a jamais diminué les gaz d'un seul malade (1). Et, dans le domaine de l'étiologie et de la pathologie, on a regardé, pendant des années et des années, la PELADE comme une affection contagieuse et infectieuse ; peut-être même aujourd'hui, existe-t-il encore des médecins, qui conservent la théorie de BAZIN (1853).

C'est JACQUET qui, dans une série de travaux des plus documentés, s'est élevé contre les idées de parasitisme et de contagiosité, après d'ailleurs FLORAND et OLLIVIER, qui ne parvinrent pas à ébranler les convictions de leurs adversaires : SABOURAUD qui, en 1897, crut triompher facilement des non-contagionnistes, en publiant de retentissants mémoires, où se trouvent décrits un bacille spécifique et son rôle pathogène, et HALLOPEAU qui demeura, jusqu'à sa mort, irréductible.

JACQUET fut plus heureux, et, aujourd'hui, la pelade est rayée de la liste des maladies contagieuses; les écoliers, qui en sont atteints, ne sont plus mis en quarantaine. Par une série de recherches, patiemment et habilement conduites, par un examen analytique soigneux du pourquoi et du comment, il est arrivé à montrer que *la pelade est une trophonévrose* ; elle est un simple symptôme, dérivant d'irritations banales et diverses.

Après avoir tenté en vain d'inoculer la pelade dans cent expériences (1), il a pu rattacher ce trouble trophique, dans le plus grand nombre des cas, à des lésions ou anomalies d'évolution des dents, à la faveur d'un terrain spécial : hypochlorurie urinaire, hypophosphaturie, hyposulfaturie.

C'est dans la sphère du trijumeau qu'il faut chercher le comment de la pelade ; une excitation quelconque, partie des terminaisons buccales de la cinquième paire, peut se manifester par ce symptôme, comme elle se manifeste, chez d'autres sujets, par de l'ÉRYTHROSE, limitée habituellement à la pommette et à l'oreille, ou par de l'hypo ou de l'hyperthermie hémifaciale.

Sur 273 cas de pelade, 185 correspondent à la période d'éruption des dents (2), c'est-à-dire entre 5 et 14 ans d'une part, et entre 20 et 30 ans, d'autre part (dent de sagesse).

Partie des extrémités du trijumeau, l'irritation gingivo-dentaire gagne le ganglion de GASSER d'où elle impressionne « les branches à fonction tropho-pilaire (nerfs fronto-palpébraux, nerf auriculo-temporal) ; puis, parvenant au bulbe, ou par une autre voie, elle arrive à la substance grise, origine des premières paires cervicales » (3).

Au Congrès de dermatologie de 1913, CIARROCHI (de Rome) rappelait que, dès 1896, alors que la nature parasitaire de la pelade était admise par la plupart des cliniciens, il avait été le premier, en se basant sur l'étude de 547 cas, à soutenir la nature trophonévrotique de cette affection (4).

Dans la même séance, DYCE DUCKWORTH (de Londres) a fait remarquer que, depuis longtemps, il avait nié la nature infectieuse de la pelade ; pour lui, comme pour JACQUET, les dents avaient une grande importance dans son étiologie, et, comme thérapeutique, il préconisait un traitement externe, accessoire (rubéfaction) et un traitement interne, capital: arsenic, graisses.

Mais, les affections ou les névralgies dentaires ne constituent pas toute l'étiologie de la pelade. Le point de départ du réflexe peut être ailleurs, et même loin du cuir chevelu.

---

(1) Je parle du charbon, employé *seul*, et uniquement contre les gaz *stomacaux*. J'ai commencé à dénoncer sa valeur vers 1907, après quelques rares auteurs, et j'ai été heureux ensuite, de lire dans ROGER : *Digestion et nutrition* (1910) p. 212, ces lignes : « On avait espéré que le charbon pourrait absorber les gaz ; on le prescrit souvent encore. Je n'en ai jamais obtenu le moindre effet ».

Par contre, ce médicament est utile comme antidote de la plupart des poisons et dans de nombreux états *intestinaux*.

(1) Académie de médecine (8 décembre 1903).

(2) DIMLER. — *Quinzaine thérapeutique* (25 février 1904.)

(3) *Ibid.*

(4) *Presse médicale* (30 août 1913) p. 715.

DEROIDE (1) a rapporté deux cas, dans lesquels un simple *bouchon de cerumen* jouait le rôle d'épine irritative, et qui concernaient deux hommes : l'un de 32 et l'autre de 52 ans. Dès la deuxième semaine après l'extraction du bouchon « les plaques de pelade étaient parsemées de petits cheveux de repousse, qui ne tardèrent pas à devenir drus, abondants et solides, mais parurent devoir rester blancs ».

On a également observé la pelade dans certaines *maladies du pharynx*.

GASTOU (2), après avoir avancé que toutes les lésions ou irritations viscérales ou histologiques sont susceptibles, par l'intermédiaire du grand sympathique, d'entraîner des troubles de nutrition, et, en particulier, des altérations trophonévrotiques du cuir chevelu, a rapporté, à l'appui de sa thèse, les observations de trois malades, qui avaient été atteintes de pelade en plaques à poussées successives, en même temps qu'apparaissait et se développait un *fibrome utérin*.

BROCQ (2), tout en manifestant quelque doute au sujet de cette pathogénie, a dit avoir vu un malade, qui avait une pelade à répétition et qui affirmait que, d'après ses remarques, les plaques reparaissaient toujours à la suite des crises de *constipation*.

Ce qui est certain, c'est que, dans la pelade d'origine dentaire, que personne ne nie aujourd'hui, la simple avulsion amène la guérison. MILIAN (3) a présenté autrefois un homme, chez lequel la pelade s'était développée à la suite de violentes *névralgies dentaires* avec carie ; la chute des poils s'arrêta le jour même de l'extraction ; les poils repoussèrent blancs, comme dans les deux cas de Deroide.

Ce n'est pas que sur la pilosité que peuvent agir les irritations gingivo-dentaires. ROUSSEAU-DECELLE (4) a signalé plusieurs cas de DERMATOSES FACIALES (*eczéma rétro-auriculaire*, etc.) synchrones avec l'irritation dentaire et régressant rapidement, sans traitement local, à la suite de l'intervention dentaire.

Pour JACQUET, la CALVITIE, qui sévit principalement chez les intellectuels, et qui augmente à mesure que la civilisation progresse, est due, non à une infection glandulaire, mais à une excitation des centres nerveux. D'après BROCQ, depuis que les femmes s'adonnent aux travaux intellectuels, la calvitie, qui était rare chez elles, tend à devenir plus fréquente.

(1) *Presse Médicale* (7 octobre 1918).
(2) Société française de dermatologie et de syphiligraphie (8 janvier 1903).
(3) *Ibid.* (6 novembre 1902).
(4) *La Quinzaine thérapeutique* (septembre 1912).

Les AFFECTIONS PRURIGINEUSES, telles que l'eczéma papulo-vésiculeux, l'impétigo, le prurigo simple, le strophulus, s'observent souvent chez les sujets à nervosité exagérée. GASTOU a observé une couturière de 27 ans, qui présentait depuis deux ans, sur le dos des deux mains, une éruption, remontant au-dessus du poignet, et caractérisée par l'existence de papules et papulo-vésicules, transformées par le grattage en papulo-croûtelles, et s'accompagnant de modifications de la peau, de voisinage, par place lichénisée, par place eczématisée, par place infectée, au point de donner l'aspect d'une pyodermite. La malade n'était atteinte d'aucune lésion viscérale ; par contre, son système nerveux était loin d'être normal, car il existait une vive exagération de la sensibilité réflexe. Quand on percutait le tendon rotulien, les muscles des quatre membres se détendaient brusquement, et la malade éprouvait une sensation extrêmement pénible, accompagnée d'une crise de larmes.

Comme l'indique le titre de la communication (1), GASTOU voit là, avant tout, une manifestation névropathique.

AUBRY, de Toulouse, a rapporté autrefois (2) un cas de PSORIASIS GÉNÉRALISÉ *par choc moral*. Il s'agissait d'un homme de 30 ans, meunier, qui jouissait d'une excellente santé, et qui entra à l'hôpital pour un psoriasis nummulaire, recouvrant tout le corps, sauf la face palmaire des mains et des doigts. Le début de l'affection remontait à sept semaines. En entrant dans la chambre, où tourne l'arbre des meules, il fit un faux pas, et tomba de telle sorte qu'il effleura l'arbre et faillit être saisi par une courroie. Le soir même, il se plaignit de quelques démangeaisons ; le lendemain matin, celles-ci furent franchement caractérisées. Le surlendemain, apparurent les premières papules, et, en l'espace de peu de jours, le corps s'en couvrit complètement.

Les faits de ce genre ne sont pas fréquents. Aussi, importe-t-il de les relater. LELOIR en a rapporté quelques-uns ; BESNIER a également observé un cas analogue : il s'agissait d'un homme qui, huit jours après un accident de chemin de fer, eut une poussée aiguë de psoriasis. BARTHÉLEMY, de son côté, rapporte l'observation d'un cas de psoriasis émotif, prise jadis dans le service du professeur FOURNIER : un homme, âgé de 44 ans, éprouva un choc moral d'une extrême intensité pendant la Commune ; il faillit être fusillé ; l'ordre de surseoir à l'exécution arriva quand il était déjà près du mur.

(1) Prurigo à répétition chez les névropathes. Société de dermatologie et de syphiligraphie (décembre 1901.)
(2) Société de dermatologie (23 avril 1900).

Les VERRUES ont-elles une origine nerveuse ? A voir les résultats, qu'on peut obtenir par la suggestion (1), on pourrait le penser, au moins dans certains cas. J'ai vu, moi-même, à la clinique de BÉRILLON, durant mes études médicales, des guérisons rapides par ce procédé. Mais, il convient de ne pas oublier que la magnésie calcinée réussit également bien.

Les SUEURS HYSTÉRIQUES ont été étudiées par différents auteurs, entre autres CURSCHMANN (2) ; il a rapporté l'histoire de deux malades, la mère et la fille, qui, depuis plusieurs années déjà, étaient sujettes à des sueurs profuses, éclatant deux ou trois fois par jour, à des heures déterminées. Au début, ces accès de diaphorèse avaient semblé reconnaître, comme cause occasionnelle, des refroidissements. Dans la suite, ils se reproduisaient spontanément, sans motif appréciable. La mentalité des deux malades et la prise en considération de certaines circonstances avaient déterminé CURSCHMANN à mettre ces sueurs profuses sur le compte de l'hystérie ; aussi bien, la guérison fut-elle obtenue à la faveur d'un traitement par la suggestion.

JACQUET (3) a raconté que, chaque fois qu'il absorbait un mets vinaigré quelconque, la sueur venait à « perler *immédiatement* en gouttelettes » sur le sommet de son crâne. On ne saurait ici faire intervenir un autre mode pathogénique qu'un réflexe gastro-cutané. Jacquet rapporte que JEANSELME éprouve un phénomène analogue, mais localisé à la paume des mains. BERGÉ a observé sur lui-même « une poussée de sueur abondante, qui ruisselle sur le front, les tempes et le cou, accompagnée d'une poussée congestive de la peau, c'est-à-dire de rougeur et sensation de chaleur » (4), presque immédiatement après l'ingestion de substances épicées. Il semble difficile d'admettre une absorption instantanée de l'aliment nocif.

LEVEN père, qui fut un remarquable clinicien et auquel on doit toujours se reporter à propos de tout ce qui concerne les perturbations fonctionnelles du système nerveux, a insisté, en divers points de ses travaux, sur la relation existant entre les GLANDES SÉBACÉES et sudoripares et l'irritation des centres nerveux. Il a rapporté (5) le cas d'une jeune femme de trente ans, qui avait des vertiges continuels, d'origine gastrique, et dont la figure était couverte d'une couche de crasse sébacée, qui ne disparut qu'avec le retour au calme du système nerveux ; « cette couche avait, en certaines parties du corps, quelques millimètres d'épaisseur. »

(1) Société d'hypnologie et de psychologie (17 juin 1902).

(2) *Munchener medizin. Wochenschrift* (1907, n° 34).

(3) *La Presse thérapeutique* (25 mai 1905) p. 267.

(4) *Ibid.* (p. 268).

(5) La névrose (1887) p. 115.

Il a insisté également sur « les SUEURS PROFUSES, qui sont extrêmement communes : sueurs d'une partie du corps, d'une moitié de la tête, du front, d'une moitié du corps, des pieds seulement ou des mains, sueurs qui indiquent l'état nerveux ; elles paraissent le jour et la nuit. Si elles sont nocturnes, le malade mouille son lit, et est même forcé de changer de linge : accompagnées de toux gutturale (1), elles font craindre à tort la tuberculose ; elles ne recommencent que tous les deux ou trois jours, à la façon des phénomènes nerveux, ou elles sont quotidiennes ». Il y a là une cause importante d'erreur de diagnostic.

JACQUET a insisté autrefois (2) sur le facteur tachyphagie dans la production de certaines dermatoses, et même DÉFORMATIONS DE LA FACE. Il citait, comme exemple, deux observations de jeunes filles, atteintes *d'*ACNÉ, *avec poussées congestives post-prandiales* ; chez l'une, la maladie avait abouti à de la sécheresse de la peau du visage et à une modification de forme, telle que l'aspect était celui du myxœdème. Selon JACQUET, ces troubles sont dus, non à des phénomènes de fermentations gastro-intestinales, mais à un véritable traumatisme de l'estomac par les aliments mal mastiqués ; cette surexcitation de la muqueuse réagit sur le système vago-sympathique, et ce dernier sur le conditionnement morphologique de la face.

Comme autres retentissements de l'estomac sur l'épithélium du revêtement externe et interne, il faut mentionner le GONFLEMENT DE LA MUQUEUSE NASALE, la PHARYNGITE GRANULEUSE, les APHTES BUCCAUX, qu'on rencontre, non seulement chez le jeune enfant en période de gastro-entérite infectieuse, mais beaucoup plus souvent chez les dyspeptiques chroniques adultes. LEVEN père a mentionné le fait, à diverses reprises (3).

C'est également d'une façon réflexe, c'est-à-dire par propagation de l'irritation solaire, que la dyspepsie produirait les SABURRES LINGUALES. La prolongation de l'irritation arriverait même à provoquer, dans certains cas, de la GLOSSITE EXFOLIATRICE (4). Personnellement, je ne saurais dire si une affection gastrique chronique est capable d'entraîner de telles lésions ; mais, ce que je puis affirmer, contrairement aux idées et aux procédés thérapeutiques en usage, c'est qu'u-

(1) Qu'on rencontre aussi, à titre de manifestation névropathique.

(2) Académie de Médecine (4 juin 1907).

(3) Entre autres *in* La névrose (p. 157) et *Système nerveux et maladies* (p. 76).

(4) *Ibid.* (p. 159).

◆◆

ne langue sale ne se nettoie jamais par l'usage de purgatifs, bien au contraire (1) ; elle ne revient vers la normale, et elle ne peut y revenir, que lentement, au bout de plusieurs semaines et souvent au bout de plusieurs mois. Ce n'est pas en surmenant l'estomac par l'administration d'un purgatif qu'on l'améliore ; c'est par un régime longtemps maintenu, et, parallèlement, la muqueuse de la langue devient de moins en moins saburrale.

Il n'est pas jusqu'aux DERMITES PROFESSIONNELLES, où le système nerveux ne joue un rôle important. La thèse de HUE (2) a été consacrée à la question, à l'instigation de JOURDANET, lequel s'appuie, à son tour, sur JACQUET.

C'est ainsi que chez Mme Y. (obs. 4367 de la Policlinique dermato-syphiligraphique de Saint Antoine), vernisseuse depuis vingt-deux ans, la première poussée de dermite est survenue brusquement, à la suite d'une violente frayeur (coup de couteau, reçu en pleine période menstruelle). Dix ans plus tard, et sans incidents intercalaires, une nouvelle poussée survint, à la suite d'une agression dans la rue.

Mme F., ménagère, a eu une première poussée de dermite, il y a trois mois, à la suite d'une importante contrariété d'ordre conjugal. La malade avait fait un lavage de linge, pas plus important que de coutume. Trois semaines après la guérison de cette poussée, nouvelle émotion, à la suite de l'inondation de son appartement par un robinet laissé ouvert pendant la nuit. Le jour même, apparition du prurit et de la dermite.

Sur vingt-quatre malades, HUE a noté quatorze fois la présence d'émotions, de tourments, de contrariété, etc., dans les jours qui ont précédé le début de la dermite (3).

Dans bon nombre de cas même, la guérison des dermites, purement professionnelles en apparence, n'a pu être obtenue que par une thérapeutique à la fois anti-nerveuse et anti-dyspeptique.

Le rôle que joue ainsi le système nerveux dans la génèse des dermatopathies, ne doit pas surprendre, car la peau et le système nerveux ont la même origine : tous deux se développent aux dépens de l'ectoderme. De plus, la peau est le lieu de terminaison des corpuscules du tact, si bien qu'on a pu dire qu'elle n'est qu'un étalement du système nerveux.

Aussi, à côté des dermites, il ne faut pas manquer de faire une place, à l'exemple de BROCQ et JACQUET, aux *dermato-névroses*.

(1) Je ne parle que des états *chroniques*.

(2) *Etudes sur les dermites professionnelles*, Paris 1912.)

(3) JOURDANET (d'Uriage). — *Le rôle du système nerveux dans les dermites professionnelles* (*Presse médicale*, 27 mai 1914).

CLINIQUE MÉDICALE

Faculté de médecine de Nancy

Mélanodermie et chétivisme.

Par M. le professeur SIMON.

Je vous présente une malade âgée de 51 ans, cuisinière de son état. L'attention a été attirée immédiatement sur la coloration brun noirâtre des téguments de la face. De prime abord, elle semble recouverte d'une couche de crasse, mais on ne tarde pas à reconnaître qu'il s'agit en réalité d'une véritable pigmentation de la peau. Cette coloration n'est pas uniforme : par places, elle est plus pâle, ailleurs plus foncée, et on remarque çà et là des petits îlots de peau saine qui tranchent par leur blancheur sur les parties voisines anormalement colorées. La mélanodermie n'existe pas seulement à la face, on la constate aussi aux mains, sur l'abdomen et la partie antérieure des cuisses, où elle se présente, non plus sous forme de plaques étendues, mais comme un lacis, un treillage simulant des vergetures noirâtres. Partout ailleurs, la peau est de coloration normale.

Les muqueuses ne présentent aucune pigmentation, il n'existe pas de taches foncées à la face interne des joues ; l'aréole des mamelons et les organes génitaux externes ne sont pas anormalement colorés.

La malade nous apprend que la pigmentation de la face et des mains a débuté il y a deux ans et est allée en augmentant progressivement ; en outre, depuis huit mois, elle perd ses forces au point qu'elle a dû cesser son travail ; enfin, depuis trois mois, elle a de la fièvre et de la dyspnée, elle tousse, crache et a sensiblement maigri.

La malade présente à l'examen un thorax squelettique ; les côtes et les omoplates sont saillantes ; les creux sus et sous-claviculaires sont très accentués. L'expectoration est abondante, séro-purulente, la fièvre oscille entre 38° et 39° avec une rémission matinale et la malade transpire abondamment la nuit ; enfin, l'examen stéthoscopique des poumons révèle du souffle et des craquements humides dans les deux sommets. Il existe une certaine tachycardie, la tension artérielle mesurée à l'ossillomètre de Pachon est de 15 /8. Au reste, la malade ne souffre pas, elle n'a pas de vomissements, mais assez fréquemment, de la diarrhée ; le système nerveux ne présente rien de spécial, la force musculaire semble diminuée. La présence constatée de bacilles de Kock dans les crachats, l'état général et les signes locaux ne laissent pas de doute sur l'existence d'une tuberculose pulmonaire. Mais existe-il une relation entre cette tuberculose et les autres symptômes ob-

servés chez la malade, notamment avec la mélanodermie ?

La première idée qui se présente à l'esprit est celle d'une maladie d'Addison liée à une tuberculose surrénale concomitante à la tuberculose des poumons. Il est certain que la lésion la plus fréquemment observée à l'autopsie des addisonniens est une tuberculose caséeuse ou scléreuse des surrénales, mais cette tuberculose est habituellement primitive, ou tout au moins limitée assez exactement aux surrénales et ne se rencontre qu'exceptionnellement au cours d'une tuberculose pulmonaire avérée. Au reste, l'existence d'une mélanodermie ne suffit pas à affirmer la maladie d'Addison ; or, la malade ne présente ni douleurs abdominales et lombaires, ni vomissements, ni constipation, ni torpeur ; le pouls n'est ni faible, ni instable, la pression sanguine n'est pas abaissée, la raie blanche de Sergent n'a jamais été constatée ; quant à l'anesthésie, qui est réelle, elle s'explique suffisamment par la débilitation causée par une tuberculose à évolution subaiguë ; pour tous ces motifs, il semble qu'on puisse éliminer le diagnostic de maladie bronzée.

Il faut donc interpréter autrement la pigmentation cutanée. Sans doute la mélanodermie fait partie intégrale du syndrome d'Addison, mais cela ne signifie pas nécessairement qu'elle dérive d'une insuffisance surrénale chronique ; en effet, elle peut faire défaut alors que le parenchyme surrénal est complètement détruit et, inversement, elle peut exister en dehors de toute lésion des capsules, si bien que la plupart des auteurs excluent aujourd'hui la mélanodermie de la séméiologie de l'insuffisance surrénale et l'attribuent à une irritation des plexus solaires et des ganglions semilunaires, consécutive à la lésion surrénale. Dans cette hypothèse, que rien ne justifie du reste, les ganglions seraient le point de départ d'un réflexe qui, par l'intermédiaire du sympathique, amènerait aux cellules épidémiques du pigment sanguin en quantités anormales.

Mais, comme l'a fait observer Sézary, il peut exister des lésions graves des splanchniques et des ganglions solaires sans qu'apparaisse la moindre pigmentation, et d'ailleurs, la pigmentation n'est ni un phénomène nerveux, ni un phénomène vasculaire ; le pigment est un produit d'élaboration de la cellule épidermique elle-même et la mélanodermie n'est en somme que l'exagération d'un processus normal.

Il est bien certain que certains sujets présentent une prédisposition particulière à l'exagération de la pigmentation, et c'est le cas des addisoniens, la clinique et l'expérience le démontrent, mais il n'en reste pas moins qu'il n'existe pas une mélanodermie, mais des mélanodermies dont beaucoup n'ont rien de commun avec l'insuffisance surrénale. Ainsi en observe t-on dans la maladie des vagabonds, chez la femme enceinte, dans certains états pathologiques du foie, dans certains cas de maladie de Basedow, localement à la suite de l'application de vésicatoires, etc...

Si on laisse de côté les cas où la pigmentation succède à une irritation cutanée, on voit que la mélanodermie coïncide assez fréquemment avec des troubles glandulaires, et parmi ceux-ci, le fonctionnement défectueux de la glande thyroïde paraît être le plus important, tant par la fréquence de la mélanodermie dans la maladie de Graves que par le parallélisme de son évolution avec celle de la maladie primitive.

Peut-on incriminer le corps thyroïde dans le cas particulier ? Certains faits peuvent y faire songer. La malade est de petite taille : 1 m.42 ; son corps thyroïde est à peine développé, son squelette est très grêle, ses muscles sont minces, elle n'a jamais eu d'enfants, les aisselles sont complètement glabres, à peine présente t-elle quelques poils au pubis. Bref, bien que les seins soient bien formés, cette femme présente une persistance remarquable des caractères morphologiques de l'enfance. Rien du reste chez elle ne rappelle le myxœdème ; elle est simplement une infantile du type Brissand-Meige, ou plutôt du type Lorain.

Or, dans l'un et l'autre cas, la cause de la dystrophie doit être recherché dans un fonctionnement défectueux des glandes endocrines et plus spécialement de la thyroïde. Il semble donc probable qu'il s'agit, dans le cas qui nous intéresse, d'une insuffisance pluriglandulaire qui a déterminé à la fois l'infantilisme et la mélanodermie.

La tuberculose pulmonaire paraît être postérieure à ces deux manifestations, mais on peut se demander si l'insuffisance pluriglandulaire présumée n'est pas d'origine héréditaire, étant donné que la famille entière, mère, frères et sœurs présentent tous, au dire de la malade, certains caractères de l'infantilisme.

Il était intéressant, étant donné ce diagnostic d'insuffisance pluriglandulaire, de préciser à l'aide d'épreuves endocriniennes, l'intervention du système sympathique dans la symptomatologie observée.

L'épreuve de l'adrénaline et de l'hypophyse ont été faites, ainsi que celle de la pilocarpine et la recherche du réflexe oculo-cardiaque ; elles ont été faites par le docteur E. Abel et en voici les résultats : à l'adrénaline, le malade a réagi par une augmentation passagère du nombre des pulsations cardiaques, une augmentation légère et fugace de la pression artérielle, une augmentation du taux urinaire et une glycosurie passagère.

Une seconde épreuve, sept jours plus tard, a donné des résultats beaucoup moins concluants ;

la malade, dont l'état décline rapidement, n'a réagi cette fois que par une augmentation de la tachycardie sans relèvement de la pression, sans glycosurie et sans augmentation du taux urinaire.

L'épreuve de l'hypophyse a été absolument négative ; par contre, la malade a réagi nettement à la pilocarpine par un ralentissement fugace du pouls et surtout par une exagération des sécrétions et du péristaltisme gastro-intestinal. La recherche du réflexe oculo-cardiaque est venue corroborer ce résultat en montrant un ralentissement du pouls consécutif à la compression des globes oculaires.

Quelles conclusions peut-on tirer de ces faits ? Le vagotonisme manifesté par la malade n'est pas pour nous surprendre, puisque l'examen clinique conduisait à admettre une insuffisance thyroïdienne et que la thyroïde, comme aussi les surrénales, activent le fonctionnement du nerf vague.

Mais, sans vouloir conclure d'après une seule observation, celle-ci cependant doit nous mettre en garde contre certaines conceptions modernes un peu trop systématiques. Elle prouve que, contrairement aux idées d'Eppinger et de Hess, reprises par Gautrelet et d'autres auteurs, la réaction à la pilocarpine, réactif du vague, n'exclut pas la réaction à l'adrénaline, réactif du sympathique, et qu'un même malade peut présenter une hyperexcitabilité aux deux systèmes.

Une dernière particularité est à signaler chez cette malade : elle est manifestement tuberculeuse, mais le bacille de Kock n'a pu être décelé dans ses crachats qu'une seule fois après des examens répétés. Il y était associé à un champignon, le mycoderma pulmoneum. Ce parasite a-t-il joué un rôle dans l'évolution de la maladie ? C'est peu vraisemblable. Les recherches de Jeannin ont montré en effet qu'il est extrêmement répandu et il ne peut s'être agi ici que d'une contamination du crachoir, ou peut-être d'une culture, dans l'expectoration, de mycoderma développé dans la bouche ou dans les voies respiratoires supérieures.

(*Leçon recueillie par M.* Renard, *externe du service.*)

PHYSIOTHÉRAPIE PRATIQUE

Traitement de l'acné par les agents physiques

Par le Dr H. Dausset,

Chef de laboratoire de physiothérapie à l'Hôtel-Dieu.

Toujours associé à une diététique appropriée, le traitement physiothérapique de l'acné a pour but de vider les comédons, les petits abcès, les folliculites purulentes et de provoquer une hyperémie curatrice, en régularisant la circulation ; enfin de détruire les tissus sclérosés et diminuer la sécrétion des glandes sébacées.

Les agents physiques utilisés seront, en première ligne, le massage, la kinési-thérapie, puis l'air chaud, l'hydrothérapie, enfin, dans les formes rebelles, les rayons X, le radium et les rayons ultra-violets.

Le *massage*, dont les règles ont été établies par Jacquet, s'est montré le plus efficace des traitements, surtout dans certaines formes d'acné précisées plus loin. J'indiquerai d'abord la technique de ce massage qui peut être exécuté correctement par tout médecin.

Il s'agit le plus souvent de la face, mais d'une façon générale, on prendra entre la pulpe des doigts et en masse les tissus, que l'on presse en tous sens pendant quelques minutes ; puis, on fait du pétrissage de la peau seule, à coups menus et pressés, en allant du centre à la périphérie. La force employée doit être faible au début, mais graduellement augmentée jusqu'à atteindre, au huitième ou dixième jour, le bout de sa force, en tenant compte du degré d'entraînement des tissus ; en tous cas, les pressions seront rapides et répétées ; la séance de massage durera ainsi de quelques minutes à un quart d'heure chaque jour.

Plusieurs fois dans la journée, le malade exécutera des mouvements de gymnastique des muscles de la face. Il se placera devant la glace et fera contracter six ou dix fois chaque groupe musculaire ou chaque muscle, même les releveurs des ailes du nez.

L'action de l'*hydrothérapie* sera utilisée localement, mais surtout en application générale pour modifier la cause profonde de l'acné qui est si souvent soit intestinale, soit hépatique. Localement, on s'est servi de la douche filiforme qui envoie un mince filet d'eau sous forte pression sur les pustules d'acné ; c'est un procédé douloureux qui peut même produire des escharres ; on pourra se contenter de compresses chaudes ou de lavages hyperémiants à l'eau chaude, trois fois par jour.

Pour modifier l'état général, on s'adressera à

des procédés hydrothérapiques variés ; s'il s'agit d'un hépatique, on donnera un bain très chaud de 38 à 40°, suivi, si possible, d'une douche hépatique chaude. S'il s'agit d'une évolution parallèle du système génital et du système sébacé, donner des affusions dorsales froides à 18° et des douches lombaires. Chez les atoniques de l'intestin, appliquer chaque soir la ceinture de Neptune, qui consiste en une serviette trempée dans de l'eau à 18 à 20°, exprimée et placée tout autour de l'abdomen, recouverte d'une couverture de laine bien serrée, pour éviter l'évaporation ; on laisse en place une heure environ. Les irrigations rectales chaudes, 45 à 50°, chez la femme, diminueront, d'après Lenglet, les poussées d'acné mentonnière.

Un autre moyen de faire fonctionner normalement la peau, c'est la *thermothérapie par la douche d'air chaud*. On promène sur la région malade le courant d'air porté à une température de 70 à 100° jusqu'à l'apparition d'une rougeur assez intense, puis l'on pratique le massage tel qu'il a été décrit plus haut. On ajoutera à cela, deux fois par semaine, un bain de lumière générale de 10 minutes pour provoquer la sudation ; on donnera aussitôt après une douche progressivement refroidie.

L'*électricité* fournit aussi des moyens précieux de traitement, en particulier l'effluve de haute fréquence ; le malade est assis sur le tabouret isolant, il tient en main une tige reliée à la borne inférieure du résonateur, tandis que l'électrode à effluver est reliée à la borne supérieure. Séance de 10 minutes deux fois par semaine.

Les *rayons X*, médication plus active et moins anodine, seront réservés pour le traitement des cas très rebelles. Plusieurs techniques ont été préconisées, ce n'est pas le lieu ici de les discuter ; on est d'accord cependant, semble-t-il, pour utiliser les rayons filtrés par 0,5 ou 1 cm. d'aluminium, à dose forte de 800 à 1000 M. répétée seulement au bout du mois.

Les *rayons ultra-violets*, avec la lampe de Kromayer ou celle de Cooper Hewitt, donnent des résultats dans les formes peu infiltrées. Suivant l'intensité lumineuse de la source utilisée, les séances durent de 5 à 15 minutes, la région à traiter étant à 8 ou 10 centimètres du foyer ou la peau étant comprimée par la lentille de quartz, si l'on utilise la lampe de Kromayer.

Le *radium*, en applications avec rayonnement ultra-pénétrant, a donné à Wickam et Degrais, Barcat, de beaux résultats avec un appareil à sel collé, filtré de 4/10 de plomb ; application de 12 à 24 heures.

***

Chacun de ces agents physiques a des indications particulières suivant la forme de l'acné.

Dans l'*acné juvénile*, l'acné *papulo-pustuleuse polymorphe*, le massage, la gymnastique et l'hydrothérapie feront merveille, si les applications sont faites avec méthode et persévérance : on vide les pustules et les comédons par des pressions graduées, la peau s'assouplit, blanchit et l'affection disparaît en quinze jours ou un mois.

Dans l'acné chéloïdienne, on associera au massage, l'air chaud, les effluves de haute fréquence, et dans les cas rebelles, comme l'acné chéloïdienne de la nuque, on aura recours aux rayons X et au radium.

L'*acné rosacée* avec congestion diffuse et varicosités couperosiques trouve, dans la radiumthérapie, un traitement très souvent efficace et de résultat durable (Barcat). Le massage plastique, la photothérapie, seront aussi parfois des moyens suffisants pour obtenir la guérison.

Dans l'acné hypertrophique, le rhinophyma, la radiothérapie, le radium seront les agents de choix. Ravault a utilisé sans anesthésie la douche d'air chaud cautérisante à 700 degrés.

En somme, le meilleur traitement et le plus simple à la portée de tous les praticiens, c'est le massage de Jacquet et cela, pour toutes les formes de l'acné. Si le massage ne vient pas à bout de l'affection, on est loin d'être désarmé, car photothérapie, rayons X, radium ont fait leurs preuves, contre cette maladie tenace, rebelle et si fréquente. Mais on n'oubliera pas que le traitement interne et diététique reste la chose principale.

A TRAVERS LA PRESSE

De la mort apparente du nouveau-né.

L'enfant naît tantôt étonné, tantôt en état d'asphyxie bleue, tantôt en état d'asphyxie blanche. Les causes en sont la longueur de l'accouchement, les traumatismes fœtaux et les intoxications maternelles (éclampsie, injections calmantes de scopolamine-morphine.)

M. Bourret en détaille le traitement, après qu'on aura fait le diagnostic de la variété bleue ou blanche, important au point de vue du pronostic, favorable dans le premier cas, beaucoup plus sombre dans l'autre.

Le traitement sera donc d'abord préventif et consistera à terminer l'accouchement quand le fœtus souffre.

Le traitement curatif comporte des manœuvres diverses plus ou moins compliquées. On commencera par ne pas couper le cordon trop prématurément. On usera de l'aspirateur de Ribemont-Dessaigne pour dégager les voies respiratoires des mucosités qu'elles contiennent. De préférence, on placera l'enfant la tête en bas,

◆◆◆

pour faire affluer le sang au bulbe, en même temps qu'on débarrassera le fond de la gorge des mucosités qui s'y trouvent, avec une compresse conduite par l'index, et qu'on pratiquera des frictions alcooliques sur le dos et la colonne vertébrale, avec la main arrosée d'alcool.

En cas d'insuccès, on aura recours au bain très chaud (45° à 50°), dans lequel on plongera l'enfant à plusieurs reprises sans l'y maintenir. On peut remplacer cette immersion par des affusions successivement froides et chaudes à la base du thorax.

L'insufflation bouche à bouche, et surtout la respiration artificielle, sont des manœuvres convenant aux cas rebelles aux procédés qui précèdent.

Les tractions rythmées de la langue sont moins efficaces chez le nouveau-né que chez l'adulte.

Elles seront prudemment pratiquées pour éviter les lésions de la langue. L'électrisation du phrénique, les injections sous-cutanées d'oxygène sont à employer en dernier ressort.

« L'enfant ranimé, tout danger pour lui ne « sera pas évidemment définitivement éloigné ; « il reste un traumatisé ; ses poumons ont aspiré « des mucosités et ils sont toujours plus ou moins « contusionnés par les mouvements d'expres- « sion de la cage thoracique ; il faudra donc con- « tinuer à le soigner, le laisser au calme, couché « sur le côté pour faciliter l'issue des mucosités, « le mettre en couveuse s'il se refroidit, et sur- « tout lui faire respirer de l'oxygène pour dé- « sinfecter ses bronches et maintenir une vie « qui restera précaire pendant les premiers jours « de son existence ». (*Gaz. des hôp.*, 1921, n° 41.)

Deux petits signes de l'encéphalite épidémique.

Il existe des formes frustes d'encéphalite épidémique dans lesquelles le diagnostic est des plus délicats. MM. Sainton et P. Cornet signalent deux petits signes qui aident puissamment à le fixer.

C'est d'abord le myoclonus provoqué, par exemple en percutant les tendons fléchisseurs des doigts, excitations de la peau de la face antérieure de l'avant-bras, la main et l'avant-bras étant en demi-flexion.

L'autre signe est dit par eux signe du frontal. Lorsque la paupière supérieure se porte en haut, le frontal montre un retard appréciable à se contracter.

« Ajouté aux secousses nystagmiques, à la « parésie de l'accommodation, aux parésies ocu- « laires, le signe du frontal souligne la dyssy- « nergie musculaire, qui est une des caractéris- « tiques de l'encéphalite léthargique ». (*Paris méd.*, 21 mai 1921.)

Les troubles visuels par abus d'alcool et de tabac.

Ils ressortissent à une amblyopie caractérisée par une diminution souvent soudaine de la vision de loin, par une gêne spécifique à distinguer les couleurs, surtout sur les petites surfaces, par une amélioration de la vision au crépuscule ; par une difficulté, voire une impossibilité à lire, tous signes relevant du scotome central dû lui-même à l'intoxication élective de certaines régions de la rétine. Quand on examine le fond de l'œil, on trouve, selon M. Terson, une intégrité à peu près complète, parfois une décoloration ou une congestion légère du disque optique. Sauf quand l'alcool méthylique est en cause, le pronostic de ces états est bon.

Le diagnostic est généralement facile, même en dehors de l'examen du fond de l'œil.

Le traitement comporte un régime sévère pendant 15 jours : suppression du tabac et de l'alcool ; traitement de l'estomac ; stimulation des émonctoires ; sommeil provoqué (bromure, véronal). Nourriture choisie, exempte de mets épicés et excitants. Boissons hygiéniques, non alcooliques naturellement, en abondance.

Au point de vue médicamenteux, strychnine, iodure, mais surtout, phosphore et chaux, phosphore organique en ingestion et surtout en injections.

Le repos complet et même l'isolement peuvent être nécessaires dans certains cas sérieux.

Au point de vue de la vision, on recommandera les verres convexes, la loupe, les verres fumés, les verres orthoscopiques, etc. (*Presse méd.*, 21 mai 1921.)

Les bronchitiques semeurs de bacilles.

Importants à dépister, ces malades, généralement âgés, mènent une existence relativement normale : ce sont seulement de vieux tousseurs, considérés comme des bronchitiques et emphysémateux chroniques susceptibles de contaminer leur entourage, ainsi qu'il en existe de nombreux exemples.

On recherchera donc cliniquement les causes fréquentes des bronchites chroniques non spécifiques. Ce sont les infections du naso-pharynx, les insuffisances cardiaques ou rénales.

L'asthme mérite des considérations particulières, depuis que ses rapports étroits avec la tuberculose ont été mis en lumière.

Quoi qu'il en soit, dit M. Pissavy, si les causes précédentes ont pu être éliminées, on procédera systématiquement à la recherche des bacilles. Ces recherches doivent être fréquemment répétées, car l'élimination bacillaire se fait souvent chez eux par décharges, à l'occasion de poussées aiguës.

« Si, malgré la multiplication des recherches, « on ne trouve rien, si cinq ou six examens bac- « tériologiques pratiqués avec toutes les précau- « tions désirables sont restés invariablement

« négatifs, on peut alors, mais alors seulement, « abandonner, sans grandes chances d'erreur, « l'idée de tuberculose et éviter au malade les « mesures prophylactiques qui, autrement, de- « vraient lui être imposées ». (*La médecine*, mai 1921.)

L'entéro-colite dysentériforme des enfants du premier âge.

L'entéro-colite dysentériforme s'observe surtout au moment du sevrage et débute tantôt insidieusement, tantôt violemment. Elle est caractérisée par des évacuations intestinales caractéristiques, grumelées et fétides, mélangées de mucus, de sang et d'aliments indigérés, et plus tard, de pus à l'aspect de purée de haricots. Leur réaction est alcaline, leur fréquence variable (de 8 à 15 et même 30 par 24 heures). Ténesme et épreintes les accompagnent, ainsi qu'une éversion de la muqueuse rectale, rouge sombre, œdématiée, tomenteuse, allant jusqu'au prolapsus.

On note des vomissements au début. La palpation de l'abdomen, d'abord tendu, puis déprimé, est douloureuse.

On note aussi parfois de la dysurie.

Il existe tous les intermédiaires entre la forme légère, qui se juge en 8 ou 10 jours, et la forme grave, qui aboutit assez souvent à la mort, avec ou sans complications. Parmi celles-ci, M. MARFAN met en évidence le type cholériforme, rapidement mortel, la broncho-pneumonie, la néphrite, la pyélo-néphrite et la cystite, des manifestations cutanées (érythèmes polymorphe, scarlatineux, morbilleux, purpura, pyodermites) ; des œdèmes ; des convulsions ; la méningite...

Les suites éloignées, parfois rencontrées, se traduisent par une prédisposition à la diarrhée ou à la constipation, ou à l'alternance de l'une et de l'autre; par de la colite ulcéreuse chronique.

L'anatomie pathologique révèle une intense congestion de la muqueuse avec inflammation des follicules clos, qui peuvent s'abcéder et donner lieu à des ulcérations.

Bien que n'étant pas une dysentérie bacillaire, l'entérite dysentériforme n'en est pas moins une maladie infectieuse, due vraisemblablement à un entéro-streptocoque ou à un colibacille. Elle est contagieuse, mais peut se montrer comme une auto-infection, les germes banaux de l'intestin pouvant devenir virulents et pathogènes sous certaines influences.

Le diagnostic de l'entérite dysentériforme avec la dysenterie ne peut être précisé que par l'examen des selles.

Le traitement comporte d'abord la diète hydrique pendant 24 heures. Le second jour, on substitue à l'eau bouillie pure la décoction de riz ou d'orge ou le bouillon de légumes. Le 3e jour, en cas d'amélioration, on ajoute deux ou trois bouillies à l'eau et à la farine de riz, avec un peu de chocolat râpé et de sucre, un potage au bouillon de légumes et au tapioca. Puis, l'amélioration s'accentuant, on revient progressivement à l'alimentation normale, en ajoutant aux bouillies des doses de lait progressivement croissantes, puis des purées de pommes de terre, du riz, du fromage frais, des gelées de fruits astringents. Les très jeunes enfants (au-dessous de 9 mois) prendront des bouillies à la farine lactée ou maltosée, du babeurre, du kéfir.

Les lavages de l'intestin sont recommandables. On les pratique à l'aide d'une sonde de Nélaton (nº 15 à 20), avec 150 à 300 gr. d'eau faiblement oxygénée, ou boratée, ou bicarbonatée, ou permanganatée ; avec la décoction de racines de guimauve additionnée de deux pincées de sel.

Vers le 2e ou 3e jour, on pourra être amené à prescrire un purgatif doux (huile de ricin, sulfate de soude : 0,25 quatre fois par jour) ; des astringents (tannate de gélatine) ; du sous-nitrate de bismuth ; du benzonaphtol, du bétol. L'hyperthermie réclame la balnéation tiède (36°). Les douleurs coliquatives, les applications chaudes sur l'abdomen, au besoin quelques gouttes de laudanum de Sydenham.

La colite ulcéreuse chronique impose un régime alimentaire sévère : kéfir maigre, bouillies à l'eau et à la farine lactée, viande crue (20 à 30 gr. par jour chez un enfant de 18 mois) ; les médicaments anti-diarrhéiques ; les lavages intestinaux, au besoin avec une solution faible de nitrate d'argent (0,02 %.)

Enfin, la colite muqueuse chronique appelle également un régime sévère (bouillies à la farine, au lait sucré ; riz, pâtes, fruits cuits) ; les laxatifs doux ; les lavages intestinaux ; les cures climatiques et thermales (Châtel-Guyon). (*Journ. de méd. et de chir. prat.*, 10 mai 1921.)

De la dyspnée des cardio-rénaux.

Certains malades appartenant à la classe des cardio-rénaux sont souvent atteints, la nuit de préférence, de crises de dyspnée intense, avec sensation de vive constriction thoracique, angoisse très vive, impression d'une mort prochaine. J'ai observé un de ces malades qui me touchait de très près, et dont les crises avaient été d'abord étiquetées « angine de poitrine ».

Le traitement classique ayant complètement échoué, Huchard, consulté par ce malade, réforma le diagnostic précédent et le remplaça par celui de « dyspnée paroxystique toxi-alimentaire, chez un insuffisant rénal ». Le régime alimentaire qu'il prescrivit (régime lacté strict, et mitigé intermittent) produisit, je dois le dire, des résultats merveilleux : les crises disparurent.

Or, si l'on en croit les auteurs modernes, et notamment MM. BESANÇON, DE JONG et JACQUE-

JIN, l'interprétation de Huchard est elle-même erronée. Ce n'est pas l'intoxication alimentaire qui est en cause. Bien mieux, jamais on n'observe de dyspnée chez les azotémiques ; c'est la chlorurémie associée à l'hypertension, celle-ci jouant le rôle essentiel.

« Les accidents dyspnéiques, disent-ils, en « manière de conclusion, observés chez les cardio-« rénaux peuvent se classer de la façon suivante: « l'œdème aigu du poumon classique est extrê-« mement rare, les petits œdèmes congestifs des « bases sont fréquents chez les insuffisants car-« diaques. Chez les malades, à la fois scléreux « pulmonaires, bronchitiques chroniques et car-« dio-rénaux, notamment chez les anciens asth-« matiques arrivés à la période de l'asthme « intriqué, les poussées congestives aiguës au « niveau de vieux foyers de sclérose provoquent « une dyspnée souvent grave, avec exagération « de la toux et de l'expectoration. Enfin, on doit « réserver le terme de « pseudo-asthme », ou « plutôt de « dyspnée asthmatiforme des cardio-« rénaux » à des accidents survenant d'une « façon brusque chez des sujets ne présentant « guère jusque-là qu'une dyspnée insignifiante « ou pas de dyspnée. Cette dyspnée asthmati-« forme se voit chez des malades surtout hyper-« tendus, parfois chlorurémiques, souvent hyper-« tendus et chlorurémiques, et chez qui on trouve « fréquemment des antécédents broncho-pul-« monaires. Ces accidents de dyspnée paroxys-« tique doivent être séparés cliniquement et de « l'asthme vrai et de l'œdème aigu du poumon, « quels que soient les rapports pathogéniques « possibles entre ces diverses manifestations ».

Le diagnostic se fait entre cette dyspnée asthmatiforme et l'œdème aigu et repose en partie sur l'absence d'albumine dans l'expectoration du dyspnéique, alors qu'elle existe dans celle de l'asthmatique ; entre la dyspnée asthmatiforme et l'asthme vrai, on se fonde sur la présence, dans ce dernier cas, d'éosinophiles caractéristiques.

Quant à l'interprétation pathogénique, elle demeure encore assez obscure ; on tendrait à invoquer ici le phénomène du choc.

Le traitement opportunément appliqué à la crise dyspnéique paroxystique des cardio-rénaux est souverain : il consiste en une saignée générale copieuse, et le régime déchloruré systématique. (*Presse méd.*, 11 mai 1921.)

SOU MÉDICAL

Les membres du Sou médical sont instamment priés de bien vouloir régulariser leur situation en envoyant la cotisation de l'année* 1921 *au trésorier Dr Gassot, à Chevilly (Loiret).

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

La peste à Marseille, en 1720-1721.)

(M. Boinet. — *Académie de médecine*).)

Par ses rapports commerciaux avec l'Orient, Marseille fut toujours particulièrement exposée aux épidémies de peste. M. Boinet rappelle la terrible épidémie de 1720, qui fit plus de 40.000 victimes sur une population de 80.000 habitants. Après une durée de trois mois environ, les cas devinrent plus curables, la maladie s'atténua et disparut. N'avons-nous pas vu quelque chose d'analogue, cette marche de gravité, croissante et décroissante, pour la grippe, lors de l'épidémie de 1918-1919 ?

Pathogénie des exostoses ostéogéniques multiples.

(MM. Lardennois et Nathan. — *Académie de médecine*).

Les exostoses ostéogéniques multiples constituent une affection, à caractère familial, dont la pathogénie est restée assez obscure. Les recherches de MM. Lardennois et Nathan les incitent à conclure qu'il s'agit, en pareil cas, d'un vice de développement de l'os périostal. L'étiologie paraît être liée à des troubles endocriniens.

Urémie mortelle avec faible azotémie.

(MM. Brouardel et Renard. *Soc. médicale des hôpitaux*.)

Des travaux récents ont cherché à établir quels peuvent être les rôles respectifs de l'urée du sang et de l'azote résiduel dans la genèse des accidents urémiques. M. Brouardel verse aux débats une observation d'urémie mortelle avec faible azotémie (urée et azote résiduel en quantités peu supérieures à la normale). Cette observation cadre avec l'opinion de ceux qui voient dans l'urée et l'azote résiduel, seulement des témoins de l'intoxication urémique.

M. Rathery remarque que ceci n'enlève pas à la recherche de l'azotémie sa valeur pronostique. Une azotémie élevée (sauf états aigus) comporte un pronostic grave. Mais, si l'azotémie est modérée, on ne saurait affirmer de façon absolue que le cas est bénin.

Rétrécissement mitral et syphilis.

(M. Amblard. — *Soc. méd. des hôpitaux*).)

Sur 165 cas de rétrécissement mitral, M. Amblard a trouvé la réaction de Wassermann positive 128 fois. Il en déduit que cette affection est le plus généralement une manifestation de la syphilis héréditaire. Le traitement spécifique reste évidemment inactif sur la lésion elle-même, mais il faut

LES DIARRHÉES INFANTILES

ET LEUR TRAITEMENT

Les diarrhées infantiles, d'une manière générale, reconnaissent pour cause la suralimentation et l'infection microbiennes, conditions qu'on rencontre surtout dans les cas d'alimentation artificielle, mais qu'on observe aussi chez les enfants élevés au sein.

Un des meilleurs traitements qu'on puisse leur opposer est certainement la diète hydrique par l'emploi de l'eau de la Reine de Vals.

La Reine de Vals est exempte de tout microbe infectieux, ce qui la rend éminemment propre à la diète hydrique. Elle est assez alcaline pour neutraliser les acides morbides et empêcher le lait d'aigrir ; elle ne l'est pas assez pour entraver l'action du suc gastrique. Elle est légèrement gazeuse, ce qui la rend plus légère et la fait mieux tolérer ; elle ne l'est pas assez pour qu'on ait à redouter coliques et météorisme.Qu'on la donne à un enfant dont le tube digestit est en feu,auquel des pertes incessantes de liquides ont donné une soif intense, il la boira avec avidité — la chose a son importance, elle aussi.

Mais il est indispensable que l'eau de la Reine soit administrée d'une matière méthodique si l'on veut éviter des échecs que seul provoquerait une administration défectueuse.

Chez les enfants élevés au biberon, ce qui est le cas le plus fréquent,il faut d'abord *supprimer absolument* le lait ou tout autre liquide plus ou moins nuisible qui est donné à l'enfant : eau de gruau, eau de pain, etc. Il faut encore nettoyer à fond le biberon qui, naturellement, ne comportera plus de tuyau en caoutchouc. On donnera alors, l'eau de la Reine, *froide, pure sans addition aucune*. La quantité variera selon l'âge de l'enfant: quart, tiers de biberon, moitié même ; ce qui importe, c'est qu'on fasse boire l'enfant et non qu'on laisse à sa disposition un biberon à tube rempli d'eau.

Après un intervalle de temps convenable (une heure ou deux, suivant le cas) on réitère, puis nouvel intervalle et nouvelle ration d'eau, et ainsi de suite.

L'effet est immédiat : dès que l'enfant a bu l'eau. les vomissements s'arrêtent. Il est très rare de voir la première dose vomie et jamais la seconde ne l'est.

D'ores et déjà la situation est singulièrement simplifiée : l'intolérance de l'estomac est supprimée et un calme général se produit. On serait tenté volontiers de reprendre l'alimentation de l'enfant, mais il faut attendre encore et continuer l'eau pure jusqu'à ce que son action ait été plus profonde. L'état du petit malade donne les indications nécessaires.

Quand le moment de reprendre le lait est arrivé, il faut ne le faire qu'avec une prudence extrême et passer d'une manière pour ainsi dire insensible de l'Eau de Vals pure à un mélange suffisamment nutritif.

Après un nombre variable de doses d'eau pure bien supportée, on peut reprendre le lait de la manière suivante : dans la quantité d'eau de la Reine adoptée (quart, tiers ou moitié de biberon) on met une cuillerée à bouche de lait — c'est presque de l'eau pure, le mélange est donc bien supporté. La fois suivante, toujours dans la même quantité d'eau de Vals, on met deux cuillerées de lait — le mélange peu différent du précédent passe encore. La fois suivante, on met trois cuillerées de lait et ainsi de suite en augmentant, à chaque fois, d'une cuillerée de lait, dans la quantité d'eau de Vals invariable jusqu'à ce qu'on arrive à un mélange par moitié, proportion qu'il est utile de maintenir pendant un certain temps.

L'emploi du lait stérilisé n'apporte pas de modification sensible dans cette manière de faire ; on en est quitte pour mettre moins de lait dans les flacons à stériliser, ouvrir un flacon à chaque fois et procéder au mélange comme avec le lait ordinaire.

Dans les cas mêmes où l'on croit devoir recourir à l'usage du lait concentré, qui parfois réussit où le lait stérilisé échoue, il est facile de délayer ce lait concentré dans l'eau de Vals.

Mais il demeure entendu que la diète hydrique, par l'eau de la Reine pure, doit toujours précéder toute tentative d'alimentation ultérieure.

Il est fort rare qu'avec cette manière de procéder les vomissements reviennent ; si par hasard ils réapparaissaient, il conviendrait de supprimer à nouveau le lait, de donner l'eau de la Reine pure et de reprendre la méthode en son entier.

En même temps que les vomissements disparaissent, la diarrhée se modifie : l'odeur et la réaction des selles changent rapidement, leur couleur devient plus normale, elles prennent peu à peu un caractère franchement muqueux. L'affection est alors devenue relativement bénigne ; elle disparaît souvent d'elle-même, ou, si elle se prolonge, elle devient facilement justiciable d'une potion au bismuth.

En résumé, l'action de l'eau de la Reine est d'abord tempérante, puis substitutive. Ajoutons qu'en aucun cas elle ne peut être nuisible et qu'elle n'empêche l'usage d'aucun médicament, pas même de l'acide lactique si son indication spéciale se rencontre.

L'usage de l'eau de la Reine n'est pas seulement curatif, c'est encore un des meilleurs moyens préventifs contre la diarrhée, et le nombre est nombreux des mères qui, par précaution, au moment des chaleurs, coupent le lait de leurs enfants avec une quantité d'eau plus ou moins grande.

De même, chez les enfants affaiblis par la maladie, alors que les symptômes dangereux auront été conjurés, il pourra être utile de continuer l'usage de la Reine.

Mais ce qu'il faut éviter, c'est que la bouteille d'eau de Vals reste débouchée pendant un temps plus ou moins long, qu'elle soit mal bouchée, qu'elle reste exposée à la chaleur. Il est facile de tenir la bouteille renversée dans un pot et de la laisser séjourner à la cave ; de cette façon elle conserve ses qualités jusqu'à la fin de la bouteille.

Ce qu'il faut éviter bien davantage encore, c'est qu'on se serve d'eau conservée en vidange depuis un temps plus ou moins long, des semaines, des mois, parfois même une année ?

Quelque invraisemblables que puissent paraître de semblables causes d'insuccès, elles existent et le médecin doit se tenir en garde contre elles.

Chez les enfants élevés au sein, les vomissements et la diarrhée sont plus rares : on les voit pourtant survenir à la suite d'indigestions répétées, les mères n'apportant aucune régularité dans les tétées et laissant généralement l'enfant absorber une quantité de lait trop considérable.

La première chose à faire en pareil cas, est de modifier l'hygiène défectueuse ; mais l'eau de la Reine peut encore se montrer très utile : on la donne alors par cuillerées avant chaque tétée pour faciliter la digestion.

Si les vomissements continuent, on cesse le lait pour donner l'eau de Vals pure et on reprendra, après leur disparition, l'alimentation au sein d'une manière méthodique.

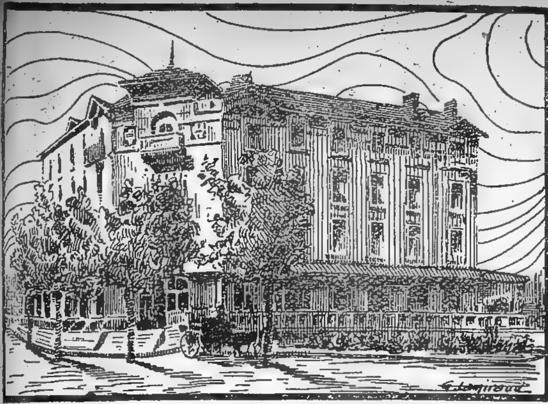
L'administration de l'eau est alors plus difficile qu'avec le biberon, mais les résultats qu'elle donne sont encore excellents.

Ce traitement des diarrhées infantiles par la Reine de Vals n'est plus une nouveauté : préconisé, il ya trente cinq ans environ, il a été accueilli avec la faveur la plus marquée par le corps médical, et une expérimentation prolongée n'a fait que confirmer sa valeur.

Si nous avons cru devoir le rappeler au moment où les diarrhées infantiles vont redevenir la maladie saisonnière prédominante, c'est que les communications faites aux sociétés savantes ou les articles parus dans la presse médicale le laissent vraiment un peu trop dans l'ombre.

Nous ne voulons certes pas dire que les moyens qu'on préconise ne donnent pas de résultats — mais nous ne pouvons pas non plus ne pas nous étonner qu'on fasse le silence sur un traitement qui, à lui seul, a donné plus de succès que tous les autres réunis.

A. G.



« Hôtel du Parc », 25 *fr. en août*, 22 *fr. en septembre*

L'eau de La Roche-Posay se digère facilement ; l'estomac la sent à peine ; une envie d'uriner impérieuse survient très vite après son absorption. Ainsi s'explique que certains baigneurs en absorbent des quantités considérables.

Les Maladies guéries à La Roche-Posay

Ce sont toutes celles qui relèvent de l'Arthritisme. Nos eaux sont un puissant solvant de l'acide urique, des urates, de tous les poisons et déchets de l'organisme. Leur absorption permet un lavage de tous les viscères : rein, foie, cœur, estomac, intestin, etc. ; un décapage et un lessivage de nos tissus si on peut dire ; tout est évacué dans l'abondante débâcle d'urines : le vase de nuit se teinte en rouge-brique.

Deux grandes modalités de l'Arthritisme sont particulièrement influencées :

I. — L'ARTHRITISME QUI SE PORTE AUX JOINTURES, AU REIN, AU FOIE. — Il comprend les manifestations suivantes :

1° ***Goutte, Rhumatisme***;
2° ***Lithiase rénale*** (coliques néphrétiques, sables, calculs);
3° ***Lithiase biliaire*** (boue biliaire, sable biliaire, coliques hépatiques), ***Ictères, Cholémie***.

II. — L'ARTHRITISME QUI SE PORTE A LA PEAU, c'est-à-dire :

L'Eczéma. — L'Eczéma est une des manifestations les plus caractéristiques de l'arthritisme : c'est « l'arthritisme qui sort à la peau » ; c'est une élimination au travers des téguments des poisons et toxines de l'organisme. Ici l'action des eaux de la Roche-Posay tient absolument du prodige ; elle est telle qu'à l'heure actuelle la Station est classée par les médecins compétents comme la première de France et d'Europe. Le Pr Landouzy, le maître éminent et regretté de la Faculté de Médecine de Paris, l'a proclamé d'une façon péremptoire : « *L'Eczéma appartient à la Roche-Posay* ». Les Eczémas les plus irritables, les plus suintants, les plus prurigineux, ceux dont les démangeaisons sont intolérables, sont modifiés *dès les premiers jours*, d'une manière presque incroyable, par les bains et par la boisson : le *bain* recouvre la peau d'une fine pellicule blanchâtre, due aux sels des eaux, qui constitue un pansement, un vernis, une sorte d'émail cicatrisant ; la *boisson* en éliminant les poisons de l'organisme, en le « dépurant », met à l'abri des récidives. Un troisième mode de traitement, la *pulvérisation*, agit remarquablement sur les Eczémas du visage : elle soulage instantanément le malade, calme la démangeaison.

Écoutons les opinions de médecins éminents :

Le Prof. Brocq, médecin-chef de l'hôpital Saint-Louis, écrit dans son travail sur le « traitement des Dermatoses par les eaux minérales et les climats » : « La Roche-Posay possède des eaux qui ont une *grande réputation* dans le traitement des *eczémas irritables* ».

Le Prof. Landouzy, venu, il y a quelques années avec une caravane de plus de 120 médecins pour étudier les vertus des eaux (V.E.M.), prononça ces paroles catégoriques : « Les *Dermatoses*, d'une manière générale, et l'*eczéma* en particulier, *appartiennent incontestablement à La Roche-Posay* ».

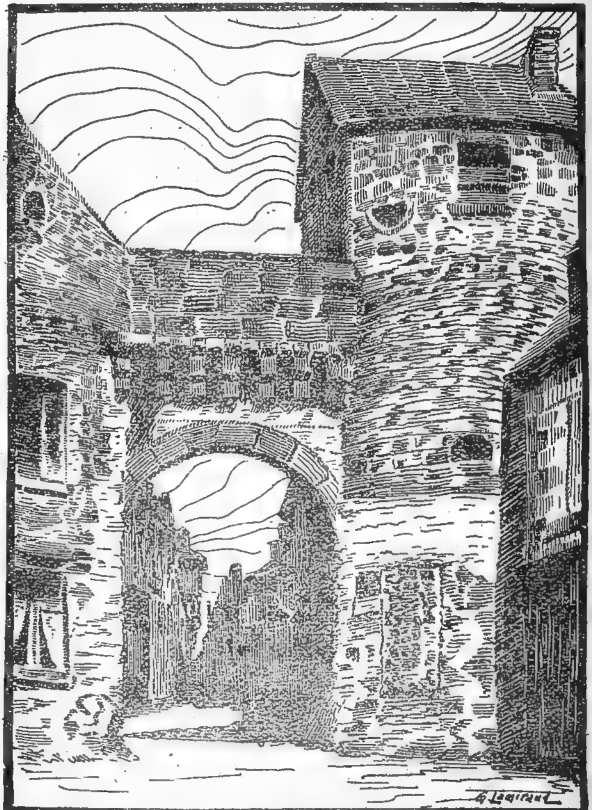
Enfin, dans un travail communiqué au Congrès international de Venise en 1905, et que l'Académie de Médecine a couronné, le Prof. Morichau-Beauchant, de Poitiers, et le Dr Œconomo écrivent :

« C'est surtout dans l'*eczéma* que la cure a semblé avoir des effets quasi-spécifiques. Dans tous les travaux des anciens auteurs, cette action est signalée... Sont surtout modifiés, les eczémas suintants, les formes prurigineuses, irritables, rebelles à tout traitement local, sujettes aux poussées incessantes. Le *prurit*, en particulier, était dans presque tous les cas, le symptôme le plus rapidement influencé. Nous avons vu, chez des malades porteurs d'*eczémas de l'anus*, avec démangeaisons insupportables empêchant le sommeil, et qu'aucun traitement n'avait pu modifier, le prurit disparaître dès les premiers bains et les nuits redevenir paisibles ».

La plupart des Maladies de Peau sont d'ailleurs améliorées ou guéries : l'*Acné*, les *Séborrhées*, les *Folliculites*, l'*Impétigo*, certains *Lichens prurigineux*, le *Prurigo*, l'*Urticaire* (1).

(1) *Nota*. — La Roche-Posay est à 6 heures de Paris, à 5 heures de Bordeaux. On quitte à Châtellerault l'express Paris-Bordeaux pour prendre la ligne du Blanc. La Roche-Posay est sur cette ligne, à 22 kilomètres. Départ de Paris à midi ; arrivée à La Roche-Posay à 5 h. 40.

Recommandons l'*Hôtel du Parc* : bonne cuisine, régimes ; pension à partir de 25 fr. en août, 22 fr. en septembre



La « Porte-de-Ville », ancienne et admirablement conservée.

améliorer certains troubles vagues, dont se plaignent ces malades.

Du choix des anesthésiques en chirurgie.

(M. Ozenne. — *Société des chirurgiens de Paris*).

M. Ozenne est resté fidèle au chloroforme pour l'anesthésie chirurgicale. Le chloroforme doit être fraîchement rectifié et conservé à l'abri de l'air. Il faut tenir compte des contre-indications. Ne pas y recourir chez les sujets qui redoutent d'être endormis : on connaît les syncopes mortelles survenues dans ces conditions chez des patients simplement soumis à une simulation d'anesthésie chloroformique. Eviter son emploi, également, chez les blessés en état de shock, dans les violentes luxations traumatiques récentes, chez les malades atteints de dégénérescence avancée du foie, des reins, du cœur, de tuberculose massive. Sur un chiffre de 8 à 10.000 chloroformisations, M. Ozenne n'a pas eu un seul accident mortel.

M. Siegel, dans deux cas d'état demi-syncopal survenu au cours d'une anesthésie chloroformique, a pu améliorer très rapidement la situation par une injection de 250 gr. de sérum physiologique additionné de 15 gouttes d'adrénaline. Cette double observation l'incite à penser que, peut-être, la syncope chloroformique relève d'une insuffisance surrénale aiguë. Une injection préalable adrénalino-hypophysaire aurait des chances, dans cette hypothèse, de prévenir l'accident syncope.

Deux anesthésies à l'éther par voie intra-rectale.

(M. Nicolas. — *Soc. des chirurgiens de Paris*)

M. Nicolas, chirurgien en Nouvelle-Calédonie, a anesthésié à l'éther par voie intra-rectale, une femme canaque, pour amputation du bras. Il administra une première fois un lavement composé de 15 cc. d'huile camphrée, 35 cc. d'huile d'olives et 90 cc. d'éther. Au bout de cinq minutes commença un sommeil doux, tranquille, qui devint à peu près complet après 20 minutes. Par suite d'un incident instrumental (le chirurgien opérait en pleine brousse) l'intervention dut être remise. Au bout d'une heure, la malade se réveilla, sans secousses.

Deux jours après, nouvelle anesthésie. Après lavement évacuateur, lavement gardé contenant 120 c. c. d'éther (c'est la dose indiquée par Chabardès pour une femme de taille normale). Même cycle anesthésique : sommeil naturel, doux, sans cyanose. Au bout de 20 minutes, résolution musculaire complète, réflexes oculaires supprimés. Quelques réflexes cutanés persistant, l'auteur complète l'anesthésie par 30 gouttes de chloroforme sur une compresse.

M. Nicolas insiste sur l'extrême douceur de l'anesthésie ainsi obtenue. Un autre avantage est la façon simple d'administrer l'éther, de cette manière, et ainsi la possibilité d'obtenir le sommeil sans appareil, sans aide. C'est un procédé appelé à rendre des services dans « la brousse », et peut-être aussi — l'expérience le montrera — dans la pratique urbaine.

La réaction de Weichbrodt dans le liquide céphalo-rachidien.

(MM. Guillain et Gardin. — *Société de Biologie*).

Weichbrodt a décrit en 1916 une réaction obtenus en mélangeant 3 parties d'une solution de sublimé à 1 p. 1.000 avec 7 parties de liquide céphalo-rachidien. Lorsque le liquide céphalo-rachidien est normal, le mélange reste clair (réaction négative). Dans les cas pathologiques, il se produit un trouble immédiat ou après quelques minutes.

La valeur de cette réaction a été discutée par divers auteurs. MM. Guillain et Gardin estiment qu'elle peut fournir des renseignements intéressants dans la syphilis du névraxe.

L'ail, médicament hypotenseur.

(MM. Lœper, Debray et C. Bert. — *Société de Biologie*).

Les extraits d'ail jouissent d'une action révulsive et antiseptique. Leur élimination par les voies respiratoires explique leur efficacité dans certaines affections du poumon.

MM. Lœper, Débray et C.-Bert ont constaté, en outre, en expérimentant sur des chiens, que l'ail possédait des propriétés hypotensives. Cette hypotension a d'ailleurs été retrouvée, en clinique, chez l'homme, et semble assez durable.

Effets de la castration partielle.

(MM. Lipschutz, Ottow et Wagner. — *Société de Biologie*).

MM. Lipschutz, Ottow et Wagner concluent de leurs recherches qu'il suffit d'un fragment ne représentant que 1 p. 100 de la quantité testiculaire normale, pour fournir la sécrétion interne nécessaire au développement des caractères sexuels. Le reliquat ainsi laissé du testicule ne s'hypertrophie pas, contrairement à ce qu'on observe après la castration unilatérale, où se produit une hypertrophie nette du testicule intact.

Action de l'eau de la Bourboule sur la nutrition.

(MM. Aloy et Bru. — *Société de Biologie*).

MM. Aloy et Bru ont recherché l'action biologique de l'eau de la Bourboule, source Choussy (0 gr. 028 d'arséniate de soude par litre). Ils ont administré à cet effet, à des chiens, pendant 4 à 5 jours, une dose quotidienne de 300 cc. d'eau de la Bourboule. Les auteurs ont pu constater une diminution des échanges respiratoires et une aug-

mentation du poids de l'animal, attribuables à l'action modératrice de l'arsenic sur le métabolisme général et une utilisation plus parfaite des principes nutritifs.

Les porteurs sains du virus encéphalitique.

(MM. Levaditi, Harvier et Nicolau. — *Société de Biologie*).

Les expériences de MM. Levaditi, Harvier et Nicolau les ont conduits à penser que la salive de certains sujets sains contient un virus identique à celui de l'encéphalite léthargique. Le virus en question provoque chez le lapin une kératite suivie d'encéphalite. Il existerait dès lors de véritables porteurs sains de germes encéphalitiques.

M. Levaditi se propose de revenir sur une autre question, étudiée dans son laboratoire, par Blanc et Ceminopetros entre autres, à savoir les rapports du virus de l'encéphalite léthargique (malades et porteurs) avec celui dit de l'herpès. Les deux virus lui ont paru identiques, celui de l'herpès étant seulement plus atténué.

M. Netter trouve là une confirmation des idées qu'il a soutenues sur la présence du virus de l'encéphalite dans la salive. Par la salive, un sujet sain ayant été en rapport avec des malades, peut propager l'affection.

P. L.

Les varices internes des membres inférieurs existent-elles ?

(M. L. Mabille. — *Société de pathologie comparée*).

M. L. Mabille montre que le syndrome clinique des varices internes, décrit par tous les traités, n'a pas de personnalité propre. C'est un cadre fourre-tout, où l'on fait entrer des affections très différentes parce qu'elles ont une symptomatologie identique et rapprochée.

La question est d'importance, car sans diagnostic exact, pas de thérapeutique sûre.

La méthode biométrique imaginée par le Dr Léon Mabille pour déceler la nature des troubles circulatoires veineux et en mesurer le degré, permet d'établir des catégories très nettes parmi les états variqueux si complexes.

Chaque variété s'inscrit avec un diagramme particulier. Or, ayant examiné 589 sujets atteints soi-disant de varices internes, et s'étant entouré de tous les renseignements cliniques, il a pu constater que 72 étaient en réalité atteints de varices occultes, dont 54 de dilatation veineuse cachée par le pannicule adipeux, 18 d'insuffisance valvulaire sans dilatation apparente. 292 cas devaient être rattachés à des troubles endocriniens (thyroïdiens, ovariens, surrénaux) ; 83 cas à l'asthénie générale ou vaso-motrice dont 5 causalgies ; 57 à des troubles circulatoires d'origine cardio-rénale ; 85 cas appartenaient à des affections diverses, rhumatisme, cellulite 27 cas ; syphilis : ulcères syphilitiques 29 cas, douleurs ostéocopes 18 cas, tabès au début 11 cas.

La justesse de cette répartition a été d'ailleurs vérifiée pas les résultats thérapeutiques obtenus et la constatation de l'évolution consécutive.

BIBLIOGRAPHIE CRITIQUE

Revue des Livres.

L. Vidal et M. Dareau. — **Dictionnaire de spécialités pharmaceutiques**, aide-mémoire portatif (format 145 × 80) relié toile souple, édition comprenant :

1° *Nomenclature complète* purement nominale de toutes les spécialités pharmaceutiques médicales avec noms et adresses des fabricants.

2° *Dictionnaire* donnant tous les renseignements essentiels (composition, formules, posologies, etc.), qui permettent la prescription des spécialités sans erreur.

3° *Tables par indications thérapeutiques* des spécialités figurant au dictionnaire, facilitant la recherche du produit le mieux approprié au cas donné.

Dr G. Cazal-Gamelsy. — **L'émanation de radium aux eaux de Luchon dans la goutte, le rhumatisme, les névralgies.**

On sait qu'à la suite de récentes recherches sur la radioactivité des eaux de Luchon, complétant les premières recherches du Pr Moureu, M. Lepage a découvert des sources, dont la teneur en émanation met Luchon à la tête des stations françaises, et aux tous premiers rangs des stations radio-actives du monde. L'importance de cette découverte est telle que ces eaux vont, dès cette année, être utilisées pour leur seules vertus radioactives en un établissement spécial.

M. Cazal-Gamelsy a recherché quelles sont les indications précises des émanations en médecine interne et il en fait une excellente revue générale, dans une belle monographie qu'il consacre à Luchon. Monographie succincte, mais complète et présentée avec une remarquable précision. M. Cazal-Gamelsy définit pour ses confrères les caractéristiques des eaux de sa station qu'il classe ainsi : sulfhydriques, polysulfurées, hyposulfitées, blanchissantes ; et rappelle, dans le détail, leurs indications si connues dans les *voies respiratoires*, les *dermatoses*, la *syphilis*, les *rhumatismes*.

Pour l'émanation de radium, il n'a voulu rete-

nir que ce qui est immédiatement applicable, à Luchon, en médecine interne. Il rappelle sa propriété de rendre soluble le composé insoluble de mono-urate de soude (Gudgent, Mezerniski, Servonat), son action sur les corps puriques et leur décompoition ultime en CO^2 et ammoniaque ; son action anti-inflammatoire (Fafonow), et l'activation des ferments : autolytiques, diastasiques, pancréatiques, glycolytiques, peptiques... Ces expériences *in vitro* sont d'ailleurs confirmées par la clinique, et l'on trouve dans les observations publiées que l'émanation produit une activation des échanges respiratoires, une déviation de la formule d'Aneth vers la droite ; une augmentation du nombre des globules rouges. Dans l'uricémie, de nombreux auteurs (His, Gudgent, Falta et Freund, Teissier) ont constaté la disparition de l'acide urique endogène dans le sang (His 37 fois sur 50 goutteux).

De la statistique qu'il a pu réunir, M. Cazal-Gamelsy trouve :

Uricémie : 275 guérisons ou grandes améliorations sur 303 cas traités ;

Rhumatismes : sur 976 cas réunis,on compte 523 grandes améliorations et des guérisons nombreuses.

Par ailleurs, l'émanation a donné d'excellents résultats dans des névralgies, et souvent une sédation remarquable dans certaines viscéralgies ou douleurs fulgurantes du tabès.

Pour les rhumatismes, ce sont assurément les formes diathésiques qui donnent les plus beaux succès à cette thérapeutique, et l'auteur rappelle que nombre de rhumatismes ne sont que les manifestations d'une uricémie larvée.

De son étude consciencieuse et complète, M. Cazal-Gamelsy croit pouvoir conclure qu'à Luchon, où l'émanation de radium est ordonnée en boisson, en bains et en inhalations, les indications de la cure sont les suivantes :

Sédation de tous les états algiques.

Ralentis de la nutrition, par activation des ferments.

Etats uricémiques et goutte, par élimination d'acide urique.

Rhumatismes diathésiques et goutteux.

Névralgies.

Névropathies à point de départ utéro-annexiel.

Tabès.

C'est, en tous cas, conclut M. Cazal-Gamelsy, une thérapeutique encore jeune, malgré ses indications déjà bien précises, et il convient d'apporter la modeste contribution de ses observations personnelles à cette voie nouvelle qui s'ouvre à la clinique des eaux de Luchon

Dr P. CHARPIN. — **Sur un cas d'hémorragie méningée et ventriculaire au cours de la méningite cérébro-spinale du nourrisson.** (Amédée Legrand, édit., Paris.)

Des ponctions lombaires soigneuses et répétées, et, au besoin, des ponctions ventriculaires, sont nécessaires pour dépister les hémorragies méningées, crâniennes ou rachidiennes, ainsi que les hémorragies ventriculaires, isolées, associées, ou coexistant avec des hémorragies encéphaliques ou médullaires, leur diagnostic clinique étant le plus souvent, impossible.

Leur constatation doit inciter le médecin à porter un pronostic encore plus sombre qu'à l'ordinaire, puisqu'il est impuissant à leur opposer une thérapeutique efficace.

Dr Robert BOURDIN. — **Les eaux chlorurées sodiques de Besançon-la-Mouillère. Indications thérapeutiques. Essai d'étude bactériologique.** (Imprimerie de l'Est, Besançon.)

Dr René LAVAUX. — **Les arséno-mercurio-résistances (novarsénobenzol et cyanure de mercure).** (Jupas et Machard, Versailles.)

Les arsénicaux combinés aux sels mercuriels sont actuellement les agents les plus puissants de la thérapeutique anti-spécifique. Dans les cas d'arséno-résistances, le calomel semble le traitement le plus actif.

Les sulfates de terres rares de la série du cérium employés dans ces cas d'arséno-mercurio-résistances semblent agir soit en renforçant l'effet thérapeutique des sarsénicaux (en particulier du novarsénobenzol) et du mercure combinés, soit par leur pouvoir antiseptique général et cicatrisant local.

Dr J. TAILLIET. — **Les hémorragies récidivantes de la rétine et du vitré.** (Jouve et Cie, édit., Paris.)

La syphilis héréditaire joue un rôle prépondérant dans l'étiologie des hémorragies intra-oculaires récidivantes. Après elles, viennent la tuberculose et les toxémies.

Des troubles dystrophiques d'origine pluriglandulaire se notent avec une assez grande fréquence dans les cas d'hémorragies endoculaires et sont justiciables d'un traitement opothérapique. Comme traitement adjuvant, il faut signaler le sérum sérique antihémorragique de Dufour qui a déjà donné des résultats très appréciables et mérité à ce titre d'être retenu.

PARTIE PROFESSIONNELLE

MÉDECINE SOCIALE

Le projet de loi assurance-maladie-invalidité-retraite.

XI

3° Système du ticket, dit système lyonnais.

Ce système, qui est usité depuis nombreuses années, dans toute la région lyonnaise, pour le service des mutualités, consiste en ceci :

Un contrat, passé entre la collectivité privée et le syndicat médical local, précise à quel taux les soins médicaux seront donnés aux ayant-droits. Tout est prévu : prix de la consultation au cabinet, prix de la visite en ville, tarif des kilomètres, des différentes opérations de petite et de grande chirurgie, comme de spécialités, etc.

Une commission de contrôle, composée mi-partie de membres élus par la mutualité, mi-partie de médecins élus par leurs pairs, connaît de tous les conflits, comme de toutes les améliorations à apporter au fonctionnement du service.

Une liste est publiée chaque année, indiquant les noms et adresses des docteurs, qui acceptent le tarif, et la juridiction de la commission de contrôle.

Chaque sociétaire achète d'avance un carnet de bons de visites et un carnet de consultations. Il en paie le prix au trésorier de sa mutualité.

Est-il malade, il fait appel au médecin de son choix, parmi ceux qui acceptent les bons en paiement et donne au praticien une feuille détachée du carnet à souche, pour chaque acte médical. Certaines interventions (la nuit, le dimanche, etc) obligent le malade à donner deux tickets au docteur.

Avantages.

Payant de sa poche l'achat des tickets, le malade n'est pas tenté de faire appeler inutilement le médecin. Mais payant peu pour ce ticket, il n'hésite pas à recourir à l'homme de l'art, dès qu'il en a besoin.

Ce contrôle à la base, ce contrôle des abus provenant du malade lui-même est efficace, puisque le malade paie une quote-part, pour le dérangement du praticien: ainsi tombe le gros reproche fait au système du forfait, dans lequel le malade n'a rien à débourser.

En second lieu, moins de fatigues pour le docteur, car, par raison d'économie, le malade préfère consulter au cabinet, plutôt que de faire venir le médecin à domicile.

Quant au médecin, il est sûr d'être rémunéré, au prorata du nombre de ses bons de visite et de consultations. Il sait quelle somme il aura à toucher de la société, d'après le total de ses tickets.

Quant à la collectivité, elle voit faciliter son service de contrôle, ainsi que le fonctionnement du service médical, dont elle a la charge.

Inconvénients.

Le premier est la tarification à établir. Les actes médicaux sont très divers et nous avons la preuve de la difficulté de la fixation de pareil tarif, en voyant les travaux nombreux et ardus, qu'a nécessité le tarif des accidents du travail.

Avec le projet de loi assurance maladie faudrait-il n'envisager qu'une catégorie, pour le tarif, ou devrait-on établir une catégorie pour les malades des dernières classes et un autre plus élevé pour les ayant-droits des classes plus élevées ?

En second lieu, nous retombons dans l'imprécision budgétaire, en ce qui concerne le coût total d'une année de soins, étant donnée l'absence de toute table de morbidité.

Conclusions générales.

De cette longue étude, comme des conversations et discussions que nous avons entendues, sur le sujet, dans milieux tant médicaux qu'extra professionnels, nous pensons pouvoir dégager les observations suivantes :

1° En tant que citoyen, nous ne pouvons que donner notre assentiment à un projet de loi qui organise la prévoyance sociale. C'est ainsi réaliser la lutte contre la misère, contre la maladie, c'est augmenter la longévité des français, c'est encore améliorer notre race, en combattant les affections pathologiques, les habitudes de mauvaise hygiène, voire même les infections sociales (syphilis, tuberculose, alcoolisme), qui diminuent notre résistance.

Nous approuvons également ce projet, qui donnera aux travailleurs la sécurité du morceau de pain, tant en cas d'invalidité prématurée qu'au moment où la vieillesse restreint les aptitudes au travail.

Mais, si les travailleurs manuels sont garantis, disons très haut que ces manuels ne sont pas les seuls intéressants. On oublie trop les intellectuels, cette foule de travailleurs qui ne font pas bruyamment entendre leurs revendications et qui cependant ont une vie de labeur souvent plus malheureuse que celle des manuels.

Écoutons la C.T.I. (confédération des travailleurs intellectuels) qui, à la suite d'un travail remarquable, dû à quelques spécialistes, vient de démontrer que le salarié de l'industrie n'est pas le seul qui doive être le bénéficiaire de la loi.

Pour nous, médecins, méditons sur les difficultés que l'Association générale des médecins de France, et que la Mutualité familiale du Corps médical français ont rencontré pour assurer nos confrères contre la maladie, l'accident et l'invalidité.

Personnellemmnt, je crois qu'il y aurait tout avantage pour ma profession, de la voir bénéficier, à titre facultatif, des avantages du projet de loi.

2° Mais, il ne faut pas, pour le bien public, sacrifier toute une corporation. Les soins médicaux ne peuvent pas être taxés comme une fourniture, ou une marchandise quelconque.

Le gros argument, qui est présenté en faveur du système de la rémunération médicale à forfait dans le projet de loi, consiste en la nécessité de donner, au ministre des finances, une prévision budgétaire. En l'absence de toute table de morbidité, il est impossible de prévoir le nombre probable d'actes médicaux divers : il est donc nécessaire d'imposer au corps médical une rémunération forfaitaire qui, d'ailleurs, ne fonctionnera que pendant les cinq premières années.

A ceci, nous pouvons répondre que le ministre des finances n'a rien à voir dans l'établissement de ce budget de soins, puisque ce n'est pas l'État, mais les caisses qui doivent payer les frais médicaux et pharmaceutiques. Jamais une somme quelconque, sous ce titre, ne figurera au budget soumis au Parlement.

Pourquoi ne pas laisser les caisses s'arranger localement avec le corps médical ?

Craindrait-on que, pour les régions éprouvées par une épidémie, il puisse se produire un déficit ? Mais le système ingénieux des réservoirs, prévus dans le projet de loi, permettrait de rétablir l'équilibre : les régions moins éprouvées venant au secours des autres.

3° Constatons que, lorsqu'on parle d'impossibilité, pour fixer un tarif médical d'avance, on nous donne la même imprécision pour déterminer le forfait global des frais médicaux et pharmaceutiques. A quoi répond ce chiffre de 72 francs ? Il ne tient compte que des recettes probables des caisses et non pas du travail professionnel que médecins et pharmaciens auront à accomplir.

4° L'exemple de l'Alsace-Lorraine n'est pas encourageant. Les médecins, pour la plupart, nous ont montré les inconvénients du système à forfait : seuls les « lions de caisses » ou ceux qui ne veulent pas changer leurs habitudes prises, acceptent encore le mode actuel.

5° Il convient également de considérer que la profession médicale a besoin d'une grande indépendance, pour correctement remplir sa mission sociale. Le bon exercice de la médecine est basé sur la liberté de confiance entre malade et médecin, sur la liberté des tractations, concernant le quantum des honoraires.

Il faut également exiger que le médecin soit suffisamment rémunéré, pour qu'il ne soit pas tenté de faire de la médecine à la grosse, ni des consultations hâtives et peu efficaces. Il faut également exiger du praticien un minimum de connaissances scientifiques ; il doit être à même de se tenir constamment au courant des progrès de la science, pour en faire bénéficier ses malades.

Il est enfin nécessaire d'envisager une collaboration de plus en plus étroite du corps médical avec les pouvoirs publics. Le projet de loi sur les assurances sociales provoquera des transformations profondes dans l'art de guérir. Le malade aura tendance à être non plus soigné chez lui, mais dans la maison de cure, dès que son affection nécessitera des soins assidus ou spéciaux. C'est encore le corps médical qui sera chargé, par les caisses, d'organiser la prophylaxie sociale, de concevoir les moyens propres à préserver le plus possible nos concitoyens des contagions, à répandre les notions d'hygiène dans tous les milieux.

Aussi, les médecins devront-ils être considérés moins comme des entrepreneurs de soins, payés à forfait ou à la tâche, que comme des collaborateurs sociaux, devant aider les pouvoirs publics dans la grande lutte contre la morbidité et contre l'invalidité prématurée.

Il est donc indispensable que, pour le bon fonctionnement de la loi future, tous les intéressés soient à même de collaborer, en toute conscience : c'est en s'adressant à l'intérêt individuel de chacune des parties, c'est en forçant les bénéficiaires de la loi à surveiller les abus, en conjonction avec les caisses et avec les médecins, que nous arriverons à un résultat tangible et pratique.

6° Au sujet des modes de paiement des honoraires médicaux, disons, pour résumer rapidement les études que nous avons faites, que si le régime de la liberté absolue, (qui alloue au malade une indemnité forfaitaire globale) présente, pour les médecins, le danger de non paiement par certains malades trop pauvres, ou peu consciencieux, il présente comme avantage le respect de la liberté complète entre malade et médecin.

Il présente également l'inconvénient de ne pas donner au malade des prestations médicales en nature ; mais il respecte pour l'ayant droit la librté complète de se faire soigner comme bon lui semble et par qui lui convient.

Quant au système lyonnais, il a fait ses preuves et a donné toute satistaction aux parties en présence. Mais, le corps médical aura à discuter l'établissement d'un tarif de soins (encore un tarif !).

Le système du forfait, versé aux syndicats médicaux, avec la compensation du ticket, est le seul dont le Parlement veuille actuellement entendre parler, car il permet d'établir des pré-

cisions budgétaires et de ne pas faire un saut dans l'inconnu.

Cependant, les inconvénients sont nombreux et il est inutile d'y revenir.

A nos confrères de conclure, chacun dans leurs syndicats. Mais, pour que les bases de la discussion soient étayées par des textes, nous avons entrepris l'étude d'un contrat type, tel qu'il pourrait être établi entre syndicat médical et caisse régionale, au cas où la loi serait votée avec le tarif forfaitaire, qui est prévu dans le projet.

Notre devoir n'est pas de nous cantonner dans une opposition plus ou moins systématique ; mais bien au contraire d'étudier les textes qui nous sont soumis. C'est en supposant le problème résolu, c'est en travaillant comme si la loi était votée que, par l'étude des applications pratiques, nous verrons les modifications à présenter à la Chambre des Députés.

Nous sollicitons donc, de nos confrères, leurs suggestions et réflexions, pour que nous puissions mettre sur pied les amendements et projets à présenter aux législateurs, lorsque les délégués de l'Union des syndicats médicaux seront invités par le Parlement à faire connaître l'opinion du corps médical.

Allant même plus loin, il convient que les praticiens puissent considérer de quelle manière pourraient être donnés les soins, au cas où le Parlement donnerait suite à son intention de rendre obligatoire l'assurance pour tous les français ; mais en n'accordant le bénéfice des soins médicaux qu'aux classes laborieuses et modestes.

Aussi, fidèle à ses origines, le *Concours médical*, société d'études, continuera l'examen de toutes les solutions possibles, comme de toutes les modifications à apporter au projet de loi, pour que nos confrères puissent être suffisamment documentés pour arrêter, en syndicat, la ligne de conduite à suivre.

Dr Paul Boudin.

II

Le médecin et les lois sociales nouvelles.

Les articles qui ont été publiés dans le *Concours médical* nous ont valu un grand nombre de lettres dont la lecture nous a été très agréable. Ces lettres nous prouvent en effet que, comme nous le supposions, nous n'étions pas seul à réclamer pour le médecin, dans la Société moderne, un régime de liberté qui nous paraît seul capable de le défendre contre la fonctionnarisation.

De ces lettres, nous nous bornons à publier les plus expressives.

Mon cher Duchesne,

Vous avez combattu le bon combat, vous avez maintenu la tradition du malade libre devant le médecin libre et repoussé dans leurs relations l'intrusion de tout organisme étranger, qu'il s'appelle mutualité, assurance, caisse... ou État. Des intentions des réformistes, que je veux bien croire excellentes, vous avez fait appel à l'expérience et ajourné les enthousiastes actuels à vingt ans ! Laissez-moi vous dire que vous avez eu mille fois raison.

L'État ne peut rien faire sans montrer immédiatement des exigences vexatoires : nos confrères devraient pourtant le savoir — comment cela ne leur ouvre-t-il pas les yeux ?

Un projet est à peine conçu qu'on prévoit déjà des abus, qu'on imagine des contrôles, des restrictions, des pénalités, tout cela, bien entendu, tâtillon, compliqué, comme tout ce qui émane de notre sacro-sainte bureaucratie.

Et dire qu'il serait si simple de laisser les gens se débrouiller entre eux !

La réforme sociale, si tant est qu'elle soit indispensable, serait-elle donc compromise si l'on tenait aux intéressés ce langage :

« Mon ami, tu es arrêté par la maladie, on te donne une indemnité de tant par jour pour t'aider à te soigner et à vivre, toi et les tiens.

« Il est bien entendu qu'il faut que tu sois réellement malade, et pour cela, tu apporteras un certificat de ton médecin ; il faut que tu te soignes, et tu renouvelleras le certificat dans telles et telles conditions. Mais, en dehors de cette formalité indispensable, tu seras libre de te faire soigner par ton médecin habituel, de faire appel au chirurgien ou au spécialiste qui a ta confiance, de te soigner chez toi, d'entrer à l'hôpital ou dans une maison de santé. En un mot, tu feras comme tu voudras, avec cette seule différence qu'on viendra à ton secours et qu'on s'efforcera d'empêcher que la maladie te jette dans la misère ? ? »

Je ne vois pas ce que personne aurait à y perdre, mais je vois bien ce que tout le monde y gagnerait.

Oh ! alors, il n'y aurait pas besoin de commission tripartite, pas besoin de contrôle, pas besoin de fonctionnaires, pas besoin de paperasses. Il n'y aurait pas d'orages dans les syndicats, pas de discussions passionnées. Il n'y aurait pas de contrats collectifs, pas de catégories de communes, pas de tarifs ministériels ou autres. Il n'y aurait que des malades libres et des médecins libres.

Voilà, mon cher ami, ce que je pense avec vous et ce que, j'en ai la conviction, penseront un très grand nombre de nos confrères quand ils auront bien voulu examiner la question d'un peu près.

A moins que, décidément, nous ne soyons plus à la page ni l'un ni l'autre.

A. Gassot.

***

Mon cher Confrère.

Je viens de lire votre bel article dans le *Concours médical* du 10 juillet.

Non certes, vous ne radotez pas, malheureusement ! Je crois, au contraire, que c'est le bon sens et la sagesse qui vous inspirent, et je crains que vous n'ayez que trop raison !

J'estime, comme vous, que le corps médical se trouve actuellement à un tournant excessivement dangereux, et je me demande avec anxiété si ses dirigeants lui ont bien fait prendre la bonne route. Je tremble que cette route qui, pour l'instant, apparaît assez large, n'aboutisse à une impasse au fond de laquelle nous trouverons, ainsi que vous le dites, la fonctionnarisation, le salariat, l'esclavage...

Le tort de beaucoup de médecins, même excellents syndicalistes, est de trop se désintéresser de ces questions, et de ne pas lire avec suffisamment d'attention, ou même de ne pas lire du tout, les études que publie actuellement le *Concours médical* sur la grave question de l'Assurance invalidité-maladie. Grâce à ces documents, ils pourraient se rendre compte du terrible danger qui nous menace. Ce sera le premier anneau de la chaîne au moyen de laquelle la collectivité nous ligotera peu à peu. Et cela sûrement, fatalement, si nous avons la faiblesse de tomber dans le piège qui nous est tendu et qu'on cherche à nous dissimuler pour l'instant sous des roses.

Oui, qu'on le veuille ou non, nous serons aux gages de la collectivité représentée en l'occurrence par les caisses d'assurances, et nous aurons à compter avec elles, à leur rendre des comptes, à nous justifier ; c'est d'ailleurs pour cela que le fameux « contrôle » a été prévu... Adieu la belle et saine médecine que nous avons connue, que nous connaîtrons encore pendant quelques mois, qui faisait de nous les amis, les confidents de nos malades, libres et indépendants envers nous commme nous l'étions envers eux. Nous ne serons plus que des intermédiaires salariés entre nos malades et les caisses d'assurances, des espèces d'*entrepreneurs de soins* aux gages des caisses et sous leur surveillance.

Je défie qu'on me prouve que l'assurance invalidité-maladie telle qu'elle est actuellement conçue aboutisse, pour la généralité des médecins, à un autre résultat.

Cette aliénation de notre liberté, de notre indépendance, aura-t-elle du moins comme compensation une augmentation de nos ressources, de notre bien-être ? Hélas ! c'est le contraire qui sera vrai. Lisez, en effet, le *Projet de loi*, lisez l'*Extrait de l'exposé des motifs* publiés par le *Concours médical*, et vous verrez que la *seule solution envisagée possible est le* FORFAIT !

« Il paraît indispensable que, temporairement « tout au moins, les médecins renoncent au paye- « ment à la visite... *C'est à forfait* et par tête d'as- « suré que chaque caisse d'assurance devra régler à « l'association ou au syndicat les frais médicaux » (1).

L'Union des syndicats médicaux n'acceptera pas, me dira-t-on, le corps médical n'acceptera jamais le forfait !

(1) *Le Concours Médical*, 19 juin 1921, page 1767, 2e colonne. Extrait de l'exposé des motifs.

Ce sera donc de nouveau la bataille telle que nous l'avons vue pour la loi des pensions, pire, sans aucun doute ! Nous assisterons aux mêmes manœuvres, nous entendrons les mêmes injures adressées à ces « mercantis des assurés » que sont les médecins, et nous serons édifiés par les mêmes intrigues médico-parlementaires...

Oh ! je sais bien : les mutilés étaient des malades spéciaux, plus intéressants que les autres, et envers lesquels les médecins « avaient des devoirs »... Oui, cela a été dit !

Mais il en sera tout autrement avec les bénéficiaires de l'assurance indemnité-maladie. Là, on ne pourra pas invoquer nos « devoirs », et l'argument sentimental ne pourra plus jouer.

Croyez-vous ?

« Le corps médical, avec la haute et claire notion « des DEVOIRS QU'IL A ENVERS LE PAYS, saura, sans « méconnaître ses intérêts propres, se plier, pendant « les premières années d'application de la loi, aux « nécessités financières qui s'imposent » (1).

Nous voilà donc fixés. C'est le corps médical qui est chargé de faire les frais des « nécessités financières qui s'imposent ». Et cela constitue pour lui un « devoir envers le pays ».

On aurait grand tort de croire que ces arguments, ces sophismes qui nous font hausser les épaules, à nous médecins, n'ont aucune prise sur la masse. Par le faute d'un grand nombre de médecins qui ont la tort d'étaler un luxe excessif, cette masse considère le médecin en général comme gagnant largement et facilement sa vie ; elle ne soupçonne même pas qu'il existe un *prolétariat médical.*

Et tous les arguments que nous produirons pour éviter qu'on nous passe la corde au cou s'effriteront contre cette idée préconçue, et cela, d'autant plus facilement que la masse aura plus d'intérêt à ce que nous nous soumettions, afin que ne soit pas entravé le jeu d'une loi faite à son profit. Toute protestation de notre part sera suspecte, toute résistance blâmable. On nous représentera comme des ennemis du bien public, opposés à tout progrès, guidés uniquement par l'ambition et la soif de l'argent. Ah ! c'est du coup que nous ne serons pas en « odeur de sainteté », et que nous n'aurons pas une « bonne presse »

Et comment cela finira-t-il ? Comme pour la loi des pensions, exactement. Après avoir crié très fort et ameuté l'opinion publique contre nous, nous serons obligés de faire des « concessions » dont on ne nous saura d'ailleurs aucun gré. Et le peu que nous aurons pu gagner au point de vue précuniaire ne compensera pas la nouvelle diminution de notre prestige ni la perte de notre indépendance.

Voilà exactement ce qui nous attend. Eh bien, je dis qu'il faut être fou pour aller à la bataille dans des conditions semblables, alors que nous occupons encore une position très forte dont on ne peut nous déloger : *le médecin ne connaît que son malade, assuré*

(1) *Le Concours Médical*, 19 juin 1921, page 1768, 1re colonne. Extrait de l'exposé des motifs

ou non, et lui réclame directement les honoraires qu'il croit légitimes, basés sur sa notoriété à lui médecin, le service rendu, la position sociale du malade.

Que cet axiome, dicté par le bon sens même, ait subi des exceptions (assistance médicale gratuite, accidents du travail), c'est déjà regrettable. Mais que l'on veuille transformer l'exception en règle générale, et c'est ce qui arrivera avec l'assurance indemnité-maladie telle qu'elle est conçue par le législateur, voilà ce qui me paraît de la folie. Et vous avez cent fois raison lorsque vous proclamez que « la voie « dans laquelle s'engage le corps médical aboutit « fatalement à ce néfaste résultat » (la fonctionnarisation du médecin).

Alors ? Allons-nous rester à nous lamenter, et, invoquant Allah, nous écrier : C'était écrit ?

Et c'est ici où, mon cher confrère, je vous donne tort. Comment ! vous avez à votre disposition un journal comme le *Concours médical* dont la puissance sur le monde médical est égale, sinon supérieure, à celle des « grands quotidiens » sur l'opinion publique et vous laissez tomber votre plume, vous abandonnez, découragé, la lutte, alors que vous savez, à n'en pas douter, que c'est l'avenir du corps médical qui est en jeu !

« Je suis presque assuré maintenant, écrivez-vous, « qu'elles (ces idées) demeureront à l'état de pure « théorie, considérées par la plupart de mes lecteurs « comme des chimères. »

Et la raison de ce découragement, la voici : « Nous « demeurons une minorité, dites-vous, une faible « minorité, même si nous nous adjoignons les 39 « syndicats qui ont répondu au referendum de l'U- « nion qu'ils sont partisans du forfait aux pensionnés, « entraînant la liberté de rapports entre ceux-ci et « leur médecin librement choisi. »

Je suis fier, mon cher confrère, d'être le secrétaire d'un des 39 syndicats dont vous parlez. Et si je suis de votre avis lorsque vous dites que nous sommes une minorité, je cesse de l'être lorsque vous laissez entendre que c'est une minorité négligeable. Tout de même, 39 syndicats représentent encore un nombre respectable de médecins.

S'il est vrai, ainsi qu'on l'a dit, que les majorités sont d'anciennes minorités qui ont su triompher, cela doit nous garder de tout découragement. Et il n'est peut-être pas encore trop tard pour essayer d'arrêter le corps médical dans la voie dans laquelle il s'engage et qui le conduit fatalement à l'abîme. Mais pour cela, un effort sérieux est nécessaire, et j'estime que c'est le devoir du *Concours médical* de le tenter avec l'aide de cette minorité respectable dont je parlais plus haut et qui semble acquise à nos idées.

Personnellement, vous pouvez compter sur moi, dans ma modeste sphère d'action.

Veuillez croire,

D[r] R.
(Seine-et-Marne).

***

Très honoré Confrère,

Non, vous ne radotez pas et je suis convaincu que l'immense majorité des praticiens français, du moins de ceux qui ont blanchi sous le harnais, pense comme vous au sujet du nouveau projet de loi concernant l'invalidité-maladie. Et votre formule est la seule bonne, équitable et raisonnable. Tout Français peut s'assurer contre la maladie, aucun médecin ne trouvera cela mauvais, mais que le médecin soit payé par un tiers assureur et non par le malade ou la famille, ceci est immoral et préjudiciable aux intérêts de tous : malades et praticiens. Je sais bien que des confrères à qui le corps médical doit beaucoup ont pris position en faveur du contrat collectif ; mais, malgré tout le respect que nous leur devons, il est inadmissible que nous, médecins indépendants, nous modelions nos pensées sur les leurs, et le contrat collectif, quoiqu'ils en pensent, n'est qu'une nouvelle forme d'esclavage et la pire. Il est piquant de voir que c'est toujours sur et contre le médecin que l'on veut tenter des expériences sociales. Il est vrai qu'aucune autre corporation, depuis le boulanger jusqu'au marchand d'habits, ne voudrait consentir à être payé par des tiers. On a dit que le contrat collectif n'engloberait que 70 % de la clientèle ; erreur grossière. En province, en clientèle rurale, c'est 100 pour 100 qu'il faut lire. Il y a une vingtaine d'années, un secrétaire de mairie me tint à peu près ce langage : Docteur, vous seriez enchanté, je suppose, si toute la commune, organisée en mutuelle, vous assurait une somme fixe de tant par an, pour soigner tout le monde ; je répondis : avec tous mes regrets, mais je ne serais pas votre homme ; je veux bien être le domestique de chacun pris en particulier, mais à aucun prix je ne veux être l'esclave d'une collectivité, et je n'ai pas changé d'avis.

Au reste, il existe des mutuelles favorables à notre manière de voir. Par exemple, dans la mutuelle scolaire, la caisse mutuelle donne au sociétaire tant par jour de maladie, et le sociétaire paye son médecin.

Quoiqu'il en soit, il n'y a pas à le nier, le corps médical est divisé en deux courants opposés. L'un est partisan du contrat collectif, l'autre, partisan de la liberté (système Duchesne)

Dans ces conditions, un referendum me paraît utile ; et pour ne violenter personne, le mieux serait de former deux catégories de syndicats. Une catégorie comprendrait les partisans du contrat collectif, l'autre engloberait les médecins indépendants.

Veuillez agréer, etc.

D[r] H.
(Corrèze).

***

Monsieur et honoré Confrère,

Je viens de lire votre article : « Le médecin et les lois sociales nouvelles » et je suis entièrement de votre avis : le médecin doit être payé par le client. Dans vingt ans, dites-vous en concluant, sur 20.000

(2)


Argan —. Au diable leurs clystères, Coquine !.. je ne puis aller !...
Toinette — Eh! pour "aller„ Monsieur, prenez de la THAOLAXINE !.
Nouvelle Edition DURET et RABY. Marly le Roi . S et O
MOLIERE . le Malade Imaginaire

médecins, 15.000 seront des esclaves. A mon avis, nous n'avons pas besoin d'attendre 20 ans. Beaucoup de confrères sont déjà des esclaves à l'heure actuelle. Qu'ils le veuillent ou non, que ce soit par peur du qu'en dira-t-on, ou par intérêt, ou par politique, les trois quarts n'osent pas dire le NON catégorique, le jour où ce devient nécessaire.

La solidarité professionnelle n'existe pas aussi grande qu'il faudrait ; témoin la fameuse campagne au sujet de la loi des pensions où nos confrères du Parlement n'ont pensé qu'à leur intérêt, à leur réélection, en un mot se sont montrés députés au lieu de se conduire en médecins, oubliant qu'ils devaient, pour la plupart, leur situation actuelle à leur profession première.

Je ne suis qu'un jeune qui cherche à se faire une clientèle, mais je préfère n'avoir que 20 bons clients que d'en avoir 500 qui croiront me faire honneur en s'adressant à moi et partant, me croiront encore leur obligé.

Veuillez agréer, etc.

Dr N.
(Tarn.)

***

Les lois sociales nouvelles en préparation prétendent toutes assurer le libre choix du médecin. En réalité, elles limiteront ce choix à une catégorie de médecins : ceux qui auront accepté le tarif établi par les caisses d'assurances sociales, après entente avec les syndicats médicaux.

Pratiquement, ce système aboutit à la taxation des honoraires médicaux ; que cette taxe soit établie par l'État ou par les syndicats médicaux, le résultat sera à peu près le même, puisque, d'une part, ce qui est parfaitement juste, le médecin qui aura accepté le tarif ne pourra pas demander d'honoraires supplémentaires, et que, d'autre part, le malade qui choisira un médecin n'ayant pas adhéré au tarif sera obligé de payer la totalité des honoraires et non pas seulement la partie des honoraires en excédent sur le tarif, ce qui est parfaitement injuste et constitue une véritable pénalité pour le malade qui désire choisir un médecin ayant sa confiance, en dehors de la liste établie.

A un autre point de vue, voici un médecin fixé depuis 15 ou 20 ans dans un pays et qui, grâce aux services rendus, s'est créé une notoriété ; il peut légitimement avoir le désir d'accroître sa situation matérielle. Or, le médecin ne peut être comparé ni à un commerçant, ni à un ouvrier.

Le commerçant ou l'industriel qui réussissent améliorent leurs affaires en augmentant leur personnel, en prenant des collaborateurs, etc. L'ouvrier peut travailler aux pièces, et plus il en fera, plus grands seront ses gains.

Or, la journée du médecin, comme celle de l'ouvrier, est limitée bien qu'elle dépasse huit heures ; et le médecin qui travaille aux pièces, c'est-à-dire qui cherche à faire le plus de visites possible, ne fait que de la mauvaise besogne. Au point de vue de la rémunération, le travail du médecin ne peut être comparé qu'à celui de l'artiste ou à celui de l'ouvrier spécialisé qui a le droit de demander à être mieux payé que l'ouvrier médiocre. Il est vrai qu'aujourd'hui, ce droit lui est jalousement marchandé au nom de l'égalité par les éléments avancés du parti.

Rien, me dira-t-on, n'empêche le médecin d'augmenter ses honoraires. Seulement il devra renoncer à soigner les assurés des caisses assurance-maladie, comme il peut actuellement refuser de soigner les malades de l'A.M.G. ou les mutualistes si les tarifs adoptés ne lui plaisent pas, et précisément, ce droit pour le médecin de refuser ses soins prouve que le tarif n'est pas une taxe.

Aujourd'hui, en effet, le médecin peut pratiquement refuser certaine catégorie de clients soignés à un tarif déterminé parce que ceux-ci ne constituent qu'une petite partie de la clientèle. Dès lors, un médecin ayant une grosse clientèle y renonce facilement. Mais, d'après les évaluations faites, il y aura soixante pour cent des clients qui bénéficieront demain de la loi assurance-maladie.

Tel médecin peut avoir le désir de diminuer le nombre de ses clients (et pour cela, il augmente ses honoraires) mais non dans une pareille proportion. Un nombre respectable d'assurés ayant depuis longtemps confiance en lui consentiraient à lui payer un supplément relativement minime d'honoraires, mais une infime minorité acceptera de payer la totalité. Donc, en fait, sous peine de se voir abandonné par presque toute sa clientèle, le médecin est condamné à accepter un tarif qui a tous les inconvénients de la taxe ou à peu près. Le médecin qui voudra bénéficier de la situation acquise par ses qualités professionnelles n'a qu'une ressource : accroître indéfiniment son labeur dans la mesure où ses clients deviendront plus nombreux. S'il veut agir honnêtement, il devra se surmener et se priver du repos normal pour consacrer à ses clients le temps nécessaire, et comme tout à des limites, il arrivera à supprimer le gain auquel il pouvait légitimement prétendre en refusant des clients, à moins qu'agissant en sage, il n'ait dès le début renoncé à l'éreintement et aux bénéfices supplémentaires.

Le surmenage ou la médiocrité, voilà ce qui est proposé aux médecins (j'ai surtout en vue le médecin de la campagne, ceux des villes au-dessous de cinquante mille habitants ou les médecins de grandes villes ayant une forte clientèle ouvrière). Pécuniairement, le médecin faisant consciencieusement son métier, sera désavantagé au profit de celui qui fera des visites à la grosse. Ce dernier acceptera les tarifs, quelque bas soient-ils. Ne me parlez pas de contrôle, il sera toujours illusoire ; le seul contrôleur du médecin, c'est le malade.

On m'objectera que si l'on autorise des médecins à demander des honoraires plus élevés que le tarif, celui-ci n'existera plus.

A cela je dirai : oui et non. Oui, les médecins en

majorité refuseront d'adhérer au tarif et demanderont des honoraires supplémentaires si le tarif est trop bas, et le but de l'entente est précisément d'élaborer un tarif qui soit acceptable et accepté par la très grande majorité des médecins, qui pourront alors s'engager pour une période plus ou moins longue à appliquer intégralement le tarif. Quant aux médecins qui ne voudraient prendre aucun engagement et qui seront, si le tarif est convenable, la minorité, pourquoi seraient-ils écartés ? Pourquoi l'assurance sociale refuserait-elle de payer la part d'honoraires que, vis-à-vis de ses adhérents, elle s'est engagée à payer, que cette part soit payée directement au médecin par la caisse d'assurances ou qu'elle soit remboursée à l'assuré sur le vu des notes du médecin ? L'assuré dans ce dernier cas devient pour le médecin un client ordinaire.

Il faut obtenir qu'en aucun cas les collectivités ne puissent refuser de payer aux médecins ou de rembourser à leurs membres la part de frais médicaux qu'elles se sont engagées à payer ; je réclame ainsi l'introduction dans tous les contrats de la clause des tarifs Dubief et Breton : paiement des honoraires au médecin librement choisi par le client jusqu'à concurrence de la somme fixée, ou, si l'on aime mieux, présentation d'un ticket maladie représentant pour le médecin la valeur établie au tarif.

Exception bien entendu est faite pour le service médical des indigents, ceux-ci par définition ne peuvent rien payer.

Au système que je préconise, je vois un quadruple avantage : 1° Libre choix absolu du médecin par le client ;

2° Respect de la liberté qu'a le médecin de fixer le taux de ses honoraires (affaire entre ses clients et lui) liberté qui ne serait pas longue à nous être enlevée par les tribunaux si la quasi totalité des médecins renonçaient à en user ;

3° Encouragement, indirect il est vrai, donné au médecin qui fait le mieux ses visites et non pas à celui qui en fait le plus possible. Le premier ayant la possibilité de gagner plus avec moins de fatigue physique.

4° Garantie contre les tentatives que feront toujours les collectivités pour obtenir un tarif aussi bas que possible sans s'inquiéter de la façon dont peuvent être donnés les soins, puisque les médecins pourront toujours cesser d'adhérer au tarif sans risquer de se priver de la presque totalité de leur clientèle.

La voie dans laquelle s'est engagée la majorité des syndicats médicaux à propos de la loi des pensions, me semble devoir aboutir, en créant l'égalité absolue et obligatoire des honoraires, à la suppression de l'émulation (mais non de la rivalité) entre les médecins.

Par cette voie, on arrive à la fonctionnarisation médicale presque aussi sûrement que par la taxation.

En résumé et à mon avis, les syndicats médicaux peuvent et doivent conclure des ententes avec les collectivités sur un tarif donné, à condition : 1° que ce tarif soit tel qu'il permette à un médecin consciencieux de gagner sa vie en faisant un nombre normal de visites et en ayant les loisirs nécessaires pour se reposer, étudier et jouir de la vie de famille ; 2° que ce tarif soit un tarif minimum ; 3° que les conditions d'application de ce tarif ne constituent pas, en fait, une interdiction quasi absolue de choisir les médecins qui n'auraient pas cru devoir souscrire aux engagements pris avec les collectivités.

Le syndicat peut autoriser ses membres à appliquer un tarif minimum : il ne saurait les y obliger, soit d'une façon directe par un engagement pris en leur nom, soit d'une façon détournée par les conditions de son entente avec les collectivités.

Dr G. (Seine-et-Oise.)

Puisque nous y sommes invités d'aussi pressante façon et que notre silence pourrait être considéré comme une sorte de désertion dans la bataille des idées qui se mène actuellement, avec, je me hâte de le proclamer, parce que c'est ma conviction absolue, une entière bonne foi de part et d'autre, je reprendrai la semaine prochaine mon argumentation, et je m'efforcerai de la développer d'une manière aussi serrée que possible.

***

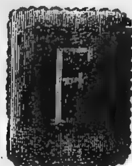
D'autres correspondants nous entretiennent encore de la question de la loi des pensions et de la tarification nouvelle, que nous publions aujourd'hui, telle qu'elle résulte, le document l'affirme, de l'entente entre les pouvoirs publics et le corps médical organisé.

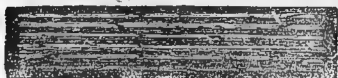
La loi des pensions n'est qu'une loi de circonstance, d'une durée temporaire. Elle n'a en elle-même qu'une importance très secondaire, et ne mérite, à mon avis, de nous préoccuper que parce qu'elle contient en germe une organisation de soins que nous retrouvons, à une échelle infiniment plus vaste, dans le projet de loi sur l'assurance sociale. **Voici deux de ces lettres :**

De minimis non curat prœtor !

Permettez à un vieux syndicaliste (24 ans de syndicat !) de vous exposer les doléances des médecins de campagne et de petite ville. Je crains que la Commission ne se leurre étrangement en nous attribuant des honoraires très inférieurs à ceux de nos confrères des grandes villes. En quoi notre vie est-elle moins chère ? Je me le demande, *a part le loyer*, TOUT, *je dis tout, est pour nous* PLUS CHER *que dans une grande ville*. Étant donné que les dites grandes villes raflent tous les produits des campagnes, il en résulte que nous arrivons à ce résultat paradoxal de nous nourrir à bien plus de frais que dans les grands centres. Beurre, œufs, volailles, légumes, viandes, *tout est sensiblement plus cher*. Je m'en rends compte par

(1





DIABÈTE
PAIN FOUGERON

EXTRA-CUIT — TRES FRIABLE

37, rue du Rocher — PARIS



ÉCHANTILLON GRATUIT
À MESSIEURS LES MÉDECINS
POUR LEURS ESSAIS CLINIQUES

LABORATOIRES DORANTOWICZ 17bis Avenue Parmentier, PARIS (XIe)

TRAITEMENT DES DIARRHÉES ET ENTÉRITES

GLUCOSIDE,
Hydrate de fer et tannins de la SALICAIRE

(LITHRUM SALICARIA)

COMMUNICATIONS : *Société de Thérapeutique*, 13 Mars 1918, 14 Mai 1919 ; *Thèse* du Dr Durieux, Bordeaux, 11 Février 1920 et *Thèse* Dedieu, avril 1921.

SALICAIRINE

POSOLOGIE

SOLUTION *titrée à* **1** *p.* **100**

Enfants	**Affections aiguës** 5 à 20 gouttes **Affections chroniques** 2 à 10 gouttes	par 24 heures

COMPRIMÉS DRAGÉIFIÉS *dosés à* **2** *p.* **100**

Adultes	**Affections aiguës** 6 à 20 comprimés **Affections chroniques** 4 à 8 comprimés	par 24 heures

INDICATIONS

DIARRHÉES et ENTÉRITES CHRONIQUES

DIARRHÉES et GASTRO-ENTÉRITES INFANTILES

DIARRHÉES BACILLAIRES (Flexner, Schiga, His)

DIARRHÉES des TUBERCULEUX

DIARRHÉES GRIPPALES

DIARRHÉES HÉMORRAGIQUES

Sédatif rapide des douleurs intestinales, des épreintes et du ténesme

ANTIHÉMORRAGIQUE INTESTINAL IMMÉDIAT

Pas de contre-indications

Télégrammes : IODVIEL

ÉCHANTILLONS ET LITTÉRATURE :
E. VIEL & Cie, 3, Rue de Sévigné, PARIS

Téléphone : ARCHIVES 44-51

moi-même quand je vais à Paris. Ajoutez à cela des frais de locomotion *obligatoires* et *onéreux*, des frais de pension pour nos enfants qui ne peuvent pas être externes, et vous comprendrez facilement que le budget d'un médecin de campagne est sensiblement plus lourd que celui d'un médecin de ville.

Alors, pourquoi cette classification injuste en trois classes ? A travail égal, salaire égal ; nos soins sont-ils inférieurs à ceux de nos confrères des grandes villes et leur science est-elle plus grande ?? Je vous laisse le soin de répondre.

Vous ai-je convaincu ? Je ne sais ; pourtant j'espère que vous nous défendrez, car il n'est pas juste que nous soyons, parce que modestes, les parias des la profession.

Dr D. (Yonne.)

***

Je lis, dans un journal local, le compte-rendu de la séance de la Chambre des Députés du 2 juillet.

J'y vois avec terreur que — c'est M. Maginot qui parle — l'entente est bien près d'être réalisée entre le corps médical et l'administration. « *Les médecins ont compris la nécessité de faire des concessions* !!! » Les communes seront divisées en 3 catégories et le prix de la visite sera de 5, 7 et 10 fr. Ainsi donc, le médecin de campagne sera l'éternel sacrifié. Des mois et des mois de lutte auront abouti à ce résultat: lui octroyer 5 fr. pour une visite que le tarif du 9 mars 1921 avait fixé à cent sous.

On a parlé d'indemnité kilométrique ? Où est-elle dans une banlieue de ville alors que les courses de 2 kilomètres ne comportent pas d'indemnité de déplacement ? Et cependant, dans une telle banlieue la vie est au moins aussi chère que dans une ville de 100.000 habitants. J'espère du moins, que ce tarif n'est pas définitif. Qu'on nous laisse plutôt dans notre situation actuelle, nous faire honorer directement par les mutilés, contre reçu. Pas d'abus de visites, pas de paperasseries. Des soins gratuits aux mutilés indigents, c'est possible, c'est même certain, mais au moins, avons-nous la satisfaction de faire la charité à notre prochain ; et non la honte d'entendre M. Maginot affirmer que le tarif de famine qu'il nous propose est une rémunération juste et équitable de nos soins.

Veuillez agréer, etc.

Dr G. (Vaucluse.)

Nos correspondants, des ruraux, s'indignent contre la tarification qui divise le corps médical en 3 catégories. Qu'ils lisent attentivement le nouveau décret Maginot ; ils y verront que la division en 3 catégories ne repose pas sur la population de la résidence du médecin, mais sur celle de la résidence du pensionné.

De telle sorte que, ami D..., s'il advient qu'un pensionné de la grande préfecture voisine vienne vous consulter, vous aurez droit à l'honoraire de la 2e catégorie, tandis que si un pensionné habitant votre commune va consulter un confrère de ladite préfecture, celui-ci n'aura droit à son tour qu'à l'honoraire de la 3e catégorie.

Il n'est pas nécessaire d'insister sur ce que le résultat auquel aboutit cette tarification a d'effarant...

Combien le régime de la liberté, que je défends, eût été mille fois plus conforme aux traditions du corps médical. Mais, il paraît qu'à ce compte-là, ou bien nous aurions été des dupes, ou bien, nous aurions ameuté contre nous l'opinion publique ? En vain, torturé-je ma pauvre cervelle, en vain m'efforcé-je, en toute impartialité, de peser le pour et le contre, je n'arrive pas à être convaincu.

G. DUCHESNE.

DOCUMENTS OFFICIELS

Décret du 18 juillet 1921 sur les tarifs médicaux des pensionnés de guerre.

Rapport au Président de la République Française.

Paris, le 11 juillet 1921,

Monsieur le Président,

Après entente avec les représentants du corps médical et après avoir consulté la commission tripartite composée de délégués de l'administration, des mutilés et des médecins, nous avons saisi le conseil d'Etat de propositions destinées à modifier les tarifs fixés par le décret du 9 mars 1921 pour la rémunération des soins médicaux auxquels les invalides de la guerre ont droit en vertu de l'article 64 de la loi des pensions.

Le conseil d'Etat a adopté les propositions dont nous l'avons saisi, d'accord avec M. le ministre des finances.

Le projet de décret qui est soumis à votre signature divise les communes en trois catégories, au lieu de cinq catégories que prévoyait le décret du 9 mars 1921. Dans les communes de 5.000 habitants au plus, c'est-à-dire pour la masse des communes rurales, le prix de la consultation sera fixé à 5 fr. et le prix de la visite à 6 fr. Dans les communes de 5.000 à 100.000 habitants, le prix de la consultation sera fixé à 7 fr. et le prix de la visite à 8 fr. Dans les grosses agglomérations au-dessus de 100.000 habitants, le prix de la consultation sera fixé à 8 fr. et le prix de la visite à 10 fr.

Des dispositions spéciales sont prévues en faveur des localités qui font partie de la banlieue des grandes villes où le coût de l'existence est forcément plus élevé. Pour les régions libérées, des dispositions particulières sont également prévues en raison du coût élevé et des difficultés de la vie dans ces régions.

Le projet de décret fixe non seulement le prix de la rémunération due aux médecins pour les soins qu'il donneront aux invalides de la guerre dans l'avenir, il indique en outre, dans ses dispositions transitoires, comment sera assurée la rémunération des soins donnés par les médecins jusqu'à la publication de ce nouveau décret. Il distingue, à ce point de vue, les départements où des accords, approuvés par le ministre des pensions, sont intervenus entre les représentants de médecins et l'autorité préfectorale, et ceux où des accords de ce genre n'ont pu être réalisés,

Dans les premiers, la liquidation du passé s'effectuera d'après les accords intervenus ; dans les autres, elle le fera conformément aux tarifs fixés par le présent projet de décret.

Si vous approuvez la teneur du projet de décret ci-joint, nous avons l'honneur de vous prier de vouloir bien le revêtir de votre signature.

Veuillez agréer, monsieur le Président, l'hommage de notre respectueux dévouement.

Le ministre des pensions, primes et allocations de guerre,
MAGINOT.

Le ministre des finances,
Paul DOUMER.

Le Président de la République française,

Sur le rapport du ministre des pensions, primes et allocations de guerre et du ministre des finances,

Vu le décret du 9 mars 1921 portant règlement d'administration publique pour l'application de l'article 64 de la loi du 31 mars 1919, modifié par l'article 54 de la loi du 31 décembre 1920, en ce qui concerne les frais des soins médicaux et produits pharmaceutiques supportés par l'Etat et accordés aux militaires et marins à raison des blessures reçues ou de maladies contractées ou aggravées en service et ayant motivé la réforme ;

Vu la loi du 31 mars 1919 et l'article 64 de la loi du 31 décembre 1920 ;

Le Conseil d'Etat entendu,

Vu le décret du 26 septembre 1919 ;

Décrète :

Art. 1er. — Les articles 1er et 3 du décret susvisé du 9 mars 1921 sont remplacés par les dispositions suivantes :

Art. 1er. — Le prix de la consultation et de la visite médicale, y compris les menues interventions telles que pansements simples, petits massages, pointes de feu, ventouses, injections hypodermiques, est fixé comme suit :

1° Communes de 5.000 habitants au plus :
Consultation, 5 fr.
Visite, 6 fr.

2° Communes de 5,001 à 100.000 habitants et communes des régions libérées :
Consultation, 7 fr.
Visite, 8 fr.

3° Communes au-dessus de 100,000 habitants :
Département de la Seine et cantons suivants du département de Seine-et-Oise : Versailles, Argenteuil, Marly-le-Roi, Saint-Germain-en-Laye, Sèvres, Montmorency, le Raincy ;

Communes dont la totalité ou la partie la plus importante de la population se trouve située dans une zone de 2 kilomètres à partir de la limite administrative des villes de 200.000 habitants et au-dessus :
Consultation, 8 fr.
Visite , 10 fr.

Lorsqu'il sera procédé à une visite, le billet de visite devra faire connaître les motifs qui ont empêché l'intéressé de se transporter chez le médecin.

Le tarif applicable est celui qui répond à la population du domicile du bénéficiaire de la loi de 1919.

Art. 3. — Le prix de la visite est doublé lorsque, dans les cas d'urgence, elle doit avoir lieu entre vingt-heures et six heures.

Mesures transitoires.

Art . 2. — Les tarifs fixés ci-dessus s'appliquerent à toutes les visites et consultations faites en vertu de la loi du 31 mars 1919 depuis le jour de son application ; toutefois, dans les départements où des tarifs spéciaux ont été approuvés par le ministre des pensions, sur la proposition du préfet, les prix ainsi fixés seront appliqués pour tous les soins donnés antérieurement à la publication du présent décret.

Art. 3. — Le ministre des pensions, primes et allocations de guerre et le ministre des finances sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française et inséré au *Bulletin des lois.*

Paris, le 18 juillet 1921.

INSTRUCTION INTERMINISTÉRIELLE

pour l'application de l'article 4 du décret du 9 mars 1921 concernant les frais de déplacement des médecins.

18 juillet 1921,

L'application de l'article 4 du décret du 9 mars 1921 a soulevé deux questions :

1° Aux termes du paragraphe 3 dudit décret, l'indemnité kilométrique n'est allouée en aucun cas pour les parcours de moins de 2 kilomètres. Que faut-il entendre par parcours de moins de 2 kilomètres ?

2° Au-delà de ce parcours minimum, comment seront payées les fractions de kilomètre ?

Ces questions comportent les réponses suivantes :

1° L'article 4, paragraphe 3, du décret du 9 mars doit être interprété en ce sens que l'indemnité kilométrique n'est pas allouée lorsque la distance entre le domicile du malade et le domicile du médecin est inférieure à un kilomètre, c'est-à-dire lorsque le parcours ne comporte pas une distance totale de 2 kilomètres, aller et retour ;

2° En ce qui concerne les fractions de kilomètre effectuées au-delà du parcours minimum de 2 kilomètres, celles égales ou inférieures à 500 mètres ne comportent pas d'indemnité kilométrique, celles supérieures à 500 mètres sont tarifées comme un kilomètre.

Paris, le 18 juillet 1921.

(*J. O.*, 20 juillet 1921).

Le médecin a l'impérieux devoir d'être prévoyant.

Il doit s'assurer contre l'incapacité de travail que peuvent lui causer la maladie ou les accidents.

Il doit s'assurer une retraite pour ses vieux jours.

VARIETÉS

En glanant......

Manque de correction

Vraiment, certains agents d'assurance « vont un peu fort ». Il est bon parfois de le leur « faire assavoir ». En voici deux exemples qui me sont personnels — et tous deux des plus récents :

1° *D'un agent de la Compagnie, le S.....* —

— Lettre reçue (fragment) « ..... Ci-joint le montant de votre note, moins trois francs que je retiens pour frais d'envoi..... »

— Réponse. — « ..... mais je ne puis accepter la désinvolture avec laquelle vous retenez trois francs pour frais d'envoi, ce qu'aucune assurance ne fait. Je considère donc que vous m'en êtes redevable..... »

— Conclusion. — Réception des trois francs le surlendemain.

2° *D'un agent de la Compagnie le P.....* —

— Lettre reçue. — « Nous avons l'honneur de vous faire parvenir, ci inclus, une quittance de x francs, montant de vos honoraires.

« Veuillez nous la retourner, revêtue de votre signature, pour en recevoir (*sic*) le montant par la poste.

« Si vous préférez la faire présenter à notre caisse par un intermédiaire, veuillez lui remettre une autorisation écrite certifiant sa signature. Veuillez agréer...... »

— Réponse. — « J'ai l'honneur de vous accuser réception de la quittance à signer que vous m'avez adressée .... mais vous avez omis de m'en envoyer les fonds.

« Je vous serais reconnaissant de vouloir bien réparer ce petit oubli et vous retournerai quittance, dès réception du mandat de x francs, montant de mes honoraires. Veuillez agréer .... »

— Conclusion. — Réception, dans la semaine, du mandat « omis » et envoi par moi de la quittance.

***

Sans doute, ce sont là broutilles sans importance, dont je n'aurais pas entretenu mes confrères du *Concours*, si elles ne comportaient pas, à mes yeux, une certaine leçon.

Ces marques de « désinvolture », pour reprendre le mot d'une de mes réponses, proviennent, peut-être d'une tournure d'esprit « commerciale », si j'ose dire, et d'après laquelle le médecin est traité comme un « fournisseur » — et même (quant à la 2e lettre) comme un fournisseur plus ou moins sûr et dont il convient de se méfier.

Mais n'y a-t-il pas là, en outre, des traces de cette ambiance délétère où la pratique de la médecine des accidents du travail a plongé le Corps médical dans l'esprit de quelques-uns ? N'est-ce pas la suite de quelques incidents fâcheux dus à certains confrères qui, en véritables fournisseurs..... de soins, ne surent pas toujours conserver les distances entre le commerce et l'art médical ?

Je n'insiste pas. Quoi qu'il en soit, il est de notre devoir de réagir contre un tel état d'esprit. Nous ne devons pas accepter ces choses-là — ou bien ce serait déclarer que nous sommes dignes d'être ainsi traités. L'exercice de la médecine est une profession libérale entre toutes. Refusons de la considérer comme un commerce quelconque.

Mais aussi, à toute heure où nous l'exerçons, soyons pénétrés de sa beauté et de sa noblesse.... et, tout en défendant nos droits légitimes, conformons à ce sentiment toutes nos actions.

Dr Fernand DECOURT.

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations.

— La « *Ligue d'hygiène mentale* » a tenu le 23 juin 1921 son assemblée générale annuelle, à la préfecture de la Seine, sous la présidence d'honneur de M. Frédéric Brunet, conseiller municipal.

Après une allocution du docteur Toulouse, président, le docteur Genil-Perrin, secrétaire, a retracé la rapide évolution de ce groupement qui possède maintenant des ramifications à l'étranger et coopère avec le Comité américain d'hygiène mentale à l'organisation internationale de la lutte contre les causes de la folie.

M. Lahy, trésorier, expose la situation financière, et M. Virolet, conseil juridique, présente un projet de modification des statuts, en vue de la reconnaissance d'utilité publique.

Le docteur Cazeneuve, ancien sénateur du Rhône, attire l'attention de l'assemblée sur une cause de péril mental, particulièrement menaçante à l'heure actuelle, le développement de la cocaïnomanie. La cocaïne importée clandestinement d'Allemagne, souligne le docteur Cazeneuve, constitue pour l'avenir mental de notre pays un danger contre lequel la « *Ligue d'hygiène mentale* » doit lutter en unissant ses efforts à ceux de l'Académie de médecine.

— Récemment, le directeur de l'Institut hydrologique de Toulouse, M. le prof. Lafforgue, conduisait à Luchon une caravane de mé-

decins, d'ingénieurs et d'étudiants qui, après après avoir visité Barbazan, Saint-Bertrand-de-Comminges, La Barte-de-Rivière, débarquait à Luchon « Reine des Pyrénées ».

On sait avec quel succès, il y a déjà très longtemps de cela, le professeur Garrigou, de Toulouse, le professeur Landouzy, et le Dr Carron de la Carrière à Paris, avaient développé le goût de la leçon de chose, et, comme couronnement d'une année d'études, conduisaient soit dans les Pyrénées, soit dans le Plateau Central, soit dans les Alpes, des groupes nombreux de médecins ou étudiants qui avaient suivi leurs cours d'hydrologie ou de climatologie.

Continuant la tradition, M. le professeur Lafforgue, dont le cours d'hydrologie clinique a été des plus appréciés à l'Université de Toulouse, a voulu donner à ses élèves une démonstration, sur place, des agencements, des applications hydriatiques, et des résultats cliniques de quelques stations thermales.

M. le docteur Ferras, fils de Pierre Ferras, qui, pendant 30 ans, a tenu un si haut rang dans le corps médical de Luchon, et le docteur Molinéry, directeur technique, ont été chargés de donner à leurs jeunes confrères, tous les renseignements qu'ils pouvaient désirer :

Visite des sources et des griffons ;

Examen de leur répartition géologique et chimique ;

Etude de leur arrivée et de leurs applications dans les diverses salles de bains et de douches dont la merveilleuse transformation a fait l'admiration de tous.

Visite des humages qui sont actuellement les plus beaux qu'il se puisse voir en France, tant de luxe sobre a été déployé pour leur réorganisation.

Visite des étuves dont l'agencement est si particulier à Luchon et qui constituent la caractéristique, avec les humages à vapeurs spontanées naturelles, de la « Reine des Pyrénées ».

Visite du petit Institut de physiothérapie, où le traitement par la lumière bleue, par la lumière rouge, et par l'électricité, constitue un merveilleux adjuvant de la cure thermale.

Visite des bains radio-actifs au Pavillon que le professeur Moureu a bien voulu patronner de son nom et où est utilisé, pour le plus grand avantage des rhumatismes douloureux, et des pauvres neurasthéniques, l'eau de Lepape, dont la radio-activité (41,5) est la plus puissante de France et une des plus puissantes du Monde.

Les aéro-bains qui permettent d'augmenter la pénétration de l'émanation radio-active ont fait l'admiration de tous.

Le docteur Cazal-Gamelsy avait fait joindre l'agréable à l'utile et la Société des Hôtels de montagne avait gracieusement offert le train spécial à la caravane pour faire l'ascension de Superbagnères où un splendide hôtel va être livré à l'époque des sports d'hiver prochain.

Le soir, le corps médical et la municipalité de Luchon offraient, dans le parc du Casino, un five o'clock des mieux réussis.

Nous n'aurions garde d'omettre que la direction du Casino avait réservé tous les fauteuils nécessaires pour une audition théâtrale qui fut très applaudie.

Souhaitons de voir notre belle Université Toulousaine continuer, dans tous les ordres d'idées, de pareils voyages d'études.

Elle luttera ainsi, par le développement de la richesse économique d'une région sur laquelle elle doit régner.

M. le professeur Lafforgue, au nom de ses collègues et de ses élèves, a remercié tous les organisateurs de cette belle manifestation scientifique et les a assurés qu'ils emportaient le meilleur souvenir de leur réception auprès d'une ville d'eaux qui, plus que jamais, demeure la « Reine des Montagnes ». *Un témoin.*

— Dans son service de l'hôpital des Enfants de Bordeaux et à sa clinique orthopédique, le docteur H.-L. Rocher, professeur agrégé à la Faculté de médecine, chirurgien des hôpitaux, fera du 17 au 22 octobre 1921, une série de conférences et de démonstrations pratiques sur la chirurgie infantile et l'orthopédie, avec projections et présentation de photographies, radiographies, pièces anatomo-pathologiques, de malades, avant, pendant et après traitement.

Cet enseignement aura lieu tous les jours de 9 h. à midi et de 3 h. à 5 h. 1/2 de l'après-midi.

Les examens de malades seront faits sous la direction du docteur Rocher par les médecins et les étudiants inscrits, ainsi que les applications d'appareils plâtrés dans la coxalgie, le mal de Pott, les tumeurs banches, les ponctions et injections dans les tuberculoses articulaires et ganglionnaires, etc.

Pendant ces six jours, seront pratiquées la plupart des opérations courantes en chirurgie infantile et orthopédie. Ultérieurement paraîtra le programme détaillé des conférences et exercices pratiques.

Sont admis les médecins et étudiants français et étrangers.

Prière d'adresser son inscription (gratuite) et toutes demandes de renseignements, au docteur H.-L. Rocher, clinique orthopédique, 91, rue Judaïque, Bordeaux.

Le Directeur-Gérant : **Dr GASSOT.**

Clermont (Oise). — Imprimerie DAIX et THIRON, THIRON et FRANJOU Successeurs,
Maison spéciale pour publications périodiques médicales

RECOUVREMENTS

D'HONORAIRES MÉDICAUX

M. Louis AUDEBERT, Avocat, *Directeur du Contentieux de Syndicats Médicaux. Administrateur d'immeubles.*

5, rue des Saints-Pères, PARIS, Tél. Saxe 48-53.

Pour toute demande de renseignements écrire à Me Audebert. en joignant un timbre pour la réponse.

AVIS

Stations thermales
Stations d'altitude.

Nos lecteurs qui désirent voir leur nom figurer dans les listes que nous publions actuellement sont priés de nous en informer

Envois de fonds.

Pour l'envoi des abonnements et des cotisations aux filiales, nous rappelons que le moyen le plus pratique et le plus économique est le versement au compte de chèques postaux dont voici les nos :

Con[illegible] Médical, Paris, 67-95.

Sou Médical, Paris 182-31.

Mutualite Familiale Paris, 182-32.

Caisse des pensions de retraites du Corps médical français. Paris, 271-46.

Changements d'adresses

Nous rappelons à nos lecteurs que toute demande de changement d'adresse doit être accompagnée de 0 fr. 60 pour frais de réimpression de bande.



Tarifs d'expertise en matière d'accident du travail.

Expert près des tribunaux, je suis fréquemment appelé à examiner des blessés du travail : le cas est très fréquent dans nos régions métallurgiques. J'ai même dans certains cas été appelé à pratiquer des autopsies, dans les cas où une discussion surgissait sur le point de savoir si la mort était la conséquence directe d'un accident. Et il semble que ces cas soient de plus en plus nombreux. Comment dois-je tarifer cette intervention ? pas plus que le tarif Dubief, le tarif Breton ne donne d'indication à ce sujet.

Lorsque l'autopsie est demandée par la Compagnie d'assurances, la solution est en général facile, cette compagnie consentant à régler les honoraires du médecin, conformément à une entente amiable (250-300 fr.) mais il n'en est pas de même dans le cas contraire, et le mémoire des frais doit être transmis au tribunal. J'ai plusieurs fois tarifé mon intervention comme je le fais dans les cas d'autopsie en matière criminelle. Mais, bien que les honoraires prévus en ce cas soient peu rémunérateurs, il arrive qu'ils ne soient pas admis sous le prétexte qu'il s'agit d'affaire civile pour laquelle le tarif par vacation de 6 fr. est seul applicable. Or, en comptant pour le jour de l'autopsie le maximum de 4 vacations, j'arrive pour cette opération à des honoraires ridicules de 24 fr.

Il est certain que le cas s'est présenté à Paris : pouvez-vous m'indiquer comment nos confrères tarifent et sur quelles bases ils fixent leurs honoraires ? Cette question a un intérêt évident, car — dans le doute — on en arrive à refuser d'être commis pour une intervention de ce genre.

Dr C.

Réponse.

En matière d'accident du travail, c'est le tarif criminel qui est applicable, car une des parties a l'assistance judiciaire. Mais si, dans les contestations, l'ouvrier n'est pas en cause, c'est le tarif civil qui est applicable.

Le Trésor paye l'expertise, lorsque l'assistance judiciaire a été accordée, mais ce n'est qu'une garantie de paiement qui est donnée au médecin, car il peut s'adresser à la compagnie d'assurance ou au chef d'entreprise, surtout lorsque l'assurance succombe au procès, ou lorsque c'est elle qui a réclamé l'expertise.

Voilà ce qu'a décidé la jurisprudence, interprétant les divers décrets en la matière.

Calcul d'une rente pour accident du travail.

1° Un blessé du travail a un salaire annuel de 8.327.50 et une incapacité de 9 %. Il me semble que dans ce cas son indemnité soit de :

83,275 × 4,50 = 374 fr. 73.

Or, la Cie d'assurances ne lui alloue que 247 fr. 90.

Comment peut-elle arriver à ce décompte, et qui a raison ?

2° Dans le cas où le blessé aurait raison, a-t-il le droit de faire appel au jugement dans les 30 jours ?

Dr T.

Réponse.

La rente allouée à votre blessé (247,90) est celle à laquelle il a droit. En effet, en vertu de la loi du 5 août 1920, au-dessus de 4.500 francs de salaire, ce n'est plus le demi-salaire, mais le huitième seulement qui sert au calcul du total de la rente.

La situation est donc parfaitement régulière et il ne nous semble pas qu'il y ait lieu d'aller en appel.

En tout cas, le délai d'appel est de 15 jours et non de 30.

Automobile et taxe.

Possesseur d'une voiturette Zèbre 5 chevaux *monocylindrique*, *modèle* 1914, laquelle pèse moins de 350 kg. dois-je, au point de vue de l'impôt, être imposé comme voiture automobile ou comme cyclecar ? D'après ce que l'on m'a dit, ce serait ce poids limite de 350 kg. qui servirait *à classer* un véhicule automobile dans l'une ou l'autre catégorie.

Est-ce exact ? Dr C.

Réponse.

Doit être considéré comme un cycle-car tout véhicule dont le poids ne dépasse pas 350 kilogs et la cylindrée 1.100 centimètres cubes et qui ne comporte pas plus de 2 places.

Dans ce cas, la taxe est de cent francs.

La prescription de la morphine.

Permettez-moi de vous adresser la demande suivante :

Je suis régulièrement appelé chaque semaine à délivrer une ordonnance de morphine pour un vieux tabétique qui n'a jamais suivi, du fait de la guerre, aucun traitement spécifique. Quant je suis arrivé, dans le pays, ce malade était déjà devenu morphinomane et j'essayai de lutter contre l'entourage qui n'a rien su faire pour lui rendre les doses de morphine moins répétées. Je voudrais savoir si je puis rédiger des ordonnances de morphine, en suivant naturellement les prescriptions de septembre 16, en toute liberté de dose, ou bien si je suis tenu à ne pas dépasser une certaine dose.

Ainsi, croyez-vous que je puisse, tous les 7 jours, comme l'entourage du malade me le demande, rédiger une ordonnance ainsi conçue :

Chlorhydrate de morphine.......... 1 gr.
Eau distillée.................... 50 c.c.

Je vous serai très reconnaissant si vous vouliez bien me répondre le plus tôt possible.

Réponse.

La loi sur les substances vénéneuses interdit de prescrire la morphine pour une durée de plus de 7 jours, mais elle n'intervient pas dans les questions de doses.

L'ordonnance dont vous nous soumettez les termes est donc régulière, à la condition que vous précisiez la manière de prendre le médicament, c'est-à-dire que vous indiquiez le nombre et le volume des injections à faire par jour, de manière à ce que la dose totale soit épuisée en 7 jours.

NOTES DE MÉDECINE PRATIQUE

Les auto-vaccins dans le traitement de la blennorrhagie, de l'urétrite et de la prostatite.

Nous avons tous, dans notre clientèle, des malades atteints de blennorrhagie, d'urétrite et de prostatite.

Lorsqu'il s'agit de cas récents et de blennorrhagie aiguë, le traitement classique, bien conduit, donne la guérison, dans un laps de temps relativement court.

Au contraire, si nous nous trouvons en présence de récidives, la question se pose de savoir et d'établir, scientifiquement, s'il s'agit de blennorrhagie chronique, d'urétrite ou de prostatite, conséquences, la plupart du temps, des deux premières infections.

Dans ce second cas, je me suis toujours bien trouvé de calibrer l'urètre par un cathétérisme aussi léger que prudent, pour me rendre compte s'il existe, ou non, un ou plusieurs rétrécissements.

Vous connaissez tous l'expérience des trois verres.

On fait uriner le malade, dans chacun d'eux, en coupant le jet de la miction, sans l'interrompre, et, dans chaque verre, on fait l'examen du verre et de son contenu.

Je suppose connu le diagnostic qu'on retire de cet examen, étant donné que tous les traités d'urologie nous l'indiquent.

Mais, les nouvelles directives que l'emploi des *auto-vaccins* ont introduites dans le traitement des maladies des voies génito-urinaires, m'ont engagé, comme beaucoup de mes confrères, à élucider cette question, extrêmement simple,

en apparence, mais tout de même indispensable à ceux qui veulent recourir, comme moyen de guérison, aux auto-vaccins « qu'y a-t-il dans *la goutte* qui perle, chaque matin, au bout de la verge du malade ? »

Dès lors, s'impose la nécessité de remettre, à ce dernier, les deux plaquettes rectangulaires en verre, qui servent au prélèvement des sécrétions urétrales, et que le bactériologiste ou le pharmacien nous délivrent, lorsque nous ne faisons pas, nous-mêmes, d'examens microscopiques.

Or, précisément, l'examen de cette goutte matutinale nous dira en face de quels microbes nous nous trouvons.

Ici, nous aurons du gonocoque pur ; là, nous aurons du gonocoque, du streptocoque ; là, enfin, ni l'un, ni l'autre, mais seulement du pus et différentes associations microbiennes.

Dès lors, il ne nous restera plus qu'à cultiver les différents microbes, dont il s'agit, ou de les faire cultiver, par tel ou tel laboratoire de notre choix, qui nous fournira des ampoules contenant des auto-vaccins aux doses à employer, rationnellement, et par progression, suivant la gravité du cas.

Ces auto-vaccins, bien maniés, donnent, certainement, des résultats supérieurs aux stocks-vaccins.

Tout ce qui précède ne contredit évidemment pas l'emploi des balsamiques, antiseptiques urinaires, instillations, petits et grands lavages, mais il nous arrive, dans les stock, auto et entéro-vaccins, des auxiliaires, supérieurement précieux, qu'aucun de nous n'a le droit de regarder d'un œil indifférent ou dédaigneux.

Dr GALAND (de Cambrai).

APHORISMES

Si la *pathologie* comporte, pour le médecin, parfois des surprises désagréables, la *thérapeutique* lui réserve souvent des surprises aussi inattendues qu'agréables.

En clinique, le seul symptôme qui compte est celui qui dure ou qui se répète, avec persistance.

Diagnostiquer prudemment et *pronostiquer* plus prudemment encore.

Connais-toi toi-même, et connais mieux encore tes malades, doit être la devise du médecin.

Henry Maret a dit : Les savants sont trop savants pour ne pas savoir qu'ils ne savent rien ! Boutade applicable aux médecins, mais à exactitude relative, si l'on compare ce qu'on sait à ce qu'on ne sait pas et à ce qu'on devrait savoir.

Ce qu'on obtient par les procédés dits empiriques dépasse, quelquefois les résultats réalisés par les procédés scientifiques si l'on néglige, dans ce dernier

cas, les précautions de prudence et de contingence : d'où la *pérennité* de l'emploi des pratiques anciennes que l'observation n'a pas condamnées.

Le bon médecin se reconnaît à son assurance devant le malade et son entourage et à sa timidité et à sa réserve devant ses confrères appelés en consultation. On réfléchit souvent lorsque l'irréparable est fait.

Dr E. CROUSEL.

JURISPRUDENCE

JUGEMENT DE JUSTICE DE PAIX

(Béziers, le 25 mai 1921).

La location des appareils de radiologie, dont le prix est fixé par le Tarif Breton, est due même quand elle est faite par le médecin propriétaire desdits appareils.

Attendu que le troisième alinéa du paragraphe six de l'article vingt-six de l'arrêté du huit juillet mil neuf cent vingt, prévoit pour toute application radiologique à domicile le paiement du taux du prix de location des appareils.

Attendu qu'il s'agit de rechercher si cette allocation est également due à l'opérateur qui est comme dans l'espèce, propriétaire de cet appareil.

Attendu que l'affirmative n'est pas douteuse, car cette disposition qui n'a aucun caractère restrictif, doit logiquement s'entendre tant de la location proprement dite que de la fourniture des appareils radiologiques.

Attendu que rien ne paraît plus équitable en effet que locataires ou possesseurs retirent de leur chose, qu'ils mettent à la disposition d'autrui, et pour des services égaux, des bénéfices équivalents.

Attendu que s'étant inspiré de ce principe, le syndicat général des médecins français radiologistes, auquel l'arrêté Breton laisse le soin d'évaluer ce taux de location l'a uniformément fixé pour toute la France à deux cents francs pour l'année mil neuf cent vingt-et-un.

Attendu que l'intervention de cette corporation a pour objet de préciser d'une manière invariable les droits de ses membres et les obligations de ceux qui ont recours à leurs offices. Mais ne peut avoir aucun effet vis-à-vis des différentes maisons de ces articles qui n'ont pas adhéré à ce tarif général et qui restent par conséquent libres de l'établissement de leurs prix de vente ou de location qui, pour des multiples raisons, peuvent varier à l'infini.

Attendu qu'il est inexact dès lors de soutenir que l'auteur de l'arrêté, dont le sens fait la présente contestation, n'ait strictement et exclusivement envisagé que le remboursement de la seule location réelle à un tiers.

Attendu que la somme forfaitaire fixée ainsi qu'il a été indiqué ci-dessus pour tous les pays et pour tous, médecins et malades, est la négation la plus favorable de ce moyen ;

Attendu que l'admission d'une semblable prétention aboutirait encore à ce résultat vraiment paradoxal de l'octroi d'une rétribution de moindre importance à la main la mieux exercée.

Qu'en effet, le prix d'une application radiologique faite par spécialiste avec ses appareils lui serait compté à raison de deux cents francs meilleur marché qu'à tout autre médecin dépourvu de ces appareils, mais pouvant se les procurer dans tant de différentes conditions, parce que non réglementées.

Attendu qu'un pareil traitement serait véritablement injuste envers tout professionnel quel qu'il soit, qui, se consacrant et se perfectionnant dans une spécialité, arrive ainsi à rendre d'inappréciables services à ses concitoyens.

Attendu que l'on n'arrive pas à trouver une raison plausible pour expliquer cet écart de deux cents francs dans une opération du même genre, dont le total, si l'on approuvait la thèse des défenseurs, ne dépasserait pas parfois la somme de cent francs.

Qu'une autre conséquence d'une réduction du prix si sensible serait d'attirer inévitablement aux seuls possesseurs d'appareils, au détriment de leurs confrères, toute la clientèle.

Attendu que ce n'est pas certes encore là l'esprit de l'arrêté dont le but n'a pas été d'instituer de monopole pour personne.

Que le malade doit être libre du choix de son médecin, sans être obligé, si telle n'est pas son intention, d'avoir recours, pour cette seule raison d'économie, à un médecin possédant des appareils.

Attendu que, d'un nouveau point de vue, le système proposé ne semble pas davantage soutenable.

Qu'il est fort difficile d'admettre que les dits appareils radiologiques manœuvrés par leur propriétaire, ne lui rapporteraient rien, alors que ces mêmes appareils qu'il prêtera ou qu'il louera à un collègue, lui vaudront une redevance de deux cents francs pour une seule demi-journée.

Attendu que la question de dédommagement du fait capital demeure tout à fait secondaire en l'espèce. Qu'il paraît bien inutile d'examiner si le faible intérêt de ce capital, de même que les quelques frais de menu entretien de ces appareils, doivent être ou non suffisamment compensés par le plus grand nombre d'opérations confiées aux possesseurs de ces appareils parce que spécialistes, la plupart du temps, offrant à tout le monde, malades et confrères, le maximum de régularité, de rapidité aussi bien que de certitude.

Attendu que l'équité, qui trouve une large part dans les décisions de Juge de Paix, ne prime pas tout, commande qu'il soit fait également pour tous.

Attendu que l'acquisition faite par un médecin de ces appareils, pour son propre intérêt et pour celui aussi, de toute une population qui trouve sur place ce qu'elle serait parfois obligée d'aller quérir au loin, qui lui permet, à lui opérateur, d'avoir toujours en mains son même instrument de travail et qui assure à sa clientèle toute garantie professionnelle durable, lui crée sans doute un avantage évident, mais ne saurait être jamais pour lui une cause d'infériorité de traitement aux yeux de personne.

Que ces considérations amèneraient à déclarer que l'allocation réclamée par le Dr S. lui est légitimement due.

Attendu enfin que la partie qui succombe doit les dépens. Par ces motifs, statuant publiquement contradictoirement et en premier ressort, déclarons insuffisante l'offre de la somme de deux cent soixante dix francs faite par B. et R. ;

Et, faisant droit à la demande du Dr S., dont les autres prétentions ne sont pas contestées ;

Condamnons les dits sieurs B. et R., à lui payer avec intérêts de droit à partir de ce jour, la somme principale de quatre cent vingt francs, comprenant celle de cent cinquante francs pour l'article litigieux de location des appareils.

Condamnons les défendeurs aux dépens.

Commentaires.

Ce jugement intéressera particulièrement les confrères *chirurgiens* qui, en province surtout, sont parfois obligés de porter à domicile les dits appareils qui sont leur propriété *personnelle*. Auquel cas, ils ont droit, dit ce jugement, d'être payés, (outre leur intervention chirurgicale) des frais de radiographie et de location et transport d'appareils.

Nous sommes heureux de constater qu'en l'espèce, la jurisprudence est d'accord avec l'équité et le bon sens.

Dr Fernand Decourt.

QUARANTE-TROISIÈME ANNÉE | N° 33 | DIMANCHE 14 AOUT 1921

Fondé en 1879 par Auguste CÉZILLY
Rédigé et dirigé par H. JEANNE (1900-1914),

LE CONCOURS MÉDICAL

ORGANE HEBDOMADAIRE DES PRATICIENS
Groupés dans la Société « Le CONCOURS MÉDICAL » et ses Filiales

ADMINISTRATION & PUBLICITÉ
C. BOULANGER, ADMINISTRATEUR

ABONNEMENTS :
France........................ 24 fr.
Etranger...................... 28 »
Etudiants (*France*).......... 12 »
Le numéro..................... 50 cent.
Chèques Postaux Paris 167-95

DIRECTION
MM. les Drs A. GASSOT, *Directeur*; A. MAURAT; H. CEZILLY; J. NOIR; P. BOUDIN docteur en droit; M. VIMONT; G. DUCHESNE.
MM. P. CEZILLY, J. DUMESNY, licenciés en droit; C. BOULANGER.

RÉDACTION
Dr J. NOIR, RÉDACTEUR EN CHEF
Drs P. LACROIX et G. DUCHESNE
SECRÉTAIRES DE LA RÉDACTION
N.-B. — Les manuscrits publiés ou non, ne sont pas rendus.

Rédaction et Administration : 132, rue du Faubourg St-Denis, PARIS (10e). Téléphone : Nord 48-17

Quarante-troisième année. N° 33 14 Août 1921.

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE



Office de Renseignements du « Concours »

Membres du Concours exerçant dans les Stations Thermales.

NOTA. — Nous rappelons à nos abonnés qu'il est nécessaire de nous informer chaque année de leur désir de voir figurer leur nom sur ces listes.

MM. les Docteurs :

Aix-les-Bains. Bertier, Blondel, L. Coutaz, Dardel, Duvernay, Forestier, Goddard, Kent-Gazet, Lel‹ng.
Allevard-les-Bains, Boël.
Ax-les-Thermes (Ariège) Bresch, Gomma.
Bagnères-de-Bigorre. F. Duprat (Enfants). Portes.
Bagnoles-de-l'Orne. J. Arnaud, Jolv, Pesnel, Poulain.
Bains-les-Bains, Dr M. Henry.
Barèges. Robine.
Besançon La Mouillière. Mme Jeanne Bon.
Biarritz. Clavel, Lacour.
Bourbon-Lancy, Bellœuf, Compin.
Bourbon - L'Archambault. Mansillon.
Bourbonne-les-Bains. Gay, Testevuide.
Brides-les-Bains et **Salins-Moutiers.** Mathieu, Laissus fils.
Cambo-les-Bains, Colbert. — Hamant.
Capvern. Pomarède, Pouy.
Cauterets. Anglade, Armengaud, Got.
Châtel-Guyon. Baumann, Bayrac, Conchon, Foucaud, Gachlinger, Kolbé, Levadoux, Mazeran, Ribérollcs, Saint-René-Bonnet.
Contrexéville. J. Thiéry.
Divonne-les-Bains. Ballivet.
Eaux-Bonnes. Bajac.
Enghien-les-Bains. Beyrand.
Escouloubre-les-Bains. Dr Sarda.
Evaux-les-Bains. J. Gruzu, Lepage
Evian, L. Dalard. Lévy-Darras.
Forges-les-Eaux. Bernardicou
Gréoux (Basses-Alpes). Rigal.
Hendaye. Th. Casenave.
La Bourboule. Christin, Verdalle.
La Motte-les-Bains. De Langenhagen.
Lamalou-les-Bains. Belugou, Cauvy.
La Roche-Posay-les-Bains. Bardet, Guyot.
Luchon, Cazal, Dutech, Gamelsy, Germès, Molinéry (ne fait que la physiothérapie), Pelon, Salles, Sammuller.
Luxeuil-les-Bains. Bornèque, Cugnier, Gauthier. Picot, Pierrhugues, Rimey.
Martigny. Dedet. Payen.
Mont-Dore. J. André, Béal, Débidour, Dubruel, Levadoux.
Néris. Ducros.
Palavas-les-Flots. Gelly.
Plombières-les-Bains. Bernard. Gillot. Hagen, de Langenhagen, Truelle.
Pougues-les-Eaux. Hyvert.
Royat. Chassagnard. Mougeot.
Salins-les-Bains. Bourny, Baud.
Salins-Moutiers. Gonthier.
Salies-de-Salat. Barbé.
Saint-Didier, (Vau.) Masquin.
Saint-Gervais-les-Bains. Alphonsi. Baradat. C. Bleicher, E. Mallein, Musse, Roux.
St-Honoré-les-Bains. Comoy Comte. Odin. Ségard.
St-Nectaire. Serane, Siguret, Versepuy.
St-Sauveur. Sabail.
Salies-de-Béarn. Callais, Coustère. David. Reynaud
Sermaize-les-Bains. Rousselot, Ramonet.
Thonon-les-Bains, Vuillaume.
Ussat (Ariège). Pujol.
Vals-les-Bains, Chabannes, David.
Vichy. Cahen, Castera, Chevreux, Cotar, Desmaroux, Gannat, Guinard, Reynes, Ed. Vidal.
Vittel, Constant, Mousseaux.

DON. — Nous avons reçu à titre de don à la Société du « Sou médical », de MM. les docteurs MIRABAIL, de Baugy (Cher) et CHATONIER, de Bort (Corrèze) la somme de dix francs pour bons offices du journal.

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum, aux* « demandes et offres ».

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne, qui est versé dans la caisse de la Société civile du Concours Médical). *Adresser un mandat ou mieux verser au compte de chèques postaux,* CONCOURS MÉDICAL, *Paris 167-95.*

Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse.**

N° 391. — Poste campagne seul médecin propharmacien occupé 43 ans par docteur cédant, 13 villages, 3.000 habit. dans rayon 5 kil. confrères distants 12, 14 et 20 kil. Moyenne 30.000. Région libérée non dévastée. Chasse et pêche. A débattre.

N° 392. — A vendre auto Sigma neuve 10 HP, conduite intérieure, 4 places, faire offre Dr Lerenard à Isigny-sur-Mer (Calvados).

N° 393. — Docteur demande forceps d'occasion.

N° 394. — Centre ouest. A céder grosse clientèle de médec. proph., seul médecin, pas de sage-femme, six communes à desservir. Conv. à célib. en raison du logt. 30 à 35.000 fr. Cond. à débattre.

N° 395. — Dame de médecin des régions dévastées ayant 4 enfants, cherche situation.

N° 396. — Petit noyau de clientèle à céder dans la banlieue parisienne, très grand pavillon avec grand jardin. Affaire d'avenir. S'adresser à Breitel et Goret, 1, rue Dante à Paris.

N° 397. — Clientèle d'un rapport de 20.000 fr. à céder dans le Sud-Est. Petit loyer. Indemnité 7.000 fr. S'adresser à Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris.

CORRESPONDANCE

L'erreur du lait.

Un de mes confrères me communique l'article du *Matin* du 22 courant : Les dangers du régime lacté exclusif !

L'avez-vous lu ? Il est intéressant, car il confirme les idées que je soutiens depuis longtemps et qui ont fait l'objet de notre entretien du 27 mai dernier, lorsque je passais au *Concours*, la veille de l'assemblée de l'Union.

Toutefois, combien on serait en droit, en certains cas, de regretter d'être Français ! Nous serions certainement moins ignorés de la Grande presse qui trouve *bien curieuses* et *inattendues* les indications données par un médecin étranger, le Dr Delgado Polacios, uniquement parce que ce médecin est étranger.

C'est bien la peine que le Dr Noir, vous et moi, nous nous soyons fatigué les méninges pour mettre l'opinion publique en garde contre les dangers du lait aussi bien dans la fièvre typhoïde que dans la grippe, etc. !!

Dr Meunier.

La propagande française pour les stations rhénanes.

Vous avez sans doute reçu, comme tous les médecins français ont dû les recevoir, le prospectus et la brochure du syndicat d'initiative français de Wiesbaden et des Pays Rhénans, sous le haut patronage de :

M. le Haut commissaire de la République française.

M. le Consul général de France à Cologne et Mayence.

M. le général commandant en chef les armées du Rhin.

Si les Pays Rhénans étaient français ou devaient devenir français, cette propagande pour les stations thermales des pays rhénans pourrait s'expliquer, mais vraiment, il me paraît scandaleux que le Gouvernement français patronne ce syndicat d'initiative — français peut-être — mais installé en Allemagne, patronne une telle propagande pour des stations thermales allemandes, pour attirer en Allemagne nos touristes et nos malades, quand nous avons en France tant de sites splendides, inconnus des Français, tant de stations thermales merveilleuses pour lesquelles le gouvernement reste bien indifférent.

Il est véritablement navrant de constater que ce syndicat d'initiative installé en Allemagne ait obtenu le patronage du Gouvernement français et ait trouvé l'argent nécessaire pour répandre « à profusion » des brochures et faire une propagande « intense » pour attirer en Allemagne nos touristes et nos malades, pendant qu'en France, on ne fait rien, faute d'argent sans doute, ou d'initiative, pour organiser nos merveilleuses et innombrables stations thermales ou de cure d'air et y attirer les malades, les touristes et les étrangers.

Alors, non seulement l'Allemagne ne payera pas ses dettes quand nous sommes écrasés d'impôts pour les payer, non seulement l'Allemagne ne respectera pas la signature qu'elle a apposée au traité de Versailles, mais encore ce seront des Français — sous le patronage du Gouvernement français — qui feront de la propagande pour attirer en Allemagne nos touristes et nos malades, qui feront un appel pressant pour faire prospérer les stations thermales allemandes et nous faire aller porter notre argent aux commerçants et aux médecins allemands !!! On croit rêver.

Les médecins de villes d'eaux et les syndicats d'initiative de nos sites français ne devraient-ils pas élever leurs protestations indignées ?

Qu'il y ait dans les provinces rhénanes des commerçants français qui se soient installés pour y gagner de l'argent et y faire fortune en profitant du change, c'est possible, mais il y a — *La France d'abord* — et c'est une honte d'entendre un syndicat d'initiative français — patronné par le Gouvernement français — proclamer dans ses prospectus : « Deustchland über Alles ».

A-t-on déjà oublié nos 1.500.000 morts ? Sommes-nous les humbles serviteurs de l'Allemagne odieuse et vaincue ? ?

Dr P.

Honoraires pour expertises.

J'ai été requis, par écrit, par le juge de paix pour donner mes soins, à la gendarmerie, à un prisonnier blessé d'une balle de revolver au cours de son arres-

tation. Le procureur réclame mes honoraires. Comment établir ma note pour :

1) Visite en ville.
2) Désinfection, régularisation de plaie de cuisse en séton (sous anesthésie locale, mise à jour du tunnel cutané, pansement).
3) Injection de sérum antitétanique.
4) Rédaction du rapport.

Dr B.

Réponse.

Vous trouverez dans l'Agenda du *Concours* 1921, page 183, le nouveau tarif des expertises criminelles.

Vous verrez que, pour la visite judiciaire, vous avez droit à 15 francs ; mais pour l'opération, le pansement, aucun tarif n'est prévu. Vous établirez la note de ces soins d'après le tarif local, ou le tarif Breton, et le juge taxera au petit bonheur.

Ce tarif est très mal établi et devrait être réformé.

Accidents du travail.

1° Le lumbago doit-il, en dehors de toute lésion extérieure (contusion, ecchymose), être considéré comme un accident du travail ? En l'espèce, je ne dis pas dans le cas particulier, car cette affection est très fréquente dans ma clientèle ouvrière, il s'agit de mine, — mine de fer — très saine, où l'humidité n'existe pas. Mais les efforts accomplis par les mineurs sont parfois assez violents. Voudriez-vous m'indiquer les sources où je pourrais trouver la jurisprudence spéciale à ce cas ?

2° Une question de tarif Breton. Voici les faits. Je suis appelé, à ma résidence, la nuit, pour soigner un chauffeur d'automobile qui vient de capoter. Luxation de l'épaule. Réduction pour ainsi dire impossible sans l'anesthésie. Je n'insiste pas. Le lendemain matin, je vais chercher un de mes confrères, chirurgien, à 10 kilomètres, avec ma voiture (auto). Nous effectuons, sous le chloroforme, la réduction.

J'ai compté : (appartenant aux R.L.)

1° Visite de nuit : 30 frcs (art. 4).
2° Visite en consultation : 30 frcs (art. 5).
3° Réduction de luxation de l'épaule : 75 frcs (art. 10).
4° Pour mon confrère : visite en consultation : 30 frcs ; indemnité kilométrique : 30 frcs ; anesthésie générale : 50 frcs.

Suis-je en droit de réclamer le remboursement de mes frais d'auto ; je suis allé personnellement chercher mon confrère, avant l'ouverture du téléphone, pour être sûr de le rencontrer. Cela me fait 40 kilomètres, car, bien entendu, je l'ai reconduit.

Dr C.

Réponse.

Si le lumbago est banal, il ne constitue pas un accident du travail (Cassation, ch. des requêtes,

23 novembre 1910, confirmant Justice de paix de Bordeaux, 6e arrondissement ; 29 octobre 1907).

Mais si le lumbago est dû à une cause extérieure brutale, ou traumatique, non progressive, survenue à l'occasion du travail, il peut être considéré comme accident du travail.

Pour la seconde question, il semblerait *a priori* qu'il ne vous soit rien dû, car vous n'êtes pas loueur de voiture et vous n'avez pas à demander le remboursement de frais qui ne sont pas strictement professionnels.

Mais vous vous êtes imposé ce déplacement dans l'intérêt de votre malade, pour être certain de trouver le chirurgien, alors que le téléphone n'était pas encore ouvert. Dans ces conditions, il nous semble que vous pourriez demander le remboursement de ces frais de déplacement, comme étant l'accessoire du traitement, sans pouvoir garantir que vous ayez gain de cause.

Le médecin doit-il fournir en double le premier certificat d'accident du travail ?

Dans les accidents du travail, je fournis un certificat d'origine pour la mairie, et un deuxième pour la Compagnie d'assurances. Jusqu'à présent, j'ai noté sur mes notes d'honoraires 2 certificats, et compté chacun d'eux pour 5 francs. Toutes les Compagnies m'ont payé jusqu'à présent ces 2 certificats. Ces jours-ci, le P.-accidents, le Syndicat de garantie des entreprises du bâtiment, prétendent ne payer que 5 fr. les deux certificats fournis à l'origine. J'ai refusé. La loi prévoit un seul certificat médical d'origine tarifé 5 fr. pour la mairie. La Cie d'assurances en désire le double signé. Je n'ai aucune raison de lui en faire cadeau.

Dr C.

Réponse.

Vous ne devez, en effet, fournir qu'un seul certificat, ainsi que la loi le prescrit.

Le patron ou son assurance ont toute facilité pour en prendre copie à la Mairie. S'ils en réclament de vous un duplicata, ils doivent vous le payer, car vous n'ayez aucune raison, ainsi que vous le dites, de leur en faire cadeau.

Nous ne croyons pas que, dans le cas particulier qui motive votre lettre, vous ayez intérêt à intenter une action pour une aussi petite somme. Mais à l'avenir, ne vous laissez pas faire, d'autant plus que c'est à l'accidenté lui-même que vous devez remettre le certificat en principe, et non à un tiers.

La désinfection des livres contaminés.

Je vous serais très obligé de bien vouloir me faire savoir s'il y a un moyen simple et pratique de dé-

sinfecter des volumes lus par plusieurs tuberculeux ; dans le cas où un moyen *simple* n'existe pas, quel moyen employer qui ne détériorerait pas les reliures et qui serait efficace ?

Dr M.

Réponse.

Nous vous conseillons de suspendre les volumes sur un fil de manière qu'ils soient aussi ouverts que possible, et à faire évaporer dans la pièce une cartouche de Fumigator Gonin.

Pharmaciens. Falsification d'ordonnance.

Un pharmacien de la localité n'a pas exécuté mon ordonnance concernant un collutoire. Sans autorisation, il en a modifié la composition, modifiant le véhicule en ajoutant de l'eau au lieu de mettre de la glycérine pure, et l'additionnant d'essence de menthe.

L'application de ce collutoire a provoqué l'aggravation des lésions, mettant l'enfant en danger.

1° Y a-t-il lieu à des poursuites correctionnelles ?

2° Les parents peuvent-ils réclamer des dommages et intérêts ? Cas analogues comme références.

3° Il s'agissait d'une ordonnance avec en-tête imprimée de l'assistance médicale gratuite. Il y a fraude, puisque le département paye ce qui est inscrit par le médecin donc de la glycérine pure et non de la glycérine diluée.

Est-ce au Préfet de porter plainte sur ce point ?

Dr C.

Réponse.

Un pharmacien n'a pas le droit de substituer un médicament à un autre dans l'ordonnance d'un médecin. Dans le cas où le pharmacien croirait reconnaître une erreur de prescription, dans la rédaction de l'ordonnance, il devrait simplement avertir le médecin, pour que ce praticien confirme ou réforme sa formule ; mais, même dans ce cas, le pharmacien n'a aucun droit de contrôle (Trib. correct. Lectoure, 5 avril 1895, *Gaz. du Palais* 1895, 2, 143. Cour de Caen, 12 juillet 1898, la *Loi* 30 juillet 1898).

A plus forte raison, le pharmacien n'a aucun droit pour délivrer des remèdes ne correspondant pas aux prescriptions qui les formulent (Cour de Paris, 9e chambre, 14 février 1907 confirmant trib. corr. Seine, 8e ch., *Concours médical* 1907 ; p. 253 et autres décisions antérieures de jurisprudence).

Un pharmacien peut être condamné pour tromperie sur la nature, les qualités substantielles, la composition et la teneur en principes utiles des médicaments vendus (nombreuses décisions de jurisprudence).

(*Voir la suite page XXXI-2301*)

PROPOS DU JOUR

Un projet en voie de réalisation : Le bureau des relations médicales avec l'étranger.

Les efforts de l'*Association des relations médicales entre la France et les Pays alliés et amis* (A. D. R. M.) ont été indiscutables et méritoires et nous devons être reconnaissants à tous ceux qui ont sacrifié leur argent, leur temps et leur peine à la tentative de resserrer les liens médicaux internationaux et de servir la cause de la France auprès de nos confrères de l'étranger.

Mais le Conseil de l'A. D. R. M. s'est vite aperçu que la tâche était excessive et que, pour remplir la délicate mission de contrebattre la propagande allemande auprès des médecins étrangers, il fallait disposer de moyens qu'il n'était guère possible à une association médicale de se procurer, et organiser une administration avec de véritables fonctionnaires appointés, dirigée par un médecin qui pourrait se consacrer presque exclusivement à ce service.

Il fallut donc s'adresser à des organisations officielles et privées extra-médicales qui sont disposées à donner leur appui aux relations médicales françaises avec l'étranger sous certaines conditions qui leur paraissent devoir assurer le succès.

Le projet d'un *Bureau des relations médicales avec l'étranger* a donc été élaboré de concert avec des éléments extra-médicaux.

Ce bureau, dont le siège doit être à l'Ecole de Médecine, sera administré, sous la présidence de M. le Doyen de la Faculté de médecine, par un Comité de quatre membres, composés de deux délégués de la Faculté de médecine et deux délégués de l'A. D. R. M. Ce comité jouera auprès du Bureau le rôle du conseil d'administration dans une société anonyme.

Le Bureau des relations médicales sera dirigé par un Directeur-médecin suffisamment appointé, nommé par le Comité et ne pouvant être révoqué sans l'avis du Conseil de l'A. D. R. M. Ce directeur sera assisté d'un nombre variable de chefs de section, médecins ou non, actifs, compétents, connaissant les langues étrangères.

On prévoit les six sections suivantes dont deux ou trois seraient ouvertes dès la fondation du Bureau.

1° Section des pays de langue anglaise (Angleterre et Dominions, et Amérique du Nord ; Japon et Chine provisoirement).

2° Section des pays de langue latine (Italie, Espagne, Portugal, Amérique du sud et Amérique centrale).

3° Section des pays du nord de l'Europe (Hollande, Pays Scandinaves, Etats de la Baltique).

4° Section des pays de l'Europe centrale (Pologne, Roumanie, Tchéco-Slovaquie, Yougo-Slavie).

5° Section du proche Orient (Grèce, Egypte, Turquie, Asie mineure, Perse, etc.).

6° Section des pays Slaves ultérieurement.

Le rôle de ce bureau consistera à grouper tous les renseignements concernant la médecine en France au triple point de vue de son organisation, de son enseignement et des industries qui s'y rapportent (librairie, stations thermales, climatiques, balnéaires, établissements spéciaux de cure, produits pharmaceutiques et chimiques, appareils et instruments de physiologie, de médecine et de chirurgie, électrologie, radiologie, orthopédie, etc.).

Le bureau réunira tous les renseignements concernant la situation et les desiderata des médecins étrangers.

Il se tiendra au courant de ces besoins et de ces desiderata ainsi que de toutes les manifestations médicales pouvant les intéresser à un titre quelconque.

Il fournira aux médecins étrangers tous les renseignements ayant trait aux points de vue ci-dessus, soit verbalement, soit par correspondance, soit par l'intermédiaire de l'A. D. R. M. et de ses délégués à l'étranger, etc.

Il s'efforcera d'établir des relations avec les Universités, les Sociétés, la Presse médicale étrangère, de favoriser l'échange de professeurs, de conférenciers, d'étudiants, d'obtenir l'insertion d'articles français dans les journaux médicaux étrangers, d'engager les médecins et les étudiants étrangers à venir en France

de faciliter leur réception collective ou individuelle et leur séjour en France, d'organiser à leur intention des voyages d'études, des visites d'établissements scientifiques, des cours de vacances, etc., etc.

Notons que ce Bureau déchargera l'A. D. R. M. d'une tâche administrative qu'elle ne pourrait remplir et qu'elle devra par ses délégués inspirer et contrôler. L'A. D. R. M. pourra diriger toute son activité vers l'organisation des voyages et des missions médicales françaises à l'étranger et la réception des médecins étrangers en France.

Le comité d'administration du Bureau sera en contact permanent avec le Ministère des Affaires étrangères, avec les délégués des diverses Chambres syndicales des industries qui à un titre quelconque ont un rapport avec la médecine.

Il recueillera les fonds et les subventions de provenances diverses qui seront allouées au Bureau, en établira la répartition et en surveillera l'emploi.

Bien que siégeant à Paris par le fait de notre centralisation administrative, le Bureau des Relations médicales avec l'étranger, *ne sera pas une œuvre parisienne, mais une œuvre française*, il s'efforcera de se tenir en contact avec toutes les Facultés et Ecoles, les Sociétés et Institutions médicales de France.

Tel est, en résumé, le plan d'organisation du Bureau dont le projet est en voie de réalisation. Nous ferons remarquer que cette institution projetée, ayant un but national plus que médical, bien qu'administrée par des médecins, délégués de l'A. D. R. M. et de la Faculté de médecine de Paris, sera tenu de recevoir les conseils de diverses organisations officielles, commerciales et industrielles dont la collaboration assurera, nous l'espérons, le fonctionnement de cette œuvre indispensable à la France et trop tardivement instaurée. Cependant, mieux vaut tard que jamais, dit le proverbe.

J. Noir.

PARTIE SCIENTIFIQUE

CHIRURGIE INFANTILE

L'ostéochondrite.

Par F. Calot (de Berck).

Ce que tout médecin doit savoir sur « l'ostéochondrite » :

1° *Que c'est une subluxation congénitale méconnue* ;

2° *Qu'il faut la réduire immédiatement.*

De cette maladie tant discutée, nous allons dire, aussi brièvement et clairement que possible, ce qu'il faut savoir.

I

Qu'a-t-on appelé ostéochondrite de l'épiphyse supérieure du fémur ?

Une maladie soi-disant « nouvelle » et « acquise » que le Dr Legg, de Boston, le premier, a décrite, en juin 1909, au congrès d'Hartford, avec 5 observations et radiographies à l'appui.

Elle se manifesterait vers l'âge de 5 à 10 ans, par une boiterie, avec ou sans douleurs, faisant penser à la *coxalgie* ; mais se distinguerait de celle-ci :

Cliniquement, par la liberté plus grande des mouvements, son évolution plus bénigne (jamais d'abcès) et surtout,

Radiographiquement par un aplatissement de l'épiphyse de la tête du fémur, ou sa déformation en « casquette » ou en « champignon ». Dans 2 des 5 cas de Legg, la déformation existait des deux côtés, mais d'un côté, il n'y avait pas de signes cliniques appréciables.

Depuis Legg, « sa » maladie a été réinventée en France et en Allemagne et 4 ou 5 chirurgiens s'en disputent la paternité, chacun apportant une pathogénie nouvelle. Il s'agirait, pour les uns, de troubles vasculaires de l'épiphyse dus à un traumatisme ; pour d'autres, de rachitisme ou de tuberculose ou de syphilis, etc., ou encore d'une infection staphylococcique ou autre, et c'est ainsi que Broca parle d'un cas « rapporté » par Mouchet à la Société de chirurgie le 16 mars dernier, où l'ostéochondrite aurait succédé à une *varicelle*.

II

Qu'est-ce en *réalité* que l'ostéochondrite.

Eh bien ! les pièces et documents personnels que nous avons amassés sur la question (plus nombreux que ceux de n'importe qui) nous permettent aujourd'hui de prouver que ce n'est ni une maladie « acquise » ni une maladie « nou-

velle » et qu'il s'agit là sûrement d'une subluxation congénitale *larvée, méconnue*.

COMMENT PROUVER QU'UNE LÉSION EST CONGÉNITALE ?

Nous avons pour cela 3 sources d'informations et d'arguments : 1° ceux que fournissent les COMMÉMORATIFS ; 2° ceux que donne la CLINIQUE ; 3° ceux que fournit la RADIOGRAPHIE.

III

Nous affirmons que C'EST UNE LÉSION CONGÉNITALE. Déjà les COMMÉMORATIFS SEULS LE PROUVENT.

Lorsque il y a 6 mois, fort de nos 150 faits personnels, nous avons déclaré qu'il s'agissait de malformation congénitale, ça été une protestation violente et unanime ! Or, voici qu'aujourd'hui, Broca, lui-même, l'accorde pour un certain nombre d'ostéochondrites (1).

Mais il persiste à croire qu'il existerait des ostéochondrites de plusieurs sortes (? ? ?), et qu'il reste tel cas, exemple celui cité plus haut du rapport de Mouchet reproduit dans la *Presse médicale* du 14 mai dernier (fig. 3) d'une enfant chez qui, dit proprement Broca, l'ostéochondrite est « sans doute une arthrite consécutive à la varicelle ».

Qu'avons-nous à répondre à cette observation appelée « fondamentale » par ceux qui nient la congénitalité de l'ostéochondrite ?

Oh ! tout simplement ceci : Que *nous allons relire* ensemble le texte original de cette observation qui se trouve dans la thèse de Mérine (Paris, 1919).

Or voici ce qu'on y peut lire (page 18, observation II, Suzanne B. 5 ans 1/2 — (Dr Calvé) à la 10e ligne. Je cite :

« Les parents témoignent que l'enfant a TOUJOURS marché avec quelque paresse, EN TIRANT « un peu la JAMBE DROITE » (la malade). « Les choses en étaient là lorsque en septembre 1915 se déclara une varicelle, dont l'enfant se releva avec une AGGRAVATION de son ANCIENNE « démarche un peu défectueuse »...

Vous avez bien lu !

Eh bien oui, c'est cela, l'observation dite « fondamentale », qu'on nous oppose ! !

(1) Pour lesquelles il admet une déformation CONGÉNITALE DE LA TÊTE du fémur. Cette concession est déjà très importante, mais elle ne renferme qu'une partie de la vérité ; car, en réalité, c'est la hanche *tout entière*, et c'est le COTYLE tout autant que la tête, et même d'une manière PLUS CONSTANTE et *plus caractéristique que la tête*, qui sont déformés congénitalement, comme nous le montrerons plus loin.

Et ces déformations du cotyle, identiques à celles des subluxations congénitales les plus évidentes, se retrouvent non pas seulement dans quelques cas mais DANS LA TOTALITÉ DES CAS ÉTIQUETÉS « OSTÉOCHONDRITES ».

Sans commentaires, n'est-ce pas ? (1).

Chacun de vous a déjà tiré la conclusion ; chacun de vous voit maintenant « clair comme le jour » que cette enfant avait une lésion congénitale de la hanche in-dis-cu-ta-ble-ment.

Et combien d'autres observations nous pourrions citer tout aussi typiques, où les commémoratifs suffisent également à prouver cette congénitabilité !

En voici une autre de Rœderer et Calvé publiée par celui-ci dans la *Revue de chirurgie* (1910 n° de juillet) dans les termes suivants : Suzanne, 6 ans (je cite encore) : « le Dr Rœderer, qui a « suivi l'enfant, a eu l'obligeance de me fournir « les renseignements suivants :

« L'enfant n'a marché qu'à 30 MOIS, elle se « dandinait en marchant » (2) car elle n'a commencé à souffrir de sa prétendue ostéochondrite qu'un an plus tard.

Est-ce assez clair !

Encore une 3e observation : Celle-ci de Phélip. de Vichy : un cas d' « ostéochondrite bilatérale » communiqué à la Société anatomique le 23 octobre 1920. « Cet enfant, dit Phélip, a commencé à marcher vers 2 ans. Dès le début, la mère a remarqué qu'il marchait avec un peu de difficulté et tirait la jambe gauche, etc. »

4e observation (fillette de 7 ans, du Dr Poissonnier médecin traitant et de notre confrère de Berck, le Dr Parin, qui a radiographié l'enfant le 8 avril 1921 : « Un des plus beaux exemples d'ostéochondrite bilatérale ». En voyant cette radio, j'ai dit au Dr Poissonnier : je suis sûr que c'est congénital, assurez-vous en. — Sur ma demande il écrit aux parents qui lui renvoient cette note que je publie textuellement. « L'enfant à marché à 27 MOIS ; sa marche depuis toujours était saccadée ; fatigue rapide ; hanches proéminentes, fortement ensellée ».

(1) Ainsi, l'on a quelquefois des yeux pour ne point voir ! A côté de ceux qui ne *pensent pas* à chercher les commémoratifs ou qui ne *savent pas* les chercher, il y a ceux qui ont eu la chance de les avoir reçus *bien nets* de la bouche des parents, mais les ont notés machinalement, sans paraître aucunement en sentir ni tout le prix ni tout le sens ! !

(2) Et voici ce qu'on peut lire encore dans cette observation :

« Le grand trochanter est très remonté et dépasse la ligne de Nelaton-Roser de 2 cm. (De plus cette fillette a un frère chez qui l'un des trochanters est à 1 cm. 1/2 et l'autre à 2 cm. dessus de la ligne de Nelaton, et qui marche avec un très léger déhanchement. »

Je ne me permettrai que cette simple réflexion ; n'y avait-il donc pas là — déjà — dans les résultats de l'examen clinique tout ce qu'il faut pour mettre sur le chemin du vrai diagnostic (à savoir que la sœur et le frère avaient des subluxations congénitales, d'une hanche chez la 1re et des deux hanches chez celui-ci? Réflexion qui s'adresse à ceux qui ont dit : « Ici, la radiographie est tout, la clinique n'est rien » ! !

Telle est la note des parents.

5e cas. — Malade des Drs Fouchet et Richez, de Berck, diagnostiqué « *maladie de Perthes absolument typique*, par un autre de nos confrères de Berck d'après une radiographie prise par un radiographe de Berck le 13 juillet 1920. (Perthes est le réinventeur allemand de l'ostéochondrite). Or le Dr Fouchet a appris des parents que « l'enfant avait boitillé dès ses tout premiers pas, et qu'une de ses tantes avait toujours boité ».

Et je pourrais allonger indéfiniment cette liste d'observations, surtout si j'entreprenais de vous donner ici toutes celles qui me sont personnelles, mais j'ai tenu, pour donner plus de force à ma démonstration, à ne vous rapporter que des observations empruntées à des confrères.

Mais inutile, n'est-ce pas ? — de vous citer d'autres cas.

Et après cela, qu'on vienne encore vous dire que l' « ostéochondrite » est une maladie « acquise » et « non congénitale » ! ! !

Voilà déjà notre preuve faite et bien faite de par les antécédents et les commémoratifs. Et ces commémoratifs probants, vous les trouverez 9 fois sur 10 si vous pensez à les chercher et si vous savez les bien chercher — avec ténacité, par tous les moyens — non pas seulement auprès des parents, mais aussi de leurs amis et voisins qui, n'étant pas, eux, *aveuglés* par la tendresse, auront su voir la tare originelle de l'enfant dès ses premiers pas ; sa marche irrégulière, le dandinement, etc.

Ah ! oui ! « L'AVEUGLEMENT PLUS OU MOINS VOLONTAIRE DES PARENTS. Méfiez-vous en ! Et sachez que vous aurez quelquefois à découvrir les commémoratifs, non pas seulement sans les parents, mais MALGRÉ EUX ! Car il en est qui feront tout (plus ou moins consciemment) pour vous égarer, pour vous cacher, et se cacher à eux-mêmes ces antécédents de tares héréditaires ou congénitales qui les humilient, SURTOUT LES MÈRES, qui aiment cent fois mieux qu'on attribue la maladie de leurs enfants à un accident, à un traumatisme, à une maladie infectieuse, à une cause « acquise » quelconque plutôt qu'à un vice originel !

Et pourtant, une fois sur dix, quoi que vous ayez fait, vous n'arriverez pas à retrouver ces antécédents significatifs que vous cherchez ; mais est-ce que cela n'est pas vrai (quoique dans une moindre mesure) pour les luxations congénitales complètes qui parfois ne se sont révélées qu'à 6,7 et 8 ans (exemples : les cas de mes élèves Benoist et publiés dans la *Gazette médicale* et la *Presse médicale*, et de tant d'autres ? Et en ces cas, ne savons-nous pas, même à défaut de commémoratifs, établir et affirmer, par la clinique seule ou la radiographie seule, et surtout par les deux réunies, qu'il s'agit bien d'une luxation CONGÉNITALE ?

IV

PREUVES FOURNIES par les SIGNES CLINIQUES (*qu'il s'agit de subluxation congénitale*)

Et l'étude clinique nous montre chez ces malades les symptômes classiques de la *luxation congénitale*; mais symptômes atténués, ce qui se comprend puisque le déplacement est ici d'un moindre degré.

Symptômes que je rappelle très rapidement.

L'attitude ordinaire en *rotation externe* du membre.

Un *racourcissement*. — La jambe « un rien » plus courte que l'autre d' 1/2 cm à 2 cm. au cas de lésion unilatérale.

Le trochanter correspondant un peu plus *saillant* et un peu remonté (d'1/2 à 2 cm.)

La fesse un peu plus plate et un peu plus large que l'autre.

Le bord interne de la tête senti en dehors de l'artère fémorale, au lieu d'être senti sous elle.

La tête plus facile à sentir en *avant* (1) que normalement, sentie à la base du triangle de Scarpa, à cause de la rotation externe du membre et de l'anteversion de la tête et de la forme antérieure fréquente du déplacement, — tête sentie quelquefois plus grosse que normalement.

Le *pli fessier* plus bas que l'autre sur le malade debout et posé tout à fait sur la plante du pied. Ce pli, au contraire, un peu plus haut que l'autre surtout à sa partie externe, sur le malade couché sur le ventre.

La marche un peu irrégulière. Dandinement plus ou moins accusé.

Les *mouvements* : libres et sensiblement normaux, excepté celui d'ADDUCTION LIMITÉ d'1/3 par exemple, et celui D'ABDUCTION AUGMENTÉ au contraire de 1/2 par rapport au coté sain (ceci pourtant n'est pas constant).

Douleurs quelquefois, soit en « crises », soit « continues », survenant à l'occasion d'un traumatisme, d'une fatigue, d'une maladie intercurrente.

Signe de Trendelenbourg, généralement positif lorsque le raccourcissement dépasse 1 cent ; au contraire négatif lorsqu'il est de moins de 1 cm. etc.

La *bilatéralité* (relativement fréquente ici) est déjà, à elle seule, une forte présomption et même une *probabilité* en faveur de la congénitalité de la lésion.

V

PREUVES FOURNIES aussi PAR LA RADIOGRAPHIE (*qu'il s'agit de subluxation congénitale*)

La radiographie nous montre ici des déformations du COTYLE absolument identiques à celles

(1) Car ces sufluxations se font souvent en avant disons pour préciser, entre l'éminence ilio-pectinée et l'épine iliaque antéro-inférieure.

que l'anatomie pathologique et les biopsies nous ont montrées appartenir en propre aux subluxations congénitales, à savoir :

1° Le cotyle (1)

Allongé de haut en bas (en demi-citron et non plus en demi-orange.)

Moins profond que normalement.

Sa partie située au-dessus du cartilage en Y, plus haute *proportionnellement* qu'à l'état normal.

Sa *voûte oblique* en haut et en dehors ou en « coup d'ongle » au lieu d'être *sensiblement horizontale.*

Le point culminant de cette voûte sensiblement plus rapproché de l'épine iliaque antéro-inférieure que normalement.

Le fond du cotyle assez souvent « hérissé d'aspérités » (exemple le cas de Mouchet).

Ce cotyle n'embrassant la tête qu'en partie, par exemple au 1/3 ou au 1/4, au lieu de l'embrasser en totalité (ou presque).

Le fond du cotyle est donc beaucoup plus écarté de la tête qu'à l'état normal ; tête et cotyle paraissent quelquefois juxtaposés, au lieu de s'encastrer.

La partie inférieure, déclive (du cotyle) laquelle répond à l'union des 2 branches de l'U radiographique, se trouve vide par suite de l'ascension de la tête à 1/2 centimètre ou 1 centimètre au-dessus.

2° La tête fémorale et le col

Quant à la tête et au col et à toutes les déformations et modifications intimes (soi-disant pathognomoniques et inédites de l'ostéochondrite, maladie nouvelle) nous les retrouvons identiques à celles que nous ont montrées des radiographies de subluxations congénitales ou luxations complètes indéniables pour tous, traitées ou NON TRAITÉES.

Ce qui prouve que toutes ces déformations et d'autres (car il en est une *variété infinie*) sont produites mécaniquement par le frottement de cette tête plastique sur un cotyle congénitalement irrégulier, sans compter que cette tête et ce col peuvent être eux-mêmes primitivement malformés, si je puis dire, pour leur propre compte, par suite du même vice de développement qui a frappé le cotyle et qui frappe aussi plus ou moins le membre tout entier.

Mais nous ne pouvons pas tout dire en un seul article, et nous en avons dit assez pour vous éclairer sur la véritable nature de cette fameuse ostéochondrite, maladie prétendue « nouvelle » et « acquise » et qui est, en réalité, vous le voyez une *subluxation congénitale larvée.* (1)

VI

Le traitement

Puisqu'il s'agit d'une subluxation congénitale, il est évident qu'il faut la traiter aussitôt reconnue par la *réduction* très précise (2) dans le vrai cotyle « originel », et nous l'avons déjà fait, en pareil cas.

Et ce traitement s'impose, dirons-nous, maintenant dans *tous les cas.* Et pourquoi ?

Parce que c'est le seul qui nous donne toutes les chances d'échapper aux pires aboutissants (quelques-uns très graves) des subluxations : à savoir : l'aggravation du déplacement, et des raccourcissements pouvant atteindre 10 cm, nous le démontrerons (à cause de déviations, flexion et adduction, qui les compliquent) boiteries très pénibles, arthrites déformantes avec douleurs très vives, allant jusqu'à l'infirmité ou même l'impotence complète !

Tandis que jusqu'à nous, l'on avait osé dire : « tout traitement est inutile ici ! »

VII

Conclusions

L'« ostéochondrite » ou « maladie de Legg » n'existe pas. Les mille cas (et plus) déjà publiés, dans les deux mondes sont autant d'erreurs de diagnostic. Il s'agissait de subluxations congénitales, larvées, méconnues.

Nous l'avons prouvé par des documents de trois ordres :

1° Les *antécédents* et *commemoratifs* (qui sont bien ceux d'une lésion congénitale).

2° Les *symptômes cliniques* (qui sont les symptômes atténués d'une luxation congénitale).

3° Les *signes radiographiques*, qui sont bien ceux qu'on retrouve dans les malformations et subluxations et même luxations congénitales traitées ou non.

Avec ces **trois** *ordres de documents* réunis, le diagnostic est aisé.

Avec 2 sur 3, le diagnostic est encore assez facile.

(1) Ceux qui croient à l'ostéochondrite maladie nouvelle n'ont parlé que des lésions de la tête. Or, nous avons trouvé et nous montrerons, quand on voudra, dans toutes leurs radiographies des lésions du cotyle témoignant de l'existence d'une subluxation congénitale.

(1) Larvée — oui. Mais nous savons maintenant, dans cette larve, deviner la chrysalide et le papillon et réciproquement ; c'est-à-dire que à travers toutes les métamorphoses que peuvent subir ces hanches, non seulement suivant les individus, mais chez le même individu suivant les âges, nous savons décamoufler, identifier, authentiquer la malformation et la subluxation congénitale qui est l'origine et la cause de toutes ces déformations de la tête fémorale et du cotyle.

(2) Voir pour les détails de la technique : notre *Orthopédie indispensable* (8e édition) qui va paraître incessamment chez Maloine, éditeur.

Avec un seul (le 2e ou le 3e) le diagnostic est délicat mais encore possible. (1)

Un traitement actif s'impose. Il n'est plus permis de se croiser les bras en présence de ces malades, comme on l'a fait trop souvent dans le passé (2). Aussitôt le diagnostic établi, l'on fera la réduction pour éviter tous les aboutissants, parfois si facheux, des subluxations congénitales non soignées.

---

(1) Ainsi, voilà 3 semaines, il nous est arrivé de faire le diagnostic de « subluxation congénitale larvée » de *par le seul examen clinique sans l'appoint des* commémoratifs chez un petit enfant (éloigné de ses parents), et *sans la radiographie* et de dire à nos aides : nous pouvons affirmer ici, de par la clinique, que nous sommes en présence d'une subluxation congénitale larvée ; voilà un cas où la radio a toutes chances de nous donner un de ces aspects, un de ces types morphologiques si chers aux partisans de l'ostéochondrite qui les regardent comme la pièce d'identité et la signature de leur prétendue maladie nouvelle.

Et en effet, la radiographie, prise ensuite, nous donnait en même temps qu'un *cotyle* de subluxation congénitale, le plus beau type qui se puisse rêver de déformation en galette de la tête. Et quelques jours plus tard, les commémoratifs que nous avons pu recueillir : marche tardive, fatigue rapide, etc. venaient à leur tour confirmer notre diagnostic clinique de subluxation congénitale.

(2) *Cela peut-il guérir tout seul ?*

Non pas d'une guérison anatomique vraie et cela pas plus ici que dans la luxation congénitale complete, où n'existe pas, *quoiqu'on ait dit*, de « guérison spontanée vraie », c'est-à-dire, pas de retour spontané à l'état anatomique normal, pas de retour spontané de la tête dans le vrai *cotyle originel*, dont nous avons, par nos recherches anatomiques, établi les limites (limite inférieure au niveau du trait d'union des 2 branches de l'U radiographique, trait d'union qui répond à l'échancrure sous-cotyloïdienne, limite supérieure du vrai cotyle au niveau du cartilage en Y.) La tête ne reviendra pas spontanément se loger entre ces deux limites ; mais il peut y avoir, c'est vrai, STABILISATION de la tête qui s'installe et se fixe définitivement à son degré actuel de déplacement. Et cliniquement, cette articulation peut en quelques cas devenir, à la longue, assez solide pour que les troubles de la marche deviennent inappréciables, surtout au cas de bilatéralité avec symétrie parfaite d'attitude et de longueur des deux membres.

Il peut donc y avoir STABILISATION et même la tête peut s'adapter à la longue très exactement à ce cotyle déformé, c'est-à-dire s'allonger comme lui de haut en bas, prendre comme lui la forme d'un demi-citron au lieu d'une demi-orange, si bien qu'elle peut atteindre le niveau inférieur du cotyle et même le déborder par en bas sous forme de « rostrum » ou de fanon. Et même l'on a vu la *partie supérieure* de ce grand cotyle, laquelle représente le premier faux cotyle ou néocotyle (défini par nos communications à l'Académie de médecine), on l'a vue devenir plus creuse qu'un cotyle normal, par le fait d'une prolifération excessive du rebord supérieur qui forme un auvent très exubérant une véritable muraille très saillante qui sert de voûte.

Et par conséquent, s'il est vrai que dans presque tous les cas de subluxations, le cotyle est moins profond que normalement (et c'est là un très bon signe de diagnostic radiographique), il est pourtant tel cas exceptionnel et qu'on ne voit guère que chez l'adulte et le vieillard (nous l'avons pourtant vu une fois chez une fillette de 14 ans), où, dans sa partie supérieure, la cavité sera devenue plus profonde que normalement de par la prolifération excessive (plus ou moins tardive) du nouveau toit. Il faut connaître ces faits, si rares soient-ils, pour ne pas les séparer du grand groupe des subluxations congénitales de la hanche.

CLINIQUE MÉDICALE

Hôtel-Dieu : M. le professeur GILBERT.

Traitement de l'artérite chronique oblitérante.

Je vous ai entretenus dans une précédente séance, de l'artérite chronique oblitérante et de ses conséquences vis-à-vis des membres qu'elle atteint. Aujourd'hui, je vous parlerai du traitement de cette affection, traitement qui s'adresse d'une part à l'artérite elle-même et d'autre part à ses effets.

L'artérite chronique oblitérante n'est pas toujours, je vous l'ai dit, de même nature, et nous en connaissons trois variétés susceptibles d'entraîner les mêmes troubles : l'artério-sclérose, l'artérite syphilitique et la thrombo-angéite, oblitérantes. Chacune de ces variétés comporte un traitement distinct. Je placerai en tête celle qui, par sa fréquence, est la plus importante : l'artério-sclérose oblitérante.

Le traitement de l'artério-sclérose oblitérante repose essentiellement sur la médication iodée. Différentes préparations iodées peuvent être employées en pareil cas : les mieux indiquées sont les iodo-tanniques, les iodures alcalins et les huiles iodées. Entre les divers iodo-tanniques, vous donnerez la préférence au sirop simple ou phosphaté. C'est une préparation officinale, qui n'a pas besoin d'être formulée : sachez seulement que 20 gr. de sirop iodo-tannique renferment 4 centigr. d'iode, avec ou sans 40 centigr. de phosphate mono-calcique. Vous en ferez prendre de 2 cuillerées à café à 2 cuillerées à bouche, à la fin des repas.

Parmi les iodures alcalins, deux sont spécialement employés dans l'artérite chronique de l'artério-sclérose : l'iodure de potassium et l'iodure de sodium. L'iodure de potassium, plus actif, est en principe préférable. Cependant, il est des conditions dans lesquelles l'iodure de sodium se montre supérieur : c'est lorsqu'il existe des signes d'insuffisance rénale. Lorsque l'insuffisance rénale est intense, la médication iodurée doit être rejetée. Dans une insuffisance rénale légère, on pourra recourir aux composés du sodium, moins toxiques que les composés du potassium. D'une façon générale, on emploiera les doses faibles d'iodure, 0 gr. 25 à 0 gr. 50 par jour. Il n'est pas défendu, cependant, d'aller aux doses plus fortes de 1 gr., et même 1 gr. 50.

Vous pouvez prescrire une solution titrée à 1 gr. par cuillerée à bouche. Plus pratique est la liqueur iodurée dont j'ai déjà parlé et dont je vous rappelle la formule :

Iodure de potassium (ou sodium)	12 gr.
Eau dist. q.s.pour	60 cent. c.

Cette solution, titrée à un centigr. par goutte, se manie aisément, 20 gouttes, 25 gouttes, 50 gouttes représentant, 20, 25, 50 centigr. Il est facile d'administrer ainsi le médicament à doses variables, ascendantes ou descendantes.

Restent les huiles iodées. L'huile la plus couramment utilisée en France est le lipiodol, qui renferme par centim. cube 54 centigr. d'iode, correspondant à 71 centigr. d'iodure. On s'en sert en injections intra-musculaires, à raison — dans l'artério-sclérose — d'un ou deux centimètres cubes par jour.

La médication iodée doit être prescrite par cures de 3 semaines ou un mois. Pour les huiles iodées, on fait une série de 10 à 15 injections, une tous les deux jours.

Dans l'artério-sclérose, on peut recommander d'autres médicaments que les iodures, par exemple les vaso-dilatateurs et hypotenseurs. Dans ce groupe, vous accorderez la préférence à la trinitrine et à la guipsine. Vous formulerez :

Soluté alcoolique de trinitrine au centième............	20 gouttes
Eau distillée...............	100 gr.

Prendre 2 à 5 cuillerées à café par jour (la cuillerée à café, ou 5 cent. cubes, renferme une goutte de soluté de trinitrine).

La guipsine (extrait aqueux totale de gui) s'administre à la dose moyenne de 20 à 80 centigr., plutôt sous forme pilulaire :

Extrait aqueux de gui........	20 centigr.
Excipient q.s. pour une pilule.	nº 20

Une à 4 par jour.

Les vaso-dilatateurs et hypotenseurs seront donnés dans l'artério-sclérose durant l'intervalle des cures iodiques. Vous ferez faire un traitement iodé de 3 à 4 semaines tous les trois mois, et entre les cures, vous aurez recours à la trinitrine et à la guipsine. Il ne faut pas s'illusionner, cependant, sur l'efficacité des vaso-dilatateurs en matière d'artério-sclérose. Dans cette maladie, en effet, les parois artérielles sont altérées et peu sensibles à l'action des médicaments vaso-dilatateurs. Toutefois, il n'y a aucun inconvénient à en faire l'essai.

La médication iodée et la médication vaso-dilatatrice ne représentent pas toute la thérapeutique de l'artério-sclérose. L'hygiène occupe ici une large place. Cette hygiène comprend le repos relatif, la défense de tout excès et un régime alimentaire particulier. Le lait est l'ami des artério-scléreux. L'alimentation sera surtout végétale et ne comprendra qu'une petite proportion de produits animaux (viandes, poissons, œufs, fromages).

Le diabète s'associe souvent à l'artério-sclérose. On aura alors à établir un régime mixte, diabétique et végétarien, assez difficile à fixer, les viandes étant conseillées aux diabétiques et défendues aux artério-scléreux, et inversement pour les végétaux. En pareil cas, également, la médication iodée doit être maniée avec une grande prudence. Il existe un état d'iodisme qui comprend les inconvénients des préparations iodées, en particulier des furoncles et des anthrax. Or, chez les diabétiques, furoncles et anthrax offrent une gravité spéciale. Aussi, dans l'artério-sclérose associée au diabète, faudra-t-il écarter les iodiques ou bien en faire un choix judicieux et surveiller leur action. Je vous recommande alors de recourir à la première des formes, à savoir la combinaison iodo-tannique, non pas en sirop, mais en vin iodo-tannique. Le tanin iodé est mieux supporté et donne rarement des accidents d'iodisme.

Cela dit, j'arrive à l'artérite syphilitique. L'artérite syphilitique, vous le savez, revêt dans certains cas une forme anatomo-pathologique telle que, d'après ses caractères, on peut la discerner. Je fais allusion à l'artérite syphilitique segmentaire. Lorsque vous rencontrez un tel type d'artérite, pensez à la syphilis et instituez un traitement spécifique par le mercure, l'arsénobenzol, les iodiques. Il convient de ne pas se faire trop d'illusion, d'ailleurs, sur la vertu de la médication spécifique en pareil cas. Lorsqu'il s'agit d'artérite syphilitique segmentaire, en particulier si la lésion atteint les vaisseaux du cerveau, le traitement a une action très limitée. Les artères du cerveau sont terminales ; elles ont un territoire de distribution étanche ; si bien que, quand une telle artère est oblitérée, il s'ensuit immédiatement une nécrose de la substance cérébrale, avec paralysies. Le traitement intervient toujours trop tard, la paralysie étant effectuée. C'est ce qui s'est passé chez un de nos malades du service. Chez cet homme, le traitement n'a pas eu, non plus, d'action sur une artérite oblitérante spécifique du membre supérieur droit. Lorsqu'une artère est oblitérée du fait d'une lésion sérieuse de ses parois, on a peu de chances de la dégager. La cure spécifique est utile toutefois en ce qu'elle permet de ménager ce qui est normal dans le système vasculaire et d'empêcher d'autres atteintes.

La médication anti-syphilitique n'aurait pas un vaste champ d'action au cours des artérites chroniques oblitérantes, si on ne l'employait que chez les sujets porteurs de lésions de ce type. Elle est, en réalité, mise en œuvre beaucoup plus largement. C'est que la syphilis, non seulement occasionne les artérites segmentaires dont je viens de parler, mais encore prend une part importante dans le développement de l'artério-sclérose. La question du rôle de la syphilis dans l'artério-sclérose est à l'étude et incomplètement résolue. Quoiqu'il en soit, chez les sujets

atteints du type artério-scléreux, il en est de syphilitiques, chez lesquels il est logique d'avoir recours au traitement spécifique. Nous l'avons fait chez un de nos malades du service. Sur cette question, je vous citerai un intéressant mémoire de Heitz qui, sur 14 malades atteints de claudication intermittente par artério-sclérose oblitérante, a trouvé 7 syphilitiques. Chez ces 7 malades, le traitement spécifique a donné de très bons résultats. Nous avons fait la même constatation dans un cas. Ainsi le champ d'utilisation de la cure anti-syphilitique dans le traitement de l'artérite oblitérante est assez vaste puisqu'il s'étend de l'artérite segmentaire à nombre d'artérites de l'artério sclérose.

Reste la thrombo-angéite oblitérante. C'est une maladie, qui paraît peu commune en Europe — je vous ai présenté le premier cas signalé en France — mais dont on a publié un assez grand nombre d'observations en Amérique. On a attribué une action prépondérante au tabac dans sa genèse. On a même pensé que le tabac en était seul la cause. Il était naturel dès lors de supprimer ce toxique dans la maladie en question. La suppression du tabac n'a procuré sur l'affection déclarée aucun résultat favorable. Il faudra donc faire surtout de la prévention, de la prophylaxie. Peut-être les Américains trouveront-ils là un argument de plus pour arriver à la prohibition du tabac dans leur pays. Vous savez que l'Amérique a déjà interdit l'alcool sur son territoire. Elle est en train de vouloir agir de même vis-à-vis du tabac. La thrombo-angéite oblitérante disparaîtrait sans doute de ce fait. Je vous rappelle, d'ailleurs, que, pour Erb, le tabagisme serait aussi une cause d'artério-sclérose.

A côté du traitement médical de l'artérite oblitérante, il a une place également pour le traitement chirurgical. Il est représenté essentiellement par l'opération de Wieting, qui consiste à aboucher l'artère fémorale dans la veine fémorale. On se demande, à la vérité, comment la veine, avec ses valvules, reçoit alors le sang et par quelle voie celui-ci peut revenir à son point de départ. Il paraît cependant qu'il y revient puisqu'un chirurgien américain, sur 14 opérations, aurait observé 6 cas favorables.

Je n'insiste pas et je passe au traitement des troubles morbides qui suivent l'oblitération des artères. Ces troubles sont nombreux : vasculaires (syncopes locales), moteurs (claudication intermittente), trophiques (gangrènes), sensitifs (douleurs). Je glisserai sur le traitement de la syncope locale (par la chaleur), des douleurs (par la médication analgésique, etc.), pour parler surtout du traitement de la claudication intermittente et de la gangrène.

Dans la claudication intermittente, Erb conseille le repos, la chaleur et l'électricité. Wunternitz recommande l'exercice méthodique sur un terrain accidenté et l'hydrothérapie. Les auteurs sont donc loin d'être d'accord sur l'utilité du repos et du mouvement en la circonstance. Je suis convaincu que, tout au moins au début, le repos est nécessaire. Plus tard, quand l'affection aura été améliorée par le repos, on pourra conseiller l'entraînement, prudent d'ailleurs. On joindra au repos la chaleur et peut-être aussi les courants continus faibles. On réservera pour la période ultime l'hydrothérapie.

Reste la gangrène. On la traitera par l'air chaud et les injections de sérum de Ringer, dont voici la formule :

Chlorure de sodium..........		8 gr.
Chlorure de potassium......	}	
Chlorure de calcium........	}	āā 0 gr. 20
Bicarbonate de soude.......	}	
Glycose......................		1 gr.
Eau distillée................		1000 gr.

Oxygène (à saturation).

Le sérum de Ringer-Locke jouit d'une grande réputation relativement à la conservation des tissus vivants. On l'injecte à raison de 400 à 500 cent. c. tous les deux jours.

Sous l'influence de la chaleur et du sérum de Ringer, on note un retour des battements dans certaines artères et un arrêt de la gangrène.

Les escarres tombent et l'on se trouve en présence d'ulcérations que l'on pansera au moyen de topiques divers. La pommade suivante nous a donné de bons résultats :

Eucalyptol................	} āā	8 gr.
Goménol..................	}	
Iodoforme.................		5 gr.
Baume du Pérou..........	} āā	50 gr.
Vaseline..................	}	

Il y a place, enfin, dans certains cas, pour l'intervention chirurgicale. Ainsi, chez un de nos malades, nous avons dû faire pratiquer l'amputation d'un gros orteil.

(Leçon recueillie par le Dr P. LACROIX.)

PATHOGÉNIE

Cancer et magnésium

Sauf de rares exceptions, les grandes maladies chroniques affectent des modalités bien définies. Personne ne sort indemne de l'atteinte de la syphilis et du paludisme, quels que soient l'âge et la résistance individuelle. Le début de ces affections est annoncé bruyamment par des accidents (lésions ou symptômes fébriles) caractéristiques ; leur évolution procède par étapes alternantes très irrégulières de maladie et de santé apparente. Le terrain, quel qu'il soit, ne semble jouer qu'un rôle secondaire et n'empêche pas l'évolution de ces deux maladies.

Les débuts de la tuberculose et du cancer, au contraire, sont toujours obscurs ; les signes objectifs n'apparaissent quelquefois que fort longtemps après le début anatomique de la maladie. Une fois l'organisme touché, l'évolution est quasi continue. La tuberculose est une maladie de la première moitié de la vie ; le cancer est une affection de la seconde moitié. Le terrain joue un rôle au moins égal à celui du germe ; ces deux maladies ne se développent que dans un organisme privé de minéraux : la tuberculose, sur un terrain décalcifié, et le cancer, dans un milieu démagnésié.

Tous les organes de l'homme contiennent du magnésium en quantité notable. La quantité en est, proportionnellement aux autres minéraux, d'autant plus grande que l'organe a un rôle plus important (organes de reproduction) ou une fonction plus élevée (système nerveux).

Chez l'enfant, le calcium est l'élément minéral dominant ; sa quantité diminue chez l'adulte, alors que le magnésium augmente ; le magnésium est l'élément minéral dominant de l'adulte.

La vie végétative demande du calcium et la vie active (systèmes nerveux, psychique, musculaire et reproducteur) a besoin de magnésium. Gaube (du Gers) a autrefois prouvé péremptoirement ces vérités.

Chez l'homme adulte normal, l'élimination urinaire du magnésium, variable selon l'alimentation, est en chiffres ronds de un gramme par jour, c'est-à dire trois fois plus que de calcium.

C'est à cause de la différence, selon l'âge, de la minéralisation utile de l'organisme, que tuberculose et cancer se développent aux deux pôles de la vie. La carence du calcium chez l'enfant conduit à la tuberculose et celle du magnésium, chez l'adulte, prépare le lit au cancer. Pour la même raison, ces deux maladies sont antagonistes et ne se développent pas concurremment.

Le magnésium est l'élément minéral de l'énergie, sous toutes ses formes. Toutes les dépenses nerveuses s'accompagnent de déminéralisation, surtout de pertes de magnésium. L'usure de la vie, les fatigues physiques et psychiques, les dépressions nerveuses, les soucis, les chagrins, les émotions physiques et morales, concourent à l'élimination exagérée de magnésium, et, de ce fait, préparent le terrain du cancer. C'est la raison de la fréquence du cancer après 40 ans, de sa rareté avant cet âge, et de son augmentation de fréquence depuis la guerre. C'est pourquoi aussi les vieux neurasthéniques deviennent souvent cancéreux, comme l'avait fait remarquer judicieusement Bouveret.

Le cancer se développe souvent chez d'anciens syphilitiques. Est-ce la syphilis seule qui prépare le lit au cancer ? C'est possible, mais il faut aussi incriminer les ennuis moraux des syphilitiques et le traitement, surtout le traitement mercuriel, qui est très déminéralisateur pendant ou après les cures mercurielles.

Le traitement chirurgical du cancer est un pis-aller, l'avenir est à la médecine qui, il faut l'espérer, aura enfin raison de cette maladie, l'opprobe de la médecine.

Depuis les travaux considérables de Gaube (du Gers), de Robin, de Richet, de Delbet, de Dubard et d'autres chercheurs, le seul point acquis de la prophylaxie du cancer est que la reminéralisation en magnésium de l'organisme met celui-ci en état de lutter contre l'envahissement du cancer.

Comment faire cette reminéralisation ? Là commence la difficulté : car, il est facile de faire ingérer du magnésium, difficile de le faire assimiler et extrêmement difficile de le fixer et de le retenir dans l'organisme. La cellule humaine expulse, comme un intrus, le minéral qu'on y a fait pénétrer de force.

Si le magnésium ingéré est éliminé lentement, d'une façon continue, il reste cependant un moyen, c'est l'ingestion ininterrompue ou avec de courts intervalles de repos, de sels magnésiens, en les choisissant aussi assimilables que possible : c'est-à-dire en maintenant l'organisme à un certain taux de saturation magnésienne.

Il ne faut pas oublier que c'est un traitement préventif qui peut retarder l'évolution du cancer, mais n'a pas fait ses preuves comme traitement curatif. Aussi, la reminéralisation magnésienne devra-t-elle être conseillée, à titre prophylactique, à tous les candidats au cancer, c'est-à-dire ceux qui ont eu, et elles sont nombreuses, des causes de déminéralisation magnésienne.

Dr Paul NOURY (de Rouen).

SOU MÉDICAL

Les membres du Sou médical sont instamment priés de bien vouloir régulariser leur situation en envoyant la cotisation de l'année 1921 au trésorier Dr Gassot, à Chevilly (Loiret).

A TRAVERS LA PRESSE

Syphilis conjugale neurotrope ignorée.

Il s'agit, d'après les constatations de MM. Cestan et Riser, de conjoints, et aussi d'enfants, de syphilitiques nerveux (P. G., tabès, myélites), chez lesquels on ne trouve aucun signe clinique d'une affection du même genre, ou seulement des signes très frustes, et dont le liquide céphalo-rachidien présente de l'hyperalbuminose, de la lymphocytose et une R. W. positive.

L'avenir pathologique de ces sujets n'est pas douteux : ils sont voués soit au tabès, soit à la P. G., soit à la myélite. La conclusion pratique de ce pronostic est la nécessité de traiter énergiquement les conjoints de syphilitiques nerveux, dont le liquide céphalo-rachidien offre les réactions de la syphilis. Si la réaction de Wassermann fait défaut, alors qu'il existe de l'hyperalbuminose, on procédera à une réactivation suivie d'un nouvel examen.

La R. W. négative, après réactivation, commande cependant une surveillance constante et un examen renouvelé deux fois par an. (*Toulouse méd.*, 15 mai 1921.)

L'asthme et son traitement.

Il s'agirait de l'asthme vrai, dont M. Montalier rapporte une observation démontrant les bons effets qu'il a obtenus en traitant les crises avec des injections sous-cutanées de solution adrénalino-hypophysaire. En moins d'une minute, la crise fut enrayée. Cette médication fut reprise systématiquement et se montra chaque fois aussi héroïque, jusqu'à 4 fois dans la même journée. Elle n'a aucune action sur la tension artérielle.

L'auteur profite de cette circonstance pour reprendre la discussion de l'origine de l'asthme vrai. Il accepte la doctrine actuelle,qui attribue l'asthme à une origine anaphylactique, une épine irritative broncho-pulmonaire intervenant pour déterminer la localisation des accidents. Aussi, a-t-il prescrit à sa malade un régime alimentaire évère, en même temps que les cachets désanaphylactisants de Pagniez (0,50 de peptone trois squarts d'heure avant chaque repas). Enfin, il se propose d'ajouter de l'extrait ovarien au mélange adrénaline-hypophyse, les accès ayant augmenté d'intensité et de fréquence chez sa malade à la suite de la ménopause.

Sans suivre l'auteur dans tous les détails de son exposé,retenons-en l'efficacité de sa formule opothérapique dans le traitement de l'accès d'asthme. (*Gaz. hebd. des sc. méd. de Bordeaux*, 22 mai 1921.)

Le signe du phrénique dans la tuberculose pulmonaire.

Il constituerait, au dire de M. Ragot, un signe d'alarme de la tuberculose pulmonaire. La pression des 4 doigts réunis sur le creux sus-claviculaire détermine, chez le tuberculeux, une douleur d'un type spécial, vague, diffuse, profonde, semblant descendre dans l'intérieur de la poitrine. Cette douleur est plus exquise, plus vive, plus précoce aussi, si l'on localise la pression immédiatement au-dessus de la clavicule, entre les deux chefs d'insertion du sterno-cleido-mastoïdien, ou en dehors de l'insertion claviculaire de ce muscle, précisément au point où le phrénique passe sur le scalène antérieur.

La pression doit être continue et douce. On recherchera par comparaison l'absence de douleur analogue de l'autre côté.

Ce signe est en quelque sorte spécifique d'un processus bacillaire : il fait défaut dans les autres affections du poumon, sauf peut-être dans les bacilloses sans réaction ganglionnaire, à lésions caverneuses exclusivement centrales. Sa disparition permet d'affirmer la guérison ; sa réapparition indique un réveil du processus éteint. (*Journ. de méd. de Bordeaux*. 25 mai 1921.)

La réaction de fixation dans la tuberculose.

Cette méthode diagnostique, dont on comprend du reste l'intérêt, en raison de la précocité de ses révélations, utilise l'antigène de Besredka et est comparable, aussi bien dans sa nature que dans sa technique,à celle employée dans la syphilis.

D'intéressants travaux viennent d'être publiés à son propos, dont MM. Fried et Mozer dégagent les conclusions suivantes :

« La réaction de fixation dans la tuberculose « au moyen de l'antigène de Besredka est un « moyen très sûr de diagnostic de la maladie au «début ;

« Une réaction positive permet de conclure, « sauf de rares exceptions, à la présence de la « tuberculose en activité ;

« La même réaction négative n'exclut pas « d'une façon formelle l'existence d'un processus « tuberculeux ;

« La réaction de fixation au moyen de l'anti« gène de Besredka mérite d'être placée au pre« mier rang des méthodes de laboratoire appli« quées au diagnostic de la tuberculose ». (*Presse méd.*, 1er juin 1921.)

Traitement sérothérapique dans la pneumonie aiguë franche.

Un jour viendra certainement où toutes les maladies microbiennes seront justiciables de la sérothérapie spécifique. Depuis longtemps la



Application de l'**ANTIPHLOGISTINE** dans les cas de Lymphangites et Abcès du Sein.



Application de l'**ANTIPHLOGISTINE** dans les Affections intestinales, utérines, etc.

Antiphlogistine

MARQUE DÉPOSÉE

Glycéroplasme hydrophile, à chaleur constante et durable

(S'emploie chauffée au bain-marie à 40° environ, recouverte de coton hydrophile; après 24 ou 48 heures se détache facilement).

Indications de l'Antiphlogistine

Furoncles; Abcès; Phlegmons; Abcès du sein.
Angines; Laryngites; Bronchites; Pneumonie.
Arthrites; Synovites; Entorses; Rhumatismes.
En Gynécologie.



Application de l'**ANTIPHLOGISTINE** dans les cas de Conjonctivite, etc.



Application de l'**ANTIPHLOGISTINE** dans les cas de Plaies Variqueuses.

En Vente dans toutes Pharmacies. — Vente en Gros : LABORATOIRE de l'*Antiphlogistine*.

B. TILLIER, pharmacien, 116, rue de la Convention, PARIS — Téléphone: Saxe 40-89

diphtérie, puis le tétanos, ont trouvé en cette méthode un adversaire le plus souvent triomphant. Nous connaissons et apprécions les intéressantes recherches et les premiers résultats encourageants dans la même voie, relatifs à la sérothérapie de la fièvre typhoïde. Voici qu'aujourd'hui, M. Sacquépée nous expose l'état de la question en ce qui concerne la pneumonie lobaire franche.

Ici, le sujet est plus complexe, le pneumocoque n'étant pas homogène, mais ressortissant à plusieurs types différents dans leurs propriétés. On décrit en effet un type I, un type II, un type III et un type IV. Or, chaque sérum spécifique n'est efficace que lorsqu'il s'adresse à une forme dont le fauteur microbien correspond à celui qui a servi à sa préparation.

Il faudrait donc, théoriquement, procéder d'abord à l'identification du pneumocoque coupable dans un cas donné, afin de déterminer l'espèce de sérum qui lui convient. Mais la pneumonie est une maladie où, pour agir, les minutes sont comptées. Il faut donc éviter de perdre du temps.

Aussi, « en pratique, en présence d'une pneu« monie, on commencera donc par injecter les « deux sérums ; on s'efforcera ensuite de déter« miner le type de l'infection, pour recourir au « traitement spécifique indiqué par le résultat « bactériologique, si la guérison n'est pas encore « obtenue ».

L'auteur ne parle en effet que de deux sérums, parce que, seuls, les sérums I et II sont actifs, le type III ainsi que les types aberrants restant réfractaires à la sérothérapie.

Des différentes voies d'introduction du sérum dans l'organisme, l'auteur préfère et utilise la voie endo-veineuse. Il injecte habituellement un mélange de 30 cmc. de sérum I et de 10 cmc. de sérum II, dilué dans 8 à 10 fois son volume d'eau physiologique et maintenu à 37°, l'injection étant poussée très lentement (25 à 30 minutes.)

On s'assurera préalablement que le sujet n'est pas sensibilisé par une sérothérapie antérieure ou si des manifestations antérieures spéciales (urticaire, rhume des foins, asthme) ne permettent pas de le considérer comme un anormal hypersensible, auquel cas on procéderait à la désensibilisation préalable.

M. Sacquépée a utilisé ce procédé chez 37 malades. Les accidents ont été rares et sans gravité ; de même les accidents sériques qui n'ont été constatés que chez 7 malades, du 7e au 12e jour.

Deux décès seulement ont été enregistrés. Encore ont-ils intéressé un sujet atteint en même temps d'une tuberculose massive du médiastin, et un autre dont l'agent pathogène était le type pneumocoque III.

La température est influencée selon trois modalités principales : tantôt la chute est rapide et définitive ; tantôt, plus fréquemment, après une chute plus ou moins accentuée, elle remonte, « et si l'on pratique de nouvelles injections, «l'ensemble prend un aspect irrégulier, un peu « haché, jusqu'au jour de l'apyrexie définitive». En effet, si l'effet de la première injection n'a pas été suffisant, on récidive le lendemain et même le 3e jour, en injectant un mélange de 40 cmc. de sérum I et de 20 cmc. de sérum II.

Quelle que soit la réaction thermique, l'état général est toujours heureusement influencé ; on assiste à une sorte de désintoxication de l'organisme ; « le pneumococcique déroule sa ma« ladie sans difficulté, sans heurt et son état « ne soulève pas d'inquiétude, même si la fièvre « persiste ». De même disparaît la phase précritique, souvent si inquiétante.

Enfin, anatomiquement, le bloc pneumonique ne se résout habituellement que dans les délais normaux ; dans trois cas, cette résolution a demandé 15 jours.

Quant aux complications, la pleurésie purulente est la seule observée : la sérothérapie est sans action sur elle.

Les causes d'échec sont d'abord la coexistence de la pleurésie purulente, et ensuite, un type microbien non homonyme avec le sérum employé.

« Dans l'ensemble, on peut conclure que les « résultats obtenus sont satisfaisants. Un peu « variable peut-être suivant la valeur des sérums, « un peu limité dans son action par des éven«tualités probablement accidentelles, le traite« ment sérothérapique n'en constitue pas moins « pour le moment un agent fort utile et le plus « souvent efficace. Il mérite d'être utilisé, et lors« que les circonstances cliniques indiquent son « emploi, nous ne connaissons jusqu'à ce jour « aucun traitement qui donne dans la pneumo« nie de l'adulte d'aussi bons résultats. » (*Paris méd.*, 4 juin 1921.) G. D.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

Paris.

Le traitement chirurgical de l'angine de poitrine.

(M. T. Jonnesco, de Bucarest. — *Académie de médecine.*)

M. Jonnesco a pratiqué récemment, chez un deuxième malade, la résection du sympathique cervico-thoracique comme traitement de l'angine de poitrine. Les résultats immédiats, tant opératoires que thérapeutiques, ont été excellents. L'auteur ajoute que, chez son premier opéré, les

bons effets de l'intervention se maintiennent depuis cinq ans.

M. VAQUEZ montre qu'il s'agit là d'une méthode nouvelle dont il convient d'examiner la portée. On pourrait objecter à la tentative de M. Jonnesco son impuissance sur l'évolution de la maladie, qui est fatalement progressive. En réalité, les lésions procèdent avec une extrême lenteur : pendant cette longue période, l'opération — en supprimant la douleur — rend la maladie peu pénible et fait disparaître la cause principale de la mort, l'accès angineux. Il y a donc là une pratique intéressante et à suivre.

M. TUFFIER vient d'appliquer, dans un cas, la technique de M. Jonnesco, l'ablation du ganglion 1er thoracique sympathique. Les suites opératoires ont été des plus simples : deux jours après, le patient était debout.

Diabète des femmes à barbe.

(MM. ACHARD et THIERS. — *Académie de médecine.*)

A propos d'une observation personnelle, M. Achard envisage la question du diabète dans ses relations avec l'hirsutisme ou virilisme pilaire.

L'hirsutisme, terme proposé par Apert, désigne la croissance de barbe, de moustaches, et autres phénomènes d'hypertrichose chez la femme ou chez l'enfant. M. Achard préfèrerait l'appellation de virilisme pilaire ou d'hypertrichose du type viril. C'est un phénomène souvent associé à l'adiposité et aux troubles des fonctions génitales. Il est différent de l'hypertrichose généralisée (homme-chien, homme-ours).

L'hirsutisme, quelquefois héréditaire (Bérillon), est de pathogénie encore incomplètement fixée. On a incriminé les glandes endocrines, les surrénales, etc. En ce qui concerne le diabète des femmes à barbe, c'est une association de la glycosurie analogue à celle du diabète hypophysaire, du diabète bronzé, du diabète des tabétiques.

M. DUPRÉ a trouvé une proportion de femmes à barbe beaucoup plus grande chez les aliénées que chez les femmes saines d'esprit. C'est ainsi que sur 1.000 femmes de la population hospitalière ordinaire, il a compté 11 femmes à barbe, et 29 sur 1.000 femmes de la population des asiles d'aliénés.

La crise de l'allaitement.

(M. WALLICH. — *Académie de médecine.*)

S'appuyant sur diverses statistiques officielles, M. Wallich montre qu'il y a crise de l'allaitement au sein, les femmes, en France, n'allaitant plus leurs enfants. Celles qui consentent encore à donner le sein pratiquent, en général, l'allaitement mixte, où le biberon devient prédominant. L'auteur souhaite que des remèdes soient apportés au danger qu'il signale.

Un cas de léontiasis ossea.

(MM. APERT et F. BORDET. — *Soc. méd. des hôpitaux*)

Le leontiasis ossea est une hypertrophie osseuse des os de la face et du crâne. Il débute en général dans l'enfance (de 5 à 9 ans), par le maxillaire supérieur ; puis la lésion (panostéite) s'étend aux autres os de la face, au maxillaire inférieur et aux os du crâne.

MM. Apert et Bordet présentent un enfant de neuf ans, atteint de leontiasis encore au début. La totalité du maxillaire supérieur (branche montante, fosse canine, rebord alvéolaire, voûte palatine) est le siège d'une tuméfaction hypertrophique très appréciable.

La pathogénie de cette affection n'est pas connue. La syphilis paraît hors de cause. Elle se rapproche du *pian*, maladie exotique qui détermine des ostéites nasales. M. Apert se propose d'essayer chez son malade, l'arsénobenzol, dont l'efficacité s'est montrée réelle dans le pian.

Les injections sous-cutanées de composés arsenicaux dans la syphilis nerveuse.

(MM. LÉON TIXIER et H. DUVAL. — *Société méd. des hôp.*)

Le mode d'admininistration des composés arsenicaux dans le traitement de la syphilis nerveuse est diversement apprécié selon les auteurs. Tandis que les syphiligraphes se montrent partisans des fortes doses données en injections intra-veineuses, les neurologistes (M. Sicard, en particulier) préfèrent recourir aux doses plus faibles, en injections sous-cutanées, répétées assez longtemps.

A l'appui de cette dernière technique, M. Tixier apporte quelques exemples de syphilis nerveuses rapidement améliorées par des injections sous-cutanées de 914 ou de sulfarsénol.

M. GUILLAIN a obtenu, avec le novarsénobenzol par voie sous-cutanée, des résultats très favorables dans le tabès et la syphilis du névraxe. Il croit aussi que l'usage du cyanure de mercure en injections intra-veineuses et de l'iodure de potassium ne doit pas être oublié, en pareil cas.

M. LORTAT-JACOB emploie également les injections d'arséno-benzol, à la dose de 15 centigr., répétées fréquemment chez les tabétiques atteints de tuberculose pulmonaire.

Myosite syphilitique symétrique des sterno mastoïdiens.

(MM. LŒDERICH et TASSIN. — *Soc. méd. des hôpitaux.*)

MM. Lœderich et Tassin ont observé une forme symétrique de myosite gommeuse des deux sterno-cléido-mastoïdiens, chez une femme de 40 ans. Libres à leurs insertions mastoïdiennes, les muscles étaient infiltrés de tissu scléro-gommeux à

leurs insertions sternales et claviculaires. Peu de troubles fonctionnels. Simultanément, existait une périostite du manubrium.

Septicémie traitée par colloïdoclasie sous-cutanée.

(MM. MERKLEN, LÉVY et MALET. — *Soc. méd. des hôpitaux.*)

MM. Pr. Merklen, Pierre-Paul Lévy et Malet relatent l'observation d'une malade de 36 ans atteinte d'une infection aiguë, vraisemblablement septicémique, dont la nature est restée indéterminée malgré plusieurs examens de laboratoire. L'état de la patiente étant devenu inquiétant, les auteurs tentèrent un essai de colloïdoclasie bactérienne sous-cutanée (4 injections sous-cutanées d'hétéro-vaccin mixte, composé de pneumocoques, streptocoques, Pfeiffer, etc.). Une amélioration brusque s'ensuivit. Il semble donc que le choc colloïdoclasique par voie sous-cutanée — moins dangereux que l'injection intra-veineuse — puisse donner parfois un succès thérapeutique.

Conception étiologique de l'encéphalite épidémique.

(MM. LEVADITI, HARVIER et NICOLAU. — *Société de Biologie.*)

D'une série d'études expérimentales, dont nous avons parlé, sur le virus salivaire, le virus de l'herpès et le virus de l'encéphalite, MM. Levaditi, Harvier et Nicolau concluent que la maladie de von Economo est provoquée par un agent filtrant spécifique, l'*ultra-virus encéphalitique*, qui possède une virulence variable. Il existe : *a*) sous une forme atténuée dans la salive de certains sujets sains, où l paraît fixé aux cellules épithéliales de la bouche (affinité épithéliotrope) ; *b*) sous une forme plus virulente dans les vésicules d'herpès qu'il provoque ou qu'il contamine (affinité épithéliotrope et facultativement neurotrope) ; *c*) sous une forme très virulente dans la salive des porteurs sains (affinité épithéliotrope et neurotrope) ; *d*) sous une forme également très virulente dans les centres nerveux des encéphalitiques (même affinité que le précédent).

La variété épithéliotrope peut se transformer, par passages cérébraux successifs, en variété neurotrope. Dès lors, on pourrait admettre que le virus existe à l'état atténué dans la salive et l'herpès, et qu'il devient surtout neurotrope du fait de conditions épidémiques. Virus de la salive, virus de l'herpès, virus de l'encéphalite ne seraient que des variantes, à pouvoir pathogène inégal.

Réaction du benjoin colloïdal dans la syphilis nerveuse.

(M. R. BÉNARD. — *Société de Biologie.*)

M. Bénard a traité un malade chez lequel la réaction de Wassermann du liquide céphalo-rachidien était négative. La réaction du benjoin colloïdal s'étant montrée, par contre, positive, il institua un traitement spécifique. Cinq jours après, le Bordet-Wassermann se montrait (par réactivation) positif à son tour. L'auteur conclut que la réaction du benjoin peut ainsi apporter au diagnostic un élément d'appui, malgré la négativité du Wassermann.

P. L.

Montpellier.

Réunion obstétricale et gynécologique de Montpellier.

Emile et Charles GODLEWSKI : *Un cas de shock obstétrical post abortum.* Observation d'une malade qui, à la suite d'un avortement qui se passe très simplement, fait dans les heures qui suivent et durant douze heures consécutives des phénomènes de shock très graves avec défaillances cardiaques (pouls imperceptible à 40 pulsations) et vomissements. Durant les deux premiers mois de la grossesse, la malade avait également présenté des vomissements dont la nature toxique ne fait aucun doute à cause de son état d'hypoazoturie et hypoalcalinité.

L'auteur pense que ces phénomènes de shock sont de nature toxique, soit par l'absorption de toxalbumine d'origine musculaire, soit par toxémie gravidique.

Discussion. — M. Paul DELMAS croit que les phénomènes observés relèvent sans doute d'une sillotoxémie et se demande par suite si, en pareille occurence, il ne serait pas indiqué de recourir, sinon à une transfusion sanguine, du moins à l'injection de sérum de femme enceinte bien portante.

M. VALLOIS : Résumé de 31 *opérations césariennes* conservatrices pratiquées à la clinique obstétricale de Montpellier. — Sur les 31 opérations qu'il a pratiquées, 9 fois l'opération était itérative ; une fois même elle était pratiquée pour la troisième fois. Ces observations reconnaissent toutes pour cause un rétrécissement pelvien. M. Vallois décrit les conditions dans lesquelles elles ont été pratiquées et les particularités qu'elles ont présentées. Sur les 31 femmes opérées, une seule a succombé. Elle venait du dehors, en travail, poche rompue, et elle avait été examinée par plusieurs personnes. Quant aux 31 enfants, ils quittèrent tous la clinique vivants et bien portants.

M. P. VAYSSIÈRE : *Kyste dermoïde et grossesse.* — A souligner dans cette observation que les accidents survenus au cours des précédentes grossesses se sont manifestés dès la fin du deuxième mois, faisant croire à une grossesse extra-utérine. Après l'intervention, au cours de laquelle l'incision de Pfannenstiel est à conseiller, la grossesse s'est normalement poursuivie jusqu'au terme.

MM. GRYNFELTT et C. TZELEPOGLOU. — *Les galactocèles, leurs modalités anatomiques et cliniques.* — Dans cette note préliminaire, les auteurs établissent que la galactocèle se présente au point de vue anatomique sous quatre formes types : 1) la galactocèle ectasique, simple ectasie des canaux galactocybores ; 2° la galactocèle interstitielle ou lactorrhagie enkystée dans le tissu conjonctif ; 3° l'adéno-galactocèle qui est un cysto-adénome de la mamelle à contenu laiteux ; 4° la pyo-galactocèle ou abcès chronique mis en communication avec des galactophores. Il semble bien en relisant les observations publiées que cette division anatomique est jusqu'à une certaine mesure justifiée en clinique. Elle fournit des renseignements précieux pour le pronostic et le traitement.

MM. Vallois et Madon : *Toxémie gravidique à répétition.* — Observation d'une femme ayantprésenté au cours de deux grossesses successives des vomissements incoercibles pour lesquels l'évacuation de la cavité utérine a été pratiquée vers le troisième mois de la gestation. Les auteurs insistent sur la dysménorrhée habituelle chez cette femme avant toute grossesse et dans l'intervalle des deux grossesses relatées, ainsi que dans l'apparition au début de chacune des gestations, d'ictère avec atrophie du foie coïncidant avec l'apparition des vomissements.

P. D.

Société des sciences médicales et biologiques de Montpellier et du Languedoc méditerranéen.

Les rachianalgésies chirurgicales.

M. Riche, après avoir exposé l'historique de la rachianesthésie et l'état actuel de la question, précise la technique de la rachianalgésie telle que la pratiquent M. le professeur Forgue et lui-même. M. Riche est resté fidèle à l'instrumentation de Tuffier ; il préconise la ponction lombaire à l'exclusion de toutes les autres (ponction haute de Jonneseo, en particulier).

L'anesthésique de son choix est la syncaïne (solution à 8 % de la Maison Clin). Son emploi confère le maximum de garanties ; l'adjonction d'adrénaline ne paraît pas recommandable et lui paraît responsable de certains accidents observés ici-même à Montpellier (parésie des membres inférieurs, troubles trophiques). La soustraction de liquide céphalo-rachidien n'a peut-être pas l'importance qu'y attachent certains auteurs (Le Filliâtre, P. Delmas) ; néanmoins il est bon de pratiquer toujours une soustraction minima. La rachianalgésie générale peut être obtenue par ce procédé (et avec des soustractions de liquide variant de 5 à 15 cm.). Il y a là, évidemment aussi, une question de dose d'analgésique.

Avec 0 gr. 06 à 0 gr. 08 on a généralement une anesthésie remontant aux épines iliaques.

Avec 0 gr. 12, les interventions abdominales classiques sont couramment faites.

Avec 0 gr. 16, l'anesthésie atteint les clavicules.

M. Tédenat reste un partisan convaincu de l'éther, il a fait peu de rachianesthésies et cependant a pu observer dans son service un certain nombre d'accidents ou d'incidents qu'il impute à cette analgésie. Un malade opéré pour goitre kystique et analgésié par le procédé omnitronculaire mourut sur la table d'opération. Plusieurs malades rachianesthésiés depuis 7 et 8 mois, à Montpellier ou ailleurs, éprouvaient encore des fourmillements et de vives douleurs dans les membres inférieurs. L'éther est l'anesthésique le plus facile à administrer, le moins toxique. Les accidents graves sont entrêmement rares avec lui.

M. Forgue, tout en se déclarant partisan de la rachianesthésie, ne l'emploie que lorsqu'il s'agit d'une intervention dont la durée est supérieure à une demi-heure environ. Il expose les résultats de sa pratique vieille de seize ans. Jamais il n'a observé d'accidents graves ou mortels. Les menaces de collapsus qui, parfois apparaissent à la fin des interventions, ne se prolongent pas.

M. de Rouville combat vivement la rachianesthésie omnitronculaire et, en particulier le procédé de M. P. Delmas. Il considère au contraire que la rachianesthésie faite suivant la technique de M. Tuffier, heureusement modifiée par MM. Forgue et Riche, est exempte de danger ; néanmoins, il croit devoir ne la faire bénéficier que des contre-indications de l'anesthésie générale.

M. P. Delmas se plaçant exclusivement sur le terrain des faits observés avec rigueur établit tout d'abord un parallèle serré entre les rachianalgésies chirurgicales et les divers procédés de narcose. Il estime, après un minutieux exposé critique, que les griefs formulés contre les méthodes du premier groupe n'ont pas une objectivité suffisante pour ne leur laisser comme domaine que les contre indications des secondes.

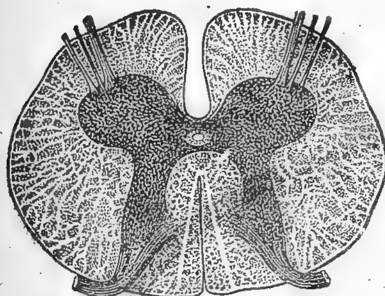
Il aborde ensuite la question des rachianalgésies basses et des rachianalgésies hautes ; il montre légitime et avantageux d'employer pour le thorax et la tête les procédés d'insensibilisation générale par voie lombo-sacrée qui, entre les mains de nombreux chirurgiens, ont tenu toutes leurs promesses. Il termine enfin par l'étude des analgésiques à utiliser et s'attache à dissiper l'équivoque, trop souvent acceptée, entre l'activité d'un produit et sa toxicité. A ce titre, la cocaïne sous réserve d'une pureté rigoureuse, n'a pas été détrônée par ses succédanés synthétiques. Mais tout procédé d'insensibilisation, quel qu'il soit, demeure d'une mise en œuvre délicate dont les risques, pour devenir chaque jour plus minimes entre des mains exercées, ne peuvent cependant être donnés par personne comme nuls.

M. Estor estime que la rachianesthésie est une méthode d'une valeur indiscutable et qui restera dans la pratique. Il pense cependant qu'un certain nombre de points méritent d'être précisés : 1° la mortalité qu'entraîne la rachianalgésie ; 2° la proportion des anesthésies nulles ou incomplètes.

M. Estor insiste aussi sur certains inconvénients de l'anesthésie rachidienne (énervement et angoisse du patient accrus par certaines paroles ou gestes de l'opérateur, etc.). Dans sa pratique personnelle, M. Estor a eu un cas de mort au chloroforme (syncope du début), aucun accident à l'éther ; il réserve le chloroforme aux enfants âgés de moins de 2 ans et emploie l'éther dans tous les autres cas, sans contre-indication tirée de l'état de l'appareil pulmonaire. Il estime que la rachianesthésie ne doit pas être pratiquée chez l'enfant, qui se débat et crie alors même qu'il ne souffre pas.

M. Riche, en réponse aux questions posées par M. Estor, déclare que ses statistiques avec M. Forgue portent sur un minimum de 2.500 cas. Aucun cas de mort, 1 ou 2 cas mortels ont été signalés, mais sont imputables à de grossières erreurs de technique ; dans un cas, on injecta 0 gr. 30 de novocaïne ; dans le deuxième cas, il s'agissait d'une très vieille femme opérée pour étranglement herniaire très grave et la ponction lombaire avait ramené du sang. Les échecs vrais d'anesthésie existent, mais sont très rares, parfois inexplicables ; la proportion en est d'environ 2 %. Les anesthésies insuffisantes par l'étendue du territoire intéressé sont peu fréquentes ; les anesthésies courtes s'observent aussi, elles peuvent être réduites d'ailleurs et complétées par quelques bouffées de chloréthyle. Avec sa technique habituelle, la proportion de succès est d'environ 96 %. Chez les enfants, il a pratiqué la rachianesthésie, mais pas au-dessous de 4 ans : un seul échec ; il ne conseille pourtant pas l'emploi de la méthode chez eux en raison de leur indocilité.

M. Étienne estime que la rachianesthésie est une méthode à employer ; personnellement, il n'a jamais eu d'ennui sérieux et elle lui a permis de mener à bien des interventions qui eussent été impossibles à l'anesthésie générale ; en ce qui concerne la chirurgie de guerre, il pense que si la rachianesthésie n'a pas fait plus d'adeptes, c'est qu'elle entraînait une perte de temps assez considérable au moment où le premier devoir du chirurgien était d'aller vite en besogne.



M. PECH relate son auto-observation : atteint de radiodermites graves, il a subi plusieurs amputations : anesthésié au chlorure d'éthyle à plusieurs reprises, il a éprouvé certains troubles de la cellule hépathique ainsi qu'une perte légère de la mémoire et du goût ; il rappelle que l'anesthésie locale à la cocaïne est très pénible dans les radiodermites ; l'injection ne parvient pas à provoquer l'anesthésie et exacerbe les douleurs ; « c'est une méthode à choisir, mais ce n'est pas une méthode de choix ».

M. LAPEYRE est partisan de l'anesthésie générale à l'éther. Pendant la guerre, l'appareil d'Ombrédanne, mis entre les mains d'anesthésistes improvisés, a donné des résultats excellents. En ce qui concerne la rachianesthésie, il en a fait peu lui-même, a vu un cas de mort chez un opéré pour goitre kystique et l'attribue au procédé omniradiculaire. Il sera intéressant de connaître le taux exact de la mortalité par rachianesthésie. On sait qu'il est d'environ 1/14.000 pour l'éther.

La rachianesthésie est une méthode à conserver parce qu'elle donne de très grandes facilités au point de vue opératoire, et elle doit bénéficier des contre-indications de l'anesthésie générale. En chirurgie thoracique, l'anesthésie rachidienne lui paraît devoir être employée largement. Des recherches expérimentales seraient intéressantes à faire au sujet de la rachianesthésie, en particulier en ce qui concerne la durée de l'anesthésie et les troubles vaso-moteurs qui l'accompagnent.

M. RICHE. — On ne peut comparer au point de vue de la mortalité tous les procédés d'anesthésie rachidienne. La question de l'analgésique employé mérite aussi d'être envisagée.

M. FORGUE est frappé de voir la divergence qui existe entre les divers centres chirurgicaux, voire même entre les divers services d'un même centre ; il faut comparer les cas à technique et anesthésique identiques ; il n'emploie que pour les interventions d'une durée supérieure à une demi-heure et d'une grosse difficulté technique, la rachianesthésie ; dans tous les autres cas, il emploie l'éther, dont il se sert depuis plus de 25 ans.

L'anesthésie omnitronculaire à la cocaïne faite par M. P. Delmas lui a donné quelques facilités dans plusieurs interventions sur la face ; il n'a pas vu d'accidents, mais quelques anesthésies insuffisantes avec ce procédé.

Il considère que la chirurgie thoracique contre-indique la rachianesthésie. Il en est de même de la chirurgie chez tous les intoxiqués et shockés.

M. MASSABUAU souscrit d'une façon complète aux conclusions de M. Forgue. Un point mérite d'être précisé : tant que la dose de syncaïne injectée est inférieure à 0 gr. 12, il n'y a aucun incident ; au-dessus de cette dose, il y a une action nette sur le cœur. Avec des doses minimes (0 gr. 80 et même 0 gr. 04), on a une anesthésie véritablement idéale. Ces doses permettent de faire les opérations de faible durée (cure de hernie, etc.).

M. P. DELMAS, revenant sur son exposé du 6 mai, touchant les rachianesthésies, croit devoir apporter à ce sujet quelques précisions nouvelles.

Par deux exemples récents, dont l'un personnel, il montre de quoi sont faits certains préjugés contre la rachi alors que les observations en sont rapportées sans détails circonstanciés, aussi bien que dans celles de narcose.

Il reprend la question de la cocaïne qui, à la faveur d'une indispensable purification préalable qu'il rappelle (solution dans l'alcool absolu, précipitation dans l'éther sec, dessiccation dans le vide), se montre innocente des inconvénients ou des risques qui lui ont été imputés.

En ce qui concerne la technique, il insiste sur l'importance de la dilution de l'agent analgésique autrement essentielle à surveiller que la vitesse avec laquelle est pratiquée l'injection.

Il termine par la défense des rachi hautes, contre lesquelles des préventions ne sauraient avoir la valeur de constatations cliniques ou d'arguments scientifiques.

P. D.

BIBLIOGRAPHIE CRITIQUE

Revue des Thèses

Paris.

Dr Léon HUMBERT. — **La persistance simple du canal artériel. Ses formes latentes.** (Jouve et Cie, édit., Paris).

Dr Paul MAUPETIT. — **De la restauration de la lèvre inférieure. Etude d'un nouveau procédé.** (F. et J. Lecocq, édit., Angers).

Dr René CHESNAIS. — **Du traitement de la syphilis des femmes enceintes, par le novarsénobenzol de Billon.** (Imprimerie artistique, Rennes).

Dr Jean CAUCHOIS. — **Quelle artère faut-il lier dans les hémorragies non cataclysmiques de l'amygdalectomie.** (Librairie littéraire et médicale, Louis Arnette, Paris.)

C'est ou la carotide primitive ou la carotide externe qu'il faut lier. La ligature de la carotide primitive est, opératoirement, un peu plus facile que celle de la carotide externe, mais elle est quelquefois mortelle, souvent génératrice de troubles cérébraux graves (hémiplégie, aphasie, etc.), et, par conséquent, toujours grave. C'est donc la carotide externe qu'il faut lier. La ligature de cette artère est aussi efficace que celle de la carotide primitive. Elle est constamment et complètement inoffensive. En dehors de cas d'exception, on peut dire que, lier la carotide primitive, pour remédier à une hémorragie non cataclysmique de l'amygdalectomie, constitue une erreur chirurgicale.

PARTIE PROFESSIONNELLE

CHRONIQUE HOSPITALIÈRE

Admission des malades payants dans les hôpitaux.

Par la lecture du numéro 30 du *Concours médical*, nos confrères se sont rendu compte des progrès apportés dans la modernisation du règlement modèle des hôpitaux et hospices. Le Conseil supérieur de l'assistance publique a suivi son rapporteur, M. Delaroue, ainsi que le représentant du ministre de l'Hygiène. M. Desmars, conseiller d'État, Directeur de l'assistance et de l'hygiène publiques, qui ont convenu qu'il était impossible de demander actuellement aux chirurgiens de nos établissements hospitaliers d'opérer gratis les malades payants.

Partout où il n'existe pas de maison de santé, l'hôpital est appelé à recevoir les patients, qui ne peuvent pas être transportés ailleurs, comme ceux qui ne peuvent pas faire les frais d'un séjour dans une clinique privée. Il serait donc injuste de demander au corps médical de supporter la charge d'opérer et de soigner gratuitement ceux qui ne sont pas des indigents. Le Conseil supérieur l'a parfaitement reconnu.

Mais, qu'il me soit permis de dire à mes confrères, que ce résultat n'a pas été obtenu sans peine.

L'an dernier, on nous objectait, *a priori* avant toute enquête, que le corps médical des hôpitaux satisfait d'avoir obtenu un titre envié, ne songeait que très rarement à réclamer des honoraires pour les hospitalisés payants.

C'est pour répondre à cette assertion, qu'à plusieurs reprises, nous avons publié notre referendum, pour obtenir de nos confrères les réponses, grâce auxquelles nous avons pu dresser le tableau ci-après.

Disons une fois de plus combien est nécessaire la documentation : les chiffres ont une éloquence particulière, surtout lorsqu'ils servent à étayer une affirmation.

En l'espèce, et comme on peut s'en rendre compte par la lecture du tableau ci-après, il existe une tendance très marquée pour accorder aux médecins d'hôpitaux le droit aux honoraires de la part des malades payants. Ce n'est d'ailleurs que le résultat d'une évolution sociale très nette : l'hôpital ne fait plus peur ; on sait qu'on y est bien soigné, souvent mieux que chez soi, et certainement à bon compte. Le malade se sent entouré, à tous les instants, d'une surveillance médicale, aussi bien la nuit que le jour ; les soins sont donnés par un personnel spécialisé, entraîné, compétent ; l'outillage, s'il n'est pas toujours moderne, est au moins suffisant.

Aussi, les malades de ville n'éprouvent-ils aucune répugnance pour se faire admettre à l'hôpital.

Les commissions administratives, de leur côté, sont heureuses de mettre à la disposition du public les salles et chambres qui ne sont pas occupées par le service des indigents. Un certain bénéfice en résulte, non pas bénéfice commercial, mais utilisation de toutes les ressources hospitalières, diminuant par conséquent le pourcentage des frais généraux.

Et, devant la misère de nos établissements hospitaliers, dont le revenu des dotations diminue, dont les Mécènes se font de plus en plus rares, combien n'est-il pas tentant de pouvoir boucler le budget annuel de l'établissement, grâce aux ressources supplémentaires, provenant de l'admission des payants ?

Aussi parmi les réponses reçues, voyons-nous qu'à côté des malades payants, admis dans la salle commune, les hôpitaux ont tendance à réserver une ou plusieurs salles et chambres payantes, à prix plus élevé, pour les malades de condition plus aisée.

Allant même plus loin, certaines réponses indiquent le désir de construction de pavillons spéciaux, véritables maisons de santé à bon marché, ouvertes à tous les médecins de l'endroit.

Les frais généraux seraient diminués du fait de la gestion commune entre l'hôpital et la maison de santé, ainsi que de l'utilisation en commun tant du chauffage central, que de la salle d'opérations, du personnel infirmier, etc.

Mais reste toujours en suspens l'irritante question de l'hospitalisation des blessés du travail. Alors que les sociétés financières, dénommées compagnies contre les accidents du travail, font admettre, à des prix défiant toute concurrence, leurs blessés à l'hôpital aux fins d'opérations les commissions hospitalières et les médecins d'hôpitaux protestent à l'envi contre cette exploitation du bien public au profit d'intérêts privés. Nous sommes personnellement de plus en plus interrogé sur la manière d'échapper au fameux « tout compris » de la loi de 1905 sur les accidents du travail. Ce ne sont pas seulement les médecins qui protestent : mes confrères, bien entendu, consentent à soigner les pauvres presque gratuitement ; mais ils ne comprennent pas pourquoi le législateur a suivi les suggestions intéressées des assureurs, pour faire déclarer que le blessé, opéré et soigné en ville, rapportera des honoraires à son docteur, alors, que, soigné et opéré à l'hôpital, cette victime du travail jouira d'un régime de faveur. Disons, pour être dans la vérité, que s'il s'agissait de faire payer à l'ouvrier, de sa bourse, les frais nécessités par les soins à donner à sa blessure, personne n'hésiterait à le faire bénéficier des tarifs les plus réduits. Mais ce ne sera pas lui qui payera les frais de séjour, mais son patron, ou plutôt son assurance, qui sont loin d'être des indigents.

Aussi entendons-nous, à côté de la voix des médecins, s'élever les protestations des commissions administratives des hôpitaux, qui m'écrivent pour nous demander comment faire payer, qui doit payer.

Disons à nos confrères que la question est très sérieusement à l'étude et que nous avons le ferme espoir que d'ici peu nous obtiendrons encore satisfaction pour ces admissions des blessés du travail dans les hôpitaux, afin que ces victimes ne soient une charge ni pour le budget des pauvres, ni pour l'escarcelle médicale.

Si nous publions aujourd'hui le tableau que nous avons composé d'après les réponses de nos confrères, c'est pour plusieurs raisons pratiques :

1° Les médecins, qui ne nous ont pas répondu auront à cœur de réparer leur oubli.

2° Par la lecture du tableau, chacun pourra comparer sa propre situation hospitalière avec celle qui est faite à d'autres collègues.

3° Cette lecture, jointe à celle du nouveau règlement modèle des hôpitaux, voté par la dernière assemblée générale du Conseil supérieur de l'assistance publique, provoquera chez nos confrères le désir de moderniser leurs habitudes de travail. Petit à petit, l'hôpital ne sera plus considéré comme un accessoire dans l'exercice de la profession, mais plutôt comme un auxiliaire précieux dans l'art de guérir. Le titre envié, dans les grandes villes, fera place à une fonction, noble en ce qui concerne les soins à donner aux pauvres, lucrative par rapport aux malades payants. Aussi les praticiens d'une même localité s'entendront avec les commissions administratives des hôpitaux, même les plus modestes, pour faire, de l'établissement, un organe de défense contre tout ce qui pourrait atteindre la santé publique d'une localité.

Ne perdons pas de vue le projet de loi sur les assurances sociales : les hôpitaux sont appelés à se transformer en maisons de cure et nous, médecins, avons le devoir de nous en préoccuper pour apporter aux pouvoirs publics, la collaboration technique et professionnelle, que nous sommes capables de donner.

En attendant, les médecins d'hôpitaux de France feront sagement en lisant, avec attention, le règlement modèle complet des hospices et hôpitaux, qui sera publié *in extenso* dans l'Agenda du *Concours* de 1922. Qu'ils méditent ce document officiel pour pouvoir ensuite demander à leur commission administrative hospitalière de modifier le règlement local. La modernisation de l'art de guérir change totalement les rapports des médecins et des hôpitaux : alors que jadis la collaboration médicale ne demandait aux docteurs que peu de travail, il n'en est plus de même aujourd'hui : la chirurgie, les spécialités, la radiographie, les injections diverses, intraveineuses ou autres, attirent, dans l'établissement, une clientèle qui n'est pas indigente.

Il est donc nécessaire de rajeunir les anciennes tractations, pour que le corps médical hospitalier, tout en rendant service à la population, puisse néanmoins voir respectés les légitimes intérêts de toute la profession. A la nomination pure et simple, faite à la faveur, modifiable *ad nutum* par la seule volonté d'une des parties, doit se substituer le véritable contrat de louage de services (pour employer les termes juridiques). Bien des conflits seront ainsi évités et les malades seront mieux soignés.

Dr Paul Boudin.

NOM	NOMINATION DES DOCTEURS — Concours	Choix	Roulement	MALADES PAYANTS — en salles communes	en salles spéciales	Cliniques privées	PRIX DE JOURNÉE PAYANTS — A. M. G.	Salles communes	Méd. chir.	Salles spéciales	Blessés du travail
Aix-les-Bains		ancienneté		0	0	N	6,50	6	8	5	8,45
Albertville		0						6		6	
Alger				0	N	0		11			14
Arles	0			0							
Alençon	0			0	0			6	10	10	
Amiens	suppléants	titulaires				1					
Angoulême		0		0	N	N					8,49
Annonay		0		N	0			7		10 20	
Arras	0			0	0	0					7
Aubenas		0		0	0						
Aurillac		0		0	acc. du tr. 0	0		7			6
Avignon								7,50			
Bernay		0		0	0	N					
Beaumont (S.-et-O.)		0		0	0	N					
Beauvais	0			0	0	2		9		30	7,25
Blois		0		0	N	0		7,50			
Bordeaux	0			0	0	0					8,50
Boulogne-sur-Mer				0	0		7	7,50	9	20	7,45
Bourg		0		0	0	0	5,50	7		15	7,75
Brive		0		0	N	2	6	10			9
Carcassonne				0	0		10	10		35	
Châlonnes-sur-Loire				0	0						
Chambéry				0	0		8	8,50	10	20	
Charleville				0	0	0		10	12	20 25	6
Château-Renault			0		0						
Chaumont		0		0	N			10			
Cherbourg		0		0	0						
Chinon		0		0							
Clamecy	0		0								
Corbeil		0		0	0	N	7,37	10			9,37
Elbeuf				0	0	N	5,30	8	9	20	9
Fontenay-le-Comte		0		0	0	0		6,50	8	12 15	4,65
Gap		0		0	0		5,87	7		15	
Grenoble	0										
Hyères		0		0		0					
Laigle				0	0						
La Roche-sur-Yon		0		0	0						
La Rochelle	0			0	0	0		7			
Laval		0		0	N	3					
Le Havre	0			0	0	3	10	13	16,50	20 23	13
Le Mans		0		0	0	0					9,10
Le Puy	0			0	0	N		6		12 14	8
Le Quesnoy				0	0						
Ligny (Meuse)				0	0			10			10
Lillebonne		0		0	0						
Limoges	0			0	N	3	7,75	12			9,94
Louviers							13,95 14,55	13	15,50		13,50
Lyon	0			0	0	0					
Mâcon		0		0	0		8,57	10		20 25	11
Marseille	0			0	0	0	11,85	15		17	15,40
Meaux		0		0	N	1	7,55	12	15	20 25	
Millau		0		0	0	1	2,40	5,75			4,95
Montbrison							7,70	7			10
Montereau		0									
Neufchâteau (Vosges)		0		0		N					
Nîmes							10,90	12	13	20 25	
Nice	0			0	0	0					
Nancy											
Negent-le-Rotrou		0					4,50	6	10		5,75
Orléans	0			0	N	4	6,50	5, 10, 15			8,32
Oyonnax (Ain)		0		0							

HONORAIRES MÉDICAUX SOLDÉS PAR LES PAYANTS			Autorisat. Tractations		Libre-Choix du Docteur pour les payants	SERVICES SPÉCIAUX C = Chirurgie M = Maternité Sp = Spécialités L = Laboratoire	Consultation gratuite	Rapports des Docteurs avec la C. A. consultés ou non	1 Dr membre de la C. A. en dehors du conseil municipal	OBSERVATIONS
A. M. G.	D fense	Tolérance	directes	par les Com. d'adm.						
2250			0		N	C.		0	0	
1200			0		0	C.				Les blessés du travail payent les
2400			0			C. M. Sp.		0		honoraires du chirurgien,
	0				N					ristourne versée par les Drs
						C.				dans la caisse de l'hôpital.
2400						C.				Hôpital à reconstruire.
sup. 400										
100					N	C. M. R. X Sp.			N	
			0		0					Pavil. spécial pour les payants.
1000		0		0	N	C. M. Sp.	N	0	N	Les blessés du travail payent
			0							les honoraires chirurgicaux.
1500		0			N	C. M.		N	N	Nominations des médecins
sup. 500										après avis du Syndicat mé-
200				0						dical.
400			0		N	C. Sp. M.	N	N	N	
3000			0		N			N	N	
2000					N	C. M.		N	N	A reconstruire.
suppl. 1000										
1200	0				N	C. M. Sp. L.			0	
nuls	0				N	C. M. Sp.		0	3	
			0							
1200			0		N	C. M. Sp. R. X		0	N	Nomination des médecins
300 méd.			0		N	C. M. Sp.				après avis du Syndicat.
500 chir.										
			0		N					
4000			0		N	C. M. Sp. R. X			N	Refus d'approbation préfec-
sup. 500										torale.
1200			0		0	C. M. Sp. R. X				Refus d'approbation préfect.
1250			0							A reconstruire.
					N					
										30 francs pour la salle d'opé-
										rations.
1000	0				N	C. M.	N	0	0	
sup. 500										
1500		0			N	C. M.		N	N	
400		0			0	C.				
3000			0		0	C.		0	0	
2600										
300			0		0	C. M. Sp. t				
		0				C. R. X		jamais	N	Tous les Drs ont un service
						C. Sp. M.				hospitalier.
700			0		N	C. Sp. M.		rarement	N	
800		0				C. Sp. R. X M.				
3600			0		N	C. Sp. M.	0	rarement	0	10 % du prix de journée au chi-
1500			0		N	C. M. L.		de plus en plus	bientôt	rurg. pour les petits payants.
1000			0		N	C. M.		N	N	Ristourne du tiers des hono-
adj. 500										raires pour payants à l'adm.
			0		0					
			0		0					
1200			0		0					
600	0				N	C. Sp. M. L.		jamais	N	
adj. 300										
	0									En voie de réorganisation avec
										droit aux honoraires.
3600	0				N	C. Sp. M. R. X L.				
500	0					C.		de temps en	N	
p. 6 mois								temps		
6000	0				N	C. M. Sp. R. X		0	N	
1500	0.				N	C. M.		jamais	N	
1200					0				0	
				0	N					Tarif Breton.
		0				C.				
1800										
500	0				N	C. Sp. M. R. X L.	0	souvent		
										Pension Bon Secours organi-
1000		0					0			sée par hospices.
800 400	0				N	C. Sp. R. X M. L.		oui	0	Somme forfaitaire prélevée
1000			0		N	C.		N	N	sur payants et répartie en

NOM	NOMINATION DES DOCTEURS			MALADES PAYANTS		Cliniques privées	PRIX DE JOURNÉE PAYANTS				
	Concours	Choix	Roulement	en salles communes	en salles spéciales		A. M. G.	Salles communes	Méd. chir.	Salles spéciales	Blessés du travail
Périgueux	0			0	N	2	4	6	8		8
Raon l'Etape				0	0						
Rambervillers		0		0	0	N	6,50	5	8		7,50
Roubaix		0			N	2	7,19	7,50			12,50
Saint-Flour		0		0	0	N	4	6			6
Saint-Nazaire		0		0							8,41
Saint-Mihiel		0									
Saint-Omer		0		0	N	N					
Saint-Servan		0		0	0	N					
Sainte-Ménehould		0		0	0	N		5			
Saintes				0	0			7,50		15	5
Saint-Etienne	0			0	N	0	7,77	14,	18		9,90
Sens		0		0	N	0					
Tarare			0	0							
Thonon			0	0	0	N					
Toulon											
Tourcoing				0	0			5	7		
Valence		0		0		3					
Vendôme		0		0	0	0					
Versailles		0		0	N	0					
Vesoul		0		0	0	0		6		20	
Vézelise (M.-et-M.)		0		0							
Villeneuve-sur-Yonne		0		0							
Watreloos				0	0			5	7		

MÉDECINE SOCIALE

Le médecin et les lois sociales modernes.

Il y a quinze jours, Boudin, poursuivant son étude du projet de loi assurance maladie-invalidité-vieillesse, exposait les avantages et les inconvénients du système de la liberté, que je défends, dans les rapports du médecin avec son malade.

Dans un souci d'impartialité qui lui fait honneur, mais qu'il a, selon moi, poussé un peu trop à l'excès, mon collègue a complaisamment développé les nombreux inconvénients que, malgré la sympathie qu'il avoue ressentir pour ce système, il lui reconnaît et qu'il a démesurément grossis, en dépit du caractère nettement puéril de quelques-uns d'entre eux.

J'ai publié, la semaine dernière, plusieurs lettres fort suggestives sur le même sujet. Ainsi que je l'annonçais alors, j'y reviendrai une fois encore ; je ne veux pas être accusé d'avoir déserté le champ de bataille.

En fait, la crainte qui nous paraît surtout hanter l'esprit des médecins qui n'admettent pas le système de la liberté, *c'est de n'être pas payés*, si le soin de les honorer est laissé exclusivement à leurs malades.

Il ne faudrait pourtant pas se créer des chimères, ni voir des épouvantails là où ils n'existent pas.

En raisonnant froidement, sans parti-pris, il est possible, en effet, de se rendre compte que cette crainte n'est que chimères et épouvantail à moineaux.

En l'état actuel de l'exercice de la profession médicale, dans quelle proportion moyenne les médecins ne sont-ils pas payés ?

Si je m'en rapporte à mon expérience personnelle, pendant mes dix années de pratique rurale, j'ai perdu environ chaque année de 8 à 10 %.

Notre directeur, Gassot, qui a exercé 35 ans à la campagne, dans une commune où il était seul médecin, vous dira plus loin qu'il perdit environ mille à douze cents francs par an, ce qui représentait à peu près le 5 % de son chiffre d'affaires. D'autres confrères m'ont fourni des résultats sensiblement analogues.

Donc, à moins d'une négligence systématique à réclamer le payement de leurs honoraires dans un délai normal, il m'est permis de conclure que les médecins n'ont en général qu'un déchet relativement insignifiant.

Vienne le régime de l'assurance tel que je souhaite. L'assuré reçoit une indemnité forfaitaire par journée de maladie. Il dispose donc d'une ressource que, jusque-là, il ne possédait pas. Je

Honoraires médicaux soldés par les payants: A. M. G.	Défense	Tolérance	Autorisat. Tractations: directes	Autorisat. Tractations: par les Com. d'adm.	Libre-Choix du Docteur pour les payants	Services spéciaux (C = Chirurgie, M = Maternité, Sp = Spécialités, L = Laboratoire)	Consultation gratuite	Rapports des Docteurs avec la C. A. consultés ou non	1 Dr membre de la C. A. en dehors du conseil municipal	Observations
300			0		N	C. Sp. M.		0	0	fin d'année entre médecins.
			0		0					
= 0		0			0	C.		N	N	
2400	0				N	C.		N	N	
350			0		0	C. M.		N	N	
600						C. M.				
	0					C. M. Sp.		N	bientôt	0,25 prélevés aux payants en
1200			0					rarement	N	salle commune et 1 fr. en
1000		0			N	C. M. Sp.		jamais	N	chambre particulière pour
500	0				N	C. M.				médecins.
			0		0	C. R. X				
3000					N	C. M. Sp.			0	
1500					N	C. Sp.				
		0								
			0		0	C. M.		0		
1860										
			0		N	C.				
1200 600		0			N	C. M. Sp.	0			
	0					C.				
1200 600				0	N	C. M. Sp.	0	parfois	N	
nuls			0		N	C. Sp.				
					N					
		0	•		N	C.				
		0			N					

me demande vraiment sur quels arguments mes contradicteurs se baseront pour oser soutenir que, avec des conditions économiques meilleures, le déchet augmentera pour le médecin.

Sans doute, il y aura toujours de mauvais payeurs. Je me garderais bien de le nier. Mais ce que je soutiens, c'est qu'il n'y aura aucune raison pour qu'ils soient plus nombreux qu'aujourd'hui.

La crainte du médecin d'être plus mal payé sous le régime de l'assurance, avec le système de la liberté, est donc parfaitement illusoire et ne repose sur aucun fondement sérieux.

***

On dit encore — et c'est un argument servi par Boudin — que l'assuré ne se soignera pas ou se soignera mal, et qu'il préfèrera conserver pour lui l'argent qui lui sera versé, plutôt que d'en employer une partie à honorer son médecin.

Continuons notre comparaison. Peut-on dire qu'actuellement, on ne se soigne pas ?

Sans doute est-il courant que tout malaise, toute indisposition, amènent d'abord celui qui les ressent à s'adresser au pharmacien pour lui demander un conseil... et un remède. Mais j'ai peine à croire, fort toujours de mon expérience personnelle et de celle de ceux qui m'entourent, que le tort subi ainsi par le médecin s... t considérable. On se soigne. On se soigne plus que jamais, parce que la guerre a étalé aux yeux de la masse les multiples ressources de l'art médical, et les résultats qui en découlent pour le maintien et la récupération de la santé.

D'ailleurs, il est bien entendu que l'assuré ne pourra recevoir d'indemnité maladie qu'autant qu'il produira une déclaration de son médecin. Et si je suis plus que jamais partisan du système de la liberté, je réprouve la licence, ainsi que les abus de toutes sortes et je suis non moins partisan d'un contrôle exercé sur ce malade par la Caisse qui l'indemnise. Ce contrôle existe d'ailleurs dans les Sociétés mutuelles, qui ont des visiteurs chargés de s'assurer *de visu* que le mutualiste qui réclame le secours de maladie est bien malade et *qu'il se soigne.*

***

Puisque le nom de la Mutualité apparaît fortuitement ainsi sous ma plume, j'en profite pour écarter résolument, comme illusoire, le danger, entrevu par Boudin, de voir les assurés se grouper pour constituer des mutualités ou s'affilier aux sociétés existantes.

Si je désire que le médecin traite l'assuré comme un malade ordinaire, à plus forte raison considéré-je comme indispensable qu'il traite pareille-

ment le mutualiste. Ainsi le fait-on de plus en plus.

***

— Mais, dira-t-on, la Caisse d'assurance a intérêt à ce que le malade soit bien soigné. Avec votre système, cette Caisse n'aura sans doute pas à se défendre contre l'exagération possible des honoraires médicaux. Mais elle n'en restera pas moins fondée à se préoccuper d'éviter une prolongation abusive de la maladie, génératrice d'indemnités excessives.

Or, je ne suis nullement l'ennemi d'une surveillance médicale, parallèle à la surveillance du malade lui-même, toutes les fois qu'il apparaîtra que la qualité des soins n'est pas ce qu'elle devrait être.

C'est là que les syndicats médicaux ont un rôle à jouer et peuvent intervenir utilement pour donner à la Caisse d'assurances les garanties auxquelles elle a droit.

***

On a dit encore qu'il n'y avait aucune comparaison à établir entre l'assurance-incendie et l'assurance-maladie ; que, dans la première, la valeur de la matière sinistrable était fixée à l'avance, ce qui était impossible dans la seconde.

L'argumentation est beaucoup plus forte en apparence qu'en réalité.

Ce qui importe en effet, ce n'est pas tant la valeur de la matière sinistrable que l'importance des risques que celle-ci court.

La maison, estimée 100.000 francs, pourra brûler partiellement plusieurs fois par an. A la vérité, les statistiques, sur lesquelles s'appuient les calculs des actuaires, démontrent qu'un pareil risque est improbable : les primes d'assurance sont calculées en conséquence.

Tout comme sa maison, l'homme estime sa propre valeur, quand il s'assure sur la vie. Mais le critère d'estimation n'est évidemment pas le même que pour un immeuble : tel s'évaluera à 100.000 francs ; tel autre, seulement à 20.000. Reportez-vous aux décisions de justice relatives aux réparations que les Tribunaux accordent aux héritiers d'une victime d'un accident mortel de chemin de fer : vous verrez combien cela varie, et au fond, le plus souvent, est disproportionné avec la valeur des objets matériels.

Mais ce n'est pas à proprement parler la valeur absolue de l'organisme humain qui importe en matière d'assurance-maladie ; c'est uniquement, ici encore, l'importance du risque couru. Or, cette importance, c'est la morbidité qui permet de l'apprécier. Il existe déjà des tables de morbidité, dont l'exactitude relative ne pourra que s'accroître avec le temps et avec l'expérience. Il suffira donc de calculer les primes à verser en s'appuyant là-dessus, pour se trouver dans les conditions de toutes les assurances.

***

Au surplus, quand nous parlons d'un système de liberté dans les rapports entre médecins et malades assurés, il semble qu'il s'agisse de quelque chose de complètement nouveau, et que nous nous aventurons sur un terrain vierge et jusqu'alors inexploré. Quelle erreur et quelle plaisanterie ! Mais, dans notre propre milieu, ici même, dans notre maison, n'avons-nous pas une expérience, vieille de longues années, et qui nous permet d'étayer solidement notre thèse ?

Qu'est-ce donc que la Mutualité familiale ? Qu'est-ce que l'Association Lagoguey, sinon des assurances-maladie pour les médecins ?

Comment cela fonctionne-t-il ? Nous chargeons-nous de fournir à nos assurés des prestations en nature, de leur payer leur médecin et leur pharmacien ? Car enfin, un médecin malade, cela ne diffère pas tellement d'un profane malade.

Que non pas ! Mutualité familiale aussi bien que Société Lagoguey versent à leurs adhérents tant par journée de maladie. Avec cette indemnité forfaitaire, ceux-ci se soignent et font face aux conséquences de leur invalidité.

On leur demande un certificat de maladie, un certificat de guérison, et le tour est joué.

Je suis un des administrateurs de la Mutualité familiale. Je n'ai jamais entendu parler d'abus de la part des sociétaires. Et, par contre, à part quelques retards dans l'envoi des deux pièces indispensables, dont se rendent coupables de rares négligents, la machine fonctionne admirablement, au grand contentement de ses usagers.

Par conséquent, le système de la liberté, *qui fonctionne déjà*, a fait ses preuves et se montre parfaitement défendable.

***

L'autre système, celui de la prestation en nature, médecin et pharmacien des assurés étant payés par les Caisses, soit directement, soit par l'intermédiaire des organisations professionnelles, a d'incontestables avantages. Mais ses inconvénients et ses dangers sont tels que ces avantages me semblent parfaitement négligeables.

Taxation des honoraires ; forfait, de première ou de seconde main, — peu importe, c'est toujours le forfait ; catégorisation des médecins français, et hiérarchisation inacceptable des valeurs ; abus certains de la part des assurés qui, ne payant pas eux-mêmes, se montreront exigeants et pressés, — voyez l'exemple de l'Alsace et de la Lorraine exposé ici même par Specklin ; multiplication des actes médicaux par certains médecins qui, se trouvant insuffisamment payés par unité, chercheront à se rattraper sur la quantité ; fonctionnarisation syndicale pour commencer,

RECOUVREMENTS

D'HONORAIRES MÉDICAUX

M. Louis AUDEBERT Avocat, *Directeur du Contentieux de Syndicats Médicaux. Administrateur d'immeubles.*

5, rue des Saints-Pères PARIS, Tél. Saxe 48-53.

Pour toute demande de renseignements écrire à Me Audebert, en joignant un timbre pour la réponse.

Changements d'adresses

Nous rappelons à nos lecteurs que toute demande de changement d'adresse doit être accompagnée de 0 fr. 60 pour frais de réimpression de bande.

AVIS

—

Stations thermales

Stations d'altitude.

Nos lecteurs qui désirent voir leur nom figurer dans les listes que nous publions actuellement sont priés de nous en informer

puis, comme cela n'ira quand même pas tout seul, fonctionnarisation d'État, pour remédier aux susdits abus, des deux côtés : voilà à coup sûr où nous allons. Et cette évolution est fatale, dans un délai très court, à partir de l'application de la loi.

***

Pendant qu'il en est temps encore, confrères, réfléchissez ; réfléchissez sérieusement. Pesez le pour et le contre des deux systèmes. Et si j'ai pu réussir à vous éclairer, demandez tout au moins qu'on commence par faire l'expérience du système de la liberté, Si, au bout de deux ans par exemple, il se montre franchement mauvais, contre toutes prévisions, il sera facile de le changer.

***

Pourrait-on, dès lors, essayer d'une sorte d'association des deux systèmes ? Boudin estime la chose possible avec ce qu'il désigne sous le nom de ticket modérateur.

Une partie des frais médico-pharmaceutiques est payée directement au médecin et au pharmacien par l'assuré.

Ce procédé est en application dans la région lyonnaise, pour les mutualités. Un autre quelque peu comparable, vient d'être mis en pratique en Seine-et-Oise, même pour les assistés, témoin la lettre ci-dessous :

Un président de S.S.M. qui trouvait insuffisante l'action du ticket médical modérateur (cependant à 50 %) et un maire qui trouvait que des indigents abusaient, ont inventé, séparément, le frein pharmaceutique : celui-ci fait payer toute la pharmacie à ses indigents ; celui-là, la moitié seulement de cette pharmacie.

Dr C. (Seine-et-Oise).

Je ne saurais nier qu'il offre de sérieux avantages, à la condition que la part mise au compte de l'assuré soit assez forte pour que celui-ci calcule et compte, au moment où il va engager la dépense.

Mais il est à peu près certain que cette part, au contraire, sera insignifiante, et n'arrêtera pas l'assuré dans ses velléités d'abus. Et puis, il comporte toujours une taxation des honoraires.

Aussi, dans ces conditions, suis-je de plus en plus attaché au régime de la liberté, tel que je l'ai défini les 12 et 19 juin dernier, à cette même place.

J'adjure, en conséquence, ceux qui me lisent de ne pas hésiter, quel que soit leur sentiment, à nous le faire connaître, afin que, si les partisans de ma thèse sont réellement nombreux, leur voix puisse être entendue.

G. DUCHESNE.

Les inconvénients (!) du régime de la liberté (1).

Dans son étude sur le projet de loi déposé par le gouvernement, notre confrère Boudin passe en revue toutes les questions que ce projet soulève au point de vue médical : il présente, sur chaque point, les arguments pour ou contre, s'efforçant de se montrer impartial et de présenter au corps médical tous les éléments de la décision qu'il devra prendre.

C'est ainsi qu'il a été amené à étudier le système de la liberté réciproque du malade et du médecin sans intervention entre eux d'aucun organisme, l'Etat se bornant à délivrer à l'assuré frappé d'incapacité de travail une indemnité journalière.

Il donne les arguments pour et les arguments contre ce système. Mais qu'il me permette de lui dire que ses arguments contre sont pitoyables et ne soutiennent pas l'examen. Je sais bien qu'il me répondra qu'il est de son devoir de signaler tout ce qu'il a pu entendre de droite et de gauche et que ce n'est pas son sentiment personnel qu'il expose, mais, moi qui n'assume pas le rôle de rapporteur en la matière, je puis bien dire ce que j'en pense.

L'imprévoyance de la classe ouvrière est sortie en première ligne : *si on lui laisse la liberté, l'ouvrier ne se soignera pas.* — Je ferai observer tout d'abord que la loi ne s'adresse pas seulement à la classe ouvrière et qu'elle vise plus des quatre cinquièmes de la population. Et puis, est-il vrai que la classe ouvrière ne se soigne pas ? La chose peut se produire puisqu'on l'affirme, mais 35 ans de pratique médicale me permettent d'affirmer que j'ai toujours vu la classe ouvrière se soigner aussi bien que les autres et qu'elle se soignera d'autant mieux que les soins médicaux seront la condition *sine qua non* de l'indemnité.

L'indemnité ne sera pas très grosse et le médecin risquera de ne pas être payé. — Le médecin ne courra pas plus de risque qu'avec le mode de faire actuel, or, qu'ai je perdu ? 5 à 6 % de ce j'ai fait. Admettons que j'aie été privilégié, la perte ne sera toujours pas telle qu'elle puisse vraiment entrer en ligne de compte quand il s'agit du sacrifice de la liberté.

Mais l'indemnité journalière devra être convenable, elle devra être ce qu'elle doit être ou la loi d'assurances sociales ne sera qu'une affreuse comédie.

Les malades refuseront les soins médicaux parce qu'il faudra les payer. — Ils ne les refuseront pas plus qu'aujourd'hui, et même ils les refuseront

(1) Bien que l'article de Gassot reproduise, sous une forme différente, mon argumentation personnelle, j'ai tenu à le publier en raison de l'autorité de son signataire. G. D.

d'autant moins que s'ils ne s'adressent pas au médecin, ils ne recevront pas l'indemnité.

Quant à empêcher les gens de s'adresser aux illégaux, de se soigner par correspondance, de recourir aux traitements merveilleux qui s'étalent à la quatrième page des journaux, de consulter sorciers, somnambules, marcous, rebouteurs etc.., etc... j'attends toujours celui qui en donnera le moyen. *Vulgus vult decipi*, et la sottise humaine est insondable. En quoi la fonctionnarisation du corps médical pourra-t-elle modifier cet état d'esprit ?

Les assurés demanderont des certificats alors qu'ils voudront un simple congé et ces demandes croîtront par les temps de grève, de chômage, etc... — Comment le système de la liberté réciproque du malade et du médecin rendra-t-il plus grande cette possibilité d'abus, contre laquelle Boudin proteste d'ailleurs très justement et qu'un contrôle sévère et au besoin une répression sérieuse peut supprimer ? Se figure-t-on que le médecin perdra sa conscience en raison de la liberté et de la dignité qu'il conservera ?

Comment calculer la somme forfaitaire ? — Mais il ne s'agit pas de somme forfaitaire ; il s'agit d'une indemnité journalière qui devra être suffisante pour remplir le but cherché et qui durera ce que durera l'incapacité de travail. N'avons-nous pas, nous médecins, chose semblable dans notre Mutualité familiale ?

Confrères, voulez-vous le fond de ma pensée ? C'est qu'on payera l'indemnité journalière à l'assuré, c'est qu'on payera le pharmacien puisqu'il a *livré de la marchandise* et qu'à vous, on donnera le reste ; vous vous débrouillerez avec les épluchures.

Il y aura des maladies contagieuses qui atteindront plusieurs membres de la même famille. — Cela est incontestable, mais l'indemnité sera donnée à tous les membres atteints et non pas seulement au chef de famille. Il est évident qu'un enfant ne saurait avoir droit au même *quantum* que son père, mais il devra cependant recevoir ce qui sera nécessaire.

Les hôpitaux seront envahis. — Pourquoi ? C'est une affirmative pure et simple.

Les malades se feront inscrire à l'assistance médicale gratuite. — J'avais toujours cru que l'assistance médicale gratuite était réservée aux malades privés de ressources, et je ne sache pas qu'un malade qui reçoit une indemnité journalière soit un privé de ressources. Et puis, c'est très bien de dire que le malade *se fera inscrire* ; il faut encore que la commission d'abord et le conseil municipal ensuite se prêtent à la chose ; une certaine expérience personnelle me fait penser que cela n'irait pas tout seul.

Il se créera des mutuelles. — Mais qu'est-ce que cela peut bien nous faire, si nous sommes décidés à les ignorer et à ne connaître que notre client ?

Enfin, il y a le grand argument qu'on ne sert pas : c'est que dans les sphères gouvernementales, le système de la liberté n'est pas en faveur et qu'on préfère la domestication, directe ou indirecte du corps médical, ce qui empêchera de danser en rond.

La prestation en nature pouvait, à la rigueur, se comprendre quand il s'agissait des mutilés de la guerre. Elle est insoutenable dans le cas d'assurances sociales : les résultats qu'elle a donnés sont déplorables et, si l'on fait tant que de vouloir innover, il serait bon de tenir compte de l'expérience.

Et maintenant, que reste-t-il de ces prétendues objections devant lesquelles devrait s'incliner humblement tout le corps médical ?

Confrères, réfléchissez à la question et n'attendez pas pour cela la veille du jour où vous serez convoqués en réunion syndicale ; faites l'impossible pour assister à ces réunions et ne vous en rapportez pas à la sagesse des décisions qui auront pu être prises en votre absence.

A moi, personnellement, la chose importe peu puisque je n'exerce plus, mais je crois de mon devoir de vous crier *casse-cou*, de protester contre tous ces préparatifs de la fonctionnarisation du corps médical, de la perte de son indépendance et, comme conséquence fatale, de sa dignité.

A. GASSOT.

LA VIE SYNDICALE ET PROFESSIONNELLE

Fédération des Syndicats médicaux de l'Eure.

(3 juillet 1921).

1° Après la lecture et l'approbation du procès-verbal de la réunion de novembre 1920, le docteur Bourdon remercie les confrères d'avoir fait triompher sa candidature à la commission administrative de l'Union des syndicats, où il nous représente depuis décembre dernier.

2e et 3°. Le secrétaire de la Fédération rend compte des demandes de paiement des fournitures et de relèvement des honoraires qu'il a adressées en temps utile à l'administration, au sujet de la vaccination et de l'inspection des enfants du premier âge.

Le Conseil général a remis sa décision à la session de septembre, en demandant aux services intéres-

sés, de procéder à une enquête dans les autres départements, sur les prix qui sont établis.

4° Après avoir montré les relèvements légitimes que le corps médical a obtenus dans le service de l'A. M. G., il est signalé à l'attention des confrères, deux procédés également condamnables dont se sont rendus coupables des médecins du département.

a) Le premier consiste à prendre, à la clientèle aisée, des prix inférieurs au tarif de l'A. M. G. et ces faits déjà signalés par le Syndicat des Andelys ont été établis de façon irréfutable par une communication du Dr Briquet. Ils doivent faire l'objet d'une discussion au Conseil général, dont le résultat ne peut qu'être défavorable.

b) Le second grief est de constater que des médecins abusent du budget de l'Assistance, en multipliant les visites sans nécessité, pour arriver à un total d'honoraires formidable. Il a été décidé que la constatation de ces faits devrait entraîner, d'une part la radiation du syndicat, à l'égard du médecin coupable, et sa révocation du service de l'A. M. G., par l'administration.

5° Il a été décidé d'adresser une demande pour compléter la nomenclature et le tarif de l'A. M. G. en ce qui concerne les nouvelles méthodes d'examen et de traitement et les nouveaux médicaments à fournir.

6° Pour répondre à la demande de nombreux confrères et organiser la lutte antituberculeuse dans le département, le Comité départemental de l'Eure a fait ouvrir des dispensaires d'hygiène sociale à Evreux, Louviers et Bernay. Les laboratoires de ces dispensaires feront gratuitement les examens comportant le diagnostic de la tuberculose, et le laboratoire central d'Evreux répondra aux demandes de tous les médecins du département, qui voudraient faire pratiquer les recherches ou analyses particulièrement délicates ne pouvant être faites dans un laboratoire privé de la localité ou de la région, telles que : examen de fausses membranes de liquide céphalo-rachidien, de sang, réaction de Bordet-Wassermann, inoculations, etc.

Un tarif applicable aux collectivités et aux malades non privés de ressources sera établi suivant la nature de ces dernières opérations.

7° L'organisation de l'Inspection médicale des Pupilles de la Nation a été prise en considération suivant le point de vue de l'Office, en tant que division du département par circonscriptions, et il sera désigné autant de médecins qu'il y a d'inspecteurs du premier âge ; mais chaque syndicat a demandé à faire lui-même ces désignations qui doivent être centralisées à la Fédération pour le 15 juillet. Les médecins-inspecteurs seront chargés de pratiquer, pour chaque pupille, un examen semestriel qui aura lieu dans les écoles et sera payé cinq francs.

8° A la demande du Ministère des Pensions, la préfecture nous a invité à établir le chiffre de l'indemnité kilométrique pour le tarif des pensionnés de guerre, en concordance avec celui en usage dans le département et l'Assemblée a voté à l'unanimité le chiffre d'UN FRANC par kilomètre réellement parcouru à l'aller et au retour.

9° Les modifications demandées dans la constitution de la Fédération médicale du département n'ont pas été jugées nécessaires ; mais on a décidé de revenir à une application plus stricte des statuts dont un exemplaire est annexé à ce compte-rendu.

10° Il a été voté de demander à l'administration l'envoi à tout médecin nouvellement installé dans le département, du recueil complet des règlements, tarifs et arrêtés de l'A. M. G.

11° Les décisions et sanctions de la commission de vérification de l'A. M. G. restent souveraines et sans appel, d'autant plus que le médecin incriminé est invité à fournir toutes explications avant qu'il ne soit statué, mais dans le cas de l'application d'une sanction grave, le syndicat, dont dépendrait le confrère intéressé, sera mis au courant de la situation.

12° L'indemnité kilométrique est maintenue à un franc par kilomètre réellement parcouru.

13° Après un exposé par le Dr Bourdon de la lutte et des dépenses de l'Union dans la question des pensionnés de guerre, nous devons envisager la nécessité, pour l'Union, d'avoir un fonds de réserve. En conséquence, le relèvement des cotisations s'impose dans tous les syndicats ; d'autant plus que le projet de loi pour l'assurance-maladie-invalidité-retraites nécessitera de multiples consultations des syndicats pour sa mise au point. Dans ce but, nos syndicats sont invités à en préparer l'étude pour faire une revue d'ensemble à la réunion prochaine de la Fédération.

Le secrétaire général,
Dr THIRARD.

CHRONIQUE DE LA MUTUALITÉ

Ballades mutualistes

On pourrait penser que les mutualistes sont, comme les agents, des braves gens qui se balladent tout le temps.

Ce furent ces réflexions qui me vinrent en lisant le *Bulletin* des sociétés de secours mutuels, juin 1921, portant le compte rendu du vote du budget du ministère de l'hygiène, chapitre 66 : « Indemnité de frais de voyage et de séjour aux membres du Conseil supérieur de la Mutualité : 8000 francs. (*Adopté*) ».

Aussi donc, ces messieurs se balladent aux frais de la princesse, c'est-à-dire à nos frais, alors que nos concitoyens des pays envahis manquent du nécessaire, que nos laboratoires crient chaque jour détresse ; ils se balladent, pendant qu'on chicane aux médecins de maigres honoraires ; ils se balladent ! !

Or, la plupart de ces grands manitous de la

mutualité sont des gens riches entrés dans les sociétés moins par des sentiments d'altruisme, que pour y recueillir honneurs et profits. Comment se fait-il qu'ils n'ont pas assez d'amour-propre et de dignité pour refuser cette aumône et mettre la main à la poche, non pas à celle des autres, mais à la leur ? Dans tous nos groupements, nous n'ignorons pas que les présidents acceptent leurs fonctions sachant que noblesse oblige, et qu'ils auront des frais imposés par leur charge. Il n'y a que dans la mutualité qu'il en est autrement, mais j'oubliais que la mendicité est la base de l'organisation actuelle de la mutualité.

Quelle peut bien être l'utilité des déplacements de ces messieurs ?. Aller présider un banquet, y pérorer, aller clamer partout les bienfaits de cette grande organisation sociale, la Mutualité. aller chanter les bienfaits du gouvernement de la République, surtout au moment des élections ! Quoi encore ? ?

Si le rôle des grands mandarins mutualistes est si important, on ne fait pas assez pour eux. Il faut leur donner le libre parcours sur toutes nos lignes de chemin de fer, comme à nos députés et sénateurs ; il faut favoriser leur rôle de commis-voyageurs politiciens, il faut les habiller, les nourrir, les éclairer et les chauffer.

Il faut leur fournir les bonnes vestes que la Mutualité est en train de prendre, car les sociétaires commencent à s'apercevoir qu'ils sont des gogos et qu'ils font le jeu de leurs dirigeants ; aussi les sociétés ont-elles du mal à se recruter.

Il faut les nourrir de sophismes et de bonnes blagues, telle que l'organisation de l'hygiène et de la médecine sociale, pour aller débiter leur boniment dans les réunions et les congrès ; mais je crois que cet article subit la crise de baisse actuelle et ne fait plus recette.

Il faut les éclairer sur la portée réelle de la Mutualité et sa faillite actuelle ; nous y contribuerons autant que nous le pourrons. Il faut qu'ils sachent que l'assurance-maladie obligatoire est destinée à un fiasco, si on en confie le fonctionnement à leurs organismes mutualistes. Il faudrait voir l'avenir, ce que deviendraient entre leurs mains ces œuvres nouvelles, quand on connaît les résultats obtenus par la Mutualité en près d'un siècle d'existence.

Il faut les chauffer à blanc, leur bourrer le crâne, pour que, déversant leur calorique, ils aillent enflammer les masses moutonnières qu'ils dirigent, les persuader des bienfaits de la Mutualité et faire de nouvelles recrues.

Mais cela ne suffit pas encore : je demande le quart de place pour tous les mutualistes de France ; nous pourrons ainsi assister aux fameux congrès. C'est déjà un bon désordre, cela nous promettrait des séances palpitantes d'intérêt. Mais si les sociétaires assistaient aux congrès, les résultats seraient tout différents, car les intérêts des dirigeants et des dirigés ne sont pas les mêmes, et dans les congrès, il n'y a que les dirigeants, c'est-à-dire ceux qui ne se servent pas de la Mutualité, qui font entendre leur voix. C'est du reste sans doute dans ce but qu'on favorise leurs déplacements pour étouffer la voix des sociétaires conscients, mais non organisés.

Dr M. Vimont.

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations.

— **Nécrologie.** — Nous apprenons avec un vif regret la mort du Dr G. Pessez, administrateur de la Société des Eaux Minérales de Châtel-Guyon, survenue soudainement jeudi dernier. C'était un médecin très distingué et un habile administrateur, en même temps que le plus aimable des hommes.

Les obsèques de notre très regretté confrère, un ami de longue date du *Concours Médical*, ont eu lieu dimanche à Châtel-Guyon et donné lieu à une imposante manifestation de sympathie.

Nous offrons à Madame et à Mlle Pessez, l'hommage de nos sentiments de respectueuses condoléances. G. D.

— **Création d'une chaire à la Faculté.** — Sur un rapport de M. Deville, au nom de la 4e Commission et de la Commtssion des rapports de la Ville et de l'Université, le Conseil municipal de Paris vient de prendre la délibération suivante :

« Une subvention de 12.000 francs est allouée à la Faculté de médecine pour la création et le fonctionnement pendant le 1er trimestre de l'année scolaire 1921-1922, 4e trimestre de 1921, d'une chaire de clinique propédeutique qui sera instituée suivant le programme et la méthode du docteur Sergent. La nomination du professeur sera faite selon la procédure précédemment adoptée par la Commission des rapports de la Ville et de l'Université.

« Il sere statué en fin d'année sur l'organisation définitive de cette chaire et sur le maintien des deux autres créées par la Ville, sur lequel le Conseil municipal n'a pas encore été consulté.

« Il est rappelé qu'à chaque vacance de chaire créée par la ville de Paris, avis doit être donné au Conseil municipal pour qu'il statue sur le maintien ou la transformation de la chaire vacante ».

Le Directeur-Gérant : **Dr GASSOT.**

Clermont (Oise). — Imprimerie DAIX et THIRON.
THIRON et FRANJOU Successeurs,
Maison spéciale pour publications périodiques médicales

Dans votre cas particulier, le pharmacien est en plus responsable des aggravations provoquées par son intervention intempestive et est passible de dommages-intérêts.

Des poursuites sont elles possibles ? En principe, oui, devant le tribunal correctionnel, pour tromperie sur la qualité des marchandises vendues, pour violation de la loi de Germinal et pour responsabilité professionnelle (aggravation de l'état du malade). Mais il faudra établir la preuve que le collutoire a bien été falsifié. Qui prouve juridiquement que le flacon, qu'on pourrait actuellement donner à l'analyse, est bien celui qui a été délivré par le pharmacien ? Le tribunal exige souvent que le flacon et l'ordonnance soient saisis par ministère d'huissier au sortir de l'officine. La preuve du délit est donc bien difficile à fournir, bien qu'étant évidente.

Quant à la question « assistance médicale gratuite », le préfet peut être saisi d'une plainte émanant des parents du malade ; il soumettra le cas à la comimssion départementale de contrôle et arrêtera les sanctions qu'il croira devoir prendre. Mais également, vous pourriez saisir votre syndicat médical, pour que ce groupe professionnel saisisse à son tour le syndicat des pharmaciens, plutôt que de saisir la justice lente autant que boiteuse, ainsi que l'opinion publique, toujours méfiante à l'endroit de nos deux professions.

Secret professionnel.

Je vais probablement être appelé, ces jours-ci, comme témoin de moralité dans une affaire de divorce.

Un mari abandonne sa femme mère de cinq enfants en donnant comme raison qu'elle n'a aucune qualité de mère de famille, qu'elle ne sait pas élever ses enfants, qu'elle ne s'en occupe pas.

Or, j'ai pu, comme médecin, me rendre compte de la fausseté de ces accusations. La mère de famille en question est au contraire une femme très digne, d'une bonne moralité, femme riche ayant allaité elle-même ses cinq enfants, et les ayant soignés admirablement au cours de différentes maladies. Ai-je le droit, moi médecin, de donner mon témoignage à cette femme ?

Il me semble que oui et que ce faisant, je ne viole aucun secret professionnel, car bien entendu je compte me tenir sur le terrain exclusif de la moralité et des vertus domestiques indéniables de l'abandonnée.

Mais je serais heureux d'avoir votre avis et que vous me disiez si je n'ai rien à craindre d'une poursuite en violation du secret professionnel.

Dr T.

Réponse.

Il est très difficile de dire où commence et où finit le devoir du silence qui nous est imposé.

Vous avez pu apprécier les qualités de Mme X. comme médecin, au cours de l'exercice de votre

profession : vous devez vous taire aussi bien dans l'intérêt d'une des parties que contre l'autre.

Autre chose aurait été si vous aviez connu ces qualités, en tant qu'homme privé, n'ayant jamais eu à donner vos soins à la famille X. Alors seulement, vous auriez pu dire ce que vous savez.

Dans les circonstances actuelles, nous vous conseillons de vous retrancher derrière le secret professionnel.

***

Voudriez-vous bien répondre à la question suivante par le journal, car la question peut intéresser nombre de confrères ?

Pour des raisons que je n'ai pas à donner, j'ai conseillé à une de mes clientes de cesser tous rapports sexuels avec son mari : elle s'est conformée à ma prescription, mais aujourd'hui le mari lui intente une action en divorce et on me demande de lui donner un certificat constatant que je lui ai prescrit la conduite qu'elle a tenue. Puis-je, sans violer le secret professionnel, lui délivrer ce certificat dont elle fera je ne sais quel usage ?

Réponse.

Le secret professionnel n'est pas en jeu puisqu'on vous demande seulement de donner par écrit une prescription que vous avez faite verbalement, sans en réclamer les motifs.

Notez que, si la chose s'était produite au moment même où vous avez donné le conseil, c'eût été une simple ordonnance comportant des prescriptions hygiéniques comme des prescriptions curatives.

Actuellement, vous ne pouvez évidemment délivrer une ordonnance, mais vous pouvez certifier qu'à telle époque vous avez donné le conseil de cesser tous rapports sexuels, sans rien ajouter d'ailleurs.

Il est bien entendu que vous spécifiez que c'est à Madame X... et sur sa demande que vous délivrez le certificat en question dont elle fera tel usage qu'il lui plaira.

A. M. G. Inscriptions abusives.

Je suis chargé de l'assistance médicale gratuite de la commune de V. Cette commune qui comprend à peine 1.000 habitants possède une liste d'assistance sur laquelle sont inscrits 179 soi-disant indigents.

Sur cette liste figurent des femmes mariées, valides, âgées de 33 ans, de 22 ans même, avec indication, comme cause d'indigence, « charges de famille » quand elles ont 2 ou 3 enfants.

1° Que faut-il entendre par charge de famille ? Il y a-t-il un règlement fixant le nombre d'enfants à partir duquel on est considéré comme ayant des charges de famille ?

2° A partir de quel âge croyez-vous que l'on puisse être inscrit d'office ? est-ce 70 ans, est-ce 60 ans ? A moins d'infirmités, cécité, surdité, cela s'entend.

3° A partir de quel âge les enfants cessent-ils d'être inscrits sur la liste ? Est-ce à partir de 13 ans qu'ils doivent être retirés ?

Avant de faire reviser la liste, je voudrais connaître la réponse à ces questions afin d'être assuré d'être dans mon bon droit.

4° Considérez-vous comme chose possible et légal qu'un conseiller municipal puisse avoir sa femme et ses enfants inscrits à l'A.M.G., et qu'il ait signé lui-même l'inscription de sa propre famille ? N'y a-t-il pas une incompatibilité entre le mandat de conseiller municipal et le fait, d'avoir sa famille inscrite ?

5° Est-il possible d'être commerçant, débitant, « bistro », épicier, et avoir en même temps sa femme et ses enfants inscrits sur la liste de l'A.M.G ?

N'y a-t-il pas contradiction dans ce fait que le mari ne figure pas sur la liste et est par conséquent considéré comme pouvant payer son médecin, alors que sa femme et ses enfants sont considérés comme indigents ?

Étant donnés ces abus, j'ai la ferme intention de faire reviser la liste, mais je voudrais connaître s'il n'y a pas un règlement institué par la préfecture qui fixe les limites d'âge et de conditions pour l'inscription. J'ai le règlement départemental de juin 1920, mais il ne fixe pas les conditions d'admission. Il dit tout simplement : « tout Français malade privé de ressources ».

6° Mais y a-t-il un règlement d'administration publique qui fixe ce que l'on entend par « indigence » ?

Au cas où il n'y aurait pas de règlement, pourriez-vous me dire quel est le ministère intéressé ?

La liste d'assistance a été dressée au début de l'année, avant mon arrivée dans le pays. Depuis que je suis à V. je n'ai jamais été avisé ; journellement la liste s'allonge, je voudrais y mettre un frein, et veux obtenir la révision consciencieuse et honnête de la liste.

Dr E.

Réponse.

1° La loi du 14 juillet 1913, relative à l'assistance aux familles nombreuses, fixe, dans son article 3, ce qu'il faut entendre par charges de famille : plus de trois enfants, âgés de moins de treize ans.

2° Il ne faut pas confondre l'assistance médicale gratuite, allouée par la loi du 15 juillet 1893, à tout Français privé de ressources, quel que soit son âge, avec les secours alloués aux vieillards, en vertu, de la loi du 14 juillet 1905. En ce qui vous concerne, l'âge n'a aucune importance.

3° De même, les enfants, quel que soit leur âge,

sont inscrits sur les listes de l'assistance médicale gratuite tant qu'eux-mêmes ou leurs ascendants avec lesquels ils vivent sont privés de ressources.

4° Il n'y a pas incompatibilité entre les fonctions de conseiller municipal et l'inscription sur les listes de l'A.M.G. Néanmoins, comme la liste des indigents doit être arrêtée par le conseil municipal, un des membres de cette assemblée est dans une position délicate, lorsqu'il sollicite, de ses collègues, son inscription sur la liste des secourus.

5° Un commerçant ne doit pas, en principe, être inscrit, lui ou sa famille, sur les listes d'indigence.

Comme voies de recours, vous pouvez, au moment où les listes d'indigence sont arrêtées par le conseil municipal, adresser, dans un délai de 20 jours, une réclamation au sous-préfet pour que la commission instituée par l'article 17 de la loi du 15 juillet 1893, puisse statuer.

Mais si vous désirez d'ores et déjà protester contre certaines inscriptions abusives, vous pouvez saisir le préfet, d'une part, et le ministre de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales, rue St-Romain. Ce dernier pourra ordonner une enquête.



NOTES DE MÉDECINE PRATIQUE

La solubilisation de la terpine.

Nous avons lu, dans le numéro du 17 juillet du *Concours médical*, un résumé d'une de nos communications à la Société de pharmacie de Paris, sur la solubilisation de la terpine à l'aide de l'acide lactique. Nous avons regretté que dans votre résumé, d'ailleurs fort bien fait, vous n'ayez pas donné les formules de prescription de la terpine, à l'aide de notre procédé.

Votre journal étant essentiellement destiné aux praticiens, nous croyons leur rendre service en leur indiquant le moyen d'utiliser nos formules.

Je vous les adresse ci-jointes, au cas où vous voudriez les insérer. Elles sont couramment employées par des praticiens de notre région et ont toujours donné de bons résultats dans les affections aiguës ou chroniques des voies respiratoires.

Nous conseillons, pour les affections aiguës, les 2 potions suivantes qui doivent être prises dans la même journée :

I. Terpine déshydratée .... 0,50 à 1 gr.
Acide lactique sirupeux..... 1 c.c. 50

Chauffer dans un *large tube à essai*, jusqu'à dissolution complète et précipiter brusquement dans

Eau tiède .... 50 c.c.

agiter et ajouter :

Sirop de groseilles ou de limon............q.s.p. 120 c.c.
II. Terpine .... 0,50 à 1 gr.
Acide lactique sirupeux... 1 c.c. 50

Chauffer dans un large *tube à essai* jusqu'à dissolution complète et précipiter brusquement dans :

Eau tiède.................. 50 c.c.
Rhum..................... 3 c.c.

agiter et ajouter :

Sirop de groseilles ou de limon.............q.s.p. 120 c.c.

(La quantité infime de rhum est destinée à prévenir la cristallisation de la terpine non déshydratée au moins pendant quelques jours).

D'autre part, dans les affections chroniques des bronches, on peut formuler la potion suivante qui peut être prescrite pour 5 jours, à la dose de 4 cuillerées à bouche par jour :

Terpine .... 4 gr.
Acide lactique .... 5 c.c.

Chauffer dans un tube à essai jusqu'à dissolution complète et précipiter brusquement dans :

Eau tiède................. 200 c.c.

agiter et ajouter :

Sirop de groseilles ou de limon q.s.p. .... 300 c.c.

On peut d'ailleurs ajouter à ces potions sans que la terpine se reprécipite, d'autres médicaments tels que des sédatifs de la toux, des substances décongestives ou expectorantes.

Dr Galavielle. Paul Cristol.
Professeur agrégé.
(Montpellier)

JURISPRUDENCE

Accidents du travail. Honoraires médicaux. Prescription d'un an.

Nous avons déjà publié, dans le *Concours médical* de 1919, page 269, l'arrêt de la Cour de Cassation, chambre civile, du 4 février 1919, décidant que l'article 18 de la loi du 9 avril 1898 était applicable aux honoraires médicaux. Par suite, la prescription de nos honoraires est d'un an, pour nos notes d'accidents du travail, et non de deux années, comme en droit commun.

Un nouvel arrêt de la Cour de Cassation, chambre civile, vient de confirmer cette jurisprudence.

Audience du 4 juillet 1921.

Accidents du travail. — Action directe des médecins et pharmaciens contre le chef d'entreprise. — Prescription d'un an de l'article 18 de la loi du 9 avril 1898. — Applicabilité.

L'action que les médecins et pharmaciens peuvent intenter directement contre le chef d'entreprise, pour soins donnés ou fournitures faites à son ouvrier victime d'un accident du travail, est soumise à la prescription d'un an de l'article 18 de la loi du 9 avril 1898, et non à la prescription de deux ans de l'article 2272 du Code civil.

Cassation, au rapport de M. le conseiller Sachet, et sur les conclusions conformes de M. l'avocat général.

(*Gaz. Trib.*, 15-16 juillet 1921.)

Nous conseillons donc à nos confrères de ne pas laisser traîner leurs notes d'honoraires et, si les contestations, que les assurances font souvent traîner en longueur, faisaient craindre la survenue de la prescription, ou surtout si les médecins n'obtenaient pas une lettre, reconnaissant la dette et par suite interrompant la prescription, nous leur conseillerions de s'adresser au « Sou médical », pour que nous puissions leur indiquer de quelle manière ils pourraient citer en justice de paix leurs débiteurs, pour que cet acte judiciaire puisse interrompre la prescription d'un an.

Dr Paul BOUDIN.

DOCUMENTS OFFICIELS

A L'OFFICIEL

La taxe de séjour n'est pas due par les membres de la famille des personnes qui contribuent au développement d'une station thermale,

7509. — M. BETOULLE, député, demande à M. LE MINISTRE DE L'HYGIENE si les dispositions de l'article 3 du décret du 24 septembre 1919 spécifiant que les personnes qui, par leur travail ou leur profession, participent au fonctionnement et au développement d'une station thermale ou climatique peuvent être exemptées de la taxe de séjour, ne pourraient pas être étendues à tous les membres composant la famille des personnes susvisées. (*Question du* 15 *février* 1921.)

Réponse. — Les dispositions de l'article 3 de la loi du 24 septembre 1919, spécifiant que les personnes, qui, par leur travail et leur profession, participent au développement d'une station hydrominérale ou climatique, peuvent être exemptées de la taxe de séjour, permettant également d'exempter la femme et les enfants des personnes dont il s'agit. Il résulte, en effet, des travaux préparatoires de la loi que le législateur n'a entendu, en principe, appliquer la taxe de

séjour qu'aux « personnes qui viennent chercher à la station soit le bénéfice d'un traitement curatif, soit les avantages d'un séjour agréable ». Aucune disposition de la loi du 24 septembre 1919 ne permet d'admettre que la pensée du législateur de 1910 ne soit modifiée sur ce point.

(*J. O.*, 21-7-21.)

LÉGION D'HONNEUR

Nous sommes informés que le Dr DUTECH, de Luchon, vient de recevoir la croix de la Légion d'honneur au titre de la Commission Fayolle :

« A montré au cours de la campagne de belles « qualités militaires et de dévouement profes- « sionnel, notamment en Champagne, du 25 « septembre au 6 octobre 1915 et à Verdun, du « 10 au 30 mars 1916 : une blessure, deux cita- « tions. »

***

Au tableau de concours de 1921, paru à l'*Officiel* du 25 juillet, nous relevons avec plaisir les noms de nos amis : le Dr A. FASQUELLE, proposé pour la rosette d'officier, et le Dr P. DELMAS, professeur agrégé, président du syndicat médical de Montpellier, proposé pour la croix de chevalier : toutes nos plus cordiales félilitations.

Il est d'autres noms que nous comptions y voir et qui n'y figurent pas, ce qui s'explique par la parcimonie excessive du tableau.

57 médecins de complément seulement sont proposés pour la croix, tandis que 32 médecins de l'active y sont inscrits.

Comparez 57 à 32, alors que les médecins de complèment sont dix fois plus nombreux que les médecins de carrière, et concluez.

ANTHOLOGIE MÉDICALE

Solitude....

S'en aller au hasard sous les grands bois ombreux,
Tout seul, par des sentiers fréquentés de personne ;...
Entendre pour tout bruit la feuille qui frissonne,
Ou le timbre argentin d'un ruisseau dans un creux !

S'en aller sans souci ni de l'heure qui sonne,
Ni des demains cruels qui font pleurer les yeux...
Au monde, en le quittant, dire : « je te pardonne »,
Sans jamais s'attarder en suprêmes adieux ;

Contempler le dernier rayon qui brille encore
D'un coucher de soleil dont est bien loin l'aurore,
Avant de continuer son chemin triste et seul ;

Et tandis qu'au lointain l'oiseau de nuit hulule,
S'avancer à tâtons dans le noir crépuscule
Qui, du ciel morne et froid, tombe comme un linceul !

Dr MONPLAISIR.

Erratum. — No 31, page 2178, *Anthologie médicale.*

Le sonnet est de notre confrère JUNÈS, de Sfax (Tunisie).

QUARANTE-TROISIÈME ANNÉE — N° 34 — DIMANCHE 21 AOUT 1921

Fondé en 1879 par Auguste CÉZILLY
Rédigé et dirigé par H. JEANNE (1900-1914),

LE CONCOURS MÉDICAL

ORGANE HEBDOMADAIRE DES PRATICIENS

Groupés dans la Société « **Le CONCOURS MÉDICAL** » *et ses Filiales*

ADMINISTRATION & PUBLICITÉ

G. BOULANGER, ADMINISTRATEUR

ABONNEMENTS :

France	**24** fr.
Étranger	**28** »
Étudiants (*France*)	**12** »
Le numéro	**50** cent.

Chèques Postaux Paris 167-95

DIRECTION

MM. les Drs **A. GASSOT**, *Directeur*; **A. MAURAT**; **H. CEZILLY**; **J. NOIR**; **P. BOUDIN** docteur en droit; **M. VIMONT**; **G. DUCHESNE.**

MM. **P. CEZILLY, J. DUMESNY,** licenciés en droit; **C. BOULANGER.**

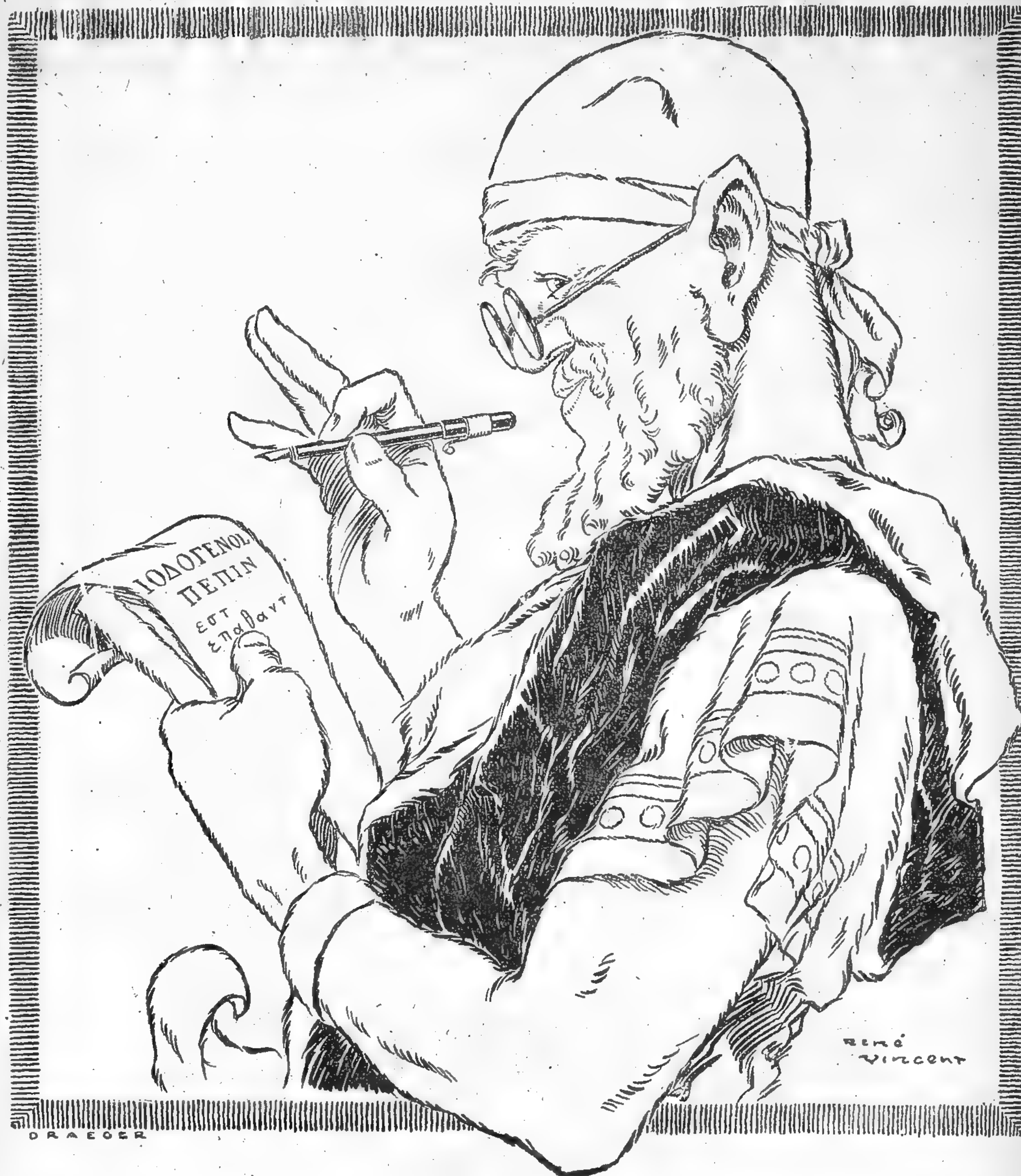
RÉDACTION

Dr J. NOIR,
RÉDACTEUR EN CHEF

Drs P. LACROIX et G. DUCHESNE
SECRÉTAIRES DE LA RÉDACTION

N.-B. — Les manuscrits publiés ou non, ne sont pas rendus.

Rédaction et Administration : 132, rue du Faubourg St-Denis, PARIS (10e). **Téléphone : Nord 48-17**


ΙΟΔΟΓΕΝΟΛ
ΠΕΠΙΝ
René
Vincent
DRAEGER

Quarante-troisième année. Nº 34 21 Août 1921.

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

Office de Renseignements du « Concours »

Membres du Concours exerçant dans les stations d'altitude.

NOTA. — Nous rappelons à nos abonnés qu'il est nécessaire de nous informer chaque année de leur désir de voir figurer leur nom sur ces listes.

MM. les docteurs :

Besse (P.-de-D.). Caffeau.
Jougne (Doubs). Charlin.
Maîche (Doubs). J. Chatelain.
Rousses (les). Moreau.

Membres du Concours exerçant dans les stations balnéaires.

MM. les docteurs :

Banyuls-sur-Mer. E. Panis.
Cancale. Bazin.
Cassis-sur-Mer. Agostini, Buges.
Chatelaillon. Barraud.
Douarnenez. Damey.
Paramé. Ronsin.
Roscoff. Stéphan.
Royan. Sarazin.
Quiberon. S. Grias.
St-Quay-Portrieux. Christian, Le Lionnais.
Sables-d'Olonne. Pelletier.

DON. — Nous avons reçu à titre de don à la Société civile du *Concours Médical*, de M. le Dr Savène à Mont-Louis (Pyr.-Oles), la somme de douze francs pour bons offices du journal.

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum, aux* « demandes et offres ».

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne, qui est versé dans la caisse de la Société civile du Concours Médical). *Adresser un mandat ou mieux verser au compte de chèques postaux,* Concours Médical, *Paris 167-95.*

Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse.**

No 398. — A céder de suite, cause décès, cabinet chirurgie et médecine générale, installation appareils pour gynécologie. Très belle situation. Écrire Mlle Griffe, 1, rue Tivoli, à Béziers (Hérault).

No 399. — A vendre Torpedo Vinot Deguingaud deux places, 9 HP, 1914, moteur revu. Boîte vitesse neuve. Accessoires au complet. Bonne occasion, double emploi. Dr Durand à Littry (Calvados).

No 400. — Docteur prendrait enfants ayant besoin d'un séjour prolongé au bord de la mer. Écrire Ker Valentine, St-Briac (Ille-et-Vilaine).

No 401. — Banlieue imméd. indust. Dr sous-louerait à pharmacien pour usage pharmacie vastes locaux situés dans maison où il exerce. Situation facile à créer. Conditions favorables.

No 402. — A vendre 16.000 fr. Peugeot 1921, absolument neuve, non sortie usine, type 163, 9 HP, 4 cyl. 4 vitesses et m. arr. écl. et dém. électr. Dr Boissin, à Gardanne (B.-du-Rh.)

No 403. — A vendre une chambre à air 760 × 90 deux manchons guêtre Michelin de 105, un manchon guêtre Michelin de 90, un corset Eyquem de 105.

No 404. — Dr recommande chaudement, comme personne de toute confiance, excellente infirmière faisant très bien la clinique acc. du travail. Adr. bur. Journal.

No 405. — Occasion exceptionnelle, auto-fauteuil Gauthier (Blois) moteur à eau 3 HP 3/4 type luxe. Absolument neuf. Dr Duteil, à Mayenne (Mayenne).

N° 406. — A vendre établissement d'hydrothérapie médicale dans station d'été fréquentée.

N° 407. — Médecin ville d'eaux, libre novembre-mars, cherche situation Paris, clinique, maison de santé.

N° 408. — A vendre Torpedo Peugeot 9 HP 3 pl. 1910, capote faisant conduite int. bon état 6500 fr., ou Zèbre 1920, neuve cond. int. 2, 3 places, 14.000 fr. taxe comprise.

N° 409. — Confrère échang. c. voiture pl. lég. et d'un mod. récent une 10 HP Peugeot type 127, mod. 1913 (pas roulé guerre) 5 pl., gar. parf. ét. de mar. et d'entr., aucune répar. Dr Aillet à La Gacilly (Morbihan).

N° 410. — Chalet à louer, dans les Pins, 150 m. de l'océan, 200 m. de la gare, aux Rochelets, par St-Brévin les Pins (L.-Inf.) pour sept. et oct. 500 fr. S'ad. Dr Jacob, 70, r. de l'Amiral-Roussin, Paris XVe.

N° 411. — Centre. Poste seul médecin faisant pharmacie. Petit rayon. Rapp. 28.000 fr. Loyer 600 fr. Très belle maison. Indem. 5000 fr. S'adr. à Breitel et Goret, 1 rue Dante, Paris.

N° 412. — Région Ouest poste chef-lieu canton. Gros produit. Loyer 500 fr. On fait pharmacie. Longue présentation. S'adr. à Breitel et Goret, 1, rue Dante. Paris.

N° 413. — Confrère ayant chasse de plaine aux environs de Paris (20 kil.) recherche confrères pour s'y associer.

Les Laboratoires Emile LOGEAIS, 37, avenue Marceau, à Paris, mettent les :
GLOBULES TŒNIAFUGES de SECRETAN
à la disposition de MM. les Docteurs pour leurs essais cliniques.

CORRESPONDANCE

Quelle est la garantie pécuniaire du Sou Médical.

Veuillez me dire si l'appui que l'on donne (pécuniaire) est facultatif ou obligatoire et dans quelles proportions.

Je croyais que les frais *d'avocat et d'avoué* étaient compris !

Veuillez me dire ce qui en est pour l'avoué et pour l'avocat, votre réponse étant incomplète et ne me permettant pas de juger dans quelles proportions je serais couvert pour ces frais qui peuvent être importants.

En effet, supposez que je sois poursuivi, que ceux qui me poursuivent soient condamnés, il n'en restera pas moins que je devrai payer avocat et avoué : je croyais être couvert de ces frais en m'assurant, et d'après votre lettre, je crois qu'il n'en est rien ou que, du moins il est *facultatif* de m'aider, que ce n'est pas obligatoire pour la société.

Je désirerais être fixé exactement avant de m'assurer.

Dr B.

Réponse.

Lorsque votre responsabilité professionnelle est en jeu, c'est-à-dire lorsque vous êtes pour-

suivi par un client en dommages-intérêts pour faute médicale, le « Sou » vous donne l'appui pécuniaire complet, c'est-à-dire qu'il se charge, des frais de procès, avoué, avocat, dommages-intérêts, bien entendu lorsque le confrère confie la direction du procès à notre ligue.

L'appui pécuniaire est discuté pour les affaires judiciaires où c'est le médecin qui attaque et non qui est attaqué.

Lorsqu'il s'agit d'un cas qui a été souvent jugé, le « Sou » donne la marche à suivre, les consultations juridiques nécessaires, pour mener l'affaire devant la juridiction de première instance.

Mais si notre adhérent est la victime de la procédure, de la mauvaise foi, ou de l'arbitraire des juges, et si nos avocats conseils estiment un appel nécessaire, ou plutôt utile, nous prenons alors tous les frais à notre charge.

De même, si la question soulevée est nouvelle et n'a pas encore été jugée.

En somme, nous laissons à la charge de nos adhérents les frais minimes de justice de paix pour les recouvrements d'honoraires, ou pour les questions de tous les jours, archijugées. Mais notre concours moral et pécuniaire est acquis dès que notre confrère est susceptible d'être la victime de son isolement, ou d'un adversaire procédurier.

Hospitalisation d'un blessé du travail. Honoraires au chirurgien étranger à l'établissement.

J'ai été appelé, le 4 février 1921, à donner mes soins pour accident du travail à M. G. Le blessé présentait un arrachement complet de l'avant-bras gauche, un broiement du tiers inférieur du bras gauche avec fracture comminutive de l'humérus gauche. Après les soins d'urgence, je fis transporter le blessé à l'hôpital de M. Il y fut opéré par le Dr S. *chirurgien venu de C.* étant donnée la gravité de son état et de ses lésions. Je fis l'anesthésie moi-même (je ne suis pas médecin titulaire de l'hôpital). L'aide fut le Dr X., médecin de l'hôpital de M.

Le blessé rentré à l'hôpital le 4 février en sortit le 19 février 1921.

La note, se montant à 783 francs pour tous les soins donnés, ceux avant l'entrée à l'hôpital, ceux pendant son séjour à l'hôpital et ceux après sa sortie de l'hôpital, est présentée à la Cie d'assurance par mes soins.

Mais cette Cie refuse de payer tous les soins qui ont été donnés à l'hôpital, y compris l'amputation. Je sais que, d'après la lettre de la loi, la Cie a raison ; cependant, étant donné que l'amputation a été faite par un chirurgien de C., étranger à notre ville et que j'ai moi-même pratiqué l'anesthésie n'étant pas médecin de l'hôpital, ne puis-je rien réclamer ? Il serait étrange que je doive payer de ma poche ce chirurgien ! Je sais aussi que je ne devais porter sur ma note *que les soins donnés par moi*. Mais que le

chirurgien de C. présente sa note ou que je l'aie présentée moi-même, cela ne change rien à la décision de la Cie. Je vous prie de me dire si je puis me faire payer cette intervention, quoique faite à l'hôpital, et malgré la lettre de la loi de 1898. Je ne vous cache pas, que si cela n'était pas possible, *et je le ferai savoir aux intéressés* à l'avenir, pour des accidents graves de ce genre, je demanderai ou le paiement d'avance ou une déclaration en règle du patron, en ignorant complètement la Cie, faute de quoi *je m'abstiendrai.*

D[r] N.

Réponse.

La compagnie d'assurance a parfaitement raison : *dura lex, sed lex.* Un blessé du travail hospitalisé doit être soigné moyennant un forfait global. Les chirurgiens étrangers à l'établissement doivent être payés par l'hôpital, sur le bien des pauvres. Ainsi en a décidé la Cour de Cassation. Aussi les compagnies d'assurances, qui ont tout mis en œuvre pour que la loi leur soit favorable, font-elles des bénéfices aux dépens des médecins et des hôpitaux, jusqu'au jour très proche où médecins et hôpitaux en auront assez de cette exploitation éhontée et se refuseront à admettre ou à soigner un blessé du travail dont le patron n'aura pas, au préalable, pris l'engagement de payer le chirurgien.

Les conflits sont de plus en plus nombreux, car la mesure est comble.

Dans votre cas particulier, c'est à l'hôpital à payer les honoraires du chirurgien de C. et les vôtres. Mais désormais, prévenez l'hôpital de faire signer, avant toute admission d'un blessé du travail à l'hôpital, un engagement écrit du patron s'obligeant à payer les frais médicaux.

Voyez d'ailleurs, dans le *Concours*, le nombre de consultations données sur ce sujet.

L'impôt sur les bénéfices des professions libérales.

Qu'entend-on par bénéfices du médecin ? S'agit-il de l'argent perçu ? ou du bénéfice après défalcation des frais ?

Sur quoi se base-t-on pour la taxation d'office et par quoi est-elle établie ?

D[r] B.

Réponse.

Les bénéfices des professions libérales s'entendent, pour le calcul de l'impôt, de l'ensemble des recettes effectuées dans l'année, déduction faite des frais professionnels.

Loyer et domestiques, pour la partie strictement afférente à l'exercice de la profession ; transports (chevaux, autos, etc.) ; assurances et cotisations à des œuvres professionnelles ; achats de livres et d'instruments, etc.

La taxation d'office est faite par le contrôleur des contributions selon son appréciation personnelle basée sur les signes extérieurs et aussi sans doute sur l'opinion publique.

Application du Tarif Breton.

I

Dans les régions libérées.

Plusieurs de nos correspondants nous ont écrit ces jours-ci pour nous demander comment ils devaient établir leurs notes d'honoraires pour accidents du travail par application du tarif Breton, alors qu'ils exercent dans les régions libérées. Ces confrères habitent notamment Calais, Dunkerque, et la région du N. O.

La délimitation des régions libérées est explicitement fixée dans l'arrêté ministériel du 28 juin dernier, publié dans le *Concours médical* du 24 juillet.

Nous la rappelons ici, pour leur édification :

« La zone dévastée visée dans la loi du 17 « avril 1919 comprend toutes les parties du terri- « toire français situées à l'est ou au nord d'une « ligne passant par les limites maritimes des « départements du Nord, du Pas-de-Calais et de « la Somme ; les limites sud de ce dernier dépar- « tement ; les limites ouest et sud du départe- « ment de l'Oise et des arrondissements de Meaux « Coulommiers et Provins (S.-et-M.) ; les limites « du département de la Marne et des communes « de Semoine, Mailly-le-Camp et Poivres (Aube); « les limites sud du département de la Meuse ; « les limites ouest et sud de Meurthe-et Moselle ; « les limites ouest et sud des arrondissements « d'Epinal et de Remiremont (Vosges) ; les limi- « tes ouest et sud du territoire de Belfort jus- « qu'à la Suisse ».

En conséquence, les médecins qui exercent dans la zone ainsi délimitée doivent calculer leurs honoraires accidents du travail selon les prix fixés par la *première catégorie* du tarif Breton.

Ceux qui ont seulement appliqué les prix de la seconde catégorie dans des notes d'honoraires qui leur ont été déjà réglées nous paraissent devoir considérer ce règlement comme un fait acquis et s'en tenir là. A l'avenir, ils seront fondés à réclamer ce qui leur est légitimement dû.

Ceux qui ont envoyé des notes calculées d'après les chiffres de la seconde catégorie, mais qui n'ont pas encore été réglées, pourront *immédiatement* envoyer à leurs clients des notes rectificatives annulant les précédentes, et faisant application des chiffres de la première catégorie.

Tels sont les avis de Boudin, de Decourt et de moi-même.

G. DUCHESNE.

II

Divers.

Je vous serais reconnaissant de bien vouloir me

(*Voir la suite page XXVII-2365*)

PROPOS DU JOUR

L'enseignement de l'hygiène à la Faculté de médecine de Paris et le diplôme supérieur d'hygiène.

M. le Dr Léon Bernard, le distingué et actif professeur d'hygiène, fait de méritoires efforts pour améliorer, nous pourrions dire organiser, l'enseignement de l'hygiène à la Faculté de médecine de Paris et de ceci, nous le remercions sincèrement. Le praticien doit devenir et devient de plus en plus un hygiéniste,et avant quelques années, la prophylaxie tiendra, nous l'espérons, plus de place dans la médecine que la thérapeutique.

Nous avons donc lu avec intérêt et satisfaction, dans la *Presse médicale* du 9 juillet 1921, le programme de l'enseignement complémentaire d'hygiène qui permettra en un peu *plus de deux mois* (ce qui nous paraît bien court), aux docteurs en médecine français, aux docteurs étrangers, aux étudiants en médecine à la fin de leur scolarité, aux internes des hôpitaux, de se perfectionner, moyennant un droit de 180 fr., en épidémiologie générale (4 leçons), en épidémiologie et prophylaxie spéciales (20 leçons), en prophylaxie générale (6 leçons), en « maladies sociales » (12 leçons), en « natalité et enfance » (4 leçons), en hygiène alimentaire (12 leçons), en étude de l'eau (n leçons), en étude de l'atmosphère (n leçons), en étude sur l'habitation (5 leçons), en hygiène professionnelle (n leçons), en législation et administration sanitaires (n leçons), et en prophylaxie internationale.

Par la simple énumération des titres du programme, l'on peut se rendre compte qu'il serait sans doute préférable de consacrer une année, et non deux mois, à ces études supérieures d'hygiène, d'autant plus que M. Léon Bernard compte que la plupart de ces leçons théoriques seront complétées par des travaux et des exercices pratiques.

Mais de cela, nous ne ferons pas grief au distingué professeur d'hygiène.

Il fait une tentative, une sorte d'expérience, c'est très bien, et dans les années qui suivront, il pourra, avec une nouvelle compétence, modifier le programme et prolonger la durée du nouvel enseignement.

Une innovation que nous jugeons moins heureuse est la création du Diplôme supérieur d'hygiène de la Faculté de Paris qui est institué par une délibération du Conseil de l'Université de Paris, approuvé par le ministre le 25 avril 1921. Le nouvel enseignement supérieur aurait pu se borner à la délivrance d'un certificat d'assiduité aux auditeurs de ses cours, sans y ajouter un diplôme supérieur, inutile comme tous les diplômes d'Université qui ont été jusqu'ici délivrés. Ces diplômes supérieurs ont l'inconvénient de donner l'illusion d'une sorte de superdoctorat en médecine, création contre laquelle le corps médical français a toujours violemment protesté. Nous ne pourrions admettre que l'on cherchât, par une voie détournée, à créer par fragments le diplôme supérieur de médecine, rêvé par le Pr Bouchard, et qui a eu le succès dont tout le monde se souvient.

A la Sorbonne, on fait un licencié avec trois certificats, préparés séparément ; nous doutons que le corps médical français permette la création, par un procédé analogue, d'un diplôme supérieur de médecine au moyen de l'obtention de trois de ces nouveaux diplômes ayant trait aux sciences médicales. C'est un péril que pourrait nous faire courir un jour un ministre ou un directeur de l'enseignement supérieur en mal d'innovation, et nous croyons utile d'en signaler dès à présent la dangereuse possibilité.

Le diplôme supérieur d'hygiène paraît légitimé par les nombreuses fonctions d'hygiénistes que nécessitera la réorganisation imminente de l'hygiène en France.

Or, nous espérons bien que les fonctionnaires hygiénistes, qu'instituera très probablement la loi sanitaire nouvelle, devront tous être nommés au concours.

Nous ne nous faisons aucune illusion sur la valeur de la plupart des concours, mais il est possible de les organiser de telle sorte, en introduisant dans les jurys des membres directement délégués par le corps médical de

chaque département, qu'ils offrent un minimum d'impartialité.

Seul, le concours peut donner au médecin fonctionnaire hygiéniste qui, pour accomplir son devoir, aura fréquemment à lutter contre les politiciens et les élus, l'autorité et l'indépendance nécessaires. Car, si l'on veut que l'hygiène publique ne soit plus un vain mot, en France, il est de toute nécessité d'attribuer à celui qui devra veiller à l'application de ses règles, l'autorité et l'inviolabilité d'un magistrat.

Le diplôme supérieur d'hygiène de la Faculté de Paris n'est pas une innovation en France ; en 1909, la Faculté de Lyon en a instauré un semblable qui, croyons-nous, n'a pas fait grand bruit, à la demande du professeur Courmont. Dans un de nos « Propos du Jour », (*Concours médical* du 6 juin 1909), nous avons répliqué au plaidoyer que M. le Pr Courmont faisait en faveur de son innovation dans le « Bulletin » du *Lyon médical* du 23 mai 1909.

Douze ans après, rien n'est venu modifier la situation et nous pouvons conclure comme nous l'avons fait alors en répétant textuellement les dernières phrases de notre article :

« Quant au certificat d'hygiène, superfétation du diplôme de docteur en médecine, nous le considérons comme inutile et dangereux. Inutile parce que tous les postes d'hygiénistes doivent être donnés au concours, surtout parce que l'hygiène est une « science » élastique qui dépend des progrès de toutes les autres et subit de continuels changements ; dangereux, parce qu'il créera une caste nouvelle, celle des hygiénistes qui demanderont des fonctions et des emplois, et feront ainsi faire un pas de plus à la fonctionnarisation médicale. Le seul avantage que nous voyons à cette création, c'est de doter les chefs officiels de l'hygiène de toute une armée de sous-ordres » (1).

J. Noir.

(1) Nous faisons de nouveau remarquer que ceci a été publié il y a douze ans dans le *Concours Médical* du 6 juin 1909.

PARTIE SCIENTIFIQUE

TECHNIQUE MÉDICALE

Spiroscopie sans appareil,

Par le Dr P. Gallois,
Ancien interne des hôpitaux.

On a construit des appareils dits spiroscopiques pour mesurer la capacité pulmonaire. Ils consistent en une bouteille pleine d'eau, dans laquelle le sujet de l'expérience doit souffler au moyen d'un tube. L'air insufflé dans la bouteille chasse une certaine quantité d'eau, qui s'échappe par un autre tube. Quand le sujet est hors d'haleine et ne peut plus souffler, on note, d'après une graduation marquée sur l'appareil, le volume d'air introduit dans la bouteille. Le spiroscope ne sert pas seulement à mesurer la capacité pulmonaire, il est également utilisé comme appareil de rééducation respiratoire. Avec de l'exercice, un malade, qui ne pouvait insuffler qu'un demi-litre d'air dans l'appareil, arrive à en insuffler un litre ou un litre un quart. Le gain qu'il acquiert et qu'il peut lui-même constater est pour lui un encouragement à continuer ses exercices de gymnastique pulmonaire.

Contre ce dernier emploi, on a reproché aux spiroscopes de développer surtout les forces expiratoires, lesquelles sont les moins importantes et sont toujours suffisantes, et d'agir peu sur les muscles inspirateurs, dont il serait au contraire fort intéressant d'accroître l'énergie.

J'emploie depuis longtemps un procédé de spiroscopie sans appareil qui m'a paru tellement simple et tellement banal qu'il ne valait pas la peine d'être décrit. Cependant, divers confrères, auxquels j'en ai parlé, m'ont assuré que je rendrais service en le faisant connaître.

Quand j'étais enfant, mon père nous faisait faire un petit jeu qui consistait à répéter d'une seule haleine autant de fois qu'on le pourrait la phrase : « Qui dira neuf fois sans se reposer : allons nous coucher ». Quand on arrivait à la répéter neuf fois, on avait gagné. Quand on arrivait à dix ou onze, c'était très beau. Il m'a semblé qu'il y avait là un moyen approximatif de mesurer le souffle des gens. Seulement, au lieu d'utiliser la phrase ci-dessus, qui n'a rien de très particulièrement spirituel, je fais compter à mi-voix : « Un, deux, trois, quatre etc. » et aussi rapidement que possible. Ceux qui peuvent atteindre cent, sans être obligés de reprendre haleine, peuvent être estimés avoir une très bonne capacité pulmonaire. Les jeunes gens même peuvent dépasser et atteindre 110 ou 120. Avec

l'âgec, ette capacité diminue, même sans lésion pulmonaire appréciable. Ainsi, ayant fait 100 et même plus autrefois, j'arrive tout juste à 75 actuellement. Des cardiaques dyspnéiques n'arrivent qu'à 3 ou 4. Il y a là toute une marge assez étendue.

On peut faire à ce procédé divers reproches.

Il ne donne pas la capacité pulmonaire. Mais, cliniquement, la valeur absolue de cette capacité importe peu ; ce qui intéresse, c'est sa diminution relative chez le malade par rapport à l'individu sain. Or, à ce point de vue, dire qu'un malade ne peut compter que jusqu'à 30 au lieu de 100, en apprend autant que de dire qu'au spiroscope il ne donne qu'un litre au lieu de trois.

Le procédé de mesure est inexact. Certains noms de nombre n'ont qu'une syllabe tandis que d'autres en ont deux, trois ou quatre. L'intervalle de 1 à 10 n'est pas, au point de vue de la prononciation, le même qu'entre 90 et 100. On peut y remédier, si l'on y tient, en ne faisant compter que jusqu'à 10, tous les nombres étant monosyllabiques, et en faisant marquer avec les doigts le nombre des dizaines qui ont été comptées. Dans ce cas, on va évidemment beaucoup plus loin que 100.

Il y a une part d'artifice dans les résultats obtenus. Tel sujet ayant une capacité pulmonaire égale à un autre saura mieux ménager son souffle on comptera plus vite, ce qui lui permettra d'aller plus loin. Mais, comme la spiroscopie a surtout un but de gymnastique respiratoire, l'intéressant n'est pas de comparer un individu avec un autre individu, mais de le comparer avec lui-même. S'il arrive à compter plus loin, en économisant mieux sa réserve d'air, c'est toujours un résultat avantageux obtenu.

A cet égard, le procédé de spiroscopie sans appareil a, sur les appareils spiroscopiques, l'avantage de faire travailler presque exclusivement les muscles inspirateurs, car, même dans la période d'expiration, ils sont obligés de se contracter pour freiner et empêcher une sortie trop rapide l'air.

J'ai dit que je faisais compter les sujets à mi-voix. Comme on pouvait s'y attendre, une voix forte, criée, consomme une quantité d'air plus considérable. Je demande que la voix soit tout juste perceptible et que, comme médecin, je puisse contrôler si les nombres sont exactement prononcés et non bredouillés, ce qui serait une tricherie. D'ailleurs j'ai vérifié qu'en parlant à voix basse, chuchotée, les chiffres étaient sensiblement les mêmes qu'en parlant à mi-voix.

A ce propos, je dirai que le procédé de spiroscopie sans appareil peut servir à trancher une question de physiologie pathologique. Pourquoi, dans la pectoriloquie aphone, le souffle s'entend-il mieux avec la voix chuchotée qu'avec la voix à timbre sonore ? Pour Potain, cela tenait à ce que, dans la parole chuchotée, le larynx ne se contractant pas, le débit de l'air était plus considérable que dans la parole vibrante. L'expérience ci-dessous démontre que cette interprétation est inexacte. On compte aussi loin à mi-voix qu'à voix chuchotée ; le débit de l'air est donc le même dans les deux cas. J'en conclus que si le souffle est plus perceptible dans la prononciation aphone, c'est qu'il n'est pas masqué par les vibrations vocales.

Quoi qu'il en soit de ce point de doctrine, la spiroscopie sans appareil me paraît permettre de mesurer avec une approximation très suffisante la capacité pulmonaire des sujets et pouvoir servir de gymnastique respiratoire. Évidemment elle est trop simple pour avoir l'apparence d'être très scientifique. Mais elle a l'avantage de cet inconvénient. Elle n'entraîne aucun frais et peut être appliquée dans les milieux les plus dénués de ressources.

CLINIQUE CHIRURGICALE

Hôtel-Dieu : M. le Prof. HARTMANN.

Les formes de la grossesse extra-utérine.

Je désire vous parler d'une malade entrée hier matin dans le service et que nous avons dû opérer immédiatement. Tous ceux qui pratiquent la médecine doivent bien connaître les cas où intervient l'urgence. Donc, hier matin, au moment d'aller à la salle d'opération, on me demanda de passer dans les salles pour visiter une femme qui venait d'entrer. Je trouvai une malade de 40 ans, qui donnait l'impression d'être extrêmement souffrante et surtout frappait par sa pâleur. Ayant abaissé sa paupière inférieure, je constatai une conjonctive très décolorée. Le pouls était fréquent, encore bon. Il était certain que cette femme venait de saigner : elle présentait tous les signes d'une hémorrhagie. Il existait bien un écoulement sanguin par le vagin, mais léger, et nous devions penser à une hémorrhagie interne.

La malade attirait, d'ailleurs, l'attention sur son ventre. Bien portante jusque-là, elle avait été prise, la veille, vers 9 h. 1/2 du matin, brusquement d'une douleur abdominale intense avec état syncopal. La crise douloureuse, après s'être calmée, revint à deux reprises nouvelles, toujours accompagnée d'état syncopal. Entre temps, il y avait eu une légère selle.

Des symptômes d'hémorrhagie interne coïncidant avec une série de crises douloureuses de l'abdomen éveillent immédiatement l'idée d'une grossesse tubaire rompue et saignante, cause la plus commune de ce syndrome. Interrogeant la malade, nous apprîmes qu'elle avait eu ses dernières règles il y a 3 semaines, avec une durée de menstruation d'environ trois jours. Ceci pouvait nous amener à écarter le diagnostic de

grossesse, mais j'ai vu plusieurs fois des grossesses tubaires avec des écoulements sanguins rappelant les règles. L'examen du ventre montra un léger météorisme et le toucher vaginal fit sentir, à gauche de l'utérus, un peu de résistance et d'empâtement. Si bien que, malgré l'absence des signes de grossesse et le fait même de « règles » trois semaines auparavant, je portai le diagnostic de rupture hémorrhagique d'une grossesse tubaire gauche. En vertu de cette loi chirurgicale qui veut que l'on aille tarir la source de toute hémorrhagie persistante, nous pratiquâmes immédiatement la laparotomie. Nous trouvâmes du sang libre, des caillots dans le bassin et une grossesse tubaire, qui fut traitée par l'ablation des annexes. Ce matin, la patiente va très bien.

Voilà l'histoire de cette malade. Voilà le diagnostic, l'intervention, le résultat. Vous avez là un des types morbides (absence des signes de grossesse) que vous pourrez observer au cours des grossesses tubaires. A côté de ce type, il en est un autre où, au contraire, les signes de grossesse occupent le premier plan. Vous verrez des femmes qui offrent toute la symptomatologie de la gestation : absence de règles, tuméfaction des seins, phénomènes sympathiques. On croit volontiers à une grossesse utérine normale. Il arrive que des femmes, dans ces conditions, enceintes de six semaines par exemple, soient prises de douleurs de ventre et de pertes. Elles expulsent des caillots, quelquefois des membranes qui font croire à une fausse couche. L'écoulement sanguin continuant, on pense à une rétention placentaire et l'on se prépare à pratiquer un curetage. J'ai vu faire des curetages pour des grossesses tubaires ainsi saignantes. Il faut y prendre garde et rechercher s' il n'y a pas de tuméfaction sur un des côtés de l'utérus. Les affections annexielles inflammatoires sont en général bilatérales. Si l'on perçoit une masse *unilatérale* à côté de l'utérus, il convient de penser à la grossesse tubaire.

Dans cette deuxième forme,on note par conséquent des phénomènes ressemblant à la fausse couche ordinaire. D'une manière générale, chez ces malades, à un moment donné, le plus souvent à la 6e semaine, apparaissent des symptômes rappelant ceux de l'avortement. Le sang qui s'écoule par le vagin n'a pas, il est vrai, la rougeur franche du sang de la fausse couche utérine ; il est plus sépia. Les pertes, d'autre part, continuent.

Il est encore une troisième forme, pouvant, elle aussi, induire en erreur ; c'est celle qui simule l'annexite. Elle constitue une sorte d'intermédiaire entre les deux précédentes. Les signes de grossesse sont ébauchés , peu nets. On trouve, au toucher vaginal, une tuméfaction remplissant le Douglas, faisant songer à des lésions annexielles. Il y a légère hyperthermie. On opère souvent pour annexite et l'on tombe sur une grossesse tubaire. Ce sont des grossesses tubaires qui ont saigné sans grand symptôme, sans grosses douleurs, et ont donné lieu à une hématocèle. On constate, au toucher vaginal, une masse plus grosse que dans l'annexite, de consistance pas très dure, un empâtement diffus. Quand vous sentez une tuméfaction relativement volumineuse avec empâtement, peu de fièvre, il convient d'incliner vers la grossesse tubaire, car une annexite ayant un tel volume donnerait une température plus forte.

Pourquoi y a-t-il grossesse tubaire ? La fécondation est le résultat de la rencontre d'un spermatozoïde et d'un ovule. A l'état normal, elle se fait à l'intérieur de la trompe. Le spermatozoïde monte dans la trompe, par aspiration de l'utérus a-t-on dit, par capillarité, par mouvements d'ascension de sa queue, a-t-on dit encore. Quoi qu'il en soit, le sperme déposé sur le col utérin arrive dans la trompe.

L'ovule, tombé sur les franges du pavillon tubaire, est projeté par les cils vibratiles de la muqueuse de la trompe vers l'utérus. A un moment donné, ovule et spermatozoïde se rencontrent. La réunion a lieu dans la trompe pour une raison spéciale. Quand l'ovule descend, il s'entoure d'une couche protectrice, qui, vers la fin du trajet tubaire le rend imperméable. Dès lors, puisque la fécondation se produit physiologiquement dans la trompe (1/3 externe), rien d'étonnant qu'il y ait des grossesses tubaires. Dès que l'ovule a été fécondé, la couche protectrice dont il était entouré devient imperméable. S'il n'en était pas ainsi un second spermatozoïde pourrait le pénétrer, avec ce résultat désastreux de produire un monstre double. Le cas se réalise quelquefois.

Normalement, l'ovule fécondé continue sa migration et se fixe dans l'utérus pour s'y développer. Pourquoi cet œuf s'arrête-t-il parfois dans la trompe, provoquant une grossesse extra-utérine. On a donné à cela différentes explications. Lawson Tait a émis l'opinion que les femmes ayant eu des salpingites étaient prédisposées, de ce fait, à la grossesse ectopique. Il l'expliquait par la chute des cils vibratiles de la muqueuse tubaire enflammée, d'où empêchement à la progression de l'œuf. Malheureusement, les recherches histologiques n'ont pas confirmé cette manière de voir. Un élève de M. Pinard, Paqui, constata, chez des femmes ayant été atteintes de grossesses extra-utérines, la persistance des cils vibratiles. Je crois l'opinion de Lawson Tait vraie quant au rôle des salpingites antérieures, bien que son explication de la chute des cils vibratiles, soit inexacte. Quand on interroge les malades sur leur passé génital, on trouve fréquemment des antécédents pathologiques, des fausses couches, des annexites. Avec M. Bergeret, nous avons réuni 186 observations de grossesses ectopiques suivies dans ce service. Près de la moitié de ces femmes avaient fait antérieurement des fausses couches, et un nombre à peu près égal avaient été traitées pour des lésions utéro-annexielles. Nous avons été amenés à admettre que réellement les lésions inflammatoires antérieures jouent un rôle. Il se peut qu'elles créent des adhérences qui troublent la motilité de la trompe et entravent la progression de l'œuf.

Nous pouvons dire que les grossesses tubaires re-

connaissent généralement pour cause un processus inflammatoire aboutissant à des troubles de la motilité tubaire.

Quelles sont les variétés de la grossesse extra-utérine ? Considérons l'utérus et la trompe, la portion intra-utérine de celle-ci, à laquelle succède une partie rétrécie (isthme), puis une portion élargie (ampoule), puis les franges tubaires, puis l'ovaire. Suivant le point de la trompe où l'œuf s'arrêtera, la grossesse tubaire sera interstitielle, isthmique, ampullaire, infundibulaire (tout à fait exceptionnelle), ovarienne (rare). Ces grossesses présentent des fréquences très différentes. Dans nos 186 observations, 3 fois seulement le placenta siégeait en dehors de la trompe, 3 fois la grossesse était interstitielle, 24 fois isthmique, et 119 fois ampullaire. La variété de règle est la variété ampullaire.

Quelles modifications se produisent au cours de la grossesse ectopique dans la trompe ? L'œuf fécondé, d'une façon générale, s'entoure d'une membrane qui présente à sa surface des petites saillies (chorion et villosités choriales). Quand cet œuf est dans l'utérus, les villosités choriales se développent, l'utérus se défend et il se constitue une membrane (la membrane déciduale) qui arrête les villosités et les enkyste. De la fusion des deux, résulte le placenta. Dans la trompe, les phénomènes sont différents. L'œuf détermine bien des villosités, mais la trompe n'est pas préparée pour réagir. Elle produit un peu de membrane déciduale, mais le sac créé est incomplet. Les pointes choriales vont pénétrer la paroi tubaire, d'où altération de cette paroi, ouverture des vaisseaux, hémorrhagies dans la trompe et le péritoine.

Au cours de l'évolution de la grossesse tubaire, vous avez ainsi quelquefois des hémorrhagies graves cataclysmiques, qui réclament une intervention d'urgence. Ces hémorrhagies cataclysmiques ne se retrouvent pas avec une égale importance dans les sièges divers de la grossesse ectopique. Sur 119 grossesses ampullaires, nous avons noté 27 ruptures seulement. Sur 24 grossesses isthmiques, nous avons vu 23 hémorrhagies cataclysmiques. L'hémorrhagie grave est par conséquent plus fréquente pour les grossesses développées plus près de l'utérus.

Il se produit, à ce moment, une hémorrhagie et des douleurs intenses, syncopales, de l'anémie aiguë, du refroidissement des extrémités, de la cyanose, de la dyspnée, du hoquet parfois, des vertiges, des bourdonnements. Le ventre est ballonné, le sang se répendant sans s'enkyster. On peut trouver une partie moins sonore à la percussion, à la partie déclive.

Il existe tous les degrés entre ces cas graves et ceux où les symptômes de l'anémie générale manquent. La malade, alors, saigne un peu par le vagin et dans le ventre. Des adhérences ayant été produites autour du point de la rupture, il se développe une poche sanguine, une hématocèle. La rupture tubaire peut aussi faire défaut, l'hémorrhagie ayant lieu au niveau de l'œuf (qui se décolle), entre celui-ci et la paroi tubaire (hémorrhagie intra-tubaire). Le sang peut couler dans le péritoine par le pavillon, déterminant des petites crises de douleurs, et une tuméfaction empâtée (caillots) derrière l'utérus, dans le cul-de-sac de Douglas.

Vous avez donc tous les intermédiaires depuis la grosse hémorrhagie cataclysmique jusqu'à l'hématocèle enkystée à développement lent.

Le pronostic est sérieux. Abandonnée à elle-même, l'affection donne une mortalité assez considérable. L'opération améliore beaucoup ce pronostic.

Leçon recueillie par le Dr P. Lacroix.

A TRAVERS LA PRESSE

Il n'y a plus de cystites.

Sous ce titre quelque peu humoristique, M. Uteau expose qu'il faut se garder de formuler un tel diagnostic dans tous les cas où existent des troubles mictionnels. Pour qu'il y ait cystite, il faut la coexistence de la fréquence des mictions, de la pyurie et de la douleur, chacun de ces éléments symptomatiques pris isolément étant généralement imputable à d'autres causes qu'une inflammation vésicale. Quand la vessie est nettement en cause, il faut rechercher si son inflammation n'est pas secondaire à une autre affection. Ce sera parfois une tumeur, parfois une hypertrophie prostatique, un calcul, un corps étranger, un rétrécissement. Ce sera plus souvent une tuberculose rénale, à laquelle il faut penser précocement, le rein tuberculeux ne se signalant pas *a priori*.

« Le rein est malade, mais c'est la vessie qui « crie sa souffrance... Il reste cependant, pra« tiquement, deux cas où on peut parler de cys« tite, et seulement de cystite : c'est quand la « vessie a été infectée par un cathétérisme mal« propre ou une mauvaise thérapeutique au « cours d'une blennorragie. Il dépend du méde« cin de ne jamais l'observer ». (*Journ. des prat.*, « juin 1921.)

La vaccinothérapie des colibacilluries.

La colibacillose est d'abord une septicémie sanguine d'origine intestinale. Ce stade de l'infection est de courte durée. La localisation se fait ensuite sur certains organes dont l'inflammation et la suppuration déterminent la colibacillurie : le rein et le bassinet, les vésicules séminales et la prostate. A l'origine de la colibacillurie, se trouvent donc généralement une pyélonéphrite (femmes et hommes) ou une vésiculo-prostatite (hommes). Tantôt les organes touchés le sont primitivement ; tantôt, ils sont le siège de troubles prédisposants : calculs, hydronéphrose,

◆◆

compression ou rétrécissement de l'uretère. D'une façon plus générale, constituent des causes prédisposantes la grossesse, les infections intestinales, le rétrécissement urétral, l'hypertrophie prostatique.

D'origine pyélonéphritique ou vésiculo-prostatique, la colibacillurie a ici et là des allures cliniques assez semblables. Trois types sont communément observés : un type aigu, un type subaigu et un type chronique, sur lesquels il est inutile de s'étendre.

Les urines ont un aspect caractéristique : elles sont pâles, abondantes, uniformément troubles, contenant plus ou moins de pus et toujours de l'albumine vraie. Vues par transparence, elles présentent des ondes soyeuses très particulières. Elles sont acides, et présentent une odeur souvent fétide. Je rappelle à ce propos que, d'après M. Vaudescal, dont j'ai cité les travaux précédemment (1), elles contiennent du colibacille avant toute localisation rénale, et que déjà elles ont cet aspect moiré caractéristique, dont M. Mauté, dont j'analyse l'exposé, ne semble pas faire état.

Quoi qu'il en soit, ces considérations cliniques étant formulées, M. Mauté traite cette affection par la vaccinothérapie. Il emploie un vaccin qu'il appelle vaccin coli-soude, parce qu'il est préparé avec une lessive de soude au 10e. Il procède par injections d'un cmc. par séries et à des intervalles plus ou moins rapprochés selon qu'il s'agit d'une forme aiguë, d'une forme chronique à poussées subaiguës, ou d'une forme chronique sans poussées fébriles.

La réaction générale est nulle ; la réaction locale insignifiante. Les résultats sont des plus encourageants.

Mais la vaccinothérapie ne suffit pas à elle seule et doit s'associer au traitement local, surtout quand il existe une cause prédisposante nécessitant l'intervention chirurgicale.

L'auteur, considérant que la bacillose est d'origine intestinale, est d'avis qu'il est intéressant d'associer, à la vaccinothérapie colibacillaire, une vaccinothérapie intestinale. Il prépare un vaccin intestinal total soude qu'il a employé comme adjuvant dans les colibacilluries chroniques et dont il lui a semblé qu'il renforçait l'action du vaccin coli. (*Presse méd.*, 4 juin 1921).

Etat actuel de la thérapeutique de la tuberculose pulmonaire.

MM. Colbert et Ragot font une très intéressante revue critique des différentes méthodes actuellement en honneur pour traiter la tuberculose pulmonaire.

(1) Voir *Concours Médical*, no 27, p. 1889.

Ces méthodes, le pneumothorax mis à part, sont de trois ordres : les médicaments chimiques, les sérums et les vaccins.

Dans la première catégorie se rangent d'abord les remèdes minéraux : le sulfate de cuivre, en solution à 2 %, injecté à raison de un cmc. le premier jour en augmentant jusqu'à 10 cmc., voie endo-veineuse. « Pour notre part, nous « pouvons affirmer son efficacité véritable dans « les vieilles et traînantes bronchites à grosses « expectorations purulentes et fétides où la sé« crétion est vite tarie, plutôt que son rôle des« tructeur de bacilles ». La bactioxyne ou manganate calcico-potassique, sur lequel le *Concours médical* a publié maintes communications. Les sels de terres rares (cérium, lanthane, samarium et didyme). « C'est une médication d'action « très lente ; plusieurs séries de vingt jours de « traitement avec vingt jours de repos sont né« cessaires ».

Les remèdes organiques sont la cholestérine, l'allystérine, la paratoxine ; l'extrait surrénal et l'adrénaline ; la médication thyroïdienne, l'opothérapie pancréatique.

Il existe de nombreux sérums : les sérums de Lannelongue, d'Arloing, de Dumarest, de Maragliano, de Marmorek, et, le dernier en date, de Jousset, employé en injections sous-cutanées de 2 cmc. par kilog. de poids du malade. Celui-ci s'adresse aux formes jeunes, à lésions peu avancées (bacillose des séreuses, typho-bacilloses, rhumatisme de Poncet, congestion pulmonaire, spléno-pneumonie, adénites hypertrophiques, bacilloses cutanées, viscérales, osseuses à la période initiale).

Entre les sérums et les vaccins se placent les IK ou corps de Spengler, peu employés en France, où nous croyons qu'on ne les trouve d'ailleurs pas actuellement. « Castaigne et Bé« nazet, Blazy les considèrent comme très actifs « dans les cas de tuberculose rénale et Castaigne « a poursuivi leur emploi avec un certain succès « dans les tuberculoses pulmonaires. »

Les vaccins (bouillons filtrés, concentrés, extraits de culture, tuberculines précipitées par l'alcool ou mixtes) sont difficiles à manier par des non spécialistes.

Le vaccin de Blumenthal-Jacquet donnerait des résultats encourageants. Enfin, le vaccin de Cépède, vaccin polyvalent (staphylo, strepto, pneumocoques et entérocoques) est inoffensif et pas douloureux.

La voie d'élection pour introduire ces différents médicaments dans l'organisme semble l'intra-veineuse, assez difficile à utiliser d'une façon prolongée dans la pratique privée. La voie intra-trachéale rencontre d'assez nombreux partisans. Elle demande également l'intervention du spécialiste.

Et de conclure : « Ce ne sont pas là des armes

« sans valeur et, si elles ne peuvent se suffire « seules, ni remplacer les vieilles méthodes de « thérapeutique, elles peuvent et doivent leur « être associées pour le plus grand bien des ma- « lades ». (*Gaz. hebd. des sc. méd. de Bordeaux*, 5 juin 1921.)

Sur la nature de la bile blanche.

Trois cas d'hydropisie de la vésicule, chez de vieux lithiasiques calculeux, permettent à MM. Gosset, Lœwy et Mestrezat de constater que le liquide contenu dans le réservoir biliaire s'éloigne considérablement de la bile, qu'il est décoloré ou légèrement xanthochronique, et qu'il se rapproche au contraire d'un filtrat organique réalisant une véritable dyalise du plasma.

« En résumé, concluent-ils, l'examen chimi- « que des liquides provenant d'hydropisies non « suppurées de la vésicule biliaire montre des « produits sans rapport avec la bile, dont ils ne « renferment ni les sels ni les pigments. Ces li- « quides peuvent contenir, par contre, des quan- « tités variables de mucine, provenant de l'épi- « thélium vésiculaire ; mais, si la dégénéres- « cence de ce dernier est complète, nous nous trou- « vons en présence du produit pur de la dyalise « du plasma sanguin sur un sac fibreux, aminci « et bien irrigué. L'examen chimique pratiqué « dans les cas d'hydropisie vésiculaire peut ren- « seigner sur le degré de perméabilité des voies « biliaires et l'intégrité de l'épithélium de la « vésicule ». (*Presse méd.*, 8 juin 1921.)

Etude clinique de l'éclampsie.

M. Bourret fait remarquer qu'il importe de distinguer la crise éclamptique proprement dite, dont il donne une excellente description, de l'état éclamptique proprement dit, conséquence d'une intoxication qu'il faut dépister précocement, en se basant sur la connaissance des petits signes de l'éclamptisme.

Ces petits signes ont d'étroits points de contact avec ceux du brightisme. Ce sont : l'albuminurie, dont l'existence n'est pas toujours constante, et sur laquelle on ne comptera donc que d'une façon relative ; les œdèmes plus ou moins marqués, attirant facilement l'attention ; la céphalalgie, signe à peu près constant, — frontale, tenace, intense, accompagnée parfois de troubles intellectuels ; les troubles visuels, allant du brouillard à la cécité, en passant par les flammèches, les mouches volantes ; les troubles digestifs, caractérisés surtout par des vomissements sans cause appréciable, accompagnés de la barre douloureuse épigastrique de Chaussier ; l'hypertension artérielle, qu'il faut toujours rechercher.

Telle est la période prodromique, précritique, parfois très courte, parfois très prolongée, mais aboutissant presque toujours à la crise, si l'on n'y remédie pas. (*Gaz. des hôp.*, 1921, n° 45.)

Diagnostic des méningites cérébro-spinales à liquide clair.

Les états méningés comportent actuellement comme pierre de touche du diagnostic la ponction lombaire et l'examen du liquide céphalo-rachidien. Or, il arrive, et MM. Sainton et Schulmann en ont rencontré plusieurs exemples, que le liquide, dans la méningite cérébro-spinale, demeure clair, sans culot ou avec culot peu abondant, quelques rares lymphocytes, pas ou très peu de méningocoques.

Or, il est un moyen de mettre en évidence la nature microbienne de l'affection. Ce moyen consiste à injecter quelque cmc. de sérum antiméningococcique. Sous cette influence, le liquide céphalo-rachidien devient louche ou franchement purulent, avec mono et polynucléaires et nombreux méningocoques, ainsi mobilisés.

Il ne s'agit pas d'une méningite sérique, non plus que d'une méningite en voie de guérison et exacerbée par la sérothérapie, mais d'une attaque par le sérum, d'une mobilisation du bacille jusque-là fixé. Le fait est comparable à la transformation purulente d'un écoulement insignifiant et séreux dans certaines blennorrhagies, sous l'action d'une injection de permanganate ou de nitrate d'argent. (*Bull. méd.*, 4 juin 1921.)

L'urémie myoclonique.

Les secousses musculaires connues sous le nom de myoclonies font partie assez fréquemment du complexe symptomatique de l'encéphalite léthargique, et sont, en ce cas, d'origine infectieuse. Elles s'observent cependant dans certains autres états toxiques et auto-toxiques, tels que l'urémie.

MM. H. Roger et Chaix en ont observé un exemple des plus typiques, qui leur permet de classer cette forme d'urémie nerveuse à la suite des formes classiques dont on connaît déjà le type éclamptique, le type convulsif localisé, le type tétanique et le type ataxique.

« L'urémie myoclonique se manifeste par des « secousses brusques, du type électrique, occu- « pant tel ou tel groupe musculaire, soulevant « la peau au niveau du ventre musculaire et « s'accompagnant parfois de mouvements de « peu d'amplitude, siégeant indistinctement « aux membres, à la face, à l'abdomen ; elles « peuvent prédominer dans une moitié du corps, « affecter un type alterne. Elles s'accompagnent « à certains moments de véritables symptômes « chroniques. Les réflexes sont généralement « exagérés, avec parfois clonus du pied et même « Babinski intermittent ».

Des parésies peuvent s'associer à l'excitation motrice.

Les auteurs distinguent une forme subaiguë, une forme aiguë et suraiguë, et aussi une forme légère caractérisée par quelques spasmes de courte durée, parfaitement curables.

Le diagnostic de l'urémie myoclonique doit être fait surtout avec les encéphalomyélites, et reposera sur l'absence de fièvre et de douleurs qu'on trouve presque toujours dans celles-ci. En outre, le dosage de l'urée sanguine et le liquide céphalo-rachidien complètera l'investigation clinique.

Le pronostic est grave. Le traitement est celui de l'urémie : saignée, régime, etc. (*Presse méd.*, 11 juin 1921.)

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

Encéphalite épidémique et grossesse.

(M. Marinesco. — *Académie de médecine.*)

M. Marinesco a noté, chez deux malades, l'aggravation de l'encéphalite épidémique par la grossesse. La contamination de l'enfant n'est pas constante. Déjà Achard et Ricardo Jorge ont signalé ces rapports de l'encéphalite avec la grossesse et l'accouchement.

M. Bar remarque que l'accouchement dans la phase aiguë de l'encéphalite est habituellement le signal d'une aggravation de la maladie, d'autant plus sérieuse que la gestation est plus avancée. En cette matière, comme pour toutes autres maladies infectieuses aiguës survenant chez la femme enceinte à la fin de la grossesse, le meilleur souhait qui puisse être formulé est que l'accouchement se fasse seulement après la période d'acuité de la maladie. La question d'une interruption de la grossesse ne se pose donc pas en général.

L'auto-sérothérapie dans les néoplasmes.

(M. H. Gaudier, de Lille. — *Académie de médecine.*)

Dans le traitement des néoplasmes malins inopérables, M. Gaudier a recours à l'auto-sérothérapie. Il emploie, en injections sous-cutanées, le sérum de sang recueilli la veille et conservé à la température ordinaire. L'injection est répétée tous les trois jours jusqu'à concurrence de 20 piqûres. La dose est d'environ 10 cent. cubes de sérum, chaque fois.

L'auteur a appliqué sa méthode chez 24 malades atteints d'épithélioma de la langue, du sein, etc. Il a constaté une diminution de la tumeur et de l'ulcération, la cessation des douleurs et l'amélioration de l'état général.

Traitement des vomissements névrotoxiques par la ventilation pulmonaire.

(M. Pescher. — *Académie de médecine.*)

Les malades atteints de vomissements névrotoxiques graves, et particulièrement les femmes ayant des vomissements incoercibles de la grossesse sont souvent, selon M. Pescher, des anhématosiques, dont la capacité respiratoire est diminuée.

Partant de là, l'auteur a traité ces malades par sa méthode d'entraînement respiratoire à l'aide du procédé qu'il a vulgaris[1], dit de la bouteille. Il a pu ainsi obtenir de bons résultats, dans des cas restés rebelles aux autres thérapeutiques. C'est là un procédé simple qu'il n'y a évidemment qu'avantage à essayer.

La teinture d'ail, en thérapeutique.

(MM. Loeper, Forestier et Hurrier. — *Société méd. des hôpitaux.*)

L'ail a été utilisé en thérapeutique comme antihelminthique (Gubler), comme révulsif et rubéfiant. Il s'élimine par les voies respiratoires et constitue ainsi un antiseptique des voies aériennes. Enfin, il possède des propriétés hypotensives, qui paraissent réelles et durables.

C'est au titre d'antiseptique pulmonaire que M. Loeper l'a surtout employé. L'auteur s'adresse à la teinture d'ail préparée avec une partie de bulbes d'ail désséchés, pour 4 parties d'alcool à 95°. Administrée à la dose de XX à XL gouttes par jour et par voie buccale, la teinture d'ail a amené la guérison d'un cas de gangrène pulmonaire. Le traitement doit être poursuivi longtemps (plusieurs semaines.)

La cure de jeûne dans le diabète.

(M. Marcel Labbé. — *Soc. médicale des hôpitaux.*)

La cure de jeûne a été introduite dans la thérapeutique en 1910 par Guelpa. Préconisée en 1914 par Allen, on l'a nommée couramment en Amérique « cure d'Allen ».

M. Marcel Labbé. présente quelques considérations sur la valeur et les indications de ce traitement. La cure ne se pratique pas toujours de façon semblable. Guelpa la fait précéder de purgations répétées. M. Labbé s'en tient à une seule purgation. Allen la commence d'emblée, sans purger le malade, et la prolonge parfois pendant 4 ou 5 jours. Tous les auteurs sont d'avis que le jeûne doit être préparé par un régime progressivement réduit et que la réalimentation doit être ensuite graduée et non brutale.

Les effets des cures de jeûne varient, dit M. Marcel Labbé, suivant que l'on a affaire à des diabétiques sans dénutrition ou avec dénutrition azotée. Dans le diabète sans dénutrition cette méthode donne quelquefois de beaux résultats. C'est ainsi qu'on arrive, par ce moyen, à réduire une glyco-

surie qui résiste au régime habituel. Le résultat est, il est vrai, transitoire en général, bien qu'il puisse persister si le malade s'astreint à des règles ultérieures convenables. Dans le diabète avec dénutrition, la cure de jeûne semble utile contre l'acidose, mais doit être maniée prudemment.

M. Rathery rappelle les conclusions qu'il a déjà formulées à ce sujet. La cure de jeûne absolu peut, selon lui, chez certains diabétiques consomptifs avec acidose, donner des effets thérapeutiques intéressants, sans amener la guérison toutefois. C'est un palliatif utile, à considérer comme un méthode d'exception et non sans danger. Dans le diabète simple, elle est à rejeter, le régime de Bouchardat lui étant égal. En somme, la cure de jeûne de Guelpa aurait des indications assez restreintes et serait à réserver, avec quelque prudence, aux cas dans lesquels le régime strict, tout en baissant le taux de la glycosurie, laisse persister une certaine quantité de sucre dans les urines, encore assez importante.

Etude clinique de la tension veineuse périphérique.

(MM. Villaret, St-Girons et Grellety-Bosviel. — *Soc. méd. des hôp.*)

L'étude, en clinique, de la tension veineuse dans les veines périphériques, a été jusqu'à ce jour à peu près négligée. MM. Villaret, Saint-Girons et Grellety-Bosviel ont entrepris une série de recherches sur cette tension à l'état normal et à l'état pathologique.

Pour prendre la tension veineuse périphérique d'un sujet, les auteurs ponctionnent une veine du pli du coude et mettent l'aiguille en rapport avec un manomètre de Claude. Dans les conditions normales, le sujet étant allongé, bras horizontal, les chiffres moyens de tension veineuse s'élèvent à 12 chez la femme et à 13 centimètres d'eau chez l'homme.

La tension veineuse, normalement, est modifiée par la pesanteur (position basse du bras), par les contractions musculaires, etc.

A l'état pathologique, la pression veineuse tend à suivre la tension artérielle maxima. Elle la dépasse en cas d'asystolie. Elle lui est inférieure en cas d'artériosclérose.

Lymphogranulomatose inguinale.

(M. Ravaut. — *Société méd. des hôpitaux.*)

M. Ravaut signale une fréquence inusitée de l'affection nommée par le prof. Nicolas, de Lyon, lymphogranulomatose inguinale subaiguë. Les injections d'émétine ont amené, chez quatre de ses malades, la cicatrisation rapide des fistules.

Le salicylate de soude en injections intra-veineuses.

(M. Lutembacher. — *Société de biologie.*)

M. Lutembacher a employé, chez quatre malades atteints de rhumatisme articulaire aigu, le salicylate de soude en injections intra-veineuses. Il s'est servi du salicylate pur, du laboratoire Nativelle.

M. Paul Carnot a eu l'occasion de recourir au salicylate de soude par voie veineuse, dans un cas de rhumatisme cérébral : le résultat a été bon. Mais, ce ne peut être là qu'une méthode d'exception. Le salicylate de soude, en effet, administré par la bouche et par voie veineuse, s'élimine très rapidement et l'injection veineuse ne saurait être couramment renouvelée plusieurs fois par jour. Cet inconvénient du médicament, qui ne « tient » pas, nécessite des doses constamment répétées. M. Carnot a cherché à pallier ce désavantage en s'adressant à des solutions huileuses de dérivés salicylés peu solubles. Les résultats cliniques ont paru favorables.

Technique simplifiée de la réaction du benjoin colloïdal.

(MM. Guillain, Guy Laroche et Léchelle. — *Soc. de biologie.*)

MM. Guillain, Guy Laroche et Léchelle ont simplifié leur technique de la réaction du benjoin colloïdal pour le diagnostic de la syphilis du névraxe. Au lieu des 16 tubes que nécessitait leur méthode initiale, la réaction simplifiée ne demande que 5 tubes à hémolyse.

Essai de désensibilisation de certains eczémas professionnels.

(M. Tzanck. — *Société de biologie.*)

On appelle eczémas professionnels des épidermodermites naissant sous l'influence de produits irritants, employés dans certaines professions. L'eczéma des blanchisseuses, par exemple, est rapporté à l'action du savon, de l'eau de Javel, etc. On sait, d'ailleurs, que la dermatose n'apparaît généralement qu'au bout d'un certain temps, pendant lequel se fait la sensibilisation du sujet.

Partant de cette notion de sensibilisation, M. Tzanck s'est proposé de traiter les eczémas professionnels par la désensibilisation. Parmi les techniques désensibilisatrices, il a choisi l'autohémothérapie, comme la plus simple. Il injecte, tous les 3 à 7 jours, dans la fesse, 10 cent. c. de sang du malade, prélevé dans la veine. Il a obtenu, sur 11 cas ainsi traités, 7 guérisons.

P. L.

Lyon.

Société nationale de médecine et des sciences médicales.

Questions de radiologie.

MM. Japiot et J. Marchand présentent l'observation d'un *volumineux anévrysme double de la crosse aortique* : l'une des dilatations occupait l'aorte ascendante, l'autre le bord gauche de la crosse ; l'ensemble avait la forme et les dimensions d'une tête d'adulte. La radioscopie permit seule de préciser le

diagnostic : il n'y avait, en effet, aucun autre signe physique qu'une paralysie de la corde vocale gauche.

MM. Durand et Japiot présentent deux observations de *maux de Pott dorsaux en évolution* avec *abcès par congestion révélés par la radiographie* et méconnus par l'examen ordinaire.

MM. Pallasse et Coste présentent un cas *d'abcès par congestion médiastinal* révélé également par la radiographie, mais survenu au cours d'un *mal de Pott latent*. La malade, à son entrée à l'hôpital, souffrait et avait de la fièvre depuis deux mois. L'examen radiologique montra une ombre occupant l'angle dièdre cardio-diaphragmatique et se confondant avec l'ombre diaphragmatique, bien que le diaphragme parût indépendant. On pense d'abord à une pleurésie médiastine. Un nouvel examen radiologique finit par montrer des altérations osseuses des 9e et 10e vertèbres dorsales, ainsi que des lésions du disque inter-vertébral correspondant. Le diagnostic d'abcès par congestion fut alors posé, et la collection ponctionnée sous l'écran. Il n'y avait aucun des signes cliniques ordinaires du mal de Pott, si ce n'est une toute petite saillie médiane et des réflexes rotuliens « un peu vifs ».

MM. Sargnon, Bertein et Arcelin présentent *un cas de méga-œsophage*. C'est une affection assez rare, bien que plus fréquente qu'on ne le croit. Elle donne lieu cliniquement à de la dysphagie, surtout pour les liquides, et surtout des régurgitations : le malade présenté régurgite à volonté. La radioscopie montre la dilatation cylindroïde de l'organe, et l'œsophagoscopie également. La pathogénie du méga-œsophage est encore obscure (lésion congénitale ou spasme chronique du cardia ?) Le traitement consiste dans la dilatation, parfois dans la gastrostomie.

M. Barjon étudie le *diagnostic radiologique d'une forme particulière de cancer pleuro-pulmonaire* qu'il appelle cancer médiastino-pleuro-pulmonaire. La maladie suit une marche régulière, caractéristique, en trois phases :

1°) *Phase médiastinale* caractérisée cliniquement par des phénomènes de compression : troubles vocaux, dyspnée, cyanose, gonflement des jugulaires, dysphagie ; *radioscopie*, épaississement de l'ombre médiane dont les bords sont déchiquetés, extension des ombres du hile ; quelques ombres diffuses dans le médiastin, qui s'éclaire mal.

2°) *Phase médiastino-pleurale*. — Les symptômes médiastinaux s'accentuent ; diminution de la sonorité et des vibrations à la base, puis à la partie moyenne du poumon ; respiration obscure, râles de bronchite, râles humides à la base ; *radioscopie*, extension de l'ombre du hile qui envahit peu à peu l'interlobe, en même temps que le sinus costo-diaphragmatique s'efface ; on a alors une image qui fait penser à une collection interlobaire, si l'on n'est pas prévenu.

3°) *Phase médiastino-pleuro-pulmonaire*. — Les symptômes précédents s'accentuent : toux très pénible, expectoration purulente, parfois hémoptoïque, dyspnée extrême avec crises de suffocation ; matité, disparition des vibrations, râles sonores et humides. *Radioscopie* : le champ pulmonaire devient peu à peu complètement opaque, le diaphragme s'immobilise, le cœur et le médiastin se dévient légèrement du côté opposé. A ce moment, on pourrait encore penser à la tuberculose, mais l'unilatéralité des lésions, l'absence de bacilles dans les crachats, l'apyrexie à peu près complète (38° au plus) doivent en écarter l'idée. L'évolution de ce cancer, qui peut être primitif ou secondaire, dure de trois à quatre mois.

Société médicale des Hôpitaux.

Chancres syphilitiques multiples par auto-inoculation.

MM. Nicolas, Gaté et Pillon présentent l'observation d'un malade qui fut atteint successivement d'un chancre syphilitique de la verge, et, quinze jours après, de plusieurs chancres syphilitiques des doigts. Ce malade, marié et dont la femme est saine, n'ayant eu qu'un seul rapport extra-conjugal un mois avant l'apparition du chancre de la verge, force est d'admettre que les chancres digitaux sont dus à une auto-inoculation.

Syndrome sympathique péri-artériel lié à la présence d'une côte cervicale.

M. Leriche relate l'histoire d'une femme de 40 ans qui fut prise brusquement, en plongeant les mains dans l'eau froide, d'une brusque ischémie du petit doigt de la main gauche ; même phénomène le lendemain sur deux autres doigts, avec légère douleur. Les jours suivants, le phénomène s'étend à tous les doigts et se répète plusieurs fois par jour, les douleurs deviennent de plus en plus vives, impossibles à soulager. Le Dr Toison, de Douai, diagnostique un spasme vasculaire par excitation du grand sympathique. Les douleurs devinrent incessantes : vague lourdeur dans tout le membre supérieur avec douleur aiguë dans la main près du poignet. Par moment survenaient des *crises* caractérisées par les phénomènes suivants : brûlure cuisante de l'épaule au coude, puis apparition, à la partie externe de l'avant-bras, d'une zône rouge, puis marbrée, puis plaquée de taches ivoirines, puis doigts et mains redevenaient blancs ; température locale abaissée à 25° et 20°. Assez brusquement les parties blanches se coloraient en rouge vif tout en restant froides, tandis que le bras et l'avant-bras devenaient blanchâtres. La malade n'étant soulagée par aucun traitement et souffrant au point de réclamer l'amputation, fut adressée à M. Leriche qui frappé, au cours de l'examen, par la présence

d'une saillie du creux sus-claviculaire gauche, avec légère scoliose, fit le diagnostic de *côte cervicale*, vérifiée par la radioscopie. L'ablation de cette côte amena une amélioration considérable. A noter que le membre malade ne présentait aucune oscillation au Pachon ; celles-ci ne réapparurent, que cinq mois après l'opération et encore disparurent-elles à nouveau par la suite.

M. Leriche relate également l'observation d'une autre femme présentant des phénomènes douloureux du moignon de l'épaule avec atrophie et chez laquelle la radiographie montra l'existence d'une côte cervicale. La malade n'accepta pas l'intervention proposée.

Un cas d'hydroa vacciniforme de Bazin.

MM. Nicolas, Gaté et Pillon présentent un adolescent de 15 ans, cultivateur, atteint depuis l'âge de 5 ans de cette affection rare et se traduisant, chaque été, par des poussées éruptives des régions découvertes. Les phénomènes se succèdent à chaque poussée dans l'ordre suivant : sensation de picotement, taches érythémateuses, bulles contenant un liquide clair ou louche, quelques-unes ombiliquées, enfin croûtes et cicatrices varioliformes. L'affection paraît due à l'action des rayons solaires. Les causes prédisposantes sont inconnues. On a signalé de l'hémato-porphyrinurie qui faisait défaut dans le cas actuel.

Pleurésies médiastines antérieures hautes.

MM. Weill, A. Dufour et Bocca. — Les pleurésies médiastines antérieures, connues depuis les travaux de Grancher et Velininowitch, répondent au type pseudo-péricardique : elles se manifestent par une augmentation de l'aire de matité cardiaque, le refoulement de la pointe du cœur dans les épanchements gauches ; la matité ne dépasse pas, en haut, la base du cœur ; sous la clavicule, il y a de la sonorité, parfois tympanique, et une respiration de suppléance. Dans deux cas observés par les auteurs, il y avait au contraire une matité sous-claviculaire franche, avec murmure aboli ou très diminué. La matité cardiaque était normale et la pointe non déplacée. La radioscopie n'avait montré que des ombres diffuses et légères de tout l'hémithorax. Dans les deux cas, l'autopsie montra qu'il s'agissait de pleurésie médiastine haute, située audessus de la base du cœur.

Cancer de l'œsophage chez un sujet de 29 ans atteint de méga-æsophage.

MM. Cade et Morénas rapportent l'histoire d'un malade qui était entré à l'hôpital surtout pour des douleurs rachidiennes et sciatiques, accompagnées d'amaigrissement. Il avait eu de la dysphagie, qui s'était atténuée rapidement.

Ils firent néanmoins pratiquer la radioscopie qui montra une *énorme poche œsophagienne surmontant un rétrécissement*, au-dessus duquel existait une deuxième poche. Le malade succomba rapidement après avoir présenté un point de côté violent, une dyspnée brusque avec une température de 40° et de l'obscurité complète dans l'hémithorax correspondant.

L'autopsie montra un cancer œsophagien avec vaste dilatation *au-dessus* et une autre ectasie *au-dessous*; les dilatations sus-stricturales étant, à l'ordinaire, peu étendues dans le cancer œsophagien, on doit admettre que la malade était porteur d'un méga-œsophage, probablement congénital, sur lequel s'est développé un cancer. Celui-ci, en outre, avait, en s'ulcérant, donné lieu à une fistule œsophago-pulmonaire et à un abcès gangréneux du poumon, ouvert dans la plèvre par un pneumothorax.

A noter la latence et la dilatation œsophagienne, celle de l'abcès pulmonaire ; à noter aussi l'âge du malade, bien que, disent les auteurs, les cancers paraissent affecter actuellement des sujets plus jeunes que jadis.

Broncho-spirochètose chronique post-grippale.

MM. Cade et Morénas en présentent un cas, le premier, semble-t-il, observé dans les hôpitaux de Lyon. L'expectoration, d'aspect sanguinolent, renfermait de nombreux spirochètes de moyennes dimensions. Les auteurs attirent l'attention sur les faits suivants : 1° leur malade, une Espagnole vivait, avant de venir à Lyon, aux Baléares, n'avait eu aucun rapport avec des Asiatiques porteurs de spirochètes ; elle n'a non plus contaminé personne ; 2° elle était atteinte depuis longtemps de gingivite quand s'est manifestée la spirochétose bronchique ; 3° celle ci est apparue au cours de la grippe, qui peut-être a permis l'ensemencement de spirochètes buccaux sur la muqueuse bronchique.

Ce cas « fournit un argument nouveau en faveur du démembrement du groupe des spirochétoses bronchiques : les unes exotiques, contagieuses, du type Castellani, les autres, probablement autochtones, sporadiques, liées à des altérations buccales, et souvent post-grippales. »

Le traitement consista en injections intra-musculaires de lipiodol (4 cmc. tous les deux jours) qui amena au bout de trois semaines une très grande amélioration.

Déformations hippocratiques des doigts chez des cardiaques.

MM. Gallavardin et Langeron citent deux exemples de semblables déformations dans deux cas d'endocardite mitro-aortique d'origine rhumatismale, compliqués l'un et l'autre d'endocardite rhumatismale à forme prolongée. Dans les deux cas, il n'y avait ni cyanose ni affection pulmonaire chronique concomitante, ce qui ne permet pas d'attribuer *l'hippocratisme à des manifestations anoxhémiques*.



Par contre, l'existence de l'endocardite infectieuse greffée sur d'anciennes lésions cardiaques, et dont l'apparition, chez l'un de ces malades, avait coïncidé avec celle de la déformation des doigts, constitue un nouvel argument en faveur de la théorie toxi-infectieuse de l'hippocratisme. On sait que celui-ci s'observe habituellement dans les affections pulmonaires chroniques, les affections hépatiques, rénales et les maladies cardiaques congénitales ; les cas de M. Gallavardin paraissent être les premiers signalés au cours d'affections cardiaques acquises.

A. C.

BIBLIOGRAPHIE CRITIQUE

Revue des Livres.

(MASSON et Cie, éditeurs, Paris).

Dr A. Martinet. — **Thérapeutique clinique.** — En deux volumes illustrés de 312 figures.

Un nouvel ouvrage du Dr Martinet est tout à la fois une bonne fortune et un régal pour le praticien. Praticien lui-même, il a su s'élever à la hauteur des meilleurs maîtres, et le cours qu'il a professé librement à la Faculté de médecine, cet hiver, a eu le plus vif et le plus légitime succès.

De pareils hommes sont nés enseigneurs, et quand leurs qualités pédagogiques se doublent d'une science clinique approfondie et d'une érudition parfaite, il est regrettable que la Faculté ne leur ouvre qu'une petite porte, et que, trop étroitement attachée au dogme suranné de l'agrégation, pépinière exclusive des professeurs officiels, elle n'ait pas le courage de rompre délibérément avec des errements qui ont fait leur temps et d'admettre de telles personnalités à l'une de ses chaires, pour laquelle elles sont si remarquablement douées.

Les deux volumes de Thérapeutique clinique se subdivisent eux-mêmes en quatre parties.

La première partie étudie les agents thérapeutiques de toute espèce (chimiques, alimentaires, physiques, psychiques, etc.) Je signale à ce propos tous les détails dans lesquels l'auteur ne craint pas d'entrer, pour apprendre au lecteur la posologie des médicaments, la manière de les formuler, les avantages positifs de telle façon de prescrire, etc.

La deuxième partie traite de la technique médicale proprement dite (ventouses, saignées, ponction veineuse, ponction lombaire, thoracentèse, etc.) Ce n'est pas la moins attachante ni la moins pratique. Les figures qui l'illustrent complètent admirablement le texte, déjà si clair par lui-même qu'il semble impossible de ne pas réussir si l'on observe à la lettre les indications de l'auteur.

Enfin, les troisième et quatrième parties comportent à proprement parler la thérapeutique des symptômes et des maladies.

La présentation donnée par les éditeurs à cet ouvrage, le soin avec lequel les caractères typographiques sont choisis et différenciés, augmentent l'attrait d'un livre qui sera demain dans toutes les bibliothèques médicales.

G. D.

Auguste Lumière. — **Rôle des colloïdes chez les êtres vivants. Essai de biocolloïdologie. L'évolution et la floculation de la micelle colloïdale considérées comme bases de la physiologie normale et pathologique.**

Les milieux humoraux, les protoplasmas cellulaires et les tissus des animaux, au sein desquels s'effectuent les processus vitaux, sont tous des colloïdes.

Toutes les transformations, toutes les réactions qui conditionnent la croissance et la nutrition des êtres vivants, portent sur des matériaux d'une nature particulière , sur des substances colloïdales et si nous voulons chercher à comprendre les lois qui président aux phénomènes de la vie, c'est dans les propriétés de ces complexes que nous devons les étudier.

La micelle, particule très fine en pseudo-solution dans les liquides organiques, subit de continuelles transformations. Par suite des échanges dont elle est le siège, peu à peu la couche périgranulaire s'effrite, le granule grossit et perd de son activité. C'est le phénomène de *mûrissement.* A la suite de cette évolution, des contacts permanents s'établissent entre les granules, formant une *floculation* qui coagule la masse entière.

Tant que règne l'état colloïdal, le milieu vit et se développe avec d'autant plus d'intensité que les micelles, plus petites, présentent une plus grande surface de contact pour les échanges (2 millions de mètres carrés chez l'homme adulte). La floculation brusque détermine la mort par *choc anaphylactique.* La floculation lente aboutit à des troubles pathologiques, aux maladies diverses, qui ne sont ainsi que des phénomènes d'*anaphylaxie chronique.*

La biocolloïdologie, ainsi définie , ramène à des phénomènes d'ordre physico-chimique toutes les mutations, normales ou pathologiques, qui s'accomplissent dans les humeurs et les cellules des êtres vivants, animaux et végétaux.

Aux dogmes obscurs de l'humorisme ancien ou moderne, Auguste Lumière substitue le concept logique, scientifique de l'évolution micellaire résumée dans cette formule expressive : l'état colloïdal conditionne la vie, la floculation détermine la maladie et la mort.

Librairie Félix ALCAN.

Dr G. GUELPA. — **La goutte et son traitement.**

Cette publication va marquer une phase capitale de l'étude et du traitement de la goutte.

Jusqu'à ce jour, cette maladie était considérée comme la conséquence de l'intoxication par l'acide urique en excès dans le sang et tous les traitements qu'on a dirigés contre elle partaient de cette funeste conception. Aussi en dehors de très rares exceptions, la maladie évoluait toujours désespérément vers la déformation et l'ankylose.

L'étude et les faits qui nous sont exposés dans cette publication sont impressionnants. En nous prouvant sans contestation possible l'erreur fatale de la conception et du traitement de la goutte dans le passé, il nous autorise les plus consolantes prévisions pour l'avenir.

Désormais facile à éviter et guérissable même dans ces plus graves complications, la goutte cessera bientôt de nous fournir l'angoissant et si fréquent spectacle de ses terribles déformations qui font le découragement des médecins et le désespoir des malades.

Chez Amédée LEGRAND, éditeur,
93, boulevard St-Germain, Paris.

Dr CAILLAUD. — **Guide du médecin oculiste dans les accidents du travail** (deuxième édition).

Voici un ouvrage fort complet, parfaitement mis à jour et renfermant tous les renseignements que peut désirer un praticien en cette matière. Je ne doute pas qu'il rende de grands services. J'ai particulièrement goûté les chapitres annotant et commentant clairement tant les articles de la loi du 9 avril 98, en ce qui concerne les médecins, que les multiples circulaires consécutives et surtout l'arrêté ministériel du 8 juillet 1920, autrement dit le « tarif Breton » qui s'y trouve longuement commenté, dans l'ordre de ses articles et parfois judicieusement critiqué dans ses imperfections et ses « carences ». Les questions des certificats et celles des expertises fournissent également des chapitres aussi intéressants qu'utiles. Enfin, la seconde partie de l'ouvrage, intitulée « annexes » et contenant, après des exemples de certificats et de rapports, les textes même des lois, décrets et règlements concernant les accidents du travail, au point de vue médical, ainsi que toute une copieuse jurisprudence à ce sujet, constituent pour l'oculiste — et j'ajouterai même pour tout médecin praticien — un *vade mecum* qui doit avoir sa place dans nos bibliothèques.

Dr Fernand DECOURT.

Revue des Thèses.

Paris

Dr Alfred MONTLAHUC. — **Sur une épidémie d'empoisonnements par des gâteaux à la crème.** (André Herbelin, Paris).

Dr Paul FRÉMOND. — **Nosologie des travailleurs du cuivre de Villedieu-les-Poêles de 1873 à 1914.** (Librairie littéraire et médicale, Paris.)

Dr Edouard PEYRE. — **La broncho-pneumonie du vieillard. Etude bactériologique : étude cytologique et humorale.** (Imprimerie brevetée Francis Simon, Rennes, 1921.)

Le pneumocoque semble bien intervenir dans les affections pulmonaires terminales du vieillard qui, d'après les travaux de MM. G. Roussy et R. Leroux, doivent être rapprochés de la broncho-pneumonie plutôt que de la pneumonie franche. A ce point de vue, l'examen des crachats cadre bien avec les recherches anatomo-pathologiques de ces auteurs.

Si le pneumocoque ou des microbes d'un groupe extrêmement voisin nous apparaissent comme pouvant jouer un rôle pathologique dans la broncho-pneumonie des vieillards le résultat négatif des hémocultures ne permet aucune conclusion ferme sur la voie d'apport du pneumocoque aux alvéoles. Il est très probable que le pneumocoque saprophyte occupant les voies respiratoires supérieures trouve dans l'absence réactionnelle des humeurs du vieillard et dans les lésions dues à l'infarctus par thrombose oblitérante un terrain particulièrement favorable à son développement.

Dr Alfred RIO. — **Formes ambulatoires de la peste.** (Angers, Imprimerie Centrale, 1921.)

Dans la dernière épidémie de peste de Paris, on a noté des formes ambulatoires qui ont été en se multipliant au fur et à mesure que l'épidémie progressait, et dont l'importance tient non pas à leur évolution, mais au fait qu'elles peuvent rester méconnues et par conséquent disséminer l'épidémie.

On doit tenir pour suspect, en temps d'épidémie, tout bubon ou toute adénite qui ne reconnaîtra pas nettement une autre cause et ne donnera aucun résultat technique positif.

PARTIE PROFESSIONNELLE

MÉDECINE SOCIALE

Le médecin et les lois sociales nouvelles.

Vingt fois sur le métier remettez votre ouvrage...

J'ai beau annoncer que c'est la dernière fois que je traite la question des rapports du médecin et du malade sous le régime de la loi assurance maladie-invalidité-vieillesse, les circonstances me mettent dans l'obligation d'y revenir sans cesse. Je m'en excuse auprès de mes lecteurs qui ne m'en voudront pas de chercher à épuiser le sujet, en m'efforçant de n'en rien laisser dans l'ombre, et de fournir une argumentation assez complète pour que tous les points qu'il comporte aient été traités.

D'ailleurs, les lettres continuent à affluer ici, qui m'apportent de précieuses approbations et m'encouragent à persévérer dans la voie que je me suis tracée.

Voici d'abord deux de ces toutes récentes correspondances :

***

Mon cher Confrère,

Continuez à défendre dans le *Concours* la conception de faire régler par les clients eux-mêmes les honoraires médicaux, même s'ils sont assurés sociaux ; c'est la seule manière équitable de rétribuer chacun selon le travail ou le service qu'il a fourni. Je crois que dans notre région, mes confrères partagent mon avis, mais ils ne paraissent pas jusqu'à présent s'inquiéter du danger qui nous menace. Je trouve inique et contraire aux principes d'une République qui se targue de liberté, que l'État exerce sa sollicitude pour le peuple contre une catégorie de travailleurs, après avoir laissé pendant la guerre des mercantis nous exploiter honteusement ; pourquoi, comme vous l'écrivez, le boulanger, le boucher, etc., etc., ne sont-ils pas réglés par l'Etat! Je suis surpris que la majorité des syndicats accepte une espèce de forfait et que les sommes versées par les caisses de secours soient réparties entre les médecins au prorata de leurs visites. Résultat : il y a des médecins (et malheureusement il en existe) qui feront le plus de visites possible et accapareront tout : ceux qui voudront faire des visites consciencieuses, mais moins nombreuses, seront moins rétribués ; le prix de la visite tombera à presque rien et le confrère Boudin a raison d'écrire que le malade sera moins bien soigné, le médecin étant pressé, et le résultat sera à l'encontre du but tracé. Personnellement, depuis 2 ou 3 mois, je suis appelé très souvent, sinon toujours, le dimanche, le soir à une heure tardive, la nuit — rappelé dans un village où je suis passé quelques instants auparavant: dans tous ces cas spéciaux, j'applique un tarif spécial et élevé qui, d'ailleurs, n'arrête pas le client : mais il est bien certain que si ces ates médicaux spéciaux m'étaient tarifés et que je ne puisse me faire rétribuer convenablement de la peine que je me donne et ma santé que je compromets, je ne me dérangerais pas, le dimanche le plus souvent je serais « absent ». Les vrais malades pâtiraient à cause de ceux qui croient seulement l'être ou exigent tout de suite la visite du médecin.

Le jour où le malade n'honorera plus son médecin, il y aura des abus. A l'A.M.G. les clients ne se gênent guère pour faire venir exprès le médecin alors qu'ils pourraient se rendre chez lui. Les tickets soi-disant modérateurs et plutôt dérisoires ne modèreront rien du tout, et je ne crois pas à l'efficacité du contrôle : certes, il s'exercera contre nous, mais jamais il ne nous empêchera d'être dérangés inutilement. Par ici, il y a des secours mutuels qui, depuis le 1er janvier, payent le tarif ordinaire. On a bien recommandé aux membres de ne faire venir le médecin exprès, lorsqu'il y a déplacement, que dans des cas urgents, mais il ne tiennent aucun compte de la recommandation et bien souvent, je suis obligé d'inscrire au nom d'un client un voyage qui aurait pu être seulement une visite sans déplacement spécial ou une consultation. Je n'ai donc aucune illusion.

Bien entendu, les caisses de secours seront l'occasion de la création d'une nouvelle bureaucratie taquine qui vivra à nos dépens. Pour nous, diminution des recettes et augmentation de la paperasserie ; fatalement, la sollicitude et l'empressement du médecin s'exerceront en faveur des clients payants. Notre confrère Boudin a raison d'écrire que certains médecins sont décidés à ne jamais devenir médecins de caisse. Personnellement, je préfère voir mes recettes diminuer en restreignant ma clientèle, s'il le faut, qu'en augmentant celle-ci, mais en ayant des recettes moindre avec un travail plus facile. Tant pis pour les clients des caisses. A Paris, je connais des médecins décidés à les envoyer promener : certains de leurs clients qui, actuellement, payent le tarif demandé par le praticien, feront partie des caisses, mais si le médecin en qui ils ont confiance actuellement ne veut pas connaître les caisses, ils seront obligés de payer de leur poche ou de s'adresser à un autre confrère : le libre choix n'existera plus, et les malades seront les premières victimes de la loi.

Quant à l'idée émise que les malades recevant une indemnité forfaitaire de l'État ne payeraient pas

le médecin, c'est de la blague : dans les campagnes, cela ne peut se faire, les clients étant connus, et depuis que j'exerce, j'ai eu peu de pertes d'honoraires et suis presque arrivé à me faire tout régler. Les mauvais clients se sont éliminés d'eux-mêmes et maintenant, je suis tranquille à ce point de vue ; bien mieux, ceux qui, avant la guerre, réglaient difficilement les honoraires, payent comptant, de sorte que l'objection qu'on nous oppose est sans valeur. Bien plus, depuis la guerre, l'ouvrier avec ses gros salaires, a de l'argent et il y a peu d'indigents : ceux-ci sont d'ailleurs inscrits à l'A.M.G.. Le moment est donc mal venu pour l'État de se substituer aux débiteurs des médecins, car il sera certainement un plus mauvais débiteur que ceux-là.

En somme, dans ce projet de loi domine surtout un esprit démagogique, dont nous devons être les victimes désignées par Messieurs les Députés, en général, et par certains confrères députés en particulier. Si le corps médical voulait s'entendre, il pourrait très bien faire sentir aux parlementaires le peu de solidité de leur mandat. Je crois qu'il suffirait de les avertir que, s'ils vont à l'encontre de nos intérêts, ils nous trouveront contre eux aux prochaines élections. Les médecins pénétrant partout pourraient, sans faire de politique, agir sur les électeurs, en leur démontrant que les lois votées soi-disant en leur faveur n'ont souvent qu'un but électoral, et qu'ils en sont les premières victimes. Témoin ce fait : cette loi assurance maladie obligera les malades à prendre le médecin le plus rapproché : or, à la campagne les habitants ont l'habitude, dans certains villages, d'aller chercher le médecin d'une localité plutôt que d'une autre sans s'inquiéter de la distance. Avec la loi, ou bien ils devront ajouter de leur poche aux honoraires, ou bien le médecin devra demander le même prix que le confrère le plus rapproché, d'où acte anticonfraternel : pour le malade, c'est la suppression du libre choix préconisée. Tous ces inconvénients et d'autres qui surgiront à chaque instant seraient évités par le règlement des honoraires par le client.

Je souriais ces jours derniers en voyant une affiche indiquant le prix demandé par un chauffeur d'automobile de la région faisant de la réclame : pour conduire à 18 kil. un client, aller et retour, c'est 50 francs ; un médecin à l'A.M.G. pour une visite à cette distance toucherait 39 fr. ; 1 fr. du kil. et 3 fr. de visite. Je vous approuve complètement pour votre article dans le *Concours* du 10 juillet, et qui répond complètement à mes desiderata ! Je vous ai écrit déjà à ce sujet et je ne comprends pas que les 158 syndicats signalés pensent autrement. Je crois que, dans notre région, ce n'est pas notre cas ; mais les confrères n'en parlent pas : à la réunion du syndicat, certains ont dit qu'ils étaient heureux de voir leur carrière médicale se terminer pour ne pas être des fonctionnaires, car vous avez raison de l'écrire, ce sera un abominable régime, dû aux politiquailleurs de la IIIe République, humanitaristes comme vous l'imprimez, mais intéressés et faisant table rase du mot liberté.

Excusez-moi de vous importuner avec ces réflexions, mais vraiment, si personne ne dit rien, il y aura 15.000 médecins esclaves ou salariés de l'État.

Je tiens simplement à être compté parmi ceux qui partagent votre manière de voir ; libre à vous de résumer mes arguments si vous en voyez l'utilité.... J'avais commencé ma lettre, mais je n'ai pu la terminer, même hier dimanche, dérangé par des appels plus ou moins pressants et urgents, qui me faisaient encore méditer sur les beautés du forfait et penser que, si le médecin veut être tranquille il doit être absent de chez lui. J'ai pu voir l'article du confrère Boudin ; les inconvénients qu'il signale contre le règlement des honoraires par le client ne m'ont pas convaincu, et je reste persuadé que son ticket modérateur ne modérera rien du tout : ce sera de la paperasserie pour le praticien. Je ne redoute pas les sociétés de Secours mutuels, car dans notre région, *par suite d'une entente entre les médecins*, elles payent le tarif ordinaire ouvrier, nous nous faisons régler tous les 3 mois : la seule différence, c'est que le client ne paye pas au comptant ; pour nous, cette question est résolue. Que tous les confrères de France en fassent autant, le mutualiste est un Monsieur simplement assuré comme nous pour l'incendie.

Dr M.

***

Le dernier numéro du *Concours médical* contient, enfin ! grâce à vous et à vos correspondants, des choses sensées.

Je ne suis pas riche, mais je donnerais tout de suite beaucoup d'argent, pour savoir comment le vieux et excellent mode de paiement des honoraires du médecin par son malade pourrait être abrogé.

Le *Concours médical*, qui, depuis des années, à chaque numéro, nous dit « en cas d'accident du travail, ne connaissez que l'ouvrier et son patron responsable » vient de consacrer des pages entières à discuter la façon dont les médecins pourraient à l'avenir, toucher leurs honoraires !! Quelle contradiction ! Quelle inconséquence !

Que l'on ait songé dans certaines sphères, politiques ou même médicales, au règlement des honoraires autrement que suivant la manière usuelle, c'est-à-dire par le malade lui-même. cela se comprend à moitié. Mais quant à appliquer ce règlement (?) comment s'y prendrait-on ?

Je suppose alors le cas d'un futur assuré, tombant malade. Obligera-t-on le Pr Widal à le soigner au tarif ouvrier légal ?

Ou m'obligera-t-on, moi, ancien chef de clinique de la faculté de Bordeaux, exerçant depuis 25 ans dans ma petite ville, à soigner pour un prix imposé le malade que, depuis 20 ans, je soigne, à un prix fixe par moi et accepté par lui, qui le trouve raisonnable ?

Parce que cet ouvrier recevra une certaine somme pendant sa maladie, il ne pourrait plus m'honorer comme il le fait depuis 20 ans, alors qu'il ne recevait rien d'ailleurs ?

Je songe aussi à ces vieux médecins de famille, amis et confidents de leurs clients (il y en a encore beaucoup, vous le savez). Ils n'ont pas de titres scientifiques, et ils s'en passent fort bien, car ils ont gagné la confiance de leurs clients par leur zèle et leur bon sens. J'en imagine deux installés dans le même bourg. Ils ne veulent accepter aucune taxation d'honoraires, aucun nouveau mode de paiement, comment les y forcerait-on ? Leur enverra-t-on les gendarmes ? Un troisième médecin viendra-t-il, de gré ou de force, leur faire concurrence ? Je plaindrais cette pauvre dupe, car je ne doute pas une seule minute que les bons vieux clients des deux bons vieux docteurs ne leur resteraient — à une douzaine près — aussi, et peut-être plus encore, fidèles que par le passé.

Pourrait-on citer beaucoup de cas où (en dehors de certains grands centres comme Paris, et encore) les médecins traitant les malades au rabais aient fait un tort quelconque aux praticiens honnêtes, consciencieux, et dévoués ? Le public ne sait-il pas, comme nous, qu'en médecine, comme ailleurs, on en a toujours pour son argent ? Ne sait-il pas comme sont soignés ses fils par les médecins militaires, sans parler des soins qu'il reçoit, à l'occasion, des médecins des grandes compagnies ? (Cela dit sans méchanceté, puisque moi-même je suis médecin d'une puissante administration, avec laquelle je n'ai eu, du reste, que de très bons rapports, et qui me rémunère très convenablement, sans quoi ...)

J'use de l'encre, honoré confrère, un peu bien inutilement, je le reconnais. Je parle, en tout cas, pour les autres, car ma décision est irrévocable.

Je ne connais que mon client. Si celui-ci touche quelque chose de quelque part pour diminuer les charges que lui causera sa maladie, tant mieux pour lui. Mais, c'est à lui que je réclamerai mes honoraires que je trouverai être légitimement dus.

Et, dites-moi donc ! Ce monsieur qui pourrait exiger de moi, et aussi d'un membre de l'académie de médecine (bien entendu), d'être soigné *à prix réduit*, — n'aurait-il donc pas aussi le *droit* de se payer des bouteilles de champagne, des confiseries, des viandes de premier choix, *toujours à prix réduit*, avec l'indemnité de maladie ?

Pourquoi le médecin serait-il tenu légalement à être plus charitable — disons-le mot, plus BÊTE — que le gros épicier ou le confiseur réputé ?

Je m'excuse d'être si bavard. Peut-être, toutefois, ma lettre ne vous semblera-t-elle pas trop assommante.

Je vous quitte, honoré confrère, pour aller faire un tour chez ces vieux clients dont je vous parlais plus haut. Quant aux jeunes, ils deviendront des vieux avec le temps. Il suffira de les avoir bien soignés, à des prix honnêtes, dont je suis seul juge, et d'avoir été, moi, honoré exactement par eux comme j'en ai l'espoir, pour que nous devenions amis.

J'avoue que l'avenir de me tourmente pas. On mangera encore chez moi, dans dix ans.

Avec tous mes compliments, honoré confrère, pour vos beaux et raisonnables articles, recevez, je vous prie, mes plus cordiales poignées de mains.

Dr R. D.

***

Mais je ne reçois pas que des approbations. Notre excellent confrère Simonin, dans la *Gazette médicale Limousine* de juillet 1921, veut bien me faire l'honneur de reconnaître que j'ai raison *théoriquement*, et que j'ai brillamment développé ma thèse.

« Ce serait parfait (le système de la liberté) « dans une société idéale où chacun comprendrait « nettement son devoir et son intérêt, mais en « pratique ? »

Et notre vaillant confrère de répondre qu'en pratique, ce système est inapplicable, parce que nous ne pouvons pas plus ignorer l'Etat *qui nous paye*, que nous n'ignorons les collectivités diverses qui garantissent le mutualiste, le cheminot, l'employé de la grande administration, l'ouvrier blessé du travail, contre la maladie, l'invalidité, les accidents, la vieillesse.

Et il conclut en se déclarant résolument partisan du contrat collectif entre l'Etat et le Syndicat professionnel.

Je ne le suivrai pas dans le développement peu impressionnant de ses idées. Je connais celles-ci pour les avoir vu exposées ailleurs : je suis moins que jamais convaincu.

Comme notre confrère habite Limoges, où s'est élevé un conflit médico-mutualiste qui a pris des proportions considérables, il est lui-même impressionné par ce conflit et ses conséquences : cela se voit dans les lignes suivantes :

« (Avec le contrat collectif), nous n'assisterons plus à ce spectacle scandaleux de 5 ou 6 « médecins affamés se précipitant sur une ville « comme sur une proie, accaparant, au détriment du Corps médical tout entier de cette « ville, toute la clientèle ouvrière, monopolisant « de fait le service médical de la mutualité et les « accidents du travail, et réduisant pour ainsi « dire à la misère, tout au moins à une gêne « douloureuse, quantité de confrères qui avaient « le droit de vivre honorablement de leur profession et cela sans qu'aucune autorité puisse « empêcher ce scandale et prendre les sanctions « nécessaires ».

Certes, les faits rappelés par le Dr Simonin sont profondément regrettables, et nous nous en sommes expliqués sans ambages dans le *Concours médical*. Mais j'avoue ne pas saisir de rapprochement entre un événement particulier

et local, et le système de la liberté dans les rapports du médecin avec son malade assuré social.

J'ai dit, et je répète, que ce système, que d'aucuns m'honorent d'appeler *mon* système, et dont je ne revendique cependant pas la paternité, ne donnerait son plein rendement qu'à la condition que l'entente, l'union, soient aussi parfaites que possible entre tous les membres du Corps médical (nº 24, p. 1700).

Or, je savais parfaitement ce que je faisais, en écrivant ces mots.

Le conflit médico-ministériel, créé par l'article 64 de la loi des pensions, a montré que 15.000 médecins syndiqués étaient capables de réaliser l'entente, l'union que je prêche et que je réclame. C'est un fait acquis, et qui ne pourra que s'affirmer avec le temps ; du moins, je l'espère.

Quinze mille médecins au moins sont donc unis et susceptibles de s'entendre. Quinze mille, sur vingt-deux mille, que relève le dernier recensement.

Comment sont donc représentés les sept mille non syndiqués ? D'abord les médecins administratifs, les médecins militaires. Puis, une proportion élevée de médecins appartenant aux milieux hospitaliers et aux centres d'enseignement : ils se sont abstenus jusqu'alors parce qu'ils considéraient que leurs intérêts n'étaient pas les mêmes que ceux des simples praticiens ; ils viennent de plus en plus au Syndicat cependant. Une poignée d'indépendants, dont nous devons respecter les opinions, si elles sont sincères. Enfin, des médecins de moralité professionnelle douteuse, qui fuient le Syndicat afin de se soustraire à son Conseil de discipline et à ses sanctions, C'est parmi ceux-ci qu'il faut chercher les *faméliques* auxquels fait allusion le Dr Simonin.

Combien sont-ils, au demeurant ? Voulez-vous que nous en dénombrions deux mille ? Je suis très au-dessus de la vérité, j'en suis sûr. Mais, en admettant l'exactitude de ce chiffre, dites-moi, je vous prie, dites-moi ce que pourraient faire ces deux mille morticoles contre les 15.000 syndiqués unis dans une entente parfaite ? Il a pu s'en trouver 5 ou 6 pour faire échec au Syndicat de Limoges, pour un temps qui ne durera certainement pas. Mais, dans toute la France, pensez-vous qu'il en pourrait être de même ? Allons donc !

***

Je ne suis pas un individualiste, et je m'en défends énergiquement. Je suis venu au Syndicat en 1895, entraîné par la parole enflammée du regretté Barette, qui fut un des premiers collaborateurs de ce journal. Comme il n'y avait pas de Syndicat médical dans mon arrondissement, je me suis fait inscrire au Syndicat de l'arrondissement voisin. J'ai commencé d'écrire dans le *Concours médical* en 1897, et je n'ai jamais cessé d'y exposer des idées que je crois conformes au meilleur esprit syndical.

Je ne suis pas un individualiste étroit. Je crois à la vertu et à la puissance de l'association. Je crois très fermement à la vérité de l'anathème: *Vœ soli* ! ! !

Mais j'estime qu'en face du malade *individu*, il y a place pour le médecin, également *individu*. Le malade individu, c'est celui qui veut et peut être soigné chez lui, dans sa famille. A l'hôpital, le malade devient en effet *collectivité*. J'ai dit précédemment que j'approuvais les ententes entre commissions hospitalières et groupements médicaux, pour l'organisation des services médicaux hospitaliers.

Au malade-individu convient donc le médecin-individu. Rien ne prévaut contre ce fait : j'ai confiance en M. le Dr un tel, et non à aucun autre. C'est celui-là que je veux à mon chevet et lui seul. Le Dr un tel est une individualité, comme moi, malade, j'en suis une. Je paye moi-même mon médecin, afin de pouvoir au besoin lui demander des comptes.

Voilà la base essentielle des rapports entre médecins et malades ; voilà, je l'ai écrit il y a longtemps, la charte de l'exercice professionnel. Cela se nomme encore la liberté de confiance et la liberté de choix.

Comment ? Nous bataillons depuis vingt ans pour faire accepter partout, *partout, vous entendez,* pour le mutualiste aussi bien que pour l'accidenté du travail, pour l'assisté aussi bien que pour le cheminot, le droit imprescriptible au libre choix. Et c'est à l'heure où, après des luttes épiques, que nous, les vieux, avons connues et soutenues, c'est à cette heure que ce droit naturel, si chèrement acquis, serait remis en question ? Nous nous disons et nous sommes fanatiques de la liberté de choix. Et la liberté tout court, qu'en faisons-nous ? La laisserons-nous restreindre, et plus encore, juguler ?

Confrères qui suivez attentivement nos discussions ; confrères qui m'approuvez ; et vous, qui cherchez encore votre voie ; et vous enfin qui comme Simonin, me donnez théoriquement raison, mais tort pratiquement, de grâce, tous tant que vous êtes, réfléchissez une minute. Mettez-vous par la pensée en face de la réalité de demain, si c'est la thèse opposée à la mienne qui prévaut, et rendez-vous compte de ce qui se passera.

Lisez, lisez attentivement le procès-verbal de la réunion de la Fédération des Syndicats de l'Eure, publié il y a huit jours ici. *On y dénonce des médecins qui prennent à leur clientèle aisée des prix inférieurs au tarif de l'A. M. G.* ; D'AUTRES, *qui abusent du budget de l'assistance, en multipliant les visites sans nécessité pour arriver à un total d'honoraires formidable* (sic).

Ce ne sont pas de simples vues de l'esprit, ce

sont des faits patents, irrécusables, *et qui apparaissent comme la conséquence inévitable de toute taxation des honoraires médicaux.*

Voilà ce qu'il faut savoir ; voilà ce qu'il faut dire, dire et répéter dans nos réunions syndicales. Voilà le danger menaçant, celui que le contrat collectif avec taxation des honoraires et catégorisation du corps médical suspend sur notre tête comme une formidable épée de Damoclès, danger qui amènera fatalement la fonctionnarisation, vous entendez bien, la fonc-tion-na-ri-sa-tion....

Le Syndicat a sa raison d'être ; il est une nécessité. Nous ne pouvons nous en passer. Je suis syndicaliste et *syndiqué*. Je le proclame et je m'en vante. Mais, j'y suis venu librement, et j'entends demeurer libre, dans la mesure évidemment, — et je n'ai jamais cessé de l'affirmer —où ma liberté peut et doit *déontologiquement* s'exercer pour le plus grand bien de mon malade, tout en respectant et défendant les intérêts généraux de ma profession.

Ce système de la liberté de rapports entre médecins et malades, *c'est dans le cadre du Syndicat que je souhaite qu'il s'organise et qu'il fonctionne.*

Je n'ai jamais dit ni écrit autre chose, et je ne laisserai pas déformer des idées que je traduis aussi nettement que ma plume me le permet, et qui ne prêtent à aucune équivoque.

Le Syndicalisme vient de montrer, à propos de la loi des pensions, ce qu'il est capable de faire. J'aurais préféré, pour ma part, qu'au lieu d'accepter la tarification des honoraires, dans une entente qui est désormais historique, il se fût montré partisan de ce système de la liberté dont j'espère encore la mise en application au profit des futurs assurés sociaux. Mais, je le répète, la loi des pensions, loi de circonstance, n'aura que des effets temporaires ; les inconvénients de la solution qui est intervenue n'ont qu'une importance très limitée... Je ne m'en émeus donc guère.

Je m'émeus davantage, et combien ! quand je prévois que cette même solution peut être celle qui règlera demain le service médical des assurances sociales.

Et c'est pourquoi je crie aux Syndiqués de toutes les régions de France, à ceux des villes aussi bien qu'à ceux des campagnes, à tous, et particulièrement à leurs dirigeants, qui se sont montrés jusqu'ici de bons bergers, je leur crie :

« Vous venez, — *nous venons, car je suis des vôtres,* — de remporter une victoire éclatante. Nous avons affirmé notre puissance, fille de notre union. Mais ce n'est qu'une victoire de principe qui n'a pu être exploitée aussi parfaitement qu'un très grand nombre de médecins l'auraient désiré.

« Passons condamnation, en raison des circonstances. Mais n'engageons pas l'avenir sur un présent qui est loin de représenter un idéal. Ne compromettons pas le principe, désormais reconnu, *qu'il faut compter avec nous.*

« Et appliquons tous nos soins à demeurer les gardiens vigilants de la dignité et de l'indépendance du Corps médical français ! »

G. DUCHESNE.

II

Le service médical de l'assurance sociale en Alsace.

Nous avons reçu, de notre confrère Wennagel de Strasbourg, la longue et topique lettre suivante, qu'il nous autorise à publier, ce que nous faisons avec d'autant plus d'empressement qu'il n'est pas possible de trouver pour justifier la valeur et l'excellence du système de la liberté que je défends, de plaidoyer, a contrario, *plus saisissant.*

G. DUCHESNE.

Lorsque vous m'avez demandé de vous indiquer, *quelle pourrait être la critique des détails d'application de la loi* sur l'assurance-maladie, en Alsace, j'ai cru qu'il me serait facile de vous répondre. C'est, au contraire, chose très difficile.

Les erreurs fondamentales de notre législation sociale au point de vue « médecine » vous sont connues (elles sont assez bien résumées dans l'article de Lafontaine, « Médecin Syndicaliste » de septembre) les critiques concernant les détails d'application ont toujours le même point de départ, le côté financier.

Mais, procédons par ordre. D'abord *le libre choix.* Il n'est pas inscrit dans la loi, chez nous. Nous l'avons conquis de haute lutte. Aujourd'hui, ce ne sont plus que quelques rares potentats des Caisses ou des administrations qui tentent de l'éluder. Mais prenez-y bien garde : le libre choix ne peut fonctionner que s'il est *organisé* ; si la collectivité médicale offre en quelque sorte à la collectivité cocontractante des garanties sérieuses quant à l'honnêteté professionnelle des médecins à admettre. De fil en aiguille, nous en sommes arrivés à exiger partout le contrat collectif *avec monopole* ; par ce moyen, nous obligeons tous les médecins recommandables et qui désirent exercer pour les Caisses, à demander leur admission au syndicat et à accepter ses principes, sa direction et sa juridiction. Le libre choix *absolu* mène inévitablement à l'exploitation de la Caisse, par les mauvais médecins (chez nous cela est à peu près synonyme de non-syndiqué), sur lesquels le contrôle, quel qu'il soit, n'aura jamais sérieusement de prise. Vous savez par expérience les abus qu'engendre le libre choix *non organisé,* tel que la loi l'a établi pour les accidentés du travail.

Les abus ont pour auteurs soit les médecins, soit les assurés. Il va de soi que, lorsque les honoraires

sont infimes, le médecin cherche à se rattraper sur le nombre des actes effectués. Il arrivera donc qu'un médecin « expédie » en une matinée 50 ou 60 malades et même davantage. Mais faut-il en conclure que ces malades seront forcément *mal* traités ? Dans bien des cas, oui ; dans d'autres, *non*. Car il faut bien se rendre compte de ceci : c'est que le malade, le chronique par exemple, est *obligé* de passer au moins une fois par semaine chez le médecin pour avoir de lui la signature qui lui permettra de toucher son indemnité de chômage. Il n'y a pas *consultation* effective. De plus, beaucoup de malades, *par le fait de l'obligation* d'assurance, iront trouver le médecin pour des bobos que, n'étant pas assurés, ils auraient parfaitement soignés tout seuls. Tel ira faire voir au médecin une égratignure ou une légère blessure qui l'empêche momentanément de remplir sa tâche ordinaire. Ce qu'il demande à son médecin, ce ne sont pas des soins, c'est un billet.

Inutile de faire, dans chacun de ces cas-là, un examen approfondi du malade ; ce n'est pas manquer de conscience que de se contenter de voir le bobo et de signer au malade un billet attestant qu'il ne pourra pas travailler avant vendredi ou lundi. Le jour de la reprise du travail étant arrivé, l'assuré retournera chez le médecin se faire certifier qu'il est en bon état de reprendre ses occupations. Résultat : la valeur intrinsèque d'une *consultation* donnée à un assuré est parfois bien faible, le travail cérébral du médecin, nul ; et c'est pourquoi beaucoup d'entre nous, en Alsace, ne partagent pas le point de vue de la majorité des confrères de l'intérieur, qui veulent que le tarif des Caisses soit celui de la clientèle *moyenne*. Cela est manifestement exagéré. Ce que vous appelez le « tarif ouvrier » serait même encore trop fort à notre avis, à cause du nombre de consultations qui... n'en sont pas, à proprement parler. Inutile, d'ailleurs de tenter d'établir une distinction entre les consultations vraies et les autres. Une ordonnance quelconque suffira à prouver que le médecin s'est effectivement occupé du malade. Le « marron » fera donc des affaires d'or, s'il n'y a pas de contrôle « financier » sérieux.

D'autre part, il n'est que trop naturel que le médecin qui « fait » beaucoup dans les Caisses, prenne peu à peu l'habitude de ce travail superficiel, rapide, et qui correspond parfaitement aux désiderata d'une grande partie de sa clientèle. Ce n'est plus seulement alors le besoin de faire passer un grand nombre de consultants dans un temps donné, c'est un certain laisser-aller professionnel. « Cela va » tout aussi bien de cette façon, puisque dans un nombre appréciable de cas, l'ordonnance de médecin n'abrège que de bien peu la durée de l'incapacité de travail. Et quant aux autres, s'ils sont vraiment graves, mieux vaut les envoyer de suite à l'hôpital, où ils seront certainement mieux soignés que chez eux. Telle est, bien souvent, la mentalité du « médecin de Caisse » chez nous, et je n'ose pas espérer que les résultats soient beaucoup meilleurs à l'Intérieur, après quelques années de pratique de l'assurance-maladie. Le public n'exige pas davantage du médecin. Il sent plus ou moins confusément qu'il n'est pas soigné comme il pourrait l'être. Mais l'essentiel, c'est l'indemnité de chômage !

En novembre ou décembre, quand vient le froid, tous les maçons d'Alsace sont repris de bronchites ou de rhumatismes chroniques. En temps de crises économiques, les trottins et dactylos prennent des crises d'anémie aiguë, ou des migraines rebelles, etc. Le traitement qu'on leur prescrit leur importe peu, jusqu'au moment où il y aura de nouveau de l'ouvrage. Ce jour-là, le malade sera de nouveau en état de travailler, il supportera vaillamment les douleurs insupportables auparavant. Allez donc lui prouver qu'il n'avait pas mal !!

Tout ceci vous éclairera un peu sur les raisons que l'on peut mettre en avant pour justifier un taux d'honoraires nettement inférieur à celui de la clientèle privée.

Mais le tarif *trop bas* est tout aussi insoutenable. Nous autres, médecins alsaciens, nous sommes, comparés aux confrères de l'intérieur, de pauvres prolétaires; depuis trente ans, nous vivons des os que nous permet de ronger une loi qui a été faite sans nous et *contre nous*. Nous sommes éblouis en voyant les chiffres du tarif Breton, chiffres que nous ne dépassons que rarement dans la bonne clientèle. Depuis longtemps, nous avons pris l'habitude de considérer la profession médicale comme une de celles où il faut travailler jour et nuit pour arriver à nouer les deux bouts ; où celui qui ne possède pas de fortune personnelle n'a aucune chance d'en acquérir. Les chirurgiens mêmes n'ont guère d'avenir. Pourquoi ? Parce que les Caisses englobent une trop grande partie de la population, et que, en principe, *les Caisses ne paient pas au médecin les traitements opératoires*, sauf quelques rares exceptions, qu'il s'agisse de grande chirurgie ou de spécialités.

Les Caisses qui payent *par vacations* ont toutes dans leurs statuts un article stipulant que, si une opération devient nécessaire, le malade doit être dirigé sur l'hôpital, à moins que telle maison de santé privée n'accepte de soigner les assurés au même prix que l'hôpital, c'est-à-dire sans que le chirurgien attaché à la maison ait le droit de demander des honoraires.

Les Caisses qui paient *un forfait* à la collectivité médicale n'ont pas besoin de stipuler rien de semblable. Car avec un forfait aussi maigre que ce que nous avons obtenu (et qui est pourtant beau comparé à ce qu'il était auparavant !) ce sont *les médecins* eux-mêmes qui se voient obligés d'édicter des règles identiques. Si le forfait devait servir à payer les opérations, etc. et toutes les visites qui s'y rattachent, les honoraires afférents à la visite et à la consultation simples tomberaient encore bien plus bas que leur niveau actuel. C'est donc nous-mêmes, les médecins, en fin de compte, qui sabotons le libre choix ! Ne nous jetez pas trop la pierre. Lafontaine employait

une métaphore très juste, en disant que les médecins alsaciens sont entrés dans une maison toute faite, et ont dû se contenter de la toute petite place que le législateur leur y assignait. Encore une fois, tout se réduit, en définitive, à un problème financier. Avec un forfait de 15 à 17 frs par tête et par an, nous arrivons à payer la consultation, en moyenne, frs 2 à 2.50, la visite, frs 3.50 à 4. Si vous prenez les chiffres du tarif Breton, c'est 200 % de majoration environ, donc 45-50 frs. Si vous voulez pouvoir couvrir de ce forfait les honoraires pour les opérations et les traitements consécutifs à celles-ci, c'est au moins le double.

Le malade est-il bien soigné ? En général, *oui*, quand il s'agit d'affections graves ; car nos hôpitaux sont bien tenus. Mais pour le travail courant, c'est trop souvent *non*. Le médecin qui ne touche que frs 2.50 de la consultation ne passera pas une demi-heure ou une heure à examiner à fond son malade, même si le cas est compliqué et difficile ; il le traitera *autrement* que le client privé. J'excepte naturellement de nombreux confrères très consciencieux de nature. Mais que de fois n'entendons-nous pas un « caissard », qui, se sentant atteint et désirant être bien soigné, possédant d'ailleurs quelques moyens, nous dit : « Docteur, je suis membre de telle Caisse et je vous prierai de remplir mes bulletins, etc., mais je vous payerai directement vos honoraires, je ne veux pas être traité « en membre de Caisse ». Quoique moins fréquent depuis l'introduction du libre choix, ce préambule stéréotype s'entend bien souvent encore.

Et cela vous prouve que le résultat final de cette législation sociale en ce qui nous concerne est un discrédit très grand jeté sur le corps médical tout entier. Et pourtant elle permet à un médecin consciencieux, et *qui n'est pas obligé de vivre de sa profession*, de faire beaucoup pour la santé publique et l'hygiène sociale. C'est pourquoi le corps médical alsacien, dans son ensemble, n'est pas hostile au principe même de l'obligation, mais aux modalités, surtout d'ordre financier, qui en ont faussé l'esprit dès son origine.

En matière de critiques de détail, il m'est difficile de vous renseigner comme vous le voudriez ; je voudrais cependant vous faire toucher du doigt quelques points spéciaux.

Les confrères de l'Intérieur ne veulent pas entendre parler de *contrôle* « financier ». Pourtant il est indispensable. Le temps de l'individualisme outrancier est passé. Mais si le contrôle doit être fait, il faut qu'il soit fait exclusivement par des médecins, *désignés par le syndicat*. Notre système alsacien est critiquable à bien des égards, je le reconnais ; mais nous n'avons pas trouvé mieux jusqu'à ce jour.

Veillez aussi à ce que les dispositions de la loi obligent les Caisses, *sous peine d'amende*, à rayer de leurs listes tous les membres dont les revenus dépassent la limite fixée par la loi. La loi locale contient bien certains paragraphes à ce sujet ; mais en pratique, ce n'est que lorsque les médecins sont sûrs de leur fait et portent plainte auprès de la Caisse, que les membres qui n'avaient plus droit à l'assurance sont rayés. Et encore la Caisse se fait-elle terriblement prier. C'est qu'il n'y a, dans la loi, aucune *pénalité* de fixée pour la Caisse qui n'observerait pas scrupuleusement la loi sur ce point.

Mais ce que j'en viens de dire, n'est juste que lorsque, comme en Alsace, les tarifs sont manifestement trop bas. Si, au contraire, vous pouvez obtenir une rémunération suffisante à la visite, il n'y a aucun intérêt, du point de vue des intérêts professionnels, à trop limiter le nombre des membres des Caisses. L'assuré obligatoire, « consomme » plus de médecine, pour employer l'expression de Lafontaine. L'opposition que le corps médical alsacien fait à l'extension de l'assurance est une conséquence de l'insuffisance des honoraires. C'est, là encore, une question de tarif plutôt que de principe.

Ne perdez pas de vue une difficulté qui se présente souvent : les assurés font partie *de la Caisse locale compétente* pour leur lieu de travail. Mais ils habitent souvent un autre arrondissement ou même un autre département. La Caisse devrait-t-elle conclure des contrats individuels avec tous les médecins des environs (car le principe du libre choix implique cependant l'idée d'un engagement réciproque), ou bien y a-t-il lieu d'agir comme nous venons de le faire en Alsace ?

Toutes les Caisses locales ont traité avec leur syndicat sur la base d'un contrat-type, valable pour toutes les Caisses avec quelques modifications de détail. A charge de réciprocité, il est donc entendu que tout médecin qui s'est engagé envers la Caisse locale de son district est engagé *ipso facto*, en ce qui concerne les assurés d'autres Caisses locales qui pourraient avoir besoin de ses soins.

Pour vous permettre de pénétrer notre manière de faire, en Alsace, *quitte à en prendre à dessein le contre-pied vous-même*, nous avons des imprimés qui forment la base de l'activité médicale dans nos Caisses. Ce sont :

1) Notre convention avec l'Union des Caisses locales et le contrat-type qui en est partie intégrante, avec l' « ordre de service » annexé.

2) Le petit manuel de prescription économique du docteur Ott ; j'y joins une récente circulaire du même docteur Ott. Vous y verrez à quel point les considérations d'ordre financier pèsent sur toute la question médicale et nous rendent l'exercice de la médecine de Caisse pénible souvent, odieux parfois.

Vous y trouverez aussi probablement quelques stipulations qui vous paraîtront stupides, inadmissibles, déshonorantes pour le corps médical et auxquelles, nous autres, par la force des choses, avons dû nous soumettre, tant et si bien que nous n'en sentons plus bien nettement l'invraisemblable absurdité.

C'est ainsi que pour bon nombre de nos confrères, surtout parmi les plus jeunes d'entre eux, la notion du secret professionnel commence déjà à perdre de

sa netteté. Lorsque pour tous les assurés, et cela représente parfois les 9/10 de la clientèle, le médecin est tenu d'indiquer en toutes lettres la maladie dont est atteint son patient, il s'habitue à considérer un diagnostic comme une chose qu'il n'y a pas lieu de garder soigneusement pour soi. Les bulletins de maladie passent par bien des mains, dans les bureaux des Caisses. Légalement les employés des Caisses sont tenus au secret professionnel. Mais peut-on s'y fier, surtout dans les Caisses de moindre importance ? Plus d'un malade n'ose pas y compter et préfère souvent se faire traiter à titre privé par son médecin, plutôt que de voir figurer l'avarie, la tuberculose ou le cancer à son dossier. J'ai moi-même actuellement en traitement deux avariés qui sont dans ce cas ! Est-ce que la loi française voudra imposer cette violation tout à fait générale du secret professionnel, à laquelle la plupart des confrères de l'intérieur je suppose, se refuseront ? Et d'autre part, comment organiser un contrôle *quelconque* sans l'indication de la maladie ? Récemment à propos d'une violation du secret par une Caisse rattachée directement à l'administration, je me suis rendu au secrétariat de la Caisse et ai déclaré que pour un seul fait de ce genre qui se reproduirait tous les médecins d'Alsace cesseraient d'indiquer leur diagnostic, ce qui rendrait impossible tout contrôle et coûterait très cher à la Caisse (la Caisse paye à la visite !)

Je le répète, notre système est déplorable sur bien des points, mais les dispositions légales sont là et nous ne trouvons pas moyen d'y échapper. Rendez-vous bien compte que tout le système de l'assurance obligatoire efface peu à peu la notion si fondamentale du secret professionnel.

Dr E. WENNAGEL.

LÉGISLATION

La déclaration obligatoire des fœtus.

Lorsque le médecin, ou la sage-femme, assiste à une naissance, il doit faire la déclaration de la naissance à l'officier de l'état civil, à défaut du père de famille. L'article 55 du Code civil est très net à ce sujet. Mais, lorsque le praticien donne ses soins à une malade, pour un avortement, le père de famille ou le docteur doit-il faire la déclaration de la venue du fœtus, ou de l'embryon ?

Discussion juridique.

Les articles 55 et 56 du Code civil ne parlent que d'enfant et non de fœtus ; l'article 346 du Code pénal ne vise que l'accouchement. Il semble donc que les rédacteurs des Codes n'aient envisagé que l'obligation de la déclaration des produits viables de la conception, c'est-à-dire les enfants venus après six mois de vie utérine.

La jurisprudence s'est rangée à cette manière de voir.

D'après la Cour de Cassation (Crim. 7 août 1874, D, 1875, 1, 5 ; — S. 75, 1, 41) et plusieurs Cours d'appel, on ne doit déclarer à l'officier de l'état civil que l'être venu au monde après six mois de gestation, c'est-à-dire légalement réputé viable (voir Dalloz, suppl. au répert. alphab. v°. Crimes et délits contre les personnes, n° 375).

Plus près de nous, le Tribunal correctionnel de Toulouse, 2 déc. 1896 (D. 1897, 2, 268) a également jugé que la déclaration et la présentation du produit d'un accouchement avant terme ne sont pas obligatoires et l'accouchement doit être considéré comme survenu avant terme, quand il a lieu avant six mois de gestation.

Cependant, antérieurement à l'arrêt de Cassation précité, la Cour de Metz (24 août 1854, D. 1854, 5, 431) et celle de Paris (15 février 1865, D. 1865, 2, 139) avaient jugé « qu'à quelqu'époque que la gestation soit parvenue, pourvu que ces enfants présentent les formes d'un être humain », ils doivent être présentés à l'officier de l'état-civil, qui demeure seul juge de la question de savoir s'il y a lieu de procéder à la rédaction d'un acte de décès.

Textes réglementaires.

Malgré l'interprétation donnée par la Cour de Cassation du texte des articles 55 et 56 du Code civil, des arrêtés ont été pris, par l'autorité administrative, pour exiger des médecins et sages-femmes la déclaration de tout fœtus et embryon (circulaires du préfet de la Seine des 18-26 novembre 1868, du 15 janvier 1869, du 28 janvier 1875, du 26 juillet 1882, du 10 janvier 1886, du 27 mars 1888, du 16 juin 1903 (voir *Bulletin* de la Société de médecine légale, XVIII, p. 135).

Des arrêtés analogues ont été pris dans d'autres villes, notamment à Lyon (Lacassagne, du rôle du médecin dans la révision du Code civil. *Archives d'Anthropologie criminelle*, 1906, p. 81).

En ce qui concerne la ville de Paris, la déclaration est exigée pour tout fœtus et embryon ayant atteint l'âge de six semaines.

Ces décisions réglementaires sont-elles obligatoires pour le médecin ?

Un fonctionnaire est obligé de respecter les circulaires et décisions émanant de l'autorité administrative. Mais le médecin traitant n'est pas un fonctionnaire. Doit-il néanmoins obtempérer à ces arrêtés du préfet, ou du maire ?

La négative a été soutenue : ces décisions réglementaires ne sont pas obligatoires pour le médecin, car il n'est pas loisible, à l'autorité administrative, de légiférer, en ajoutant aux obligations imposées par la loi (Rocher, Soc. de médecine légale, VII, p. 571).

D'autres auteurs au contraire, estiment que la légalité de ces arrêtés n'est pas douteuse (Beurdeley,

Soc. de médecine légale, XVIII, p. 51 ; Brouardel, la responsabilité médicale, p. 200 ; Perreau, Éléments de jurisprudence médicale, p. 374).

D'après ces juristes, ces décisions ne sont pas prises pour interpréter l'article 56 du Code civil, mais pour assurer la moralité, la tranquillité et la salubrité publiques, qui sont de la compétence de l'autorité municipale.

Vœux émis dans le sens d'une obligation à la déclaration.

Dans sa séance du 25 janvier 1921, la commission départementale de la natalité de l'Isère a émis le vœu suivant :

« La commission, considérant qu'il est d'une très grande importance pour la répression de l'avortement que la déclaration légale des morts-nés à l'officier de l'état civil soit strictement imposée aux médecins ou sages-femmes ayant assisté à l'accouchement.

« Considérant que la loi ne précise pas à partir de quelle durée de gestation le fœtus doit être ainsi déclaré et que la jurisprudence (arrêt de Cassation du 7 août 1874) admet que la présentation de fœtus, à l'officier de l'état civil, n'est pas obligatoire, si la gestation a duré moins de six mois, d'où il suit qu'en pratique, à la faveur de cette appréciation de durée, laissée à l'arbitraire des médecins ou sages-femmes, la déclaration des morts-nés ne se pratique qu'exceptionnellement.

« Émet le vœu que les articles 56 du Code civil et 346 du Code pénal soient complétés, en ce sens que la déclaration à l'officier de l'état civil soit obligatoire, quand le fœtus présente un sexe distinct. »

La Société de médecine légale et la société de Prophylaxie sanitaire et morale ont été saisies de ce vœu.

La Société de médecine légale de France, dans sa séance du 11 avril 1921, a, après discussion, adopté le vœu suivant :

« La déclaration exigée par les articles 55 et suivants du Code civil applicable aux cas de mortinatalité, est obligatoire pour toutes les personnes astreintes par le Code civil tant à la déclaration des naissances qu'à la déclaration des décès ; cette déclaration s'applique à toute expulsion avant terme de produits ayant forme humaine. »

La Société de prophylaxie sanitaire et morale a également discuté le vœu de l'Isère, dans ses séances du 3 mai et du 4 juin 1921.

Elle a estimé que la question des avortements était trop complexe pour pouvoir être solutionnée ainsi, par une simple modification au Code civil. Cette déclaration obligatoire des fœtus n'entraverait nullement les avortements criminels, alors qu'à la 4e page des journaux s'étalent des réclames peu déguisées.

Motifs favorables à la déclaration obligatoire.

Disons de suite, qu'au point de vue de l'état des personnes et des successions, la déclaration des morts-nés a une certaine importance : la preuve de la mort d'un enfant viable est consignée dans les registres de l'état civil et toute personne intéressée peut en prendre connaissance.

Il n'en est pas de même de la déclaration des fœtus, lesquels, n'étant pas viables, ne sont pas en aucun cas capables d'hériter.

Mais deux autres raisons, en faveur de la déclaration, sont plus importantes.

La première, c'est qu'il est décent de faire donner, à ces petits corps, une sépulture décente et convenable, au lieu de tolérer qu'ils soient jetés n'importe où.

La seconde consiste dans la nécessité de connaître l'expulsion de tout les produits de la conception, afin de s'enquérir s'ils n'ont pas été victimes de crimes (avortement provoqué).

Une modification, par voie législative, de l'article 56 du code civil serait-elle nécessaire ?

Une loi aurait une autorité incontestée ; mais cette modification du Code civil pourrait se faire attendre longtemps, car les parlementaires n'attachent, en général, d'intérêt qu'aux questions retentissantes, permettant de placer des discours aussi longs qu'inutiles, ou donnant la possibilité de renverser un ministère. C'est pour ce motif que de nombreuses propositions de lois, plus importantes que cette déclaration du fœtus, dorment dans les cartons du Parlement et ne verront probablement jamais le feu de la discussion à la tribune.

Reste alors la voie administrative : le maire peut, comme ceux de Paris (préfet de la Seine) ou de Lyon, réglementer par voie d'arrêtés municipaux. Il suffirait de convier le maire de chaque commune à décider que sera désormais obligatoire la déclaration des fœtus et embryons.

Mais nous faisons toute réserve sur la légalité de ces arrêtés et la Cour de Cassation pourrait parfaitement les casser comme violant la loi, ou le Conseil d'État les annuler, comme entachés d'excès de pouvoir.

A quel âge de gestation devrait-on déclarer ces fœtus ?

Le vœu de la commission de la natalité de l'Isère, cité plus haut, fixe comme âge de l'embryon, l'époque à partir de laquelle il présente un sexe distinct.

Cette distinction de sexe se fait en général vers la 8e semaine de vie intra-utérine. Mais, est-il bien nécessaire de fixer un âge ? Pourquoi ne pas adopter plutôt la formule de l'arrêt précité de la Cour de Paris du 15 février 1865, « pourvu que ces enfants présentent les formes d'un être humain ».

C'est d'ailleurs, la même rédaction qu'a adoptée la Société de médecine légale : « produits ayant forme humaine ».

Par qui faire faire ces déclarations ?

Comme le prescrit l'article 56 du Code civil : par

RECOUVREMENTS

D'HONORAIRES MÉDICAUX

M. Louis AUDEBERT, Avocat, ***Directeur du Contentieux de Syndicats Médicaux. Administrateur d'immeubles.***

5, rue des Saints-Pères, PARIS, Tél. Saxe 48-53.

Pour toute demande de renseignements écrire à Me Audebert, en joignant un timbre pour la réponse.

Changements d'adresses

Nous rappelons à nos lecteurs que toute demande de changement d'adresse doit être accompagnée de 0 fr. 60 pour frais de réimpression de bande.

AVIS

—

Stations thermales

Stations d'altitude.

Nos lecteurs qui désirent voir leur nom figurer dans les listes que nous publions actuellement sont priés de nous en informer

—

Envois de fonds.

Pour l'envoi des abonnements et des cotisations aux filiales, nous rappelons que le moyen le plus pratique et le plus économique est le versement au compte de chèques postaux dont voici les nos :

Concours Médical, Paris, 167-95.

Sou Médical, Paris 182-31.

Mutualité Familiale Paris, 182-32.

Caisse des pensions de retraites du Corps médical français. Paris, 271-46.



le père de famille d'abord, et, à son défaut par le médecin, ou la sage-femme, ou toute autre personne ayant assisté à l'accouchement.

Mais cette déclaration devrait toujours respecter les obligations du secret professionnel (article 378 du Code pénal) et, par suite, si le médecin fait la déclaration en l'absence du père de famille, il devra se contenter de donner l'adresse et le nom d'emprunt de la mère, uniquement pour que le médecin de l'état civil puisse faire les constatations.

Motifs hostiles à la déclaration obligatoire.

En pratique, une telle déclaration ne servira de rien. Beaucoup de personnes, à Paris, où la déclaration s'impose en vertu d'un arrêté du préfet de la Seine, n'osent pas faire la déclaration d'un avortement même non criminel, ni provoqué.

Les employés de mairie connaissent mal leur métier et surtout n'ont aucun souci du secret. Ces fonctionnaires se croient, au nom de la puissance publique, obligés d'être souvent mal gracieux, parfois impolis ; ils discutent à haute voix, sans souci des tiers qui écoutent.

Puis, ils ignorent souvent les règlements administratifs, qui sont trop nombreux, tracassiers, contradictoires, s'ils ne sont pas incohérents. Les formes règlementaires à observer sont peu pratiques et tatillonnes.

Enfin, à Paris, l'administration envoie à domicile un employé des Pompes funèbres, avec son costume aussi inesthétique que reconnaissable de loin, pour enlever le petit corps, au su et au vu de toute la maison.

Aussi, notre administration, qui est trop théoricienne, et pas assez pratique, conduit-elle les gens à faire disparaître les fœtus, même ceux provenant d'avortements normaux, pour éviter les formalités tracassières.

Comment, dès lors, obtenir la déclaration des avortements criminels, justement de ceux qui ont intérêt à rester secrets ?

Enfin, comme dernier argument, ce n'est pas cette déclaration qui entravera la pratique de l'avortement. Les causes sont profondément sociales et il faut opposer des remèdes sociaux et non pas des textes de loi, ni des décisions de jurisprudence

Combien de pauvres femmes, obligées par des considérations d'existence et de pain à gagner, se font-elles avorter. Elles n'oseront pas alors faire appel au médecin, ou à la sage-femme, pour les délivrer, de peur de la déclaration. Lorsqu'elles se décideront à avoir recours à l'homme de l'art, il sera souvent trop tard : elles seront sur le point de succomber à l'hémorrhagie ou à l'infection. Et pour avoir voulu protéger les naissances, le législateur sera la cause de la mort de nombreuses femmes adultes.

C'est en aidant la femme à élever ses enfants ; c'est en réhabilitant la fille-mère, souvent victime des promesses mensongères des séducteurs, que le législateur enrayera en partie les doctrines de Malthus. Mais à mon avis, toute mesure de répression sera inopérante.

Quelle pénalité serait-elle encourue, en cas de non déclaration ?

Celle prévue par l'article 346 du Code civil, si une loi intervenait pour rendre obligatoire la déclaration. (6 jours à 6 mois de prison et 16 à 300 francs d'amende). Celle de simple police, seule possible actuellement, comme violation des arrêté municipaux (5 francs d'amende, art. 472, 150 du Code pénal).

Avouons que c'est bien peu de chose et ces pénalités ne s'appliqueront qu'aux innocents, ayant contrevenu aux formalités de déclaration d'un avortement non criminel.

Mais les coupables, ceux qui ont sciemment provoqué l'avortement, préféreront ne pas déclarer : sont-ils pris, on leur appliquera les pénalités prévues ci-dessus ; déclarent-ils, au contraire, un avortement, qui, ultérieurement est constaté comme étant criminel, ils encourront la cour d'assises. Il vaut mieux donc ne pas déclarer.

Disons encore que souvent le médecin ne sera appelé que pour retirer le placenta : le fœtus aura disparu. D'où impossibilité de déclarer ce produit de conception, qui n'a pas forme humaine.

Conclusion.

Aucun texte de loi n'oblige le médecin à faire, actuellement, la déclaration, en l'absence du père de famille, de tout enfant de moins de six mois de vie intra-utérine.

Les textes règlementaires, arrêtés municipaux ou autres, ont une valeur discutable, au point de vue juridique. Il est préférable, pour mes confrères, de s'y conformer, lorsque, dans leur commune, le maire aura pris un arrêté dans le sens de l'obligation à la déclaration. Mais, en cas de conflit, le « Sou médical » étudiera, avec ses avocats conseils, s'il y a lieu de se pourvoir en Cassation, ou d'en déférer au Conseil d'État, selon les circonstances.

Dr Paul BOUDIN.

LA VIE SYNDICALE ET PROFESSIONNELLE

I

Les médecins qui se démonétisent eux-mêmes.

Nous nous étonnons souvent de voir avec quelle peine le médecin arrive à vivre ! Hélas ! nous sommes trop souvent les premiers coupables. Je viens d'apprendre un petit fait qui, venant après plusieurs autres, me fait un peu perdre patience.

X. est une grosse ville de près de 200.000 habitants, ayant Ecole de médecine.

Nos maîtres, médecins des hôpitaux, professeurs à l'Ecole continuent malgré leurs titres et leur valeur scientifique à ne pas élever leurs honoraires, que dis-je, ils prennent moins cher qu'un jeune confrère sans titre « *avant la guerre* ».

Jugez-en plutôt : le Dr X., accoucheur et professeur à l'Ecole, prend facilement 200 francs pour un accouchement simple ; mais voici le dernier fait. celui pour lequel je vous écris.

Le docteur Z., chirurgien en chef des hôpitaux, professeur à l'École, reçoit dernièrement la visite d'une dame de bonne aisance, venant consulter pour perte et craignant un fibrome. Le Dr Z. lui donne rendez-vous à sa clinique, pratique un examen gynécologique que je suppose avoir été, comme il devait l'être, complet et aseptiquement pratiqué, avec doigtiers et gants de caoutchouc, rassure sa cliente, formule une banale ordonnance et lui dit de repasser. La malade revient en effet quelques jours après, contente, et ne se sentant plus aucun malaise, un peu de nervosisme sans doute.

Devinez le prix du professeur pour ces deux visites dont, je le répète, un examen gynécologique complet ..... 10 francs : *je dis 10 francs* !

Alors, quels prix prendront les jeunes qui n'ont que peu ou pas de titres !..... Est-ce cela de la bonne confraternité ? Vraiment nos maîtres abusent, et qu'ils ne se croient pas plus considérés et méritant de la reconnaissance.

Le mari de cette dame était fort étonné et qui sait si sa considération pour le professeur n'a pas été un peu diminuée par ce prix ridicule .....

Dr B.

Réponse.

Ceci prouve que les PROFESSEURS de votre centre d'enseignement n'ont qu'une conscience très modeste de leur valeur, puisqu'ils sous-cotent aussi bas les soins qu'ils donnent à leurs malades.

Soyez assuré que ceux-ci s'en rendent parfaitement compte et n'ont eux-mêmes qu'une médiocre considération pour eux.

Il est déplorable de voir des médecins qui prétendent sans doute appartenir à une élite se démonétiser aussi délibérément.

Qu'en pense votre Syndicat ? Ne pourrait-il leur suggérer de s'estimer mieux, et de ne pas concurrencer ainsi les modestes praticiens, leurs confrères ?

II

Reproduction d'un certificat délivré par une sage-femme parisienne dans lequel on remarquera la grande valeur scientifique du diagnostic formulé.

Je certifie que Madame A..., demeurant à Paris, *se retourne les sens à cause de ce qui se passe en ce moment*, et donne du mauvais lait à son enfant qui le rend malade, elle est obligée de partir à la campagne pour son bébé ; son lait finirait par se passer complètement.

Signé X... sage-femme.

Paris, 14 mars 1918.

III

Déclaration des maladies professionnelles.

Nos confrères savent que la loi du 25 octobre 1919, dans son article 12, ordonne à tout médecin de faire la déclaration de chaque maladie, ayant un caractère professionnel. Cette déclaration est obligatoire, dans le but de prévenir les maladies professionnelles et pour permettre l'extension ultérieure de la loi.

La liste de ces maladies professionnelles à déclarer a été dressée par la commission supérieure et a fait l'objet du décret du 4 mai 1921.

Ce sont les suivantes :

a Maladies consécutives à une intoxication saturnine :

1° Les coliques de plomb ;
2° Le rhumatisme saturnin ;
3° Les anémies saturnines ;
4° Les paralysies saturnines ;
5° L'encéphalopathie saturnine ;
6° La néphrite saturnine ;
7° La goutte saturnine ;
8° L'amaurose saturnine ;
9° L'artériosclérose saturnine ;
10° Les cirrhoses du foie saturnines ;
11° Les tremblements saturnins ;
12° La cachexie saturnine.

b) Maladies consécutives à une intoxication mercurielle :

1° La stomatite mercurielle ;
2° Les tremblements mercuriels ;
3° Les troubles nutritifs mercuriels ;
4° La cachexie mercurielle ;
5° Les paralysies mercurielles.

La déclaration doit être faite au Ministre du Travail, par l'intermédiaire de l'Inspecteur du Travail ou de l'ingénieur des mines à l'aide d'une formule contenue dans une carte-lettre circulant en franchise. Nous en donnons ci-après le modèle, en indiquant à nos lecteurs qu'ils peuvent se procurer gratuitement des carnets de cartes-lettres de déclaration en s'adressant au Directeur du service de contrôle des assurances privées au Ministère du Travail, 80, rue de Varenne, Paris, VIIe.

Dr Paul BOUDIN.

Nom et adresse du malade : ....

....

Profession : ....

....

Maladie-Intoxication { *saturnine* / *mercurielle*

N° ....

Date : ....

OBSERVATIONS :

LOI du 25 Octobre 1919

Déclaration de Maladie Professionnelle

.............................., le .... 192....

Nom du Malade : ....

Adresse : ....

Employé chez ....

Adresse : ....

Nature de l'exploitation : ....

En qualité de ....

Intoxication { *saturnine* (1) .... / *mercurielle* (1) ....

ayant donné lieu aux manifestations N° ....

OBSERVATIONS (2)

....

....

....

....

....

Nom et adresse du Médecin ....

....

(1) Effacer la dénomination qui ne convient pas.

(2) Consigner ici les observations que le médecin jugerait utiles sur les symptômes de la maladie et les conditions dans lesquelles elle a été contractée.

IV

Le bloc médical.

Nous lisons, dans le Scalpel *du 9 juillet dernier, l'intéressant article de notre excellent confrère, le Dr* DEJACE, *que nous sommes heureux de reproduire*

Il est parfois intéressant de jeter un coup d'œil par-delà nos frontières et voir ce qui se passe chez nos voisins.

En France, de graves scissions, menaçaient de diviser le corps médical sur des questions d'ordre général. Nous ne parlons pas de l'éternelle question des rapports entre médecins et mutualistes, les conflits de l'espèce subissent d'étranges fluctuations suivant la plus ou moins forte cohésion des groupements médicaux locaux.

En France, où il existe depuis longtemps un groupe médical parlementaire, nos confrères n'ont pas eu beaucoup à se louer de l'intervention de ces députés plus politiciens que praticiens. Peu de temps après qu'un médecin a franchi le seuil du Palais-Bourbon et s'est assis sur le fauteuil envié, son parchemin médical ne pèse plus lourd dans ses préoccupations. Elu, il fera tout pour satisfaire ses électeurs et assurer la pérennité de son siège à lui. Il y a bien les confrères qui, de temps à autre, viennent secouer sa torpeur, mais ils ne sont qu'une pincée dans la masse. Ils ont de l'influence... et cela mérite réflexion.. mais aussi pourquoi ne sont-ils pas satisfaits ? Peut-être murmure-t-il le mot du chef de gare dans le train de plaisir : Est-ce que je pratique, moi ?

Nous avons eu, nous aussi, nos médecins parlementaires en Belgique. En règle générale, ils ont été bons princes à notre endroit.

Mais, quand ils prenaient la parole sur une question d'ordre médical professionnel, leurs collègues semblaient dire, avec un air molièresque : vous êtes orfèvre !

Sur qui devons-nous compter ?

Mais tout simplement sur nous-mêmes, sur nos forces solidement groupées en Unions professionnelles et bien réunies par le lien fédéral de la Fédération Médicale.

Bloc médical, unité de front, sont les seuls moyens de défense mis à notre disposition.

Revenons à nos amis de France, qui semblent devoir sortir victorieux d'une lutte d'autant plus pénible qu'elle a pour terrain la loi du 31 mars 1919 sur les pensions des victimes de la guerre.

Les médecins exigent que l'article 64 de cette loi subordonne nettement et clairement l'établissement des soins à une entente avec les syndicats médicaux. Nos confrères français ne veulent pas de la taxation officielle.

Tous les moyens ont été mis en œuvre pour fêler le bloc des médecins français L'administration ne peut se tromper, c'est entendu. Elle préfère fermer les yeux sur le dévouement des praticiens pour pouvoir stigmatiser les prétentions de ces Shylock.

Nous lisons dans le numéro de mai du *Médecin Syndicaliste*, organe de l'Union des Syndicats médicaux de France, quelques mots bien typiques, du dévoué docteur Lafontaine :

....

Ces quelques phrases à l'emporte-pièce ne confirment-elles pas l'urgente nécessité du bloc médical sur toutes les questions.

Les médecins français repoussent la taxation qu'on veut les forcer à accepter pour leurs soins aux pensionnés.

Ils soignent ces malheureux, mais ils les soignent comme des malades ordinaires et se refusent à remplir un quelconque papier administratif et déclarent, avec raison, que si les mutilés et blessés se voient refuser les médicaments ordonnés, sous un prétexte de forme, parce que les ordonnances ne sont pas rédigées sur papier administratif, c'est que l'administration fait passer la « forme » avant l'intérêt des bénéficiaires de la loi.

Prenons exemple sur l'énergique attitude de nos amis de France.

Dr L. Dejace.

V

Syndicat médical de Béthune.

(12 juin 1921).

Fédération des Syndicats médicaux du Pas-de-Calais. — M. le Président demande l'avis des membres du Syndicat sur l'opportunité de reconstituer la Fédération des médecins du Pas-de-Calais. Les difficultés sont à présent aplanies et tous les Syndicats du département sont disposés à l'union et la collaboration étroites.

A l'unanimité, les membres présents se prononcent pour la réorganisation de la Fédération du Pas-de-Calais et décident, en outre, de joindre cette Fédération à sa voisine, la Fédération des médecins du Nord.

Examen des enfants de la colonie scolaire de Camiers. Inspection médicale des écoles. — La discussion s'engage ensuite sur l'examen des enfants désignés pour la colonie scolaire de Camiers et sur l'inspection médicale des écoles. Le département alloue une somme de 0,30 centimes par enfant examiné. Cette somme dérisoire ne répond nullement au temps nécessité pour l'examen de l'enfant et la rédaction de la fiche le concernant. Différents avis sont exprimés tant à ce sujet qu'à celui de l'inspection proprement dite des écoles. Les uns envisagent une somme forfaitaire, d'autres un tarif à l'heure (de 20 à 30 francs), d'autres enfin, le tarif à la visite par unité.

Le confrère Hémery qui a pris une large part à la discussion ne peut cependant donner de directives précises. Il accepte la mission d'étudier la question de très près et de rédiger un rapport pour la prochaine réunion sur le fonctionnement de l'inspection médicale des écoles à titre d'indication. L'Assemblée appelée à émettre une opinion sur la façon d'honorer les médecins à cet effet se prononce pour le paiement à la visite par enfant inscrit sur les registres de l'école.

Vaccinations. — Après discussion, il est entendu que le prix de 0,50 centimes par vaccination est accepté avec toutefois une allocation minima de la somme de dix francs, à titre de vacation. Il est bien convenu que le tarif s'applique aux enfants inscrits sur la liste d'assistance et les confrères peuvent faire payer les vaccinations faites au cours de la même séance aux enfants non indigents.

Mutilés. — Lecture est donnée de la longue et fort intéressante communication des confrères Lafontaine et Quivy, secrétaires de l'Union des Syndicats médicaux de France. Le Président déclare que le Bureau du Syndicat de l'arrondissement de Béthune, réuni d'urgence pour répondre immédiatement à la demande de l'Union des Syndicats, s'est prononcé sans restriction en faveur des propositions de l'Union. Cependant, des protestations s'élèvent contre les cinq catégories de médecins instituées par le Ministre. Le Corps médical, ne peut supporter d'être ainsi catalogué et ne comprend rien à cette classification. Aussi le vœu suivant est-il adopté avec enthousiasme à l'adresse de l'Union :

« Le Syndicat médical de l'arrondissement de Béthune, réuni en Assemblée générale, le 12 juin « 1921, après avoir pris connaissance des communications de l'Union, décide de ratifier la décision « prise par son bureau, le 4 juin dernier, d'accepter « les propositions faites dans la lettre du 31 mai et « prie instamment l'Union des Syndicats médicaux « de France de lutter pour la suppression des catégories qu'il ne peut admettre dans aucun cas, estimant cette façon de procéder profondément injuste ; il insiste en outre, pour que le tarif des spécialistes soit élaboré à bref délai. Enfin, à l'una-

La Médication Alcaline

PAR

LA REINE DE VALS

(Eau naturelle, carbo-gazeuse, bicarbonatée mixte, moyennement minéralisée, [3 gr. 21])

MEMENTO THÉRAPEUTIQUE

PREMIÈRE ENFANCE

Diarrhée estivale,
Diarrhée verte, Gastro-entérite,
Choléra infantile.

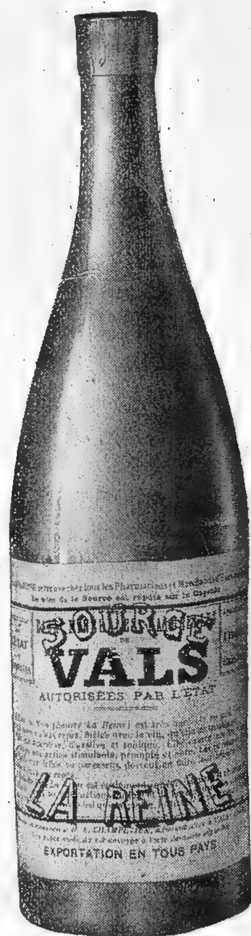
NOUVEAU-NÉS.

Accidents aigus : Diète hydrique exclusive réalisée avec la *Reine de Vals* prise par cuillerées à soupe, pure et froide, toutes les heures, pendant 24 à 48 heures au maximum.

ENFANTS AU-DESSOUS DE SIX MOIS

Même méthode : un demi-biberon de *Reine de Vals* toutes les deux heures.

Reprise de l'alimentation lactée : Commencer par une cuillerée à soupe de lait dans un demi-biberon de *Reine de Vals*. Augmenter graduellement la proportion de lait, par cuillerées à soupe.



ADULTES

Dyspepsies, Gastrite,
Infections gastro-intestinales,
Lithiase biliaire,
(*dans les périodes de calme*)

Eau de cure : un verre de *Reine de Vals*, pure et froide, toutes les heures, à l'exclusion de toute autre alimentation, pendant un à deux jours, dans les états aigus.

Etats chroniques : Un verre deux ou trois fois par jour, une heure avant les repas.

Eau de régime : au repas, pure ou additionnée d'un tiers de Vin blanc.

Maladies infectieuses :
Fièvres typhoïdes et paratyphoïdes,
Grippe

Comme boisson par doses de 100 gr. jusqu'à concurrence d'une bouteille par 24 heures.

Diathèse arthritique et neuroarthritique

Véhicule des médicaments indiqués, selon les cas : Arsenic (Arséniate de soude, Liqueur de Fowler), Iodures alcalins, Bromures alcalins, Poudres alcalines, poudre de Ferrier...

L'Eau de la Reine se trouve dans toutes les pharmacies, chez tous les marchands d'Eaux et dans les dépôts de la Cie fermière de Vichy. On peut également s'adresser à **M. CHAMPETIER à VALS-LES-BAINS** (*Ardèche*).

« nimité, il adresse ses félicitations les plus chaleu« reuses aux dirigeants de l'Union et, en particulier, « aux docteurs Lafontaine et Quivy qui, en l'occa« sion, ont été les champions de la lutte pour la dé« fense des intérêts du Corps médical français tout « entier ».

Congrès des caisses de secours à Lens. — M. le Président rappelle l'invitation faite au Bureau du Syndicat par les délégués des Caisses de secours des ouvriers mineurs pour assister au Congrès de Lens le 27 février dernier. Il a accepté avec joie cette invitation et s'y est rendu en compagnie des docteurs Berche, Bridoux, Lecat et Lejeune. Pour résumer toute sa pensée, il ne peut mieux la traduire qu'en lisant l'article du journal *La Tribune* qui rapporte très exactement les faits tels qu'ils se sont passés. Cet article est ainsi rédigé : « Maes ouvre la séance à « 2 heures 1/4, en exposant à nouveau le langage que « nous devons tenir aux médecins. Nous ne leur de« manderons pas de nous faire des courbettes, de« mandons-leur simplement de nous traiter en cama« rades, tout en gardant leur conscience de médecin « et leur indépendance personnelle. La délégation « du Corps médical étant annoncée, Méry les invite à « rentrer. Les médecins sont 5, ayant à leur tête le « docteur Thilliez, président du Syndicat Médical de « l'arrondissement de Béthune, Maes, au nom du « Congrès, leur souhaite la bienvenue et retrace « l'effort dont ont fait preuve de nombreux docteurs « rentrés dans la zone dévastée, auquel, dit-il en pas« sant, il est heureux de rendre hommage. Puis fai« sant l'exposé général de la discussion du matin, « Maes passa rapidement en revue tout le système « médical, demandant aux docteurs de dire ce qu'ils « comptent faire pour réformer les habitudes du « passé.

« Jusqu'ici, dit-il, nous avons tous travaillé loin des « uns et des autres ; aujourd'hui, les administrateurs « en majorité partout, ont, pour devoir, de recher« cher les possibilités de faire mieux que l'exploitant « n'a fait jusqu'à présent. Nous avons des comptes « à rendre à nos ouvriers, nous voulons leur assurer « un mieux-être. En véritables camarades, nous vous « ouvrons notre cœur et vous demandons, Messieurs « les médecins, de nous dire dans quelles conditions « vous comptez nous aider pour accomplir la lourde « tâche que vous connaissez.

« M. le Dr Thilliez remercie Maes du vivant exposé « qu'il vient de faire ainsi que du dévouement qu'il « apporte chaque jour pour l'amélioration du sort « des travailleurs. Il remercie ensuite le Congrès d'a« voir bien voulu réserver à la délégation un accueil « fraternel.

« Vous avez, dit-il, Monsieur Maes, fait l'exposé du « travail que nous désirons nous aussi. Nous sommes « tous d'accord et vous avez allégé ma tâche, car vos « vues sont les nôtres. Nous voulons être assurés, « dans l'exercice de nos fonctions, de l'indépendance « que vous réclamez de nous. Faites-nous confiance, « vous êtes assurés d'avance de la nôtre. Nous enten« dons mettre notre science et nos capacités intel« lectuelles au profit des petits, car nous savons com« bien ils sont malheureux.

« Constitués en Syndicat, notre seul souci est de « faire bien. Nous aussi, nous voulons rompre avec le « passé, mais faut-il encore que vous nous aidiez pour « affranchir définitivement notre indépendance. Si, « des différends surgissent entre Sociétés et médé« cins, informez-nous : le Syndicat tranchera les « questions dans l'intérêt général.

« Soyez assurés que nous ne soutiendrons pas les « abus ; devant nous, nous ne devons voir que des « hommes libres. Tant pis, si des médecins de fortes « circonscriptions trouvent diminué le nombre de « leurs sociétaires, c'est afin qu'ils puissent rendre « entièrement les services qui leur sont réclamés. En « principe, nous disons qu'un médecin ne doit pas « avoir au-delà de quinze cents sociétaires, excéder ce « nombre lui est impossible pour faire du bon travail. « Etablissons une Commission de trois membres « ouvriers et de trois médecins, tenons des relations « constantes et étroites, de Syndicat à Syndicat, si « vous voulez être assurés d'un meilleur fonctionne« ment au sein des caisses de secours et pour les acci« dents du travail. S'il y a des faibles chez nous, nous « les relèverons de leurs fonctions, déclare en subs« tance un médecin, car, nous avons la certitude « d'obtenir la confiance mutuelle qui nous est si né« cessaire.

« Après un si bel exposé plein de franchise, Maes « remercie à son tour et fait connaître que le Congrès « va délibérer au sujet de l'augmentation des tarifs ; « puis les médecins se retirèrent.

« Il est alors décidé d'admettre en principe l'aug« mentation des soins médicaux et que cette aug« mentation partirait du 1er mars courant, exception « faite pour les Sociétés qui ont déjà traité.

« Les délégués reçurent la mission de discuter, au « sein de leur Société respective, sur cette question « d'augmentation du traitement médical.

« Méry est chargé d'écrire au président du Syndi« cat médical pour l'informer de la décision prise par « les Administrateurs.

« La Commission qui se compose d'un membre par « Société se réunira le 12 mars, à 9 heures du matin, à « Lens. C'est au sein de cette Commission que seront « désignés les trois délégués qui devront se rencon« trer avec la délégation des médecins pour les modi« fications aux statuts et l'organisation générale des « Caisses de Secours.

« Maes lève la séance en rendant hommage aux dé« légués pour leur digne attitude de représenter les « travailleurs. Le premier contact est pris, à nous de « nous mettre au travail sérieusement pour prouver « que notre Syndicat est capable d'apporter des ré« formes et plus de bien-être chez tous les travail« leurs de notre corporation ».

Méry (Ernest),
Secrétaire adjoint.

A la suite de cette réunion, le Président de notre Syndicat recevait, le 28 février 1921, la lettre suivante de M. Méry, secrétaire adjoint,

Bruay, le 28 février 1921,

Monsieur le docteur Thilliez,
Président du Syndicat des Médecins de
l'arrondissement de Béthune,

« Nous avons l'honneur, par la présente, de porter « à la connaissance du Corps médical, qu'à l'issue « du Congrès des Administrateurs des Caisses de « Secours qui s'est tenu le dimanche 27 février à « Lens, a été prise la décision suivante : le principe « de l'augmentation des tarifs fut décidé à l'unani- « mité des membres présents et ce, à partir du 1er « mars 1921. Il reste entendu que les Sociétés qui « ont déjà traité, ne peuvent s'engager par d'autre « augmentation. Les délégués de chaque Société ont « mission d'engager le plus tôt possible la conversa- « tion avec les médecins de leur circonscription, « tout en donnant l'effort nécessaire, qui puisse « donner satisfaction.

« Dans l'espoir d'une collaboration étroite de nos « Syndicats pour l'intérêt général,

« Veuillez agréer, Monsieur le Président, l'assu- « rance de nos salutations syndicalistes, avec notre « cordiale sympathie,

Par ordre : MÉRY,
Secrétaire adjoint.

Le 4 mars, après la réunion du Bureau de votre Syndicat, la lettre suivante fut envoyée à M. Méry secrétaire adjoint :

Béthune, le 4 mars 1921,

Monsieur Méry,
Secrétaire adjoint du Syndicat des Mineurs,

« J'ai l'honneur de vous accuser réception de votre « lettre du 28 février dernier écrite à la suite du « Congrès de Lens.

« Comme vous, nous désirons une collaboration « étroite de nos deux Syndicats, mais, au lieu de voir « vos délégués traiter directement avec les méde- « cins des diverses circonscriptions, nous estimons « qu'il appartient uniquement au Bureau du Syndi- « cat, qui représente tous les médecins de l'arrondis- « sement, de traiter toutes ces questions.

« Du reste, tel a bien été l'avis de votre Président, « le député Maes.

« En conséquence, nous estimons qu'il est néces- « saire de provoquer une réunion comprenant : 1° « le bureau du Syndicat médical de l'arrondisse- « ment de Béthune et 2°, les représentants de vos « Caisses de Secours à raison de un délégué par Com- « pagnie minière.

« Nous nous tenons à votre disposition pour le « jour et l'heure où vous croirez devoir faire cette « réunion ».

Le Président : THILLIEZ.

Monsieur le Président ajoute en terminant qu'un grand pas est fait vers une amélioration sérieuse, dont les bénéfices seront avantageusement ressentis de part et d'autre, que le Corps médical a tout à gagner d'une entente parfaite et d'une collaboration étroite avec les délégués ouvriers et il espère que très prochainement reprendront les pourparlers annoncés au Congrès.

Lutte antituberculeuse. — Cette question, qui paraît actuellement passionner nos dirigeants politiques, est étudiée, semble-t-il, en dehors du Corps médical, ou tout au moins avec la participation plus ou moins effacée de quelques confrères privilégiés. Cette manière de procéder ne saurait rencontrer l'approbation du Syndicat médical de Béthune en ce qui le concerne ; car il est inadmissible que ce Comité de salut public dirigé par des profanes animés de sentiments les plus élevés se dispense de la collaboration de tous les médecins. Le Syndicat décide à l'unanimité que tous les confrères sans distinction et sans aucun privilège prêteront leur concours à cette lutte antituberculeuse.

Le tarif médical est-il appliqué ? — Telle est la question posée par M. le Président et à laquelle il répond lui-même, tandis que la plupart des membres présents se taisent et se questionnent du regard. Il cite quelques faits à l'actif d'un confrère qu'il ne veut pas nommer, mais qu'il convoquera devant le Bureau pour l'inviter à se conformer à une discipline qui n'est pas précisément une entrave à la liberté, ni un abandon de la dignité. Il espère bien que l'intéressé aura à cœur de conserver les meilleurs rapports avec les autres confrères en s'appliquant désormais à l'observation des engagements pris par écrit.

Il apparaît également que, dans les régions de Lillers, le tarif n'est pas appliqué (Bruay et Carvin). Nombreux sont ceux qui traduisent leur étonnement, leur mécontentement même. Ce manquement à la parole donnée ne saurait être toléré plus longtemps et le Syndicat décide d'écrire une lettre personnelle recommandée aux dissidents en leur rappelant leurs engagements et l'application impitoyable des statuts à la première récidive. Le Président ajoute pour terminer qu'il ne suffirait pas, en cas de faute prouvée, de donner sa démission; cette démission pourrait se transformer en exclusion, sous réserve, en plus, des sanctions prévues au règlement.

SOU MÉDICAL

Les membres du Sou médical sont instamment priés de bien vouloir régulariser leur situation en envoyant la cotisation de l'année 1921 au trésorier Dr Gassot, à Chevilly (Loiret).

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations.

— Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu. — Un cours de perfectionnement sur les notions récentes médico-chirurgicales, sur le diagnostic et la thérapeutique des maladies du tube digestif sera fait aux amphithéâtres Trousseau et Bichat.

Cet enseignement de vacances, d'ordre essentiellement pratique, commencera le lundi 12 septembre 1921, à 9 heures, sous la direction de M. le professeur agrégé Maurice Villaret, médecin des hôpitaux, et avec la collaboration de MM. Lardennois, Herscher, Guilleminot, Lippmann, Chabrol, Leven, François Moutier, Henri Bénard, Saint-Girons, Dufourmentel et Coury, Paul Descomps, Dumont et Deval, Durey, Dausset, Lagarenne et Gérard.

Il aura lieu régulièrement, le matin à 9 heures, l'après-midi à 14 h. 30.

Le cours comprendra 30 leçons et sera complet en deux semaines : il sera illustré de planches et de projections et accompagné de présentations de malades, d'instruments, de pièces et de préparations microscopiques. Il portera plus spécialement sur l'examen clinique au lit du malade et sur les procédés récents de la thérapeutique médicale, chirurgicale, physiothérapique et hydrominérale.

Les élèves seront exercés individuellement à l'examen des malades présentés, aux manœuvres thérapeutiques, au maniement des appareils, aux recherches de laboratoire s'appliquant à la clinique courante, et pourront emporter les préparations exécutées par eux. Des sommaires détaillés résumant chaque leçon seront distribués à chaque élève.

Un voyage d'étude de 3 jours sera organisé les 23, 24 et 25 septembre à Vichy et à Châtel-Guyon. Les élèves du cours désireux d'y participer sont priés de s'inscrire à l'avance, à la Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu, auprès de M. Deval qui leur fera connaître le programme détaillé et les conditions du voyage. Les inscriptions sont limitées.

Un certificat sera délivré aux élèves à l'issue du cours. Le droit de laboratoire à verser est de 150 francs.

Seront admis les docteurs français et étrangers, ainsi que les étudiants immatriculés à la Faculté, sur la présentation de la quittance de versement du droit. — Les bulletins et versements relatifs à ce cours seront délivrés au secrétariat de la Faculté (guichet n° 3), les jeudis et samedi, de midi à 3 heures.

DÉTAILS DES LEÇONS. — I. *L'exploration.* — Lundi 12 septembre, à 9 heures, M. Maurice Villaret : Examen clinique de l'abdomen. Interrogatoire et prise d'une observation d'un gastro-entéropathe. — 2. Lundi 12 septembre à 14 h. 30, M. Deval : Chimisme gastrique. Tubage : repas d'épreuve. Recherche de l'acide chlorhydrique libre et combiné, des acides de fermentation, des ferments, du sang, des produits de la digestion, des albuminoïdes et des substances amylacées. — 3. Lundi 12 septembre à 16 h. 30, M. Deval : Coprologie pratique. Examen microscopique des selles. Chimisme intestinal. Repas d'épreuve. Recherche du sang, de l'albumine, de la stercobiline. Dosage des graisses. Diarrhées de fermentation et de putréfaction. Examen bactériologique des selles. Notions de parasitologie intestinale. — 4. Mardi 13 septembre à 9 heures, M. Dufourmentel. Œsophagoscopie. Technique : diagnostic ; manœuvres thérapeutiques. — 6. Mardi 13 septembre à 16 h. 30, MM. Guilleminot et Lagarenne : Radiologie gastro-intestinale. Technique et aspects normaux.

II. *Les symptômes.* — 7. Mercredi 14 septembre, à 9 heures, M. Leven : L'aérophagie. Les viciations de la faim. Le psychisme du gastro-entéropathe. — 8. Mercredi 14 septembre, à 10 h. 30, M. Paul Descomps : Hémorragies gastro-intestinales. Vomissements. — Mercredi 14 septembre, à 16 h. 30, M. Saint-Girons : Constipations. Diarrhées. — 10. Jeudi 15 septembre, à 9 heures, M. Leven : Dilatation et ptose gastrique. Syndromes scolaires ; crises gastro-intestinales. — 11. Jeudi 15 septembre, à 14 h. 30, M. Maurice Villaret : La part du foie en séméiologie digestive. Influence des processus morbides hépatiques sur le tube digestif. Influence des altérations du tractus gastro-intestinal sur les réactions hépatiques.

III. *Les maladies.* — 12. Jeudi 15 septembre à 16 h. 30, M. Coury : Les affections de l'œsophage. Cancer de l'œsophage. Etude clinique et thérapeutique. — 13. Vendredi 16 septembre, 9 heures, M. Herscher : Les gastrites. La syphilis stomacale. Etude clinique et thérapeutique. — 14. Vendredi 16 septembre à 10 h. 30, M. Maurice Villaret. L'ulcus gastrique. Ulcères de la petite courbure ; symptômes, diagnostic et complications. — 15. Samedi 17 septembre à 9 heures, M. Maurice Villaret : L'ulcus de la région pylorique. Syndrome pylorique. Les ulcères du duodénum. Symptômes, diagnostic et complications, — 16. Samedi 17 septembre à 9 heures, M. Maurice Villaret : La thérapeutique médicale des ulcères de l'estomac. — 17. Lundi 19 septembre à 9 heures, M. Herscher : Le cancer de l'estomac : ses complications. — 18. Lundi 19 septembre à 14 h. 30, M. Maurice Villaret : La thérapeutique

médicale des ulcères de l'estomac. — 17. Lundi 19 septembre à 14 h. 30, M. Herscher : La thérapeutique chirurgicale des ulcères gastrique et duodénal et du cancer de l'estomac. Indications. Soins pré et post-opératoires. Résultats — 19. Mardi 20 septembre, à 9 heures, M. Paul Descomps : Les appendicites aiguës. L'appendicite chronique. Etude clinique et thérapeutique. — 20. Mardi 20 septembre à 14 h. 30, M. Dumont : Les dysenteries. L'helminthiase. Etude clinique et thérapeutique. — 21. Mardi 20 septembre à 16 h. 30. M. Maurice Villaret : La tuberculose intestinale. Etude clinique et thérapeutique. — 22. Mercredi 21 septembre à 9 heures, M. Lardennois : La stase intestinale chronique. Brides. Péricolites. Dolichocôlons. Mégacôlons. Etudes cliniques et indications thérapeutiques. — 23. Mercredi 21 septembre à 14 h. 30, M. Henri Bénard : Les occlusions intestinales aiguës. Etude clinique et thérapeutique. — 24. Mercredi 21 septembre à 16 h. 30, M. Lardennois : Les cancers des côlons. Symptômes et diagnostic. — 25. Jeudi 22 septembre, à 9 heures, M. Lardennois : Les affections du rectum. Les cancers du rectum. Etude clinique. — 26. Jeudi 22 septembre à 10 h. 30, M. Lardennois : Le traitement des cancers des côlons et du rectum. Soins pré et post-opératoires. Résultats. — 27. Jeudi 22 septembre à 14 h. 30, M. Chabrol : Les colites. Etude clinique et thérapeutique.

IV. *Les traitements généraux.* — 28. Jeudi 22 septembre à 19 h. 30. MM. Guilleminot, Durey, Dausset et Gérard : Thérapeutique gastro-intestinale par les agents physiques : radio et radiumthérapies, électrothérapie, kinésithérapie, hydrothérapie. — 29. Vendredi 23 septembre à 10 h. 30, M. Lippmann : Notions de thérapeutique médicale gastro-intestinale et notamment de diététique. — 30. Vendredi 23 septembre, à 10 h. 30. M. Lippmann : Notions de thérapeutique gastro-intestinale hydrominérale.

— **Clinique Baudelocque.** — Cours complémentaire de pratique obstétricale réservés aux docteurs en médecine français et étrangers et aux étudiants ayant terminé leur scolarité, sous la direction de M. Lévy-Solal, professeur agrégé, assisté de M. Vignes, accoucheur des hôpitaux ; Marcel Pinard, médecin des hôpitaux ; Cleisz, chef de clinique ; Morisson-Lacombe et Sellet, chefs de clinique adjoints :

Durée : Deux semaines, le matin et l'après-midi. Première série du 12 au 24 septembre 1921. — Deuxième série du 16 au 29 octobre 1921.

PROGRAMME. — I. *Leçons*. — Diagnostic de la gestation ; Diagnostic des présentations par le palper, le toucher et l'auscultation ; Diagnostic et traitement des viciations pelviennes ; Diagnostic et traitement des hémorragies pendant la gestation, l'accouchement et la délivrance ; Diagnostic et traitement des toxémies (vomissements graves, albuminurie, convulsions éclamptiques) ; Diagnostic et traitement de la syphilis maternelle fœtale et infantile ; Diagnostic et traitement des anomalies de la dilatation ; Dilatation artificielle ; Ballon de Champetier de Ribes ; Diagnostic et traitement des infections puerpérales ; Traitement de la mort apparente du nouveau né ; Conduite à tenir au cours de l'accouchement et de la délivrance.

II. *Exercices cliniques individuels journaliers.*

III. *Manœuvres obstétricales.* — Forceps ; Extraction du siège ; Basiotripsie ; Embryotomie.

Droit d'inscription : 100 francs. S'inscrire au secrétariat de la Faculté (guichet nº 3), les jeudis et samedis, de midi à 3 heures.

— Le 2e Congrès professionnel de l'Association des médecins, chirurgiens et spécialistes des hôpitaux civils de France aura lieu à Strasbourg les 3, 4 et 5 octobre prochain.

ORDRE DU JOUR DU CONGRÈS. — 1º Compte rendu du bureau : Président, secrétaire général, trésorier.

2º Nouveaux statuts hospitaliers : Délibération du conseil supérieur de l'A. P. ; délibérations administratives.

3º L'hôpital gratuit aux indigents ; Majoration des indemnités pour ces services.

4º Honoraires des malades aisés et petits payants admis dans les hôpitaux.

5º Des accidents du travail : Décision définitive pour règlements d'honoraires.

6º Pensionnés de la guerre.

7º Assurances du corps médical des hôpitaux. Rapporteur : professeur Rocher (de Bordeaux).

8º Election du bureau annuel.

Nommés ou non au concours, les médecins et chirurgiens des hôpitaux civils peuvent assister au Congrès ; de même les universitaires tenant des services de clinique dans les hôpitaux.

Le Directeur-Gérant : Dr GASSOT.

Clermont (Oise). — Imprimerie DAIX et THIRON.
THIRON et FRANJOU Successeurs.
Maison spéciale pour publications périodiques médicales

fixer sur les points suivants, par la voie du *Concours*, si vous le voulez bien : *accidents du travail* :

1° Quel tarif appliquer à un pansement de l'avant-bras avec drainage ?

2° Quel tarif appliquer pour une visite de contrôle avec certificat descriptif demandée par Compagnie d'assurances, pour un accidenté du travail soigné par un autre médecin, visite passée en présence du médecin traitant ?

Dr G.

Réponse,

1° Le pansement est compris dans le prix de la visite ou de la consultation (art. 16).

2° Ce n'est plus une question de tarif Breton. Ici, vous êtes un médecin *contrôleur* de la Cie X..., et non plus un médecin *traitant*. C'est une affaire de contrat *spécial* à débattre entre la Compagnie et vous.

***

Je viens vous demander avis pour l'établissement d'une note d'honoraires accidents du travail.

Voici le cas, résumé sommaire.

Jeune fille employée dans un magasin de mercerie se pique la main gauche, éminence hypothénar, en faisant un paquet. Elle pense qu'une aiguille a dû se casser et qu'il est resté un fragment, mais rien de certain, exploration de la région avec précaution, impossible de savoir s'il y a ou non un fragment, pansements humides, attendre, douleur insignifiante.

Sept jours après, je délivre un certificat pour radiographie. (Ce certificat doit-il être compté en plus de la consultation ?)

La réponse de la Compagnie d'assurances est attendue, aucune urgence.

Un mois après, la jeune fille se présente me disant que la compagnie autorisait la radiographie. Le cas étant bénin, j'estimais utile d'avoir cette autorisation.

Mais en examinant de nouveau la région, je constate une petite saillie au dos de la main, avec sensation d'un corps dur. Evidemment, c'est le fragment de l'aiguille qui a cheminé de la paume au dos de la main.

Anesthésie locale à la cocaïne, incision et ablation d'un fragment d'aiguille de 0,03 à 0,04 centim.

Quels honoraires pour cette intervention ?

« Agenda du Praticien » 1921, page 141, anesthésie locale, 2e catégorie : 50 fr.

(N'est-ce pas un erratum : 37 fr. 50).

Page 142, corps étrangers profonds, sans radiologie : 37 fr. 50.

1° Suis-je autorisé dans le cas actuel à compter :

Anesthésie locale................	37 50
Ablation de corps étranger........	37 50
Total	75 fr.

2° Le corps étranger enlevé peut-il être considéré *comme profond* ou comme superficiel ?

Dans ce dernier cas, quel tarif devrais-je appliquer.

L. G. Dr

Réponse.

1° « L'anesthésie *locale* est comprise dans tous les prix du présent tarif » dit l'article 12. Donc, vous n'avez pas à la compter... et vous avez lu trop rapidement la page 141 de l'Agenda du *Concours.*

2° Votre morceau d'aiguille « faisant saillie au dos de la main » ne peut avoir été qu'une « extraction de corps étranger *superficiel* » soit 20 francs en première catégorie, d'après l'arrêté ministériel du 28 juin 1921 concernant les « avis » de la Commission (voir le *Concours* du 24 juillet 1921.)

3° Votre certificat *initial* doit être compté 5 francs, en plus de la visite ou consultation. Quant à « l'avis conforme », demandé une semaine plus tard pour radiographie (art. 26, VI) ce n'est plus un certificat et il n'a pas été rémunéré, d'après le tarif.

***

Je vous serais très obligé de me fixer sur la façon dont je dois établir ma note pour l'accident suivant :

Ce 4 juillet, j'ai donné mes soins à un garçon charcutier qui était tombé dans une bassine d'eau bouillante.

Les brûlures s'étendaient : la 1re, à la région dorso-lombaire sur une surface de 26 centim. de large sur 18 de hauteur ; la 2e, bien séparée de la 1re, à la cuisse gauche, sur une surface de 24 centim. de hauteur sur une largeur moyenne de 10 centimètres.

J'ai fait un pansement par jour du 4 au 9 juillet inclus ; 2 pansements par jour du 10 au 23 juillet. A cette date, la brûlure dorso-lombaire est presque guérie, mais celle de la cuisse, plus grave, ne l'est pas et exige encore un pansement par jour actuellement, bien qu'elle soit diminuée de moitié.

Dois-je compter deux brûlures avec pansement distinct ou une seule brûlure grande. C'est plus qu'une brûlure moyenne, tout au moins jusqu'au 23, selon moi.

Un conseil s'il vous plaît, car je suis embarrassé ; je ne tiens pas à exagérer, mais je désire le juste.

Dr B.

Réponse.

Voir les « Avis » de l'arrêté ministériel du 28 juin 1921 dans le *Concours* du 24 juillet. La surface additionnée des deux brûlures est bien comparable à celle d'un membre entier. Donc grande brûlure à 50 francs par séance de pansements. Puis, à partir du 23 juillet, par suite de « diminution » de surface (voir les avis), vous comptez, moyenne brûlure à 15 francs par séance.

***

J'ai soigné un accident du travail gravement blessé :

1° A la tête ; 2° au bras ; 3° au poignet et aux doigts ; 4° à la jambe.

Suis-je en droit de compter quatre pansements par visite, 4 × 8 = 32 fr.

Dr B.

Réponse.

Oui, semble-t-il, du moins pendant un certain temps. Mais il est difficile de répondre avec précision à une question si peu précisée techniquement.

***

Je vous serais reconnaissant de bien vouloir me donner les renseignements suivants à propos des accidents du travail : je vois que le tarif Breton fixe un prix pour les appareils plâtrés pour fracture ; « réduction et contention », dit le tarif.

Le prix indiqué comprend, je pense bien, la réduction de la fracture et la contention au moyen d'un appareil plâtré.

Mais je voudrais savoir si les matériaux sont compris dans le prix indiqué, autrement dit, quand je vais soigner une fracture, emportant les matériaux nécessaires (plâtre, tarlatane, bandes, coton), je voudrais savoir si ces matériaux sont à compter en plus ?

Dr J.

Réponse.

Si vous n'êtes pas propharmacien, vous délivrez une ordonnance pour que le blessé « se fournisse » à une pharmacie. Si vous êtes propharmacien, vous fournissez, vous-même, plâtre, tarlatane, bandes, etc., d'après une ordonnance que vous avez faite également dans ce but, et dont vous vous faites payer le montant, comme de toute autre fourniture pharmaceutique.

F. DECOURT.

JURISPRUDENCE

Voici quelques décisions de justice, empruntées à la « Revue Générale des Accidents du Travail » *de juin 1921, qui sont de nature à intéresser tous les praticiens.*

COUR DE NANCY (2e ch.).

15 *mars* 1921.

Opération. — Caractère bénin. — Refus injustifié.

Un blessé n'est pas fondé à refuser de subir une opération ayant un caractère bénin ; autrement, il doit supporter les conséquences de ce refus injustifié.

(Chaumet contre Graber).

La Cour,

Attendu que Chaumet, opérateur de cinéma, au service de Graber, a été victime, le 16 janvier 1918,

au cours de son travail, d'un accident ayant eu pour conséquence, la perte de l'usage de la phalange terminale du pouce droit, que cette infirmité a occasionné à Chaumet une réduction de capacité professionnelle que l'expert commis, le Dr Pistie, et les premiers juges, ont à bon droit évaluée à 6 % ;

Attendu qu'il résulte des documents de la cause que si Chaumet avait consenti à subir une simple exploration du pouce accidenté, exploration qui aurait permis l'expulsion du corps étranger logé dans le pouce, la guérison, qui n'a été effective que le 19 janvier 1919, aurait été assurée le 1er avril 1918 au plus tard ;

Qu'il y a lieu de fixer au 1er avril 1918, la date de consolidation de la blessure ; qu'en effet, Chaumet n'était pas fondé à refuser de subir une opération ayant un caractère bénin, que Graber ne saurait être condamné à supporter les conséquences de ce refus injustifié ;

Par ces motifs,

Adoptant au surplus ceux des premiers juges, dit mal appelé, confirme le jugement entrepris, dit qu'il sortira son plein et entier effet ;

Déboute Chaumet de toutes ses demandes, fins et conclusions ;

Condamne Chaumet à l'amende et aux dépens.

Note. — L'expert avait déclaré nettement, dans son rapport, que la durée anormale de l'évolution des accidents survenus et la lenteur de la guérison s'expliquaient par le refus d'intervention opposé par l'intéressé, et l'abandon à l'évolution naturelle d'une élimination de séquestre osseuse, qu'une intervention chirurgicale très simple pouvait réaliser rapidement.

Le médecin traitant constatait de son côté que « le « blessé s'était absolument refusé à une exploration « du trajet fistuleux, opération qui n'aurait pas été « douloureuse, et qu'un léger coup de curette extir- « pant le corps étranger, cause de la fistule et de la « suppuration, aurait guéri complètement le doigt », mais que « le blessé s'y était énergiquement refusé, « avouant être très sensible à la douleur, et n'avait « pas laissé les deux médecins qui l'avaient traité, « agir énergiquement pendant leur traitement chi- « rurgical ».

* * *

Suspension du travail. — Chemin parcouru pour aller déjeuner.

Si la responsabilité patronale n'est pas forcément limitée au poste assigné à l'ouvrier et peut s'étendre à la garantie d'un accident survenu dans les déplacements commandés par les nécessités du travail, il n'en est plus de même lorsque l'ouvrier est blessé dans le trajet qu'il effectue pour aller, pendant des heures de suspension de travail, prendre son repas au dehors dans un restaurant de son choix ; un tel accident ne rentre pas dans les prévisions de la loi de 1898, la cause de l'accident n'étant pas inhérente au travail industriel effectué pour le compte du patron et ne s'y rattachant par aucun lien

(Nancy, 1re ch., 29 janvier 1921, *Gaz. Pal.*, 6 mars 1921).

Absence de tendances syncopales. — Prédisposition. — Débouté.

Une hernie n'est pas accidentelle quand, à la suite de l'effort incriminé, le blessé n'a éprouvé qu'une douleur sans tendances syncopales, ni sueurs froides, alors surtout que l'examen révèle des signes certains de prédisposition herniaire.

(Trib. civ. Saint-Etienne, 2e ch., 10 décembre 1920.)

Effort normal. — Prédisposition. — Débouté.

Il n'existe, entre un accident et une hernie dont se plaint un ouvrier, aucune relation de cause à effet quand celui-ci n'a, au cours de son travail, accompli aucun effort anormal, et que le mauvais état de la paroi abdominale et l'état général dénotent des prédispositions herniaires, suffisant à expliquer les deux points de hernie constatées.

(Lyon, 3e ch., 23 octobre 1920, Pauze contre Aciéries de Saint-Etienne, inédit).

Effort normal. — Travail habituel. — Prédisposé. — Débouté.

Une hernie n'est pas causée par un effort et ne fait que révéler une infirmité, non justiciable de la loi de 1898, quand l'ouvrier n'a fait ni chute ni faux pas ni produit aucun effort anormal et inaccoutumé, ni dans une position défectueuse, au cours d'un travail habituel, alors surtout quand le blessé est un prédisposé herniaire.

(Trib. Civ., Saint-Etienne, 2e ch., 11 décembre 1920, Rousset, contre Moteurs de la Chalassière, inédit).

Prédisposition. — Absence de symptômes. — Continuation de travail.

Une hernie ne peut être considérée comme traumatique quand l'ouvrier qui en est atteint, et qui a d'ailleurs une prédi position certaine, n'a fait ni faux pas, ni chute, ni faux mouvement, alors surtout qu'il n'a accusé aucun des symptômes d'une hernie de force et qu'il s'est contenté de s'arrêter un certain temps pour reprendre ensuite son travail.

(Trib. civ., Saint-Etienne, 2e ch., 30 octobre 1920, Lyonnet contre Holtzer et Cie, inédit).

NOTES DE MÉDECINE PRATIQUE

Le pain de maïs.

La courte note, que j'ai adressée, au *Concours*, sur le *Pain ergoté* m'a valu une très intéressante lettre d'un des lecteurs de notre périodique, M.

le Dr Veillard, médecin exerçant depuis 38 ans, à Meung-sur-Loire (Loiret), commune où fonctionnent 17 moulins à farine, ce qui permet à notre confrère d'avoir acquis, en meunerie, des connaissances exceptionnellement précises.

Le Dr Veillard, dans un travail dont la lecture est des plus troublantes :

« CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE L'ENCÉPHALITE LÉTHARGIQUE ET DE LA GRIPPE INFECTIEUSE ». « L'ENCÉPHALITE LÉTHARGIQUE RENTRE DANS LE CADRE DES SPOROMYCOSES ». *Son agent pathogène est une toxine analogue à celle de la pellagre et provenant de* l' « USTILAGO CARBO », affirme que le maïs avarié est la cause de l'*encéphalite léthargique* et que si le Dr Von Economo, de Vienne (Autriche) a employé cette nouvelle désignation, c'est qu'il ignorait qu'elle pût s'appliquer à la *pellagre* (*pelle peau ægra*, malade).

Tant qu'on n'aura pas démontré, scientifiquement que l'encéphalite léthargique, affection d'ailleurs protéiforme, à symptomatologie plurivoque, est due à un élément figuré, isolable et cultivable en milieu déterminé, la thèse de notre confrère est soutenable.

Le pain national se compose actuellement de :

Farine de froment...........	85 qx
Farine de seigle.............	10 qx
Farine de maïs.............	5 qx

Notre consommation journalière, en farine en France, est de 200.000 quintaux, dont le quart en maïs — car ce quart est toujours atteint — est de 50.000 quintaux.

Or, seigle et maïs, sont, le plus souvent, contaminés — la preuve en est donnée dans l'opuscule du Dr Veillard — d'où il résulte que nous absorbons, à bouche que veux-tu, de l'*ergot de seigle* et du *sporisorium maïale* à doses toxiques. D'où : un tas de maladies dont la nomenclature est, tout au long, décrite dans le travail de notre distingué confrère.

Conclusion : ne mangeons que du pain de froment. Peut-être, coûte-t-il un peu plus cher, mais à quel prix n'achèterait-on pas la santé, puisqu'elle est le plus précieux de nos biens ?

Ce m'est, cependant, un devoir de reproduire ici les conclusions du Dr Veillard.

Les voici, transcrites, *de libro* :

Conclusions.

I. — Ce n'est pas impunément que les Français ont absorbé depuis 6 ans plus de 100 millions de quintaux de mauvaises farines (en supposant bonne toute la farine de blé, soit 230 millions de quintaux).

II. — La farine de maïs est entrée pour une très grande part dans la quantité des succédanés. Certaines farines devaient en contenir obligatoirement

jusqu'à 25 p. 100 ; en moyenne la France en a consommé au moins 10 p. 100, soit 7 millions de quintaux par an. Par suite de négligence, erreur ou fraude, certaines localités ont été approvisionnées en farine de maïs à 100 p. 100. Ces farines étaient tellement infectes qu'elles provoquaient des protestations des consommateurs ; quelques meuniers furent poursuivis devant les tribunaux et condamnés.

III. — Il ne serait pas difficile d'établir que ce sont les centres qui ont reçu les plus grandes quantités de farine de maïs qui ont présenté le plus grand nombre de cas d'encéphalite léthargique et qu'il y a un rapport direct de cause à effet ; de là, des foyers de la maladie.

IV. — L'encéphalite léthargique n'est pas contagieuse. Manifestation possible de l'empoisonnement de l'organisme par les toxines provenant des farines avariées et particulièrement des farines de maïs, cette maladie est d'origine alimentaire.

V. — Tous les symptômes assignés à l'encéphalite épidémique sont exactement les mêmes que ceux décrits dans les épidémies antérieures de Pellagre, sauf les lésions cutanées qui font défaut, peut-être parce que la maladie se montre actuellement dans des contrées du nord peu ensoleillées.

VI. — L'agent pathogène de l'intoxication étant une toxine provenant du *sporisorium* du maïs (*Ustilago carbo*, de Tulasne), la maladie rentre dans le cadre des sporomycoses.

VII. — Les mesures prophylactiques consisteront essentiellement à empêcher le développement du verdet sur le grain et dans les farines, à écarter de l'alimentation toute farine qui en présenterait des traces. L'iode, sous ses différentes formes pharmaceutiques, paraît le traitement de choix des malades atteints de cette sporomycose.

A. VEILLARD.

Et nunc erudimini, vos qui etc.

Dr GALAND (de Cambrai)

QUARANTE-TROISIÈME ANNÉE — N° 35 — DIMANCHE 28 AOUT 1921

Fondé en 1879 par Auguste CÉZILLY
Rédigé et dirigé par H. JEANNE (1900-1914),

LE CONCOURS MÉDICAL

ORGANE HEBDOMADAIRE DES PRATICIENS
Groupés dans la Société « Le CONCOURS MÉDICAL » et ses Filiales

ADMINISTRATION & PUBLICITÉ
C. BOULANGER, ADMINISTRATEUR

ABONNEMENTS :

France	24 fr.
Etranger	28 »
Etudiants (France)	12 »
Le numéro	50 cent.

Chèques Postaux Paris 167-95

DIRECTION
MM. les Drs A. GASSOT, Directeur; A. MAURAT; H. CEZILLY; J. NOIR; P. BOUDIN docteur en droit; M. VIMONT; G. DUCHESNE.
MM. P. CEZILLY, J. DUMESNY, licenciés en droit; C. BOULANGER.

RÉDACTION
Dr J. NOIR, RÉDACTEUR EN CHEF
Drs R. LACROIX et G. DUCHESNE
SECRÉTAIRES DE LA RÉDACTION

N.-B. — Les manuscrits publiés ou non, ne sont pas rendus.

Rédaction et Administration : 132, rue du Faubourg St-Denis, PARIS (10e). Téléphone : Nord 48-17

Quarante-troisième année. N° 35 28 Août 1921.

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

Office de Renseignements du « Concours »

Membres du Concours exerçant dans les Stations Thermales.

NOTA. — Nous rappelons à nos abonnés qu'il est nécessaire de nous informer chaque année de leur désir de voir figurer leur nom sur ces listes.

MM. les Docteurs :

Aix-les-Bains. Bertier, Blondel, L. Coutaz, Dardel, Duvernay, Forestier, Goddard, Kent-Gazet, Leleng.
Allevard-les-Bains, Boël.
Ax-les-Thermes (Ariège). Dresch, Gomma.
Bagnères-de-Bigorre. F. Duprat (Enfants). Portes.
Bagnoles-de-l'Orne. J. Arnaud, Joly, Pesnel, Poulain.
Bains-les-Bains, Dr M. Henry.
Barèges. Robine.
Besançon La Mouillière. Mme Jeanne Bon.
Biarritz. Clavel, Lacour.
Bourbon-Lancy, Bellœuf, Compin.
Bourbon - L'Archambault. Mansillon.
Bourbonne-les-Bains. Gay, Testevuide.
Brides-les-Bains et **Salins-Moutiers.** Mathieu, Laissus fils.
Cambo-les-Bains, Colbert. — Hamant.
Capvern. Pomarède, Pouy.
Cauterets. Anglade, Armengaud, Got.
Châtel-Guyon. Baumann, Bayrac, Conchon, Foucaud, Gachlinger, Kolbé, Levadoux, Mazeran, Ribérolles, Saint-René-Bonnet.
Contrexéville. J. Thiéry.
Divonne-les-Bains. Ballivet.
Eaux-Bonnes. Bajac.
Enghien-les-Bains. Beyrand.
Escouloubre-les-Bains. Dr Sarda.
Evaux-les-Bains. J. Gruzu, Lepage.
Evian, L. Dalard. Lévy-Darras.
Forges-les-Eaux. Bernardicou
Gréoux (Basses-Alpes). Rigal.
Hendaye. Th. Casenave.
La Bourboule. Christin, Verdalle.
La Motte-les-Bains. De Langenhagen.
Lamalou-les-Bains. Belugou, Cauvy.
La Roche-Posay-les-Bains. Bardet, Guyot.
Luchon, Cazal, Dutech, Gamelsy, Germès, Molinéry (ne fait que la physiothérapie), Pelon, Salles, Sammuller.
Luxeuil-les-Bains. Bornèque, Cugnier, Gauthier. Picot, Pierrhugues, Rimey.
Martigny. Dedet. Payen.
Mont-Dore. J. André, Béal, Débidour, Dubruel, Levadoux.
Néris. Ducros.
Palavas-les-Flots. Gelly.
Plombières-les-Bains. Bernard. Gillot. Hagen, de Langenhagen, Truelle.
Pougues-les-Eaux. Hyvert.
Royat. Chassagnard. Mougeot.
Salins-les-Bains. Bourny, Baud.
Salins-Moutiers. Gonthier.
Salies-de-Salat. Barbé.
Saint-Didier, (Vau.) Masquin.
Saint-Gervais-les-Bains. Alphonsi. Baradat. C. Bleicher, E. Mallein, Musso, Roux.
St-Honoré-les-Bains. Comoy Comte. Odin. Ségard.
St-Nectaire. Serane, Siguret, Versepuy.
St-Sauveur. Sabail.
Salies-de-Béarn. Callais, Coustère. David. Reynaud.
Sermaize-les-Bains. Rousselot, Ramonet.
Thonon-les-Bains, Voillaume.
Ussat (Ariège). Pujol.
Vals-les-Bains, Chabannes, David.
Vichy. Cahen, Castera, Chevreux, Cotar, Desmaroux, Gannat, Guinard, Reynes, Ed. Vidal.
Vittel, Constant, Mousseaux.

DON. — Nous avons reçu à titre de don à la Société du « Sou médical », de M. le Dr Boissin, à Gardanne (B.-du-Rh.), la somme de cinq francs pour bons offices de cette société.

AVIS

Moselle. — Les médecins sollicités de s'installer à Fontoy sont priés de s'adresser au président du syndicat des médecins des arrondissements de Thionville Est et Ouest, à Thionville.

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum, aux* « demandes et offres ».

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne, qui est versé dans la caisse de la Société civile du Concours Médical). Adresser un mandat ou mieux verser au compte de chèques postaux, CONCOURS MÉDICAL, *Paris 167-95.*

Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse.**

Nº 414. — Docteur, 28 ans, très actif, désire poste important banlieue de Paris ou Méditerranée.

Nº 415. — Acheteur ameublement pour 5 chambres, maison de santé.

Nº 416. — Auto 1920, 10 HP., 2 et 3 places, neuve, à vendre 10.000 fr. Dr Baches, à Sos (Lot-et-Garonne.)

Nº 417. — Zèbre, 6 HP., villebroquin, pistons, pignons, peinture neufs, 7.000 fr. Motosolo 2 t., 2 vitesses, moteur revisé, 1.600 fr. Dr Bedin, Dammartin-en-Goële (Seine-et-Marne.)

Nº 418 — A céder en Seine-et-Oise, poste seul, faisant pharmacie. Rapp. 25.000. Petit rayon, pas de frais de locomotion. Poste ancien. Pays très agréable. S'adresser Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris.

Nº 419. — Centre, poste ancien. Rapp. 36.000 fr. Petit loyer. Facilités de paiement. S'adresser Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris.

CORRESPONDANCE

I. Ouvriers blessés en se rendant à l'usine.
II. Durée de l'incapacité de travail et honoraires médicaux.

1) Un ouvrier revient du travail (le fait est parfaitement sûr) en bicyclette. Il tombe, est-ce un accident du travail.

2) Le même cas, l'ouvrier revient à pied et en route est renversé par un bicycliste, est-ce un accident du travail ?

3) Un ouvrier est très légèrement blessé. Il peut travailler, mais a besoin d'un et de deux pansements. Je fais ces pansements, l'assurance doit-elle me payer ?

Dr G.

Réponse.

La Cour de cassation (Req., 25 février 1902) a décidé qu'un ouvrier blessé en se rendant à son travail ne peut pas bénéficier de la loi du 9 avril 1898.

Pour que la loi fût applicable, il faudrait que le transport des ouvriers à l'usine fût exécuté par les véhicules du patron, ou à ses frais, de sorte que l'ouvrier pourrait être considéré comme étant encore sous la surveillance du patron ou de ses préposés.

Il en serait de même si le temps passé pour le transport était considéré comme travail et payé comme tel.

Donc, la réponse à vos deux premières questions est négative.

3° La loi du 6 juillet 1920 a modifié l'article 4 de la loi du 31 mars 1905 et spécifie que « quelle que soit la durée de l'interruption de travail occasionnée par l'accident, le chef d'entreprise supporte les frais médicaux et pharmaceutiques »

Donc du moment où il y a interruption dans le travail du fait de l'accident, vous devez être payé de vos soins.

Les chèques postaux et les créanciers de l'Etat.

Depuis plusieurs mois, nous sommes journellement invités par l'administration des postes à demander l'ouverture d'un compte de chèques postaux.

Ne pensez-vous pas que nombreuses seraient les demandes si l'*administration des finances* offrait *de payer les mandats par simple virement au compte courant de l'intéressé* et par conséquent sans aucun dérangement pour lui.

La plupart des médecins en particulier seraient sans doute fort désireux de n'avoir point à se présenter à la caisse du percepteur, ouverte seulement une ou deux fois la semaine dans les petites localités, heureux encore s'il n'est pas obligé à un lointain déplacement en dehors de son rayon habituel.

Si cette suggestion intéressait vos lecteurs, peut-être pourriez-vous vous charger de la soumettre en haut lieu.

Dr L.

Réponse de l'Administration des P. T. T.

9 *juillet* 1921.

Monsieur,

En réponse à votre communication du 30 juin dernier, j'ai l'honneur de vous exposer « qu'en vertu du décret du 6 décembre 1918, les créanciers de l'État, des départements, des communes et des établissements publics qui ont un compte courant de chèques postaux, peuvent obtenir payement des ordonnances, des mandats ou des ordres de payement délivrés à leur profit par les ordonnateurs, sans avoir à se déplacer ni à donner personnellement quittance, par simple virement comportant inscription de la somme due au crédit de leur compte courant postal.

Pour qu'il soit fait application de ce mode de paiement, il suffit qu'il soit prévu par une clause formelle des marchés ou contrats, ou que le créancier le demande soit par une mention signée inscrite sur la facture ou le mémoire, soit par une lettre adressée à l'ordonnateur.

Ci-joint la correspondance du docteur L..... communiquée.

Agréez, Monsieur, l'assurance de ma considération distinguée.

Recouvrement d'honoraires dans les régions dévastées.

Je viens vous demander votre avis et même celui de Me Gatineau, l'avocat-conseil du *Concours médical*, si vous en voyez l'opportunité, sur le règlement des honoraires médicaux des familles de mobilisés en pays envahi.

Pendant la guerre, les communes envahies de ma région ont dû se créer des ressources par l'émission de papier monnaie régional. Elles ont tenu des budgets et des percepteurs bénévoles ont fait office de receveurs municipaux.

En 1915, 16, 17, des maires ont établi des mandats que j'ai touchés chez le receveur municipal pour le règlement de mes soins aux familles de soldats mobilisés.

En février ou mars 1919, (nous n'étions plus envahis), j'ai de nouveau envoyé la note pour être payé de mes soins 1918. Les maires m'ont répondu que les les receveurs municipaux avaient transmis leurs comptes au préfet, qu'ils n'avaient plus de caisse et qu'ils allaient envoyer ma note au préfet. La réponse du préfet fut que son administration ne réglait que les honoraires des médecins pour les personnes admises à l'Assistance médicale gratuite.

En 1921, j'appelle devant le juge de paix, le chef d'une de ces familles qui a été mobilisé. Il allègue pour sa défense que les familles de soldats avaient droit aux soins médicaux gratuits et fait venir à la barre le greffier du maire qui déclare que si j'avais donné ma note plus tôt, j'aurais été réglé sur la caisse communale comme les années précédentes.

Un autre mobilisé dont j'ai soigné également la famille, revenu dans ses foyers, mais non encore démobilisé officiellement dans le courant de 1919, prétend également ne pas me régler parce que mobilisé. Et j'ai une trentaine de cas semblables.

De sorte que non réglé de mes soins, ni par le maire, ni par le préfet, ni par l'intéressé, je serais heureux d'avoir les éléments d'un jugement que je communiquerai au juge de paix pour éclairer sa conscience.

Veuillez agréer l'assurance de mes sentiments distingués.

Dr C.

Consultation de Me Gatineau.

Il s'agit de soins donnés aux familles de soldats mobilisés, et restées dans les localités envahies. Le docteur C. a été payé par l'intermédiaire des receveurs municipaux sur comptes approuvés par le préfet, des notes dues pour les années 1915, 1916 et 1917.

Mais pour les soins donnés au cours de l'année 1918, le docteur C. n'a réclamé qu'en février et mars 1919, alors que la localité n'était plus envahie. A cette époque, les receveurs municipaux avaient envoyé leurs comptes au préfet et n'avaient plus de caisse pour payer ces sortes de dépenses. Le préfet déclare que son administration ne réglait que les frais de maladie

des personnes inscrites sur les listes de l'Assistance médicale gratuite. Il paraît résulter de là que toutes les familles de mobilisés qui avaient eu besoin des soins du médecin, étaient toutes inscrites après coup sur les listes de l'Assistance médicale gratuite, probablement sans accomplissement de formalités et suivant les errements usités dans le cas d'urgence.

Je ne vois pas comment le docteur pourrait, en 1921, exercer une action contre l'administration.

Contre les particuliers mobilisés dont les familles n'ont pas été inscrites avant la libération des localités jusque-là occupées par l'ennemi, il me semble que le docteur a une action pour obtenir le paiement de ce qui lui est dû.

Comme il paraît avoir laissé s'écouler un long temps pour réclamer peut-être parce qu'il attendait la réponse de l'administration préfectorale qu'il aurait reçue après une longue attente, il se pourait que les débiteurs lui opposent la prescription de 2 ans.

Le docteur aura le droit alors de leur déférer le serment sur la question de savoir s'ils affirment s'être acquittés envers lui. Si dans leurs explications, ils reconnaissent implicitement n'avoir pas payé la dette, la prescription ne peut pas être accueillie.

Ce n'est, me semble-t-il, que lorsqu'il s'agit de familles inscrites sur la liste d'Assistance médicale, que les débiteurs peuvent plaider que le médecin n'a pas d'action contre eux, et que s'il a trop tardé à formuler ses demandes au receveur municipal, il doit supporter la conséquence de sa négligence.

G. Gatineau,
Avocat à la Cour.

Hernie accident du travail.

L'ouvrier d'un négociant en vins et spiritueux en gros se présente à mon cabinet et me fait le récit suivant « En soulevant une caisse de bouteilles de vin, j'ai ressenti une douleur à l'aine. C'était hier, cette douleur existe encore,et j'ai une grosseur à cet endroit ». A l'examen, je trouve une hernie interstitielle grosse comme une noix, recouverte de téguments normaux, me paraissant, en effet, douloureuse.

J'ai conclu à un accident du travail, en raisonnant comme ceci même en suspectant le récit du blessé, il est peu admissible, que cet homme jeune, qui, depuis 2 ans, occupe son poste et est par conséquent obligé de manier tous les jours des fardeaux (barriques, demi-muids, etc.), ait pu continuer son service avec une hernie, qui n'en est encore qu'à la première phase anatomique. Cette hernie a donc été contractée au cours et à l'occasion du travail.

(*Voir la suite page XXIII-2413*)

PROPOS DU JOUR

Toujours le bluff de la Mutualité.

M. Georges Leredu, ministre de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales, assisté de M. Bonnevay, garde des sceaux, a présidé récemment un Congrès, tenu à Villefranche-sur-Saône, par l'Union mutualiste beaujolaise.

Le ministre de l'hygiène, dans un discours d'une belle envolée, a fait de la Mutualité un éloquent panégyrique dans lequel les journaux découpent la citation suivante :

Bienfaisante à tous, elle est, dès le seuil de la vie, maternelle à l'enfant ; au cours de l'existence, elle allège et guérit les souffrances, elle réconforte ceux qui sont affligés, elle les soutient quand ils chancellent, assure le pain des vieux jours et, au seuil de l'éternité, permet à l'homme de s'endormir plus tranquille sur le sort des siens.

En étroite union avec les œuvres d'hygiène sociale, elle protège et sauvegarde la santé de ses cinq millions d'adhérents et par cela même combat la mortalité et lutte contre la dépopulation.

Œuvre grandiose de solidarité, la mutualité concourt au maintien de la paix sociale : en assurant le travailleur contre l'adversité, elle le sauve de la misère, en même temps qu'elle garantit la société des colères et des violences qu'entraîne le malheur.

M. le ministre Leredu, qui doit être exactement renseigné sur le bluff de la mutualité et qui n'ignore pas les piteux résultats qu'elle a donnés jusqu'ici, n'a certes pas entendu faire l'éloge de la mutualité telle qu'elle existe actuellement en France.

Ce qu'il a voulu si magnifiquement glorifier, c'est l'idéal mutualiste qui n'a jamais été réalisé chez nous et dont nos sociétés de secours mutuels ne sont que la caricature et la déplorable parodie.

Comment M. le ministre de l'hygiène aurait-il pu affirmer sans ironie que la mutualité *assure à ses adhérents le pain des vieux jours*, à une époque où le pain est si cher et l'aide mutualiste si infiniment réduite ? Quelle dérision, si l'on publiait le taux des retraites qu'attribuent les sociétés mutuelles à leurs vieux sociétaires !

Et comment le mutualiste le moins prévoyant et le plus inconscient peut-il *s'endormir au seuil de l'éternité plus tranquille sur le sort des siens*, s'il ne leur laisse, pour leur venir en aide, que les insignifiants secours de la société à laquelle il a si ridiculement cotisé ?

Comment, nous médecins, pourrions-nous lire sans sourire que la mutualité *protège et sauvegarde la santé de ses cinq millions d'adhérents*, si nous n'étions pas persuadés que M. le ministre de l'hygiène n'ait voulu simplement lui indiquer son rôle et son devoir ?

Quant au *combat contre la mortalité et la lutte contre la dépopulation*, mené par les mutualistes, il suffirait, pour donner une idée exacte de leur importance et de leur efficacité, de conter l'histoire des avatars qu'a subis dans ces vingt dernières années la grande fondation mutualiste, celle qui, inaugurée à Paris, à grand orchestre, par le Président de la République en 1900, fut baptisée *Dispensaire antituberculeux Emile Loubet* et qui continue, hélas ! de mener une lamentable et inutile existence dans la rue du Château-des-Rentiers.

Nous espérions qu'après la guerre, la Mutualité, animée d'un esprit plus pratique, comprendrait la grandeur de sa tâche et ferait l'effort nécessaire, qu'elle se rendrait compte que la dignité d'une *Œuvre de solidarité grandiose* qui a la prétention de *concourir au maintien de la paix sociale* ne lui permet pas de continuer de tendre aux pouvoirs publics et aux benoits philanthropes une mendiante main. Il n'en est rien, l'esprit mutualiste d'avant-guerre, l'esprit de bluff de l'époque où l'on assommait les naïfs avec le milliard de la mutualité, l'esprit du règne de M. Mabilleau continue à inspirer les hautes sphères mutualistes.

Et nous ne saurions trop approuver le représentant de l'Union des syndicats médicaux de France de n'avoir pas voulu supporter les écarts de langage d'un ancien collaborateur de M. Mabilleau qui, depuis 1914, n'a rien appris ni rien oublié.

Quand la Mutualité aura mérité, en France, les éloges que décerne à l'idéal mutualiste M. le ministre Leredu, elle trouvera chez nous l'appui le plus sincère et le concours le plus

loyal, mais tant que, guidée par un haut personnel fossile, par des gens avides d'influence et de distinctions, elle se traînera lamentablement, essayant de temps à autre d'en imposer par le bluff des belles phrases et des cérémonies à grand orchestre, nous ne nous préoccuperons même plus d'elle. Cette mutualité-là agonise. Soyons indulgent pour ses dernières convulsions. Inutile au pays, elle donna à beaucoup des illusions et à quelques-uns des honneurs. Laissons-la finir en paix. Silence à son lit de mort.

J. NOIR.

PARTIE SCIENTIFIQUE

PHTISIOLOGIE

La contagion de la tuberculose. La prophylaxie.

Par M. le Dr Raoul BRUNON (de Rouen).

I

Villemin a démontré que la tuberculose est inoculable : voilà un des plus grands faits de la pathologie contemporaine. Il en a conclu immédiatement qu'elle était contagieuse et, dans un gros livre de plus de 600 pages, il a voulu ramener toutes les causes à la contagion. Sur ce dernier point on a le droit de ne pas le suivre.

La tournure d'esprit de Villemin le poussait à croire, avec Claude Bernard, que l'on pourrait tout expliquer en médecine à mesure que la physiologie ou la pathologie expérimentales se développeraient. Théoriquement, c'est vraisemblable ; mais pratiquement, il y a erreur à conclure trop vite de la biologie à la médecine. La biologie ne doit avoir que des affirmations provisoires et la médecine est condamnée à être conjecturale. L'histoire le prouve ! Les médecins sont sceptiques, ils savent que ce qui paraît être évident doit être accepté avec prudence ; et les grands médecins français pouvaient répondre à Villemin, en 1865-67, que les faits cliniques ne cadraient pas avec ses expériences et ses affirmations consécutives.

Et ils avaient raison probablement.

Mais une vingtaine d'années plus tard, en 1882, l'Allemand Koch colore l'agent pathogène prévu et entrevu par Villemin. Koch en conclut, comme Villemin, et avec beaucoup plus de fougue, que la tuberculose est contagieuse.

La résistance du corps médical se maintient d'abord ; puis, peu à peu elle faiblit. L'influence des laboratoires augmente, on attache une très grande importance au fait bactériologique, comme l'école de Laënnec avait donné toute prééminence au fait anatomique. Et puis, on a quelque honte de n'être que clinicien ; les jeunes générations veulent être savantes et suivre la mode ; les Allemands mènent un beau tapage sur la découverte qu'ils prétendent avoir faite ; une foule de personnes étrangères à la médecine, mais gravitant autour d'elle, répandent la peur de la contagion ; dans un but philanthropique et par nécessité didactique pour convaincre, elles laissent s'installer chez elles une déformation professionnelle qui les pousse à simplifier les choses ; et peu à peu grandit la foi en la contagion.

Nous aurons vu naître un nouveau dogme. Les médecins, cédant au courant, sont emportés vers la métaphysique.

Magendie se contentait d'observer les faits et n'avait pas de goût pour les hypothèses. La méthode issue de Villemin est dogmatique et se flatte d'atteindre l'essence des maladies. Serait-ce une œuvre vaine ? Pour ce qui touche la tuberculose, il faut négliger les considérations trop savantes, il faut constater les faits cliniques tels qu'ils sont pour en tirer une prophylaxie pratique.

M. Richet a raison de dire que les recherches en physiologie ne doivent pas se préoccuper des applications pratiques. Voyez ce que devient peu à peu son anaphylaxie.

Villemin a été trop vite et l'Allemand Koch trop fort. Les dires de l'Académie répondant à Villemin sont toujours vrais : en clinique, il est impossible de démontrer la contagion entre adultes.

La contagion, telle qu'elle est considérée actuellement, c'est-à dire découlant du caractère inoculable de la maladie, est une vue de l'esprit acceptant une conclusion en apparence logique. La logique n'a rien à faire en médecine. Que voit en effet le médecin praticien tous les jours autour de lui ? — Dans nombre de familles, on rencontre un cas unique, malgré la promiscuité familiale. Entre époux, les cas pathologiques ne touchant qu'un seul conjoint sont l'immense majorité. Pour ma part, en 30 ans de pratique et quoique mon attention fût attirée sur la question, j'ai vu des centaines de cas individuels au milieu d'une famille saine ; et je n'ai rencontré qu'un seul cas où le mari et la femme paraissent s'être contaminés réciproquement, en dehors des causes secondes si importantes.

Les faits négatifs ont leur valeur ; on n'en tient pas assez compte.

Dans les prisons, où l'isolement devrait supprimer la contagion, la tuberculose sévit. Et chez les religieuses d'hôpital qui, théoriquement, devraient être contaminées, les cas sont rares, plus rares que dans la population urbaine.

Les contagionistes, par un retour des choses, sont devenus les dogmatiques : ils ne tiennent pas compte de ces faits. Comme le dit Claude Bernard, il y a des médecins qui craignent les contre-épreuves dans la peur de voir leurs hypothèses s'évanouir. Les contagionistes font intervenir les inoculations massives et les surinfections par fréquence des inoculations. Mais où sont les preuves ? Une source d'erreur, en pathologie expérimentale, vient du désir de ne pas perdre le bénéfice de tant de peines et de tant de travaux accumulés.

L'histoire de la médecine doit nous rendre modestes ; elle nous montre que, de tout temps, les habitudes de l'esprit ont été telles qu'une fois un fait affirmé, même s'il apparaît finalement comme douteux, on croit encore, plus ou moins, à sa réalité. Le temps seul se chargera de passer son rouleau compresseur sur toute chose.

Donc, dans l'opinion reçue actuellement, seraient morbifiques non plus la contagion, mais les contagions répétées et abondantes ; et, dans tous les cas, le bacille resterait le seul agent de la maladie.

Ceci est tellement vrai qu'on en arrive à passer sous silence les conditions de résistance du malade, de peur de détourner l'attention du but essentiel : le microbe.

Comment agit-il ? Suivant le biologiste, il reste inoffensif le plus souvent. Si l'infection est bénigne, il crée une immunité. Si les infections bénignes sont fréquentes, il crée une intoléranee (phénomène de Koch). Si les infections sont massives, il devient rapidement pathogène (granulie, septicémie).

Voilà le dernier mot de la Science biologique.

Le médecin clinicien ne voit pas les choses ainsi. La tuberculose est une maladie à *trèves* et *réveils*. C'est l'état général mauvais qui permet au bacille de récupérer sa virulence. Il peut rester inoffensif pendant des années ; puis, la fatigue, la misère, l'air confiné, l'alcool peuvent créer un état de santé tel que l'ennemi se réveille. Il en est de la tuberculose comme de la syphilis. Les accidents syphilitiques qui éclatent dix ou vingt ans après l'inoculation initiale ne sont vraiment pas imputables à une inoculation nouvelle, quoiqu'on en ait dit pour quelques cas non prouvés et non probants.

II

Mais où sont les probabilités ? La tuberculose n'est pas spontanée et ne vient pas de nous. Elle se prend donc par contagion, mais non comme on l'enseigne dans le temps présent. En se basant sur l'observation de certains animaux et en considérant l'ubiquité fatale du bacille, on peut admettre que l'enfant est *inoculé* dès les premiers jours, ou les premières heures de sa naissance.

Son hérédité, son état général, son genre de vie, feront le reste : les uns seront indemnes toute leur vie ; les autres seront vaccinés par des tuberculoses locales plus ou moins guéries ; chez d'autres, la tuberculose entrera en évolution à propos d'une maladie intercurrente ou par le fait de l'adolescence ; plus tard, interviendra l'alcool responsable pour une bonne moitié des tuberculoses adultes.

Voilà comment, suivant nous, il faut considérer le mode d'action de la contagion ; et alors, elle cadre avec les données de la clinique.

A propos de l'ubiquité du bacille, il est curieux de remarquer que les biologistes ne l'acceptent pas. Et cependant, ils admettent un nombre illimité de *semeurs de germes*, comprenant non seulement les cracheurs, mais encore les gens bien portants qui élimineraient par intermittence les germes nocifs.

Il y a un danger social à ne voir dans la tuberculose que le microbe et la contagion. C'est une vue commode, facile, claire, simple, trop simple. Elle supprime tout scepticisme ; et le scepticisme est lourd à porter pour beaucoup de personnes. Le dogme de la contagion fait négliger l'œuvre immense à accomplir dans l'hygiène sociale. Il ne faut pas diaphragmer ses vues sur un seul point ; mais au contraire, voir de haut et au loin pour avertir les Français que, chez eux, tout est à réformer, en matière d'hygiène sociale.

III

Pour arrêter la tuberculose ou seulement la restreindre, il ne suffit pas de faire la guerre au crachat et de poursuivre le *semeur de germes* ; il ne suffit pas de créer, à grands frais, des dispensaires, des aériums, des préventoriums, des sanatoriums : ce ne sont là que des modes de traitement parcellaire s'appliquant à des syndromes. Il faut un traitement général s'adressant à la pathogénie de la maladie. Et je ne cesserai pas de répéter qu'il faut faire une *révolution dans nos mœurs françaises.*

Il faut nous répéter à nous-mêmes qu'en matière d'hygiène sociale, tout, en France, depuis la vie de l'enfant avant sa naissance jusqu'à la vieillesse, tout est à réformer.

Ce n'est pas ici la place d'un programme ; cependant on peut dire que des réformes sont nécessaires : dans l'hygiène de la mère avant la naissance de l'enfant ; dans le mode d'élevage de l'enfant et sa protection ; dans le *modus vivendi* de l'enfant à l'école, au collège, à la caserne ; dans le travail mal organisé et les métho-

des surannées ; dans l'ignorance et l'inertie des grandes administrations ; dans les mesures de police protégeant la santé publique ; dans la lutte menée contre l'alcool ; dans le mode d'éducation préventive donnée à tous depuis l'enfance.

Faire reposer la prophylaxie sur la lutte antimicrobienne, c'est se payer de mots. La lutte dévorera des milliards et sera illusoire. Devant la fureur d'une inondation, se contenter d'un barrage de troncs d'arbres serait puéril ; il faut remonter à la source du fleuve et creuser des canaux de dérivation.

D'autre part, se mettre à l'œuvre pour la réforme des mœurs, c'est entreprendre une bataille difficile et longue. Mais le temps ne compte pas dans l'évolution des faits biologiques.

La première méthode satisfait l'esprit de tous et les intérêts de quelques-uns. La seconde vise l'intérêt général d'une nation qui est d'un demi-siècle en retard sur ses voisines.

La grande réforme doit s'adresser à l'enfance, à l'école, au collège : c'est là qu'il faut faire croisade. C'est là qu'il faut imprégner les esprits de cette vérité : si nous modifions nos mœurs, la tuberculose est évitable. Et tous les jours, on appliquera devant l'enfant les réformes à faire pour l'éviter : la propreté du corps et de l'habitat est la première condition à réaliser ! On forgera ainsi l'opinion publique actuellement aiguillée sur le microbe et on lui fera comprendre l'extrême complexité du problème.

Pour le microbiologiste, la prophylaxie doit, avant tout et par dessus tout, concentrer ses efforts contre le germe.

Pour le médecin, on doit lutter contre le germe ; mais surtout on doit lutter en faveur du milieu de culture, le *terrain* ; et par une série complexe de mesures d'hygiène sociale.

En dernière analyse, un *vaccin* pourra-t-il rendre inoffensives les sources d'infection ? Un avenir, peut-être prochain, le dira.

CLINIQUE CHIRURGICALE

Faculté de médecine de Paris :
M. le professeur agrégé LARDENNOIS,

Traitement de l'appendicite.

Dieulafoy a énoncé, jadis, cette formule lapidaire : il n'y a pas de traitement médical de l'appendicite. Eh bien ! j'estime qu'il y a un traitement médical de l'appendicite, qu'il faut mettre en œuvre avant l'arrivée du chirurgien et pendant sa surveillance.

Quand un malade est pris d'une crise appendiculaire aiguë, on n'a pas toujours à proximité un chirurgien pour l'opérer aussitôt. Vous rencontrerez, d'autre part, des cas où le diagnostic est indécis, incertain, et où il importe d'appliquer, par prudence, un traitement médical. En quoi consiste-t-il ?

Il comprend le repos au lit, à plat, bien entendu, et le repos de l'intestin. Pas de purgation, par conséquent. Le premier conseil à donner, si l'on vous interroge — souvent par téléphone — est de s'abstenir rigoureusement de purgatif lorsqu'une appendicite peut être soupçonnée. Une troisième recommandation à faire est d'appliquer une vessie de glace sur la région malade. Dois-je vous rappeler les précautions élémentaires dans l'emploi de la vessie de glace ? Vous mettrez d'abord de la poudre de talc sur la peau, puis deux épaisseurs de flanelle sèche, et, par dessus, la vessie réfrigérante, ceci dans le but d'éviter la production d'escarre. Quelques-uns d'entre vous se souviennent sans doute du procès fait à un médecin, il y a peu d'années, pour oubli de ces précautions, le malade ayant eu une escarre. Vous ferez bien, également, de surveiller, à ce point de vue, la peau et de suspendre la réfrigération s'il se produit une teinte bleuâtre avec varicosités, du revêtement cutané.

Enfin, vous instituerez une diète, au début extrêmement sévère, consistant en ingestion d'une petite quantité d'eau toutes les deux heures. Le malade s'y prêtera d'autant plus volontiers que chaque prise plus forte par la bouche est généralement suivie d'une exagération des douleurs.

Faut-il donner de l'opium ? Il y a une quinzaine d'années, il était classique de faire prendre un peu d'opium. Puis, cette pratique a été abandonnée. Les petites doses d'opium sont quelquefois excitantes. De plus, le médicament peut offrir des inconvénients, provoquer une légère dysurie, gêner l'évacuation des gaz, par exemple. Enfin, il entraîne la suppression de la douleur, symptôme utile pour suivre l'évolution de la maladie. Vous emploierez donc l'opium avec ménagement, le réservant plutôt pour le soir, associé ou non à la belladone, prescrit en suppositoire.

Autrefois, on continuait la diète stricte (quelques cuillerées d'eau) pendant plusieurs jours et même parfois des semaines. Il s'ensuivait certains troubles. Du ralentissement du pouls en particulier. J'ai vu le pouls, après avoir été à 100, 110, descendre à 55. Je crois que cela tient au jeûne excessif, à une insuffisance de nutrition. C'est là un moyen pour l'organisme de faire des économies de circulation. Ceci ne se voit plus guère aujourd'hui, mais il est bon de s'en souvenir, pour ne pas s'en inquiéter, le cas échéant. Une autre conséquence du jeûne excessif est l'acétonémie. Un sujet qui ne s'alimente pas devient autophage, c'est-à-dire carnivore avec tous les inconvénients de l'alimentation carnée.

Toutes ces raisons incitent à ouvrir une porte

plus large à l'augmentation du régime. Sachez aussi que l'absence absolue de nourriture est de nature à aider l'infection des voies digestives. Un individu non alimenté fera plus facilement une infection de l'intestin. Par conséquent, au premier jour, vous donnerez un peu de sérum glycosé, en injections hypodermiques. Dès le deuxième jour, le malade pourra prendre des tisanes sucrées, et au troisième jour, du bouillon de légumes (pommes de terre, carottes et riz). Assez rapidement vous aurez soin de faire ajouter au bouillon de légumes, des farines, des pâtes, des féculents, qui sont un moyen de faciliter la désinfection intestinale. Dès le 4e ou 5e jour, vous autoriserez le tapioca, par exemple.

Un aliment qu'il ne faut pas donner, c'est le lait. Il est dangereux et responsable de beaucoup d'incidents du refroidissement. De même, les œufs, le pain, dont la reprise dans l'alimentation sera tardive. Nous sommes donc au 5e jour. La température a baissé, le refroidissement se fait. Le moment est venu d'assurer l'évacuation de l'intestin, qui ne s'est pas vidé depuis le début. Si vous ne le débarrassez pas, vous risquez de l'infection. Si, d'autre part, vous donnez brusquement une purgation, vous déclanchez tous les dangers du purgatif et vous avez à craindre une reprise des accidents. C'est la période critique au cours du traitement. Une faute suffit alors pour que le refroidissement ne réussisse pas et l'on doit agir avec prudence. On donnera deux fois par jour un verre d'eau alcaline. Employer par exemple, l'eau de Bourget ou analogue, composée de phosphate de soude, sulfate de soude, citrate de soude, 5 grammes de chaque sel pour un litre d'eau. On prescrira une paraffine liquide de bonne marque (exempte d'arsenic et de sulfure). La paraffine liquide est un lubrifiant remarquable et en même temps un absorbant des toxines intestinales. Enfin, un troisième moyen à utiliser comme adjuvant, est le lavement avec 60 grammes d'huile. Durant ce temps, de première importance, de la médication, vous avez, il va sans dire, supprimé la glace pour la remplacer par des enveloppements tièdes humides de l'abdomen, pendant toute la durée de l'évacuation intestinale. Celle-ci achevée, vous reprenez la glace s'il y a lieu.

D'une façon générale, vous arrivez ainsi à mener à bien le refroidissement. Mais, il y a des exceptions, liées pour beaucoup à l'état antérieur de l'intestin. Il importe aussi de ne pas faire de faute de traitement.

Cela dit sur la thérapeutique médicale de l'appendicite aiguë, j'arrive au traitement chirurgical. Faut-il opérer, ou plutôt quand faut-il opérer ? J'élimine tout d'abord l'appendicite chronique. Quand on est en présence d'une appendicite chronique dûment diagnostiquée, il convient d'opérer, sans discussion. De même quand il y a eu crise franche d'appendicite aiguë, tout le monde est d'accord sur l'opportunité de l'opération. L'ablation, à froid, de l'appendice est une intervention tellement bénigne que ce serait folie de risquer une nouvelle crise aiguë évitable. Il est des auteurs, cependant, qui ont dit que, peut-être, l'appendice jouait un rôle utile. Je ne crois pas qu'on ait signalé un cas où l'ablation de l'appendice ait apporté quelque trouble à ce point de vue. On a cherché des arguments dans l'anatomie comparée. Chez le lapin, dont l'appendice est très développé, l'exérèse de cet organe a pu entraîner des accidents d'avitaminose, mais au bout d'un certain temps on voit la nutrition reprendre. Si l'on examine le cæcum de l'animal à ce moment, on note qu'il s'y est fait une transformation de la muqueuse, un développement de certaines cellules, à titre de suppléance, A plus forte raison, cela se produit il pour le petit appendice de l'homme. D'ailleurs l'appendicectomie ne soulève plus à l'heure actuelle aucune discussion. Dans les familles, elle est toujours acceptée quand le médecin la propose.

La difficulté n'existe pas pour ces cas-là. Elle se présente, au contraire, lorsqu'on se trouve en pleine crise aiguë. Quand doit-on opérer, alors. L'opération idéale serait l'opération immédiate, faite aussitôt que la maladie commence. Toutes les fois où l'on est en présence d'une crise nette, en milieu favorable, l'opération immédiate donne des résultats sûrs. Elle est aussi simple à la douzième heure qu'à froid et ne comporte pas de mortalité. Seulement, vous ne serez pas toujours, tant s'en faut, dans ces conditions. Vous n'êtes pas toujours appelés au début et ce début même échappe quelquefois. De plus, il y a des causes d'erreur de diverses natures, chez les gens âgés surtout et même chez les enfants. C'est ainsi que des pneumoniques ont pu être opérés pour appendicite, le point de côté pneumonique ayant parfois, dans l'enfance principalement, un siège abdominal.

Le début laisse donc assez souvent des hésitations et vous êtes ainsi amenés, dans bien des cas, au 2e ou 3e jour sans avoir fait venir un chirurgien. Nous voilà donc au 3e, 4e jour, moment difficile. Il est impossible alors de dire : j'opérerai toujours. Il faut dire : je tâcherai d'être opportuniste. L'opération est à conseiller dans certains cas, à déconseiller dans d'autres. En voici un exemple. Les chirurgiens de province, qui soignent une clientèle rurale, pratiquent l'appendicectomie à chaud systématique, sans attendre. C'est une conduite rationnelle, parce qu'on n'est pas très certain dans ces milieux de la manière dont peut être fait le refroidissement. A Paris, la situation est différente. On a de la glace sous la main et l'on est sûr de la façon dont le traitement sera suivi. On comprend alors les préférences pour l'*opération à froid*.

❖❖

Le problème ne saurait se résoudre par une formule *ne varietur*. Nous ne sommes pas des distributeurs automatiques de traitements. Il faut se régler selon les cas. Si, au troisième jour, à un moment donné, l'affection prend une tournure fâcheuse, si les symptômes persistent ; si l'on a affaire à une forme toxique, septique, péritonéale, on interviendra, car alors les inconvénients de l'opération à chaud s'effacent devant la gravité de la maladie. De même si l'on a l'impression que le refroidissement ne pourra pas être obtenu.

Il y aurait bien d'autres points encore à envisager. Je me résume en disant qu'à défaut d'opération immédiate, il faut opérer à froid si possible, en suivant la technique du refroidissement que je vous ai indiquée, mais en surveillant étroitement le malade, prêt à intervenir si la nécessité en apparaît.

Leçon recueillie par le Dr P. Lacroix.

A TRAVERS LA PRESSE

L'iode dans la tuberculose.

Nous avons analysé dans le numéro 22 de cette année un travail de M. Boudreau, de Bordeaux, sur l'emploi de l'iode à haute dose, aussi bien dans la tuberculose que dans les infections nouvelles (encéphalite épidémique), sous la forme classique de teinture d'iode.

M. Dufour qui, lui-même est un partisan de la médication iodée, n'a pas obtenu, avec la teinture d'iode, des résultats satisfaisants : la suppuration, la constitution histologique du parenchyme pulmonaire, et la voie gastrique étant des raisons qui lui paraissent suffisantes pour expliquer les échecs enregistrés.

Mais, il n'a pas abandonné le principe même de la méthode, et il s'est adressé à un composé iodé qui puisse être injecté par la voie intra-veineuse, de manière à ce qu'il atteigne directement le poumon, sans passer par le tube digestif.

Ce composé est connu en droguerie sous le nom d'Iodaseptine, et renferme 24 % d'iode sur la totalité des substances actives représentées par un produit benzométhylique et de l'urotropine.

Il se présente en ampoules de 2 cmc. 1/2 et de 5 cmc. contenant respectivement 0,25 et 0,50 d'iodaseptine.

L'auteur s'est assuré préalablement que l'injection isolée soit d'urotropine, soit du composé benzolé, n'avait aucune action comparable à celle du composé iodé.

Il a traité un grand nombre de malades, auxquels il a fait un total de 3000 injections, à raison d'une par jour pendant 20 jours. Après quoi, on suspend la médication pendant 10 ou 15 jours pour la reprendre de la même façon, indéfiniment en quelque sorte, jusqu'à ce qu'on ait constaté une notable amélioration.

Toutes les formes de tuberculose pulmonaire ne sont pas justiciables des injections d'Iodaseptine. N'y doivent pas être soumises les formes à fièvre hectique ou à marche fébrile rapide ou extra-rapide. Elles réussissent par contre dans la tuberculose bronchitique, scléreuse, à marche lente, peu fébrile, qui est améliorée dans des proportions considérables.

L'iodaseptine ne provoque pas d'hémoptysies et a pu même être employée impunément peu de temps après la cessation des crachements de sang.

Jamais on n'a noté de réactions violentes. Dans quelques cas, on observe un léger vertige, des troubles de la vue passagers, quelques douleurs rénales, très rares, un choc fugace et léger sans suite grave.

L'Iodaseptine paraît donc constituer une arme sérieuse dans la lutte anti-tuberculeuse. (*La Médecine*, mai 1921.)

Une thérapeutique alimentaire générale.

M. Leven, dont on connaît la parfaite compétence en pathologie digestive, s'élève, à bon droit, selon moi, contre l'exclusivisme de la plupart des régimes alimentaires.

A l'en croire, ce ne sont pas à proprement parler les aliments qu'il faut incriminer comme indigestes, dans telle ou telle affection, mais la manière dont ils sont préparés, mastiqués, ingérés, l'horaire irrégulier des repas, etc.

Son régime alimentaire général est basé sur les notions suivantes :

L'aliment est souvent plus nocif par sa quantité que par sa qualité, les règles relatives à la cuisson, à la mastication, étant observées. Les boissons sont parfois plus nocives par leur quantité que par leur qualité. La variété dans le choix des aliments s'impose. Cette variété est encore motivée par la nécessité de mettre en jeu tous les groupes glandulaires du tractus gastro-intestinal. Cette variété est même légitime, si la coprologie montre l'insuffisance digestive pour telle ou telle variété d'aliment. Un aliment réputé indigeste est parfois indigeste pour des raisons différentes de celles qui sont habituellement invoquées. L'acte digestif est heureusement influencé par d'innombrables facteurs qui sont souvent méconnus, tels la mastication, l'insalivation, le repos moral et physique au cours des repas, le volume et la température des boissons, la régularité horaire des repas, les intervalles utiles entre les repas.

Ceci étant, l'auteur réduit les restrictions qualitatives à faire jouer dans les régimes aux quelques aliments suivants : choux, choux-

fleurs, oseille, haricots verts, carottes, crudités, salades, fruits acides, poissons gras, porc frais, pain, vin, bière, cidre, liqueurs, eaux gazeuses.

Son régime thérapeutique d'épreuve se compose, pendant un temps très court, d'œufs, de poissons (merlan, limande, sole, colin), de viande (mouton, veau, agneau, poulet, jambon), de légumes (riz, pâtes, pommes de terre, purées de pois, de haricots, de châtaignes), de dessert (fromage, crèmes cuites, biscuits, entremets au riz, au tapioca, à la semoule, gelées ou compote de pommes.)

« Toutes ces considérations m'ont conduit à « utiliser le même mode d'alimentation dont les « types divers ne varient pas avec la variété du « mal, mais seulement avec la violence de ses « manifestations.

« Ces régimes à tout faire m'ont paru valoir « autant pour le dyspeptique que pour l'entéritique, à de très faibles variantes près, l'ab- « solu n'existant pas en médecine, autant pour « le rénal que pour le cardiaque, pour le gout- « teux que pour le diabétique, tant il paraît « vrai qu'il n'y a, en thèse générale, qu'un ré- « gime pour l'homme malade ». (*Gaz. des hôp.*, » 1921, n° 46.)

Les faibles doses de digitaline et le traitement synergique de l'asystolie.

Avec M. Fiessinger, M. Manquat s'élève contre les fortes doses de digitaline prescrites dans le traitement de l'asystolie confirmée. A son sens, les faibles doses, suffisamment prolongées, (X, XII, XV gouttes au plus) sont d'une efficacité certaine, si, se souvenant que l'asystolie n'est pas fonction unique de la défaillance de la fibre cardiaque, mais représente un ensemble où figurent un trouble dynamique circulatoire, des troubles fonctionnels et organiques de la presque totalité des éléments de l'organisme et un état d'intoxication.

Le traitement synergique qu'il préconise comporte donc, associés à la prescription de la digitaline, la théobromine, puissant diurétique et vaso-dilatateur énergique agissant sur les vaisseaux mêmes du cœur, le régime achloruré et hypotoxique, sans lait, avec réduction des liquides (eau lactosée : 1000 à 1500 gr.), et strictement végétarien, auquel s'ajoute utilement un goutte à goutte rectal lactosé isotonique, des laxatifs salins largement dilués et à faible dose. Subsidiairement, selon les indications, les ventouses sèches ou scarifiées sur le poumon, sur le foie, sur le rein, le benzoate de soude, expectorant et fluidifiant de la bile, l'infusion légère de feuilles de boldo.

« Dans cet ensemble synergique, la digitale « conserve naturellement sa suprématie au « point de vue circulatoire et son action diurétique puissante ; mais il n'est plus nécessaire « de songer à forcer la dose pour obtenir une « action énergique ». (*Journ. des prat.*, 11 juin 1921.)

Comment il faut donner la pepsine.

La pepsine fait partie essentielle de la médication des dyspepsies. Il est classique de l'administrer à des doses de 0,50 à 1 gr. au milieu des repas, associée généralement à l'acide chlorhydrique, dont la présence est nécessaire pour que la fermentation qu'elle détermine dans l'estomac puisse se produire.

Or, MM. Loeper et J. Baumann (de Châtel-Guyon) s'élèvent contre cette manière de faire, en s'appuyant sur des expériences et sur des considérations fort ingénieuses tirées des toutes récentes acquisitions relatives à la biologie humorale.

Ce n'est pas comme suppléant d'une sécrétion glandulaire amoindrie ou déficiente qu'il faut considérer la pepsine, mais comme un excitant de cette sécrétion, en même temps qu'un régulateur.

Les doses relativement élevées habituellement pratiquées ne sont donc nullement justifiées, non plus que l'horaire classique de son administration.

Du reste, l'ensemble de l'exposé des auteurs est excellemment résumé dans leurs conclusions :

1° L'administration de doses fortes de pepsine pendant le repas donne souvent des résultats illusoires parce qu'elle ne peut aboutir qu'à une suppléance momentanée et presque toujours insuffisante ;

2° L'administration de pepsine bien avant les repas est plus fréquemment efficace ; elle peut l'être avec des doses infimes de 0,10 centgr ; elle ne peut l'être exactement qu'une heure avant les repas ;

3° Les résultats peuvent être favorables dans des cas très différents et en apparence opposés d'hyper et d'hypochlorhydrie ;

4° La pepsine ainsi administrée joue un rôle excito-sécrétoire chez les hypopeptiques, régulateur de la sécrétion gastrique chez les autres ;

5° L'identité des résultats ou leur analogie s'explique malgré les divergences chimiques par la présence des symptômes généraux analogues.

6° Elle ne peut être attribuée qu'à une action de la pepsine sur l'organisme entier, action régulatr ce encore synergique, harmonique, préventive et antitoxique. (*Prog. méd.*, 23 ju llet 1921.)

La dissociation des membranes.

Il existe une dissociation physiologique qui sépare normalement, au cours du travail, la caduque, du chorion et de l'amnios. Dans certains cas, cette dissociation s'étend à ces deux dernières membranes. Elle peut être partielle ou totale. On l'observe dans l'insertion basse du

placenta ; dans la rupture retardée des membranes ; dans les adhérences anormales du pôle inférieur de l'œuf ; dans l'avortement. « C'est, dit « M. VERMELIN, un mécanisme de sûreté, méca- « nisme régulateur qui intervient la plupart du « temps au cours du travail alors que les condi- « tions anatomiques mêmes s'opposent à l'allure « normale de l'accouchement ou de l'avorte- « ment ».

Quand cette dissociation est reconnue, elle impose de grandes précautions au moment de la délivrance. Car, si elle est salutaire en général, elle comporte des complications éventuelles dont il faut être prévenu, et qui tiennent à la rétention possible avec tous les incidents qu'elle entraîne postérieurement.

On fera donc la délivrance systématiquement retardée, en attendant, à moins de crainte d'hémorragie, que le placenta ait été expulsé dans le vagin. On s'abstiendra de toute traction intempestive sur le cordon et on ne fera aucune tentative d'extraction pendant la durée de la contraction utérine. (*Prog. méd.*, 11 juin 1921.)

Les appendicites sans péritonites. Le syndrome toxémique aigu.

Il est des cas dans lesquels l'inflammation de l'appendice reste localisée dans sa cavité, sans tendance à s'extérioriser, de telle sorte que le péritoine n'est pas touché tout d'abord, et que la péritonite fait défaut. Ces formes sont des plus intéressantes à connaître, car elles commandent une intervention aussi précoce, reposant sur un diagnostic également précoce. De telles appendicites se présentent sous deux aspects différents : les toxémies virulentes et les toxémies torpides.

La toxémie virulente aiguë d'origine appendiculaire fait l'objet de l'exposé de M. DESCOMPS.

Ce qui la caractérise, c'est l'insignifiance et même l'absence de phénomènes locaux et la prédominance au contraire de phénomènes généraux.

Le peu de signes locaux se limite à une douleur, spontanée et provoquée, exceptionnellement intense, quelquefois nette, plus souvent obtuse, du type d'une légère résistance défensive de la paroi, comparativement avec le côté opposé, à la palpation douce. Cette douleur, avec tous ses degrés, se situe habituellement dans la fosse iliaque droite, mais elle ne correspond nullement à l'appendice, et peut se rencontrer au creux épigastrique ou être diffuse dans tout l'abdomen. Elle procède d'une réaction du sympathique abdominal. Cependant, dans les gangrènes appendiculaires massives, la douleur est intense, syncopale, et s'accompagne du ventre de bois ; elle est alors plus volontiers épigastrique ou généralisée.

Par contre, les phénomènes généraux sont intenses : pouls petit, hypotendu, faible, filant, accéléré, incomptable ; dyspnée, irrégularités respiratoires, spasme glottique, hoquet, oppression précordiale ; hypothermie, rarement hyperthermie, frissons ; altérations du visage, faciès grippé, cireux, terreux, plombé, yeux excavés et brillants, lèvres décolorées, extrémités froides, sécheresse de la peau ; puis, sueurs froides, langue sèche, rugueuse, vomissements alimentaires, puis muqueux, bilieux, sanglants ; subictère ; diarrhée fécale, séreuse, sanglante, oligurie, strangurie, albuminurie, glycosurie.

Tout cet ensemble symptomatique est celui des grandes intoxications (chimiques, alimentaires) ; des auto-intoxications ; de l'anaphylaxie ; des grandes infections (dysentérie, choléra, infections éberthiennes et paraéberthiennes, colibacilloses) quand elles se compliquent secondairement d'accidents septicémiques ; des infections septiques généralisées.

Il s'agit en résumé d'une réaction très générale d'intoxication, dérivant de l'excitation, puis de la paralysie des centres sympathiques bulbaires.

On trouve le même tableau dans les commotions physiques, dans les traumatismes susceptibles d'exercer une action sympathico-bulbaire. Enfin, les états de shock offrent le même aspect.

Comment faire dès lors le diagnostic de l'origine appendiculaire des accidents ? « Par la « recherche minutieuse et systématiquement « conduite des indices abdominaux les plus lé- « gers, et, en leur absence, l'élimination des « autres causes que, dans le cas donné, on pour- « rait logiquement invoquer ».

La tâche sera facilitée par l'existence d'une période en quelque sorte prodromique, de toxémie larvée, atténuée, répondant à l'appendicite chronique. « La crise toxémique aiguë est pré- « cédée, ou bien par l'accentuation d'un état de « toxémie chronique avérée, ou bien par l'appa- « rition de cet état qui révèle la poussée encore « discrète de folliculite ; en somme, une phase « subaiguë prémonitoire, véritable syndrome « d'alarme, prépare et annonce la crise ». (*Paris méd.*, 11 juin 1921.) G. D.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

La rachianesthésie à la novocaïne par le procédé de Delmas.

(MM. MÉRIEL et LEFEBVRE, de Toulouse. — *Académie de médecine.*)

MM. Mériel et Lefebvre emploient depuis 20 ans la rachianesthésie pour les opérations portant sur les membres inférieurs, le périnée et l'abdomen. Ils ont utilisé différentes techniques et se sont arrêtés à celle de Delmas : prélèvement de 5 cent. cubes de liquide céphalo-rachidien dans une seringue

stérilisée, projection de ce liquide dans une ampoule contenant 10 à 12 centigrammes de novocaïne, dissolution de la novocaïne et réinjection du liquide.

La rachianesthésie n'a pas donné à M. Mériel d'accident sérieux (aucun décès sur près de 1.000 anesthésies, quelques lipothymies) et une faible proportion d'échecs. Avec la technique de Delmas, elle procure des résultats excellents dans 90 % des cas. En particulier, le « silence abdominal », si utile en chirurgie abdominale et pelvienne, est très supérieur à celui que donne l'éther ou même le chloroforme. Si la rachianesthésie n'est pas toujours parfaite ni rigoureusement fidèle, elle offre de nombreux avantages qu'on aurait tort de négliger.

Syphilis musculaire du mollet.

(MM. Lemierre et Weissenbach. — *Soc. méd. des hôpitaux.*)

Lefèvre, à propos d'une observation faite à la clinique du prof. Audry, de Toulouse, a consacré un travail à la syphilis musculaire. D'après lui ce sont les muscles du mollet qui sont le plus souvent atteints. Viennent ensuite les sterno-mastoïdiens. Ces accidents, toutefois, sont, en définitive, rares.

MM. Lemierre et Weissenbach rapportent deux cas de syphilis des muscles du mollet, de formes différentes. Dans le premier cas, il s'est agi de myosite syphilitique secondaire. La malade fut prise, brusquement, en marchant, d'une vive douleur dans un mollet. Elle dut s'aliter. Admise à l'hôpital, on constata une tuméfaction, de consistance dure, du mollet, avec état de contracture, et douleurs assez fortes pendant les mouvements. La présence, au niveau des amygdales, de quelques plaques muqueuses, conduisit à un traitement spécifique, qui amena la guérison de la myosite.

Chez la seconde malade, existait des gommes indolentes des muscles du mollet, développées insidieusement, causant seulement un peu de gêne de la marche. Il s'agissait également de syphilis méconnue.

La typho-bacillose de Landouzy chez les enfants.

(M. J. Comby. — *Société médicale des hôpitaux.*)

On voit assez souvent et à tous les âges des malades en proie à une fièvre continue, durant des semaines, sans signe physique appréciable, qui fait songer à la fièvre typhoïde, et relève du bacille de Koch. Cette typho-bacillose, dégagée cliniquement par Landouzy, est une réalité indiscutable. Toutefois, dit M. Comby, parler de bacillémie est insuffisant.

La bacillémie n'est pas concevable sans lésion, *sine materia.* Elle provient d'un foyer caché qui, chez l'enfant, siège presque constamment dans les ganglions trachéo-bronchiques. La typho bacillose se termine d'ailleurs généralement par des localisations sur le poumon, la plèvre, les méninges, etc.

Le chlorure de potassium dans la néphrite hydropigène.

(MM. L. Blum, Aubel et R. Lévy. — *Soc. méd. des hôp.*)

Le rôle du chlorure de sodium dans la production des œdèmes est bien connu. MM. Blum, Aubel et R. Lévy montrent que le chlorure de potassium possède des propriétés très différentes. Non seulement, il ne provoque pas la rétention aqueuse, mais encore il est déshydratant. Bien mieux, son action diurétique paraît nettement supérieure à celle de la plupart des diurétiques, la théobromine entre autres. Le KCl n'augmente pas l'albuminurie ; par contre, il provoque facilement de la diarrhée.

La tension veineuse dans l'acrocyanose.

(MM. Villaret, Saint-Girons et Grellety-Bosviel. — *Soc. méd. des hôp.*)

Continuant leurs études sur la tension veineuse périphérique, MM. Villaret, Saint-Girons et Grellety-Bosviel ont recherché l'état de cette tension chez 4 malades atteints d'acrocyanose. Dans tous ces cas, la tension veineuse était augmentée.

En même temps, ils ont noté, chez les malades de sexe féminin, atteintes du syndrome acrocyanose et hypertension veineuse, l'existence de troubles ovariens. Sous l'action du traitement opothérapique ovarien, le syndrome, plusieurs fois, a été amélioré. Il leur semble logique dès lors d'attribuer à l'insuffisance ovarienne un rôle pathogénique réel, sinon exclusif, dans la génèse de l'acrocyanose.

Dangers de la ponction lombaire dans le mal de Pott.

(MM. G. Guillain et Guy Laroche. — *Soc. méd. des hôpitaux.*)

MM. Guillain et Guy Laroche ont observé chez trois malades atteints de mal de Pott, à la suite d'une ponction lombaire, des accidents méningés, qui deux fois se sont terminés par la mort. Les auteurs estiment que d'une façon générale et chez les sujets porteurs de mal de Pott en particulier, on ne doit recourir à la ponction lombaire que si cette intervention est nettement indiquée. L'utilité de la ponction lombaire est évidemment hors de conteste, mais cette petite intervention n'est pas toujours absolument inoffensive.

Pour prévenir le choc novarsenical.

(MM. Sicard, Paraf et Forestier. — *Soc. méd. des hôpitaux.*)

MM. Sicard, Paraf et Forestier préconisent le procédé suivant pour empêcher la production du choc après injection de novarsenic.

Ils cherchent, chez les sujets prédisposés à cet accident, à provoquer un choc régional qui prévient le choc général. Pour cela, ils placent une ligature à la racine du membre de façon à arrêter la circulation sanguine ; ils injectent la solution novarsénicale et ne desserrent le lien qu'après 5 à 6 minutes, temps nécessaire à la production du choc régional. Cette méthode, employée chez deux malades qui offraient une crise nitritoïde après chaque injection de novarsenic, a permis le traitement sans incident.

Syndrome parkinsonien monoplégique post-encéphalitique.

(MM. Sainton et Schulmann. — *Soc. médicale des hôpitaux.*)

Les syndromes parkinsoniens sont fréquemment rencontrés à la suite de l'encéphalite épidémique et ils révêtent des formes cliniques diverses. MM. Sainton et Schulmann en signalent un exemple dans lequel le syndrome parkinsonien affecta un type monoplégique (membre supérieur droit).

M. Souques a vu plusieurs cas de syndrome parkinsonien post-encéphalitique limité pendant de longs mois à un seul membre.

Le chlorure de calcium dans la diarrhée et les vomissements des tuberculeux.

(MM. Rist, Ameuille et Ravina. — *Soc. méd. des hôpitaux.*)

Le chlorure de calcium a procuré de très beaux résultats à MM. Rist, Ameuille et Ravina, dans le traitement de la diarrhée et des vomissements des tuberculeux. Le médicament, pour être efficace, doit être administré en injections intra-veineuses, aux doses élevées de 1 à 2 grammes. L'injection doit être strictement intra-veineuse sous peine d'escharres et de graves inconvénients, s'il pénètre quelques gouttes en dehors de la veine.

Influence de la rapidité de l'ingestion dans l'épreuve de l'hémoclasie digestive.

(MM. Pagniez et Richet. — *Soc. méd. des hôpitaux.*)

L'épreuve de l'hémoclasie digestive comporte l'ingestion de 200 cent. c. de lait. On observe ensuite les variations du taux des leucocytes du sang : il y a hémoclasie s'il se produit une leucopénie franche.

M. Pagniez s'est demandé quelle pouvait être l'influence, dans cette épreuve, de la rapidité d'ingestion du lait. Etudiant comparativement la courbe leucocytaire chez des sujets venant d'ingérer 200 cc. de lait en un temps, et chez d'autres ayant ingéré la même quantité par petites gorgées en dix minutes, il a constaté que la leucopénie, nette chez les premiers, était nulle et faisait place même à de la leucocytose chez les seconds. Il est probable que dans l'ingestion lente, il se produit un véritable phénomène de skeptophylaxie, d'anti-anaphylaxie, analogue à celui que l'on provoque en faisant prendre une petite quantité de la substance déchaînante (lait, œuf,...) avant la grande prise de cette substance.

D'où il résulte que pour réussir l'épreuve de l'hémoclasie digestive, il faut que l'ingestion de lait soit faite rapidement. Ces expériences permettent également de comprendre les inconvénients de la tachyphagie, qui annihile la protection que donne le repos lent contre l'hémoclasie digestive.

P. L.

BIBLIOGRAPHIE CRITIQUE

Revue des Thèses.

Paris.

Dr Edmond Apard. — **Les voies naturelles comme voies d'accès de la fosse ptérygo-maxillaire et de son arrière-fond** (Paris, A. Maloine et fils, éditeurs).

La fosse ptérygo-maxillaire est une région au niveau de laquelle s'arrêtent assez souvent les projectiles : cette fréquence est vraisemblablement due à la présence des masses musculaires des ptérygoïdiens, qui, véritables sangles élastiques et résistantes, semblent jouer un rôle d'arrêt ; elle est abordable par deux voies :

a) Une voie externe, cutanée, qui aborde la face externe après avoir rencontré le zygoma et la branche montante en évitant le facial.

b) Une voie antérieure, muqueuse, qui aborde la face antérieure, directement dans sa partie externe et inférieure, après effondrement du maxillaire supérieur dans sa partie interne.

La voie antérieure, trans-sinusale, latéro-sinusale, ou intermaxillaire, suivant que le corps étranger sera interne, externe ou inférieur, est avantageuse.

En effet, elle offre les avantages suivants : pas de cicatrice visible ; pas de résection osseuse mutilante ; pas d'atteinte possible du facial.

PARTIE PROFESSIONNELLE

MÉDECINE SOCIALE

Le médecin et les lois sociales nouvelles.

La correspondance suivie que nous recevons à propos des articles que nous consacrons aux rapports qui, selon nous, devront régner entre médecins et malades assurés sociaux, continue à affluer. Il serait fastidieux de la publier toute. Voici, parmi les dernières lettres, une épître qui nous renouvelle une demande, déjà formulée précédemment par un autre de nos lecteurs, de procéder à un referendum parmi les abonnés du *Concours médical.*

Mon Cher Confrère,

Non, cent fois non, ne vous découragez pas. Et ne vous croyez pas isolé. Nous sommes beaucoup, des vieux, des moyens et des jeunes, qui partageons entièrement votre manière de voir dans la question assurance invalidité-maladie.

Ne considérez pas le chiffre de 39 syndicats refusant la tarification comme un chiffre définitif et immuable. D'abord, il s'agissait des mutilés. Et puis, au moment de ce vote beaucoup ignoraient le projet de loi assurance invalidité-maladie. Beaucoup l'ignorent encore.

Aussi, éclairez-les. Frappez sur le clou. Répétez sans vous lasser dans chaque numéro du *Concours* ce que vous nous avez déjà dit avec tant de bon sens et de clarté. Et vous serez suivi. Car il faut pour l'avenir de la médecine dans notre pays et pour le bien des malades que le système de la liberté, le « système Duchesne » soit le nôtre, celui des syndicats, celui de tous les médecins français.

Je ne suis plus « à me le demander » comme le confrère R.; j'en suis convaincu ; nos dirigeants nous engagent sur la mauvaise route. Il faut braquer les roues. Il faut que la majorité éclairée et documentée les oblige à abandonner ce projet néfaste du « forfait » qui, sous couleur d'organisation technique !, établit la fonctionnarisation, le salariat et l'esclavage. Les indigents, les mutualistes, les accidentés du travail et les mutilés suffisent amplement.

Notre très honoré doyen, le Dr Gassot, résume admirablement la question dans la lettre qu'il vous adresse. Oui, vous êtes toujours « à la page ». Le médecin veut rester libre devant le malade libre. Pas d'organisme étranger entre nous. Pas de paperasses ; pas de bureaucratie ; pas de nouveaux fonctionnaires ; pas de catégories, de tarifs, de commissions tri, quadri ou quintipartites ; pas de nouvelles causes d'*individia medicorum* ; pas de contrôle illusoire ; pas de tyrannie syndicale au nom d'un n + unième tarif Tartempion. Aussi, je répète avec le confrère R : « Le médecin ne connaît que son malade, assuré ou non, il lui réclame directement les honoraires qu'il croit légitimes, basés sur sa notoriété à lui médecin, le service rendu et la position sociale du malade. »

Et je répète aussi avec le Dr Gassot : « Voilà ce que je pense avec vous et ce que penseront un très grand nombre de nos confrères quand ils auront bien voulu examiner la question d'un peu près. »

Initiez donc aux beautés du système alsacien-lorrain, y compris le « trinkgeld », les indifférents, les ignorants ou les surmenés qui ne lisent pas nos organes professionnels.

Faites ensuite un referendum, et vous verrez combien il restera parmi nous de partisans du contrat collectif.

Dr L. (Loiret).

***

Il ne nous appartient pas de procéder à cette consultation du corps médical. L'Union des Syndicats l'a fait, à propos du conflit relatif aux soins médicaux des pensionnés de guerre. Elle était dans son rôle, et faisait son devoir en se livrant à ce vaste referendum.

On sait quel en a été le résultat, et quelle majorité syndicale s'est alors prononcée contre le forfait accordé par l'État au pensionné malade, appelé à honorer ensuite lui-même directement le médecin librement choisi par lui.

Je sais bien qu'on m'a répondu que l'assurance sociale et les soins médicaux aux pensionnés de guerre, cela faisait deux questions très différentes ; que les syndicats n'auraient sans doute pas en majorité les mêmes vues sur l'application de la grande loi en préparation ; qu'ils n'ont peut-être pas eu le temps de délibérer en toute quiétude ; que beaucoup de syndiqués n'avaient pu donner leur avis ; que nombre d'autres regrettaient déjà de s'être un peu trop hâtés de donner le leur, favorable à une organisation de soins sur accord avec l'État.

Je ne méconnais pas la valeur de ces arguments. Je n'en dois pas moins m'incliner provisoirement devant les chiffres qui ont été publiés, jusqu'à ce qu'ils cessent, par leur modification, de pouvoir être considérés comme exprimant assez exactement les tendances respectives du corps médical organisé.

Mais, ainsi que je l'écrivais dernièrement, il appartient à nos lecteurs de faire *proprio motu* ce referendum. Qu'ils continuent à nous adresser leurs réflexions, leurs observations, leurs suggestions. Si le nombre de ceux qui approuvent ma thèse est imposant, il ne pourra manquer de

faire impression et les discussions futures des Syndicats sur cette grave question s'en ressentiront très certainement.

On ne pourra toujours pas nous reprocher de n'avoir pas mis en pleine lumière toutes les pièces du procès.

***

Parmi les raisons invoquées pour rejeter le système de la liberté, en faveur du système du contrat collectif avec organisation de soins, il en est une que, jusqu'à présent, j'ai laissé dans l'ombre, et qu'il me paraît cependant nécessaire d'examiner.

On dit, — et c'est évidemment un fait — que le système de la liberté remettait radicalement en question la médecine sociale, et qu'il était en opposition formelle avec le régime sous lequel fonctionnent l'assistance médicale gratuite et les accidents du travail.

On dit — et cela ne manque évidemment pas de poids : « Vous ne voulez pas d'une tarification officiellement établie après accord entre la collectivité et le corps médical pour l'assurance sociale, alors que vous avez sollicité cette même tarification pour les assistés et les accidentés. »

A cela, je répondrai : « Nous ne savions pas ! Nous ne pouvions pas prévoir comment le régime de la tarification se comporterait ; si ses inconvénients seraient plus ou moins grands que ses avantages. Nous allions dans l'inconnu. C'était quelque chose de tout nouveau pour nous, et nous étions fondés à croire que nous nous en trouverions excellemment, tandis que les malades n'en retireraient que des bienfaits. ».

Nous raisonnions théoriquement, en présupposant, — hypothèse purement gratuite, et quelque peu inconsidérée — que médecins et malades étaient parfaits, et qu'il n'y aurait rien de changé dans leurs rapports.

Nous avions compté sans l'imperfection de la nature humaine. Nous manquions d'éléments d'appréciation.

Avant l'organisation de l'assistance publique, il existait des bureaux de bienfaisance qui secouraient une minorité d'indigents avec de maigres ressources. Cela allait tant bien que mal, plus mal ici, mieux ailleurs. La charité privée suppléait dans une assez large mesure aux insuffisances de la charité publique. Dans chaque commune, dans chaque village, le châtelain, le riche bourgeois, le grand industriel avait sa clientèle de besoigneux. Que l'un de ceux-ci devint malade, son protecteur disait à son médecin : « Allez donc voir un tel. Je me charge de vous régler vos honoraires et de payer les frais pharmaceutiques. »

Cela m'est arrivé je ne sais combien de fois, dans ma prime jeunesse. Le besogneux se gardait bien d'abuser, parce que c'était M. X ou Mme Y qui l'assistaient volontairement et sans y être forcés.

Mais voilà qu'un beau jour, l'État, dans un but très noble, décrète que le règne du bon plaisir, en matière d'assistance, doit cesser, et qu'il entend substituer, à la charité privée, la solidarité humaine ; que c'est lui qui désormais, se chargera d'assurer aux indigents le secours médico-pharmaceutique dont la maladie les rend justiciables.

Alors, cela change du tout au tout. Ce n'est plus M. X ou Mme Y, des individualités, qui payent, parce que cela leur plaît, c'est l'État, parce qu'il le doit. L'État, c'est-à-dire un anonyme, qui crée alors un vaste organisme chargé de faire fonctionner ce nouveau service social, de faire *fonctionner*, c'est-à-dire d'utiliser à cet effet, des *fonctionnaires*, une *bureaucratie*, des *règlements*...

On n'abuse pas d'un particulier, ou du moins, l'abus est exceptionnel et limité. Mais l'État, ce n'est pas la même chose : on ne risque rien à ne pas compter avec cet anonyme.

Il y a là une aberration de probité analogue à celle en vertu de laquelle, tel qui se croirait déshonoré s'il prenait indûment quarante sous à son voisin, estime qu'il ne faillit pas le jour où il introduit en fraude une bouteille de vieux marc, ou monte délibérément dans un compartiment de première classe avec un billet de troisième, ou dissimule au fisc une partie de l'héritage qui vient de lui échoir.

Eh parbleu ! Nous côtoyons chaque jour des centaines de personnes, parfaitement honorables par ailleurs, qui se livrent en toute tranquillité de conscience à ces petites manœuvres. Je ne jurerais pas qu'il ne nous est pas arrivé à nous-mêmes de le faire. Si ce n'est à nous, à notre frère, ou à notre femme.....

Revenons à la médecine sociale : *je pose en axiome que le malade qui ne rémunère pas lui-même son médecin, abuse de lui systématiquement*, les preuves en abondent — et que le médecin qui trouve dans les tarifs officiels une rémunération insuffisante de son travail, est porté lui-même à abuser des facilités que ce régime lui donne.

L'abus, *l'abus*, L'ABUS, voilà la conséquence inévitable d'une organisation de soins qui exonère le malade des honoraires médicaux pour les mettre à la charge d'un tiers anonyme.

A quoi aboutit l'abus, avec un tarif médical à l'unité ? A pousser le tiers qui paye à substituer à ce tarif un forfait qui lui permet d'asseoir ses prévisions budgétaires. Et si un médecin refuse d'accepter ce mode de payement, et si, faute d'entente et d'union, un voisin, léger et imprudent, sinon malintentionné, accepte, c'en est fait ; tout le monde finit par y passer, et nous en revenons aux donneurs de soins à *prix fixe*, qui sont des fonctionnaires de fait, en

attendant que, de par la loi, ils le deviennent de droit.

***

Une autre conséquence, désastreuse pour la dignité du corps médical, qui ressort de la médecine des accidents du travail, c'est d'assimiler le médecin à un plombier, j'allais dire à un fumiste. Nous allons de plus en plus vers une médecine industrielle et commerciale.

Mémoire (c'est ainsi qu'on parle maintenant) des frais dus au Dr A. pour soins donnés à X.

2 sutures	15 fr.
1 injection anti-tétanique	20 fr.
1 certificat	5 fr.
15 kilomètres parcourus	15 fr.
1 visite de nuit	30 fr.
etc., etc.	

Comparez ce détail à celui du plombier qui compte :

Avoir déposé le robinet du compteur, avoir reconnu qu'il était intact, l'avoir reposé	20 fr.
Avoir salué la maîtresse de la maison	.... fr.

Est-ce là notre idéal ? Sommes-nous tombés si bas que nous devions accepter la généralisation de semblables mœurs ? Est-ce pour nous livrer à une pareille gymnastique que nous avons fait de longues et patientes études, que nous avons conquis un diplôme qui nous classe dans une élite sociale ?

Dites-moi, je vous en prie, est-ce pour de telles besognes que nous sommes faits ? Est-ce là le progrès ???

Suis-je un imaginatif que dévoie une folle du logis en état de crise ? Me trouvé-je dans la lune ? Sont-ce, d'un songe, les visions mensongères qui m'inspirent de malsaines pensées et guident ma plume dans le chemin de l'erreur ?

Relisez attentivement, relisez les articles de Specklin ; relisez la lettre de Wennagel, publiée plus récemment. Et si vous n'êtes pas éclairés et convaincus, c'est que vous avez un voile sur les yeux.

Ce système est mauvais ; la preuve en est faite, archi-faite.

Acceptable tout au plus pour des assistés, relativement peu nombreux, et pour des accidentés où il n'est d'ailleurs qu'une application *partielle* d'une tarification, et qu'il laisse le médecin parfaitement libre de demander à son malade les honoraires qu'il jugera lui être dus, il ne saurait obtenir le consentement de la grande majorité du corps médical français, le jour où il menacerait d'être généralisé et employé pour les trois quarts de la population.

Pesez-en donc avec attention le pour et le contre. Supputez les éventualités en présence desquelles vous vous trouverez demain. Discutez, discutez longuement. Dressez le bilan des avantages et des inconvénients des solutions proposées.

Éclairez-vous, instruisez-vous à la faveur, non de simples spéculations de l'esprit, mais de faits acquis, prouvés, contrôlés.

Et, quand vous vous serez fait une opinion, prenez une décision qui aura été mûrement réfléchie, je veux le croire. Prononcez-vous, dans vos comices syndicales, en faveur du système qui vous apparaîtra le meilleur, tant au point de vue des malades que du vôtre propre, ou le moins mauvais, si vous préférez. Et, pour le reste, laissez faire aux dieux !!!

G. Duchesne.

LA VIE SYNDICALE ET PROFESSIONNELLE

Comment favoriser l'installation des sages-femmes dans les campagnes ?

Le Conseil départemental d'assistance du Cher a émis un vœu tendant à faire étudier, par le Conseil supérieur de l'assistance publique, les moyens propres à favoriser l'installation de sages-femmes dans les campagnes.

Devant rentrer dans leurs dépenses d'automobile, les médecins sont obligés de demander un prix parfois élevé pour une visite à domicile. Dans notre siècle, où tout le monde est pressé, on exige que le docteur vienne immédiatement voir son malade : d'où l'obligation, pour le praticien, d'avoir un auto. Mais, le public a conservé l'habitude de payer des honoraires médicaux très modestes et il ne comprend pas que les tarifs modiques d'avant-guerre ne puissent plus correspondre avec le coût actuel de la vie.

Aussi, pour secourir les paysans, qui, cependant, sont loin de souffrir de la mévente de leurs récoltes, le Conseil d'assistance du Cher a pensé que les sages-femmes pourraient rendre des services à la population, en suppléant le docteur, en soignant les malades sous sa direction, en traitant même les cas bénins et simples.

Régime légal de la profession de sage-femme.

Aux termes de l'article 3 de la loi du 30 novembre 1892, sur l'exercice de la médecine, les sages-femmes ne peuvent pratiquer que l'art des accouchements. Et encore, d'après l'article 4, ne peuvent-elles que faire des accouchements simples, non laborieux, et ne nécessitant pas l'emploi d'instruments.

Il leur est également interdit de prescrire des médicaments, autres que ceux fixés par une nomenclature.

Enfin, elles peuvent pratiquer les vaccinations antivarioliques.

Rappelons encore les dispositions des articles 30 et 31 de la loi du 19 ventôse an XI, spécifiant que les sages-femmes de 2e classe ne peuvent exercer leur profession que dans le département pour lequel elles ont été reçues.

Le décret du 22 août 1854, dans son article 19, reproduit cette restriction d'exercice, en indiquant quels sont les examens spéciaux que devra passer une sage-femme de 2e classe, désireuse d'obtenir le diplôme de première classe.

La loi du 30 novembre 1892, qui constitue actuellement la charte de l'exercice de la médecine, précise, dans son article 33, que les sages-femmes de 2e classe continueront à exercer leur profession, sous le régime légal et réglementaire antérieur.

La loi du 5 août 1916 a supprimé les sages-femmes de 2e classe, pour l'avenir, tout en conservant aux diplômées de 2e classe leur statut antérieur.

Utilisation des sages-femmes en pratique courante.

1° Dans la classe ouvrière et dans la petite bourgeoisie, la sage-femme est plus souvent que le médecin retenue pour un accouchement, qui paraît devoir être simple. Les honoraires sont ainsi moins élevés et on ne fera appel au docteur que s'il survient une complication.

Néanmoins, le rôle de la sage-femme diminue beaucoup en ville, car bien des personnes préfèrent les soins d'un médecin, alors que d'autres vont accoucher dans des cliniques spéciales, ou à l'hôpital.

2° La sage-femme peut être placée, auprès d'une future maman, par le médecin lui-même. Le praticien, souvent appelé au loin, par sa nombreuse clientèle, ne peut pas s'immobiliser durant de longues heures auprès de la parturiente, alors que son concours est parfaitement inutile pendant la dilatation.

Restant auprès de la malade, la sage-femme saura à quel moment on peut prier le praticien de venir s'installer au chevet de l'accouchée.

3° Mieux que quiconque, surtout dans nos campagnes, la sage-femme est qualifiée pour donner à la jeune maman et à son poupon tous les soins d'hygiène et de toilette intime. Pour ce traitement consécutif à l'accouchement, la sage-femme est une garde tout indiquée.

4° Enfin, dans les milieux ruraux, la sage-femme est souvent l'auxiliaire du médecin, pour l'assistance au cours d'une opération d'urgence, ou de petite chirurgie. De même, dans les localités éloignées de tout docteur, la sage-femme peut être chargée par le praticien de poser des ventouses, de pratiquer des injections hypodermiques, de refaire des pansements simples, etc.

Critiques et inconvénients.

1° Comme toutes les personnes qui n'ont reçu qu'une teinture scientifique peu approfondie, ou qui n'ont acquis que des notions insuffisantes dans l'art de guérir, les sages-femmes sont parfois incitées à se croire de véritables médecins. Peu à peu leur confiance en elles-mêmes s'accroît et insensiblement, par la gynécologie d'abord, puis par la pédiatrie, elles glissent vers l'exercice illégal de la médecine.

Que de fois, les médecins de campagne n'ont-ils pas eu à se plaindre de ces excès de zèle intempestifs, transformant en maladie grave une affection bénigne au début.

Il suffit d'ailleurs de se reporter aux travaux du Congrès de l'exercice illégal de la médecine, tenu à Paris, en 1906.

2° Et même, pour la pratique des accouchements, combien n'avons-nous pas vu personnellement, des sages-femmes qui se croyaient diminuées, aux yeux du public, lorsque, dans un accouchement difficile, elles se voyaient dans l'obligation de faire appeler un docteur ? Que de fois, et j'en réfère à tous mes confrères sans exception, n'avons-nous pas à déplorer un appel trop tardif : la vie de la mère et surtout celle de l'enfant est compromise ou perdue parce que la sage-femme a voulu agir seule. Ce travers humain est fréquent, surtout dans nos campagnes, où la sage-femme jouit d'une certaine considération : l'accoucheuse se croit amoindrie si elle ne termine pas seule l'accouchement et souvent le docteur est appelé en cachette par le mari angoissé.

3° Dans les milieux ruraux, la sage-femme est obligée de faire toutes les besognes auprès d'une accouchée.

Nous avons vu personnellement l'accoucheuse soigner la future maman, puis tisonner le feu, préparer des aliments et, souvent, sans se laver les mains, retourner auprès de la malade, pour surveiller le travail. Tour à tour, femme de ménage, infirmière, accoucheuse, allant de l'évier au fourneau et rappelée auprès du lit par un cri plus fort de la parturiente, la sage-femme est obligée de se prodiguer partout, au risque de mépriser les règles de l'antisepsie.

Elle est souvent dans la nécessité de faire ces travaux divers, car, dans les milieux ouvriers ou paysans, lorsque la mère de famille est au lit, il n'y a personne pour préparer le repas des hommes : la sage-femme est donc dans l'obligation de prêter son concours de toutes manières. Seulement, en médecin, nous ne pouvons que déplorer pareils agissements, au moment où l'on désire augmenter le nombre des sages-femmes, au lieu d'étudier le moyen de faire accoucher dans des maisons spéciales et suffisamment nombreuses.

LABORATOIRE "YSE"
65, R. Louis-Blanc
PARIS
Xe

DRAGÉES NÉVROSTHÉNIQUES "YSE"

PHARMACIE. H. CHATELUT
échantillon gratuit
à MM. les Docteurs

à base de PHOSPHURE ZN
NUX VOMICA — KOLA — GUARANA

Spécifique de la Neurasthénie
Surmenage Intellectuel Dépression Physique & Cérébrale



ÉCHANTILLONS ET LITTÉRATURE :
LABORATOIRES CIBA
O. ROLLAND, Ph^ciens
1, Place Morand, à LYON.

ELBON



CHOLÉÏNE CAMUS

CAPSULES GLUTINISÉES
A L'EXTRAIT INALTÉRABLE DE FIEL DE BŒUF
4 A 6 CAPSULES PAR JOUR

MALADIES DU FOIE
ENTÉRO-COLITE
CONSTIPATION

CHOLÉINE CAMUS
13, rue Pavée, PARIS-IVe

ÉCHANTILLONS ET LITTÉRATURE
SUR DEMANDE A MM. DOCTEURS

Peut-on s'étonner ensuite, que les règles d'antisepsie soient peu à peu méconnues : les notions élémentaires, apprises à l'école, s'estompent progressivement et la sage-femme de campagne se transforme inconsciemment en matrone, critiquant les précautions antiseptiques prises par le médecin.

4º La protection de la maternité, celle de la première enfance, sont directement intéressées par notre étude, sévère peut-être aux yeux de certains, mais sûrement vécue. Un accouchement mal fait a un long retentissement, soit sur la vie de la mère, soit sur celle de son enfant.

D'ailleurs, faisant beaucoup de gynécologie, sans en avoir le droit, la sage-femme ne sait pas guérir certaines complications éloignées d'une légère infection puerpérale. De même, elle laisse passer inaperçues des maladies d'enfant, occasionnées par la syphilis héréditaire, ou autres dystrophies.

5º Les groupements professionnels de sages-femmes sont rares. Il n'y a que très peu de syndicats ; encore comprennent-ils surtout des praticiennes de ville.

Sans cohésion professionnelle, livrées à elles-mêmes, en dehors de toute règle de déontologie et de discipline corporative, les sages-femmes peuvent se laisser tenter par le lucre et quelquefois se livrer aux pratiques coupables des avortements.

5º Constatons de plus que le métier de sage-femme se perd : le recrutement est difficile, les élèves se font de plus en plus rares dans les écoles professionnelles.

En effet, la situation d'accoucheuse n'est pas enviable : les honoraires sont modestes, alors qu'il faut passer une ou plusieurs nuits au chevet de la parturiente, sans compter les journées. Il faut ensuite donner les soins consécutifs, jusqu'aux relevailles : le tout pour une rémunération en général modique.

Mal payée, n'ayant ni ses dimanches, ni même ses nuits, la sage-femme voit l'ouvrière d'usine gagner des salaires bien supérieurs, sans avoir eu besoin de passer des examens, ni de consacrer plusieurs années à l'étude. L'ouvrière peut s'occuper de son ménage, tandis que la sage-femme, ne jouissant d'aucune liberté, doit abandonner son foyer pour secourir autrui.

Sacerdoce, dira-t-on ! Mais ces mots ne portent plus guère, dans notre siècle de réalisation, alors que l'amour de l'argent, du lucre et de la jouissance nous vient surtout des classes dirigeantes. Le nouveau riche a rendu le sacerdoce ridicule et hors de saison. Chacun veut désormais gagner sa vie, et les éloges pompeux, célébrant le dévouement professionnel, ne remédient en rien à la crise de vie chère, dont les humbles souffrent plus que les riches.

Or, que dire des indemnités dérisoires allouées par certains Conseils généraux pour l'organisation départementale de l'assistance médicale gratuite ? Les sages-femmes, pour assister une indigente, n'ont droit souvent qu'à vingt francs, pour un travail de plusieurs fois vingt-quatre heures.

Enfin, comme pour définitivement décourager les bonnes volontés, les sages-femmes commencent à partager le sort des médecins. Le client mécontent,poussé par un agent d'affaires véreux, obtient l'assistance judiciaire, avec d'autant plus de facilité qu'il est électeur influent : Procès en responsabilité, ou menace de procès, constituant le chantage.

Une fois l'innocence proclamée, nos magistrats, quelque peu retardataires, refusent de croire à la mauvaise foi du plaignant et l'homme d'affaires véreux, qui est par derrière, va plus loin chercher une nouvelle cause, où il pourra pêcher en eau trouble, sous le couvert des lois et de la mansuétude de nos tribunaux.

Études ardues, long apprentissage, pour aboutir à l'exercice d'une carrière peu rémunératrice, sans liberté, avec une grande responsabilité et la peur des procès : comment inciter les nouvelles générations à embrasser la carrière de sage-femme, alors que le travail en usine est autrement mieux payé et laisse plus de liberté ?

Que faire pour les sages-femmes ?

1º J'ai entendu proposer un moyen radical : la suppression des sages-femmes, puisqu'il y a beaucoup de docteresses en médecine. Tenant de leur diplôme le droit de faire des diagnostics et des traitements, ces doctoresses pourraient exercer dans nos campagnes et se spécialiser surtout dans la pratique des accouchements et l'art de la pédiatrie.

L'idée est séduisante, au premier abord ; mais, à la réflexion, pour qui connaît la campagne, elle est inapplicable.

Le médecin rural a souvent une peine extrême à vivre dans son rayon. Je n'ai pas à revenir une fois de plus sur les causes de la misère professionnelle, ni sur celles de l'encombrement de la médecine.

Mais disons surtout que la sage-femme occupe une fonction sociale, tant que ne seront pas modifiées nos habitudes professionnelles.

Seule une sage-femme peut demeurer de longues heures au chevet d'une parturiente, alors que le docteur, ou la doctoresse, appelé par d'autres malades, ne peut pas séjourner trop longtemps chez le même client, sans que les autres n'en souffrent.

De plus, quelle que soit sa misère sociale, la sage-femme se contentera d'honoraires plus infimes que ceux réclamés par une doctoresse. Tant que les accouchements se feront à domicile et non dans une maison de cure, il faut penser

aux humbles, à ceux qui ne peuvent pas dépenser beaucoup pour un accouchement, à ceux pour lesquels la venue d'un nouvel enfant constitue une charge, malgré les beaux discours officiels sur la repopulation.

2° Aide professionnelle et scientifique.

Pour relever leur situation, les sages-femmes doivent avant tout compter sur elles-mêmes. Il est désirable de leur voir former des groupements professionnels, des syndicats. Quelques associations existent déjà, dans le but d'établir des règles professionnelles et de déontologie, comme pour étudier en commun, puis réaliser les améliorations matérielles de la profession.

Personnellement, nous souhaitons des syndicats de sages-femmes, dans tous les départements, avec une Union centrale.

Ces groupes pourraient avoir des rapports confraternels avec les syndicats médicaux, comme cela se passe en Saône-et-Loire. Les questions communes seraient discutées de concert, de même qu'il serait facile d'aplanir certaines difficultés d'ordre pratique, professionnel et déontologique, survenant entre médecin et sage-femme.

Au point de vue du public, le syndicat des sages-femmes rendrait de grands services.

Les accoucheuses représentent, dans les campagnes, un milieu scientifique supérieur à la moyenne des habitants des villages. Il convient donc de leur rendre la considération à laquelle elles ont droit, tout en les tenant en haleine pour qu'elles ne perdent ni leur savoir professionnel, ni leurs connaissances scientifiques.

En effet, tous ceux qui s'adonnent à l'art de guérir doivent se tenir au courant des progrès de la science, sinon ils risquent de ne plus être bientôt au niveau de leur tâche sociale.

D'ailleurs, les syndicats de sages-femmes, restant en rapport avec les groupes professionnels médicaux, aboutiront certainement à un enseignement mutuel pratique : cette collaboration corporative permettrait de maintenir à sa juste hauteur le niveau intellectuel et scientifique de la profession de sage-femme.

3° Aide sociale.

Pour qu'une profession libérale soit toujours honorable et digne de la considération publique, il faut que les membres qui la composent puissent vivre honorablement de leur travail.

C'est une erreur sociale que l'habitude de demander au corps médical tout entier un travail professionnel sans le rémunérer à sa juste valeur. Dans bien des circonstances, les sages-femmes ne touchent que des honoraires insuffisants, tant de la clientèle privée que des collectivités publiques ou privées.

Il n'est donc pas étonnant de constater le petit nombre de candidates pour une profession peu rémunératrice, alors que certains esprits chagrins reprochent à quelques sages-femmes de rechercher un gagne-pain dans des pratiques réprouvées par les lois et le Code pénal. S'ils étaient renseignés par des personnes compétentes, nos législateurs sauraient que la faim est mauvaise conseillère et que si les sages-femmes gagnaient suffisamment leur vie, on les accuserait moins de manœuvres abortives, bien qu'à la vérité, elles soient peu nombreuses celles qui font le métier de faiseuses d'anges.

Aux pouvoirs publics de donner l'exemple et, puisque, de partout, on répète qu'il faut beaucoup d'enfants, qu'on commence par inscrire au budget départemental des sommes qui ne seront plus dérisoires, pour payer honorablement les sages-femmes, lorsqu'elles accouchent une indigente.

Puis, les communes doivent être invitées à voter des subventions et indemnités annuelles, pour permettre aux accoucheuses de vivre dans des régions peu fortunées.

Ne conviendrait-il pas, d'autre part, d'envisager la collaboration des sages-femmes comme visiteuses d'hygiène, dans nos campagnes ?

Avant de créer de nouveaux organes et des rouages spéciaux, pour la lutte contre les maladies sociales, ne serait-il pas plus pratique et surtout plus rapide d'utiliser les cadres qui existent et d'en tirer le meilleur parti ?

J'estime que le médecin, et à côté de lui le pharmacien, la sage-femme, le vétérinaire, l'architecte, doivent être placés à la tête de l'organisation active pour la protection de lh'ygiène en France. Bien entendu, cette action professionnelle et technique serait conduite en collaboration de tous les instants avec les pouvoirs administratifs locaux. Les infirmières visiteuses, qu'on veut créer, ne seraient que des auxiliaires, en sous ordre, chargées de missions bien définies.

Pour éviter un mal, il ne faut pas tomber dans un autre. La protection de la santé publique exige des compétences scientifiques, garanties par des diplômes d'État.

Or, sages-femmes comme infirmières visiteuses ne doivent pas être investies à la légère de fonctions qui, sous, le couvert de lutte contre les maladies sociales ou de puériculture, inciteraient des personnes de bonne volonté, mais dont les connaissances scientifiques médicales sont forcément embryonnaires, en tous cas fort incomplètes, à poser des diagnostics et à instituer des traitements dommageables pour la santé de nos concitoyens.

Les officiers de santé ont été supprimés par la loi du 30 novembre 1892 : il ne faudrait pas les rétablir sous une autre forme, alors que le législateur les avait jugés insuffisants, eu égard aux progrès de la science moderne.

Conclusions.

Nous estimons que le vœu de la Commission d'assistance du Cher, vœu transmis au Conseil supérieur de l'assistance publique, est intéressant en ce qu'il tend à relever la situation matérielle et morale des sages-femmes.

Il convient de laisser chaque commune juge de l'opportunité d'allouer, à l'accoucheuse du lieu, toute indemnité pécuniaire ou en nature, susceptible d'aider cette personne à gagner honorablement sa vie.

Mais nous entrevoyons, pour la sage-femme, un rôle social à jouer, rôle intermédiaire entre celui du médecin, qui doit être seul chef technique médical, à côté de l'administrateur de la chose publique, seul chef légal, et le rôle de l'infirmière visiteuse, auxiliaire d'hygiène. Les sages-femmes pourraient être des chefs d'équipe, dans nos campagnes, pour faciliter au médecin ses tournées d'inspection, comme pour surveiller le travail des visiteuses à domicile.

En employant méthodiquement toutes les personnes qui, actuellement, à des degrés scientifiques divers, se sont consacrées à l'art de guérir, l'administration pourra solutionner rapidement et au mieux des intérêts généraux ce grand problème social : la lutte contre les fléaux qui abrègent la vitalité de notre race.

Dr Paul BOUDIN.

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations.

— Nous venons d'apprendre la nomination aux fonctions de préfet du Finistère, de M. Desmars, conseiller d'Etat, directeur de l'Assistance et de l'Hygiène publiques.

Au moment de son départ, nous tenons à lui dire combien nous lui sommes reconnaissants de sa parfaite urbanité et de la grande bienveillance avec lesquelles il a toujours discuté avec nous toutes les questions d'ordre médico-juridique.

Nous savons que M. Desmars a le désir de collaborer avec les Syndicats médicaux du Finistère pour toutes les questions d'ordre médical. Aussi sommes-nous heureux de saluer un des hauts fonctionnaires de la République sachant s'entourer de toutes les compétences techniques, pour faire de bonne administration.

— Le concours pour la nomination aux places d'élève externe en médecine vacantes le 1er mars 1922 dans les hôpitaux et hospices civils de Paris s'ouvrira le lundi 19 septembre 1921, à 16 heures précises, dans la salle des concours de l'Administration, rue des Saints-Pères, 49.

Les étudiants qui désirent prendre part à ce concours sont admis à se faire inscrire au service du personnel de l'Administration, tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de 14 heures à 17 heures, jusqu'au 31 août 1921 inclusivement.

Pour les places d'élève, les Français et les étrangers, de l'un ou de l'autre sexe, sont admis à concourir en satisfaisant aux conditions exigées.

Tout étudiant qui justifie de quatre inscriptions au moins, prises dans l'une des Facultés de médecine françaises de l'Etat, peut se présenter au concours pour les places d'élève externe.

Il doit produire : 1° un certificat de ses inscriptions ; 2° son acte de naissance ; 3° un certificat de revaccination dûment légalisé et portant une date récente ; 4° un certificat de bonnes vie et mœurs délivré par le maire de la commune où il est domicilié.

Les élèves externes sont nommés pour deux ans, mais ils peuvent être prorogés successivement pendant une troisième, une quatrième, une cinquième et une sixième année par arrêté du directeur de l'Administration sur le vu de leurs notes individuelles.

Les candidats qui désirent prendre part au concours doivent se présenter au service du personnel de l'Administration pour obtenir leurs pièces. Les candidats absents de Paris ou empêchés peuvent demander leur inscription par lettre recommandée.

Toute demande d'inscription faite après l'époque fixée par les affiches pour la clôture des listes ne peut être accueillie.

Les extraits de naissance venant des départements et les certificats délivrés par des médecins ou fonctionnaires étrangers à l'administration de l'Assistance publique doivent être légalisés.

— **Hôpital Saint Louis.** — Cours complémentaire de dermatologie sous la direction de M. le professeur Jeanselme. — *Programme du cours.*— Les leçons auront lieu au Musée de l'hopital Saint-Louis et à l'amphithéâtre Henri IV.

Lundi 3 octobre : 1 h. 30, M. Jeanselme : Examen des malades ; classifications ; lésions élémentaires. — 3 heures, M. Milian : Gale.

Mardi 4 octobre : 9 h. 30, M. Sabouraud : Pelade. — 1 h. 30, M. Gougerot : Tuberculose cutanée ; tuberculides. — 3 heures, M, Gougerot : Traitements généraux de la tuberculose. — 4 heures, M. Gougerot : Tuberculides.

Mercredi 5 octobre : 1 h. 30, M. Gougerot : Mycoses. — 3 heures, M. Gougerot : Mycoses.

Jeudi 6 octobre : 1 h. 30. M. Touraine : Dermatoses artificielles de cause interne. — 3 heures, M. Marcel Bloch : Méthodes de laboratoire.

Vendredi 7 octobre : 1 h. 30, M. Giraudeau :

Technique de radiothérapie cutanée.— 3 heures, M. Burnier : Lupus pernio ; engelures ; couperose.

Samedi 8 octobre : 1 h. 30, M. Touraine : Lupus de Willan. — 3 heures, M. Marcel Bloch : Erysipèle.

Lundi 10 octobre : 1 h. 30, M. Milian : Chéloïdes. — 3 heures, M. Burnier : Lichen plan.

Mardi 11 octobre : 9 h. 30, M. Sabouraud : Teignes. — 1 h. 30, M. Touraine : Lupus de Willan. — 3 heures, M. Giraudeau : Indications de la radiothérapie cutanée.

Mercredi 12 octobre : 1 h. 30, M. Gougerot : Mycoses. — 3 heures, M. Gougerot : Mycoses.

Jeudi 13 octobre : 1 h. 30, M. Thibierge : Dermatoses artificielles de cause externe. — 3 heures, M. Civatte : Histologie normale et pathologique de la peau

Vendredi 14 octobre : 1 h. 30, M. Bizard : Finsenthérapie. — 3 heures, M. Noiré : Vaccinothérapie.

Samedi 15 octobre : 1 h. 30, M. Thibierge : Erythème induré de Bazin. — 3 heures, M. Civatte : Histologie normale et pathologique de la peau.

Lundi 17 octobre : 1 h. 30, M. Gougerot : Mycoses. — 3 heures, M. Gougerot : Mycoses.

Mardi 18 octobre : 9 h. 30, M. Sabouraud : Teignes. — 1 h. 30, M. Sézary : Mélanodermies diffuses. — 3 heures, M. Civatte : Histologie normale et pathologique de la peau.

Mercredi 19 octobre : 1 h. 30, M. Hudelo : Prurits. — 3 heures, M. Burnier : Sclérodermie ; maladie de Raynaud.

Jeudi 20 octobre : 1 h. 30, M. Touraine : Lupus érythémateux. — 3 heures, M. Bloch : Morve.

Vendredi 21 : 1 h. 30, M. Pomaret : Pharmacologie dermatologique. — 3 heures, M. Burnier : Dermatoses squameuses ; pityriasis rosé.

Samedi 22 octobre : 1 h. 30, M. Touraine : Traitements locaux, cautérisations, scarifications. — 3 heures, M. Chevallier : Eczéma.

Lundi 24 octobre : 1 h. 30, M. Louste : Erythème polymorphe. — 3 heures, M. Burnier : Eczéma (traitement).

Mardi 25 octobre : 9 h. 30, M. Sabouraud : Pityriasis simples et stéatoïdes ; eczématides. — 1 h. 30, M. Chevallier : Dermatoses parasitaires ; phtiriase. — 3 heures, M. Giraudeau : Haute fréquence ; air chaud ; rayons ultra-violets.

Mercredi 26 octobre : 1 h. 30, M. Hudelo : Prurigos aigus et chroniques. — 1 h. 30, M. Milian : Diagnostic des ulcérations de la langue.

Jeudi 27 octobre : 1 h. 30 : M. Thibierge : Simulation en dermatologie. — 3 heures, M. Touraine : Furoncles ; anthrax ; botryomycose.

Vendredi 28 octobre : 1 h. 30, M. Noiré : Traitement et radiothérapie des teignes. — 3 heures, M. Burnier : Herpès.

Samedi 29 octobre : 1 h. 30, M. Chevallier : Eczéma, formes cliniques — 3 heures, M. Marcel Bloch : Ulcères de jambes ; éléphantiasis.

Lundi 31 octobre : 1 h. 30, M. Hudelo : Psoriasis. — 3 heures, M. Burnier : Zona.

Mercredi 2 novembre : 1 h. 30. M. Chevallier : Impétigo ; ecthyma ; intertrigo. — 3 heures, M. Giraudeau : Neige carbonique ; électrolyse ; ionisation.

Jeudi 3 novembre : 1 h. 30, M. Touraine : Urticaire ; urticaire pigmentaire. — 3 heures, M. Chevallier : Maladies des poils et des glandes cutanées, hypertrichoses ; dyshidrose ; bromydroses.

Vendredi 4 novembre : 1 h. 30, M. Hudelo : Pytiriasis-rubra pilaire. — 3 heures, M. Louste : Kératose palmo-plantaire.

Samedi 5 novembre : 1 h. 30, M. Chevallier : Acné ; folliculite. — 3 heures, M. Marcel Bloch : Pustule maligne (Charbon).

Lundi 7 novembre : 1 h. 30, M. Rubens-Duval : Radium. — 3 heures, M. Civatte : Histologie pathologique de la peau.

Mardi 8 novembre : 9 h. 30, M. Sabouraud : Séborrhée. — 1 h. 30, M. Ferrand : Tumeurs de la peau. — 3 heures, M. Chevallier : Ichtyose ; kératose pilaire.

Mercredi 9 novembre : 1 h. 30, M. Hudelo Pemphigus. — 3 heures, M. Louste : Pellagre, xanthôme ; xanthélasma.

Jeudi 10 novembre : 1 h. 30, M. Ferrand : Tumeurs de la peau. — 3 heures, M. Touraine : Vitiligo ; dyschromies ; mélanodermie. — 4 h. 30, M. Marcel Bloch : Maladie de Recklinghausen.

Vendredi 11 novembre : 9 h. 30, M. Hudelo : Dermatite de Dürhing. — 3 heures, M. Rubens-Duval : Radium.

Samedi 12 novembre : 1 h. 30, M. Thibierge : Accidents du travail. — 2 heures, M. Touraine : Dermatites exfoliantes. — 4 heures. M. Ferrand : Tumeurs de la peau.

Lundi 14 novembre : 1 h. 30, M. Gougerot : L'eczéma réaction de défense. — 3 heures, M. Gougerot, Sycosis microbiens.

Mardi 15 novembre : 9 h. 30, M. Sabouraud : Traitement des états séborrhéiques. — 1 h. 30 M. Chevallier : Purpura. — 3 heures, M. Gougerot : Dermo-épidermites microbiennes. — 4 heures M. Gougerot : Complications cutanées des plaies de guerre.

Le Directeur-Gérant : Dr GASSOT.

Clermont (Oise). — Imprimerie DAIX et THIRON.
THIRON et FRANJOU Successeurs,
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

RECOUVREMENTS
D'HONORAIRES MÉDICAUX

M. Louis AUDEBERT, Avocat, *Directeur du Contentieux de Syndicats Médicaux. Administrateur d'immeubles.*

5, rue des Saints-Pères, PARIS, Tél. Saxe 48-53.

Pour toute demande de renseignements écrire à Me Audebert, en joignant un timbre pour la réponse.

AVIS

Stations thermales
Stations d'altitude.

Nos lecteurs qui désirent voir leur nom figurer dans les listes que nous publions actuellement sont priés de nous en informer

Envois de fonds.

Pour l'envoi des abonnements et des cotisations aux filiales, nous rappelons que le moyen le plus pratique et le plus économique est le versement au compte de chèques postaux dont voici les nos :

Concours Médical, Paris, 167-95.

Sou Médical, Paris 182-31.

Mutualite Familiale Paris, 182-32.

Caisse des pensions de retraites du Corps médical français. Paris, 271-46.

Je serais heureux d'avoir votre avis, car je sais que la question des hernies a été autrefois épineuse, et je ne possède pas de bibliographie sur le sujet.

Dr C.

Réponse.

Vous trouverez la bibliographie de la question dans le *Concours* de 1920, page 1902 et dans l' « Agenda du *Concours* 1921 » page 249.

Je dois vous signaler un arrêt de Cassation du 7 mars 1921, déclarant « que c'est à bon droit qu'un arrêt décide qu'un ouvrier est atteint d'une hernie de force, lorsqu'il constate qu'au cours de son travail, celui-ci a fait un effort, déclaré qu'il souffait dans l'aine et ne pouvait respirer et cesse immédiatement son travail, alors surtout que, des certificats médicaux, il résulte que le traumatisme a déterminé la hernie ».

C'est donc à juste titre que, dans votre cas particulier, vous avez conclu à une hernie de force.

Remise des enfants assistés à leurs parents.

Veuillez avoir l'obligeance de me dire en quoi consiste la loi du 27 juin 1904, à laquelle l'inspecteur départemental de l'A.P. me prie de me rapporter pour des renseignements que je lui demandais au sujet d'une fille-mère que j'ai à mon service, qui a reconnu son enfant, mais qui cependant l'a remis à l'A.P. d'un autre département avec l'espoir de reprendre cet enfant dans un an, dès que ses ressources le lui permettraient, et elle désirerait connaître les conditions de retrait. Si la loi précitée ne me renseigne pas à ce sujet, auriez-vous l'obligeance de me trouver ce renseignement.

Dr C.

Réponse.

La loi du 27 juin 1904 est celle qui régit le service des enfants assistés.

L'article 17 de cette loi dispose que l'enfant réclamé par ses parents peut leur être remis si le tuteur estime, après avis du conseil de famille, que la remise est dans l'intérêt de l'enfant. (Le tuteur est le Préfet, ou son délégué, l'Inspecteur départemental du service. Le conseil de famille est formé d'une Commission de sept membres élus par le Conseil général).

L'administration peut autoriser des remises d'essai durant lesquelles sa surveillance continue à s'exercer pendant un an au moins : à l'expiration de ce délai, la remise devient définitive.

Les parents doivent rembourser, en un ou plusieurs versements, la dépense faite pour l'entretien de leur enfant, à moins que la Commission départementale ne les en exonère en tout ou en partie.

La fille-mère en question devra donc, si elle veut reprendre son enfant, faire une demande à cet effet au Préfet du département où il a été placé (service des Enfants-Assistés). Elle fera bien de demander en même temps l'exonération totale du remboursement des frais d'entretien, en invoquant sa situation de fortune, qui ne lui permet pas de faire face à cette dépense.

I. Incapacité permanente de travail. Demi-salaire.
II. Responsabilité du patron.
III. Demi-salaire pour les apprentis.

1° Un blessé amputé d'un doigt a eu son certificat de consolidation depuis le 1er juillet, il attend le jugement qui fixera la rente à laquelle il a droit.

A-t-il le droit de toucher son demi-salaire depuis le 1er juillet jusqu'au jour du jugement qui fixera sa rente, et s'il a ce droit, son demi-salaire pendant ce laps de temps lui est-il retenu sur sa pension ?

2° Un blessé a eu une fracture du 1er et du 4e métatarsien parce que, le crochet de la grue où était attaché un paquet de tôles s'étant brisé, ce paquet de tôles lui est tombé sur le pied.

Est-ce défaut de matériel ? et s'il est reconnu que l'accident est survenu par défaut de matériel (matériel défectueux veux-je dire) le blessé a-t-il droit à son salaire entier ?

3° Les jeunes apprentis ou jeunes ouvriers blessés me demandent souvent quand ils sont blessés s'ils ont droit à leur salaire entier.

Ont-ils droit à leur salaire entier au-dessous d'un certain âge ? et au-dessous de quel âge ?

Dr R.

Réponse.

Le demi-salaire cesse d'être dû à partir du jour de la consolidation de la blessure. Mais l'ouvrier peut, en attendant que soit fixée son indemnité pour incapacité permanente, obtenir du président du tribunal civil une provision inférieure au demi-salaire (art. 16, paragraphe 4, de la loi, 9 avril 1898).

2° Non, car la loi est forfaitaire, c'est-à-dire que l'ouvrier n'a plus à faire la preuve que l'accident est imputable au patron ou à la chose de celui-ci. D'ailleurs le premier paragraphe de l'article 7 est très net : « Indépendamment de l'action résultant de la présente loi, la victime ou ses représentants conservent contre les auteurs de l'accident, *autres que le patron, et ses ouvriers et préposés*, le droit de réclamer réparation du préjudice causé, conformément aux règles du droit commun. »

3° Non, les ouvriers de moins de 16 ans n'ont aucun droit spécial. Mais l'article 8 prévoit que le salaire qui servira de base à la fixation de leur indemnité ne sera pas inférieur au salaire le plus

BAUME SÉLÉNIA

bas des ouvriers valides de la même catégorie, occupés dans l'entreprise. Il se peut alors que, dans ces conditions, l'apprenti de moins de 16 ans puisse toucher autant que son salaire, lorsqu'il est blessé.

Recouvrement d'honoraires. Responsabilité de l'intermédiaire.

En août 1919, un sieur D. conduisit dans mon cabinet une femme et la fillette de celle-ci. Cette enfant de 5 ans venait d'être victime d'un accident ayant déterminé une fracture du coude à la suite d'une chute de voiture. (Le sieur D. portait dans sa voiture la blessée et sa mère).

D. me pria de donner mes soins à cette enfant et m'informa qu'il me paierait mes honoraires, car il avait des raisons, disait-il, de s'occuper de la mère. Comme il était de passage à C..., il installa la mère et l'enfant dans un hôtel de la localité, afin que je puisse soigner la blessée. Il règla tous les frais d'hôtel, me réitera, même devant témoins, la promesse de me régler après guérison et m'envoya même au cours de traitement, un panier de fruits pour me marquer sa satisfaction.

Il était, en somme, *notoire*, que D. vivait en concubinage avec cette femme qui serait mariée et qu'il subvenait à tous les besoins de celle-ci et de la fillette.

J'envoyais ma note en janvier 1920, ne recevant aucune réponse à l'envoi de cette note, j'écrivis une lettre pressante en mars 1920, à laquelle D. répondit évasivement en m'invitant de m'adresser au mari de cette femme et en disant ne rien me devoir.

Je l'ai assigné devant le juge de paix lequel a eu l'air de me faire comprendre que l'issue du procès dépendrait de la façon dont se défendrait D. et des arguments juridiques qu'il produirait.

Aussi je vous prie de me faire connaître votre avis sur la question suivante :

Celui qui entretient une concubine n'est-il pas responsable des soins médicaux donnés à cette dernière où à sa fille mineure, surtout quand ces soins ont été requis par lui-même ?

Y a-t-il des jugements dans ce sens ?

Dr F.

Réponse.

Le grand tort que vous avez eu, c'est d'avoir engagé l'affaire ; après quoi, vous demandez un avis juridique ?

Si vous nous aviez consultés, nous vous aurions conseillé d'assigner à la fois M. D. et Mme X., cette dernière comme devant assurer les soins à son enfant ; enfin M. X. comme conjoint.

Dans votre action contre M. D., vous ne pouvez invoquer qu'une décision de la justice de paix de Moy, Aisne, du 17 nov. 1903 (*Concours médical*, 1904, p. 253).

Mais, en présentant votre demande devant le juge de paix, vous pourrez faire remarquer que

vous poursuivez moins comme concubin que comme intermédiaire. C'est lui qui vous a fait appeler et qui vous a laissé croire qu'il payerait les frais. Sur ce point, la jurisprudence est plus abondante et a décidé que le médecin est en droit de réclamer ses honoraires à celui qui l'aura fait appeler auprès du malade, à moins qu'il ne résulte des circonstances de la cause que le tiers a seulement prévenu le médecin dans un but d'humanité et sans entendre s'engager personnellement ; il y a là une question de fait.

(Cass. req., 4 déc. 1872, Sirey 1872, 1, 430. — Trib. civ., Wassy, 29 déc. 1882, *Gaz. du Palais*, 1883, 2, 376. — Trib. civ. Seine, 17 juillet 1900, *Gaz. des Trib.*, 1900, 2, 2, 438. — Trib. civ. Marseille, 3 juillet 1903, Jurisp. civ. Marseille, 1904, 19. — Trib. civ. Toulouse, 2 juin 1904, *Gaz. des Trib.*, 1904, 2, 2, 460. — Trib. civ. Lisieux, 20 juin 1904. *Gaz. du Pal.*, 1906, 2, 305. — Trib. civ. Seine, 7e chambre, 8 février, *Gaz. des Trib*, 10. fév. 1909, *Gaz. du Pal.*, le mars 1909, *Mon J. P.*, 1909, 5 05, *Rev. J. P.*, 1910, 311,. — . Trib. civ. Gannat, 1er avril 1909. *Concours médical*, 1909, p. 654, etc.).

Nous sommes à votre disposition pour tout renseignement complémentaire.

NOTES DE MÉDECINE PRATIQUE

Traitement des brûlures par l'emplâtre caoutchouté à l'oxyde de zinc.

Loin de critiquer le traitement cirique employé avec tant de succès depuis au moins dix ans contre les brûlures, je suis simplement d'avis qu'il peut être remplacé par le traitement occlusif à l'aide de l'emplâtre caoutchouté à l'oxyde de zinc.

Un malade traité successivement par la méthode cirique et par la méthode d'emplâtres, préfèrera toujours cette dernière, plus simple comme maniement, moins douloureuse, moins encombrante, moins coûteuse, avec les mêmes résultats que la première.

Je viens de soigner une malade qui, le 29 avril 1920, par imprudence, en se faisant laver la tête à l'essence minérale, fut brûlée horriblement sur le cuir chevelu, à la figure, aux deux seins, sur tout le dos et les deux membres supérieurs avec destruction du derme sur presque toute la hauteur, brûlures au 3e et 4e degré, laissant prévoir un traitement très long, faisant craindre des complications générales des plus graves pendant les premiers jours et paraissant imposer ultérieurement des greffes sur les deux membres supérieurs

Je commençai le traitement par l'ambrine sur toutes les brûlures : je l'abandonnai au bout de

3-4 jours, pour la remplacer par des tartines de pâte aqueuse au protargol, sur du lint boriqué : cette pâte, employée par moi depuis plus de vingt ans avec le plus grand succès, est composée ainsi :

Protargol P. F.	30
Eau stérilisée	50

faire dissoudre et incorporer dans

Lanoline anhydre stérilisée...	120

et ajouter

Vaseline stérilisée	100

Cette pâte, étendue sur la face cotonneuse du lint boriqué suffit généralement pour le traitement des brûlures, même graves, au 2e et 3e degré et constitue presque toujours notre méthode exclusive en clientèle pour les brûlures habituelles, pas trop larges. Cette pâte est inoffensive : pas d'intoxication par absorption médicamenteuse ; elle n'a qu'un inconvénient, c'est d'être chère.

Aussi, pendant la guerre, dans nos différents services des hôpitaux militaires, et surtout depuis l'enchérissement extraordinaire des médicaments, j'ai eu recours à la méthode d'occlusion par l'emplâtre caoutchouté à l'oxyde de zinc : j'ai toujours employé l'emplâtre de Vigier à cause de sa souplesse, de sa minceur et de sa fabrication soignée.

Chez ma malade aux vastes brûlures profondes, les deux bras se sont cicatrisés avec une perfection admirable par l'application de l'emplâtre tous les 3-4 jours : le seul inconvénient est l'abondante lymphorragie, tout comme sous l'ambrine : cette sécrétion, il suffit de la recueillir à la partie déclive du pansement dans un bourrelet de coton hydrophile qu'on remplace de temps à autre.

Le pansement à l'emplâtre se fait à l'aide de larges plaques, dépassant de plusieurs travers de doigts toutes les plaies ; on recouvre de lint ou de mouchoirs stérilisés au moment du pansement à l'aide du fer à repasser, une bande, et en voilà pour 3-4 jours.

L'épidermisation est curieusement rapide et les cicatrices vicieuses et les chéloïdes exceptionnelles.

Dr Heins.

DOCUMENTS OFFICIELS

A L'OFFICIEL

Extrait du décret du 15 juillet 1921 réorganisant les écoles maternelles.

Art. 2. — Un médecin nommé par le maire visite au moins une fois par mois les écoles maternelles et les classes enfantines. Il examine les enfants et inscrit ses observations sur un registre particulier.

Aucun enfant n'est reçu dans une école maternelle ou une classe enfantine s'il ne produit un certificat médical constatant qu'il n'est atteint d'aucune maladie contagieuse et qu'il a été vacciné.

Après une absence pour cause de maladie, nul enfant ne sera admis de nouveau à l'école maternelle sans un certificat médical attestant sa guérison complète.

*Art.*3. — **Dans toute école maternelle et dans toute classe enfantine, les enfants sont divisés en deux sections suivant leur âge et le développement de leur intelligence.**

L'emploi du temps comprend :

1° Des exercices physiques : exercices respiratoires, jeux, mouvements gradués et accompagnés de chants ;

2° Des exercices sensoriels, des exercices manuels, des exercices de dessin ;

3° Des exercices de langage et de récitation, des récits et des contes ;

4° Des exercices d'observation sur les objets et sur les êtres familiers à l'enfant ;

5° Des exercices ayant pour but la formation des premières habitudes morales ;

6° Pour les enfants de la première section, des exercices d'initiation à la lecture, à l'écriture et au calcul. *J. O.* 27 *juillet* 1921.

Loi du 13 *juillet* 1921 *accordant le droit d'exercer la médecine et l'art dentaire sur tout le territoire français aux médecins et chirurgiens dentistes alsaciens-lorrains pourvus des autorisations nécessaires pour l'exercice de la médecine et de l'art dentaire en Alsace-Lorraine, réintégrés dans la nationalité française ou qui ont obtenu cette nationalité.*

Art. 1er. — Peuvent exercer la médecine, sur tout le territoire français, dans les mêmes conditions que ceux qui sont pourvus du diplôme de docteur en médecine délivré par le gouvernement français, les médecins alsaciens-lorrains pourvus des autorisations nécessaires pour l'exercice de la médecine en Alsace-Lorraine, et qui ont été réintégrés dans la nationalité française ou auront obtenu cette nationalité.

Art. 2. — Peuvent exercer la médecine dentaire, sur tout le territoire français, dans les mêmes conditions que ceux qui sont pourvus du diplôme de médecin ou de chirurgien dentiste délivré par le gouvernement français, les dentistes alsaciens-lorrains diplômés conformément à la règlementation locale en Alsace-Lorraine « Zahnärzte » et qui ont été réintégrés dans la nationalité française ou qui auront obtenu cette nationalité.

La présente loi, délibérée et adoptée par le Sénat et par la Chambre des députés, sera exécutée comme loi de l'Etat.

Fait à Paris, le 13 juillet 1921.

(*J. O.*, 17-7-21).

Le VIN GIRARD

IODOTANNIQUE PHOSPHATÉ

SUCCÉDANÉ DE L'HUILE DE FOIE DE MORUE

est le véritable

SPÉCIFIQUE DU LYMPHATISME

chez les Enfants et les Adultes

Le **VIN GIRARD,** de l'aveu des milliers de praticiens qui le prescrivent journellement, est un des modes d'administration de l'iode les plus parfaits. L'iode, en combinaison avec le tanin, est facilement assimilable, très actif, et n'occasionne jamais ni irritation des voies digestives, ni accidents d'iodisme. D'un dosage rigoureux, d'une conservation parfaite, le **VIN GIRARD** est, de plus, d'un goût fort agréable et toujours pris avec plaisir.

Sa haute teneur en lacto-phosphate de chaux lui permet de lutter contre cette déminéralisation de l'organisme, dont le professeur ROBIN a montré le rôle prédisposant à la tuberculose.

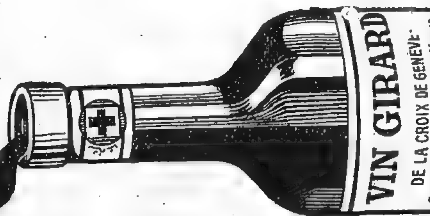
LYMPHATISME, MALADIES DE POITRINE

ENGORGEMENTS GANGLIONNAIRES

TUBERCULOSE



UN VERRE A MADÈRE AVANT LE REPAS



VIN GIRARD

48, Rue d'Alésia, PARIS

QUARANTE-TROISIÈME ANNÉE — N° 36 — DIMANCHE 4 SEPTEMBRE 1921

Fondé en 1879 par Auguste CÉZILLY
Rédigé et dirigé par H. JEANNE (1900-1914).

LE CONCOURS MÉDICAL

ORGANE HEBDOMADAIRE DES PRATICIENS
Groupés dans la Société « **Le CONCOURS MÉDICAL** » *et ses Filiales*

ADMINISTRATION & PUBLICITÉ

C. BOULANGER, ADMINISTRATEUR

ABONNEMENTS :

France	**24** fr.
Etranger	**28** »
Etudiants (*France*)	**12** »
Le numéro	**50** cent.

Chèques Postaux Paris 167-95

DIRECTION

MM. les Drs **A. GASSOT,** *Directeur* ; **A. MAURAT** ; **H. CEZILLY** ; **J. NOIR** ; **P. BOUDIN** docteur en droit ; **M. VIMONT** ; **G. DUCHESNE.**

MM. **P. CEZILLY, J. DUMESNY,** licenciés en droit ; **C. BOULANGER.**

RÉDACTION

Dr J. NOIR, RÉDACTEUR EN CHEF

Drs **P. LACROIX** et **G. DUCHESNE** SECRÉTAIRES DE LA RÉDACTION

N.-B. — Les manuscrits publiés ou non, ne sont pas rendus.

Rédaction et Administration : 132, rue du Faubourg St-Denis, PARIS (10e). **Téléphone : Nord 48-17**

Quarante-troisième année. | N° 36 | 4 Septembre 1921.

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

Office de Renseignements du « Concours »

Membres du Concours exerçant dans les stations d'altitude.

NOTA. — Nous rappelons à nos abonnés qu'il est nécessaire de nous informer chaque année de leur désir de voir figurer leur nom sur ces listes.

MM. les docteurs :

Besse (P.-de-D.) Caffeau.
Jougne (Doubs). Charlin.
Maîche (Doubs). J. Chatelain.
Rousses (les). Moreau.

Membres du Concours exerçant dans les stations balnéaires.

MM. les docteurs :

Banyuls-sur-Mer. E. Panis.
Cancale. Bazin.
Cassis-sur-Mer. Agostini, Buges.
Chatelaillon. Barraud.
Douarnenez. Damey.
Paramé. Ronsin.
Roscoff. Stéphan.
Royan. Sarazin.
Quiberon. A. Grias.
St-Quay-Portrieux. Christian, Le Lionnais.
Sables-d'Olonne. Pelletier.

DON. — Nous avons reçu à titre de don à la Société civile du *Concours médical* de M. le Dr Coste de Lavaur (Tarn) la somme de dix francs pour bons offices du journal.

AVIS

Moselle. — Les médecins sollicités de s'installer à Fontoy sont priés de s'adresser au président du syndicat des médecins des arrondissements de Thionville Est et Ouest, à Thionville.

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum, aux* « demandes et offres ».

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne, qui est versé dans la caisse de la Société civile du Concours Médical). *Adresser un mandat ou mieux verser au compte de chèques postaux*, **Concours Médical**, *Paris 167-95.*

Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse.**

No 420. — On achèterait fauteuil roulant en bon état, confortable, léger. Faire offre à docteur, 62 Grande-Rue, à Draveil (S.-et-O.)

No 421. — Docteur désire acheter bicyclette d'occasion bon état pour fillette 10-12 ans. Dr Brehier, Château-Thierry.

No 422. — Docteur cherche occupations dans clinique ou assistance de médecin à Paris.

No 423. — Doctoresse cherche situation rétribuée dans une clinique à Paris.

No 424. — Etudiant médecine ayant fait fonctions d'interne demande poste sanatorium, hôpital, etc. Côte d'azur, Midi, Montagne.

No 425. — Algérie. Clientèle de petite ville. Sans frais locomotion Rapp. 21.000 fr. susceptible augmentation. Conditions avantageuses. S'adr. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris.

No 426. — A céder poste campagne rapport 35 à 40.000 fr. localité agréable sur grande rivière, on échangerait contre bonne clientèle Lyon. S'adr. à Mme Escoutay, 13 rue Général-Plessier, Lyon.

No 427. — Paris. On désire céder clientèle d'un rapport supérieur à 30.000 fr., mobilier et bail 8 ans, 40.000 comptant, moitié à l'engagement, moitié à la cession, 15 octobre, Excell. quartier, bonne et anc. clientèle accrue ces derniers temps. Conviend. à méd. connaissant bien gynécologie et accouchements.

Nº 428. — A céder à Paris, gros cabinet (voies urinaires). S'adresser Chomet S.M.S., 28 rue Serpente, Paris. T.P.R.

Nº 429. — A céder *d'urgence* très bon poste dans région Nord. Rapp. 60.000 fr. En augmentation. Belle habitation très confortable. indem. 35.000 fr. dont 25.000 fr. comptant. S'adresser Breitel et Goret, 1 rue Dante, Paris.

Nº 430. — Clientèle à prendre dans la Meuse dévastée. Le département donne une indemnité de résidence de 750 fr. par mois plus le logement. Le titulaire serait médecin d'un hôpital voisin et recevrait des honoraires de la population (prix des visites 5 à 10 fr. plus l'indemnité klm. de 2 fr. par km. parcouru.)

CORRESPONDANCE

Accident du travail et secret professionnel.

Je viens de soigner un double accident assuré à la X.

Le patron a joint à sa déclaration d'accident les 2 certificats médicaux aussi *détaillés qu'il pouvaient l'être.* J'ai aussi remis à un des deux ouvriers guéri, le certificat de guérison.

La Cie, par l'intermédiaire de son agent vient de remettre à celui-ci, qui me le transmet, un imprimé sous forme de questionnaire à remplir par moi pour les deux blessés.

Voici ce questionnaire :

1) Quel jour mes soins ont-ils été requis par le blessé ?

2) En quoi consistait sa blessure ?

3) Le jour de l'accident, le blessé jouissait-il *d'une bonne santé* et était-il parfaitement capable de vaquer à ses occupations ?

Si non, de quelle maladie ou indisposition était-il affecté ?

4) Est-il survenu, depuis le jour du sinistre, *des maladies* n'ayant *aucun rapport* avec la blessure qui en a été la suite, ou des circonstances quelconques qui aient *aggravé* les conséquences de cette blessure ?

En cas d'affirmation, dans quelle étendue ?

5) Jusqu'à quel jour le blessé a-t-il été traité par vous pour les suites de cet accident ?

Quand pourra-t-il reprendre son travail ?

6) Le blessé a-t-il été pendant toute la durée du traitement totalement, ou seulement partiellement incapable de travail ?

Et tout ce questionnaire se termine ainsi :

« Prière de dater *sans signature* et de rendre ce formulaire *sous enveloppe* à *l'ouvrier* ou de le *faire parvenir à l'assuré.*

Veuillez examiner tous ces renseignements et me dire si je dois, en conscience, y répondre. C'est la première compagnie qui me les demande ? Dois-je y répondre sous peine de violer le secret professionnel ? Je ne connaissais d'ailleurs pas les blessés avant l'accident.

Pourquoi aussi dater *sans signer* et rendre le formulaire sous enveloppe à l'ouvrier, comme si celui-ci

devait ignorer les réponses du médecin ? Tout cela me paraît sujet à caution et même louche.

Dr G.

Réponse.

Vous devez vous abstenir de répondre à ce questionnaire, sous peine de violer le secret professionnel.

Si la compagnie veut un renseignement quelconque, elle n'a qu'à s'adresser à son médecin contrôleur, qui, aux termes de la loi du 31 mars 1905 a accès hebdomadaire auprès de la victime.

Mais le médecin traitant doit se borner à délivrer à l'ouvrier les certificats prescrits par la loi et rien de plus.

I. Indemnité kilométrique pour déplacement dans la même commune. II. A. M. G. Droit de présence du médecin aux réunions de la commission d'assistance.

1° J'ai soigné dernièrement une fille de cultivateur (entorse) (assurance agricole), habitant ma commune dans un hameau situé à 4 km. 500 de la mairie et de mon domicile. La Cie ne conteste pas l'accident, mais dit ne pas devoir l'indemnité kilométrique, parce que la blessée demeure dans ma commune.

A-t-elle raison ? cette indemnité n'existe-elle pas pour les accidents agricoles ?

2° Pour les réunions des commissions du bureau d'assistance médicale gratuite, la loi du 15 juillet 1893 sur l'A.M.G., à l'article 12, contient la disposition suivante : « Le médecin de l'A.M.G. ou un délégué des médecins de l'A.M.G. *peuvent* assister à la séance avec voix consultative ». Mais le règlement départemental adopté par le conseil général dit « que *les médecins de l'A.M.G.* (qui sont à même de fournir à la commission les plus utiles renseignements sur la situation de chaque individu) devront *obligatoirement* recevoir des convocations pour les séances consacrées à l'établissement ou à la modification de la liste d'assistance ; ils auront voix consultative ; des convocations doivent également être adressées aux médecins pour la révision trimestrielle. » Devant un texte si net et si précis, le maire est-il dans son tort en ne convoquant pas *tous* les médecins, chargés de ce service ? Quelle conduite devons-nous tenir vis-à-vis de ce monsieur, à qui j'ai déjà adressé une lettre de réclamation en avril.

Dr D.

Réponse.

1° En principe, les accidents agricoles doivent ressortir du tarif commun et non du tarif Breton qui ne leur est pas applicable.

Mais si vous consentez à ce que ce tarif vous soit appliqué, l'assurance est dans son tort.

En effet, le 4e paragraphe de l'article 2 du tarif Breton dit : « Lorsque le blessé et le médecin habitent deux agglomérations ou hameaux

différents, situés sur le territoire d'une même commune et que la distance entre le domicile du médecin et celui du blessé est supérieure à un km., l'indemnité kilométrique est décomptée, par dérogation au paragraphe ci-dessus, d'après la distance qui sépare les deux domiciles considérés.

2° Puisque le règlement départemental de l'assistance médicale gratuite fait aux médecins une obligation d'assister aux séances de la commission d'assistance et que le maire se refuse à vous convoquer, il suffit d'adresser une réclamation au préfet, en invoquant les termes du règlement préfectoral.

Si le préfet ne tient aucun compte de cette réclamation, il faudra alors s'adresser au Ministre de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales, supérieur hiérarchique des préfets.

La lipo-tuberculine de Le Moignic.

Comment peut-on se procurer la lipo-tuberculine du Dr Le Moignic. J'ai eu ma possession une thèse du Dr Moinez, concernant ce produit. L'auteur s'étend sur les doses et le mode de traitement, mais il est muet quant à la composition du mélange huileux, qui constitue l'excipient de la préparation.

Pouvez-vous m'éclairer sur ce sujet ou tout au moins me communiquer une adresse ?

Dr G. Le Moal.
(Lorient)

Mutualité Familiale.

Je fais partie de la combinaison MA et, de plus je suis assuré à une compagnie pour 10 fr. par jour en cas de maladie par contrat non résiliable avant 1929. Je paye une prime bien supérieure à celle de MA sans avoir droit à aucune indemnité en cas d'impossibilité permanente d'exercer.

J'abandonnerai certainement la compagnie d'assurances en 1929, mais je voudrais remplacer cette assurance par la combinaison 1/2 MAD. Que me conseillez-vous ? Dois-je atteindre 1929 pour renoncer à MA et entrer à MAD ? Dois-je entrer immédiatement à 1/2 MAD ?

X.

Réponse.

Ce que vous avez de mieux à faire est d'entrer de suite à 1/2 MAD ; vous payerez ainsi moins cher que si vous attendez huit années pour entrer à MAD et vous serez, dès maintenant, cbeaucoup mieux garanti.

Mais il faut vous hâter car, actuellement, la possibilité d'entrer à 1/2 MAD est limitée à une année... et le terme approche.

M.

Inscription abusive sur les listes de l'A. M. G.

Le 25 juin, le Dr B. m'adresse pour l'opérer d'une hernie étranglée un bambin qui entra dans la clinique où j'opère et y fut opéré comme il convenait. La clinique a été payée. Je n'ai pas encore envoyé ma note, ni celle de mes aides.

Or, aujourd'hui je reçois la lettre recommandée ci-jointe, *que je vous prie de me retourner*, par laquelle le père m'apprend qu'il est de l'assistance. Le maire vient évidemment de l'y mettre, bien qu'il ne soit pas indigent.

On m'a joué ce tour à plusieurs reprises et si je n'ai pas poursuivi, c'est pour cause d'insolvabilité ou de charges de famille des clients . Ici, ce n'est pas le cas,seulement le père de mon opéré est mal avec sa famille qui a les moyens de me régler.

Je voudrais en finir. Dois-je poursuivre le père de mon opéré et n'y a-t-il pas lieu de le poursuivre pour abus de confiance, puisqu'il n'a pas fait entrer à l'hôpital son gosse ? N'y a-t-il pas lieu de poursuivre le maire comme ayant abusé de son autorité par cette inscription retroactive d'un enfant sur la liste d'A. M.G. ?

Vous voudrez bien me donner tous renseignements utiles, car si un maire était condamné une bonne fois, cela ne se reproduirait pas si facilement

Dois-je faire agir le syndicat ; agir seul : ou le « Sou » agira-t-il en mon nom ?

Ce genre d'abus se généralise et j'ai connu un maire qui s'était lui-même inscrit sur la liste des assistés. Il mourut d'ailleurs au cours de son opération pratiquée à Lyon. Mais pour ce cas, j'avais dépisté la manœuvre à temps.

J'ai l'intention d'envoyer ma note au bonhomme, en lui disant que si je ne suis pas payé, je le poursuivrai pour abus de confiance. Il est peut-être bon que vous sachiez que le père de mon opéré est actuellement mobilisé.

Je ne suis pas chirurgien de l'A.M.G.

Dr. T.

Réponse.

L'article 19 de la loi du 15 juillet 1893 sur l'assistance médicale gratuite, donne aux maires la faculté d'inscrire sur les listes de l'A.M.G., tout indigent tombé malade, entre l'intervalle de deux sessions du conseil municipal, mais le maire a l'obligation de faire ratifier sa décision par la plus prochaine assemblée de son conseil.

Dans le cas actuel, l'inscription me fait l'effet d'avoir été établie longtemps après l'opération, et ce, pour les besoins de la cause.

En effet, alors que le bulletin d'assistance porte la date du 25 juin 1921, jour de l'opération (et encore serait-il utile de vérifier sur le registre à souches de la mairie, si cette date est bien régu-

(*Voir la suite page XXXI-2477*)

PROPOS DU JOUR

Le Vaudeville au Parlement.

A propos de la remise à l'étude au Parlement de la loi tendant à la création de l'inspection médicale des écoles primaires publiques et privées.

Un vaudevilliste pourrait trouver dans notre histoire parlementaire le sujet de plus d'une comédie, et l'un des types qui ne serait pas le moins amusant, pourrait être celui du député qui s'acharne en vain, pendant des années, à toutes les sessions et même au cours de diverses législations, à vouloir faire aboutir une loi qu'un malin génie parvient toujours à faire ajourner.

H. Bergson, dans son essai sur *le Rire*, donne la définition suivante :

« Est comique tout arrangement d'actes et d'évènements qui nous donnent, insérées l'une dans l'autre, l'illusion de la vie et la sensation nette d'un arrangement mécanique » et il prend comme exemple le jouet d'enfant bien connu qu'est le diable à ressort, surgissant brusquement de sa boîte. « On l'aplatit, il se redresse. On le repousse plus bas, il rebondit plus haut. On l'écrase sous son couvercle et souvent il fait tout sauter. »

Ce conflit de deux obstinations qui crée le comique peut s'observer à propos de toutes les lois qui, pendant des années et des années, sont renvoyées, à la Chambre des députés, de commissions à commisions, de sessions en sessions et de législatures à législatures.

Chacune de ces lois projetées ou proposées, a son diable — pardon — son député à ressort. Ce trouble-fête vient toujours inopinément faire surgir la loi que ses collègues oubliaient et toujours l'on arrive bon gré mal gré à faire plaquer le ressort et à écraser sous le couvercle de la procédure parlementaire la loi et le député à ressort qui avait tenté de la faire rebondir.

Nous pouvons, dans le domaine de la médecine et de l'hygiène, citer deux exemples de députés qui jouèrent le rôle ingrat, un peu comique mais combien méritoire, de « député à ressort. »

Ce fut d'abord l'ancien ministre de l'hygiène, M. J.-L. Breton, député du Cher, le premier ministre de l'hygiène, si nous osons nous exprimer ainsi, qui avec une ténacité digne d'admiration, parvint à maintenir à l'ordre du jour la *loi sur les maladies professionnelles*.

Proposée en 1888 par Camille Raspail, reprise par Julien Goujon, lors de la discussion de la loi sur les accidents du travail, la loi sur l'extension aux maladies professionnelles de la législation des accidents du travail, fut de nouveau présentée à la Chambre le 5 décembre 1901 par M. J.-L. Breton. Bien que le bénéfice de l'urgence ait été accordé à la proposition, la 7e législature se termina sans qu'une solution ait été apportée.

M. J.-L. Breton fit donc une deuxième proposition à la 8e législature (3 juillet 1903). Il revint à la charge à la 9e législature pour la troisième fois (13 juillet 1906). Enfin au cours de la 10e législature, il fit sans se lasser une quatrième proposition (9 juin 1910). Elu alors président de la Commission d'assurances et de prévoyance sociales, M. J.-L. Breton dut passer la main à notre confrère, le député de la Loire, M. le Dr Gilbert Laurent, et cette loi, bien restreinte, ne fut votée que le 25 octobre 1919, *trente et un ans* après avoir été proposée pour la première fois, dix-huit ans après la première proposition de M. J.-L. Breton, qui a bien mérité en ce cas un prix de persévérance.

Le même phénomène s'est produit pour la loi sur l'inspection médicale des écoles qui revient à l'ordre du jour de la Chambre des députés.

Mais ici la réforme projetée date de plus haut, puisque ce fut Lakanal qui la proposa pour la première fois le 26 juillet 1793 et que depuis 128 ans, des hommes comme Robespierre, Marie-Joseph Chénier, Guizot, Orfila, Duruy, Jules Ferry, Brouardel, Léon Bourgeois, s'intéressèrent à la question sans pouvoir la faire aboutir.

Le « député à ressort » pour la loi de l'inspection médicale des écoles fut l'honorable M. Vaillant.

A chaque discussion du budget en 1904, 1905, 1906, 1907 et 1908, il réclama inlassablement la création de l'inspection médicale des écoles et chaque fois le « malin génie » de la procédure parlementaire refoula dans sa boîte le projet ou la proposition de loi.

En 1904, le ministre de l'intérieur dut, pour la rédaction du projet, s'entendre avec le ministre de l'instruction publique. Le projet rédigé fut remis à la commission de préservation de la tuberculose qui le passa à la sous-commission des milieux collectifs qui, en 1905, le renvoya à l'examen de la sous-commission des voies et moyens pour en apprécier les dépenses. En novembre 1905, le ministre Bienvenu-Martin répondait à M. Vaillant, qui revenait à la rescousse, que le projet n'était pas encore tout à fait prêt.

Le 2 avril 1906, M. Vaillant posait de nouveau la question au nouveau ministre, M. Briand ; la commission des voies et moyens n'avait pu encore conclure.

Le 6 novembre 1907, l'inlassable M. Vaillant demande où en est le projet ; le ministre, toujours plein de bonne volonté, promet une prompte solution.

Le 3 février 1908, le projet est communiqué au ministère des finances.

Le 1er septembre 1908, le ministre, par une circulaire, consulte les préfets pour établir quelle sera la dépense dans chaque département.

Le 30 octobre 1908, nouvelle intervention de M. Vaillant ; le ministre attend encore les réponses des préfets.

Le 25 janvier 1909, les résultats des études et enquêtes sont communiqués au ministre des finances.

Le 25 novembre 1909, M. Léon Bourgeois se substitue à M. Vaillant et prie M. le ministre de finances de hâter les études.

Le 23 mars 1910, l'accord est fait au sujet de l'inspection médicale des écoles entre les ministres de l'intérieur, de l'instruction publique et des finances, le projet est déposé à la Chambre des députés. Renvoyé à la commission de l'enseignement et des Beaux-Arts, celle-ci charge M. F. Buisson de faire un rapport. Il est alors transmis pour avis à la commission d'hygiène publique et le Dr Doisy, rédacteur de cet avis, écrit sur ce sujet un remarquable mémoire annexé au procès-verbal de la Chambre du 30 juin 1911.

La commission d'hygiène, que le projet de loi du gouvernement ne satisfait pas, fait suivre l'avis du Dr Doisy d'une proposition de loi nouvelle.

Le tout est transmis à la commission de l'enseignement et des beaux-arts, qui charge un de ses 45 membres, par hasard un médecin, M. Gilbert-Laurent, de faire un rapport.

Ce dernier le fait suivre, au nom de la commission, d'une nouvelle proposition de loi.

Nous voilà donc en 1913 avec un projet et deux propositions de loi pour la création de l'inspection médicale des écoles.

Est-ce que le « diable à ressort » serait définitivement sorti de sa boîte ? Hélas !

La guerre en 1914 l'écrase sous le couvercle et cela pour plusieurs années ; mais le ressort est bon et nous voyons tout à coup la proposition de loi de M. Gilbert-Laurent surgir en deux documents que nous nous proposons d'examiner : l'un est un rapport, publié comme annexe au procès-verbal de la séance du 29 juin 1921 au nom de la commission de l'enseignement et des beaux-arts (1) ; l'autre est un avis présenté le 4 juillet 1921 au nom de la commission d'hygiène, par M. Gilbert-Laurent lui-même.

Espérons que notre distingué confrère sera le bon génie, qui mettra un terme à la procédure parlementaire et amènera enfin le dénouement de cet interminable vaudeville.

J. Noir.

Errata. — **Deux fautes d'impression se sont glissées (que nos lecteurs auront sans doute déjà corrigées) dans l'article de M. Calot du 14 août sur l'Ostéochondrite :**

1° Page 2260, 1re colonne ; lisez s. v. p. : mes élèves Benoit et Rœderer.

2° A la même page, 2e colonne ; lisez s. v. p. : abduction au lieu d'adduction et réciproquement.

(1) Voir ci-après, page 2467 le texte de ce rapport.

PARTIE SCIENTIFIQUE

LA PRESSION ARTÉRIELLE (1)

Les sphygmomanomètres palpatoires (2).

Par le Dr Camille LIAN.

Médecin des hôpitaux de Paris.

Avant de vous décrire les sphygmomanomètres palpatoires, je vais, comme je l'ai fait pour la méthode auscultatoire, vous donner quelques renseignements techniques complémentaires, s'ajoutant aux notions générales précédemment envisagées.

I — *Renseignements techniques complémentaires.*

Comme pour la méthode auscultatoire, il est indiqué de placer la manchette au bras, et de la gonfler d'abord jusqu'au-dessus de Mx, pour la dégonfler ensuite progressivement par à coups.

Le mieux est de déterminer Mx et Mn pendant qu'on dégonfle la manchette brachiale.

Certes, au lieu de procéder ainsi, on pourrait, pour cette méthode comme pour toutes les autres, faire la détermination de Mx et de Mn tandis qu'on gonflerait progressivement la manchette. Je ne fais que signaler cette possibilité, car je n'y vois pas un avantage bien net. Par contre, j'y vois un inconvénient certain : en effet, ce serait compliquer la technique que de lire Mx et Mn tantôt dans un sens avec une méthode, tantôt dans un sens avec une autre. Il est bien plus facile d'employer une technique analogue, quelle que soit la méthode employée. Cette uniformité dans la technique devient d'ailleurs indispensable lorsqu'on applique plusieurs méthodes simultanément : or on ne saurait trop recommander l'emploi simultané des méthodes auscultatoire et palpatoire pour Mx, auscultatoire et oscillatoire pour Mn. Pour ma part, quelles que soient la ou les méthodes employées je fais toujours la détermination de Mx et de Mn tandis que je dégonfle la manchette, et je vous conseille de procéder de même.

On palpe l'artère radiale, pour noter la réapparition des pulsations artérielles qui caractérise Mx.

Quelle artère faut-il palper pour noter la réapparition des pulsations artérielles ? L'humérale ou la radiale ? Le procédé le plus facile est représenté par la palpation de l'artère radiale. Quelques médecins adoptent la palpation de l'artère humérale, mais ce procédé est un peu délicat : on risque de ne pas avoir complètement l'artère sous le doigt, et de noter trop tardivement la réapparition des pulsations. Au contraire, la palpation de l'artère radiale est d'une facilité extrême. La réapparition des pulsations se fait pour le même chiffre de contre-pression ou à quelques millimètres près à l'humérale et à la radiale. Elle est aussi nette à la radiale qu'à l'humérale, même si les doigts sont bien appliqués sur cette dernière ; elle est plus nette à la radiale qu'à l'humérale, si les doigts ne sont pas appliqués très exactement en plein sur l'humérale. Le seul inconvénient de la palpation radiale est qu'elle oblige à déplacer les doigts explorateurs, pour aller palper ensuite l'humérale afin de déterminer la minima palpatoire. Je juge cet inconvénient minime. Il est largement surpassé par ce fait qu'*avec la palpation on peut toujours être sûr de sentir la 1re pulsation réapparaître dans l'artère radiale, tandis qu'il est impossible d'être toujours sûr de sentir la 1re pulsation réapparaître dans l'artère humérale.*

Pour déterminer Mn, il faut palper l'artère humérale immédiatement au-dessous du brassard compresseur.

Cette nécessité, mise en évidence par Ehret, est admise par tous les auteurs. La palpation de l'artère radiale fournit des résultats bien moins nets que la palpation de l'artère humérale pour la détermination de Mn.

Les petites difficultés que peut présenter la palpation de l'humérale pour noter Mx ne se rencontrent pas ici. Les conditions ne sont plus du tout les mêmes. En effet, pendant qu'on décomprime le bras, les pulsations humérales arrivent à être très amples au voisinage de la Mn. Dès lors elles sont faciles à percevoir. D'autre part, on n'a plus ici à constater l'existence ou l'absence d'une pulsation, mais à apprécier les variations d'amplitude d'une pulsation. Dès lors, même si le doigt n'est pas appliqué en plein sur l'humérale, il en sentira néanmoins les pulsations qui sont très amples, et du moment que le doigt restera immobile, on pourra comparer l'impor-

(1) Ces leçons cliniques du Dr Lian ont lieu à l'amphithéâtre des cours de l'hôpital Tenon, les 2e et 4e lundis de chaque mois à 11 heures.

(2) 4e leçon recueillie le 14 février 1921 par M. Pierre Cahen, externe des hôpitaux, et revue par M. Lian. Les leçons précédentes ont été publiées dans les nos 6, 7, 9, 10, 12, 13, 21 du *Concours médical* 1921.

tance des pulsations perçues pour chaque chiffre de contre-pression brachiale.

Comment palper l'artère humérale ?

Voici la technique que je vous propose :

Placez-vous en face du sujet et en face de lui. Enserrez le bord interne du bras gauche du sujet entre le pouce et les autres doigts de votre main gauche, et palpez l'artère humérale avec la pulpe de votre pouce gauche. Le sujet a le bras gauche en rotation externe, l'avant-bras en supination, la main gauche appuyée sur la face antérieure de votre articulation du coude gauche. Retenez qu'on cherche souvent l'artère humérale trop loin de la ligne médiane. Vous la trouverez sous le bord interne du biceps ou de son tendon, ou à leur contact intime. Elle est ainsi facile à sentir à la partie supérieure de la branche interne de la gouttière en V du pli du coude.

On peut encore procéder ainsi : le médecin, placé en dehors du bras gauche du sujet, dirige sa main gauche perpendiculairement à ce bras dont il enserre le bord externe entre le pouce placé à la face postérieure, et l'index et l'annulaire au contact de l'humérale.

La détermination palpatoire de Mn est quelquefois délicate.

Lorsqu'on palpe l'artère humérale en aval d'une manchette qu'on dégonfle par à-coups, on constate que les pulsations artérielles deviennent très amples et arrivent même à présenter une vibrance spéciale, qui fait sentir au doigt explorateur comme une chiquenaude. Puis si l'on diminue la contre-pression brachiale, les pulsations humérales deviennent moins amples et perdent ce caractère vibrant, c'est alors qu'on lit Mn. Tantôt la vibrance, après avoir atteint son maximum, disparaît tout d'un coup ; tantôt la vibrance diminue un peu avant de disparaître : c'est la disparition de la vibrance qui marque Mn.

Ce phénomène est assez net dans un assez grand nombre de cas, mais il n'est pas rare qu'on soit plus ou moins embarrassé pour déterminer ainsi Mn. Certes, avec l'entraînement, les cas d'interprétation délicate diminuent, mais ils restent plus fréquents que pour les méthodes auscultatoire et oscillatoire.

II — *Les sphygmomanomètres palpatoires.*

Après ces renseignements techniques complémentaires, il me reste à envisager les appareils eux-mêmes destinés à l'application de la méthode palpatoire.

Un sphygmomanomètre palpatoire se compose tout simplement d'un brassard, un manomètre et une soufflerie avec vis ou robinet de décompression.

Un sphygmomanomètre palpatoire comprend donc les mêmes parties qu'un sphygmomanomètre auscultatoire, moins le stéthoscope et la membrane vibrante à laquelle il est relié. En somme, il faut, pour appliquer les méthodes palpatoire et auscultatoire, la même instrumentation, avec en plus, pour la méthode auscultatoire, une membrane vibrante appliquée sur l'humérale et reliée à un stéthoscope bi-auriculaire.

Par conséquent, sont valables pour la méthode palpatoire toutes les considérations que j'ai faites plus haut pour la méthode auscultatoire, sur les caractères du brassard, de la manchette, du manomètre, de la poire à compression avec vis de décompression.

Je me contenterai de ces indications et me dispenserai de vous décrire tous les appareils proposés pour l'application de la méthode palpatoire. Ils ne se différencient que par des nuances minimes les unes des autres. Tous les fabricants d'appareils médicaux fabriquent un type de sphygmomanomètre Riva-Rocci.

Les méthodes palpatoire et auscultatoire méritent d'être fusionnées en une seule, la méthode palpo-auscultatoire.

D'ailleurs les méthodes palpatoire et auscultatoire ne sont que des variantes l'une de l'autre, elles fournissent les mêmes résultats, elles nécessitent sensiblement la même instrumentation, elles se complètent très heureusement. Bien plus, comme je vous l'ai déjà exposé, leur application simultanée est facile. Le mieux est donc de les associer.

Il y a lieu pratiquement de considérer qu'il n'y a qu'une seule méthode, *la méthode palpo-auscultatoire dans laquelle on mesure Mx simultanément par l'auscultation de l'humérale et la palpation de la radiale, Mn par la seule auscultation de l'humérale.*

Les sphygmomanomètres auscultatoires sont donc tout naturellement les instruments destinés à appliquer cette méthode palpo-auscultatoire.

CLINIQUE CHIRURGICALE

Hôtel-Dieu de Toulouse : M. J.-P. TOURNEUX, Chirurgien des hôpitaux.

Le lymphome tuberculeux.

Vous m'avez vu intervenir il y a quelques jours dans un cas de tuberculose ganglionnaire du cou présentant une physionomie un peu particulière, et le jour de l'opération, vous avez pu vous rendre compte qu'il ne s'agissait pas, en effet, de ganglions en partie caséifiés et entourés de périadénite, ce que l'on rencontre ordinairement, mais au contraire de ganglions très fermes quoi-

que volumineux, parfaitement mobiles sur les plans avoisinants, sans aucune trace de réaction périganglionnaire. Je vous ai dit à ce moment qu'il s'agissait là d'une forme spéciale de la tuberculose des ganglions lymphatiques, et que nous nous trouvions en présence d'un cas de lymphome tuberculeux. On désigne sous ce nom une variété de tuberculose ganglionnaire présentant un tableau clinique tout à fait différent de celui de la polyadénite tuberculeuse ordinaire : c'est une véritable adénopathie tuberculeuse hypertrophiante, où le ramollissement et la suppuration ne s'observent que tout à fait exceptionnellement.

Simulant souvent à s'y méprendre le lymphadénome, d'où son nom de lymphadénome bénin ou de pseudo-lymphadénome tuberculeux, que lui ont donné certains auteurs et en particulier Duret, cette forme de tuberculose ganglionnaire, à évolution pour ainsi dire latente, est confirmée, soit par l'examen histologique, soit par l'inoculation. Elle évolue ordinairement au niveau des ganglions cervicaux ; plus rarement, on la rencontre au niveau de l'aisselle ou des régions inguinales et crurales : les ganglions viscéraux ne présentent cette lésion spéciale que d'une façon tout à fait rare.

Le lymphome tuberculeux peut être uni ou multiganglionnaire et l'on note alors, à la palpation, la présence d'un ou de plusieurs volumineux ganglions, parfaitement mobiles sur les régions voisines, ce qui dénote l'absence de toute réaction périganglionnaire. La peau qui recouvre l'adénopathie garde sa coloration et sa souplesse habituelles, montrant ainsi l'absence de toute réaction inflammatoire. Dans certains cas, le lymphome tuberculeux peut affecter différents territoires lymphatiques, soit que l'on note l'existence de ganglions hypertrophiés au niveau du cou et de la région inguinale, soit, ce qui est plus fréquent, que le processus tuberculeux ait envahi successivement toutes les formations lymphoïdes de la région cervicale, déterminant alors ce que l'on désigne du nom de cou proconsulaire.

Quoi qu'il en soit de son évolution et de ses modalités cliniques, le lymphome tuberculeux constitue une lésion que l'on observe assez rarement, alors que les localisations tuberculeuses au niveau des ganglions lymphatiques sont extrêmement fréquentes. Tous les auteurs sont d'accord sur ce point : pour ma part, depuis le début de mes études médicales, je n'ai eu que trois fois l'occasion de relever des lésions de lymphome tuberculeux, en comptant le malade que j'ai récemment opéré devant vous.

Je vais vous résumer brièvement mes trois observations, puis je reprendrai plus spécialement deux points qui me paraissent particulièrement intéressants à étudier, la question du diagnostic et celle du traitement.

Observation I. — Il s'agit de ce malade qui va quitter l'Hôtel-Dieu dans quelques jours, et qui est venu nous consulter pour une grosse adénopathie de la région cervicale droite. Il y a environ huit mois, qu'en se rasant, il a reconnu l'existence d'une petite tumeur indolente et mobile, tumeur qui, après être restée quelque temps stationnaire, s'est mise à augmenter de volume d'une manière lente mais progressive. Puis, quelques mois plus tard, notre malade a constaté l'apparition d'une deuxième petite glande dont l'évolution a été en tous points semblable à celle de la première ; ultérieurement un troisième, puis un quatrième ganglion ont fait leur apparition. C'est alors que, justement inquiet de ces proliférations successives, il est venu nous demander conseil, et nous lui avons recommandé une petite intervention.

Vous avez pu vous rendre compte vous-mêmes, en palpant la région cervicale de ce malade, que l'on sentait nettement la présence de quatre gros ganglions, fermes, rénitents, non douloureux, ne formant pas une masse unique et compacte, mais au contraire bien limités et bien distincts les uns des autres, mobiles sous la peau intacte, et mobile sur les tissus profonds.

L'examen des autres territoires ganglionnaires a été négatif, et l'inspection des différents appareils nous a montré qu'ils fonctionnaient normalement et ne présentaient pas de traces de lésions quelconques.

Dès ce moment, je pensais à du lymphome tuberculeux, mais afin de compléter mon diagnostic et d'éviter toute chance d'erreur, j'ai fait procéder à l'examen de la formule sanguine qui ne nous a révélé qu'un léger degré de leucocytose, ce qui est d'ailleurs la règle dans les cas de lymphome tuberculeux.

Il ne restait donc qu'à intervenir, et c'est ce que j'ai fait, il y a quelques jours : vous avez pu d'ailleurs, en assistant à l'intervention, vous rendre compte avec quelle facilité j'ai pu réaliser l'ablation de cette adénopathie. Nous n'avons pas eu, en effet, les ennuis que l'on rencontre ordinairement au cours des extirpations d'adénites tuberculeuses, où les ganglions sont enveloppés de tractus conjonctifs les rattachant aux plans voisins, et où, réduits à une mince coque, qui crève le plus souvent au moment où on les touche, ils inondent la région opératoire de leur contenu suppuré. Les suites de cette petite intervention ont été normales, et la réunion a été obtenue par première intention.

J'ai, bien entendu, comme toujours, examiné les ganglions enlevés, et l'étude histologique m'a montré la structure habituelle du lymphome tuberculeux, où l'on constate des amas considérables de cellules épithélioïdes disposées autour de cellules géantes. Le tissu folliculaire normal est très réduit et presque étouffé par les néofor-

mations : en quelques points, en outre d'un amas de cellules, on aperçoit un léger degré de caséification, mais il n'est visible qu'à l'examen microscopique.

Observation II. — Au mois d'octobre 1911, alors que j'étais chef de clinique dans le service de M. le Pr Mériel, j'ai eu à intervenir chez une fillette âgée de 11 ans, qui présentait au niveau de la région axillaire droite une volumineuse adénopathie, évoluant depuis six mois environ. La physionomie clinique de l'affection, lente et progressive, jointe à l'absence d'altérations dans les autres centres ganglionnaires nous ont permis, l'examen du sang n'ayant montré qu'un peu de leucocytose, de porter le diagnostic de lymphome tuberculeux. L'intervention chirurgicale, faite sans aucun incident, nous permit de pratiquer l'ablation de trois gros ganglions,qui présentaient les mêmes altérations que je vous ai signalées précédemment et sur lesquelles je ne crois pas devoir insister de nouveau.

Observation III. — Au cours de la dernière guerre, j'ai eu l'occasion, pendant mon séjour à l'hôpital mixte de Sézanne,d'intervenir chez un maréchal des logis du 115e régiment d'artillerie lourde pour un lymphome tuberculeux de la région cervicale droite évoluant depuis environ douze mois, et qui présentait la même allure clinique que les adénopathies dont je viens de vous entretenir. J'ai pu également enlever trois ganglions volumineux et fermes, sans trace de périadénite : leur examen a confirmé le diagnostic que j'avais porté.

Tels sont les trois seuls cas de lymphome tuberculeux qu'il m'a été donné d'observer, alors qu'il ne se passe pas de semaines, je pourrais presque dire de jours, où l'on ne se trouve en présence de tuberculoses ganglionnaires banales.

Je crois inutile de revenir sur la symptomatologie et sur l'anatomie pathologique de ces lésions, dont je crois vous avoir suffisamment entretenus. Je me bornerai à ajouter que ces lymphomes ont en général une évolution assez lente et qu'ils peuvent rester stationnaires pendant des années. On a rapporté quelques cas, où la tumeur cervicale ganglionnaire avait atteint des dimensions considérables, et arrivait à peser de 500 à 600 grammes ; mais même dans ces cas, les différents ganglions restaient indépendants les uns des autres, sans se fusionner et ne présentaient aucune tendance au ramollissement et à la suppuration.

Malgré la nature pour ainsi dire latente de l'affection, il n'en reste pas moins établi qu'il s'agit là d'un foyer de tuberculose, à virulence certes atténuée, mais dont l'inoculation aux animaux est nettement positive : le lymphome tuberculeux peut se compliquer de tuberculose viscérale ou de tuberculose généralisée, il constitue donc un danger permanent, justiciable plutôt du bistouri que du traitement arsenical.

Le diagnostic de lymphome tuberculeux est assez facile dans la grande majorité des cas : il peut cependant présenter parfois de réelles difficultés.

Il est tout d'abord relativement aisé d'éliminer toute une série de lésions dont l'aspect clinique arrive à simuler celui d'une adénopathie : c'est ainsi qu'il faudra songer au kyste sébacé, au kyste dermoïde, au lipome, au tubercule sous-cutané douloureux, à la tumeur carotidienne, qui tous présentent un certain nombre de caractères bien spéciaux qui permettent de les éliminer.

Le diagnostic d'adénite une fois porté, reste à en connaître la nature. Il s'agira alors, étant donné que nous sommes en présence d'une lésion chronique, d'écarter les néoplasies primitives et secondaires des ganglions, les tumeurs propres du tissu lymphoïde, lymphadénome et lymphosarcome, ainsi que les leucémies. Pour cela, il faudra non seulement pratiquer l'exploration de tous les appareils de l'économie, mais encore tenir le plus grand compte de tous les éléments possibles de diagnostic, tels que antécédents héréditaires, mode d'évolution et surtout examen du sang. Ce dernier a surtout une grande importance pour le diagnostic des leucémies et des leucocythémies ganglionnaires, et en montrant uniquement un léger degré de leucocytose, il confirmera le diagnostic de lymphome tuberculeux, que l'examen clinique avait déjà fait porter.

Au sujet du traitement, il ne faut pas oublier qu'il s'agit là d'une lésion bacillaire, dangereuse à laisser au contact de l'organisme par suite des chances de généralisation possible, lésion qu'il importe de traiter dès que le diagnostic aura été porté.

Mais, étant donnée la nature un peu spéciale du lymphome tuberculeux,on ne peut appliquer ici les règles générales du traitement des adénites bacillaires. Toutes les observations publiées ont montré en effet le peu d'efficacité du traitement général, de la thérapeutique des injections interstitielles et de la radiothérapie. C'est là un point sur lequel Willems a largement insisté au Congrès français de chirurgie de 1907. Dans ces cas de tuberculose ganglionnaire hypertrophiante le seul traitement est l'extirpation faite d'une façon aussi précoce que possible : les résultats de l'intervention sont, de l'avis de tous, des plus satisfaisants. Étant donné l'absence de périadénite, la dissection des paquets ganglionnaires est des plus aisées, et il n'est même pas nécessaire de drainer dans tous les cas. La réunion s'obtient rapidement et forme une belle cicatrice linéaire sans aucune tendance chéloïdienne.

PHTISIOTHÉRAPIE

La psychothérapie chez les tuberculeux.

Nous savons que les tuberculeux sont presque toujours, au point de vue psychique, *des instables*. Parfois même, leur sensibilité excessive, inquiète, exacerbée par la longue durée de cette maladie, en arrive à dominer complètement les autres facultés de l'âme et à y semer l'incertitude et le trouble. Bien entendu, cette emprise n'est point sans avoir une détestable influence sur l'évolution du mal et il est permis d'affirmer que le pronostic d'un tuberculeux est en partie lié à son état psychique. Il appartient donc au médecin de prendre souci de l'état d'esprit, du caractère de son malade et de le modifier lorsqu'il y a lieu.

L'état d'âme du tuberculeux gravitant sans cesse autour de sa maladie se manifeste souvent par l'une ou l'autre de deux tendances contradictoires. Il est *optimiste exagéré* ou *pessimiste à outrance,* parfois l'un et l'autre.

Optimistes, ce sont souvent des malades gravement touchés, auxquels la tuberculose a mis, dirait-on, des œillères afin de les abattre sans même qu'ils s'en doutent. Selon eux, ils n'ont rien ou presque rien et c'est le médecin qui exagère. Dans cette catégorie, nous avons connu un confrère, homme pourtant intelligent et de réelle valeur professionnelle, qui diagnostiquait « rupture de varices œsophagiennes » les hémoptysies graves et répétées qu'il présentait. Malgré les signes évidents d'une tuberculose évolutive qui devait bientôt l'emporter, il refusa toujours de se reconnaître malade et poursuivit jusqu'au bout ses occupations ordinaires.

A ceux-là, qui refusent de se soigner pour ce qu'ils appellent « un rhume négligé » ou « leur ancien catarrhe » nous devrons parler net et ferme ; et, sans exagération, mais tout en agitant quand même la cloche d'alarme, les mettre très exactement en face de leur bilan organique. S'ils sont intelligents, nous leur apprendrons à s'observer et à se mieux connaître, et peut-être aurons-nous alors la chance de ne pas arriver trop tard.

Nous entendrons une tout autre chanson avec les *pessimistes,*qui sont bien souvent, ceux-là, des gens à peine touchés. Ah ! il n'est pas besoin de leur dire qu'ils sont malades et qu'ils doivent se soigner, car ils ne pensent qu'à cela. Ils épient dans nos paroles, dans notre expression de visage, dans le moindre de nos gestes, ce qui pourrait être pour eux un indice de la gravité de leur état. Des journées entières ils vont épiloguer sur les mots « lésions », « congestion » ou « pleurite », heureux s'ils peuvent en torturer le sens dans un dictionnaire très complet.

Beaucoup deviennent pessimistes par l'abus de l'auto-observation. Si nous leur avons appris à s'observer, ils sont parvenus à s'observer beaucoup plus qu'il n'est nécessaire, au point de faire converger autour de leur température rectale ou de leur fiche de poids le monde extérieur et eux-mêmes. Alors, si par malheur, ils ont maigri de quelques grammes, si leur thermomètre enregistre certain soir quelques dixièmes de plus, les voilà qui divaguent : c'est fini ; leur état s'aggrave, et ils se rendent bien compte qu'ils ne guériront pas. Ils en arrivent à devenir de véritables phobiques du thermomètre ou de la bascule.

Vis-à-vis de ceux-là, il nous appartiendra de réagir en sens inverse et de faire en sorte qu'ils s'occupent un peu moins de leur personne. S'ils sont des affolés du thermomètre, supprimons-leur carrément l'usage de cet instrument, en réservant à nous seuls le contrôle. Occupons leur esprit inactif et orientons vers d'autres objets que l'étude de leur maladie leur sensibilité morbide. A l'occasion, il nous faudra savoir les secouer, y aller même avec eux d'un peu d'ironie en leur démontrant l'inanité et la sottise de leur idée fixe ; et nous parviendrons souvent, ce sera d'ailleurs la meilleure preuve de notre succès, à les obliger de rire d'eux-mêmes.

Il y a des malades et ce sont le plus souvent des femmes — de jeunes femmes — dont le fond du caractère est justement *l'instabilité*. Leur baromètre est toujours au variable, leur humeur capricieuse, et leur pauvre petite boussole sans cesse affolée par un changement de temps, un écart de température, une conversation, un rien. Aujourd'hui, voilà notre malade disposée à se bien soigner : chaise-longue toute la journée, bonne volonté à table, sourires aimables à tout le monde,.. et puis demain changement complet : on ne veut plus quitter son lit, on ne mange pas, et entre deux sanglots on déclare au médecin qu'on ne guérira jamais !..

Ces petites névropathes sont certes d'un maniement bien difficile et il est besoin pour les diriger utilement d'une large mesure de patience, d'une bonne dose de psychologie et aussi d'un grain d'humour dans l'esprit. Apprendre à leur parler, à leur dire ce qu'il faut, constitue un art véritable. Elles ont tant besoin d'ailleurs de se sentir soutenues par une volonté plus forte que la leur ; elles sont si heureuses d'être encouragées, démenties de leurs sottes idées, heureuses même d'être grondées. Elles sentent au fond d'elles-mêmes qu'elles déraillent, mais aiment bien se l'entendre dire par quelqu-un en qui elles ont entière confiance. Il faudrait, lorsque c'est possible, refaire à ces sensitives une autre mentalité en agissant sur leur caractère, leur genre de vie, leur milieu, etc.

Ne négligeons donc point vis-à-vis de nos tuberculeux cette thérapeutique psychique qui

est loin d'être toujours aussi aisée qu'elle semble et qui s'apprend, comme l'autre, par l'au jour le jour de la pratique. Appliquée comme elle doit l'être, elle sera souvent beaucoup plus utile à nos pauvres instables que tout l'arsenal des médecaments sthéniques.

Dr Ch. COUBARD,
(de Menton.)

MASSOTHÉRAPIE

Le massage chez les obèses

Par P. MATHIEU,

Ancien interne des hôpitaux de Nancy,
Médecin-consultant à Brides-les-Bains.

Faut-il masser les obèses? Quelques médecins et la plupart des gens affligés d'un embonpoint exagéré sont convaincus que le massage est un des agents nécessaires et essentiels de la cure d'amaigrissement. D'autres médecins (et non des moindres parmi ceux qui se sont spécialemen occupés de l'obésité) lui dénient toute efficacité.

A notre avis, le massage ne mérite « ni cet excès d'honneur, ni cette indignité ». Judicieusement employé, il est un adjuvant utile du traitement diététique, myothérapique et hydro-minéral de l'obésité.

Le massage a des effets très différents suivant les manœuvres pratiquées, leur mode d'application, leur durée, leur intensité. Il est sédatif ou excitant. Il a une action qu'on peut limiter à la peau, au tissu cellulaire sous-cutané, aux muscles, aux articulations, ou encore aux organes abdominaux. On peut au contraire lui demander une action générale sur l'organisme, une accélération de la circulation sanguine générale, une action cardio-tonique ou cardio-sédative, des effets hypertenseurs ou hypotenseurs. C'est dire qu'il n'y a pas « un massage » convenant indistinctement à tous les obèses, mais que les manœuvres massothérapiques devront varier avec les indications particulières qui se posent pour chaque obèse en particulier.

On aura à utiliser chez l'obèse le massage général, le massage abdominal et parfois précordial.

Contrairement à ce qu'on croit vulgairement, le massage n'a pas une action immédiate directe sur la surcharge adipeuse elle-même : l'effleurage et le pétrissage ne peuvent pas faire disparaître la graisse comme ils évacuent les œdèmes. Mais en mobilisant les liquides d'infiltration interstitielle et en activant la circulation sanguine et la circulation lymphatique locales, ils favorisent une nutrition plus complète des tissus et donc, indirectement, la résorption de la graisse accumulée. Ils réveillent la tonicité des fibres musculaires, qui deviennent ainsi plus aptes à jouer, par leurs contractions, le rôle d'agents d'utilisation des réserves graisseuses. La percussion et les pincements luttent contre la flaccidité de la peau et contribuent à éviter les inélégantes déformations qui suivent souvent les cures d'amaigrissement. Enfin la suractivité circulatoire provoquée par le massage général agit sur la nutrition générale du corps et en particulier sur le fonctionnement des glandes endocrines déficientes de l'obèse.

Le massage général tel qu'il est habituellement pratiqué par les professionnels a donc une utilité incontestable quoique indirecte dans le traitement de l'obésité. Mais plus importante au point de vue thérapeutique est l'action du massage abdominal et du massage précordial dans les troubles cardio-vasculaires si fréquents chez les obèses.

Il est rare que l'obésité ne s'accompagne pas d'un degré plus ou moins marqué d'insuffisance fonctionnelle cardiaque, avec œdèmes, congestions viscérales multiples, dyspnée et tachycardie d'effort. Le pétrissage lent et profond de l'abdomen videra le système porte encombré et décongestionnera le foie ; les manœuvres stimulantes du massage abdominal agiront sur le plexus solaire du sympathique et provoqueront un réflexe cardio-tonique ; le massage précordial, excitant par tapotement et vibrations fortes, activera d'une façon plus directe encore la force contractile du myocarde.

La mesure des tensions vasculaires de l'obèse fournira des indications massothérapiques particulières. L'hypotension générale de certains obèses anémiques est justiciable des manœuvres stimulantes du massage général et du massage abdominal. C'est au contraire l'action hypotensive des manœuvres sédatives (effleurage lent, pétrissage doux, vibrations légères) qu'on cherchera chez les obèses hypertendus, pléthoriques ou artério-scléreux. Certains congestifs, et aussi quelques petits obèses, qui présentent le syndrôme hyposphyxique de Martinet, ont à la fois de l'hypotension maximale et de l'hypertension minimale : on associera les manœuvres évacuantes et les manipulations stimulantes toni-cardiaques, de telle sorte qu'on favorise la déplétion veineuse et qu'on stimule l'énergie des contractions cardiaques.

Le massage est enfin utile contre les petites complications locales qui accompagnent fréquemment l'obésité. Le pétrissage vigoureux par écrasement aura raison des noyaux de cellulite disséminés dans le tissu cellulaire sous-cutané : lorsqu'elles sont étendues, ces indurations très douloureuses transforment parfois les obèses en véritables infirmes.

La périphlébite variqueuse, commune chez les

obèses goutteux, sera soumise à des vibrations manuelles légères et à de l'effleurage doux pratiqué à la périphérie de la zone enflammée.

On le voit : le massage est un élément appréciable du traitement de l'obésité, à condition d'être adopté aux indications particulières de chaque cas.

Pas plus qu'il ne prescrit simplement « un régime » ou « de l'hydrothérapie », le médecin ne prescrira pas « des massages ». Il doit remettre à son malade une ordonnance massothérapique détaillée, spécifiant le genre et la durée du massage qui devra être effectué. Sans quoi, ce serait exposer le patient à subir toute la série des manipulations connues par le professionnel, manipulations dont quelques-unes peuvent être absolument contre-indiquées.

A TRAVERS LA PRESSE

L'iode dans la tuberculose.

(*Erratum*).

Dans l'analyse publiée sous ce titre, page 2390 de notre dernier numéro, au 4e alinéa, lire que le composé connu sous le nom d'Iodaseptine renferme **42 %** d'iode (au lieu de 24 %).

Les traitements de l'urticaire.

L'urticaire est aiguë, isolée, épisodique. Les lotions à l'eau vinaigrée et le talcage abondant agiront localement, cependant qu'on découvrira l'aliment ou le médicament provocateur, vis-à-vis desquels on procédera par abstention ou par désensibilisation.

Les formes chroniques dérivent de causes multiples : les parasites (vers intestinaux, amibes, hydatides) qu'on combat par le traitement habituel ; la toxicité alimentaire, justiciable de la diète hydrique 24 à 48 heures, suivie d'une reprise progressive et prudente de l'alimentation, qui révélera le ou les aliments à incriminer ; les troubles de la coagulation sanguine : hyper ou hypocoagulabilité réclament le citrate de soude (hyper) ou le chlorure de calcium (hypo) ; les troubles des sécrétions internes, auxquels s'adresse l'opothérapie sous ses diverses formes ; l'anaphylaxie, qui comporte la désensibilisation par les petites doses de sérum de cheval ; enfin les urticaires de cause indéterminée, qu'on traitera par l'autosérothérapie (injections d'un quart à deux cmc. de sérum sanguin du malade) à laquelle il est bon d'associer l'opothérapie spécifique quand les signes d'insuffisance endocrinienne sont manifestes. D'après M. Flandin. (*L'Hôpital*, juin 1921 A.)

L'iridocyclite par leucorrhée chez les jeunes filles.

Se basant sur trois observations qu'il a recueillies, M. Dor décrit, à côté des iritis puerpérales, cataméniales, blennorragiques, bien connues, une iridocyclite survenant chez des jeunes filles atteintes de pertes blanches abondantes et anciennes de nature bactériologique indéterminée.

« Aucune tare syphilitique, tuberculeuse, ozé-
« neuse, pyorrhéique ou alvéolodentaire ; pa-
« rents en bonne santé ; frères et sœurs tout à
« fait sains ; personnellement, aucune autre
« anomalie ».

Malgré le traitement appliqué dans toute sa rigueur, l'évolution s'est poursuivie et a abouti à la cécité complète.

En raison de la gravité de l'affection, l'auteur estime qu'il y a lieu de conseiller un traitement actif « sans se laisser arrêter par la considération « de la virginité ». (*La Clinique ophtalmologique*, juin 1921.)

Le lavement électrique.

Procédé de désobstruction intestinale insuffisamment connu et apprécié, que j'ai cependant vu parfaitement réussir dans un cas de parésie de l'intestin chez une grande mélancolique anxieuse, le lavement électrique représente une intervention d'urgence, permettant de lever l'obstacle au cours des matières.

Il est indiqué dans l'iléus primitif et secondaire et dans l'obstruction stercorale simple ; contre-indiqué dans l'obstruction par néoplasie, le volvulus, la torsion, l'étranglement externe, et aussi quand il coexiste une appendicite ou une collection susceptible de se rompre.

MM. Laquerrière et Delherm utilisent une batterie de 24 éléments, capable de fournir un débit de 100 miliampères, mise en relation avec une électrode large appliquée sur l'abdomen et un conducteur métallique engainé dans une sonde intestinale. La sonde est mise en rapport avec un bock contenant de l'eau salée tiède. L'eau pénètre dans l'intestin. A ce moment, on ferme le courant qu'on laisse passer jusqu'à concurrence de 30 à 40 milliampères. Toutes les cinq minutes, on ramène l'intensité à zéro, et on change alors le sens du courant. Durée de l'application : 20 minutes. A la fin de la séance, on provoquera une cinquantaine de secousses brusques.

On peut répéter les séances deux et trois fois par 24 heures, mais on se tiendra prêt pour une intervention chirurgicale, selon les résultats obtenus.

Lorsque le malade, sans grandes souffrances, ressent des coliques, qui continuent après la cessation du lavement, éprouve le besoin d'aller à la selle, rend des gaz et même des parcelles de matières, ou seulement de l'eau teintée et d'o-



deur *sui generis*, en même temps que son état général tend à s'améliorer, on est autorisé à continuer. Si au contraire, les douleurs sont vives, sans coliques, sans besoin de défécation, si l'eau est expulsée incolore et inodore, en bavant, avec une aggravation de l'état général, l'heure du chirurgien a sonné. (*La Médecine*, juin 1921.)

Quelques généralités sur l'acte opératoire obstétrical.

Ce sont des règles générales que formule et commente M. Fruhinsholz, et qui sont uniformément applicables aux actes obstétricaux :

1° Il n'est pas de bon acte obstétrical sans bon diagnostic préalable, diagnostic topographique, diagnostic pathogénique.

2° Il n'est pas de bon acte obstétrical sans plan d'opération préalable. Le diagnostic étant posé dans tous ses éléments, l'accoucheur doit établir son plan de conduite, en l'adaptant exactement à la situation présente, de telle sorte qu'un acte opératoire envisagé comme nécessaire et réalisable soit entrepris « dans des con« ditions qui lui permettent, une fois commencé « d'être mené et achevé sans solution de conti« nuité ».

3° L'acte obstétrical doit être inséré entre deux actes de propreté, un acte de propreté initiale et un acte de propreté terminale.

On chirurgicalisera l'acte obstétrical chaque fois que ce sera possible. On réduira au minimum le va-et-vient, les aller et retour de la main opérante de l'extérieur à l'intérieur et réciproquement.

4° L'acte obstétrical doit être au premier chef prudent, car il se fait toujours en terrain dangereux. Il doit être essentiellement doux et patient, avec clairvoyance, sans dégénérer en obstination aveugle.

5° L'acte obstétrical doit en règle générale évoluer suivant un rythme lent et progressif variable toujours suivant l'état de vie, de souffrance ou de mort du fœtus.

6° L'acte obstétrical doit se résoudre en un acte d'honnêteté, le bilan des profits et des pertes.

Nous avons cru bon de reproduire presque *in extenso* ces aphorismes, que le praticien, surtout au début de sa carrière, aura présents à l'esprit dans des circonstances où il importe au premier chef qu'il se montre instruit et expérimenté. (*Revue méd. de l'Est*, 15 mai 1921.)

Les métrorragies des jeunes filles.

Au dire de M. Siredey, les hémorragies génitales des jeunes filles s'observent assez fréquemment, tantôt sous la forme de ménorragies, quand elles sont dues à des troubles de l'état général, tantôt sous forme d'écoulements continus ou irréguliers, quand l'état local est en cause.

Les maladies générales qui agissent sur l'appareil génital pour provoquer des métrorragies sont le rétrécissement mitral primitif, la cholémie familiale, les ictères à rechute, les coliques hépatiques, l'appendicite chronique, les entérites, l'albuminurie, le paludisme, l'hérédo-syphilis, des altérations du sang avec tendance à l'hémophilie, les troubles nerveux liés à la maladie de Basedow, les troubles endocriniens (insuffisance thyroïdienne et hypophysaire, hyperovarie).

Dans certains cas cependant, aucune des causes précitées n'est incriminable, et il faut se contenter d'accuser un simple trouble fonctionnel justiciable du seul repos.

D'autre part, des lésions locales peuvent provoquer des métrorragies sérieuses et mêmes graves. Ce sont les myomes pédiculisés, l'épithélioma (rare), le sarcome racémeux (exceptionnel) les productions polypeuses (plus communes), les formations adénomateuses. On songera aussi, en certains cas, à la rétention placentaire.

Les hémorragies génitales des jeunes filles non soignées ont tendance à s'accroître ; elles se compliquent parfois de dysménorrhée.

L'examen direct est délicat ; le toucher rectal peu révélateur. Les antécédents pathologiques ainsi que les circonstances ayant présidé à l'établissement des pertes seront soigneusement examinés.

On commencera par prescrire le repos absolu au lit, qu'il faut savoir obtenir et imposer ; puis des applications de glace sur le ventre, le surélèvement des pieds pour placer le corps en position déclive de bas en haut ; l'ergotine et l'ergotinine, peu recommandables, l'hamamelis, plus maniable.

Les injections chaudes sont, en principe impraticables. Les lavements chauds plus efficaces mais fatigants et pénibles à la longue.

L'existence d'une lésion mitrale peut commander l'emploi des médicaments cardiaques : digitale, strophantus.

Le régime approprié (lacté, lacto-végétarien achloruré) s'adresse aux métrorragiques atteintes d'albuminurie ; de même les syndromes hépatiques réclament un régime sévère.

Si l'altération du sang est en cause, on ordonnera le fer, l'arsenic, le manganèse, le sérum stérilisé, l'hémostyl. Le traitement opothérapique convient aux formes qui sont sous la dépendance de troubles endocriniens ; il associera l'extrait thyroïdien à l'extrait hypophysaire, et au besoin à l'extrait surrénalien.

Le chlorure de calcium, les injections intramusculaires de sérum gélatiné compléteront la médication des cas que nous envisageons.

Quand on soupçonnera une lésion locale, l'examen local s'imposera d'une façon approfondie. L'opération chirurgicale est souvent la seule ressource ; elle peut aller jusqu'à l'hystérectomie.

La radiumthérapie est appelée à rendre ici de grands services quand son emploi sera mieux codifié.

Enfin, on recherchera la syphilis et surtout l'hérédo-syphilis. On demandera à la réaction de Wassermann la confirmation des soupçons qu'on pourra avoir : elle permettra d'instituer à coup sûr le traitement spécifique. (*Journ. de méd. et de chir. prat.*, 10 juin 1921.)

Le nucléinate de manganèse.

M. Lemoine recommande ce médicament de préférence au fer et à l'arsenic, dans l'anémie et la chlorose, et aussi dans certains états dépressifs à la base desquels se trouve une auto-intoxication : la neurasthénie, le neuro-arthritisme, les convalescences de maladies aiguës, le lymphatisme, la prétuberculose, etc.

Le manganèse n'agit pas seulement sur l'hémopoïèse, mais encore c'est un oxydant énergique, qui réduit les produits de désassimilation et facilite l'élimination des toxines.

L'auteur prescrit des injections de 0,05 cgr. de sel tous les jours, à laquelle il ajoute souvent deux prises quotidiennes d'une même dose de 0,05 *per os*.

« Il semble qu'en oxygénant les tissus dans leur intimité, le manganèse augmente leur énergie vitale en même temps qu'il active les phénomènes de désassimilation. Il se produit donc tout à la fois un effort du médicament stimulant indispensable et une dépuration organique ; c'est sans doute la raison de l'action thérapeutique si remarquable que présente ce corps ». (*Gaz. des prat.*, 15 juin 1921.)

Maladie de Lane ou stase intestinale chronique.

M. Pauchet prend soin d'établir que la stase intestinale chronique est très différente de la constipation habituelle, celle-ci n'en étant qu'un élément auquel s'ajoutent un retard plus ou moins marqué dans le transit intestinal vérifié aux rayons X et des signes d'intoxication se traduisant par des troubles généraux et fonctionnels.

Elle succède habituellement à des coudures dues elles-mêmes à la ptose viscérale et aux réactions fibreuses du péritoine qui en sont la conséquence.

Le retard dans le transit se traduit par la présence dans l'iléon et le cæcum, au-delà du temps limite normal nécessaire à leur évacuation, de matières encore liquides, et par cela même résorbables.

L'intoxication d'origine intestinale fait sentir ses effets sur le foie, la glande thyroïde, les surrénales et l'hypophyse, les reins, le pancréas, la peau, les ovaires, le système nerveux, l'appareil circulatoire, l'appareil digestif, l'appareil respiratoire, etc.

Pour en faire le diagnostic, il faut y penser, en présence d'une constipation chronique qui demeure rebelle à tous les traitements classiques, et la vérifier au moyen d'examens radioscopiques répétées.

Si la S. I. C. peut être justiciable de l'opération chirurgicale, et si celle-ci gagne en efficacité fonctionnelle à être précoce, l'auteur ne manque pas, ce dont je le loue fortement, de recommander de recourir d'abord au traitement médical : massages, culture physique, régime, opothérapie, crénothérapie, extraits biliaires, purgatifs, etc...

Même, quand l'opération deviendra indiquée, le chirurgien ne cessera pas de faire appel à la collaboration du médecin, celui-ci instituant un traitement médical physique, opothérapique de plusieurs mois.

L'amélioration post-opératoire n'est pas immédiate ; elle demande plusieurs mois pour se manifester pleinement dans les 3/4 des cas. Mais, la constipation et certains troubles d'intoxication disparaissent de suite. (*Bull. méd.*, 18 juin 1921.)

Quand faut-il commencer le traitement de la syphilis ?

M. Thibierge répond à cette question d'une façon explicite, en partant de cette donnée expérimentale, que le traitement par les injections arsenicales associées au mercure, institué aussi précocement que possible, peut empêcher l'apparition de la réaction de B. W., de la roséole, des accidents secondaires.

Il en conclut fermement que c'est au moment même où le chancre est diagnostiqué qu'il faut mettre immédiatement en œuvre les moyens puissants dont nous disposons actuellement.

Mais il importe que le diagnostic soit formel. On le fera à l'aide des signes cliniques classiques, aidés de la recherche du spirochète par l'ultramicroscope.

« Donc, en présence d'une ulcération des organes génitaux ou de quelque autre région du corps pouvant être un chancre syphilitique, le médecin a le devoir impérieux de : 1° assurer de suite son diagnostic par tous les moyens nécessaires ; 2° s'il s'agit d'un chancre, commencer sans délai le traitement par les procédés actuels les plus énergiques, c'est-à-dire par les arsénobenzènes, à moins qu'il n'existe une contre-indication à leur emploi ».

L'auteur, ceci posé, insiste cependant sur les inconvénients qu'il y aurait à appliquer ce traitement avant que la nature même du mal ait été reconnue. Son argumentation est impressionnante et mérite de retenir l'attention. Il ne faut faut pas risquer de faire endosser à la légère par un malade la tunique de Nessus représentée par la seule présomption de syphilis, sous prétexte que le traitement n'offre que des inconvénients

insignifiants au regard de l'avantage qu'on a à gagner du temps.

« Jamais, sous aucun prétexte, tant que vous « n'avez pas établi soit par la clinique si les si- « gnes sont assez nets, soit par le laboratoire, « si la clinique vous laisse des doutes, le dia- « gnostic formel de syphilis, ne soumettez au « traitement un malade porteur d'une lésion qui « ressemble au chancre syphilitique. »

Le chancre mou, qui succède rapidement au contact infectant, et qui est souvent mixte, la transformation en chancre spécifique s'effectuant dans les délais classiques, ne justifie pas davantage l'application anticipée du traitement.

Enfin, considéré comme préventif, celui-ci ne sera autorisé que dans les cas où l'infection est quasi certaine (infection professionnelle du médecin, infection probable par suite de rapports avec un sujet reconnu comme syphilitique contagieux. (*Journal. des Prat.*, 18 juin 1921.)

Transfusion du sang.

La transfusion du sang commence à passer dans la pratique médicale, et elle mérite de faire l'objet d'un emploi plus courant encore, d'autant plus que, selon M. Bécart, cette petite intervention est des plus simples si l'on prend soin d'adopter la technique qu'il recommande.

Elle varie quelque peu selon qu'il s'agit de remédier à une anémie aiguë hémorragique primitive ou que l'on veut combattre une anémie chronique. Dans le premier cas, transfusion massive (de 400 à 700 cmc. de sang) ; dans le second petites transfusions répétées (100 à 150 cmc.)

L'auteur conseille de rechercher préalablement la réaction produite par le sang du donneur sur le sérum du récepteur, afin de dépister l'hémolyse ou l'agglutination qui contre-indiqueraient l'intervention.

Pour une petite transfusion, on utilise la seringue de Lapointe munie de trocarts courbes avec lesquels on ponctionne la veine du donneur. Inutile d'ajouter la solution de citrate de soude, qui servira seulement à l'ébullition des instruments. La veine du récepteur étant à son tour ponctionnée, on y adapte la seringue contenant le sang du donneur qu'on injecte lentement (10 minutes pour 100 cmc.)

Pour une grande transfusion, on emploiera une ampoule de verre de 600 cmc.dans laquelle on recueillera par en haut le sang du donneur, tandis que son extrémité inférieure effilée sera mise en rapport avec un tube en caoutchouc relié au trocart piqué dans la veine du récepteur.

En ce cas, on mélangera le sang à une solution de citrate de soude (10 cmc. pour 100 gr. de sang).

Un agitateur adapté à l'ampoule permet de réaliser le mélange.

Pour plus de sûreté dans la réussite, il est bon de mettre la veine à nu par une petite incision cutanée, sous néocaïne. (*Journ. de méd. de Paris.* 20 juin 1921.)

L'opothérapie cardiaque.

M. Martinet la réalise soit avec la macération à froid de cœur de bœuf, soit avec un extrait liquide de cœur de bœuf.

Il l'a employée avec succès chez les débiles cardiaques constitutionnels et dans les myocardites dégénératives post-infectieuses.

Selon lui, « l'opothérapie ne constitue nulle- « ment une médication de l'asystolie, mais un « agent thérapeutique dès maintenant éprouvé « de la débilité myocardique constitutionnelle « et de la dégénérescnce myocardique acquise. « Elle semble agir surtout comme agent trophi- « que, susceptible d'accroître de façon effective « la puissance de réserve du cœur et, à ce point « de vue, nous ne connaissons pas de médica- « ment qui puisse lui être comparé.

« Son action est à l'ordinaire lente, régulière, « progressive. On est parfois étonné de la rapi- « dité relative de son action.

« Elle trouve ses indications, et elles sont « nombreuses, dans tous les cas de défaillance et « de dégénérescence aiguë ou chronique du mus- « cle cardiaque, étant bien entendu qu'elle sera « combinée, s'il y a lieu, aux agents médicamen- « teux adéquats (digitale dans l'asystolie, trai- « tement spécifique dans les dégénérescences « syphilitiques, myothérapie dans les hypo- « sphyxies, etc.) (*Presse méd.*, 22 juin 1921.)

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

L'inefficacité du sérum anti-diphtérique par voie gastrique.

(MM. Aviragnet, P. Lereboullet et P. L. Marie — *Soc. méd. des hôp.*)

M. L. Dufour (de Fécamp) a publié récemment un travail dans lequel il recommande la sérothérapie anti-diphtérique par voie buccale. Il la préconise tout au moins dans les cas simples, réservant l'injection pour les cas plus sérieux.

MM. Aviragnet, Lereboullet et P. L. Marie considérent une telle pratique comme éminemment dangereuse, en ce sens qu'elle donne au médecin une fausse sécurité. Les diphtéries légères peuvent guérir spontanément et ce sont ces cas-là qui guérissent avec le sérum en ingestion. Il serait tout à fait imprudent de compter sur cette éventualité. En réalité, le sérum anti-diphtérique administré par voie gastrique est complètement inefficace comme le montrent la clinique et l'expérimentation. L'ingestion de sérum, par exemple, ne modifie pas la réaction de Schick. Il en est de même de la voie rectale.

M. Aviragnet insiste sur les dangers de l'inaction thérapeutique à laquelle entraînerait la méthode de M. Dufour, si elle se généralisait. L'injection de sérum, d'ailleurs, est assez simple et personne aujourd'hui ne redoute d'y recourir.

Dosage de l'urée du sang prélevé par ventouse ou ponction veineuse.

(M. E. Peyre. — *Société de Biologie.*)

M. Peyre, étudiant le dosage de l'urée sanguine, s'est demandé s'il était indifférent de prélever le sang à examiner par ventouse scarifiée ou par ponction veineuse. Sur 71 examens comparatifs de sang, pris à la veine et recueilli à la ventouse, il a trouvé 22 fois des résultats concordants et 49 fois des résultats différents. Il semble résulter de ses constations que, pour un simple dosage de l'urée du sérum, la ventouse donnerait peut-être une idée plus exacte de la teneur uréique moyenne. Inversement, pour la recherche du rapport uréo-sécrétoire, il serait préférable de s'adresser au sang de la veine.

Eczéma d'origine tuberculeuse.

(M. Marbais. — *Société de Biologie.*)

L'auteur considère l'eczéma comme une affection de nature tuberculeuse. Il a noté souvent, chez les malades atteints d'éczéma, des lésions bacillaires diverses. Il a obtenu, d'autre part, de la vaccinothérapie tuberculeuse des résultats remarquables dans l'éczéma. Il s'est servi, à cet effet, de vaccins divers : cultures de bacilles chauffés à 60°, bacilles rendus atoxiques par l'action de l'huile d'olive, macération de fongosités de tumeurs blanches fixées à la solution de Lugol, etc.

Traitement des ulcères variqueux par l'incision circulaire.

(MM. Proust, Lhermitte et de Nabias. — *Société de Chirurgie.*)

L'incision circulaire est une opération préconisée, il y a une vingtaine d'années, par Moreschi, dans le traitement des ulcères variqueux. Elle consiste à faire une première incision circonférentielle, à 4 centimètres au-dessus de l'ulcère, jusqu'à l'aponévrose qui est dénudée, et une incision au-dessus des malléoles. Le but est de détruire la colonne sanguine veineuse.

Modifiée par Reclus, l'opération de Moreschi fut employée en France par Pierre Delbet, Mauclaire, Hardouin, etc. MM. Proust et de Nabias l'ont complétée par l'isolement et la résection de la branche jambière du nerf saphène interne et ils font jouer un rôle curatif en pareil cas à la section des filets sympathiques.

M. Baudet remarque que l'opération de l'incision circulaire est de conception ancienne, puisqu'il la pratiquait déjà pendant son internat dans le service du professeur Duplay. Il y avait renoncé, pensant à une guérison trop fugace. Il s'incline devant les résultats obtenus par M. de Nabias, qu'il a pu constater. Tous les ulcères variqueux de son service ainsi traités se sont cicatrisés très vite et les malades... ne sont pas revenus !

M. Pierre Delbet a toujours vu des récidives après l'opération de Moreschi. Les veines se reconstituent très rapidement. L'action additionnelle sur le sympathique augmente-t-elle les chances de guérison définitive ?

M. Okinczyc, M. Lenormant, M. Lecène ne le pensent pas. Les résultats de l'opération de Moreschi-Reclus ne leur ont pas paru durables.

Même opinion de M. Alglave. Pour cet auteur, la résection veineuse reste ici supérieure à l'incision circulaire.

Pose du radium par voie abdominale.

(MM. Proust et Mallet. — *Société de chirurgie.*)

M. Anselme Schwartz a proposé tout récemment (mai 1921) de pratiquer les applications de radium, dans certains cancers de l'utérus, directement après laparotomie, par voie abdominale.

M. Proust a eu recours avantageusement, chez une de ses malades, à la technique de M. A. Schwartz. Les suites opératoires ont été remarquablement simples ; les suites thérapeutiques ne pourront être appréciées que plus tard.

M. J.-L. Faure reconnaît l'intérêt de la méthode de M. Schwartz. Toutefois, le vieux procédé de radiumthérapie par voie vaginale est souvent aussi efficace. Il est plus commode et la voie abdominale ne saurait être employée que dans les formes rebelles.

Ostéomes du ligament rotulien.

(M. Dujarier. — *Société de chirurgie.*)

M. Dujarier rapporte 3 cas d'ostéomes juxta-tibiaux du ligament rotulien. Il s'agit de noyaux osseux occupant la face profonde du ligament, près de son insertion tibiale. La bourse séreuse adjacente présente des lésions d'irritation chronique.

Les symptômes sont, en dehors de la tuméfaction, des douleurs souvent intenses, parfois nocturnes, avec poussées d'hydarthrose et impotence plus ou moins marquée du membre. L'étiologie reste obscure, le traumatisme n'étant relevé qu'accessoirement. Le traitement consiste dans l'extirpation des noyaux osseux et de la bourse séreuse, si elle est lésée.

M. Proust a observé un exemple d'ossification du ligament croisé postérieur du genou. On avait pensé à une esquille intra-articulaire.

M. Baudet a été frappé, en examinant les radiographies de M. Dujarier, par l'aspect anormal des tubérosités antérieures tibiales.

M. Mouchet pense que dans la production de ces ostéomes, le traumatisme entre pour une faible

part. A l'origine de la lésion, il convient probablement de placer l'apophysite de croissance de la tubérosité antérieure du tibia, affection appelée — à tort, d'ailleurs — maladie de Schlatter. Chez trois malades de ce genre, M. Mouchet a pu retrouver, dans les antécédents, l'existence d'une apophysite de croissance.

M. Anselme Schwartz est convaincu qu'il s'agit là d'ostéomes ou d'exostoses de la tubérosité antérieure du tibia, analogues aux exostoses qu'il a décrites avec Reclus au niveau du calcanéum. Au tibia, comme au calcanéum, l'affection se présente avec les mêmes caractères : un ostéome au niveau d'un gros tendon, une bourse séreuse prétendineuse, fréquemment enflammée. Mêmes manifestations cliniques : pour l'exotose calcanéenne, des douleurs pendant la marche, et à la pression, derrière le calcanéum. Le doigt qui appuie en cet endroit produit la même compression de la région malade (ostéome et bursite) que le tendon qui se contracte pendant la marche.

Diaphanoscopie en chirurgie abdominale.

(M. de Martel.— *Société de chirurgie.*)

M. de Martel opère volontiers, pour les interventions sur des organes profonds, en chambre obscure avec des lampes électriques, le cyclope en particulier, cette grosse lampe de 100 bougies fixée par une armature métallique sur la tête du chirurgien.

Il s'adresse aussi, en chirurgie abdominale, à la diaphanoscopie, plaçant par exemple une ampoule électrique derrière l'estomac : la poche gastrique apparaît alors comme une pièce injectée, ce qui facilite beaucoup les ligatures.

Ponction exploratrice du péritoine dans les contusions de l'abdomen.

(M. Savariaud. — *Société de chirurgie.*)

Lorsque, à la suite d'une contusion de l'abdomen, on hésite sur la réalité d'un épanchement sanguin dans le péritoine, M. Savariaud conseille de recourir, avant d'ouvrir le ventre, à la ponction exploratrice. Il pratique cette ponction au niveau de la zone submate, avec une aiguille d'un millimètre de diamètre, un peu obliquement, et en évitant les vaisseaux. La ponction fixe le diagnostic.

M. Lenormand estime qu'une telle ponction, offrant des dangers et ne donnant pas des résultats bien importants, n'est pas à recommander.

M. J.-L. Faure emploie depuis longtemps la ponction du cul-de-sac postérieur du vagin pour établir la nature douteuse d'une collection du Douglas. C'est une excellente méthode.

P. L.

BIBLIOGRAPHIE CRITIQUE

Revue des Thèses.

Paris.

Dr Pauline Lacheret. — **Une forme colloïdale de l'iode. L'iode colloïdal électro-chimique.** (Paris, Jouve et Cie, éditeurs, 1921.)

Dr G. Grave. — **Les avantages, les inconvénients et les dangers de l'anesthésie rachidienne. Ses indications.** (Dijon, Imprimerie Bernigaud et Privat, 1921.)

Le principal inconvénient de la méthode est de ne pas être absolument précise ni fidèle :

Les accidents de la rachi-anesthésie sont :

a) Les uns, immédiats, dus à l'intoxication du bulbe ; ils vont depuis le simple orage bulbaire sans gravité jusqu'à la paralysie respiratoire et la syncope. La mort peut en être la terminaison. Au total les accidents graves sont rares, ils ne disqualifient pas la méthode, mais doivent néanmoins compter à son passif ;

b) Les autres accidents, secondaires, sont dus à l'irritation des méninges par l'anesthésique ; ils sont : les uns bénins et fugaces, les autres graves et d'ailleurs impossibles à prévoir et à éviter. Malgré leur rareté, ils constituent un danger dont il faut tenir compte.

La gravité de l'anesthésie rachidienne est bien supérieure à celle de l'anesthésie régionale ou radiculaire qui, lorsqu'elle est praticable, est l'anesthésie de choix.

L'anesthésie rachidienne est surtout indiquée chez les individus âgés (au-dessus de 50 ans), chez tous les malades atteints d'obstruction intestinale avec distension des anses ; dans les fractures des membres inférieurs traitées par l'intervention sanglante, dans les opérations pour sutures osseuses, pseudarthroses, dans les réductions de luxation des membres inférieurs ; chez les *pulmonaires* (tuberculose à lésions évolutives, bronchite chronique, emphysème) ; chez les *hépatiques* ; chez les obèses surtout, qui supportent si mal toute espèce de narcose.

Dr N. Bavachi. — **Des ictères au cours de la syphilis.** (Paris, Jouve et Cie, éditeurs, 1921.)

La réaction de Wassermann est toujours *négative* dans les ictères non syphilitiques (sauf lorsque ces ictères surviennent chez des syphilitiques en évolution). Elle est négative dans les ictères dits catarrhaux, survenant chez d'anciens syphilitiques guéris, ainsi que chez tout autre ictérique indemne de syphilis.

Elle est au contraire *positive* dans tous les cas d'ictère syphilitique. Il faut donc :

1º Pratiquer la réaction de Wassermann, puisqu'elle est, dans les ictères, toujours fidèle, toutes les fois qu'on se trouve devant un ictère à étiologie tant soit peu obscure. Dans les ictères métathérapeutiques, une réaction positive sera une preuve de plus de la reprise de la syphilis, et un argument important en faveur de la reprise du traitement ;

2º Se garder d'attribuer à la syphilis un ictère d'origine non spécifique, survenant chez un syphilitique avec réaction de Wassermann positive;

3º Dans tous cas d'ictère syphilitique, instituer un traitement selon la méthode que nous avons exposée plus haut.

Dr Jean Plicque. — **La cataracte totale acquise des enfants.** (Paris, Jouve et Cie, éditeurs, 1921.)

La cataracte totale acquise des enfants est une affection exceptionnelle presque toujours molle ; elle contient quelquefois un noyau dur. Aucun signe ne permet de différencier les deux formes .

Elle apparaît avec un maximum de fréquence au cours des deux premières années de la vie et relève de l'hérédité, du diabète infantile, de la tétanie.

L'affection, presque toujours bilatérale, les deux yeux étant souvent atteints à quelques semaines ou quelques mois d'intervalle, se développe souvent en quelques jours, parfois en peu d'heures et emporte un pronostic favorable ; meilleur pour la cataracte récente que pour les formes regressives.

L'intervention la plus fréquemment indiquée chez les très jeunes enfants est la discision. Chez les enfants sages, et, s'il faut fixer une limite, à partir de l'âge de dix ans environ, la discision sera avantageusement complétée par l'aspiration, pratiquée dans un second temps opératoire.

Dr René Loubriat. — **De l'application de la méthode des greffes ostéo-périostiques au traitement des résections suivies d'articulation ballante au membre supérieur et en particulier de celle de l'épaule.** (Paris, Jouve et Cie, éditeurs, 1921.)

La méthode des greffes ostéo-périostiques convient aux cas où il existe une conservation suffisante des éléments musculaires, mais semble en outre très utilement applicable aux cas les plus graves, ceux dans lesquels les muscles sont à peu près perdus au point de vue fonctionnel.

Sans vouloir prétendre que cette méthode soit appelée à se substituer entièrement aux autres, il est légitime de penser, d'après les résultats obtenus, qu'elle est destinée à prendre une place importante dans le traitement des résections suivies d'articulations ballantes des membres.

Toulouse.

Dr Benjamin Dedieu. — **Les gastro-entérites aiguës des nourrissons et de leur traitement par le glucoside de la salicaire.**

La thérapeutique rationnelle des gastro-entérites des nourrissons élevés au sein et de ceux nourris au biberon se résume ainsi :

Éliminer les poisons de l'organisme ; enrayer la pullulation microbienne ; favoriser les défenses de l'organisme et les éliminations toxiques ; tonifier l'état général ; enrayer la trop grande déshydratation ; permettre la reprise de l'alimentation.

Pour arrêter le flux diarrhéique, l'auteur a employé la Salicairine, glucoside de la « Salicaire » à la clinique infantile de Toulouse dans le service du Dr Auban et il présente 17 observations divisées en trois classes : enfants nourris au sein, enfants soumis au régime de l'allaitement mixte, enfants nourris au biberon.

Tous les enfants qui font l'objet des observations sont âgés de 2 à 20 mois et sont atteints de gastro-entérite aiguë avec diarrhée verte ; gastro-entérite sub-aiguë ; gastro-entérite apyrétique ; entéro-colite ; diarrhées de suralimentation.

Beaucoup d'entr'eux, soumis aux médications habituelles : diète hydrique, calomel, lavages intestinaux, sérum, ont des diarrhées qui persistent.

La Salicairine employée en solution titrée à 1 % de glucoside administrée à la dose de XXX gouttes par jour, en 3 fois, amène très vite la diminution du nombre des selles, la perte de leur fétidité, leur déshydratation, et elle permet la reprise rapide de l'alimentation. Aussi l'auteur conclut qu'il y a le plus grand intérêt à donner la salicairine dans les gastro-entérites aiguës des nourrissons et que ce produit, dépourvu de toxicité, administré à la dose d'environ XXX gouttes par jour, en 3 fois, est un admirable adjuvant de la diète hydrique et un des meilleurs médicaments utilisés en médecine infantile.

PARTIE PROFESSIONNELLE

MÉDECINE SOCIALE

Le médecin et les lois sociales nouvelles.

— « Que venez-vous nous chanter avec votre campagne contre la tarification des honoraires médicaux que comportera sans doute l'organisation de soins pour les assurés sociaux ? N'avez-vous pas donné l'exemple, au *Concours médical*, lorsque vous avez rédigé votre fameux tarif Jeanne ? Huit ans ont-ils donc suffi à vous amener à brûler ce que vous adorâtes naguère avec tant de ferveur ? »

C'est en ces termes véhéments que je viens d'être interpellé par un de mes amis, qui se dit plus ami de la vérité que... de Duchesne.

J'ignore si peu le tarif Jeanne que j'y ai étroitement collaboré. Mais, à mon sens, cela n'a rien à voir avec les projets qui sont actuellement à l'ordre du jour de nos discussions.

Qu'est-ce donc que le tarif Jeanne ? Mais d'abord, quelle en fut l'origine ?

Il fut un temps, hélas lointain ! où les honoraires médicaux réclamés à un malade n'étaient pour ainsi dire jamais contestés par celui-ci. S'il advenait qu'il crut à une erreur ou à une exagération de son médecin, il s'en expliquait franchement avec lui, et généralement, la difficulté était résolue très amiablement. En dix ans, cela m'est peut-être arrivé trois ou quatre fois. Une seule fois, je dus recourir à l'autorité du juge de paix pour me faire rendre justice, et j'y réussis d'ailleurs pleinement. Cela se passait à la fin du siècle dernier.

Mais, ces mœurs quelque peu patriarcales se sont modifiées, d'une part avec les progrès de la médecine qui ont mis entre les mains des praticiens des procédés, des méthodes, une instrumentation, qui ont varié et multiplié les différents actes médicaux qu'ils peuvent accomplir ; d'autre part, avec la médecine des accidents du travail, qui a en quelque sorte forcé le médecin à donner à celui qui le paye, employeur ou assureur substitué, le détail de tous ces actes.

Tant et si bien que, sollicités par un nombre important de nos lecteurs, qui nous signalaient les difficultés avec lesquelles ils se trouvaient souvent aux prises pour calculer leurs honoraires d'une manière équitable, en tenant compte du travail fourni et aussi de la situation sociale de leurs malades, nous décidâmes de procéder, d'abord aux enquêtes dont furent chargés Chapon et Noir sur le prix de revient de la visite médicale, puis, d'établir une liste de toutes les interventions que peut faire le praticien de médecine générale, aussi bien que le spécialiste, en mettant en regard de chacune d'elles l'honoraire qu'elle nous paraissait comporter, selon qu'il s'agissait d'un ouvrier, d'une classe moyenne, ou d'un riche client.

Quel a été notre but ? Donner aux médecins des directives qui leur permissent de choisir, entre un minimum et un maximum précisés, le chiffre qui leur semblerait approprié et raisonnable.

Leur donner en même temps une documentation sur laquelle ils pourraient s'appuyer, quand ils se verraient contraints de traîner un débiteur récalcitrant devant la justice, et dont le juge pourrait se servir pour s'éclairer.

Mais le tarif Jeanne n'a jamais eu et ne peut nullement avoir un caractère impératif. Nos confrères l'appliquent ou ne l'appliquent pas : c'est leur droit absolu, et ils ne se font pas faute d'en user.

Encore une fois, ce n'est qu'un ensemble de directives, une documentation, un guide qu'on peut consulter à l'occasion. Rien de plus. D'ailleurs, en matière d'honoraires médicaux, les tribunaux de fait ont un pouvoir souverain d'appréciation, et ils le font bien voir, à l'occasion, aux justiciables que les circonstances amènent parfois dans le prétoire.

Je n'ai jamais, pour ma part, donné de notes détaillées à mes malades, sauf le cas où ils m'ont demandé des explications, ce qui fut l'exception. J'ai interrogé les confrères que je coudoie chaque jour : ils m'ont répondu que leur conduite était analogue à la mienne.

***

Les syndicats ont, de leur côté, élaboré des tarifs locaux : ils ont eu raison de le faire. Il s'agit alors surtout de fixer les minima au-dessous desquels on ne peut descendre sans commettre une faute déontologique. Quant à l'excès contraire, il se règle entre médecin et client, sauf à faire intervenir en tiers le juge, que nous devons renseigner autant que faire se peut.

***

Ce que je redoute donc et contre quoi je m'élève, c'est un tarif d'État, même établi après entente avec des médecins, à cause de sa signification et de ses conséquences.

Tarification des soins médicaux à qui que ce soit (assistés, accidentés, assurés) au compte

d'un tiers, cela même signifie *prix imposés*, qu'il faut accepter ou subir.

Quand je défends la thèse de la liberté de rapports entre médecins et malades, je ne prétends pas qu'il faille fatalement tomber dans l'arbitraire et dans l'exagération.

Que ce système prévaille, il adviendra certainement que des contestations s'élèveront entre médecins et malades ; qu'un arbitrage ne suffira peut-être pas toujours à les résoudre ; que le dernier mot devra rester à la justice. Ce serait trop beau s'il en était autrement. Que la sentence d'arbitrage ou la décision de justice fasse état, pour se justifier, d'un tarif syndical ou autre, rien de plus légitime, et je ne trouve rien à redire à cette procédure. Mais le médecin librement choisi sans doute par ses malades, mais libre, lui aussi, de choisir ceux-ci, demeurera toujours libre, s'il estime qu'il a été victime d'une exploitation,de prévenir à l'avenir ses clients : « Moi, je ne travaille qu'à tel prix : *c'est à prendre ou à laisser.* »

***

Tarification officielle, c'est-à-dire *taxation*, prix imposés : voilà ce qui m'effraye et dont je ne veux pas, et dont je veux d'autant moins que cela entraîne la catégorisation du corps médical (voyez Accidents du travail, pensionnés de guerre). Comme si le travail méritait une rémunération variable selon l'importance de la population ! Quelle dérision ! Et comme nos confrères ruraux ont raison de protester et de s'indigner !

Je sais bien qu'on ne manquera pas de m'offrir comme contrepoids aux abus que menace d'entraîner la taxation, le contrôle. Comme le contrôle ne me paraît possible que comme une mesure d'exception, mais ne saurait être généralisé, parce matériellement, c'est impraticable, je ne m'y arrête pas. Et je répète avec un de nos correspondants dont je publiais dernièrement la lettre : le meilleur contrôleur du médecin, c'est son malade, quand celui-ci le paye lui-même.

***

Voulez-vous avoir une idée de ce qui vous attend, si le système de la taxation avec organisation de soins d'accord avec l'État, prévaut ? Lisez ce qui suit :

Un médecin syndiqué convoqué par l'Administration pour se voir honoré pour les soins donnés aux mutilés, s'est vu poser la question suivante : « Voulez-vous me faire connaître le « motif pour lequel vous avez jugé utile de visiter à son domicile le bénéficiaire X, au lieu de « le consulter à votre cabinet ? » Un autre confrère, convoqué dans les mêmes conditions, s'est vu rendre ses notes afin qu'il les établit en triple exemplaire et au tarif légal...

Ceci figure en toutes lettres à la page 239 de l'organe officiel du Syndicat des médecins de la Seine... (mai 1921).

Et il ne s'agit là que de pensionnés de guerre, c'est-à-dire d'exceptions. Mais quand ce seront des assurés sociaux — 60 à 75 % de la clientèle d'un praticien — vous pouvez vous rendre compte des beautés que vous réserve un régime sous lequel se passera presque toute notre vie professionnelle.

***

Je me résume :

La collectivité doit l'assistance et la prévoyance à ceux de ses membres qui, par leur situation sociale, y ont droit. Elle a le devoir de prévoir pour eux et de les assister, en les garantissant, en les *assurant* — c'est le mot consacré — contre la maladie, contre l'invalidité, contre la vieillesse.

Cette assurance, dite sociale, doit être représentée au cas de maladie par des allocations en espèces données aux bénéficiaires de la loi. Ces allocations devront être calculées en se basant sur des tables de morbidité, et être en rapport avec les risques courus. C'est l'affaire des actuaires.

L'assuré malade choisira le médecin et le pharmacien qui lui plairont et il les rémunèrera directement, sans aucun intermédiaire.

Il ne pourra recevoir son allocation de maladie qu'autant qu'il produira un certificat de son médecin. Celui-ci devra mentionner s'il estime *a priori* que l'affection pour laquelle il intervient paraît devoir nécessiter moins ou plus de cinq visites. Il mentionnera également les circonstances exceptionnelles qui pourront se présenter (nécessité d'une opération par exemple).

L'assurance organisera un contrôle du malade pour le surveiller.

D'autre part, le Syndicat médical organisera un tribunal d'arbitrage, devant lequel seront portés obligatoirement les conflits qui pourront surgir entre médecins, malades et assurance.

Ce tribunal comprendra nécessairement des représentants des différentes parties intéressées.

Voilà à quoi se borne le système que je préconise. Je le définis ainsi dans ses grandes lignes, quitte à entrer dans les détails de sa mise en pratique, le jour où cela sera utile.

Cette fois, je m'arrête pour quelques semaines, afin de laisser le temps à nos lecteurs de réfléchir sur toutes ces graves questions, et de nous faire connaître leur opinion.

D'aucuns le font au jour le jour. Nous les en remercions vivement, et ne pouvons mieux faire que de publier ici leurs intéressantes lettres.

G. DUCHESNE.

***

Mon cher Confrère et Ami,

Depuis quelque temps, vous menez le bon combat dans le *Concours médical* et je ne puis que souscrire à vos articles et à ceux du Dr Gassot : je crois comme vous que le régime de la liberté comme vous l'entendez est seul possible pour le médecin de l'assurance maladie obligatoire ; je suis persuadé que les ouvriers eux-mêmes en seront satisfaits et je vais vous en donner un exemple.

Quand je suis revenu en 1919 après 4 ans 1/2 de mobilisation, la Société de secours mutuels de B. s'est reconstituée et j'ai demandé à assister à la séance. J'ai démontré aux sociétaires les avantages qu'ils auraient à toucher une indemnité journalière suffisante pour payer eux-mêmes leurs médecin et pharmacien et ma motion a été acceptée immédiatement.

Depuis, plus une contestation : je soigne mes malades, je fais payer au comptant ceux qui me paraissent douteux et personne ne se plaint, ni médecin, ni mutualiste.

On parle de l'imprévoyance ouvrière : mais le jour où le malade abusera du médecin, on parlera surtout de ses dépenses exagérées. Nous soignons aujourd'hui nos malades ouvriers comme ils le désirent : parce que demain nous aurons l'assurance sociale, il va donc falloir être tout le temps sur le collier avec et souvent sans raison ? Mes malades ouvriers sont stylés depuis la guerre, et ils admettent bien une analyse du sang, un examen radiologique, une injection de sérum antitétanique ; mais ils ne le font que lorsqu'ils en comprennent l'utilité : c'est affaire du médecin traitant.

Avec le régime de la liberté, demain ce sera comme aujourd'hui et nous serons d'autant mieux payés qu'ils recevront une indemnité journalière pour la maladie de n'importe quel membre de leur famille et lorsque le chef de famille, le producteur, sera malade, le demi-salaire qu'ils ne touchent pas aujourd'hui.

Je suis décidé à soutenir ces idées au Syndicat et j'espère, grâce à vos bons articles du *Concours*, que nous serons suivis.

Dr B. (Oise).

***

Mon cher Confrère,

Je viens de lire votre article et celui de Gassot dans le dernier numéro du *Concours*. Je suis convaincu que votre thèse aurait l'approbation de *la grande majorité des praticiens*.

Le régime de la liberté réciproque du malade et du médecin est le seul qui convienne à notre dignité. Quant aux risques (?) qu'il peut comporter, nous les préférons mille fois aux risques de fonctionnarisation qui sont une menace beaucoup plus sérieuse.

Le régime de la liberté, nous l'avons tous expérimenté dans notre clientèle ; c'est la base de notre pratique médicale et nous y tenons tellement que nous l'avons imposé à la Mutualité, pour la plus grande satisfaction des médecins.

Je supplie le *Concours* d'ouvrir un referendum *individuel*.

Récemment, 39 syndicats (environ 1 sur 4) se sont prononcés pour l'allocation forfaitaire aux mutilés. Je suis convaincu que, pour l'assurance-maladie, il y a en France 10 à 12.000 médecins qui préfèreraient le régime de la liberté à toutes les combinaisons hybrides qu'on nous propose.

Vous aurez bien mérité du corps médical si vous nous sauvez de tous ces projets étatistes qui sentent affreusement leur origine germanique, la paperasse, et la médecine de mauvaise qualité.

Dr S. (Seine-et-Oise).

***

Mon cher Confrère,

Je me rallie complètement à votre idée de faire payer directement le médecin par celui qui a reçu les soins. C'est simple, c'est honnête, il fallait y penser.

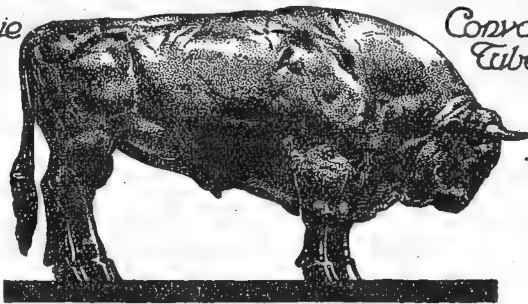
Pourtant, si ma maison brûle, mon assurance ne connaîtra que moi et le charpentier, le maçon, etc., n'auront affaire qu'à moi pour la réédifier !!

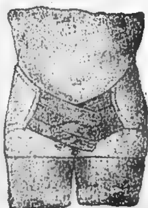
Il est regrettable qu'il n'en soit pas ainsi pour les accidents du travail, pourtant c'est possible. Personnellement, j'agis ainsi avec quelques mauvaises assurances, l'A. par exemple. L'assuré me paye ; je lui donne un reçu de mes honoraires, et il s'arrange avec son assurance. Cela va et je vais peu à peu étendre ce système aux assurances récalcitrantes. J'y perdrai peut-être quelques clients, et encore ; mais j'aurai la paix et mon argent ; et à mon âge, cela vaut bien quelque chose.

Il est très regrettable qu'il n'y ait eu que 39 syndicats pour ne pas accepter le principe du forfait proposé par M. Maginot. Enfin, l'irréparable est consommé et gare à la 3e catégorie quand le tarif Breton va être revisé.

Aussi, j'estime qu'avant l'étude plus approfondie des modalités de la loi Invalidité-Maladie, il faut faire la propagande la plus grande pour notre loyale idée. Courage, je suis des vôtres.

Dr B. (Eure.)







WICKHAM

LA VIE SYNDICALE ET PROFESSIONNELLE

I

Fédération des syndicats médicaux de l'Hérault.

(17 *juillet* 1921.)

Le président rend compte qu'à la date du 12 juillet 1921, M. le préfet de l'Hérault lui a écrit, le priant de vouloir bien faire connaître le nom du délégué de la fédération départementale des syndicats médicaux, désigné pour participer aux opérations du jury pour le concours de médecin inspecteur d'hygiène qui doit s'ouvrir le 30 juillet prochain.

Une discussion s'engage à propos des multiples questions que soulève l'étude pratique de l'application de l'article 64.

De cette discussion résultent les conclusions suivantes :

Pour ce qui concerne le règlement de l'arriéré, il y a lieu d'engager avec la préfecture une conversation qui aura pour objet de préciser quel sera le mode de rétribution des médecins.

Cette modalité, après examen des mémoires et des bons médico-chirurgicaux, sera étendue à tous les médecins du département, et il est opportun qu'un représentant de chaque groupement syndical (Béziers, Lodève, Cette) participe à son établissement. Il s'agit, en effet, d'une question départementale et en conséquence la solution doit être valable pour l'entier département.

Il est décidé par suite qu'il n'y a pas lieu d'accueillir favorablement une demande émanée d'un mutilé, homme d'affaires, qui s'engage à faire rentrer les sommes dues aux médecins, après prélèvement comme honoraires, du 5 % de la dette globale.

Le conseil de la Fédération reçoit mission de s'entendre avec l'Union des étudiants en vue d'instituer, après entente avec son bureau, une sorte d'office de remplacements pour les confrères qui désirent s'absenter et prendre des congés.

Il n'y a aucune règle précise et la loi de l'offre et de la demande doit jouer.

Le Conseil estime que les contrats pourraient s'élaborer sur le chiffre suivant qui servirait de base à la fixation des tarifs.

30 francs par jour pour le remplaçant.
Frais de voyage en sus à la charge du remplacé.

Le Conseil de la Fédération reçoit mission de porter devant l'administration préfectorale la question des vaccinations antivarioliques.

Il poursuivra le relèvement du tarif et demandera de porter à 1 franc l'honoraire de chaque vaccination : d'autre part le tarif kilométrique de déplacement doit être celui de l'Assistance médicale gratuite.

A propos de la question des vaccinations, il paraît opportun de rappeler à l'Administration préfectorale que les collectivités qui ont leur médecin traitant peuvent demander à ceux-ci de vacciner les enfants faisant partie de cette collectivité. En conséquence il n'y a pas de médecin vaccinateur qui officiellement puisse être imposé aux collectivités : celles-ci continuent à avoir leur libre choix.

La question des accouchements mérite d'être soumise à une révision des tarifs. Ceux-ci en effet ne prévoient que l'accouchement normal et lorsque l'accouchement est dystocique il y a matière à tarif différent. Il y a lieu de demander qu'un accouchement avec forceps, version ou délivrance artificielle soit porté à 100 francs.

La fiche des pupilles de la nation a soulevé la question du payement des honoraires. S'il est admis que les fiches seront établies par le service d'hygiène départementale, il reste à préciser le payement des soins aux malades.

II

Ligue d'hygiène mentale.

COMPTE-RENDU MORAL

Présenté à l'Assemblée générale du 23 juin 1921

Par le Docteur GENIL-PERRIN.

Secrétaire de la « Ligue d'hygiène mentale ».

La *Ligue de Prophylaxie et d'hygiène mentales* a été créée le 8 décembre 1920, sur l'initiative d'un comité composé de MM. Toulouse, Antheaume, Colin, Dupré, Séglas, Roubinovitch, Marie et Genil-Perrin, en une séance tenue au Ministère de l'Hygiène sous le patronage de M. Breton, ministre de l'hygiène et sous la présidence de M. Frédéric Brunet, conseiller municipal.

Au cours de séances ultérieures se sont constitués : le comité central, le comité de patronage, le bureau et dix commissions, dont la liste indique à elle seule, le programme d'action de la ligue, les différents domaines dans lesquels elle croit pouvoir intervenir utilement.

La 1re commission, présidée par le Dr Klippel, a pour mission l'étude des rapports des trouble mentaux avec les maladies générales et les intoxications. C'est une commission de liaison entre la psychiatrie et la médecine générale.

Elle s'est fixé comme programme initial une revue générale de l'étiologie des troubles mentaux, et a décidé de provoquer une série de rapports sur ce sujet.

MM. Briand et Capgras ont été chargés de faire un rapport sur les « troubles mentaux dus à des causes toxiques externes, l'alcoolisme excepté ».

MM. Laignel-Lavastine et Genil-Perrin ont reçu pour mission de rédiger un rapport sur la « *Prédisposition psychopathique* ».

La 2e commission s'est réunie sous la présidence du Dr Legrain et a tracé un plan de collaboration de la Ligue à la lutte anti-alcoolique (éducation sportive et anti-alcoolique de la jeunesse, patronages et asiles de buveurs, option locale pour la réglementation ou la suppression des cabarets ; prohibition américaine et hygiène mentale).

La 3e commission a manifesté, sous la présidence du Dr Roubinovitch, une activité particulière. Elle a voté une motion en faveur d'une application plus efficace de la loi du 15 avril 1909 sur les classes de perfectionnement. Elle a écouté un rapport fort intéressant de M. Martet, directeur de l'Etablissement des sourds-muets d'Asnières, sur le fonctionnement de la pédagogie des anormaux en Alsace-Lorraine et sur les essais réalisés en France dans ce sens.

D'utiles suggestions ont été apportées par M. Rollet, président du tribunal pour enfants, par MM. Laroque et Meyer, substituts du Procureur de la République.

M. le professeur Decroly, de Bruxelles, et M. Simon ont exposé leurs méthodes d'éducation des anormaux.

La commission a en outre discuté la possibilité d'adapter des méthodes d'éducation diverses à des enfants groupés d'après leurs différentes aptitudes psycho-physiologiques, question soumise à la Ligue d'hygiène mentale par MM. Brunet, conseiller municipal et Lefebvre, directeur de l'enseignement primaire de la Seine.

La 4e commission, sous la présidence de M. Lahy, a étudié l'importante question de l'organisation du travail professionnel sur des données psycho-physiologiques précises. MM. Georges Renard et Fuster, professeurs au Collège de France, ont apporté à la discussion le concours d'une compétence précieuse, et trois sous-commissions ont été nommées en vue d'étudier :

1° La sélection psycho-physiologique des travailleurs chargés d'un service de sécurité.

2° L'étiologie professionnelle des maladies mentales.

3° La sélection des écoliers en vue de l'orientation professionnelle.

La 5e commission ne s'est pas encore réunie. Son programme comporte l'étude des mesures propres à protéger la société contre les anormaux dangereux, les pervers instinctifs chez qui se recrutent le contingent redoutable des criminels d'habitude. La compétence de son président, le Dr Henri Collin, est un sûr garant de l'efficacité de son action.

A la 6e commission (services ouverts pour petits psychopathes et dispensaires d'hygiène mentale) revenait un rôle précis et nouveau en matière de divulgation et de réalisation des principes de l'hygiène mentale. Cette commission, présidée par le Dr Toulouse, a déjà exercé une action utile sur les pouvoirs publics.

Un projet cohérent et pratiquement réalisable de service ouvert pour psychopathes lucides et inoffensifs a été présenté à l'administration départementale de la Seine, qui l'a accueilli favorablement et a marqué son intention d'en tenter l'essai à l'Asile clinique. L'édification du projet avait d'ailleurs bénéficié des avis émis, au point de vue juridique, par MM. Larnaude, doyen de la Faculté de droit de Paris et Meyer, substitut du Procureur de la République de la Seine, au point de vue administratif, par MM. Jouhannaud, directeur des affaires départementales, et Raynier inspecteur des services administratifs au ministère de l'intérieur ; au point de vue budgétaire, par MM. Brunet, Calmels et Chausse, conseillers généraux ; au point de vue médical, par M. Raviart, professeur de clinique psychiatrique à la Faculté de médecine de Lille.

Il est à peu près certain que dans un bref avenir le service ouvert de l'asile clinique sera en état de fonctionner et que la consultation externe de cet établissement réalisera le premier essai de dispensaire d'hygiène mentale.

La 7e commission, sous la présidence du Dr Briand, a dressé un programme d'étude des réformes nécessaires en matière d'assistance des psychopathes et de législation des aliénés. M. Truelle a été chargé d'élaborer un rapport en réponse à une consultation technique demandée à la Ligue par la commission sénatoriale chargée d'étudier le projet de réforme de la loi de 1838.

C'est à la 7e commission qu'est incombée la tâche de mettre au point la question de l'extension aux petits psychopathes du bénéfice de la loi sur l'assistance médicale gratuite, dont il leur est, à l'heure actuelle, pratiquement impossible de profiter. La 7e commission s'est particulièrement occupée, à ce point de vue, de la pénible situation des « petits mentaux » de la guerre, qui ne savent encore où trouver les soins spéciaux dont ils ont besoin.

La 8e commission, présidée par M. le professeur Dupré, est chargée d'étudier l'organisation de l'enseignement de la psychiatrie.

La 9e commission, sous la direction du Dr Antheaume, est en train de rechercher les moyens les plus efficaces à mettre en œuvre pour organiser sur une large échelle la propagande en faveur de l'hygiène mentale. Elle s'occupe en particulier de la rédaction d'un tract propre à instruire la masse sur la nécessité de prendre soin de la santé de l'esprit autant que de celle du corps.

Une importante correspondance a déjà été échangée avec diverses œuvres philantrophiques dont l'appui est acquis à l'action de la Ligue.

Le Dr Antheaune, président de la commission, a, par ailleurs, largement mis à la disposition de la *Ligue d'hygiène mentale* l'importante revue qu'il

dirige en l'orientant partiellement dans le sens de l'hygiène mentale, à laquelle une rubrique spéciale se trouve depuis plusieurs mois consacrée dans *l'Encéphale* et dans *l'Informateur des Aliénistes et des Neurologistes*.

La 10e commission enfin est en voie d'organisation sous la présidence de M. Edmond Perrier, membre de l'Institut. Cette commission, composée des plus éminentes personnalités, aura pour but d'examiner les travaux importants des autres commissions en vue de leur assurer une consécration officille et d'attirer sur eux l'attention des grands corps savants. Elle poursuivra l'obtention de subventions des pouvoirs publics et des académies pour les travaux de longue-haleine qui pourraient être entrepris sous l'inspiration scientifique et technique de la Ligue.

Pendant que les commissions élaboraient leur programme de travail, le bureau de la *Ligue d'hygiène mentale* s'occupait avec diligence des questions d'organisation matérielle, recrutement de membres, nomination de délégués régionaux et de correspondants étrangers, rapports avec la presse, recherche de locaux, projet de publication d'un bulletin, démarches auprès des pouvoirs publics, etc...

La question financière a été résolue temporairement grâce à la générosité de quelques donateurs et à une subvention de 5.000 fr. votée par le conseil général de la Seine. Mais l'insuffisance budgétaire reste un gros obstacle à l'extension de la *Ligue d'hygiène mentale* qui ne peut pas faire les frais d'un local permanent, ne peut pas encore publier son bulletin ni son tract, et doit limiter sa correspondance et l'envoi de ses imprimés de propagande, au plus grand détriment de son développement et de son progrès.

Il est toutefois consolant de constater que les sympathies grandissent autour de la *Ligue d'hygiène mentale*. La plupart des aliénistes de France ont accepté de diffuser son action sur tous les points du territoire. De nombreuses personnalités, appartenant à la médecine, au barreau, à l'enseignement, à la presse, à l'industrie, etc. lui ont apporté leur précieux appui moral.

Notre appel a été entendu à l'étranger. Le Comité américain d'hygiène mentale a accueilli favorablement notre demande de collaboration, et nous songeons à dresser avec lui le plan d'une vaste organisation internationale de l'hygiène mentale, grâce à la création de ligues analogues à la nôtre dans tous les pays. La Hollande, la Pologne, la Finlande, la Tchéco-Slovaquie suivent attentivement nos efforts. La Suisse nous a donné plusieurs correspondants dont les noms sont bien connus de ceux qui ont suivi le mouvement de l'assistance des aliénés par le patronage et par le placement familial : ces noms sont ceux de François Naville, de Charles Ladame, de Victor Demole, de Répond, de Preisig, etc...

De chaudes sympathies nous sont nées en Italie : à Rome, le professeur Ettore Levi, fondateur de l'Institut italien d'hygiène, de prévoyance et d'assistance sociales ; à Florence, le Dr Paolo Amaldi et Mme Lombroso-Ferrero ; à Gênes, le Dr Giuseppe Vidoni ; à Milan, Mme Arpesani, etc...

Notre correspondant roumain, M. Trisca, est en train de publier en français un livre sur « L'organisation en France de la prophylaxie mentale ».

Le gouvernement général de l'Algérie a demandé à notre délégué d'Alger, le Dr Dumolard, de le tenir au courant des travaux et des propositions de la *Ligue d'hygiène mentale*.

Enfin la faveur dont commence à jouir notre groupement est saisissable dans la manifestation du 1er juin 1921, où un public éclairé et nombreux s'entassait dans l'amphithéâtre Richelieu, à la Sorbonne, pour donner à notre œuvre le véritable baptême de la notoriété. Cette cérémonie est trop présente à vos mémoires pour qu'il soit utile de m'y étendre.

Tel est le bilan de la *Ligue d'hygiène mentale* après 6 mois d'existence. Le résultat est encourageant, mais nous devons redoubler d'efforts pour nous montrer dignes du crédit qu'on nous a fait.

Limité pour ainsi dire à l'organisation des programmes, au choix des sujets d'études, à la nomination des commissions et des sous-commissions, notre travail n'a été jusqu'à présent qu'un travail préparatoire.

Mais nous sommes prêts maintenant à entrer dans la phase des réalisations.

DOCUMENTS OFFICIELS

Rapport sur la proposition de loi de M. Gilbert Laurent et plusieurs de ses collègues tendant à la création de l'inspection médicale dans les écoles primaires publiques et privées,

Par M. Thibout, député.

Messieurs,

La question de l'inspection médicale des écoles ne date pas d'hier. Dès 1793, Lakanal avait présenté un décret où il était dit : « Un officier de santé du district est chargé de visiter dans les quatre saisons de l'année toutes les écoles nationales du district. Il examine et conseille les exercices gymnastiques les plus convenables. Il examine les enfants et indique en général et en particulier les règles les plus propres à fortifier leur santé. »

Cette conception resta lettre morte. Reprise par la circulaire du 24 novembre 1879 et la loi organique du 30 octobre 1886, puis par le décret du 13 janvier 1887, elle ne fut pas davantage réalisée. Depuis, un projet de loi a été déposé le 29 mars 1910 ; ce projet fut repris par M. F. Buisson, le 23 juin 1910 ; un avis très étudié fut présenté au nom de la commission d'hygiène, le 30 juin 1911, par M. Doizy ; M. Gilbert Laurent, au nom de la Commission d'enseignement, fit un rapport très

documenté, le 24 juin 1912. Enfin, une proposition de loi fut déposée par M. Gilbert Laurent et plusieurs de ses collègues, le 27 janvier 1920. C'est cette proposition très sage, très opportune et fortement motivée par son auteur, que la Commission de l'enseignement nous a chargé de rapporter.

Nécessité de l'inspection médicale des écoles.

Actuellement, en France, malgré les diverses initiatives que nous venons de rappeler, en dehors de Paris et du département de la Seine et de quelques grandes villes, l'inspection médicale des écoles est réduite à presque rien.

A l'étranger, au contraire, comme on peut s'en rendre compte par la lecture de l'avis présenté par M. Doisy, la question est très avancée et dans beaucoup de pays, elle a été heureusement solutionnée. Cependant, chez nous, elle a été maintes fois discutée dans la presse, au Parlement, dans divers congrès nationaux et internationaux d'hygiène scolaire ; en particulier celui qui s'est tenu à Paris du 2 au 7 août 1910 et celui du 20 juin 1912, qui réunissait à Paris les médecins inspecteurs scolaires de langue française. La question est donc mûre, comme le dit M. G. Laurent ; il faut aboutir.

La nécessité de cette inspection ne nous paraît pas pouvoir se discuter. A l'heure présente, plus que jamais, par suite du déficit formidable de vies humaines que nous a laissé la guerre, pour assurer notre prospérité, pour obtenir les justes réparations qui nous sont dues, pour éviter à nos descendants le retour des calamités dont nous avons été les témoins, il nous faut des générations fortes, viriles et nombreuses. Nous ne devons donc pas reculer devant quelques sacrifices pécuniaires pour amener une diminution notable de la mortalité et une amélioration de la santé publique.

De plus, l'école, quelle qu'elle soit, doit à l'enfant, en même temps que l'instruction, la sécurité ; et lorsque l'État pose le principe de l'obligation scolaire, il s'oblige lui-même à prendre toutes les mesures nécessaires pour sauvegarder, dans la mesure du possible, la santé de l'enfant. L'obligation scolaire entraîne, en quelque sorte, l'inspection médicale.

Pour ces raisons, il est indispensable d'assurer le développement physique normal de l'enfant, de protéger sa santé contre la contagion et de surveiller chaque enfant individuellement. Ce dernier point nous paraît particulièrement important :

1° A la suite du vote de la loi sur l'éducation physique, car si cette éducation physique peut avoir d'excellents résultats, elle pourrait aussi avoir de sérieux inconvénients si elle était pratiquée sans ménagements par un albuminurique, un cardiaque, un tuberculeux, etc.

2° Pour l'instruction : car quelquefois un enfant considéré comme paresseux est simplement un myope, ou un sourd, ou un adénoïdien méconnu ; un retardataire sera peut-être un hérédo-syphilitique ou un enfant atteint d'affection du corps thyroïde ; un traitement approprié peut le modifier du tout au tout.

3° Enfin, pour l'avenir de l'enfant lui-même : car des soins donnés au début pour certaines affections comme la tuberculose, les végétations adénoïdes, la mauvaise dentition, la myopie, etc., peuvent avoir une répercussion sur toute sa vie.

Ce que nous venons de dire sur la nécessité de l'inspection médicale des écoles nous indique qu'elle doit s'exercer aussi bien dans les écoles privées que dans les écoles publiques. Nous connaissons, en effet, des parents qui, mécontents des règles d'hygiène qu'on impose à leurs enfants dans certaines écoles, les en retirent et les mettent dans d'autres où la surveillance médicale s'exerce moins. De plus, tous les enfants, quelle que soit l'école qu'ils fréquentent, sont Français au même titre et sont tous appelés, lorsqu'ils seront devenus hommes, à contribuer à la grandeur et à la prospérité du pays.

Sur quoi doit porter l'inspection médicale

D'après ce que nous venons de dire, l'inspection médicale nous paraît devoir porter sur les points suivants :

1° L'aménagement des locaux et le mobilier scolaire. Le médecin sera donc appelé à donner obligatoirement son avis sur le choix des emplacements et l'aménagement des établissements à construire ; pour les autres, il les visitera deux fois par an et signalera leurs inspections. Afin d'éviter tout froissement possible, à la demande d'un de nos collègues, nous proposons que le délégué cantonal soit convoqué à ces visites.

Le mobilier scolaire a aussi une grande importance : il a été pour bien des enfants la cause d'attitudes vicieuses, il importe qu'il soit construit suivant les données scientifiques que l'on possède à l'heure actuelle ;

2° Préservation contre les contages : les mesures consisteront surtout dans le nettoyage, la désinfection, l'éloignement des suspects, la fermeture d'école ; l'exécution de ces mesures étant toujours réservée à l'autorité administrative ; enfin, le médecin doit pouvoir éloigner de l'école le maître atteint de maladie aiguë ou chronique ;

3° Surveillance du développement physique de l'enfant et de l'état sanitaire des élèves.

Le médecin assure l'exécution des règlements qui fixent la durée du travail sédentaire, du repos, du sommeil, des repas et des exercices physiques.

Pour la surveillance individuelle des élèves, nous envisageons deux pièces :

a) *Une fiche individuelle*, mot qui a paru à la Commission plus simple que le terme du carnet anthropo-pédagogique employé dans la proposition de loi. Cette fiche, qui sera confiée au personnel enseignant, contiendra les renseignements fournis par la famille, l'indication du poids, de la taille, etc. Il nous paraît souhaitable qu'elle renferme une partie destinée à recevoir les observations du médecin pour l'instituteur, et celles de l'instituteur pour le médecin ; l'indication des précautions à prendre et aussi les avis sommaires du médecin et de l'instituteur en vue de la profession future;

b) *Un carnet sanitaire*, qui sera confié au médecin et dont il aura la responsabilité. Sur ce carnet, le médecin consignera les résultats de son examen. Cet examen complet devrait, dans l'esprit de la Commission, avoir lieu une fois par an.

La proposition de loi contient une énumération non limitative des organes sur lesquels doit porter cet examen. Cette énumération ne nous paraissait pas s'imposer dans le texte de la loi ; cependant, comme elle ne présente pas d'inconvénients, nous l'avons laissé subsister.

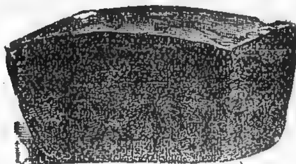
Par qui doit être exercée l'inspection.

L'inspection doit être exercée par des médecins. La proposition de loi prévoyait des inspecteurs locaux pris parmi les docteurs en médecine de nationalité française, nommés par le préfet après concours sur titres s'il y avait plusieurs candidats, et au concours public pour les villes de 100.000 habitants et au-dessus. Elle prévoyait, en outre, un inspecteur départemental nommé au concours par le Ministre, à l'exception de certains cas dans lesquels les fonctionnaires actuels, répondant à certaines conditions, pourraient être maintenus.

Votre Commission a conservé le principe des inspecteurs locaux et de l'inspecteur départemental ; mais elle a cru devoir modifier le mode de recrutement pour les premiers et profiter de l'occasion qui est offerte pour créer dans tous les départements un médecin inspecteur départemental d'hygiène publique, auquel serait tout naturellement rattachée l'inspection médicale des écoles.

Les médecins inspecteurs locaux seraient chargés exclusivement de services administratifs ; ils ne pour-

(2)



DIABETE

PAIN FOUGERON

AVEC MIE — FRAIS — EXQUIS

37, rue du Rocher. — PARIS



ÉCHANTILLON GRATUIT
À MESSIEURS LES MÉDECINS
POUR LEURS ESSAIS CLINIQUES

LABORATOIRES DORANTOWICZ 17bis Avenue Parmentier, PARIS (XIe)

TRAITEMENT DES DIARRHÉES ET ENTÉRITES

GLUCOSIDE,

Hydrate de fer et tannins de la SALICAIRE

(LITHRUM SALICARIA)

COMMUNICATIONS : *Société de Thérapeutique*, 13 Mars 1918, 14 Mai 1919 ; *Thèse* du Dr Durieux, Bordeaux, 11 Février 1920 et *Thèse* du Dr Dedieu, avril 1921.

SALICAIRINE

POSOLOGIE

SOLUTION *titrée à* 1 *p.* 100

Enfants :
- **Affections aiguës** 5 à 20 gouttes
- **Affections chroniques** 2 à 10 gouttes

par 24 heures

COMPRIMÉS DRAGÉIFIÉS *dosés à* 2 *p.* 100

Adultes :
- **Affections aiguës** 6 à 20 comprimés
- **Affections chroniques** 4 à 8 comprimés

par 24 heures

INDICATIONS

DIARRHÉES et ENTÉRITES CHRONIQUES

DIARRHÉES et GASTRO-ENTÉRITES INFANTILES

DIARRHÉES BACILLAIRES (Flexner, Schiga, His)

DIARRHÉES des TUBERCULEUX

DIARRHÉES GRIPPALES

DIARRHÉES HÉMORRAGIQUES

Sédatif rapide des douleurs intestinales, des épreintes et du ténesme

ANTIHÉMORRAGIQUE INTESTINAL IMMÉDIAT

Pas de contre-indications

Télégrammes : IODVIEL

ÉCHANTILLONS ET LITTÉRATURE :
E. VIEL & Cie, 3, Rue de Sévigné, PARIS

Téléphone : ARCHIVES 44-51

raient pas faire de clientèle. Votre Commission a pensé que le médecin, avec tous les soucis, les préoccupations, les dérangements causés par la clientèle, ne pourrait, malgré sa bonne volonté, consacrer aux écoles le temps suffisant pour pratiquer les examens assez longs des enfants que la loi lui demande. Au contraire, le médecin qui ne ferait que cela, qui se serait adonné complètement à cet.. tâche, qui dirigerait sa carrière dans ce sens, et qui serait débarrassé des soucis et des préoccupations dont nous parlions plus haut, répondrait mieux à l'esprit de la loi, qui veut qu'une surveillance médicale effective soit exercée sur l'école.

Ces médecins seront nommés au concours public par le préfet. Malgré les reproches que l'on peut adresser au système des concours, nous avons pensé qu'il constitue encore le meilleur moyen d'assurer un bon recrutement, au point de vue compétence, autorité et indépendance.

Il nous paraît indispensable aussi de créer un médecin inspecteur départemental. Il aura pour mission de guider et de conseiller, en cas de besoin, les médecins locaux sans se substituer à eux ; de les surveiller et de les contrôler, si cela est nécessaire ; de décider dans les cas difficile ; d'agir plus énergiquement auprès des administrations et des fonctionnaires négligents ou incompétents ; de centraliser les renseignements, de coordonner les décisions, de donner une impulsion avec une vue d'ensemble.

Ces fonctions ne peuvent évidemment être remplies ni par le conseil départemental de l'instruction publique, qui, cependant, est actuellement chargé par la loi de veiller à l'organisation de l'inspection médicale, ni par le conseil départemental d'hygiène. Aucun membre individuellement n'aurait l'autorité morale nécessaire pour le faire ; d'autre part, les lenteurs inhérentes aux assemblées ne permettent pas de compter sur elles pour prendre les décisions rapides et urgentes qui s'imposeront parfois.

Le médecin inspecteur départemental sera nommé au concours par le Ministre : les raisons que nous avons exposées plus haut pour justifier ce mode de nomination nous paraissent s'appliquer ici avec plus de force encore. La proposition de loi, voulant éviter que des gens trop peu expérimentés parviennent à cette fonction importante, a fixé l'âge de 30 ans et a imposé aux candidats cinq ans d'exercice de la médecine.

Votre Commission est allée plus loin. Estimant indispensable la création du médecin inspecteur départemental scolaire ; estimant, d'autre part, qu'il n'y a pas deux hygiènes : une hygiène générale et une hygiène scolaire, elle a pensé qu'il serait logique et naturel de confier l'inspection médicale des écoles à l'inspecteur départemental d'hygiène publique.

D'après la loi du 15 février 1902 (art. 19) sur l'hygiène et la santé publiques, la création de cet inspecteur départemental n'est que facultative pour le département ; de plus, dans les départements où il en existe un, cet inspecteur n'est pas toujours un médecin. Votre Commission vous propose de rendre obligatoire la création de l'inspecteur départemental d'hygiène publique ; de décider que cet inspecteur sera toujours un médecin et qu'il sera nommé au concours public par le Ministre, comme nous l'avons dit plus haut. Cela évitera de créer deux emplois qui se feraient en quelque sorte concurrence et assurera du même coup une meilleure application de la loi de 1902. Il ne paraît pas excessif, d'ailleurs, de demander qu'on réalise pour les hommes ce qui existe pour les animaux, puisque chaque département doit obligatoirement organiser un service d'épizooties et avoir un vétérinaire départemental.

Tels sont les deux organes : médecin inspecteur local, médecin inspecteur départemental d'hygiène publique, par lesquels sera assurée l'inspection médicale des écoles.

Mais il faut au médecin des collaborateurs. Il est tout d'abord nécessaire que l'entente règne entre le médecin inspecteur et ses confrères. Leur rôle est bien distinct : le médecin inspecteur se bornera, le cas échéant, à conseiller aux familles d'aller consulter un médecin. C'est ce que le texte de la proposition indique par ces mots : « Sans jamais se substituer au médecin traitant ».

Il faut ensuite la collaboration avec le personnel enseignant : c'est une condition indispensable du succès ; le médecin a besoin des renseignements fournis par l'instituteur, et l'instituteur doit tenir compte des avis des médecins. Cette collaboration, pensons-nous, étant donnée l'importance du but poursuivi, importance que ni le médecin, ni l'instituteur ne peuvent méconnaître, se réalisera d'elle-même.

Une collaboratrice qui peut rendre de précieux services, si elle a du tact, de la tenue et si elle se renferme strictement dans ses attributions, c'est l'assistante d'hygiène scolaire, comme il en existe à l'étranger, comme il en existe à Strasbourg sous le nom d'infirmière scolaire, nom qui, à notre avis, peut prêter à confusion. Ailleurs, en France, il n'en existe que dans quelques grandes villes et encore en petit nombre. Plusieurs initiatives heureuses se sont fait jour pour former des assistantes. Celles-ci ont pour mission d'assister le médecin-inspecteur dans l'accomplissement de ses fonctions, d'assister la direction de l'école dans la surveillance et la tenue des locaux ; de servir de liaison entre l'école, le médecin et la famille. On peut souhaiter en voir se développer le nombre ; mais, actuellement, ce nombre est encore trop restreint pour que l'on puisse introduire dans la loi une disposition obligatoire les concernant.

Enfin, la collaboration la plus indispensable au point de vue matériel comme au point de vue moral est celle de la famille. La famille doit jouer le premier rôle lorsqu'il s'agit de l'enfant ; tout doit se faire d'accord avec elle ; on ne peut ni on ne doit rien faire sans elle. Aussi aimerions-nous voir s'établir d'une manière directe ou indirecte une liaison entre les familles, l'école et le médecin. C'est pourquoi nous proposons que les renseignements contenus sur les fiches soient communiqués aux familles sur leur simple demande ; que les familles soient convoquées aux examens individuels des enfants par le médecin ; que les fiches et les carnets sanitaires, contenant de précieuses indications, qui doivent suivre l'enfant d'école en école, soient remis aux familles lorsque l'enfant quittera définitivement l'école. La collaboration de la famille est le seul moyen de donner à la loi sa complète efficacité.

En un mot, c'est par la combinaison de ces divers concours que l'on obtiendra le résultat cherché. Ce qu'il faut surtout, comme le dit fort bien M. G. Laurent, c'est de ne pas présenter l'entrée du médecin à l'école comme celle d'un contrôleur trop méticuleux, sévère ou gênant, mais plutôt comme celle d'un collaborateur, d'un bienfaiteur, d'un ami.

Dépenses, voies et moyens.

Parvenu à la fin de ce rapport, dans lequel nous avons essayé d'établir la nécessité de l'inspection médicale des écoles et la manière dont, à notre avis, elle doit être organisée, reste à envisager la question financière, qui, actuellement surtout, prend une importance considérable.

La proposition de loi qui nous est soumise, et qui indique d'une manière générale que l'inspection médicale est organisée dans chaque département suivant les articles 4 et 5 de la loi du 15 juillet 1893 sur l'assistance médicale gratuite (1) rend les dépenses obligatoires,

(1) Art. 4. — Il est organisé dans chaque département, sous l'autorité du préfet et suivant les conditions déterminées par la présente loi, un service d'assistance

décide que le conseil général fixe le traitement des médecins et répartit les sommes nécessaires pour assurer le fonctionnement du service entre la commune, le département et l'État, conformément aux dispositions des articles 27, 28 et 29 de la loi du 15 juillet 1893. Ces trois collectivités ont en effet un intérêt à prévenir les maladies plutôt que de les guérir et plutôt que d'hospitaliser les incurables. De plus, en diminuant la mortalité et la morbidité, elles feront une œuvre patriotique et sociale. C'est en outre le devoir du département d'aider les communes pauvres, et celui de l'État d'aider les départements pauvres.

La part que les communes sont obligées de demander aux centimes additionnels ou aux taxes d'octroi pour couvrir les dépenses ne pourra être inférieure à 20 % ni supérieure à 90 % de la dépense à couvrir. Le département lui donnera donc des subventions d'autant plus fortes que le centime sera plus faible, mais qui ne pourront dépasser 80 % ni être inférieures à 10 p. cent du produit des centimes additionnels ou taxes d'octroi.

L'État, de son côté, concourt aux dépenses départementales par des subventions aux départements dans une proportion qui varie de 10 à 70 % du total de ces dépenses, couvertes par des centimes additionnels, et qui sera calculée en raison inverse du centime départemental par kilomètre carré.

Mais, comme dans toutes les lois où les contributions de l'État, du département ou de la commune sont prévues, un maximum est fixé au delà duquel l'excédent des dépenses n'entrererait pas en compte pour la détermination de la participation de l'État. La proposition de loi de M. G. Laurent fixait cette limite maxima à 7.000 francs pour le médecin inspecteur départemental. Ce chiffre a paru trop faible actuellement ; votre Commission vous propose de le porter à 18.000 francs. En outre, pour les médecins inspecteurs locaux, elle propose 12.000 fr. Sous cette réserve, le conseil général reste toujours le maître, selon les circonstances, de fixer le traitement des médecins, soit au-dessus, soit au-dessous des chiffres donnés ci-dessus.

Quant à la dépense totale, les avis sont partagés. Le projet gouvernemental et le rapport de M. Buisson ne donnaient pas de chiffres. M. Doisy, avec un mode de recrutement des médecins différent de celui que nous proposons, parlait de 6 millions. M. G. Laurent estimait ce chiffre exagéré et croyait à une dépense de 4 millions en 1912. Il ajoutait d'ailleurs que ces prévisions seront dépassées en 1920. Cela n'est pas douteux et nous pensons que l'on peut largement doubler le chiffre qu'il indiquait.

Dispositions diverses.

Afin de ne pas bouleverser ce qui existe et ce qui a été fait de bien jusqu'à présent, la proposition de loi indique que les communes ou syndicats de communes qui justifieront d'un service d'inspection médicale scolaire, répondant aux exigences de la présente loi, peuvent être autorisés par décision des Ministres compétents, c'est-à-dire Ministre de l'Instrucfion publique et Ministre de l'Hygiène, à avoir une organisation spéciale.

Si, dans ce dernier cas, les communes sont autorisées à avoir des médecins inspecteurs qui ne soient pas chargés exclusivement de fonctions administratives, ceux-ci sont éligibles au conseil général, au conseil d'arrondissement ou au conseil municipal, bien qu'ils émargent au budget départemental ou communal ; au contraire, dans le cas de médecins obligés de se renfermer exclusivement dans leurs fonctions publiques, l'éligibilité aux divers conseils est supprimée.

Enfin, comme tout ne peut se faire d'un coup et qu'il faut un certain temps pour qu'une réforme soit préparée et mûrisse, nous proposons d'instituer trois étapes dans l'application de la loi : celle-ci entrerait en vigueur au bout d'un an dans les communes au-dessus de 20.000 habitants ; de deux ans dans les communes de 5.000 à 20.000 habitants et au bout de trois ans dans les communes au-dessous de 5.000 habitants.

Sous le bénéfice de ces observations et de ces modifications, nous vous proposons d'adopter la proposition de loi dont la teneur suit :

PROPOSITION DE LOI

Article premier.

Le service de contrôle et d'inspection d'hygiène, prévu à l'article 19 de la loi du 15 février 1902, est désormais obligatoire.

Art. 2.

Ce service est confié à un inspecteur départemental d'hygiène. L'inspecteur départemental d'hygiène doit être médecin. Il est nommé au concours par le Ministre.

Peuvent seuls prendre part à ce concours les docteurs en médecine de nationalité française, âgés de 30 ans au moins, ayant cinq ans d'exercice en médecine. Toutefois, exception est faite pour les docteurs en médecine déjà titulaires de ce poste ou contrôleurs départementaux des services de désinfection nommés au concours.

Art. 3.

Le service de l'inspection médicale, dans les établissements d'instruction primaire publics et privés, est organisé dans chaque département suivant les conditions prévues aux articles 4 et 5 de la loi du 15 juillet 1893 sur l'assistance médicale gratuite.

L'inspection médicale s'exerce, sous le contrôle de l'inspecteur départemental, par des médecins inspecteurs locaux.

Les médecins inspecteurs locaux seront chargés exclusivement de services administratifs ; ils seront nommés au concours public par le préfet.

Le Conseil général fixera le traitement de l'inspecteur départemental et des médecins inspecteurs locaux.

L'inspecteur départemental et les médecins inspecteurs locaux sont tenus de se renfermer dans l'exercice de leurs fonctions publiques.

---

médicale gratuite pour les malades privés de ressources.

Le conseil général délibère dans les conditions prévues par l'article 48 de la loi du 10 avril 1871 : 1° sur l'organisation du service de l'assistance médicale, la détermination et la création des hôpitaux auxquels est rattaché chaque commune ou syndicat de communes ; 2° sur la part de la dépense incombant aux communes et au département.

Art. 5. — A défaut de délibération du conseil général sur les objets prévus à l'article précédent, ou en cas de la suspension de la délibération en exécution de l'article 49 de la loi du 10 août 1871, il peut être pourvu à la règlementation du service par un décret rendu dans les formes des règlements d'administration publique.

Art. 4.

L'inspection médicale scolaire porte :

1° Sur les locaux scolaires et sur le mobilier scolaire, soit des internats, soit des externats.

A ce titre, l'inspection médicale est obligatoirement appelée à donner son avis sur le choix des emplacements et aménagements des établissements scolaires, sur le choix du mobilier scolaire.

Pour les établissements déjà existants, elle les visite deux fois l'an, signale les imperfections des locaux ou du matériel et indique les améliorations à réaliser. Le délégué cantonal sera convoqué à ses visites ;

2° Sur le régime hygiénique des établissements.

A ce titre, elle assure l'observation des règlements concernant l'aération, l'alimentation, le chauffage, l'éclairage, le nettoyage, les soins de propreté, ainsi que des règlements qui fixent la durée du travail sédentaire, du repos, du sommeil, des repas et des exercices physiques.

Ceux-ci sont placés sous sa direction immédiate.

3° Sur l'état sanitaire des élèves. Il est établi pour chaque élève une fiche contenant :

Les renseignements d'ordre médical donnés par la famille ;

L'indication semestrielle des poids ;

L'indication annuelle de la taille ;

L'acuité visuelle et l'acuité auditive, etc.

Cette fiche est confiée au personnel enseignant qui en a la responsabilité, la tient à jour et procède aux pesées, mensurations et examens nécessaires.

Communication des indications ci-dessus est donnée aux familles sur leur simple demande.

Sans jamais se substituer au médecin traitant, le médecin inspecteur, muni des fiches individuelles, procède, aux époques fixées par les règlements, à un examen individuel des élèves, auquel les parents sont invités à assister.

Cet examen doit porter notamment sur l'état des voies respiratoires, le système osseux et locomoteur, les organes de la vue et de l'ouïe, la dentition, le cuir chevelu, etc.

Le médecin inspecteur consigne les résultats de son examen, pour chaque élève, sur un carnet sanitaire dont il a la garde et la responsabilité. En cas de départ de l'élève pour une autre école, ce carnet est, avec la fiche, adressé au médecin inspecteur de la nouvelle école. Lorsque l'enfant quitte définitivement l'école, la fiche et le carnet sont remis à la famille ;

4° Sur les mesures hygiéniques spéciales relatives à la tuberculose et aux maladies contagieuses.

Le médecin inspecteur assure l'exécution de toutes les prescriptions règlementaires qui tendent à mettre l'école à l'abri de ces maladies.

Chaque fois que des cas de maladies contagieuses se manifestent dans un établissement scolaire, le médecin inspecteur est immédiatement prévenu et appelé à donner son avis sur la mesure urgente à prendre par l'Administration académique. Avis des constatations faites et des mesures prises est donné au médecin inspecteur départemental, et, en ce qui concerne la désinfection, soit au service départemental, soit au bureau municipal d'hygiène.

5° En fin d'année scolaire, le médecin inspecteur établit le casier sanitaire de chaque établissement. Il adresse un rapport d'ensemble au médecin inspecteur départemental. Celui-ci adresse un rapport général au préfet.

Art. 5.

Les dépenses du service de l'inspection médicale comprennent les frais d'imprimés, de matériel, etc., les traitements ou indemnités alloués aux médecins inspecteurs locaux, le traitement du médecin inspecteur départemental.

Ces dépenses sont obligatoires. Elles sont supportées par les communes, les départements et l'État, dans les conditions fixées aux articles 27, 28 et 29 de la loi du 15 juillet 1893 sur l'assistance médicale gratuite.

L'excédent des dépenses n'entrerait pas en compte pour la détermination de la participation de l'État dans le cas où le montant total des traitements ou indemnités alloués aux médecins inspecteurs par le département excèderait, pour le médecin inspecteur départemental, un traitement annuel de 18.000 francs et, pour les médecins inspecteurs locaux, un traitement annuel de 12.000 francs.

Art. 6.

Les communes ou syndicats de communes qui justifieront d'un service d'inspection médicale scolaire, répondant aux exigences de la présente loi, peuvent être autorisés, par décision spéciale des Ministres compétents, à avoir une organisation spéciale.

Art. 7.

Les médecins inspecteurs seront considérés comme inéligibles au conseil général, au conseil d'arrondissement ou au conseil municipal à raison de leur rétribution sur le budget départemental ou communal, sauf lorsque, dans des cas prévus à l'article 6, ils ne seront pas tenus de se renfermer dans l'exercice de leurs fonctions publiques.

Art. 8.

Les services prévus à la présente loi devront entrer en fonctionnement normal dans le délai d'un an à partir de sa promulgation dans les communes de plus de 20.000 habitants.

Ce délai est porté à deux ans pour les communes de 5.001 à 20.000 habitants, et à trois ans pour les communes de 5.000 habitants et au-dessous.

Art. 9.

Les dispositions contraires à la présente loi sont abrogées.

ART. 10.

Un décret d'administration publique fixera les conditions d'application de la présente loi.

(29 *juin* 1921.)

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations.

— **Société médicale d'Aix-les-Bains.** — La société médicale d'Aix-les-Bains s'étonne de la publicité faite dans les grands journaux français au profit de la station thermale de Wiesbaden, qui, sur la rive droite du Rhin, est et restera toujours station allemande.

La clientèle attirée ainsi, *avec l'appui des pouvoirs publics et la consécration officielle*, est perdue pour les stations françaises qui luttent pourtant dans des conditions précaires pour réparer les ruines causées par la guerre et sont écrasées par les charges fiscales, que la mauvaise volonté des Allemands n'est pas près de faire diminuer.

La Société médicale demande à l'office national du tourisme, au syndicat des médecins des stations thermales, à la presse thermale, de bien vouloir, dans l'intérêt de tous, s'associer à sa protestation.

— INSTITUT DE MÉDECINE COLONIALE. — Le cours de médecine coloniale aura lieu le matin à 10 h. 1/2. Ce cours sera ouvert aux élèves du cours complémentaire de dermatologie.

Détail des leçons de M. le professeur Jeanselme : Mercredi 12, vendredi 14, mercredi 19 et vendredi 21 octobre : Lèpre ; mercredi 26 octobre : Bouton d'Orient, leishmanioses cutanées ; vendredi 28 octobre : Pian ; mercredi 2 novembre : Syphilis exotique ; vendredi 4 novembre : Ulcères des pays chauds ; mercredi 9 novembre : Blastomycoses et mycoses exotiques. Granulome. Pian bois ; vendredi 11 novembre : Le tokelau, les caratès, les mycétomes ; mercredi 16 novembre : Hygiène de la peau sous les tropiques.

— Par suite du vœu émis par la Conférence de mai 1920, la Ligue contre la mortalité infantile a décidé de convier toutes les personnes s'intéressant à la puériculture à un *Congrès international*, qui se tiendra à Paris, les 6, 7 et 8 juillet 1922.

Le bureau du Congrès est composé comme suit : président : M. Paul Strauss ; secrétaire général : M. Lesage ; secrétaires pour la province et l'étranger ; MM. Grasset, 27, rue de Clocheville, Tours, et Lelièvre, 29, boulevard Descageaux, Angers ; secrétaire pour Paris : M. Schreiber ; trésorier : M. Cruveilhier, 49, rue de Miromesnil, à Paris.

Programme des questions mises à l'ordre du jour du Congrès.

1re section. — Protection de la mère avant et pendant les couches. — 1° Les consultations de grossesses : M. Devraigne, accoucheur des hôpitaux de Paris ; 2° organisation de l'accouchement à domicile : Mlle Chaptal, présidente de l'Union maternelle et infantile de Plaisance.

2e section. — Protection de la mère nourrice. — 1° Hospitalisation des mères nourrices pendant la guerre : Mme Pallu ; 2° protection de l'ouvrière nourrice : Mme Letellier, inspectrice du travail au ministère du Travail ; 3° les asiles pour mères nourrices : Mme la comtesse Hocquart de Turtot et M. Schreiber.

3e section. — Protection de l'enfant séparé de la mère. — 1° L'élevage en commun : M. Théroude ; 2° l'enfant né de parents tuberculeux : M. Armand-Delille, médecin des hôpitaux de Paris, secrétaire général de l'Œuvre Grancher.

4e section. — Assistance et enseignement. — Participation des œuvres privées à l'assistance maternelle et infantile : M. Desvouges, de la mutualité maternelle ; 2° Le rôle des consultations de nourrissons dans l'application des lois d'assistance : M. Marois, directeur de l'Assistance publique à la Préfecture de Seine-et Oise ; 3° les visiteuses d'hygiène infantile : M. Chatin, médecin honoraire des hôpitaux de Lyon, professeur agrégé à la Faculté de Médecine.

Division du temps. — Jeudi 6 juillet, 9 heures : ouverture du Congrès ; 14 heures : séance. — Vendredi 7 juillet, 9 heures et 14 heures : séances. — Samedi 8 juillet, 9 heures : organisation d'une association internationale de protection maternelle et infantile ; après-midi : visite de divers établissements de puériculture ; 20 heures : banquet.

Les organisations étrangères sont invitées à désigner un délégué chargé d'exposer leurs vues sur les questions posées. Tout congressiste qui désire faire une communication est prié de s'inscrire auprès du secrétaire général. Un comité de dames recevra les femmes des congressites.

Enfin, signalons que, le dimanche 9 juillet 1921, se tiendra, à Paris, une réunion de toutes les œuvres françaises d'assistance maternelle et infantile.

Toute personne ou toute œuvre désirant assister à cette réunion est priée d'en faire part au président de l'Union des œuvres d'assistance maternelle et infantile, 49, rue de Miromesnil, Paris.

Le Directeur-Gérant : Dr GASSOT.

Clermont (Oise). — Imprimerie DAIX et THIRON
THIRON et FRANJOU Successeurs
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

AVIS

—

Stations thermales
Stations d'altitude.

Nos lecteurs qui désirent voir leur nom figurer dans les listes que nous publions actuellement sont priés de nous en informer.

—

Envois de fonds.

Pour l'envoi des abonnements et des cotisations aux filiales, nous rappelons que le moyen le plus pratique et le plus économique est le versement au compte de chèques postaux dont voici les nos :

Concours Médical, Paris, 167-95.

Sou Médical, Paris 182-31.

Mutualite Familiale Paris, 182-32.

Caisse des pensions de retraites du Corps médical français. Paris, 271-46.

Changements d'adresses

Nous rappelons à nos lecteurs que toute demande de changement d'adresse doit être accompagnée de 0 fr. 60 pour frais de réimpression de bande.



lière et si, faussement, on n'y a pas antidaté la rédaction dudit bulletin) ce dernier n'a été envoyé au médecin que le 2 août, comme en fait foi le cachet de la poste. Il semble donc qu'il y a eu connivence entre le maire et le malade, pour tromper le médecin, afin de ne pas payer les honoraires de ce dernier.

Enfin, autre faute du maire, un indigent ne doit pas être admis dans une maison de santé, mais bien à l'hôpital.

Dans ces conditions, assisté de votre syndicat vous pourriez porter plainte au préfet et nous adresser copie de cette plainte. Si le préfet refuse d'intervenir, ou s'il vous donne tort, nous saisirions qui de droit.

Au point de vue de la note d'honoraires, le père de l'opéré est civilement responsable.

Durillon forcé.

J'envoie une note à la X pour soins donnés à un ouvrier pour qui j'avais fait le diagnostic :

Plaie du médius gauche (ampoule forcée). Le blessé est contre-visité par le médecin de l'assurance.

J'ai une feuille du patron qui déclare l'ouvrier blessé au cours de son travail.

La X me répond (très grossièrement d'ailleurs) en travers de ma note ; « Maladie professionnelle, pas accident du travail. Refusé. »

Que dois-je faire pour obtenir le paiement de mes honoraires.

Dr C.

Réponse.

Pour qu'un durillon ou ampoule forcée puisse être considéré comme un accident du travail, il faut qu'il y ait traumatisme et que l'inflammation soit produite par le travail, ou à l'occasion du travail, par une cause brusque et soudaine.

Si la cause est lente, progressive, ce sera alors une maladie professionnelle.

Cour de Cassation, ch. des requêtes, 8 nov. 1910. Trib. civil de Lyon, 13 fév. 1908, etc.

Pour obtenir le paiement de votre note, vous devez appeler en justice de paix du lieu de l'accident, l'ouvrier et son patron.

Le juge décidera quel est celui des deux qui doit vous payer.

Bien entendu, le patron appellera l'assurance en garantie.

Honoraires médico-légaux.

Veuillez me dire si je puis bénéficier d'un tarif spécial pour avoir été invité par le maire d'une loca-

lité voisine « à venir d'urgence pour y procéder aux constatations médico-légales nécessitées par un suicide par pendaison ». Ce sont les propres termes de sa lettre.

Il s'agit, en l'espèce, d'une pendaison banale, pour laquelle toute idée de crime doit être écartée.

D'ailleurs je ne suis pas médecin légiste.

En outre de la constatation, j'ai eu à délivrer deux certificats : un pour la gendarmerie, qui était présente au constat, et un autre pour le maire.

Combien dois-je demander pour la constatation (il y a sans doute à tenir compte de la distance) et pour les 2 certificats ?

Dr G.

Réponse.

Le tarif applicable en pareille espèce est celui fixé par le décret du 5 octobre 1920 et publié dans l'Agenda du *Concours*, 1921, page 183.

Vous y verrez qu'en dehors du prix de la visite judiciaire (15 fr. pour vous) et du déplacement kilométrique, il ne vous est rien dû, pour visite d'urgence, ni pour un deuxième certificat.

Ce ne serait qu'au cas de circonstances exceptionnelles que le médecin requis pourrait demander au magistrat qui a commis l'expert de lui allouer une somme supplémentaire et arbitrairement fixée par le magistrat (art. 18 du décret).

Accident du travail. Expertise. Violation du libre choix.

En septembre 1920, j'opère dans mon service à l'hôpital une jeune accidentée de travail. Écrasement de la main par cylindre à pâtes alimentaires ; épluchage, régularisation, suture, etc. Blessée que je renvoie chez elle immédiatement et qui osa se faire soigner ensuite chez le médecin de l'assurance. Malade, par conséquent, non hospitalisée et dont je ne songe même pas à demander le nom.

Or, aujourd'hui je suis désigné comme expert pour examiner cette femme et dire le quantum de son incapacité de travail.

1° Ayant opéré cette femme, puis-je accepter d'être expert dans cette affaire.

2° Bien qu'acceptant d'être expert, suis-je fondé, bien qu'il soit un peu tard, à demander des honoraires à la Cie d'assurances, pour l'intervention que j'ai fait subir à cette accidentée du travail, à l'hôpital, mais cette blessée n'étant pas hospitalisée.

A titre de renseignements, je dois vous dire qu'en fait, en matière d'accident de travail, le libre choix n'est ici, qu'un vain mot. Les blessés à opérer sont dirigés sur l'hôpital ; à leur sortie, si nous les faisons sortir quelques jours après l'intervention, ils sont accaparés par les Cies d'assurances qui les dirigent sur des médecins qui, tout en prétendant ne pas entraver le libre choix, en réalité font, pour un forfait, pansements visites, etc.

Quant aux petits blessés, ils sont directement envoyés par les patrons à l'assureur et par l'assurance au docteur de la compagnie ; le blessé a peur et se laisse faire et pour ne pas changer, nous sommes frustrés ; la loi est respectée, mais le biais est trouvé pour ne pas en faire cas.

Dr R.

Réponse.

Vous ne pouvez pas être médecin expert pour un malade auquel vous avez déjà donné vos soins. Vous devez vous récuser.

Mais vous pouvez réclamer des honoraires pour l'intervention que vous avez pratiquée.

Quant à la violation du libre choix, dans votre ville, pourquoi le syndicat ne s'en occupe-t-il pas ? S'il se présente un cas où il y ait véritablement détournement de clientèle, pourquoi ne pas poursuivre ?

Et les confrères ne sont-ils pas capables de faire une nuit du 4 août, chacun renonçant à ses fixes ?

C'est surtout une question de propagande syndicale, car je vous assure que ces agissements n'ont pas lieu dans les villes où le syndicat est vivace. Les assurances savent toujours profiter de nos querelles et de notre jalousie.

NOTES DE MÉDECINE PRATIQUE

Traitement de l'hémoptysie chez les tuberculeux.

Nil novum sub sole.

Tenir les pieds chauds. Appliquer des sinaplasmes sur la poitrine ou *loco dolenti.*

Administrer la potion suivante :

1° Ergotine	} āā	6 grammes
Extrait de ratanhia		
Sirop thébaique	} āā	70 grammes
Sirop d'ipéca		
Eau de laitue		25 grammes

Une cuillerée à bouche, après chaque vomissement de sang.

S'ils se reproduisent, après 4 cuillerées, arrêter, lors de la production de l'état nauséeux.

2e Eau de Rabel...... 15 grammes

Dix gouttes, chaque heure, alternant avec la potion précédente.

Donner la potion à l'heure, et les gouttes, à la demie, dès la seconde heure.

Vomissements incoercibles de la grossesse.

Voir les urines.

Si l'albumine : pas de sel ; 2 à 3 litres de lait écrémé, coupé au 1/5 d'eau de Vichy.

Si le lait n'est pas supporté : diète hydrique pendant 2 à 3 jours. Evacuer l'intestin par un lavement quotidien.

Administrer 3 cachets de tannate d'orexine de 0,10 à 0,20 c. dans les 24 heures.

Dr GALAND, de Cambrai.

JURISPRUDENCE

Nomination au grade de médecin aide-major.

CONSEIL D'ÉTAT

(13 *mai* 1921)

Le Conseil d'État, statuant au Contentieux,

Vu la requête présentée pour le sieur B., docteur en médecine, ... et tendant à ce qu'il plaise au Conseil annuler la décision, en date du 19 mai 1920, par laquelle le Ministre de la Guerre lui a refusé le bénéfice des dispositions du décret du 25 août 1919 et a par suite refusé de le nommer rétroactivement médecin aide-major de 2e classe à titre définitif à dater du 31 décembre 1916 et aide-major de 1re classe à dater du 31 décembre 1917 ;

....

Considérant que le décret du 25 août 1919 dispose que les élèves de l'école du Service de Santé militaire formant les promotions qui devaient entrer en 1915, 1916, 1917 à l'École d'application du service de Santé seront nommés, à titre définitif, au grade de médecin aide-major de 2e classe au fur et à mesure qu'ils obtiendront le diplôme de docteur en médecine ; que, quelle que soit la date de leur nomination, ils prendront rang du 31 décembre 1915, 1916 ou 1917 selon qu'ils appartiennent à la promotion 1915, 1916 ou 1917.

Considérant qu'il résulte de l'instruction que si le sieur B. avait été admis en 1913 à l'École du Service de Santé militaire et faisait par suite partie de la promotion qui aurait dû entrer, en 1916, à l'École d'application dudit service, il a donné le 17 octobre 1919 sa démission d'élève de l'École du Service de Santé ; qu'il a obtenu le 12 novembre 1919, le diplôme de docteur en médecine ; qu'il n'a fait connaître au ministre l'obtention de son diplôme de docteur et n'a invoqué le bénéfice des dispositions du décret précité que postérieurement au 15 décembre 1919, date de l'acceptation de sa démission ; que dans ces circonstances, à partir de la dite date, le requérant ne pouvait plus prétendre aux avantages attachés à la situation d'élève de l'École du Service de Santé auxquels il avait renoncé ; que par suite, il n'est pas

fondé à soutenir qu'en refusant de lui faire application du décret susvisé du 25 août 1919, le Ministre de la Guerre a excédé ses pouvoirs ;

Décide :

La requête susvisée du sieur B. est rejetée.

DOCUMENTS OFFICIELS

A L'OFFICIEL

Décret du 19 juillet 1921 fixant les honoraires (!) d'un médecin fonctionnaire.

Le Président de la République francaise,
Sur le rapport du ministre de l'instruction publique et des beaux-arts,
Vu la loi de finances du 30 avril 1921,

Décrète :

Art. 1er. — La rétribution du médecin de l'école nationale de céramique de Sèvres est fixée à 600 fr. par an (indemnité).

Art. 2. — Le ministre de l'instruction publique et des beaux-arts et le ministre des finances sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui aura son effet à compter du 1er janvier 1921 et qui sera publié au *Journal officiel*.

(*J.O.*, 27-7-21.)

***

Heureux, trois fois heureux, le confrère qui acceptera, s'il ne le sollicite pas, le poste *royalement rétribué*, dont ce décret fixe la rémunération !!!

Ministère de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales.

Aux termes du décret du 3 juillet 1905, portant règlementation des bureaux municipaux d'hygiène, les directeurs de ces bureaux doivent être nommés par les maires parmi les personnes reconnues aptes à raison de leurs titres, par le conseil supérieur d'hygiène publique de France.

Conformément à cette disposition et aux prescriptions de la circulaire ministérielle du 23 mars 1906 destinées à en assurer l'application, la vacance de directeur du bureau municipal d'hygiène de la Seyne-sur-Mer (Var) est déclarée ouverte.

Le traitement alloué est fixé à 3.000 fr. par an.

Les candidats ont un délai de vingt jours, à dater de la présente publication, pour adresser au ministre de l'hygiène , de l'assistance et de la prévoyance sociales leurs demandes accompagnées de tous titres, justifications ou réfé-

rences permettant d'apprécier leurs connaissances scientifiques et administratives, ainsi que la notoriété acquise par eux dans des services analogues ou des fonctions antérieures. Cette candidature s'applique exclusivement au poste envisagé.

A la demande doit être jointe une copie certifiée conforme des diplômes obtenus ; l'exposé des titres doit être aussi détaillé que possible et accompagné d'un exemplaire des ouvrages ou articles publiés. Les candidats peuvent, en outre, demander à être entendus par la commission du conseil supérieur d'hygiène.

(*J. O.*, 14 août 1921.)

Ministère de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales.

En exécution de la délibération du conseil général de la Mayenne en date du 18 août 1920, un concours sur titres pour l'emploi *d'inspecteur départemental des services d'hygiène de la Mayenne* aura lieu à Laval, à la préfecture, le 4 octobre 1921.

Les candidats devront être Français, âgés de trente ans au moins et de quarante-cinq ans au plus au 1er janvier 1921 et pourvus du diplôme de docteur en médecine.

Les demandes tendant à prendre part à ce concours, établies sur papier timbré, devront être adressées à M. le préfet de la Mayenne avant le 30 septembre 1921 accompagnées :

1° De l'acte de naissance du candidat ;

2° D'un certificat médical d'aptitude physique, délivré par un médecin assermenté ;

3° D'une copie certifiée conforme de son diplôme de docteur en médecine, et de tous diplômes ou certificats invoqués à l'appui de sa demande ;

4° D'un exposé des titres du candidat comprenant ses états de services et le résumé de ses travaux ;

5° D'un exemplaire de chacune de ses principales publications ;

6° De l'engagement, pour le cas où il serait nommé, de renoncer à faire de la clienlèle, de se consacrer exclusivement à ses fonctions, de ne prétendre en conséquence à aucune autre fonction ou mandat public.

Le traitement annuel attaché à cette fonction est fixé à 13.000 fr., auxquels s'ajouteront les frais de déplacement (le crédit est prévu au budget départemental pour une somme de 3.600 fr.).

En outre, l'emploi de secrétaire général de l'office départemental d'hygiène et de préservation antituberculeuse de la Mayenne est réservé par les statuts de l'office à l'inspecteur départemental d'hygiène. Le traitement annuel attaché à cet emploi de secrétaire général de l'office est de 4.000 fr.

QUARANTE-TROISIÈME ANNÉE — N° 37 — DIMANCHE 11 SEPTEMBRE 1921

Fondé en 1879 par Auguste CÉZILLY
Rédigé et dirigé par H. JEANNE (1900-1914),

LE CONCOURS MÉDICAL

ORGANE HEBDOMADAIRE DES PRATICIENS
Groupés dans la Société « Le CONCOURS MÉDICAL » et ses Filiales

ADMINISTRATION & PUBLICITÉ

C. BOULANGER, ADMINISTRATEUR

ABONNEMENTS :

France	24 fr.
Étranger	28 »
Étudiants (*France*)	12 »
Le numéro	50 cent.

Chèques Postaux Paris 167-95

DIRECTION

MM. les Drs A. GASSOT, *Directeur*; A. MAURAT ; H. CEZILLY ; J. NOIR ; P. BOUDIN docteur en droit ; M. VIMONT ; G. DUCHESNE.

MM P. CEZILLY, J. DUMESNY, licenciés en droit ; C. BOULANGER.

RÉDACTION

Dr J. NOIR, RÉDACTEUR EN CHEF

Drs P. LACROIX et G. DUCHESNE SECRÉTAIRES DE LA RÉDACTION

N.-B. — Les manuscrits publiés ou non, ne sont pas rendus.

Rédaction et Administration : 132, rue du Faubourg St-Denis, PARIS (10e). Téléphone : Nord 48-17

Quarante-troisième année. Nº 37 11 Septembre 1921.

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

Office de Renseignements du « Concours »

Membres du Concours exerçant dans les Stations Thermales.

NOTA. — Nous rappelons à nos abonnés qu'il est nécessaire de nous informer chaque année de leur désir de voir figurer leur nom sur ces listes.

MM. les Docteurs :

Aix-les-Bains. Bertier, Blondel, L. Coutaz, Dardel, Duvernay, Forestier, Goddard, Kent-Gazet, Lel ng.
Allevard-les-Bains, Boël.
Ax-les-Thermes (Ariège). Dresch, Gomma.
Bagnères-de-Bigorre. F. Duprat (Enfants). Portes.
Bagnoles-de-l'Orne. J. Arnaud, Jol , Pesnel, Poulain
Bains-les-Bains, Dr M Henry.
Ba·èges. Robine
Besançon La Mouillière. Mme Jeanne Bon.
Biarritz. Clavel, Lacour.
Bourbon-Lancy, Belloeuf, Compin.
Bourbon - L'Archambault. Mansillon.
Bourbonne-les-Bains. Gay, Testevuide.
Brides-les-Bains et **Salins-Moutiers**. Mathieu, Laissus fils.
Cambo-les-Bains, Colbert. — Hamant.
Capvern. Pomarède, Pouy.
Cauterets. Anglade, Armengaud, Got.
Châtel-Guyon. Baumann, Bayrac, Conchon, Foucaud, Gachlinger, Kolbé, Levadoux, Mazeran, Ribérolles, Saint-René-Bonnet.
Contrexéville. J. Thiéry.
Divonne-les-Bains. Ballivet.
Eaux-Bonnes. Bajac.
Enghien-les-Bains. Beyrand.
Escouloubre-les-Bains. Dr Sarda.
Evaux-les-Bains. J. Gruzu, Lepage.
Evian, L. Dalard. Lévy-Darras.
Forges-les-Eaux. Bernardicou
Gréoux (Basses-Alpes). Rigal.
Hendaye Th. Casenave.
La Bourboule. Christin, Verdalle.
La Motte-les-Bains. De Langenhagen.
Lamalou-les-Bains. Belugou, Cauvy.
La Roche-Posay-les-Bains. Bardet, Guyot.
Luchon, Cazal, Dutech, Gamelsy, Germès, Molinéry (ne fait] que la physiothérapie), Pelon, Salles, Sammuller.
Luxeuil-les-Bains. Bornèque, Cugnier, Gauthier. Picot, Pierrhugues, Rimey.
Martigny. Dedet. Payen.
Mont-Dore J. André, Béal, Debidour, Dubruel, Levadoux.
Néris. Ducros.
Palavas-les-Flots. Gelly.
Plombières-les-Bains. Bernard. Gillot. Hagen, de Langenhagen, Truelle.
Pougues-les-Eaux. Hyvert.
Royat. Chassagnard. Mougeot.
Salins-les-Bains. Bourny, Baud.
Salins-Moutiers. Gonthier.
Salies-de-Salat. Barbé.
Saint-Didier, (Vau.) Masquin.
Saint-Gervais-les-Bains. Alphonsi. Baradat. C. Bleicher, E. Mallein, Musso, Roux.
St-Honoré-les-Bains. Comoy Comte. Odin. Ségard.
St-Nectaire. Serane, Siguret, Versepuy.
St-Sauveur. Sabail.
Salies-de-Béarn. Callais, Coustère. David Reynaud
Sermaize-les-Bains. Rousselot, Ramonet.
Thonon-les-Bains, Voillaume.
Ussat (Ariège). Pujol.
Vals-les-Bains, Chabannes, David.
Vichy. Cahen, Castera, Chevreux, Cotar, Desmaroux, Gannat, Guinard, Reynes, Ed. Vidal.
Vittel, Constant, Mousseaux.

DON. — Nous avons reçu à titre de don à la Société civile du *Concours médical* de M. le Dr Fabignon, à Beauvais (Oise), la somme de cinq francs, pour bons offices du journal.

AVIS

Moselle. — Les médecins sollicités de s'installer à Fontoy sont priés de s'adresser au président du syndicat des médecins des arrondissements de Thionville Est et Ouest, à Thionville.

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum, aux* « demandes et offres ».

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne, qui est versé dans la caisse de la Société civile du Concours Médical). *Adresser un mandat ou mieux verser au compte de chèques postaux,* Concours Médical, *Paris 167-95.*

Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse**.

N° 426. — A céder, poste campagne rapport 35 à 40.000 fr. localité agréable sur grande rivière, on échangerait contre bonne clientèle, Lyon. S'adr. à Mme Escoutay, 13, rue Général-Plessier, Lyon.

N° 427. — Poste à reprendre dans chef-lieu de canton sans indemnité. Seul médecin, pro-pharmacien. Grande maison à la disposition. S'adresser Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris.

N° 428. — Poste d'avenir à reprendre dans la banlieue parisienne. Bicyclette suffit. Petit rayon. S'adresser Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris.

N° 431. — Docteur courant client. générale demande occupation, accompagnerait malade en voyage. Dr Verlac, à Moularès, Tarn.

N° 432. — Dr Diepen, médecin à Apeldoorn (Hollande), demande échange de timbres-postes des Colonies françaises antérieurs à 1900 contre timbres du monde entier, ainsi que des Pays-Bas.

N° 433. — A vendre Bourgery et Jacob, huit beaux volumes en bon état, belle reliure cuir. Prix : 150 fr. Dr Duprilot, 56, rue de Paris, à Chevreuse (Seine-et-Oise).

N° 434. — Unic 14 HP, 4 places, conduite intérieure, 12.000 fr. Vergelot, 163, rue de Flandre, Paris.

N° 435. — Citroën, 4 places. Etat neuf, 9.200 fr. J. Entremont à Bléré (Indre-et-Loire).

N° 436. — Femme de médecin, 26 ans, active, expémentée, désire emploi d'infirmière dans clinique, maison de santé, ou autre formation. Assurerait direction, caisse, secrétariat, Paris ou province. Très recommandée Ecrire : Madame Laurent, 270, avenue d'Arenc, à Marseille.

N° 437. — On demande infirmière, veuve de confrère, ou parente, ou dame recommandée par confrère, diplômée, âge minimum 35 ans, travail léger, nourriture, logement, bons appointements. S'adresser avec indication des références et t. p. r. au Dr Ducatillon, 87, rue de Gand, à Tourcoing (Nord).

N° 438. — Côte d'Azur. Serais reconnaissant à confrère cette région m'indiquer pension ou sanatorium pour héliothérapie pour convalescent adulte non contagieux.

CORRESPONDANCE

La déontologie et les professeurs en vacances.

Un médecin, fût-il professeur de faculté, en villégiature dans un département *autre que celui où il exerce* et à la préfecture duquel son diplôme est déposé, a-t-il le droit de faire de la clientèle dans la localité où il y a un confrère régulièrement installé ? De recevoir des honoraires ? De voir surtout des malades déjà vus naturellement par son confrère et cela sans même avertir le dit confrère ? Si oui, ne doit-il pas se conformer au tarif du syndicat médical de la région ? Sinon quelle conduite doit tenir le médecin installé qui se voit lésé très sérieusement, d'autant plus que le canton est très petit, et le confrère qui signe est chargé de famille.

Je vous serais reconnaissant de me renseigner dès que possible pour rassurer au moins une famille à qui le confrère villégiateur demande une somme déraisonnable pour peu de chose faite.

Dr P.

Réponse.

Notre diplôme de docteur en médecine nous donne le droit d'exercer la médecine par toute la France. Nous devons simplement faire une déclaration à la mairie, avant tout acte professionnel et faire enregistrer le diplôme à la Préfecture de tous les départements et au Greffe du Tribunal civil des arrondissements où nous exerçons.

En droit, le professeur peut donc exercer, mais à la condition de remplir les formalités ci-dessus. Sinon, ce serait une amende.

Mais, il y a une chose qui est supérieure au droit : c'est la propreté, la dignité professionnelles. Quand on est en vacances, c'est pour se reposer et non pas pour savourer l'encens de la flatterie, ni pour aller faire la retape des malades aux dépens du confrère local, qui vit de sa profession.

La déontologie n'est pas enseignée à la Faculté; votre cas le prouve surabondamment. Aussi, portez plainte pour concurrence déloyale, entre les mains du président de votre syndicat, pour que celui-ci transmette la plainte au doyen de la Faculté.

Si votre syndicat a peur de marcher (ce qui serait regrettable), adressez vous-même une plainte au doyen, en le prévenant que si pareils agissements continuaient, vous déposeriez une plainte pour exercice irrégulier de la profession, contre le professeur, avec demande de dommages-intérêts, pour concurrence déloyale.

Réponses sur le Tarif Breton.

I

Remarque générale.

Un certain nombre de confrères, demandant des renseignements au sujet de notes à établir, suivant le tarif Breton, écrivent : « Mon blessé présentait telles ou telles lésions : que dois-je demander ? » La question est mal posée ainsi. Ce n'est pas telle *lésion* qu' est tarifée, mais telle *intervention* pratiquée par le médecin. Il conviendrait donc de dire : « Mon blessé avait telles lésions... et j'ai pratiqué telles interventions, tel nombre de pansements à tels endroits, etc... » Avec ces données, il serait plus facile alors de faire une réponse précise.

Prière également de s'efforcer d'écrire lisiblement. Certaines lettres sont un vrai travail de déchiffrage et certains mots incompréhensibles (1).

Dr F. Decourt.

II

Dans le cas particulier ci-dessous, comment appliquer le tarif J.-L. Breton :

Le blessé est transporté d'urgence à l'hôpital de la grande ville près de laquelle il travaillait. Il y est traité *pendant un mois environ*, puis sur sa demande rejoint son domicile et me prie de lui continuer les soins. Après en avoir informé le patron et la Cie

(1) Cette dernière remarque peut-être étendue à la correspondance en général et même aux manuscrits d'articles. N. D. L. R.

d'assurances, je le soigne. Je vais le voir à domicile (1re catégorie). Il est atteint :

1° De fracture des deux os de l'avant-bras.
2° Fracture du côté gauche du bassin.
3° Écrasement du scaphoïde droit avec subluxation d'une partie de cet os (d'après la radiographie que j'ai fait faire ici).

Toutes les fractures sont en bonne voie de consolidation quand je vois le blessé pour la première fois (sauf le pied qui est très douloureux, la situation du blessé est bonne quand je continue les soins).

Comment coter chacune de mes visites — à domicile pendant plusieurs mois puis au cabinet pendant plusieurs semaines ? Je n'ai pas voulu établir ma note d'honoraires sans m'éclairer préalablement de vos conseils.

Dr D.

Réponse.

Il est difficile de vous répondre sans plus d'explications. Je suppose donc qu'au retour d'hôpital, vous n'aviez pas de pansements ni d'interventions à tarif spécial à pratiquer sur votre blessé. D'un autre côté, les réductions des diverses fractures étaient effectuées. Alors je ne vois, au point de vue tarif, d'après votre trop bref exposé, que des visites ou consultations simples à compter, sans plus.

Dr F. Decourt.

III

Je viens de voir un blessé du travail, victime de l'éclatement prématuré d'une mine et présentant : une incrustation de gravats sous la peau de la poitrine et des deux avant-bras, ainsi qu'aux paupières ; aux deux yeux, la cornée et la conjonctive profondément infiltrées d'un semis de graviers que j'ai dû extraire isolément, large déchirure conjonctivale O. G., irrigation d'eau bouillie, pansement ophtalmique ; désinfection des deux avant-bras et de la paroi thoracique et pansement, ainsi que du pouce droit qui portait une plaie superficielle, sérum antitétanique, certificat détaillé.

Que dois-je raisonnablement compter comme honoraires ?

Dr B.

Réponse.

Il semble que vous êtes en droit de compter : *a*) Extractions de *multiples* corps étrangers superficiels (Avis inséré dans l'Arrêté Ministériel du 28 juin 1921), en bloc : 50 francs ; *b*) pansement ophtalmique : 8 fr. ; *c*) pansement de l'avant-bras : 8 fr. ; *d*) pansement du pouce droit : 8 fr. ; *e*) injection de sérum antitétanique : 15 fr. ; *f*) certificat initial : 5 fr. ; soit au total : 94 *francs*.

Ceci pour le premier jour. Les jours suivants, vous comptez deux ou trois pansements à 8 fr., en diminuant au fur et à mesure de l'état des plaies.

Dr F. Decourt.

IV

Je soigne en ce moment un blessé qui a eu la main

droite prise dans une scie circulaire. Il avait en arrivant chez moi un broiement de la 1re phalange du pouce, et j'ai dû pratiquer d'urgence la désarticulation du reste de cette phalange.

De plus, le blessé avait une fracture compliquée de la 3e phalange de l'index droit et des plaies multiples au médius et annulaire, même main, ainsi qu'une plaie très légère à l'avant-bras droit.

Puis-je compter pour le 1er jour :

Désarticulation partielle d'un doigt	37 fr. 50
Pansements multiples sur index, médius et annulaire	11 fr. 25
Certificat descriptif	10 fr.
Et pour les pansements suivants que je fais tous les 2 ou 3 jours, puis-je compter également	11 fr. 25

Car il me semble que l'article 17 m'autorise à compter ainsi.

Mais j'aime mieux avoir votre avis, car on ne prend jamais trop de précautions pour établir une note d'honoraires ne devant soulever aucune difficulté.

Dr L.

Réponse.

1° Pour le premier jour :

a) Désarticulation partielle du pouce (Art. 20)	37 fr. 50
b) Réduction de fracture de l'index (Art. 18)	15 fr.
c) Certificat descriptif (Art. 29) ...	10 fr.
Total	62 fr. 50

2° Pour les autres jours, ce sont des « pansements multiples » à 11,25 durant quelques jours, puis pansement simple (c'est-à-dire consultation simple) quand les plaies seront devenues « très superficielles » (Voir Art. 7).

Dr F. Decourt.

V

On me demande à 22 h. pour aller voir un homme victime d'un accident survenu à 21 h. 30 dans un village situé à 7 km. de ma résidence. Je me trouve en présence d'un homme atteint de plaies contuses du crâne et de la face avec une forte commotion, suite d'une chute. Je fais quatre points de sutures, une injection de sérum antitétanique, un pansement et suis rentré chez moi à 1 h. du matin, je compte donc :

Indemnité kilométrique :	
14 km. aller et retour	14 fr.
Injection de sérum antitétanique	15 fr.
Suture	12 fr. 50
Total	41 fr. 50

Mais que dois-je compter pour la nuit et pour le pansement ?

Dr G.

(*Voir la suite page XXXI-2541.*)

LA LOI D'ASSURANCE SOCIALE

Un confrère m'écrit au sujet de la loi d'assurance sociale et il ajoute en terminant : « Mais quelle est votre opinion au *Concours* ? On dirait qu'il y a un certain flottement, et vous ne vous prononcez pas sur la question avec la netteté habituelle. »

Le *Concours* ne s'est pas prononcé et n'a pas à se prononcer : Société d'études, il ne cherche pas à imposer les idées de quelques-uns, fussent-ils, dans certaines circonstances, mieux éclairés que d'autres. C'est à l'*Union des Syndicats* qu'il appartiendra, le moment venu, de trancher la question par un vote.

Notre rôle se borne à appeler l'attention de nos lecteurs sur l'organisation nouvelle qu'on rêve pour l'exercice de la médecine, à provoquer leurs réflexions, à solliciter leurs avis, en un mot, à ouvrir la discussion qui ne saurait être ni trop vaste ni trop longue.

Les articles qui ont paru dans le *Concours* ne reflètent que les opinions de leurs signataires, opinions qui peuvent être partagées par d'autres, mais qui ne sont et ne sauraient être la conséquence d'une décision ferme et définitive.

Un de ses rédacteurs, Boudin, a fait de la question un exposé aussi impartial qu'il a pu : il a disséqué le projet de loi, cherché à éclairer les médecins sur les divers points qui ressortent de l'exposé des motifs et du texte de certains articles ; il a insisté sur les modalités possibles du fonctionnement de la loi, sur les avantages et les inconvénients que chacune d'elles pouvait présenter.

En même temps, nous donnions la parole à des confrères alsaciens pour rendre compte de ce qui se passait dans les départements récupérés, pour nous faire connaître les résultats de l'expérience faite. Ils ont montré que tout n'était pas pour le mieux dans le meilleur des mondes.

Duchesne, lui, a carrément attaqué le projet de face : il a fait ressortir ses imperfections, ses impossibilités, les complications et les abus de toutes sortes qu'il va provoquer, enfin le gros danger que son adoption tel quel fera courir à l'indépendance et à la dignité du Corps médical.

Il reflétait trop bien mes idées personnelles pour que j'aie hésité un instant à l'encourager et à lui crier bravo ; si j'avais un reproche à lui adresser, ce serait d'avoir peut-être laissé supposer que l'opinion de la majorité du Corps médical était faite et que la manière de voir qu'il exposait ne représentait que celle d'une minorité.

Non, l'opinion du Corps médical n'est pas faite et personne ne saurait prétendre que les résultats du referendum organisé sur la question des mutilés de la guerre puissent être *de plano* appliqués à la question beaucoup plus importante et plus élevée de l'assurance sociale.

L'opinion du Corps médical, on la connaîtra après l'Assemblée générale de l'Union des Syndicats médicaux : jusque-là, nul n'a le droit de la préjuger et chacun est libre d'exposer ses préférences.

Nous avons donné les nôtres, elles paraissent partagées par la presque totalité de ceux qui nous ont fait l'honneur de nous écrire et nous avons publié quelques-unes de ces lettres approbatives, mais nous n'hésiterions pas à publier de même celles qui présenteraient des arguments sérieux en faveur d'une autre solution, contrat collectif ou tout autre système.

Nous sommes quelques-uns à penser que les syndicats se sont peut-être prononcés un peu vite quand il s'est agi des mutilés de la guerre, mais la question était infime si on la compare à celle de l'assurance sociale. Il ne faut pas qu'il en soit de même au moment où va se décider l'avenir même de la profession médicale, et c'est pour cela que nous avons ouvert la discussion.

On nous a dit que le siège des pouvoirs publics serait fait, nous ne pouvons le croire. Nous ne pouvons admettre qu'on ait pris de l'organisation allemande tout ce qui était mauvais en négligeant ce qui était bon — telle l'organisation hospitalière — et qu'on veuille imposer *hic et nunc* au Corps médical ce projet mal venu.

Il faut donc qu'avant l'adoption par les Chambres, le Corps médical donne son avis éclairé, dise ce qui est possible et ce qu'il ne saurait accepter.

Il ne s'agit pas de venir récriminer après coup et de partir en guerre pour finir par capituler plus ou moins complètement.

Voilà pourquoi nous adjurons nos confrères de réfléchir, de causer entre eux, de préparer leurs réunions syndicales d'automne.

Voilà pourquoi aussi nous n'exprimons pas une opinion *ne varietur*, dont nul ne saurait s'écarter sans hérésie.

A. GASSOT.

PROPOS DU JOUR

La prétendue régression de la tuberculose ? La valeur des statistiques actuelles.

Les journaux ont publié le compte-rendu succinct du *Congrès pour l'avancement des sciences*, tenu récemment à Rouen. Or, dans le *Temps* du 7 août 1921, nous relevons la citation suivante :

Dans la section d'économie politique et de statistique, présidée par M. Louis Gensoul, premier président honoraire de la cour d'appel, M. E. Cacheux a montré que le taux moyen de la mortalité en France pourrait être diminué.

Si ce taux atteint la proportion de 17,7 pour 1.000 habitants, c'est que la tuberculose, cette grande tueuse d'hommes, fait trop de ravages. La moyenne des décès par tuberculose à Paris, qui était de 3.21 pour 1.000 pour la période quinquennale de 1901 à 1905 est descendue progressivement à 2.7 pour 1.000 en 1919.

En effet, le nombre des décès par tuberculose pour le département de la Seine n'est que de 14.407 en 1919 pour une population de 4.311.184 habitants, au lieu de 14.638 en 1914, pour une population de 4.065.184 habitants.

La mortalité par tuberculose a donc diminué de près d'un tiers à Paris et dans sa banlieue. Ce résultat est dû au service d'hygiène dirigé par M. Juillerat. On pourrait cependant faire beaucoup mieux.

Nous ne chercherons en rien, bien au contraire, à diminuer le mérite de M. Juillerat ; nous partageons absolument ses idées en matière de prophylaxie antituberculeuse. Nous avons dit depuis plus de vingt ans et nous ne cesserons de répéter que le *taudis, mal aéré et surtout mal ensoleillé*, est le principal facteur de la multiplication des tuberculeux à Paris. Nous prétendons que Grancher et M. Juillerat ont été jusqu'ici les seuls qui ont compris par quels moyens il est *pratiquement* possible de combattre le fléau tuberculeux dans les conditions actuelles.

Mais nous nous permettrons de discuter les chiffres et les conclusions que le *Temps* prête à M. E. Cacheux.

Dans le rapport au Conseil général de la Seine, relatif à l'organisation de la lutte contre la tuberculose dans l'agglomération parisienne, MM. Henri Sellier et Henri Rousselle publient les statistiques officielles sur les décès par tuberculose à Paris et dans le département de la Seine.

Nous y relevons pour l'année 1914 un total général de 17.330 décès par tuberculose (dont 11.328 pour Paris et 6.002 pour la banlieue) et pour l'année 1919, un total général de 14.166 décès par tuberculose (dont 8.293 pour Paris et 5.873 pour la banlieue. Il y a un désaccord notable entre les chiffres que le *Temps* prête à M. Cacheux et les chiffres ci-dessus, empruntés au rapport du Conseil général. Mais en acceptant seulement comme exacts ces derniers chiffres et supposant que ceux donnés par le *Temps* soient inexacts par le fait d'une erreur d'impression, il n'en existe pas moins une diminution des décès par tuberculose entre 1914 et 1919 et ceci semblerait faire croire que les mesures d'hygiène, prises durant cette période, ont déterminé une régression de la tuberculose.

Hélas ! il n'en est rien, et d'ailleurs, si l'on exigeait quelques précisions sur l'importance de ces mesures, l'on serait obligé de convenir, tant elles furent minimes, sinon inexistantes, qu'elles ne méritent pas d'être relevées.

Mais l'objection la plus sérieuse que nous ferons aux affirmations de M. E. Cacheux portera d'abord sur la valeur de la statistique qu'il invoque et ensuite sur l'interprétation qu'il convient de lui donner avant d'attribuer à ses chiffres une valeur d'apparence scientifique.

Nous nous permettrons d'affirmer que la statistique des causes de décès à Paris et dans le département de la Seine, même pour la tuberculose pulmonaire, est *absolument sans valeur scientifique.*

Le médecin de l'état civil qui vient constater les décès est tenu de faire un diagnostic rétrospectif ; or nous savons que, si le diagnostic sur le vivant est souvent difficile, il est le plus souvent impossible après le décès, quand, pour apprécier la cause de la mort, le médecin de l'état civil n'a, en fait de documents, que les renseignements des familles et les ordonnances des médecins traitants.

Personne ne nous contredira, si nous affir-

mons que les décès des trois quarts des malades cachectiques sont attribués à la tuberculose chronique sans que rien ne vienne démontrer la cause bacillaire de la maladie.

En outre les décès par tuberculose à marche très aiguë, ceux qui surviennent chez des tuberculeux chroniques, victimes de complications aiguës ou de maladies intercurrentes ne sont pas comptés parmi les tuberculeux, La mort des jeunes enfants, atteints de tuberculose pulmonaire, méningée, intestinale, donne lieu aussi à un nombre très appréciable d'erreurs.

Entre 1914 et 1919, des évènements sont survenus qui enlèvent absolument toute valeur à cette statistique déjà si discutable : ces événements sont la guerre et les épidémies de grippe.

Les personnes qui se sont donné la peine de réfléchir à ce sujet (et MM. H. Rouselle et H. Sellier sont de ce nombre) y ont immédiatement songé. En parcourant le rapport du Conseil général de la Seine relatif à la lutte antituberculeuse, nous relevons toute une suite de causes d'erreurs, signalées çà et là. Ce sont d'abord les «nombreux malades de la région parisienne décédés en province où ils s'étaient rendus pour y trouver, avec l'espoir de guérison, l'affection, les soins et les secours dont ils étaient privés en l'absence du père, du mari ou du frère mobilisés ».

Ce sont les nombreux tuberculeux envoyés aux armées, à la suite d'un examen médical insuffisant et trop rapide en des moments où l'on avait hâte d'opposer à l'envahisseur des contingents assez gros pour lui barrer la route. (Rapport de M. Honnorat à la Chambre des députés. Loi tendant à l'institution des sanatoriums). Notons qu'en octobre 1920, le service des pensions a relevé dans la région parisienne 17.144 réformés pour tuberculose et que le Comité des mutilés et réformés du département de la Seine a évalué, en fin 1920, à 15.000 le nombre des anciens militaires tuberculeux qui sollicitaient un appui ou un secours. Ces renseignements indiquent l'importance du nombre des tuberculeux parisiens mobilisés et combien il en est qui ont dû mourir prématurément en dehors de Paris, de 1914 à 1919.

Enfin MM. Sellier et Rousselle précisent dans leur rapport la perturbation que la grippe a apportée dans la statistique, en ces termes :

« Si l'on observe que la mortalité tuberculeuse, qui atteignait, en 1917, 23,8 % des décès pour Paris, et 20,58 °/o des décès pour les communes de la banlieue, descend à 19,57 des décès pour Paris et 17,57 des décès pour les communes de la banlieue en 1918, pour remonter en 1919, on en peut déduire que parmi les victimes de l'épidémie de grippe figurent un nombre important de tuberculeux, soit par inexactitude de diagnostic, soit en raison des déclarations volontairement inexactes, soit enfin que l'épidémie ait fait les plus gros ravages sur les personnes déjà atteintes de tuberculose. »

Ces considérations doivent suffire pour démontrer combien sont fragiles les bases de la statistique sur lesquelles reposent les affirmations que le *Temps* attribue à M. E. Cacheux.

Certes, la statistique mérite qu'on lui prête quelque attention, mais il ne faut lui accorder qu'une importance toute relative.

Avant de baser sur elle le plus petit jugement, il convient de savoir de quelle façon elle a été établie et les causes d'erreurs, toujours nombreuses, qui faussent ses résultats.

Claude Bernard, dans son *Introduction à l'étude de la médecine expérimentale* (ch. II, paragraphe IX) fait une longue critique de l'importance que certains veulent attribuer aux moyennes et à la statistique en médecine. Elles sont d'autant plus inexactes « qu'elles donnent des chiffres qui trompent et en imposent par une fausse apparence d'exactitude ».

Reconnaissons que c'est bien le cas en matière de tuberculose et que nous aurions tort de croire à la régression du fléau sous l'influence d'un effort prophylactique jusqu'ici trop insuffisant pour amener une amélioration appréciable.

J. Noir.

PARTIE SCIENTIFIQUE

LA PRESSION ARTÉRIELLE (1)

Les sphygmomanomètres oscillatoires (2)

Par le Dr Camille LIAN.
Médecin des hôpitaux de Paris.

Les règles de la détermination oscillatoire de Mx et de Mn ont déjà été longuement étudiées dans quelques-unes des leçons antérieures, aussi n'y a-t-il pas lieu de compléter sur ce point les données déjà exposées. J'envisagerai donc d'emblée les qualités que doit présenter un bon oscillomètre, et je vous décrirai ensuite l'oscillomètre du Prof. Pachon, en soulignant à votre attention quelques détails de son mode d'emploi.

I. — *Qualités que doit présenter un bon oscillomètre.*

Un bon oscillomètre doit présenter une très grande sensibilité. A ce point de vue, on peut considérer comme très désirable que dans un sphygmomanomètre l'oscillomètre et le manomètre constituent deux appareils distincts. Ainsi l'aiguille oscillométrique peut avoir des pulsations d'une grande amplitude sans nuire à la lecture et à l'exactitude du chiffre exprimant la pression. Il existe cependant des appareils qui, comme le tonomètre de von Recklinghausen, comportent une seule aiguille, à la fois manométrique et oscillométrique. Mais l'écueil habituel et fatal des appareils de ce type est de fournir des oscillations d'une amplitude très minime, et par conséquent d'accroître encore les difficultés de la méthode oscillatoire.

Est-il nécessaire que l'aiguille oscillométrique présente une sensibilité constante, toujours égale à elle-même, pour tous les chiffres de contre-pression ?

Ce n'est peut-être pas indispensable si l'on envisage exclusivement la mesure de la pression artérielle. En effet, il s'agit de comparer les caractères des oscillations pour chaque chiffre de contre-pression, considéré par rapport aux chiffres voisins d'un centimètre, l'un plus fort, l'autre plus faible. On pourrait donc considérer que la sensibilité d'une aiguille oscillométrique, même si elle n'est pas constante, est pratiquement comparable pour des chiffres aussi voisins. En tout cas, la sensibilité constante de l'aiguille oscillométrique est très heureuse, même au point de vue strictement sphygmomanométrique. Elle devient indispensable si l'on veut étudier la courbe des oscillations pour en tirer d'autres déductions que celles de la mesure de la pression artérielle.

Quant à la manchette d'un sphygmomanomètre oscillatoire, elle ne peut que gagner à être conçue pour pouvoir s'appliquer non pas en une région limitée de tel ou tel segment de membre, mais à n'importe quel segment de membre. Il y a des cas en effet où il est indispensable de pouvoir mesurer la pression artérielle à divers segments de membre, pour pouvoir préciser le siège exact d'une lésion artérielle oblitérante par exemple. Il y a d'autre part des cas où les oscillations sont trop petites au poignet pour permettre une mensuration correcte, tandis qu'elles sont assez grandes au bras.

II. — *L'oscillomètre sphygmométrique du prof. Pachon.*

L'oscillomètre y est distinct du manomètre, et en outre présente une sensibilité à la fois très grande et constante.

Cause de la sensibilité grande et constante de l'aiguille oscillométrique.

La principale particularité qui assure cet avantage à l'oscillomètre Pachon, c'est que *l'ampoule anéroïde reliée à l'aiguille oscillométrique est soumise intérieurement et extérieurement à la même pression.* La manchette est en communication à la fois avec l'ampoule anéroïde et avec la cavité close spacieuse dans laquelle est placée cette ampoule oscillométrique. De cette façon la paroi de l'ampoule est toujours détendue puisque sa pression intérieure est équilibrée par une pression extérieure égale. Dès lors toutes les variations de pression provoquées dans la manchette par les pulsations artérielles se font sentir simultanément à l'intérieur et à l'extérieur de l'ampoule anéroïde oscillométrique. Mais, pour cette même raison, elle ne bat pas.

Il suffit alors d'appuyer sur un bouton séparateur pour que la manchette enserrant le membre ne soit plus en communication qu'avec l'ampoule oscillométrique. Dès lors les variations de pression se produisant dans la manchette à chaque pulsation artérielle vont se faire sentir seulement dans l'intérieur de l'ampoule, et non à l'extérieur de l'ampoule, c'est-à-dire non dans la boîte où est cette ampoule : par conséquent on voit alors des battements de l'aiguille, expression

---

(1) Ces leçons cliniques du Dr Lian ont eu lieu à l'amphithéâtre des cours de l'hôpital Tenon, les 2e et 4e lundis de chaque mois, à 11 heures.

(2) Suite de la 4e leçon recueillie le 14 février 1921 par M. Pierre Cahen, externe des hôpitaux et revue par M. Lian. Les leçons précédentes ont été publiées dans les nos 6, 7, 9, 10, 12, 13, 21 et 36, du *Concours médical* 1921.

des soulèvements et affaissements de l'ampoule oscillométrique. D'autre part, les variations de pression qui sollicitent ainsi l'ampoule oscillométrique s'exercent sur des parois non distendues sur des parois ayant toute leur extensibilité. Les réponses que font ces parois sont donc exclusivement fonction de la pulsation artérielle qui les fait vibrer, et par suite les oscillations sont comparables entre elles, qu'elles aient été obtenues alors que la manchette compressive était gonflée sous une pression de 10 ou de 20 cm de Hg. Il n'en est plus de même pour les appareils qui comportent une seule ampoule oscillométrique et manométrique, et dans lesquels par suite la manchette est en communication exclusivement avec la cavité intérieure de l'ampoule, et non en même temps avec le cylindre qui contient l'ampoule. On comprend que, dans ces appareils, lorsque l'ampoule est déjà distendue par une pression de 20 cm de Hg, ses parois n'ont plus la même extensibilité, la même pulsatilité que si elles sont soumises seulement à une pression de 10 cm. de Hg.

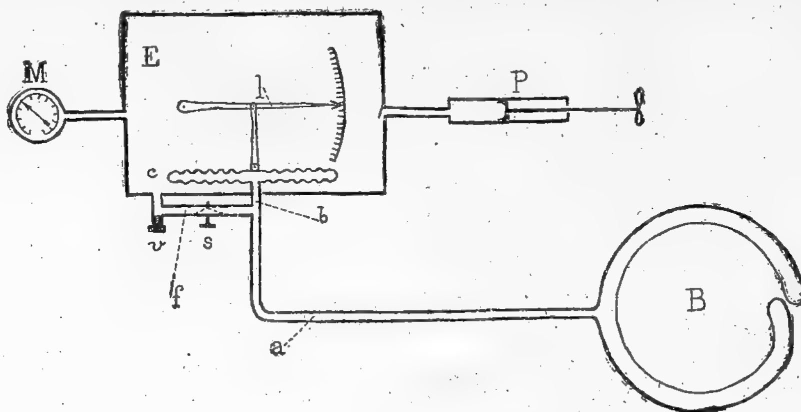


Fig. 1. — Schéma du principe de l'oscillomètre Pachon.

La manchette.

L'oscillomètre Pachon est livré avec une manchette de 8 cm. de hauteur, dont les dimensions sont telles qu'elle ne peut s'appliquer qu'au poignet ou au cou-de-pied. Elle ne peut entourer qu'un bras très mince, elle s'applique mal sur un bras moyen. Elle ne peut entourer un bras modérément gros, *a fortiori* un gros bras, le mollet ou la cuisse.

Quelques détails du maniement de l'appareil.

La manchette s'applique au poignet. Placez d'abord la pochette de caoutchouc dont les extrémités se recouvriront l'une l'autre à la façon des deux parties d'un veston croisé, puis autour de la pochette disposez de la même façon l'enveloppe de tissu résistant. Enfin serrez modérément les boucles.

Après avoir fermé la vis de compression, vous gonflez la manchette jusqu'à plusieurs centimè-

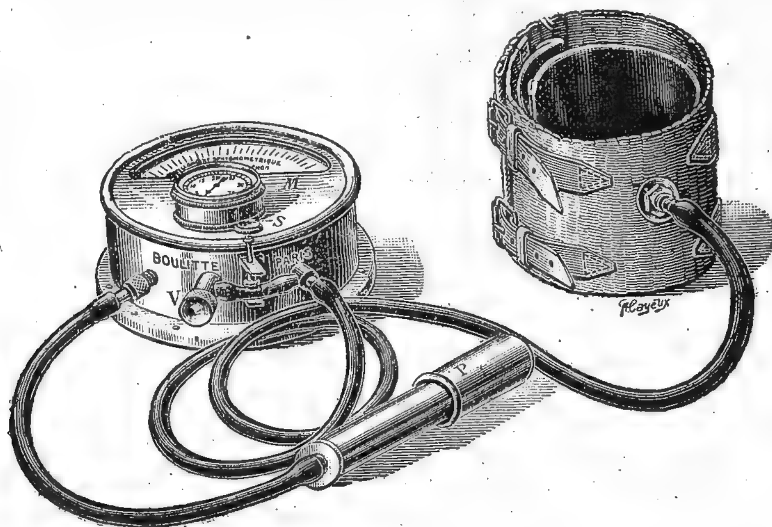


Fig. 2. — Oscillomètre sphygmométrique du professeur Pachon.

tres de Hg au-dessus du chiffre probable de la Mx oscillatoire. Puis, vous décomprimez par à-coups de centimètre en centimètre. Aussitôt qu'en dévissant la vis de décompression, vous avez obtenu la décompresssion désirée, c'est-à-dire pour chaque centimètre de Hg, vous revissez aussitôt à fond la vis et vous pressez sur le séparateur pour permettre à l'aiguille oscillométrique de traduire les pulsations du segment de membre comprimé. Vous notez mentalement, ou vous inscrivez la fraction de division, ou le nombre de divisions que parcourt sur le cadran l'aiguille oscillométrique. Vous en déduisez selon les règles précédemment envisagées la valeur de Mx et de la Mn oscillatoires. Vous faites cette détermination 2 ou 3 fois de suite, séparées par une période de quelques secondes où la manchette a été complètement dégonflée : ainsi vous évitez l'erreur due aux réactions vaso-motrices du début de la compression ; et en restreignant le champ de vos hésitations, vous obtenez des chiffres qui méritent plus sûrement créance que ceux d'une première détermination.

Il importe de vous rappeler que vous ne devez jamais presser sur le séparateur avant d'avoir vissé à fond la vis de décompression, et dans ce but il est classique de recommander de manier avec une seule main la vis et le séparateur. En effet si, pendant que la manchette est gonflée, vous pressez sur le séparateur alors que la vis de décompression n'est pas vissée à fond et permet la fuite de l'air, vous risquez fort de voir disparaître du cadran l'aiguille oscillométrique, et de détraquer l'appareil.

Familiarisez-vous avec le fonctionnement de la valve. Apprenez à la démonter, de façon à ce que vous puissiez changer son obus ou simplement l'imbiber de salive. Ces petits détails vous éviteront bien des ennuis.

CLINIQUE CHIRURGICALE

Hôtel-Dieu : M. le professeur agrégé OKINCZYC.

La stase intestinale chronique

(Maladie d'Arbuthnot Lane).

Je désire vous parler aujourd'hui d'un état morbide connu sous l'appellation de stase intestinale chronique. Ce nom, qui définit seulement les effets de la maladie, doit être conservé néanmoins — dans l'ignorance où nous sommes du côté étiologique.

Nous devons à Sir Arbuthnot Lane d'avoir sorti la maladie en question du cadre complexe de la constipation chronique et des affections intestinales. Les travaux de Lane, commencés il y a 20 ans, en 1901, se sont poursuivis depuis. Après une observation de Terrier (1902), les chirurgiens allemands abordent le sujet (1905) et font jouer un rôle à la mobilité du cæcum, à l'atonie du cæcum (typhlatonie). Au cours des années précédentes, d'ailleurs, alors qu'ils étudiaient l'appendicite, les opérateurs avaient constaté la présence dans la région cæcale de membranes et d'adhérences qui furent rattachées à la lésion appendiculaire et décrites sous le nom de pérityphlite. En 1911, les Américains, avec Mayo et Clark, reprennent la question et aboutissent à des conclusions analogues à celles de Lane.

Dans notre pays, nous trouvons depuis Terrier des travaux épars de Morestin, de Mathieu, le rapport de Segond au Congrès de chirurgie, la thèse de Sorel, qui est une monographie d'ensemble assez complète, à laquelle je ferai des emprunts, etc.

De cette revue historique rapide, il convient de retenir surtout les travaux de Lane, qui eut le mérite de grouper sous ce nom de stase intestinale chronique, tout un ensemble de troubles comprenant des ptoses, de l'auto-intoxication intestinale, et de la constipation chronique. Cette « stase intestinale chronique » est-elle une maladie nouvelle ? Non, c'est la réunion de différents symptômes que l'on essaye de rattacher à une cause intestinale. Il faut retenir également de ces études que l'appendicite avait un peu trop absorbé l'attention des médecins, que tous les accidents de la fosse iliaque droite avaient été rattachés trop exclusivement à l'appendicite chronique. On commence à distinguer ce qui appartient à l'appendicite et ce qui appartient à la stase.

Le cæcum, nous le savons, est un organe à réactions fréquentes. Bouveret a montré que des affections de l'intestin, même éloignées du cæcum, peuvent donner lieu à des phénomènes morbides sur ce dernier, où apparaissent parfois les premiers symptômes. Un ulcère du duodénum retentit, ainsi, dans certains cas sur le cæcum. Les réactions cæcales se traduisent alors par une dilatation de l'organe et de la douleur locale. La région iléo-cæcale apparaît comme un nœud intestinal, un point où l'on pourra « prendre le pouls » des constipés. Notez donc que nous rencontrerons dans la stase intestinale chronique des manifestations douloureuses siégeant dans la fosse iliaque droite, qu'il conviendra de distinguer de l'appendicite chronique.

Quelques mots d'anatomie. Dans la cavité abdominale, nous voyons l'intestin grêle presque entièrement mobile. Le gros intestin, au contraire, offre pour caractère d'être, sur une grande partie de son étendue, accolé à la paroi abdominale et devenu fixé. Le cæcum

toutefois conserve normalement sa mobilité, et sa fixation est plutôt anormale. Il y a d'ailleurs, des variations tenant à des modifications dans la vie embryonnaire et à des longueurs variables de l'intestin. Les anomalies de longueur et de fixation sont susceptibles d'aboutir à des coudures. Le grand épiploon joue aussi parfois un rôle. Aux deux extrémités, droite et gauche, à gauche principalement (angle splénique) des coudures peuvent s'observer. Enfin, au cours de l'involution, le cæcum peut se fixer précocement à la région sous-hépatique, ou au contraire se fixer dans le pelvis et même du côté opposé, dans la fosse iliaque *gauche*.

Vous le voyez, la stase intestinale chronique pourrait être dans une certaine mesure liée à ces déformations anatomiques et dépendre d'une action mécanique. Cela ne paraît pas suffire, toutefois, car si vous observez à la radioscopie ou au cours d'opérations, vous trouvez de ces malformations parfaitement compatibles avec un état fonctionnel normal, sans douleurs, sans troubles d'évacuation.

La raison anatomique n'est donc pas suffisante et il faut faire intervenir quelque chose de plus, la physiologie. La fonction évacuatrice de l'intestin dépend de la régularité, de la qualité des modifications du bol fécal, de la progression de ce bol (action de la musculature intestinale), et enfin d'un acte volontaire qui intervient essentiellement : la défécation. On a cherché à étudier d'une façon plus précise la progression des aliments et du bol fécal dans l'intestin grêle et surtout le gros intestin. Dans le grêle, la progression est due principalement à la consistance liquide du bol et aux mouvements péristaltiques de l'intestin, c'est-à-dire à la chasse du bol par une partie en contraction dans une partie non contractée. Il n'y a pas, dans le grêle, de mouvements anti-péristaltiques, sauf s'il y a obstacle. C'est tout ce qu'il nous importe de savoir du grêle. Au niveau du gros intestin, les recherches physiologiques ont fait distinguer d'abord des mouvements péristaltiques, comme dans le grêle, mais aussi des mouvements anti-péristaltiques normaux. Le repas bismuthé a permis ces constatations chez l'homme. Le siège de ces mouvements anti-péristaltiques, il est vrai, n'est pas précisé partout : ils existent sûrement dans le transverse. On connaît, en troisième lieu, des mouvements pendulaires, du fait des contractions des fibres longitudinales, dans le gros intestin.

Considérons maintenant le rôle de la valvule de Bauhin. Vous savez qu'à la réunion de l'intestin grêle et du gros intestin existe une valvule (dite des apothicaires ou de Bauhin). Cette valvule semble bien être un véritable sphincter à clapet destiné à s'opposer au reflux des matières du gros intestin vers le grêle. On a discuté sur la valeur physiologique de cette valvule. Expérimentalement, dans 45 % des cas, elle s'est opposée au reflux des solides et dans 72 % des cas au reflux des gaz. Le grêle ne semble pas destiné à renfermer normalement des gaz. La valvule de Bauhin serait donc presque toujours continente aux gaz si elle ne l'est pas aux solides.

Quelle est la durée du transit intestinal ? Je vais vous indiquer les chiffres moyens qui ont été décelés par la radioscopie. Le bol parcourt le grêle et arrive à sa terminaison en 3 heures. Ici, se place un ralentissement normal : le bol est dans le cæcum au bout de 4 h. 1/2. Deux heures après (6 h., 6 h. 1/2) il est à l'angle hépatique (soit deux heures de séjour dans le segment cæco-colique). Après 8 heures, nous le voyons dans le transverse, à 9 h. à l'angle splénique, à 12 heures dans le côlon sigmoïde, pour être évacué finalement après 24 heures. Il y a deux sièges physiologiques de stagnation : le segment cæco-colique et le côlon sigmoïde (presque 12 heures dans ce dernier). Les modifications chimiques des aliments, d'autre part, sont à peu près nulles dans le gros intestin, où s'observent surtout de la résorption aqueuse (solidification des matières) et des modifications de putréfaction bactérienne. Les matières deviennent ainsi le boudin fécal. Si l'action digestive est nulle, la putréfaction est à retenir, la stagnation donnant lieu à des phénomènes d'auto-intoxication. De là à conclure à l'utilité de la suppression du gros intestin, il n'y avait qu'un pas. Il a été franchi par Metchnikoff lorsqu'il a dit que le secret de la jeunesse se résumait dans la suppression de ce gros intestin.

L'expulsion des matières fécales, la défécation, est liée à la contraction combinée des muscles de la sangle abdominale et de la sangle pelvienne et au jeu des sphincters de l'anus. Retenez que c'est un acte volontaire et que les habitudes de paresse dans cet acte aboutissent à troubler d'une façon grave les fonctions normales du gros intestin.

Quels sont les individus chez lesquels on rencontre principalement la stase intestinale chronique ? On peut dire que cette affection est particulièrement prédominante dans le sexe féminin, ce qui s'explique bien, la jeune fille et la femme ayant souvent une mauvaise discipline intestinale. La tendance à la ptose viscérale — ce qui est une autre cause de stase — est plus développée aussi chez la femme. On observe cependant la stase dans le sexe masculin ; chez les enfants, l'affection se voit à égalité dans les deux sexes. Ceci indique qu'il y a peut-être à l'origine de ces troubles morbides un substratum anatomique ; s'ils s'accusent plus dans le sexe féminin, c'est que l'homme discipline beaucoup mieux son intestin, alors que la jeune fille aggrave l'affection par de mauvaises habitudes.

Au point de vue lésions, chez certains malades, la radioscopie (et l'examen chirurgical parfois) permettent de constater d'abord un cæcum dilaté, volumineux. Prenant la victime pour le coupable, on a accusé ce gros cæcum d'être la cause de tout le mal (théorie du cæcum mobile des Allemands). Mais, le cæcum mobile est une disposition normale et ce n'est pas parce qu'il est mobile qu'il se distend. Il faut chercher la cause de cette distension. Les auteurs allemands ont dit encore : la distension est due à la torsion du cæcum, à son atonie (typhlatonie). Ces théories ne sont plus guère défendues, même en Allemagne.

Pour Lane, la source de tous ces maux — et de tous nos maux même — tient à la stase, à une mauvaise manière d'aller à la garde-robe. La position assise est défectueuse. La position accroupie, à la turque, est seule à recommander. Elle donne un point d'appui aux muscles, maintient la sangle abdominale et les reins, pendant cet acte. La stase ainsi se développe, peut-être chez des prédisposés. Lane va trouver également des motifs dans les modifications anatomiques : distension du cæcum sous l'influence de la stase, abaissement consécutif du cæcum, avec coudure de l'appendice, coudure et stase du grêle si celui-ci est fixé, stase et ptose du côlon transverse avec coudure aux deux extrémités, stase au niveau du côlon sigmoïde, avec allongement et coudure de celui-ci. Enfin, il insiste sur l'auto-intoxication.

En France, les auteurs ont incriminé aussi l'occlusion fruste due à la coudure de l'angle splénique. La question semble s'étendre encore, et l'on va jusqu' à décrire une action indirecte sur la ptose rénale. Ainsi, nombre de troubles arrivent à se rattacher plus ou moins à la stase intestinale.

De tout cela il faut retenir qu'il y a des stases partielles, liées quelquefois à un substratum anatomique, et une stase généralisée bien décrite par Lane, liée à des troubles fonctionnels qui aggravent des dispositions anatomiques. Je me rappelle lorsque, le 8 octobre 1913, j'écoutais Lane au Congrès de chirurgie, j'eus l'impression que la maladie qu'il décrivait était la maladie unique, source de tous nos maux. Pour Lane, en effet, de la stase intestinale chronique découlent une foule de choses : coudures, distensions, spasmes du pylore, spasmes de l'œsophage, distension gastrique, auto-intoxication, amaigrissement, troubles de circulation, troubles mentaux, mélancolie, céphalées, paralysies, prolapsus génitaux, athérome, calvitie, hypertrichose, lésions du mal de Bright, lithiase biliaire, pancréatites, affections oculaires, etc.

Si je vous ai donné cette longue énumération, c'est que cela m'a paru utile. Lane, qui est un novateur, a une tendance à exagérer et il a même raison d'exagérer. S'il ne faut pas attribuer à la stase tout ce qu'il indique, il n'en est pas moins vrai que la maladie a un retentissement indiscutable sur différents organes et y ébauche des troubles divers.

Je prendrai, au point de vue clinique, deux types de stase intestinale chronique, l'un au début, l'autre à la période d'état. Dans le type au début, il s'agit généralement d'une jeune fille sédentaire, exerçant une profession de bureau. Elle présente deux symptômes essentiels, la constipation et des douleurs. Quand vous l'interrogez elle se plaint de souffrir et ne parle jamais pour ainsi dire de sa constipation, parce que cette constipation, par négligence ou pudeur absurde, est volontaire. Vous devez la découvrir, car pour la malade, elle n'est pas liée à ses douleurs. La constipation, d'ailleurs, n'est pas toujours apparente. La malade va presque régulièrement à la garde-robe, mais rejette seulement quelques matières dures. Quelquefois même, il y a un peu de diarrhée, une fausse diarrhée due à l'irritation de l'intestin qui provoque la formation d'une petite quantité de liquide filtrant le long des matières durcies. Le toucher rectal renseigne utilement. Normalement, l'ampoule rectale doit être vide, sinon cela indique un rectum qui a perdu la notion du besoin de défécation.

La malade souffre de l'abdomen, au niveau de la fosse iliaque droite particulièrement. On conclut volontiers à l'appendicite. L'appendice (sain) enlevé, les douleurs persistent. On les attribue à la ptose rénale et l'on conseille une ceinture. Les douleurs continuant, on trouve une rétroflexion, qui est corrigée par une hystéropexie, puis une ptose gastrique, quelquefois opérée. Cette énumération montre bien qu'on ne s'est pas attaqué à la cause essentielle et que la chirurgie a été ici mal dirigée. On constate donc des douleurs dans la fosse iliaque droite mais pas en un point, en une zone : zone étendue et assez diffuse. De plus si vous explorez, en état de crise, l'abdomen, vous constatez que le refoulement de bas en haut soulage la douleur, alors que le refoulement en sens inverse l'augmente.

On note aussi des douleurs à distance, lombaires, rénales, de ptose associée. Puis, petit à petit, on arrive au moment où la musculature de l'intestin s'atrophie et l'on passe au second type.

Le second type concerne des malades plus âgées. Ce sont de véritables infirmes, souffrant d'une façon constante, vivant sur une chaise-longue, ayant perdu toute capacité sociale. Ces malades sont amaigries, à teint terreux, présentant à un certain degré le tableau de la cachexie stercorale. Il ne faut pas laisser les patientes arriver à ce degré de la maladie, autant que possible.

Vous aurez à déterminer l'état de stase, stase (fréquente) du segment cæco-colique, donnant lieu à des putréfactions intenses, stase du côlon sigmoïde, plus fugaces, plus latentes, car les matières sont là dures, avec peu de résorption, stase du gros intestin, avec mégacôlon quelquefois. Ne négligez jamais l'exploration radioscopique, combinée ou non avec le palper, qui permettra de délimiter la forme du gros intestin et les zones douloureuses.

Le diagnostic n'est pas toujours facile, surtout au début. Il s'établira avec nombre d'affections, l'appendicite, les affections à distance, la lithiase rénale, l'ulcère du duodénum, etc. Certaines maladies, la lithiase biliaire par exemple, peuvent être l'origine d'adhérences coliques, avec stase secondaire.

Le traitement est également difficile, étant donné qu'il n'est pas éclairé encore par une cause essentielle. Le traitement médical joue un rôle important. Il faut l'essayer pendant 6 mois au moins avant de recourir à la cure chirurgicale. On a abusé des purgatifs et des laxatifs ; ce sont des cache-misère qui irritent l'intestin et aboutissent à l'atonie. On peut essayer de modifier la consistance du bol fécal à l'aide des huiles minérales. Lane s'est montré un ardent défenseur de l'huile de paraffine. On proscrira les lavages de l'intestin, qui le distendent On a parlé également de massages de l'intestin et des muscles de la paroi abdominale : c'est un moyen logique, à retenir. De même, le régime alimentaire, hypofermentescible. Utiles également peuvent être les moyens physiothérapiques, l'hydrothérapie, la cure sportive. Mais avant tout et surtout, il faut discipliner l'intestin et obtenir des défécations volontaires, régulières, quotidiennes, à la même heure, en position accroupie. Tout cela doit être poursuivi des mois et, si le malade est encore jeune, peut donner une guérison définitive.

On ne saurait parler de chirurgie avant un essai de 6 mois au moins de traitement médical. En quoi consiste le traitement chirurgical ? La première idée a été de libérer les brides dont on a parlé. On a proposé de plicaturer, de fixer le cæcum, d'abaisser les angles coudés du gros intestin On s'est adressé à l'entéro-anastomose du grêle sur le côlon (supprimant le cæco-côlon) à l'anastomose du cæcum sur le rectum pour drainer les matières stagnantes, à la colectomie partielle ou totale. Cette dernière opération, même dans les mains de Lane, a donné une mortalité assez importante. Or, en chirurgie, il faut proportionner la gravité de l'acte opératoire à la gravité de l'affection. Dans la majorité des cas, la stase intestinale chronique n'est pas mortelle et une opération dangereuse n'est en général pas logique, du moins habituellement. Nous ne connaissons pas bien en outre les inconvénients de la suppression ou de l'exclusion du gros intestin. En somme, on choisira, selon les circonstances, telle ou telle intervention, le drainage par exemple qui laisse tout de même une partie des aliments continuer leur chemin dans le gros intestin. La question reste, d'ailleurs à l'étude.

Leçon recueillie par le Dr P. Lacroix.

GYNECOLOGIE

La tuberculose des trompes.

La tuberculose des trompes est la *plus fréquente des tuberculoses génitales* (Boursier), mais son histoire ne remonte qu'à la découverte du bacille tuberculeux et au début des opérations gynécologiques.

Elle est tantôt une maladie primitive (rarement), tantôt et plus communément, *elle est secondaire*. L'infection se fait par voie sanguine, ou par *voie péritonéale*, ou par *infection ascendante* (instruments, mains, tuberculose cutanée voisine ou même diarrhée tuberculeuse, sperme infecté), et elle aboutit : soit à des altérations des trompes qui peuvent être simplement atteintes dans leurs parois ou au contraire contenir du pus (pyosalpinx tuberculeux), soit à des réactions péritonéales. Suivant la prédominance de l'association de ces lésions anatomiques, on a des formes cliniques variables.

I. — Dans la *forme commune*, les lésions tubaires et péritonéales se balancent. *Elle ressemble à la salpingite ordinaire.* Elle atteint les femmes de 15 à 35 ans, *parfois vierges*, souvent à l'occasion de la puberté, de la grossesse ou de l'avortement, toutes causes qui congestionnent l'utérus. C'est un *début* lent, à bas bruit ; ou au contraire on a des poussées aiguës de pelvi-péritonite tuberculeuse à la suite de laquelle va évoluer la lésion chronique. A *la période d'état*, les *troubles menstruels* (souvent précurseurs) ne manquent jamais ; ce sont tantôt l'aménorrhée, tantôt des règles précoces et abondantes, tantôt des *métrorragies*. Ces signes sont souvent dus à l'envahissement secondaire de l'utérus. Les *écoulements* sont *parfois absents*, ce qui est un bon signe de diagnostic, car la blennorragie en donne ordinairement beaucoup, ou bien on voit une leucorrhée banale ou du vrai pus. Les *douleurs*, souvent très vives, spontanées et au palper et au toucher, ne s'améliorent pas par la columnisation. L'*état général* est médiocre, le sujet s'amaigrit et pâlit.

Le *palper combiné* au toucher vaginal, ou rectal chez les vierges, montre que l'utérus est *fixé*, par envahissement du ligament large ; parfois même tout se tient en *masse bosselée* où utérus et



annexes sont impossibles à délimiter, donnant une sensation de mastic au toucher, qui est souvent très douloureux. Cette masse est formée de l'épiploon, la trompe et l'intestin avec des fausses membranes. Souvent au milieu de ces divers organes on trouve des *nodules caséeux*, des *collections* pouvant fluctuer.

Hégar a donné comme signes : la trompe en chapelet avec des *nodosités pariétales* au niveau de l'isthme.

Evolution. — La guérison par *sclérose* est rare ; la stérilité est fréquente. Il survient des *poussées aiguës* avec pâleur et amaigrissement, pouvant s'éteindre ou former *du pus* et aboutir à la cachexie et à la *mort*, hâtée parfois par la granulie ou l'ouverture du pyosalpinx dans le péritoine, la vessie, le rectum.

Le *diagnostic*, s'il n'y a pas d'épanchement péritonéal, ne peut être que de *probabilité*. On élimine l'appendicite et la tumeur utérine facilement, ainsi que la grossesse tubaire (facilitée d'ailleurs par la lésion tuberculeuse). Les *tumeurs de l'ovaire* sont parfois imitées de si près par la tuberculose que, même pièces en mains, le diagnostic est difficile (hypertrophie épithéliale commune aux deux cas).

On se base sur le fait que les bosselures sont plus grosses et plus dures dans le cancer ; l'ascite est plus cloisonnée dans la tuberculose et la tumeur ballotte moins dans son ascite. Le diagnostic est surtout à faire avec la *salpingite banale* ; il sera basé sur les antécédents, les lésions concomitantes des autres organes, le toucher, l'existence d'un *hymen*, l'*examen histologique* et l'inoculation des pertes et des produits du curettage.

II. — *Les formes où les signes de péritonite prédominent* sont plus aisées à reconnaître, et dans la plupart des cas la *coexistence* de péritonite et d'annexite impose le diagnostic de tuberculose.

a) *L'ascite essentielle des jeunes filles* est une péritonite tuberculeuse souvent due à des lésions annexielles. Son allure est bien connue.

b) Parfois on a une *maladie à allure aiguë* : ce sont des bacillaires ayant céphalalgie, diarrhée, ballonnement ; on pense à une typhoïde par exemple, on méconnaît la tuberculose génitale, et à l'autopsie on a une *granulie* diffuse du péritoine dont l'origine est aux trompes.

III. — Dans la *forme « abcès froid tubaire »* les signes de péritonite sont réduits au minimum. Les malades ont de la pesanteur pelvienne, des tiraillements avec irradiations dans les lombes et les membres inférieurs, les règles ne sont pas toujours troublées, et malgré l'amaigrissement, la faiblesse, un état un peu fébrile, les sujets n'ont pas toujours abandonné le travail ; ce qui les frappe surtout, c'est souvent l'augmentation de volume du ventre . A la *palpation*, on sent le pyosalpinx dans la fosse iliaque, ou sur la ligne médiane, ou même on sent des abcès bilatéraux. Le *toucher* apprécie la souplesse du cul-de-sac ; on peut ne rien sentir si la tumeur est abdominale. Si elle est pelvienne, on sent une tumeur dure, rénitente, régulière, donnant l'impression d'une poche liquide mais sans fluctuation vraie. L'utérus est indépendant de la tumeur, indolente au palper. Cela ressemble à un kyste ovarien, qui pourtant est unique, fluctuant et moins aplati ; — à un kyste du ligament large ; — à une grossesse tubaire ; — à une tumeur fibro-kystique de l'utérus —, à un kyste du mésentère, etc. Mais dans tous ces cas, c'est à l'opération que le diagnostic aboutit, et l'erreur en a moins d'importance.

Le *traitement* est en effet l'ablation chirurgicale si l'état général et l'état local des viscères le permettent, par laparotomie. Même si les adhérences empêchent l'ablation complète, la malade est améliorée. (L'ouverture d'un pyosalpinx par le vagin est une opération palliative). Les résultats sont satisfaisants. En même temps, pour consolider la guérison et éviter les généralisations bacillaires toujours à craindre après intervention, on met en œuvre le traitement tonique, le traitement climatique si possible, et l'héliothérapie.

J.-M. ARCHIMBAUD.

A TRAVERS LA PRESSE

L'entéroptose d'origine hépatique.

MM. GLÉNARD et ROUZAUD s'élèvent contre les idées régnantes sur le traitement des ptoses viscérales qui, d'après les travaux les plus récents, devrait relever de la chirurgie.

Ils soutiennent que l'intervention opératoire peut avoir ses indications, mais qu'elle ne domine pas la thérapeutique de ces états pathologiques, et qu'une large part revient au traitement médical qui donne souvent les meilleurs résultats.

D'après eux, en effet, il n'y aurait guère d'entéroptose que n'accompagne en même temps un degré plus ou moins marqué d'insuffisance hépatique.

Tantôt la ou les ptoses viscérales sont primitives et l'atteinte du foie en est une conséquence : le foie ne trouvant pas dans la masse intestinale en équilibre statique le coussin sur lequel il repose normalement, a tendance à s'abaisser ; les canaux biliaires sont étirés et subissent une sorte d'atrésie qui gêne la circulation de la bile, avec retentissement sur le fonctionnement de la glande elle-même.

Dans d'autres cas, au contraire, il est possible

de mettre en évidence l'atteinte préalable du foie, précédant l'entéroptose.

Ici, l'entéroptose est secondaire à l'hépatisme, qui est primitif, et qui manifeste son inflnence par trois mécanismes différents : 1) par paresse hépatique, l'insuffisance biliaire entraînant une insuffisance du péristaltisme intestinal, avec atonie consécutive, puis diminution de calibre, et par suite de volume, et affaissement de la masse de l'intestin ; 2) par l'action mécanique de l'hypertrophie du foie ; 3) enfin, par hypotension portale intrahépatique.

Dans ces conditions, le traitement médical de l'entéroptose comprendrait la sangle hypogastrique, le régime alimentaire à prédominance carnée ; les laxatifs (sulfate de soude à petite dose) et la cure alcaline (Vichy). (*Paris méd.*, 25 juin 1921).

Indice alimentaire du nourrisson normal.

Quelle doit être la ration de lait du nourrisson normal selon son âge ? C'est là une question qui se pose à chaque instant dans la pratique, surtout aux consultations de nourrissons.

Chaque pédiatre a sa formule. M. J. PEYROT fait connaître la sienne, qui semble d'une simplicité digne de considération :

« Pour un nourrisson normal, écrit-il, il semble qu'il y ait un moyen simple, facile à appliquer dans toutes les consultations de nourrissons, permettant, avec le pèse-bébé et le mètre à ruban de déterminer approximativement sa ration alimentaire journalière. Chaque nourrisson détermine lui-même cette ration qui est obtenue en additionnant le 1/10e de son poids, sa taille et son périmètre thoracique : on obtient ainsi un véritable indice alimentaire qui permet, dans la presque totalité des cas, de se passer des tableaux d'allaitement qu'on n'a pas toujours sous la main. » (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 25 juin 1921.)

Procédés pratiques pour éviter le choc arsénobenzolique.

L'enthousiasme provoqué par les merveilleux résultats obtenus dans le traitement de la syphilis par l'arsénobenzol s'est, récemment, quelque peu refroidi en raison des accidents, dont quelques uns mortels, qui ont été observés.

Le choc consécutif aux injections d'arsénobenzènes se traduit, chez certains sujets, par des manifestations d'un aspect dramatique particulièrement impressionnant.

Est-il possible d'éviter ce choc ?

M. CHEINISE résume les différents procédés proposés dans ces derniers temps, et dont l'efficacité est assez démontrée, pour qu'on soit autorisé à y recourir avec une certaine sécurité.

Le procédé de M. Ravaut consiste à injecter intra-veineusement une solution d'hyposulfite de soude. Mais, efficace dans le traitement de certaines dermatoses, il n'a pas encore fait suffisamment sa preuve dans la prévention du choc arsenical.

M. Sicard utilise le carbonate de soude chimiquement pur, dont il injecte dans les veines, préalablement à l'arsénobenzol, 0.60 à 0,75 en solution dans 30 cmc. de solution physiologique.

Si la crise arsenicale s'est déclanchée, l'injection de carbonate de soude postérieure en atténue encore les effets.

D'autres auteurs recommandent l'atropine (0,0012 en injection sous-cutanée), l'éther (3 ou 4 gouttes ajoutées à la solution arsenicale au moment de l'injection), l'éther encore en injection sous-cutanée 10 minutes avant l'injection, ou l'huile camphrée, de la même manière, une demi-heure avant. (*Presse méd.*, 25 juin 1921.)

Traitement de l'hérédo-syphilis.

Il varie selon qu'on a affaire à des manifestations virulentes ou à des dystrophies d'origine syphilitique.

A titre préventif, quand on est en présence d'un nouveau-né d'apparence saine, mais procréé par des générateurs syphilitiques, il est prudent de lui faire suivre un léger traitement mercuriel, en lui administrant de la liqueur de Van Swieten, aux doses qui conviennent, pendant toute la période de croissance.

Les lésions virulentes réclament la médication arsenicale, en injections intra-veineuses (jugulaire externe ou veines épicrâniennes), ou si la voie endo-veineuse est impossible à prendre, en injections intra-musculaires (solutions huileuses, sulfarsénol), d'une façon systématique, en pratiquant régulièrement des examens sérologiques du sang et du liquide céphalo-rachidien. Quand les réactions se montrent successivement négatives, au cours de la répétition de leur recherche, on continuera cependant à soumettre les enfants à un traitement mercuriel d'entretien, par la liqueur de Van Swieten, comme précédemment. Les frictions mercurielles, les injections de sels solubles de mercure peuvent également trouver leur indication.

La syphilis cutanée tardive héréditaire est justiciable du traitement arsenical intensif.

Quand il s'agit de dystrophies d'origine syphilitique, c'est toujours une ou plusieurs glandes endocrines qui sont primitivement lésées. En ce cas, le traitement opothérapique est indiqué. Préparations thyroïdiennes dans le myxœdème et l'hypothyroïdie ; extrait d'hypophyse (glande totale du lobe postérieur) dans les manifestations hypophysaires (acromégalie) ; extrait de surrénale, adrénaline dans l'insuffisance surrénale.

Mais on observe souvent un syndrome pluriglandulaire qui demande l'administration simul-

tanée ou successive d'extraits glandulaires suivant la prédominance des symptômes se rattachant à telle sécrétion interne troublée.

« Ces considérations, écrit M. Fernet, nous « font insister sur la nécessité absolue de traiter « longuement les hérédo-syphilitiques. C'est « une faute grave de s'en tenir uniquement au « traitement symptomatique. » (*Bull. méd.*, 25 juin 1921.)

La douleur lombaire chez les utérines.

A propos d'une malade qu'il a observée, M. Dalché examine quelles sont les causes habituelles des douleurs lombaires dont se plaignent tant de femmes, utérines vraies ou fausses, au moment de leurs règles.

Il cite la congestion utérine cataméniale, la congestion possible de l'axe rachidien, la douleur musculaire propre (lumbago) par fluxion du muscle ou d'origine réflexe ; la congestion menstruelle du rein lui-même, plus marquée quand il est ptosé ; les ptoses viscérales accompagnées de tiraillement ligamenteux de l'appareil génital ; les troubles surrénaliens, le lien entre l'ovaire et les surrénales n'étant plus discutable.

La congestion utérine, que l'on trouve à la base des douleurs lombaires, n'est pas seulement menstruelle ; elle peut avoir d'autres causes : métrite, déviations, prolapsus, fibrome, cancer, salpingites, dysovarie...

En dehors des causes génitales, l'auteur énonce les causes nerveuses de ces douleurs : la névralgie lombo-abdominale ; paraplégie douloureuse consécutive à un cancer qui s'est propagé aux filets nerveux, aux ganglions, à la colonne vertébale et à la moelle ; paraplégie menstruelle suivie de douleurs rachidiennes ; nervosisme (neurasthénie, *hystérie, névrose d'angoisse).*

Il est des malades chez lesquelles les deux origines (génitale et nerveuse) sont associées.

Il importe donc de préciser le diagnostic étiologique. Le traitement de la douleur comporte les douches d'air chaud, les applications chaudes, les badigeonnages à *l'ichtyol ou au thigénol.* La formule suivante est recommandable :

Ext. de datura stram......	ââ 2 gr.
Ichtyol	
Ext. de belladone.......	
Ext. de jusquiame........	
Onguent populeum..........	60 gr.

ou bien :

Salicylate de méthyle........	10 gr.
Huile de vaseline	20 gr.

Les sinapismes, les ventouses sèches ou scarifiées, le pyramidon, l'aspirine, rendent des services.

De même, la prescription d'une bonne ceinture abdominale, d'un pessaire.

Au traitement local, on superposera un traitement général : psychothérapie, extrait surrénal, toniques, hydrothérapie froide ou tiède, repos à la campagne, cure climatique, cure hydrominérale (Luxeuil, St-Sauveur, Néris, Divonne, Aix). (*Gaz. des hôp.*, 1921, n° 51.)

Traitement des urétrites par l'eau d'Alibour.

Pour sécher les écoulements urétraux qui ne cèdent pas aux injections et lavages habituels, M. Grimberg conseille l'emploi de l'eau d'Alibour au 1/50e en injections tous les deux jours, puis tous les jours, en augmentant le taux de la solution : 1/30e, 1/20e, 1/10e.

« Vu le petit nombre de cas que nous avons eu l'occasion de traiter jusqu'ici par cette méthode, il ne nous est pas possible d'en poser les indications. Toutefois, il nous semble d'ores et déjà certain que, dans les cas de suppuration du canal sans rétrécissement ni inflammation glandulaire, l'eau d'Alibour est un des meilleurs médicaments, peut-être le meilleur. » (*Journ. de méd. de Paris.* 30 juin 1921.)

Adénopathies trachéo-bronchiques et infections respiratoires intriquées.

Il s'agit de malades atteints simultanément d'adénopathie trachéo-bronchique et d'une affection banale des voies respiratoires.

M. Nobécourt, qui traite en détail cette question, la résume dans les lignes suivantes :

« L'intrication des adénopathies trachéo- « bronchiques et des infections banales des voies « respiratoires mérite de retenir l'attention, car « elle est très commune chez les enfants. Elle « cause souvent de graves difficultés de diagnos- « tic et peut entraîner des erreurs de pronostic. « Comme l'adénopathie trachéo-bronchique est « le plus habituellement tuberculeuse, elle con- « duit souvent à exagérer le rôle de la tubercu- « lose ; on pense à tort à une tuberculose pulmo- « naire qui n'existe pas ou à une évolution tuber- « culeuse dans les ganglions. Mais, d'autre part, « les caractères que revêt l'infection des voies « respiratoires peuvent conduire à reconnaître « une tuberculose ganglionnaire qui resterait mé- » connue.

« L'adénopathie trachéo-bronchique prédis- « pose à certaines localisations de ces infections « et leur imprime des modalités évolutives par- « ticulières. Mais cette notion n'est pas la seule « à retenir. Il importe de rechercher le point de « départ de ces infections et celui-ci est bien sou- « vent dans le pharynx, notamment au niveau « de végétations adénoïdes. Il ne faut donc ja- « mais négliger de les rechercher.

« Leur constatation a un grand intérêt pra- « tique. C'est en traitant le pharynx qu'on réa-

« lisera une prophylaxie effective des infections « des voies respiratoires inférieures. La suppres- « sion du foyer d'infection pharyngée aura en « outre souvent une influence heureuse sur l'adé- « nopathie trachéo-bronchique ; certes, elle ne « guérira pas la tuberculose, mais en supprimant « les réactions inflammatoires qu'entraîne la « répétition des adénoïdites, des amygdalites, « des bronchites, voire des broncho-pneumonies, « elle facilitera la guérison.

« D'ailleurs, quand les grosses amygdales et « les végétations adénoïdes ont été enlevées, « quand on a réalisé la désinfection du pharynx, « le même traitement général est indiqué pour « modifier la vitalité du tissu lymphoïde de la « muqueuse pharyngée et des ganglions ». (*Presse méd.*, 29 juin 1921.)

Procédé nouveau de traitement de la péritonite tuberculeuse.

M. Pauly traite les péritonites tuberculeuses avec ascite de la manière suivante : Après avoir ponctionné la cavité péritonéale avec un trocart, il introduit, dans la lumière de celui-ci, quatre fils de soie assez gros, jusqu'à ce qu'ils soient entrés profondément dans le ventre. Il retire le trocart, puis, il fixe l'extrémité extérieure des soies sous la peau ou l'aponévrose, ou dans le tissu prépéritonéal. L'incision cutanée nécessaire pour l'introduction du trocart et la fixation des soies est refermée par suture ou agrafes.

L'auteur réalise ainsi un drainage permanent et une résorption permanente du liquide ascitique par l'organisme. Cette résorption introduit ainsi dans la circulation, comme par les injections intra-veineuses,les antigènes et les opsonines contenues dans ce liquide, et on réalise une immunisation lente et progressive du corps contre la tuberculose.

Dix-huit cas de péritonite traités ainsi ont complétement guéri.

Il a appliqué la même méthode à huit cas d'arthrite tuberculeuse ponctionnées, vidées de leur contenu liquide et drainées d'une façon permanente par des fils de soie fixés sous la peau. La guérison est survenue en 6 à 8 mois sans immobilisation et en continuant à marcher.

Il suggère la possibilité d'appliquer la même méthode de traitement aux méningites tuberculeuses, après ponction lombaire préalable. (*Rev. méd. de l'Est*, juin 1921.)

Les affections oculo-orbitaires d'origine dentaire

Les connexions anatomiques, vasculaires et lymphatiques des dents avec l'orbite suffisent à expliquer l'apparition de lésions inflammatoires de l'œil et de ses annexes, consécutivement à des suppurations dentaires. Ce sont des faits auxquels on ne songe pas toujours en présence d'une affection oculaire ou péri-oculaire, et qui, cependant, méritent d'être présents à l'esprit du praticien.

De ces faits, M. de St-Martin a observé un bel exemple qu'il expose et qui lui fournit l'occasion d'une revue d'ensemble de la question. Dans le cas particulier, il s'agissait d'une névrite optique rétro-bulbaire qui guérit complètement avec *restitutio ad integrum* à la suite de l'ablation des deux prémolaires gauches réduites à l'état de chicots avec kyste radiculaire purulent et infection de toute l'alvéole.

Les autres affections possibles, dans cet ordre d'idées, sont le ptosis, le blépharospasme, le larmoiement, la dacryocystite, les abcès de la paupière inférieure, la conjonctivite, la kératite, l'irido-choroïdite, les hémorragies et les décollements rétiniens, la névrite optique, la cellulite rétro-orbitaire, le phlegmon orbitaire,la thrombophlébite des sinus, la méningite et même l'abcès du cerveau.

« La simple énumération de ces accidents suf- « fit à montrer la gravité des infections dentaires « à retentissement oculaire et l'intérêt qu'il y a « à les rechercher et à les reconnaître dès le « début. »

Les dents les plus coupables, en pareille circonstance, sont non les canines, ainsi que le sentiment populaire l'admet pour ces dents de l'œil, mais les deux prémolaires et surtout la deuxième. Dans le cas d'une affection oculaire au début, on ne manquera donc pas d'explorer ces deux dents, et si elles sont douloureuses, et à plus forte raison, cariées, on procédera de suite à leur extraction. (*Toulouse médical*, juillet 1921.)

REVUE DES CONGRÈS

Ier Congrès de la Société internationale d'Urologie.

Le premier Congrès de la Société internationale d'urologie s'est tenu du 5 au 7 juillet 1921, sous la présidence du professeur Legueu. Trois questions étaient à l'ordre du jour : les néphrites urémigènes, le traitement des traumatismes de l'urèthre et la pyélographie.

Les néphrites urémigènes.

(Rapports de M. Teissier, de Lyon, de M. Foster de New-York, et de M. Hogge, de Liége.)

M. Teissier réserve le titre de néphrite azotémique au syndrome relevant de la rétention de l'urée dans le sang,rétention due au barrage rénal. Différentes sont les néphrites accompagnées d'augmentation croissante de l'azote résiduel : celles-ci sont subordonnées à l'action non plus des poisons de rétention, mais des poisons endoformés.

L'auteur insiste sur le rôle du foie dans le développement, la tolérance et l'évolution des réten-

tions azotées. Le foie, pivot de la régulation antitoxique, est un instrument de défense primordial contre l'hyperazotémie.

L'ammoniémie est un phénomène également à étudier en pareil cas. Ses dangers sont proportionnels à l'insuffisance défensive du foie.

Au point de vue thérapeutique, se souvenir de l'influence favorable de l'opothérapie administrée précocement et des effets utiles de la sérothérapie (sérum de la veine rénale de la chèvre.)

M. Foster distingue trois formes d'urémie :

1° La forme éclamptique, relevant d'une toxine spécifique (avec azotémie modérée).

2° La forme léthargique due à une intoxication lente, par l'urée, la créatinine, etc. (avec azotémie intense);

3° La forme séreuse, encéphalitique (à prédominance chlorurémique.)

M. Hogge s'occupe plus spécialement de l'urémie chirurgicale, post-opératoire, en particulier.

Nous connaissons mal la cause de l'urémie. L'urée du sang, les produits azotés non uréiques, d'autres substances encore, plus ou moins incriminés, sont probablement des témoins seulement, intéressants il est vrai à rechercher. De même l'insuffisance rénale, mise en avant, n'est pas sans se relier à une déficience des autres organes (cœur, foie, système nerveux).

Avant toute opération chirurgicale, il importe donc d'étudier l'état organique du malade et de s'enquérir de la capacité fonctionnelle de ses reins. On doit, autant que possible, rechercher l'azote uréique du sang, l'albumine, le sucre, la densité des urines, et se méfier d'une oligurie persistante. Dans ce dernier cas, explorer soigneusement le cœur.

Pour les interventions qui s'accompagnent de fortes hémorrhagies (prostatectomies), on se renseignera sur la coagulabilité du sang par les épreuves *in vitro* et par le bleeding-time (temps de saignement, épreuve de Duke). Il est opportun de préparer ces malades par des préparations appropriées (chlorure de calcium, hémostyl, etc.)

Dans le même ordre d'idées et pour obvier aux dangers de l'insuffisance rénale post-opératoire, on aura recours aux anesthésiques les moins vulnérants pour les reins.

Résultats du traitement des traumatismes de l'urèthre.

(Rapports de MM. Pasteau et Iselin, de Paris, de M. Kidd, de Londres, de M. Gardini, de Bologne.)

MM. Pasteau et Iselin envisagent d'abord le traitement des traumatismes récents.

Pour l'urèthre pénien, nous n'avons pas de technique susceptible de s'opposer de façon certaine au développement ultérieur du rétrécissement traumatique.

Pour l'urèthre scroto-périnéal, l'uréthrorraphie avec dérivation de l'urine en amont donne, dans la majorité des cas, une guérison rapide (un mois en moyenne), mais elle s'accompagne d'une contre-ouverture qui peut rester fistuleuse et nécessiter une nouvelle intervention. La reconstitution de l'urèthre par autoplastie cutanée au moyen de l'urétrostomie périnéale procure une guérison un peu plus longue à obtenir, mais avec un certain avantage quant à l'état uréthral.

Pour l'urèthre membraneux et l'urèthre prostatique, aucune méthode ne met à l'abri du rétrécissement.

Les auteurs étudient ensuite le traitement des rétrécissements traumatiques, qui comprend : la résection (pour l'urèthre pénien); la dilatation simple dans les cas légers, la résection, l'urétrostomie, les plasties uréthrales, pour l'urèthre scroto-périnéal; les résections, l'urétrostomie et l'uréthroplastie périnéales pour l'urèthre postérieur.

M. Kidd base son rapport sur 57 cas. Les résultats du traitement, dit-il, ont été peu satisfaisants pendant la première année, mais ils se sont améliorés dans la suite. Sur 25 malades atteints de rupture de l'urèthre qui ont pu être suivis, 22 laissent passer de l'urine claire et 16 peuvent se dispenser de la sonde.

De la pyélographie

(Rapports de M. Papin, de Paris et de MM. Young et Waters, de Baltimore.)

M. Papin montre l'utilité de la pyélographie (radiographie du rein injecté) dans la chirurgie des voies urinaires. Née en 1906, cette méthode s'est surtout perfectionnée en Amérique. Elle a causé, au début principalement, des accidents dus à une mauvaise technique. Le collargol que l'on injecte par l'uretère dans le bassinet doit être poussé avec une grande douceur : il faut employer des petites sondes permettant le reflux du liquide et ne jamais faire usage de la seringue.

La principale application de la pyélographie est dans le diagnostic de l'hydronéphrose, mais d'autres affections du rein, le rein mobile, la lithiase, etc., ont bénéficié largement de l'emploi de ce procédé.

MM. Young et Waters signalent également le danger de l'excès de pression dans l'injection de la pyélographie. Les accidents, les cas de mort signalés en Allemagne, ont été dus à la pénétration de collargol dans le tissu rénal même. En Amérique, on a cherché des succédanés au collargol. Cameron (1918) a recommandé l'iodure de sodium, Weld, le bromure de sodium, qui n'est ni toxique ni irritant et donne de belles épreuves radiographiques. L'azotate de thorium (Burns) offre les mêmes avantages.

Dans ces conditions, la pyélographie reste un moyen de diagnostic précieux. Avec la cystoscopie, la radiographie simple et stéréoscopique, elle constitue un des plus sérieux progrès modernes réalisés en urologie.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

Toulouse.

Société de médecine.

Amibiasurie accompagnant une tuberculose vésicale.

M. Maurin communique un cas de tuberculose urinaire observé chez une jeune femme, où l'examen microscopique des urines montra la présenec d'une quantité considérable d'amibes répondant aux caractères de l'amœba urogenitalis. L'amibiase urinaire, assez rare, se rencontre surtout dans les cystites chroniques, et n'a jamais été observée que chez la femme.

Lésion maculaire pigmentaire consécutive à l'observation de l'éclipse de soleil.

M. Clavelier donne lecture de l'observation d'une femme qui, ayant regardé pendant deux secondes l'éclipse avec l'œil gauche (l'œil droit étant amblyope), présenta une diminution sensible de la vision due à la formation d'une tache atrophique pigmentée.

Occlusion intestinale à la suite de rupture intra-péritonéale de la vessie.

M. Tourneux rapporte un cas de rupture de la vessie par chute sur un plan aigu portant sur la région hypogastrique. La lésion siégeait au sommet de l'organe et était représentée par une solution de continuité à direction transversale. L'intervention chirurgicale montra l'absence d'épanchement d'urine intra-abdominal, et un aplatissement complet de la fin de l'iléon, réalisant ainsi l'obstruction intestinale.

Néphrite chronique hypertensive.

M. Baylac communique un cas de néphrite chronique hypertensive, s'étant manifesté pendant de longues années par des signes cardio-vasculaires et ayant abouti à la longue à l'insuffisance cardiaque et à l'asystolie.

Un cas de septicémie gonococcique.

M. Azéma rapporte une observation de septicémie gonococcique évoluant sans localisations métastatiques, mais avec phénomènes généraux très intenses dont l'évolution a été des plus favorablement influencée par la vacinothérapie. Trois injections ont suffi à faire disparaître tous les accidents.

Maladie de Marie et tuberculose chez le chien.

M. Sendrail communique 5 cas d'ostéo-périostite diffuse des membres chez ce chien, dont il discute la pathogénie. L'examen des lésions semble lui permettre de les rapprocher de celles signalées chez l'homme dans la maladie de Marie, considérée comme étant de nature tuberculeuse.

Vomissements incoercibles de la grossesse.

M. Audebert présente quelques considérations sur la pathogénie des vomissements dits incoercibles. Il ne pense pas qu'il s'agisse dans tous les cas d'une auto-intoxication, et croit qu'ils peuvent être déterminés soit par une affection gastro-intestinale, soit par de la — névropathie. Il rapporte à ce sujet une observation des plus démonstratives.

Contribution au diagnostic étiologique des délires chroniques.

MM. Cestan, Riser et Gay, après avoir rappelé la difficulté et parfois l'impossibilité de poser un diagnostic étiologique précis dans les cas de délires chroniques, rapportent une très intéressante observation concernant une jeune femme syphilitique, en état de grossesse, présentant un certain nombre de symptômes relevant et du tabès et de la paralysie générale. L'absence d'un grand nombre de signes classiques ne leur permet pas de mettre le délire présenté sur le compte d'une méningo-encéphalite, et en attendant que l'évolution clinique tranche le diagnostic étiologique, ils sont d'avis d'admettre qu'il s'agit là d'une psychose protopathique, tout en ne se dissimulant pas tout ce que cette étiquette renferme d'ignorance.

Action physiologique des eaux de la Bourboule.

M. Aloy communique le résultat de ses recherches ayant pour but de déterminer l'influence des eaux de la Bourboule sur le métabolisme. Les expériences qu'il a poursuivies sur le chien, en montrant qu'après une exagération passagère, les échanges respiratoires diminuent graduellement, pendant que l'animal augmente de poids, prouvent que ces eaux minérales permettent une meilleure utilisation des principes alimentaires de la ration.

Société de chirurgie.

Implantation de l'uretère dans la vessie.

M. Duguing, après avoir montré la difficulté de l'anastomose urétéro-urétérale qui ne donne d'ailleurs qu'un uretère imperméable, indique une technique très simple d'implantation de l'uretère dans la vessie chez la femme. Le procédé consiste à pousser par l'urètre une longue pince de Kocher qui vient faire effraction à travers la paroi vésicale et qui entraîne l'extrémité de l'uretère, que l'on fixe alors à la paroi vésicale par des points non perforants. Cette technique, expérimentée d'abord sur le chien, a été réalisée deux fois chez la femme avec d'excellents résultats.

La cure radicale de la hernie crurale par la voie inguinale.

M. Lefebvre, ayant indiqué sommairement les difficultés de la cure radicale de la hernie par la voie crurale, estime que la voie inguinale permet mieux de réaliser la ligature haute du sac ainsi qu'une bonne réfection de la paroi. Il a suivi la technique préconisée par M. le professeur Hartmann dans 10 cas, et n'a eu qu'à se louer de ce procédé au point de vue des résultats définitifs.

Abcès gazeux crural d'origine appendiculaire.

MM. Dambrin et Bernardbeig communiquent une très intéressante observation d'abcès crural gazeux, à coli-bacille d'origine appendiculaire ayant évolué d'une manière latente, sans qu'il y ait eu des signes nets de lésion appendiculaire.

Amputation de jambe par méthode bordelaise.

M. Lefebvre indique les avantages du procédé d'amputation de jambe par la méthode à deux lambeaux latéraux, qui donne un moignon très étoffé, car les muscles entrent dans sa constitution ce qui n'existe pas dans le procédé circulaire.

Pseudarthroses de l'humérus compliquées de paralysies radiales.

M. Dambrin recommande d'intervenir en deux temps successifs, le premier étant consacré à l'ostéosynthèse (plaque de Lambotte), et le deuxième à la suture nerveuse.

Société d'Obstétrique et de Gynécologie.

Hémorrhagies ombilicales.

M. Laurentie communique une curieuse observation d'hémorrhagies ombilicales ayant successivement apparu chez cinq nouveau-nés issus des mêmes parents et ayant entraîné 4 fois la mort de l'enfant.

Mortalité quinquennale à la clinique d'accouchements

MM. Audebert et Colombier rapportent la statistique du service. Sur 1909 femmes hospitalisées, il y eut 17 morts, 1 par rupture interne, 1 par grippe, 1 par tuberculose, 1 par infection puerpérale, 4 par éclampsie et 9 à la suite d'infection consécutive à des avortements.

Fibro-myome des ligaments ronds.

MM. Dambrin et Bernardbeig communiquent l'observation d'une femme de 49 ans, n'ayant eu ni accouchement ni fausses couches, et qui était atteinte d'une tumeur abdominale s'accompagnant de métrorragies légères. L'intervention chirurgicale montra qu'il s'agissait d'un fibrome utérin avec toute une série de petits noyaux fibromateux dans les ligaments ronds.

Accouchement prématuré après injection de 914.

MM. Girou et Bertrou ont observé un cas d'accouchement prématuré chez une syphilitique après la première injection de 914. La réaction fut très intense après l'injection de 15 centigrammes : les auteurs se demandent s'il ne conviendrait pas de commencer le traitement par des injections de cyanure de mercure.

Complications hépatiques d'une salpingite suppurée.

MM. Tourneux et Bernardbeig communiquent un cas d'abcès du foie à streptocoque pur, dont la pathogénie doit être rapportée à l'existence d'une salpingite suppurée ayant évolué sous une forme latente.

Glossite syphilitique.

MM. Audebert et Claverie présentent un cas de glossite syphilitique superficielle chez une femme enceinte de 7 mois.

Société anatomo-clinique.

Fonctionnement de la valvule iléo-cœcale.

M. Lefebvre insiste sur la nécessité de l'examen radiographique pour se rendre compte du fonctionnement de la valvule. Normalement, elle agit comme un sphincter, son insuffisance est due à une lésion, déchirure ou étirement de l'habenula de Krauss.

Phlébolithe de la saphène interne.

M. Lefebvre présente une pièce de phlébolithe de la saphène interne où le processus de calcification avait envahi non seulement la paroi, mais encore le caillot qui obturait complètement la lumière vasculaire.

Sarcome du cervelet chez l'enfant.

M. Duban rapporte l'histoire d'une fillette de 12 ans hospitalisée pour troubles de la démarche et diminution de l'activité psychique. En plus d'hémiparésie droite il y avait de la dysmétrie, de l'asynergie, du nystagmus avec exagération des réflexes. Après avoir discuté la question du diagnostic, l'auteur termine en montrant la tumeur paramédiane qui existait au niveau du cervelet et qui était de nature sarcomateuse.

Cancer de la thyroïde ayant déterminé une ulcération de l'œsophage.

MM. Roques et Sicard communiquent l'observation d'une malade âgée de 71 ans dont le goitre existant depuis une vingtaine d'années présentait une dégénérescence épithéliomateuse. L'œsophage fut perforé par un bourgeon néoplasique : c'est là une complication très rare du cancer thyroïdien.

Sarcome de la base du crâne.

MM. Roques et Sicard présentent un cas de sarcome de la base du crâne ayant englobé les nerfs crâniens et poussant des prolongements dans l'orbite et la fosse ptérygoïdienne.

Perforation ulcéreuse latente d'une vésicule lithiasique.

M. Tapie a observé chez une malade décédée pour accidents asystoliques une vésicule biliaire renfermant un volumineux calcul, et dont une partie de la paroi avait été ulcérée. Il s'agit là d'un processus mécanique analogue à un ulcère de décubitus.

Infarctus du myocarde.

M. Tapie montre une pièce d'autopsie présentant un double infarctus du myocarde, l'un, ancien, siégeant à la pointe du cœur, et l'autre, plus récent au niveau de la face antérieure du ventricule gauche. Ces deux lésions provenaient d'une thrombose de la coronaire antérieure.

Paralysie de l'hypoglosse.

MM. Lafforgue et Pujol présentent un militaire blessé en juillet 1920, d'un éclat d'obus dans la région thyroïdienne, et offrant une paralysie de tout le territoire innervé par le grand hypoglosse ; le spinal et le récurrent ne sont pas atteints.

Dysenterie amibienne avec péritonite suraiguë.

MM. Baylac et Cadenat rapportent un cas de dysenterie amibienne chronique terminé par une péritonite suraiguë à la suite d'une perforation siégeant à l'union du côlon pelvien et du rectum.

Anévrysmes multiples de l'aorte.

M. Roques présente une pièce d'autopsie montrant l'existence de trois anévrysmes aortiques, dont l'un s'était ouvert spontanément dans l'œsophage.

Oblitération de l'orifice aortique.

MM. Tapie et Galy-Gasparon rapportent le cas d'une femme de 76 ans décédée d'affection cardiaque, et où l'autopsie montra une oblitération athéromateuse progressive de l'orifice aortique qui n'admettait plus qu'un fin stylet.

Calcul urétéral.

M. Ginesty communique une observation de calcul de l'uretère gauche dont l'extraction put être faite par les voies naturelles au moyen d'un cathéter.

Corps étranger du rectum.

M. Ginesty présente un corps étranger du rectum, un étui de bois long de 15 centimètres, qui put être retiré par les voies naturelles.

Perforation utérine post-abortive.

MM. Dambrin et Bernardbeig, chez une malade décédée à la suite de manœuvres abortives, ont reconnu,

au niveau de la corne utérine gauche, l'existence d'une perforation, ayant occasionné des complications péritonéales mortelles.

Pemphigus de la conjonctive.

M. Saint Martin signale un cas de pemphigus double de la conjonctive vraisemblablement d'origine syphilitique ; il s'agit là d'une lésion excessivement rare.

Malformation cérébrale.

M. Sorel a observé, à l'autopsie d'un homme hospitalisé pour hémiplégie et gâtisme, une malformation cérébrale, consistant en ce fait que le cervelet n'était pas recouvert par les lobes occipitaux.

Myopathie familiale.

MM. Roques et Tapie communiquent un cas de myopathie familiale, relevé chez un jeune homme de 17 ans, à type scapulo-huméral, et ayant frappé légèrement la face et les muscles inférieurs. Un frère et un oncle présentaient également des myopathies.

Société de Médecine.

Traumatisme oculaire.

M. Terson signale un cas de violent traumatisme de l'œil, ayant déterminé une déchirure de la conjonctive bulbaire ainsi qu'une ecchymose très considérable sans qu'il y ait eu de lésions intra-oculaires.

Maladie de Parinaud.

M. Frenkel communique l'observation d'un enfant de 4 ans présentant de nombreuses végétations au niveau des conjonctives ainsi qu'une adénopathie préauriculaire. L'importance des végétations fit abandonner le diagnostic de conjonctivite tuberculeuse, et penser à une maladie de Parinaud. Le traitement consiste en applications de pointes de galvano-cautère.

Maladie d'Addison avec symptômes dysentériformes.

Mlle Condat rapporte le cas d'un malade hospitalisé pour accidents de dysenterie et chez lequel la persistance des douleurs, l'asthénie, l'hypotension et le visage bronzé, montrèrent l'existence d'une altération des capsules surrénales.

Maladie de Parkinson et encéphalite léthargique.

M. Cestan résume la discussion récente du Congrès de Neurologie en exposant la question de l'identité des deux affections et en montrant que le siège des lésions est situé au niveau des noyaux sous-thalamiques.

Dr J.-P. Tourneux.

SOU MÉDICAL

Les membres du Sou médical sont instamment priés de bien vouloir régulariser leur situation en envoyant la cotisation de l'année 1921 au trésorier Dr Gassot, à Chevilly (Loiret).

BIBLIOGRAPHIE CRITIQUE

Revue des thèses

Thèses de Paris

Dr Jacques Emile-Zola. — **But et organisation d'une crèche hospitalière de prévention antituberculeuse (A. Maloine et fils, éditeurs, 27, rue de l'Ecole-de-Médecine, 27, Paris, 1921.)**

Dr M. Leinberger — **L'asthénie chronique traumatique. Description clinique. Médecine légale.** (A. Commelin, éditeur, 12, rue de la Monnaie Vannes, 1921.)

Les états d'asthénie chronique post-traumatique comportent des formes simples, dans lesquelles il n'existe que de l'amyosthénie et de l'anidéation avec rachialgie, céphalée, étourdissements, etc., et des formes compliquées, dans lesquelles on voit se développer de la mélancolie, de l'hypocondrie, du délire de persécution, de la sinistrose, etc. ;

Sans être incurable, dans la grande majorité des cas l'affection ne guérit pas.

C'est une névrose sans substratum anatomique. On peut se demander si des perturbations dans le fonctionnement des glandes à sécrétion interne, notamment des surrénales et de la thyroïde, ne sont pas à l'origine des accidents.

Médico-légalement, l'asthénie chronique post-traumatique a une importance considérable. Elle est souvent difficile à apprécier au point de vue qualitatif et quantitatif. Dans de nombreux cas, elle diminue considérablement et d'une façon définitive la capacité sociale du blessé.

Lyon

Dr Louis Graffand. — **La position haute de la rotule et le relâchement du ligament rotulien dans la maladie de Little.** (Imprimerie Express, Lyon.)

Dr Robert Luc — **Procédé permettant une évaluation approximative du poids du fœtus in utero.** (Lyon, Imprimerie Express, 1921.)

La mesure au ruban métrique de la distance qui sépare, chez le fœtus « in utero », l'épaule du siège, donne des valeurs régulièrement croissantes et en rapport direct avec le poids des nouveau-nés, tel que le poids augmente environ de 250 gr. pour chaque centimètre en plus de la distance épaule-siège.

PARTIE PROFESSIONNELLE

MÉDECINE SOCIALE

Tarif et indépendance médicale.

Répétant cette boutade d'un honnête commerçant disant : « enfin nous avons fait faillite », nous pouvons clamer bien haut : enfin nous avons un tarif, nous avons fait faillite ; nous avons livré contre trente deniers notre indépendance. Car le décret a paru, divisant les médecins en 3 classes, comme les chemins de fer, et leur appliquant à chacune un tarif particulier.

Je ne viens pas incriminer la conduite des dirigeants de l'Union des syndicats médicaux, j'admire avec reconnaissance la vaillante et courageuse campagne de notre ami Lafontaine ; mais il a dû s'incliner devant la volonté exprimée dans un referendum ; trente-neuf syndicats ont tenu ferme le drapeau de la liberté et de l'indépendance ; les autres, la grosse majorité, ont jugé qu'une question de gros sous était plus intéressante que la dignité professionnelle. Ils ont présenté le cou au licol, en attendant que des lois nouvelles en préparation complètent leur harnachement et les place dans les limons du char de l'Etat, où les conducteurs pourront les cravacher à leur aise.

Jusqu'ici, sauf pour l'assistance médicale gratuite, aucun tarif ne venait brider le corps des praticiens. Un seul tarif existait : celui des accidents du travail, mais il ne faut pas perdre de vue qu'il fixait seulement la part de responsabilité du patron, le complément des honoraires restant à la charge de l'ouvrier. Si les médecins ont négligé de faire valoir leurs droits dans cette répartition, c'était leur affaire ; ils étaient libres d'agir à leur convenance, dans le sens de la positive ou de la négative ; du reste, certains syndicats ont refusé de connaître le tarif Dubief.

Si on avait établi dans toute la France des tarifs médicaux, ils avaient été créés par les médecins eux-mêmes, sans participation d'un tiers, Etat ou collectivités ; ils étaient simplement indicatifs et en tout cas c'étaient des tarifs minima ; chacun, selon son bon vouloir, réclamait à son client les honoraires qu'il jugeait justes, car au temps jadis le médecin, ami et confident de son client le soignait avec toute sa conscience et son dévouement professionnel, et lui réclamait des honoraires proportionnés au service rendu, à sa situation, à ses charges de famille, n'obéissant qu'à des considérations dont il pouvait discuter la valeur avec son client, sans qu'aucun tiers ne vienne s'interposer entre eux.

Il n'en serait plus de même aujourd'hui : notre marchandise médicale serait étiquetée comme un produit d'épicerie. Chaque consommateur pourra l'acheter selon le barême établi par l'Etat et nous, nous serons ravalés au rang de ces commerçants alimentaires qui pourtant, eux, savent lutter, repousser toute tarification et ne vendre leurs produits qu'au prix qui leur convient.

On a donné un argument d'ordre financier pour excuser l'acceptation d'un tarif. On a dit si le mutilé doit payer lui-même son médecin avec le supplément de pension qu'il touchera de ce fait de l'Etat, il négligera de le faire et les pertes qui en résulteront pour le corps médical seront considérables. Au contraire, l'Etat, engagé pour les réglements par son contrat, offrait une garantie indiscutable.

Pourtant nous rentrons dans la pratique courante. Comment faisons-nous pour nos autres clients ? Dans bien des cas, le payement est fait au comptant, coutume que la guerre a contribué à répandre.

Dans les autres cas, nous savons faire rentrer le montant de nos honoraires et chacun de nous, ayant l'expérience spéciale de sa clientèle personnelle arrive à rendre le montant de ses valeurs irrécouvrables négligeable.

Pourquoi vouloir charger l'Etat du recouvrement de nos honoraires ? ne sommes nous pas assez grands garçons pour nous occuper nous-mêmes de nos affaires et défendre nos intérêts ? sommes-nous donc des mineurs en tutelle ? La créance de l'Etat a-t-elle une sécurité supérieure à celle d'un particulier ? Je ne crois pas. Chacun sait combien il est difficile de toucher de l'argent de l'Etat. Demandez aux fournisseurs et entrepreneurs qui attendent en vain pendant des années le réglement de leurs mémoires. Combien de paperasses à remplir, combien de démarches et de déplacements à faire, combien d'attentes dans les antichambres pour toucher nos modestes honoraires ; combien se passera-t-il de temps entre l'envoi de notre note et son paiement ? Nous devrons, en attendant, payer comptant nos fournisseurs.

Et combien de bouts de papiers, détachés des livrets des mutilés, seront égarés par les médecins, pertes peut-être supérieures à celles qu'aurait causées le non paiement d'honoraires sous le régime commun.

En résumé, nous avons apporté sans profit une

première brèche à notre indépendance, qui formait pour le médecin, essentiellement individualiste, parfois même sauvage, un des apanages de sa profession.

Toute ma vie, j'ai lutté et défendu, par la parole et la plume, dans les milieux médicaux, le principe de la liberté et de l'indépendance médicales ; j'ai toujours dit : le malade contracte avec qui bon lui semble pour lui garantir le paiement des honoraires en cas de maladie. Le médecin ne doit avoir qu'un seul contrat, celui passé avec son malade. Ce contrat, c'est le libre choix que celui-ci fait de son médecin, c'est le montant des honoraires qu'il a accepté de lui régler directement, sans intermédiaire. Ce sont ces principes que notre ami Duchesne défend avec tant d'éloquence dans nos colonnes.

J'aurai eu à la fin de ma carrière professionnelle la grande douleur de voir entamer le principe de l'indépendance médicale, qui me fut si chère et de constater que le corps médical est mûr pour la fonctionnarisation.

Dr M. VIMONT.

CHRONIQUE HOSPITALIÈRE

Nomination et révocation des médecins et chirurgiens des hôpitaux.

Ceux de nos confrères qui se tiennent au courant des questions syndicales, se souviennent des longues discussions qu'a suscitées ce problème de la nomination et de la révocation des médecins d'hôpitaux.

Qu'il me suffise de rappeler les travaux du 2e Congrès des praticiens, tenu à Lille en 1908 (rapports, page 155 et suiv. ; procès-verbaux des séances, pages 133 et suiv.). L'Association générale des médecins de France mit également cette question à l'étude, et tour à tour, professeurs de Facultés comme médecins praticiens de petite ville vinrent donner leur opinion. (Bull. de l'A. G., 1913, pages 23, 112, 200 et suiv.).

Comme toujours, des vœux furent émis, demandant que, partout où la chose est possible, le concours soit institué pour la nomination des médecins et chirurgiens des hôpitaux.

Mais, dans notre beau pays de France, un congrès se termine toujours par des vœux ; seulement personne n'en tient compte. Aussi, à l'heure actuelle, est-ce toujours la loi du 7 août 1851, qui nous régit en pareille occurrence.

Par son article 14, § 1, cette loi décide que « la « commission administrative nomme son secré- « taire, l'économe, les médecins et chirurgiens ; « mais elle ne peut les révoquer qu'avec l'appro- « bation du préfet. »

Tant que cet article de loi ne sera pas modifié, les administrateurs des hôpitaux ont pleins pouvoirs pour nommer leur personnel médical, à leur guise et selon leur bon vouloir.

On a bien essayé, par voie réglementaire, d'atténuer cette faculté de nomination.

Le nouveau règlement modèle des hôpitaux, tel que l'a voté le Conseil supérieur de l'assistance publique dans son assemblée générale de juin dernier, stipule que :

« Article 11 : Les médecins et chirurgiens des « hôpitaux sont nommés par la Commission ad- « ministrative.

« La limite d'âge maximum est fixée à 65 ans « pour les médecins et les chirurgiens. La Com- « mission, à raison de leurs services, pourra leur « conférer l'honorariat. »

Une note ajoute : « La Commission adminis- « trative peut instituer et il est désirable qu'elle « institue un concours préalable à la nomination « des médecins et chirurgiens titulaires ou ad- « joints et à la nomination des pharmaciens. »

A la vérité, ce dernier texte n'a pas le pouvoir constitutionnel de modifier la loi en quoi que ce soit ; mais n'oublions pas que les hôpitaux sont assujettis à la tutelle administrative et que le préfet ne donnera son approbation à une modification du règlement hospitalier qu'autant qu'il sera conforme au modèle ci-dessus.

Nomination des médecins d'hôpitaux.

En pratique et d'après la jurisprudence, que se passe-t-il ?

A. — *Le concours donne-t-il une garantie ?*

Que ce soit un concours sur titres, ou une série d'épreuves scientifiques, la décision du jury ne constitue qu'une indication pour le choix de la commission administrative.

Des conflits ont surgi, alors que la commission se refusait à nommer le candidat classé premier, par le jury d'examen, pour titulariser le 2e ou le 3e de la liste de présentation.

Cette manière de faire a été reconnue licite par un arrêt du Conseil d'Etat, du 11 déc. 1908 (*Gaz. des Trib.*, janv, 1909 ; *Le Droit*, 30 janv. 1909, *Dalloz*, 1910, 3, 78) :

« Lorsque la commission a institué un con- « cours, dont les résultats n'ont, d'après les termes « mêmes de l'affiche qui l'annonce, que la va- « leur d'une présentation, le candidat classé pre- « mier au concours, mais non désigné, ne peut « invoquer une violation d'engagements pris vis- « à-vis de lui, ni, par suite, obtenir une indemnité. »

Cet arrêt est très juridique, bien que contraire à l'équité. Aussi ne saurions-nous trop recommander à nos confrères d'étudier de près les affiches de concours, comme les règlements de l'hôpital dans lequel ils postulent un poste. Ils s'éviteront souvent des surprises fort désagréables.

B. — Les commissions administratives ont encore parfaitement le droit de méconnaître les droits acquis par le corps médical de l'établissement et de *nommer des médecins en surnombre*.

Conseil d'Etat, 26 mars 1915 (Lebon, 1915, page 105) : « Les commissions administratives « des hôpitaux, ayant le pouvoir de nommer les « médecins de ces établissements et aucune dis- « position législative n'ayant limité le nombre « des agents composant le personnel médical, « une délibération de commission administrative, « nommant un médecin, ne saurait être annulée « par le motif que cette nomination, étant donné « le nombre des médecins déjà en service, n'était « pas nécessaire et qu'elle équivaudrait à une « révocation de ces derniers pour une partie de « leurs fonctions. »

C. — Les *médecins adjoints*, nommés au concours, ont-ils un droit de priorité entre eux, ou par rapport aux autres docteurs, pour être désignés comme titulaires ? Non, si leur lettre de nomination ne le comporte pas.

Conseil d'Etat, 24 février 1911 (Lebon, 1911, page 249) : « La délibération de la Commission « administrative, qui refuse d'attribuer à un chi- « rurgien suppléant la priorité d'ancienneté sur « un collègue, peut-elle faire l'objet d'un recours « contentieux ? Réponse négative. Aucune dispo- « sition légale ou règlementaire n'a déterminé un « rang d'ancienneté entre les suppléants d'un « même hôpital et, en tous cas, la Commission « administrative peut nommer les titulaires parmi « les suppléants sans se préoccuper de leur an- « cienneté respective. »

Révocation des médecins d'hôpitaux.

D'après la loi du 7 août 1851, art. 14, les médecins et chirurgiens ne peuvent être révoqués qu'après approbation du préfet.

Or, une circulaire ministérielle, en date du 3 décembre 1907, a décidé qu'une révocation ne pourrait plus être désormais prononcée, sans que le dossier n'ait été transmis au ministère de l'intérieur (actuellement au Ministère de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales), ce dossier contenant les griefs de la commission administrative et les explications du praticien.

Cette circulaire ne saurait s'imposer aux commissions administratives ; mais elle constitue un ordre pour les préfets, qui sont sous la subordination du ministre et doivent obéir à ses circulaires.

Mais, en pratique, les commissions administratives ont plus d'un tour dans leur sac pour se débarrasser d'un médecin qui a cessé de plaire ; surtout lorsque ce docteur est un ennemi politique du maire, président né de la commission administrative de l'hôpital.

A. — Tout d'abord, notons que le Conseil d'Etat se refuse à connaître les faits qui ont motivé une révocation ;

Conseil d'Etat, 20 janvier 1911 (Lebon 1911, page 67) : « L'appréciation des motifs, pour les- « quels une commission administrative a révoqué « un médecin de ses fonctions échappe à la « connaissance du Conseil d'Etat. »

B. — Mais, le plus souvent, des moyens détournés sont employés pour forcer le médecin à *démissionner*.

Disons tout de suite à nos confrères qu'ils doivent toujours résister au premier mouvement d'humeur, qu'ils manifestent en adressant leur démission, en signe de protestation. Il ne faut jamais démissionner, ni se démettre de ses fonctions. Bien au contraire, il faut réclamer justice et se souvenir que le « Sou médical » est là, pour lutter pour une bonne et juste cause.

C'est ainsi qu'un médecin avait adressé sa démission, comme manière de protester, puis, à la réflexion, il avait retiré cette démission. La commission administrative n'en a pas moins nommé son successeur et le Conseil d'Etat a donné raison à l'hôpital :

Conseil d'Etat, 14 janvier 1916 (Lebon, 1916, page 29) : « N'est pas entachée d'excès de pou- « voir la délibération de la commission adminis- « trative, qui procède à la nomination d'un mé- « decin de l'établissement en remplacement du « titulaire, qui avait adressé sa démission au « préfet du département, dont ce fonctionnaire « lui avait accusé réception et avait convoqué la « commission administrative pour pourvoir au « remplacement du démissionnaire. »

C. — Parmi les modes les plus employés pour se débarrasser d'un médecin, citons le procédé de l'*abaissement de la limite d'âge*. Sans respect des droits acquis, la commission administrative décide un jour que les médecins, nommés jusqu'ici pour rester en fonctions jusqu'à 65 ans, par exemple, devront désormais abandonner leur poste lorsqu'ils auront atteint l'âge de 55 ans. Anodine en apparence et semblant inspirée du seul but de l'intérêt général, pour que le personnel médical soit constamment au courant des découvertes nouvelles de la science, cette mesure n'est bien souvent prise que pour assouvir une rancune personnelle, le plus souvent politique.

Saisi par le « Sou médical » d'un recours, le Conseil d'Etat a, une fois de plus, reconnu aux commissions administratives le droit d'agir à leur guise :

Conseil d'Etat, 7 juillet 1916 (Lebon, page 276) : « Un médecin, en service dans un hôpital, ayant « déféré au Conseil d'Etat une délibération de « la Commission administrative, qui avait abaissé « la limite d'âge du personnel médical, en se fon-

« dant d'une part sur l'atteinte, qui aurait été « portée aux droits résultant pour lui de la rè- « glementation antérieure et, d'autre part, sur ce « que cette délibération serait entachée de dé- « tournement de pouvoir, la requête a été reje- « tée. Les droits, dont se prévalait le requérant, « étaient subordonnés au maintien de la règle- « mentation antérieure et, en la modifiant par « la décision attaquée, la Commission adminis- « trative n'avait fait qu'user des pouvoirs à elle « conférés par l'article 8 de la loi du 7 août 1851 « et n'avait méconnu aucun droit et il ne résul- « tait d'aucune pièce du dossier qu'elle eût agi « dans un but autre que la sauvegarde de l'inté- « rêt général et le bon fonctionnement du ser- « vice. »

Actuellement, nous sommes saisi d'une réclamation analogue : par délibération, approuvée par le préfet, une commission administrative a décidé que la limite d'âge, fixée jusqu'alors à 65 ans, était supprimée et que les médecins et chirurgiens ne resteraient que neuf années en fonctions (les années de suppléant ne comptant pas).

Malgré tout notre désir de faire rendre justice à nos confrères, ainsi dépossédés d'un droit qui leur avait été conféré par leur nomination antérieure à cette délibération, nous avons dû nous incliner. Le ministère de l'hygiène et notre dévoué avocat au Conseil d'Etat ont été de notre avis : rien à faire. Dans nos conclusions, nous verrons pourquoi.

D. Un autre procédé de révocation déguisée est la *suppression de postes*.

Conseil d'Etat, 8 mai 1914 (Lebon 1914, page 568) : « N'est pas entachée d'excès de pouvoir la « délibération revêtue de l'approbation préfec- « torale, par laquelle la Commission adminis- « trative d'un hôpital supprime un des postes de « médecins attachés à l'établissement. Considé- « rant qu'il résulte de l'instruction que, par deux « délibérations attaquées, la commission admi- « nistrative de l'hôpital de Liffol-le-Grand a « réorganisé le service médical de l'hôpital en « supprimant un des postes de médecins atta- « chés à l'établissement et en confiant exclusive- « ment le service médical au Dr H. et que ces « délibérations ont été approuvées par le préfet ; « qu'en statuant de la sorte, la commission ad- « ministrative a agi dans les limites des pou- « voirs qui lui sont attribués par l'article 8 de la « loi du 7 août 1851 et qu'il n'est pas établi qu'elle « ait usé de ses pouvoirs dans un but autre que « celui pour lequel ils lui ont été conférés... »

Un arrêt antérieur du Conseil d'Etat avait fait grief à un préfet de ne pas avoir approuvé une délibération de commission administrative d'hôpital, supprimant un poste de chirurgien en chef :

Conseil d'Etat, 17 mars 1911 (Lebon, 1911, page 335) : « La décision, par laquelle un préfet « refuse d'approuver une délibération de com- « mission administrative, qui, en vue d'unifier les « services médicaux, supprime le poste de chi- « rurgien en chef, est entachée de détourne- « ment de pouvoirs, si ce refus, non justifié par « l'intérêt du bon fonctionnement du service, n'a « pour objet que d'assurer la nomination du chi- « rurgien adjoint au poste supprimé. »

E. — Une des histoires les plus invraisemblables, dans le but de se débarrasser d'un médecin, qui a cessé de plaire au maire-président de la commission de l'hôpital, a été publiée par nous-même dans le *Concours médical* de 1911, page 102 et suiv.

Le « Sou médical » avait dû s'occuper d'un de nos confrères et, dans le jugement rendu par le tribunal civil d'Auxerre (30 nov. 1910, *Concours* 1911, page 103), nous relevons qu'à la suite du refus du préfet d'autoriser la révocation pure et simple du Dr F., la commission administrative abaissa le *traitement annuel* du docteur de 100 francs à *cinquante centimes*.

Le jugement reproduit la délibération suivante, que nous tenons à donner ici : « Attendu « qu'à la séance du 15 août 1908, le président de « la commission administrative exprima la sur- « prise des interventions réitérées de l'autorité « préfectorale dans ce conflit, qu'il revendique « pour la commission administrative le droit « souverain et sans contrôle de nommer les mé- « decins de l'hospice et, conséquemment, de fixer « leur traitement ;

« Attendu que ce même président ajouta que, « pour qu'un traitement fut acquis au médecin, « *comme aux autres gens de service*...

« Attendu que la commission soutient qu'il lui « appartient de fixer souverainement le traite- « ment de ses *employés* et que, comme les autres « *salariés*, les médecins n'ont qu'à s'incliner « devant les réductions qu'il lui *plaît* de leur im- « poser... »

Le tribunal donna entièrement raison à notre confrère et lui fit verser les appointements auxquels il avait droit.

Conclusion. — Depuis quelques années, une évolution très marquée s'est manifestée dans la pratique de l'art médical. Le malade va de plus en plus à l'hôpital : l'indigent est plus souvent que jadis hospitalisé, à cause de la fréquence des interventions chirurgicales, devenues plus nombreuses depuis l'anesthésie, l'antiseptie et les rayons X.

Les malades payants envahissent également les hôpitaux et, en particulier, les blessés du travail.

Les services hospitaliers demandent donc plus d'efforts et plus d'heures de présence au person-

nel *médical* ; *l'organisation de l'établissement* nécessite non seulement plus de médecins et de chirurgiens, mais encore la création de postes nouveaux de spécialistes.

Aussi les médecins ne peuvent plus considérer l'hôpital comme un accessoire de leur profession, accessoire plus scientifique que rémunérateur.

C'est en effet à l'hôpital qu'il est le plus facile de faire de la science et d'étudier de près l'évolution de certaines affections, ce qui est souvent très difficile, pour ne pas dire impossible, en clientèle.

Mais cet amour de la recherche et de la science doit actuellement céder le pas aux nécessités de la vie ; la profession nourrit mal son homme et il est inadmissible que l'on soit forcé de soigner gratuitement à l'hôpital, au milieu des pauvres, des individus susceptibles de verser des honoraires médicaux et chirurgicaux.

D'un autre côté, l'hôpital devenant un centre de travail autant lucratif que scientifique — surtout depuis que les commissions administratives ont, pour la plupart, accordé à leur personnel médical le droit de réclamer des honoraires de qui peut payer, — les médecins d'une même ville ne peuvent admettre que certains d'entre eux soient nommés à l'hôpital, à la faveur, selon le caprice des opinions politiques des élus du jour. Ceux qui sont en place voudraient avoir un statut fixe, alors qu'ils sentent l'intrigue autour d'eux et qu'ils redoutent de se voir enlever par défaveur ce qu'ils ont obtenu eux-mêmes, lorsqu'ils étaient bien en cour.

Nous avons tenu à ne nous appuyer que sur des arrêts du Conseil d'Etat. Or, ce tribunal suprême de l'administration, s'appuyant sur les textes législatifs et réglementaires, est obligé de consacrer l'omnipotence des commissions administratives, en ce qui concerne la nomination ou la révocation déguisée des médecins.

Que faire ? des vœux ou des congrès ? Cela ne sert de rien. Des réclamations ? Il faut s'incliner devant la jurisprudence du Conseil d'Etat : *dura lex, sed lex*.

Reste, pour mes confrères, à mieux connaître leur situation juridique. Lorsqu'ils se font inscrire pour passer un concours de médecin ou chirurgien des hôpitaux, comme lorsqu'ils acceptent d'être nommés sans concours, au choix ou à la faveur, ils contractent, sous une forme particulière, par contrat d'adhésion.

En effet, dans les situations ordinaires de la vie, la conclusion d'un contrat suppose une libre discussion entre les parties. Mais ici, la loi commune subit une dérogation : l'une des parties, la commission administrative, fait à elle seule la loi du contrat ; elle dicte ses conditions à l'autre, le médecin, qui se borne à les accepter ou à les rejeter en totalité.

Ce contrat d'adhésion ne constitue pas cependant un contrat de droit public : le médecin d'hôpital ne saurait être considéré comme un fonctionnaire, car l'hôpital est un établissement public, c'est à dire une œuvre fonctionnant comme une entreprise privée, mais soumise à une tutelle administrative.

D'ailleurs, tous les conflits provenant de ce contrat de louage de services entre médecin et hôpital doivent être tranchés devant les tribunaux judiciaires de droit commun. Ce n'est que lorsque le préfet a donné ou refusé son approbation selon la loi qu'on est obligé de se pourvoir devant les tribunaux administratifs (en l'espèce le Conseil d'Etat) pour faire juger par l'autorité suprême la décision préfectorale.

Nous allons mettre à l'étude le gros problème juridique, à savoir si les tribunaux judiciaires de droit commun pourraient se refuser à connaître d'une violation d'un engagement, ou des termes d'un contrat de louage de services, commise par la commission administrative, alors que très régulièrement, selon la loi, le préfet aurait approuvé la délibération qui cause un dommage au médecin intéressé.

C'est un gros problème juridique qui est ainsi soulevé et que le « Sou médical » étudiera avec ses conseils juridiques.

Il est indispensable, en effet, pour que les malades puissent toujours être bien soignés, que les médecins et chirurgiens des hôpitaux ne soient plus considérés comme des employés supérieurs, par quelques commissions hospitalières.

Personnellement, nous recevons trop de lettres de plaintes, émanant tant des médecins que des commissions administratives elles-mêmes, pour ne pas attirer l'attention des pouvoirs publics sur la nécessité de modifier la loi du 7 août 1851.

Le syndicalisme est né de la nécessité d'union pour l'étude et la défense d'intérêts communs : les médecins et chirurgiens des hôpitaux de France se sont groupés en une Association professionnelle, alors que de leur côté, les commissions hospitalières forment des Unions régionales.

Pourquoi ne pas envisager la possibilité de discuter ces questions professionnelles, non plus d'individu à individu, mais de groupement à groupement ? Les syndicats médicaux sont parfois obligés de faire montre d'une grande combativité, parce qu'on refuse de faire appel à leur compétence technique ; mais, dès le moment où on leur donne un travail d'organisation à mettre debout, ils font preuve d'une grande pondération.

Le syndicat, étant appelé à discuter localement le fonctionnement du service médical de l'hôpital de l'endroit, fera disparaître ces ambitions personnelles, qui font souvent le malheur des individualités. Les médecins ne sont-ils pas

les victimes de ce désir quelque peu égoïste d'obtenir pour soi tout seul un grand nombre de postes et de titres ? Beaucoup de nos confrères acceptent les conditions d'un « cahier des charges », sans les discuter, sans même y jeter un coup d'œil. Les yeux fermés, on souscrit à toutes les obligations, pourvu qu'on puisse obtenir le titre envié de médecin ou de chirurgien des hôpitaux. Ce n'est que plus tard qu'on s'aperçoit du mauvais côté du service ; mais il est trop tard, même pour démissionner.

Et cependant, n'avons-nous pas entendu, récemment, un professeur, chirurgien des hôpitaux d'une de nos très grandes villes de province, déclarer qu'il engage ses élèves, ses internes, à délaisser les concours des hôpitaux ? « Vous perdez vos belles années de jeunesse, pour un travail stérile et stérilisant, qui est surtout livresque. Vous ne pouvez pas avoir d'individualité tant que vous n'aurez pas réussi à vous classer au concours. Et tous ces sacrifices ne pourront avoir comme résultat que l'obtention d'un service d'hôpital, pour lequel vous serez très mal payé, où vous devrez soigner gratuitement des malades payants et des blessés du travail. Faites donc de suite de la clientèle, en sortant de l'école et surtout ne concourez pas ! »

De telles paroles, dans une bouche autorisée, sont symptomatiques d'un malaise profond. Nos malades exigent une modernisation de l'art de guérir, dans les établissements publics et, pour ma part, je souhaite une collaboration prochaine entre les compétences techniques et les pouvoirs publics, pour le plus grand bien de l'amélioration de la santé de nos concitoyens.

Dr Paul BOUDIN.

LA VIE SYNDICALE ET PROFESSIONNELLE

Syndicat général des médecins français électrologistes-radiologistes.

(12 *juillet* 1921.)

Radiologie dans les hôpitaux. — Le Dr JAULIN rend compte des démarches faites par lui auprès de la municipalité et de la Commission des hôpitaux de Dieppe. Il rappelle également la lettre de protestation à M. MOURIER, directeur de l'Assistance publique, à propos de la nomination d'un non médecin comme chef de laboratoire des hôpitaux. Il a été donné une grande publicité à cette lettre.

Le Dr BOUCHACOURT met le Syndicat au courant de la visite de ce même laboratoire par les membres du Congrès de l'histoire de la médecine.

Loi des pensions. — Le secrétaire général annonce que le différend entre le ministère des pensions et le corps médical est solutionné. Une sous-commission discute actuellement les tarifs des chirurgiens et des spécialistes.

Le Dr AUBOURG est désigné comme délégué du syndicat à cette sous-commission.

En ce qui concerne l'arriéré, s'il existe des examens de radiologie qui n'ont pas été réglés directement par les bénéficiaires, le secrétaire général offre aux syndiqués de porter directement au ministère des pensions leurs notes détaillées.

Les membres du Syndicat sont donc priés de les lui adresser dans le plus bref délai possible, sans porter de chiffres en face des interventions.

Radiodermites de guerre. — Il est donné lecture d'une lettre du Dr RONNEAUX, qui avait été chargé de démarches à ce sujet.

Le président de la Commission consultative médicale du ministère de la guerre, M. Toubert, a promis de tenir compte du désir du Syndicat : désormais, il y aura un médecin radiologiste dans la commission chargée d'examiner les cas de radiodermites.

La Société d'électrothérapie et la Société de radiologie sont chargées de dresser la liste de ces experts dans chaque ville de Faculté.

Tarif Breton. — Les décisions de la sous-commission ministérielle sont adoptées par la commission plénière.

Il résulte que :

1° *Le tarif des examens radiologiques est le même pour toute la France ; la réduction de* 25 % *pour les villes de moins de* 100.000 *habitants ne s'applique qu'aux traitements électrothérapiques* ;

2° *Il y a « extrême urgence » lorsque la nécessité d'une intervention urgente ou la façon de la pratiquer ne peuvent être révélées que par l'exploration radiologique.*

Dispensaires antituberculeux. — Après une discussion assez longue sur les conditions imposées aux radiologues par les organisations antituberculeuses, il est décidé que MM. Bouchacourt et Leullier s'aboucheront avec l'Office national et la mission Rockfeller à l'effet d'obtenir une entente préalable à toute installation radiologique de dispensaire.

En effet, il est nécessaire que les locaux soient bien aménagés et aient le cube d'air nécessaire ; que les appareils soient bien choisis et que la protection du radiologue contre les rayons et contre les bacilles soit effective.

Enfin, les séances ne doivent pas comporter un trop grand nombre d'examens et chaque séance doit être suffisamment rémunérée.

Il est entendu que les délégués n'auront pas à traiter définitivement sur cette dernière question sans en avoir référé au Syndicat.

Tarif de radiologie des chemins de fer. — Le secrétaire lit une lettre d'un confrère de la région

de l'Est qui a obtenu facilement le tarif minimum du Syndicat de la compagnie des chemins de fer de l'Est.

Le Dr Castex expose la situation des radiologistes dans sa région.

Une lettre du Dr Chuitton est lue sur le même sujet. Avant de se prononcer, le Syndicat estime qu'il y a lieu de demander aux confrères qui travaillent pour les compagnies de chemins de fer de vouloir bien communiquer le bilan des interventions radiologiques, des honoraires payés effectivement et des honoraires représentés par les voyages gratuits effectués.

Le nouveau règlement de l'Assistance pour la nomination des assistants de radiologie et des chefs de laboratoire est ensuite discuté. Le Syndicat estime qu'une démarche doit être faite auprès de la Société des chefs de laboratoire.

En effet, le premier concours après l'armistice a eu lieu avant la démobilisation de tous les confrères.

Or, ce concours a des avantages énormes, au point de vue de l'avenir, sur le concours suivant ; il y a là une injustice envers les médecins mobilisés jusqu'à la fin, qu'il est nécessaire de réparer.

CHRONIQUE DE LA MUTUALITÉ

Congrès de la Fédération parisienne des sociétés de secours mutuels.

Fin juin, la Fédération mutualiste de la Seine réunissait un certain nombre de délégués, à raison de deux par sociétés de secours mutuels et de retraite du département.

Disons de suite que les ouvriers ont protesté contre les jours, mal choisis d'après eux, parce *que les travailleurs ont dû cesser leurs occupations*, alors qu'un samedi après-midi et un dimanche auraient été mieux accueillis.

Quatre longues séances de travail, soit en commissions, soit en assemblée générale.

La question principale était de savoir s'il fallait se rallier au projet de loi sur l'assurance maladie-invalidité et vieillesse, déposé par le Gouvernement sur le bureau de la Chambre, ou s'il fallait au contraire combattre ce projet, pour faire aboutir la proposition de loi Patureau-Mirand ? Celle-ci voudrait établir en France un système de mutualité obligatoire.

Des discussions, parfois très passionnées, qui ont eu lieu pendant ces deux journées, il se dégage les conclusions suivantes :

La mutualité, malgré le dévouement de ses chefs, est actuellement incapable de garantir le risque maladie-invalidité et vieillesse. Les cotisations sont trop faibles et, pour arriver à quelque chose, il faut solliciter les cotisations de membres honoraires, mendier des subventions communales ou d'Etat, enfin lésiner sur les honoraires des médecins.

Pareille situation ne peut durer, d'autant que la masse reste indifférente à l'esprit de prévoyance : déjà, au Congrès d'Angers, un cri d'alarme avait été poussé : la mutualité ne recrute plus. Aussi convient-il de lui substituer une assurance obligatoire, forçant tous les travailleurs à faire l'effort nécessaire pour être prémunis contre la maladie, contre l'invalidité et pour avoir un repos bien gagné, le jour où la vieillesse empêche tout travail rémunérateur.

Nous avons constaté, au cours des discussions, que les congressistes pourraient être divisés en trois groupes :

1° Certains chefs mutualistes, voulant imposer leurs conceptions, faisant de belles phrases et de longues périodes de rhétorique sur des lieux communs, se faisant applaudir sur des phrases banales, qui exaltent le dévouement, le désintéressement, la mutualité, etc. etc. Somme toute, ces chefs voudraient imposer leurs idées et conceptions à la masse amorphe et moutonnière, en lui persuadant que la mutualité peut toute seule organiser l'assurance sociale.

2° Non, répondaient les travailleurs, vous, les chefs, vous n'êtes pas comme nous, immédiatement intéressés à l'assurance sociale, parce que vous n'en avez pas besoin, tandis que, en attendant les jours meilleurs que vous nous promettez, nous sommes dans la misère si nous tomb bons malades, ou si nous devenons vieux avan l'âge. Le gouvernement nous propose quelque chose de tangible, de réel, à la place de vos promesses plus ou moins idéalistes. Aussi entendons-nous que soit pris en considération le projet du gouvernement, qu'il soit étudié, en vue de modifications, mais nous entendons que satisfac*tion nous soit donnée le* plus vite possible, dans un but de sécurité pour les travailleurs, comme dans une idée d'apaisement social.

La classe ouvrière considère en effet que le droit aux soins et aux allocations pécuniaires prévues dans le projet de loi constitue une sorte de participation aux bénéfices, un sursalaire qui doit être le complément du gain journalier.

Aussi ces futurs usagers de la loi avaient-ils étudié à fond le projet de loi et souvent ils ont démontré aux détracteurs de l'assurance, les erreurs plus ou moins involontaires qu'ils commettaient, pour déclarer que la loi future ne serait pas applicable, qu'elle irait à l'encontre de l'esprit des classes laborieuses et qu'elle n'aboutirait qu'à la création d'une nouvelle armée de fonctionnaires.

3° Le plus grand nombre des auditeurs mutualistes ne connaissaient rien du projet de loi et c'était sur cette ignorance que les détracteurs comptaient pour mettre en échec le projet du gouvernement.

Mais les mutualistes ouvriers veillaient, reprochaient aux dirigeants de la mutualité de ne pas avoir fait le nécessaire pour que les délégués du congrès pussent discuter en toute connaissance de cause. Et d'un geste large, alors que les adversaires prétendaient ne pas pouvoir fournir le projet de loi, les partisans du projet se mirent à distribuer qui des *Officiels*, qui des des tracts qu'on était allé chercher par exprès au ministère du travail.

Il en résulta qu'on fut obligé de reconnaître l'effort considérable qu'avait fourni M. Cahen Salvador et ses collaborateurs, pour mettre debout un projet aussi complet. Aussi, pourquoi chercher ailleurs ce qu'on a sous la main, d'autant qu'on dut avouer que la proposition de loi Patureau-Mirand était hâtive, sans précisions et qu'elle laissait à des règlements d'administration publique, c'est-à-dire à des fonctionnaires, le soin de régler les détails pratiques de la loi. Bien au contraire, M. Cahen Salvador, par une initiative fort heureuse, a syndicalisé le fonctionnement de la loi, en s'appuyant toujours sur les groupes professionnels, sur les techniciens et non sur les bureaux.

Il fut voté qu'une loi d'obligation à l'assurance était indispensable. A l'unanimité, tout le monde fut d'accord sur la nécessité de l'obligation. Une commission interfédérale a été nommée pour étudier le projet de loi, pour le comparer à tous autres projets qui pourraient voir le jour. Mais, comme il convient d'aller vite et que la classe ouvrière n'entend pas être bernée par des promesses, cette commission devra avoir terminé ses travaux en temps utile, pour que les sociétés de secours mutuels puissent être saisies d'un rapport, qu'elles discuteront d'abord chacune, puis qu'on étudiera dans un congrès spécial, qui se tiendra en octobre.

Personnellement, nous avons été heureux de constater que la masse n'entend plus se laisser conduire docilement, pour la satisfaction de certains intérêts personnels. Le peuple veut se faire une opinion sur tout ce qui le concerne, sachant bien que, dans une véritable démocratie, l'impulsion doit venir d'en bas et non d'en haut et les chefs d'une république vraiment républicaine doivent non pas imposer leurs propres idées, mais s'inspirer des idées de la collectivité.

Dr Paul Boudin.

Ordre du jour voté le 18 juin par le Congrès de la Fédération mutualiste de la Seine sur la question des assurances sociales.

Les sociétés mutualistes de la Seine, réunies en congrès ;

D'accord avec les décisions déjà prises par les assemblées générales de la Mutualité et par ses congrès,

Expriment le vœu qu'une loi sur les assurances sociales soit votée le plus rapidement possible par le Parlement,

Toutefois, le Congrès, soucieux de sauvegarder les intérêts moraux et matériels légitimes des sociétés de secours mutuels, décide qu'une commission interfédérale des assurances sociales étudiera dans ses moindres détails le projet du Gouvernement et tous autres qui viendraient à être présentés et procèdera, d'accord avec le bureau de la Fédération, à la consultation des groupements mutualistes, auxquels seront adressés un rapport objectif sur l'ensemble de la question.

Un nouveau congrès, qui aura lieu dans la première quinzaine d'octobre, statuera définitivement sur les modifications à apporter au projet de loi sur les assurances sociales.

VARIETÉS

Une crémation en l'an X.

L'an 10e de la République française une et indivisible, le 23 floréal, 9 h. du matin. Nous Noël François Couvreur, Commissaire de police, division du Muséum, 4e arrondissement, en vertu d'un ordre du conseiller d'Etat préfet de police du 22 courant, déposé ledit jour à la mairie du 4e arrondissement et dont extrait nous est représenté, lequel annexe au présent portant que le préfet autorise le citoyen Charles-Eugène Longuemare demeurant rue Boucher, 7. division du Muséum, de faire brûler le corps de Adèle-Eve-Luthena-Esther-Zelide Longuemare, sa fille, décédée en sa maison et dont ledit décès, fut constaté à la mairie ledit jour 22, que cette opération se fera en notre présence pour les cendres provenant dudit cadavre être remises au citoyen Longuemare ou à toute autre personne le représentant; à cet effet nous, commissaire de police, sommes allé avec le citoyen Louis Bouquetot, commis négociant, palais du Tribunat 138, ce dernier représentant le citoyen Longuemare ne pouvant se rendre vu son état d'incommodité, rue du Colombier-Germain, 39, maison et laboratoire des citoyens Vauquelin et Fourcroy, chimiste, où étant avec le corps de demoiselle Longuemare en notre présence. Les derniers préparatifs nécessaires faits, le corps de ladite demoiselle fut déposé en un fourneau disposé à cet effet pour y être inciné, ce qui fut exécuté de suite, les os et les cendres ont été avec précaution retirés du fourneau et placés dans un creuset pour la consommation s'en faire parfaitement.

Ce fait et le corps consommé, les cendres d'ice-

luy, ont été mises en un mortier pour y être pillées en notre présence et ensuite remises au citoyen Bouquetot, lesquelles furent déposées en un vase de marbre noir, préalablement pesées se trouvant du poids de cent soixante-dix-huit grammes, pour le tout être remis au citoyen Longuemare.

Ce fait et n'y ayant plus rien à constater, avons rédigé le présent procès-verbal etc.

Archives de la préfecture de police.

A /191.

Dr VIMONT.

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations.

Syndicat général des médecins des stations thermales et climatiques de France. — Dans l'une de ses dernières réunions, le syndicat a voté la mise à jour de l'*Annuaire* des médecins exerçant dans les stations thermales et climatiques, et faisant partie de ce groupement.

Le secrétaire général, le docteur Molinéry (Luchon) serait reconnaissant à tous ses collègues de vouloir bien lui donner leur adresse exacte, d'hiver et d'été, afin que cet *Annuaire* puisse être prêt pour le mois de novembre.

Il est rappelé que pour faire partie du syndicat général des médecins des stations thermales et climatiques, il faut avoir exercé cette spécialité dans l'une de nos stations, faire acte de candidature auprès du président, M. le professeur A. Robin, 18, rue Beaujon, Paris, et se faire présenter par deux parrains déjà membres du syndicat.

— **Clinique d'accouchements Baudelocque.** — Cours complémentaires de pratique obstétricale réservés aux docteurs en médecine français et étrangers et aux étudiants ayant terminé leur scolarité, sous la direction de M. Lévy-Solal, professeur agrégé, accoucheur des hôpitaux, assisté de MM. Vignes, accoucheur des hôpitaux ; Marcel Pinard, médecin des hôpitaux ; Cleisz, chef de clinique ; Morisson-Lacombe et Sellet, chefs de clinique adjoints.

Durée : Deux semaines, le matin et l'après-midi. Première série du 12 au 24 septembre 1921. Deuxième série du 17 au 29 octobre 1921.

PROGRAMME. — I. *Leçons.* — Diagnostic de la gestation. Diagnostic des présentations par le palper, le toucher et l'auscultation. Diagnostic et traitement des viciations pelviennes. Diagnostic et traitement des hémorragies pendant la gestation, l'accouchement et la délivrance. Diagnostic et traitement des toxémies (vomissements graves albuminurie, convulsions éclamptiques). Diagnostic et traitement de la syphilis maternelle fœtale et infantile. Diagnostic et traitement des anomalies de la dilatation. Dilatation artificielle. Ballon de Champetier de Ribes. Diagnostic et traitement des infections puerpérales. Traitement de la mort apparente du nouveau-né. Conduite à tenir au cours de l'accouchement et de la délivrance.

II. *Exercices cliniques individuels journaliers.*

III. *Manœuvres obstétricales.* — Forceps ; extraction du siège ; version ; basiotripsie, embryotomie.

Droit d'inscription : 100 francs. S'inscrire au secrétariat de la Faculté (guichet nº 3), les jeudis et samedis, de midi à 3 heures.

— **Travaux pratiques d'urologie.** — Une série de travaux pratiques d'histologie pour les étudiants de 1re et de 2e année sera faite au laboratoire des travaux pratiques, sous la direction de M. Branca, agrégé, chef des travaux.

Les démonstrations auront lieu tous les jours, à 14 h. 1/4, à partir du lundi 3 octobre 1921.

Se faire inscrire au secrétariat, les jeudis et samedis, de midi à 3 heures, guichet nº 3.

Le droit d'inscription est de 80 francs.

— **Amphithéâtre d'anatomie.** — Un cours hors série d'opérations chirurgicales (chirurgie de l'appareil oto rhino-laryngologique), en 10 leçons par MM. Léon Dufourmentel, René Miégeville, Flavien Bonnet, Paul-Léon Truffert, commencera le mercredi 21 septembre 1921, à 2 heures, et continuera les lundis, mercredis, vendredis suivants à la même heure.

Droit d'inscription : 150 francs. Se faire inscrire : 17, rue du Fer-à-Moulin.

Programme du cours. — I. Technique de l'ossiculectomie et de la mastoïdectomie. — II. Evidement pétromastoïdien ; trépanation du labyrinthe. — III. Traitement des complications veineuses et encéphaliques, des otites suppurées thrombo-phlébite, méningite, abcès encéphaliques et periencéphaliques) ; ligatures vasculaires du cou. — IV. Traitement des déviations du septum nasal ; les rhinotomies ; les voies d'accès naso-faciales du rhino-pharynx. — V. — Traitement des sinusites maxillaires ; les voies d'accès buccales du rhino-pharynx. — VI. Traitement des sinusites frontales, des ethmoïdites, des sinusites sphénoïdales. — VII. Les ouvertures temporaires et permanentes du conduit laryngo-trachéal (laryngotomie intercrico-thyroïdienne, tyrotomie-trachéotomie, laryngo-trachéotomie). — VIII. Les voies d'accès du carrefour aéro-digestif ; les pharyngotomies hautes et basses. — IX. La laryngectomie partielle et totale. — La broncho-œsophagoscopie.

Le Directeur-Gérant : Dr GASSOT.

Clermont (Oise). — Imprimerie DAIX et THIRON
THIRON et FRANJOU, Successeurs.
Maison spéciale pour publications périodiques médicales

Réponse.

Il vous faut choisir entre l'article 4 et l'article 8, et par suite vous servir de ce dernier.

a) D'après l'article 4, vous compteriez, pour la nuit, 8 fr. de visite × 3, soit 24 fr... mais alors vous ne pourriez plus compter, en même temps, ni votre suture, ni votre injection de sérum, car ce serait *cumul* (Art. 13).

b) D'après l'art. 8, vous comptez (visite supprimée) : Injection de sérum + suture (de plus de 2 points) et cela avec 25 % de majoration pour la nuit. Ce qui, pratiquement, vous remet aux prix de 1re catégorie, soit injection de sérum : 20 fr., sutures multiples : 25 ; total : 45 fr.

c) Dans les deux cas, vous aurez également à ajouter vos 14 fr. de frais de déplacement.

Dr F. DECOURT.

VI

Je soigne un limier tombé dans un bain de plomb (à 850° environ). Brûlure profonde du 1/3 inférieur de la jambe droite et du pied. Pendant quinze jours, j'ai dû décoller le pansement par de grands bains et régulariser aux ciseaux pour enlever les tissus nécrosés. Comment établir ma note, pour ces 15 premiers pansements de 30 minutes en moyenne ?

Dr S.

Reponse.

Brûlure profonde de la jambe, et du pied n'est pas une « brûlure moyenne », mais une « grande brûlure » qui, en deuxième catégorie, est cotée 37,50 par séance (Voir Article 28), jusqu'au jour ou la plaie diminuant, la brûlure passe de la catégorie de grande brûlure à celle de moyenne. (Voir Avis insérés dans l'Arrêté ministériel du 28 juin 1921).

Dr F. DECOURT.

VII

J'ai l'honneur de vous prier de vouloir bien me dire par la voie du *Concours médical* quels honoraires demander pour fracture du calcaneum (réduction et mise en plâtre) en matière d'accident du travail.

Par analogie, vous pourrez également indiquer les honoraires à demander pour fracture de l'astragale.

Dr B.

Réponse.

Il n'y a rien dans le tarif Breton au sujet des fractures de l'astragale, ni du calcanéum. Mais, dans les « Avis » notés dans l'Arrêté ministériel du 28 juin 1921, vous pouvez lire que les « Fractures de plusieurs métacarpiens ou métatarsiens » sont tarifées (par analogie de valeur thérapeutique) comme les fractures d'un seul os de l'avant-bras, soit 60 francs. Les fractures dont vous me parlez me semblent être de même ordre thérapeutique et, par analogie, pouvoir être tarifées également 60 fr.

Dr F. DECOURT.

VIII

Membre du « Sou médical », je désirerais avoir votre avis pour l'établissement d'une note d'honoraires pour accidents du travail.

Exerçant dans une petite ville de 5.000 habitants, je m'occupe plus spécialement d'ophtalmologie et d'oto-rhino-laryngologie. J'ai eu dernièrement à soigner un accidenté du travail, qui, à la suite d'un traumatisme oculaire, a fait un ulcère de la cornée, ayant entraîné une taie de la cornée, d'où incapacité permanente partielle.

Je l'ai soigné par des pansements oculaires, incision du sac avec cathétérismes répétés des voies lacrymales, cautérisation à l'air chaud.

Comment dois-je compter ces interventions ? Elles sont comptées 20 fr. dans le tarif Breton. Dois-je les compter ainsi ou avec une réduction de 25 % comme appartenant à la 2e catégorie ?

Le 2e paragraphe de l'article 15 du tarif Breton paraît donner raison à la première interprétation.

Dr D.

Réponse.

D'après le lieu de résidence de vos blessés et de vous-même, vous êtes en 2e catégorie (Voir article 1er) ; vous avez donc à compter 25 % de rabais sur les prix du tarif Breton (Art. 15).

Seuls, les radiologues, alors seulement qu'ils ne donnent pas de « soins » (radiothérapie), mais font des « actes de laboratoire » (radiographie), n'ont pas à subir cette réduction (voir Avis de la Commission du tarif dans l'Arrêté Ministériel du 28 juin 1921).

D F. Decourt.

IX

Nous n'en finirons jamais avec les Cie d'assurances. Faut-il, pour pouvoir tarifer à 15 fr. une brûlure du pied ou de la main, que la TOTALITÉ du pied ou de la main soit intéressée par la blessure ? Cependant d'après le tarif Breton, la petite brûlure à 10 fr. ne comporte qu'*un* ou *deux doigts* ou surface comparable.

La face dorsale ou plantaire du pied par exemple, me semble dépasser la surface qui conditionne la petite brûlure.

Je voudrais avoir votre avis sur ce point.

Dr B.

Réponse.

On ne comprend pas comme type de surface de brûlure, la *totalité de la surface* d'un membre, mais d'*une face* de ce membre naturellement. Pour une large brûlure de la main ou du pied, on doit donc compter 15 fr. (Art. 28), sans qu'il y ait besoin que la main ou le pied soit complètement brûlés sur toute la circonférence, comme s'ils sortaient d'un four ou d'un bouillon.

Dr F. Decourt.

X

Je vous remercie de bien vouloir me donner l'avis du confrère Decourt sur ma question au 26 juillet. Sa réponse ne me satisfait pas, ou je ne me suis pas bien fait comprendre. Il s'agissait d'une fracture du fémur. J'ai été appelé sur le lieu de l'accident et là j'ai mis un appareil provisoire pour permettre le transport du blessé en auto à 4 km. du lieu de l'accident. Je ne pouvais donc pas mettre sur-le-champ un appareil réducteur et définitif. Si j'ai différé la réduction, c'est que j'ai été obligé par les circonstances. Dans ces conditions, je demandais ce que je devais compter pour le 1[er] appareil qui n'était que provisoire, comptant, bien entendu, 112 fr. 50 pour l'appareil à extension continue mis le lendemain au domicile du blessé.

Je vous serai également très obligé de me donner la manière d'établir une note d'honoraires pour l'accident loi suivant :

Un confrère voisin est appelé à 10 h. 1/2 du soir à 8 km. de son domicile pour luxation de la hanche droite. Il essaye en vain de réduire. Il vient me chercher et je me rends la nuit avec lui chez le blessé à 10 km. de mon domicile. Nous opérons la réduction sous *chloroforme*, toujours la nuit. La luxation se reproduisant facilement, nous retournons le lendemain tous les deux, pour appliquer un appareil à extension continue.

Voici ma manière de compter :

Réduction luxation hanche :

187,50 + 25 % (nuit)	250 fr.
Chloroformisation 50 + 25 % (nuit)	62 fr. 50
Visite de nuit pour confrère 8 × 3	24 fr.
Visite de nuit pour moi 8 × 3	24 fr.
Certificat descriptif	10 fr.
Devons-nous compter en plus la consultation entre confrères, c'est-à-dire pour chacun 8 × 3	24 fr.
L'indemnité kilométrique est-elle triplée la nuit ?	
Cathétérisme de l'urèthre 11 fr. 25 + 25 % (nuit)	15 fr.

Devons-nous compter la pose de l'appareil de Tillaux mis le lendemain ?

Pour une grosse intervention de ce genre, le prix de 250 fr. comprend-il le prix de la visite de nuit et le prix de la visite en consultation ?

D[r] L.

Réponse.

1° Pour la fracture, j'avais fort bien compris les explications premières. Je ne vois pas d'autre réponse à faire que la précédente : « Vous devez vous contenter des 112,50 du tarif, plus la visite et le déplacement de la veille, naturellement. » Je pense qu'un tribunal ne jugerait pas autrement. Tel est, du moins, mon avis personnel.

2° Pour la réduction de luxation de la hanche,

faite de nuit, sous chloroforme, avec confrère, plus cathétérisme de l'urèthre, il faut compter, d'après le tarif en 2e catégorie :

a) Réduction de luxation de la hanche 187,50 (Art. 19) plus 25 % de majoration pour opération de nuit (Art. 8) soit 250 fr. (pour l'opérateur).

b) Cathétérisme de l'urèthre, la nuit 15 fr. (pour l'opérateur).

c) Chloroformisation de nuit 50 fr. plus 25 % soit 62,50 (pour le confrère).

d) A ceci, il faut ajouter les frais de déplacement qui sont de 1 franc par kilomètre parcouru (sans augmentation pour la nuit), soit 20 francs de plus pour le confrère L., et x francs pour l'autre dont je ne connais pas le déplacement.

Et je ne vois plus rien d'autre que le certificat. Quant à la « visite de nuit » pour chacun, elle n'a pas à être comptée, car il y aurait *cumul* (voir Art. 13) et d'ailleurs les suppléments de nuit ont *déjà* été comptés, soit 25 % de majoration, tant pour l'opérateur que pour le chloroformisateur. Et voilà que le confrère veut encore surajouter 8 × 3 = 24 francs, à chacun, pour consultation.. C'est du cumul de cumul cette fois.

Dr F. DECOURT.

NOTES DE PRATIQUE QUOTIDIENNE

Traitement de la migraine.

Régime surtout végétarien. La chair animale n'est permise qu'*une fois par jour*, en petite quantité : viande ou poisson.

Proscrire absolument :

Le gibier, les viandes noires, la charcuterie, les viscères (foie, rognons, ris de veau, cervelle), le bouillon de viande, les extraits de viande.

Proscrire également :

Les aliments riches en acide oxalique ; oseille, épinard, rhubarbe, choux, raves, haricots verts, pois chiches, thé, café, chocolat.

L'alcool, sous toutes ses formes, est à éviter. Comme boisson, eau pure ou infusions chaudes.

Hygiène : Trois jours par semaine, prendre une douche chaude, de 38° à 40°, d'une durée de deux minutes.

Les autres jours, remplacer la douche par des affusions tièdes, suivies de frictions au gant de crin.

Traitement :

Dans l'intervalle des accès :

Prendre, quatre fois par jour, le matin au réveil, à 11 heures, à 18 heures et au coucher, 100 grammes de la préparation suivante :

Benzoate de lithine		1 gr.
Sulfate de soude sec	ââ	3 gr.
Phosphate de soude sec		
Bic. de soude		6 gr.

Pour un paquet, à faire dissoudre dans une bouteille de : (Eau de Vittel, Grande Source).

S'il y a constipation, ajouter à la première dose une cuillerée à café de :

Sel de Seignette............. 60 gr.

Au moment de l'accès :

Repos absolu. Diète.

Absorber, dès le début de l'accès, une grande quantité d'eau diurétique, par exemple une bouteille d'eau de Vittel, par verrées prises de demi-heure en demi-heure.

Avec les premiers verres, avaler les cachets suivants :

Antipyrine	0 gr. 50
Phénacétine	0 gr. 20
Acétanilide	0 gr. 10

F. s. a. n° 4 semblables.

(Ne pas dépasser trois ou quatre cachets).

Dr A. SATRE,
(de Grenoble).

JURISPRUDENCE

Recours contre le concours d'agrégation

CONSEIL D'ÉTAT (27 mai 1921).

Le Conseil d'État statuant au Contentieux,

Vu la requête présentée pour le sieur O., docteur en médecine,... et tendant à ce qu'il plaise au Conseil annuler, pour excès de pouvoir, 1° une décision, en date du 26 juin 1920, par laquelle le ministre de l'Instruction publique a refusé d'annuler les proclamations du résultat du concours d'agrégation de médecine pour la section d'hygiène et de bactériologie faites le 5 du même mois, par le jury dudit concours ; 2° en tant que de besoin la proclamation dont s'agit ;

....

Sur le moyen tiré de l'absence de mention, constatant l'insuffisance des épreuves subies par le requérant, sur le procès-verbal de la séance du 5 juin 1920 et sur l'affiche proclamant les résultats du concours ;

Considérant qu'aux termes de l'article 13 *in fine* de l'arrêté suisvisé du 5 novembre 1919, portant règlement des concours pour l'agrégation des Facultés de Médecine en 1920, les listes arrêtées peuvent comprendre moins de noms qu'il n'y a de places mises au concours « si le résultat des épreuves est jugé insuffisant par le jury » ; que ni cet article ni aucune autre des dispositions comprises dans l'arrêté précité n'obligent les jurys à motiver expressé-

ment par l'insuffisance des candidats, soit sur le procès-verbal de leur séance, soit sur les affiches qu'ils peuvent faire apposer, leur décision de ne pas procéder à des désignations pour la totalité des places disponibles ;

Sur le moyen tiré de ce que, le requérant ayant été refusé avec un nombre de points supérieur à celui de candidats admis dans d'autres sections, il aurait été porté atteinte au principe de l'unité du règlement du concours :

Considérant que l'arrêté du 5 novembre 1919 a, par les dispositions combinées de ses articles 1 et 13, prescrit qu'il serait procédé à 16 concours distincts, à raison d'un concours par section, et qu'il a, à cet effet, prévu, par son article 7, la constitution de onze jurys ; que s'il a spécifié (article 12) que chacune des épreuves des concours précités serait cotée de 0 à 30, cette disposition — destinée à permettre aux juges d'évaluer, pour chaque section, suivant une commune mesure, les mérites respectifs des concurrents — ne saurait être considérée comme obligeant les divers jurys à établir une équivalence entre les notations de candidats appartenant à des sections différentes, et à fixer à une cote identique la moyenne exigible pour être admis ;

Sur le moyen tiré de ce que, le requérant ayant été déclaré « admissible » et ayant obtenu, pour les épreuves « d'admission », autant de points que les candidats « admis » dans sa section, le jury aurait excédé ses pouvoirs en ne procédant pas à sa désignation :

Considérant qu'aucune disposition de l'arrêté du 5 novembre 1919 ne limite ou ne conditionne le pouvoir, donné au jury par l'article 13 *in fine*, de désigner moins de noms qu'il n'y a de places mises au concours, lorsque le résultat des épreuves est jugé par lui insuffisant ; que l'appréciation des juges porte sur l'ensemble de toutes les épreuves, et que le fait qu'ils ont fait figurer un candidat sur la seconde liste d'admissibilité — laquelle doit, d'ailleurs, comprendre, quels que soient les mérites des concurrents, en vertu de l'article 5 de l'arrêté, un nombre de noms double du nombre de places mises au concours — ne saurait les empêcher de ne pas procéder ultérieurement à la désignation du candidat dont s'agit, — alors même que ses épreuves d'admission ne seraient pas inférieures à celles de ses concurrents — si l'ensemble de son concours ne leur paraît pas justifier cette désignation ;

Considérant qu'il résulte de ce qui précède que le sieur O. n'est pas fondé à demander l'annulation de la décision par laquelle le Ministre de l'Instruction publique a rejeté sa réclamation ;

Décide :

La requête susvisée du sieur O. est rejetée.

QUARANTE-TROISIÈME ANNÉE — N° 38 — DIMANCHE 18 SEPTEMBRE 1921

Fondé en 1879 par Auguste CÉZILLY
Rédigé et dirigé par H. JEANNE (1900-1914).

LE CONCOURS MÉDICAL

ORGANE HEBDOMADAIRE DES PRATICIENS
Groupés dans la Société « Le CONCOURS MÉDICAL » et ses Filiales

ADMINISTRATION & PUBLICITÉ

C. BOULANGER, administrateur

ABONNEMENTS :

France	24 fr.
Étranger	28 »
Étudiants (*France*)	12 »
Le numéro	50 cent.

Chèques Postaux Paris 167-95

DIRECTION

MM. les Drs A. GASSOT, *Directeur*; A. MAURAT ; H. CEZILLY ; J. NOIR ; P. BOUDIN docteur en droit ; M. VIMONT ; G. DUCHESNE.

MM. P. CEZILLY, J. DUMESNY, licenciés en droit ; C. BOULANGER.

RÉDACTION

Dr J. NOIR, rédacteur en chef

Drs P. LACROIX et G. DUCHESNE
secrétaires de la rédaction

N.-B. — Les manuscrits publiés ou non, ne sont pas rendus.

Rédaction et Administration : 132, rue du Faubourg St-Denis, PARIS (10e). Téléphone : Nord 48-17

Quarante-troisième année. N° 38 18 Septembre 1921.

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

Office de Renseignements du « Concours »

Membres du Concours exerçant dans les stations d'altitude.

NOTA. — Nous rappelons à nos abonnés qu'il est nécessaire de nous informer chaque année de leur désir de voir figurer leur nom sur ces listes.

MM. les docteurs :

Besse (P.-de-D.) Caffeau.
Jougne (Doubs). Charlin.
Maîche (Doubs). J. Chatelain.
Rousses (les). Moreau.

Membres du Concours exerçant dans les stations balnéaires.

MM. les docteurs :

Banyuls-sur-Mer. E. Panis.
Cancale. Bazin.
Cassis-sur-Mer. Agostini, Buges.
Chatelaillon. Barraud.
Douarnenez. Damey.
Paramé. Ronsin.
Roscoff. Stéphan.
Royan. Sarazin.
Quiberon. A. Grias.
St-Quay-Portrieux. Christian, Le Lionnais.
Sables-d'Olonne. Pelletier.

DON. — Nous avons reçu à titre de don à la Société Civile du *Concours Médical* de M. le Dr Roure, Les Vans (Ardèche), la somme de dix francs pour bons offices du journal.

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum, aux* « demandes et offres ».

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne, qui est versé dans la caisse de la Société civile du Concours Médical). *Adresser un mandat ou mieux verser au compte de chèques postaux,* Concours Médical, *Paris 167-95.*

Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse.**

N° 439. — Docteur marié, à la campagne, prendrait enfants délicats ou peu malades comme pensionnaires. Climat très sain, 20 lieues de Paris.

N° 440. — Villa confortable au Cannet, près de Cannes (Alpes-Marit.), 3 kilom. de la mer, dans la montagne, situation exceptionnelle. Bien abritée des vents. Chambres confortables et bien exposées. Nourriture saine, pas de contagieux. Prix à débattre pour la saison qui commence le 10 novembre. Ecrire Dr Quénot, à Laignes (Côte-d'Or).

N° 441. — A vendre 100 fr., griffon Bruxellois, 4 mois, père 2e prix.

N° 442. — A vendre : 1° 1 tableau électrique, marbre 110 volts, continu pour électrodiagnostic, galvanique, faradique, métronome, etc., 675 fr. ; 2° mobilier opératoire neuf composé : 1 table pliante et étriers, 1 laveur injecteur, 1 table instruments et glaces, 1 tabouret élévation, 1 porte-canule complet, état de neuf, le tout 725 fr. Divers instruments de chirurgie et appareils électriques. Loreau, 3 *bis*, rue Abel, Paris, 12e.

N° 443. — Docteur ayant situation para-médicale et désirant exercer à ses moments de loisir, cherche habitation dans localité située sur le P. O., à moins de 40 kil. de Paris.

N° 444. — Docteur recommande infirmière diplômée, comme dame de compagnie près personne délicate.

N° 445. — Achèterai clientèle à Paris ou rayon 30 kilom.

N° 446. — Le Dr P. Ledru, informe ses confrères que le sanatorium du Mont Duplan, à Nîmes (Gard), est ouvert pour la saison d'hiver. Traitement des maladies

BAUME SÉLÉNIA

de poitrine. Pension 20 fr. par jour, chambre et soins médicaux compris.

N° 447. — Docteur spécialiste syph. et voies urin. recherche local meublé pour cabinet médical en location, longue durée, avec promesse d'achat au besoin. Urgent.

N° 448. — Région Midi. A céder sanatorium (traitement de la tuberculose, 22 pièces, 12 chambres de malades, situation remarquable, grande ville agréable. S'adresser Breitel et Goret, 1, rue Dante, à Paris.

N° 449. — A céder d'urgence dans chef-lieu de canton du Centre, ancien poste rapportant 60.000 fr. Indemnité 10.000 fr. dont 5.000 fr. comptant. Affaire exceptionnelle. S'adresser Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris.

CORRESPONDANCE

Le scandale de Wiesbaden. Un réconfort pour les Stations Thermales de France.

Le Corps médical français a reçu, à deux reprises au moins, depuis juin dernier, une brochure illustrée faisant le panégyrique de la station thermale allemande de Wiesbaden. Cette brochure est éditée par le « Syndicat d'initiative *français* de Wiesbaden et des pays rhénans ». L'envoi est accompagné d'une lettre dactylographiée dont la tournure et le « français » sont plus discutables. Tous nos confrères ont apprécié cette littérature à première vue.

Un fait est indéniable en tout cas, c'est qu'il existe un Syndicat d'initiative *français* de Wiesbaden et qu'il s'est placé « sous la présidence d'honneur de M. le Haut-Commissaire du Gouvernement dans les provinces du Rhin, du Consul de France et du général commandant en chef des armées du Rhin. »

En tout cas, pareille propagande en faveur d'une station *allemande*, qui doit demeurer *allemande* aux termes du traité de paix, était absolument inopportune. Elle va à l'encontre de l'effort fait par les stations de France et par la presse médicale française pour ramener à nous la clientèle aveuglément dirigée avant la guerre vers les stations d'Allemagne.

L' « Union des Etablissements thermaux », dont le siège est, 21, rue de Londres, à Paris, s'est d'ailleurs émue, et vient de protester dans une lettre du 19 août dernier, adressée au Ministre de l'Hygiène et de l'Assistance sociale.

***

En face de ce spectacle attristant, nous avons le réconfort de constater en quelle haute estime des personnalités de premier plan tiennent les

stations thermales de France. M. Clemenceau, suivant l'exemple de Madame de Sévigné, est allé aux eaux de Vichy ; la Reine de Roumanie a honoré Bagnoles-de-l'Orne de sa présence durant plusieurs semaines ; le maréchal Pétain a porté ses pas vers les « fontaines miraculeuses » de la Roche-Posay. Le comte de Broqueville, le grand homme d'Etat belge, est un fidèle de Châtel-Guyon.

Nous pourrions multiplier les exemples à l'infini. Quoi qu'il en soit, les protestations contre le scandale de Wiesbaden se font de plus en plus nombreuses, et tout sera mis en œuvre pour qu'il ne se renouvelle pas dans l'avenir.

Dr B.

Tarif réduit des pensionnés sur les chemins de fer.

En qualité d'abonné du *Concours*, je me permets de vous demander par lettre le renseignement suivant :

Après la guerre, il avait été accordé aux pensionnés de 50 % seulement l'autorisation de voyager à tarif réduit (1/4 de place) sur les chemins de fer et sur les bateaux.

Je viens de me laisser dire qu'une nouvelle loi venait d'être votée récemment, ramenant aux pensionnés de 25 %, suites de guerre cette autorisation de voyager à tarif réduit.

Aussi, seriez-vous bien aimable de me dire le plus tôt possible si cela est réel.

En ce cas, voudriez-vous aussi me dire où doit-on s'adresser pour obtenir l'autorisation et les pièces à fournir à l'appui.

Réponse.

Nous avons posé la question au Ministère, et voici la réponse que nous en avons reçue :

Ministère des pensions, des primes et des allocations de guerre.

Office national des mutilés et réformés de la guerre.

Paris, le 27 août 1921.

Monsieur le Secrétaire,

Vous m'avez demandé si les pensionnés de guerre avec 25 % d'invalidité avaient droit à un tarif réduit sur les chemins de fer, ou si cette réduction n'était accordée qu'aux invalides de 50 % et plus.

J'ai l'honneur de vous faire connaître que la loi du 14 février 1920 (article 2) accorde le quart de place aux mutilés de guerre dont l'invalidité est de 50 % au moins.

Le projet de loi sur le nouveau régime des chemins de fer prévoit une réduction de tarif de 50 % (demi-place) en faveur des réformés dont

l'invalidité est comprise entre 25 et 45 %. Mais ce projet n'est pas définitivement adopté.

Agréez, Monsieur le Secrétaire, l'assurance de ma considération distinguée.

Pour le Ministre et par autorisation,
Le Directeur du cabinet,
VALENTINO.

Mutualité Familiale.

Je vais adhérer certainement à la combinaison R et et peut-être à la combinaison MAD ; je vais toujours passer l'examen médical de manière à être en règle si je me décide.

Dr H.

Réponse.

Pour R, nous allons vous inscrire ; mais nous vous demandons de ne pas passer l'examen médical avant d'être absolument résolu à entrer à MAD. Vous savez que, maintenant, nous honorons le confrère examinateur, par conséquent, si vous ne vous décidiez pas, vous nous occasionneriez des frais inutiles et n'entrant pas à MAD, vous ne payeriez pas le droit d'entrée destiné précisément à rémunérer l'examen médical.

M.

Franchise postale pour l'envoi des déclarations de maladie des pensionnés de guerre.

La réglementation d e l'application de la loi sur les soins aux pensionnés de guerre, nous oblige à envoyer une déclaration de visite à la préfecture dès que nous venons de donner nos soins à un pensionné. Cet envoi, fait sous enveloppe adressée à la préfecture, nous oblige à affranchir la lettre à 0 fr. 25.

N'aurions-nous pas droit à la franchise postale ? Ne trouvez-vous pas qu'il est déjà suffisant de ne pas être payé, et qu'il est tout au moins ridicule d'être, par-dessus le marché, obligé de payer l'affranchissement de ces papiers inutiles ? N'existerait-il pas un moyen d'éviter ce nouveau débours ?

Dr B.

Réponse.

Aux termes du § 3 de l'article 13 du décret du 26 septembre 1919, la déclaration du médecin traitant du bénéficiaire de l'article 64 de la loi des pensions est envoyée par lui au préfet, sous pli fermé et « en franchise ».

Impôts anciens et impôts nouveaux.

En ma qualité d'abonné du *Concours médical*, je vous serais reconnaissant de vouloir me donner les renseignements suivants :

J'ai reçu, il y a deux mois, une feuille d'impôts (impôts cédulaires et impôts sur le revenu).

Aujourd'hui, je reçois deux nouvelles feuilles, les mêmes que celles d'avant-guerre :

1° La contribution personnelle mobilière ;

2° La patente.

Je croyais que la première, par elle-même très importante, comprenait tous les impôts, et que les deux autres avaient été supprimées.

Veuillez me dire si ces trois feuilles sont dues.

Dr D.

Réponse.

C'est seulement le principal de la patente et de la contribution personnelle-mobilière qui a été supprimé et remplacé par les impôts cédulaires sur certains revenus, notamment, pour les médecins, sur les bénéfices des professions libérales.

Mais la loi du 31 juillet 1917, qui a décidé ce remplacement, a laissé subsister les centimes additionnels départementaux et communaux établis sur la patente et la contribution personnelle-mobilière et même certains centimes additionnels perçus au profit de l'Etat.

Comme, par suite des besoins d'argent provenant des évènements, ces centimes ont été augmentés dans des proportions considérables, il en résulte que, dans l'immense majorité des localités, les contribuables ont beaucoup plus à payer qu'avant la guerre, comme centimes additionnels seulement, malgré la suppression du principal de l'impôt.

Assujettissement à la loi accidents du travail.

Membre du « Sou médical », j'ai l'honneur de vous demander de vouloir bien m'éclairer sur le point de droit suivant, relatif à l'application de la loi du 9 avril 1898.

Une société coopérative de boulangerie emploie un ouvrier boulanger qu'elle paye à forfait (x fr. par journée), laissant libre ce dernier de prendre un aide, à charge de le rémunérer lui-même sur son propre salaire. En cas d'accident survenant à l'aide pendant le travail, par qui serait-il garanti ? Est-ce par le principal ouvrier qui lui paye son salaire, tout en étant salarié lui-même, ou bien indirectement par la Société coopérative, qui, par ailleurs, garantit elle-même le principal ouvrier par une assurance contre les accidents du travail ?

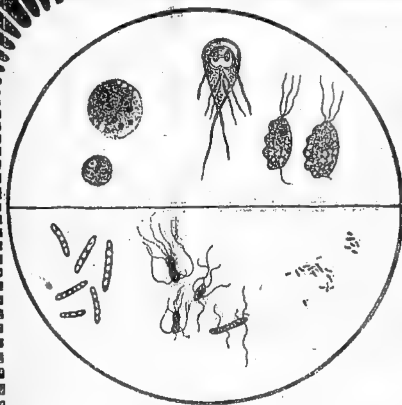
Ce cas a-t-il été déjà jugé et dans quel sens ?

Dr V.

Réponse.

Il a été jugé que n'a pas la qualité de chef d'entreprise, l'ouvrier payé à la tâche qui engage

(*Voir la suite page XXXI-2605*)



PROPOS DU JOUR

La question de l'orientation professionnelle.

Dans l'avis (1) que M. le Dr Gilbert Laurent, député de la Loire, a présenté à la Chambre le 4 juillet 1921, au nom de la Commission d'hygiène, sur sa propre proposition de loi, tendant à la création de l'inspection médicale dans les écoles primaires publiques et privées, la très intéressante question de l'orientation professionnelle des écoliers a été nettement posée.

« Chose importante encore, écrit M. le Dr Gilbert Laurent, le médecin inspecteur, en plein accord avec les professeurs et les familles, s'efforcera de donner à ces enfants une orientation professionnelle logique et possible, suivant leurs capacités intellectuelles, leurs aptitudes physiologiques, etc. Trop souvent, au sortir de l'école primaire, l'enfant est engagé au hasard des circonstances dans une profession procurant un gain immédiat, au détriment de sa santé et de son avenir. A l'étranger et déjà dans quelques grandes villes françaises, on a créé des services d'orientation professionnelle ; nous félicitons notre ministre du travail d'avoir mis à l'étude cette intéressante question, devançant ainsi le vœu émis par les membres du 3e Congrès d'hygiène scolaire de langue française, tenu à Paris du 1er février au 3 avril 1921. »

Nul ne discutera l'intérêt de l'intervention du médecin dans le choix d'une profession. C'est une coutume qu'il faudrait faire passer dans nos mœurs, comme la consultation du médecin avant la conclusion d'un mariage. Le médecin scolaire, après le médecin de la famille, ou plutôt de concert avec lui, devrait toujours être appelé à donner son avis.

Mais, pour obtenir de bons résultats, il serait nécessaire de créer des services spéciaux, pourvus de laboratoire, où s'adresseraient les familles. Ces dernières devraient fournir à ces services spéciaux les appréciations des médecins qui auraient déjà examiné ou soigné le jeune homme ou la jeune fille qui se destinent à telle ou telle profession.

Nous avons eu l'occasion de nous entretenir à ce sujet avec M. le Dr J. Lubson, médecin des écoles d'Amsterdam et attaché au laboratoire municipal psychotechnique de cette ville.

A Amsterdam, un service d'orientation professionnelle fonctionne depuis quelque temps. Là, des personnes qui ont fait des études spéciales donnent aux familles tous les renseignements désirables sur les diverses professions. Si la famille désire savoir quelles sont les aptitudes de l'enfant qu'elle destine à tel ou tel métier, elle remet au service en question une fiche de renseignements sur l'enfant, remplie par les éducateurs et le médecin. Les notes de classes, les notes psychophysiologiques, les notes sanitaires, doivent être indiquées sur la fiche et permettent de motiver le conseil que donnera le service d'orientation professionnelle.

Le laboratoire municipal psychotechnique d'Amsterdam est une fondation trop récente pour qu'on puisse en apprécier toute l'utilité. Il a pour but d'appliquer pratiquement les méthodes de psychophysiologie, et notamment celles de M. Alfred Binet.

Il se borne actuellement à l'examen des candidats aux emplois municipaux de la ville d'Amsterdam. Peu à peu, ce laboratoire arrivera à établir des moyennes pour chaque épreuve psychophysiologique qu'elle fera subir aux candidats soumis à son contrôle ; il dressera des diagrammes et des courbes qui permettront de baser sur des données scientifiques les conseils du service d'orientation professionnelle.

Ces recherches sont évidemment du plus grand intérêt, mais, pour qu'elles arrivent à être d'une véritable utilité pratique, il conviendra qu'avant, l'on arrive à faire scientifiquement, pour chaque profession, l'étude physiologique du travail et cette étude expérimentale est encore loin d'être réalisée et ménage à ceux qui l'entreprendront bien des surprises.

En attendant, l'orientation professionnelle ne peut reposer que sur des données empiriques et incomplètes.

A Alençon, à Beauvais, des tentatives inté-

(1) Publié plus loin, page 2595.

ressantes ont été faites, mais nous ignorons la part que le médecin a pu y prendre.

Provisoirement, le rôle du médecin de famille et du médecin scolaire doit se borner, en orientation professionnelle, à détourner un enfant d'une profession qu'il ne pourrait pas exercer du fait de sa constitution insuffisamment robuste, de ses infirmités ou des maladies dont il est atteint ou auxquelles il paraît prédisposé, maladies que la profession en question pourrait aggraver ou faire éclore. Même ainsi borné, le rôle du médecin en orientation professionnelle serait éminemment utile et ne devrait pas être négligé.

J. NOIR.

PARTIE SCIENTIFIQUE

MÉDECINE PRATIQUE

Directives cliniques et thérapeutiques des infections,

Par le Dr Léon AUDAIN,

Ancien interne des hôpitaux de Paris,
Lauréat de l'Académie de Médecine de Paris.

Les deux articles que j'ai publiés dernièrement (1) exigent une conclusion pratique. Le médecin, en présence d'une infection, doit avoir une règle de conduite immuable et agir suivant une méthode rationnelle.

Deux grands courants se partagent actuellement la thérapeutique des infections : l'un que j'appellerai volontiers *pasteurien*, et l'autre *metchnikoffien*. Ces deux courants ne se confondront-ils pas un jour, lorsque sera mieux connu le mode d'action biologique des sérums curateurs ?

La chose est fort possible. Ils doivent, quoi qu'il en soit, se prêter aide et assistance, et non se combattre sans raison.

La leucothérapie, que j'ai étudiée depuis un très grand nombre d'années, me paraît être la médication de l'avenir. Avant de parler des leucogènes et de leur puissance relative dans le traitement des infections, il est bon de tracer la règle de conduite que l'expérience m'a montrée bonne à suivre en présence d'une infection.

Cette leçon de clinique pratique et ces indications thérapeutiques générales pourront être utiles aux praticiens.

MANIÈRE DE SE COMPORTER EN PRÉSENCE D'UNE INFECTION :

Examiner soigneusement, en bon clinicien, tous les organes par les procédés cliniques habituels, de façon à avoir immédiatement, si c'est possible, son diagnostic (cela a parfois de l'importance au point de vue thérapeutique). Lorsqu'on est à même de faire les examens du sang (ce qui est le cas le plus rare), le faire chaque jour, afin de suivre pas à pas la marche de la leucocytose et pouvoir, dans la mesure voulue, soutenir et relever les forces défaillantes de la nature. Dans le cas contraire, c'est sur la courbe thermique qu'il faudra s'appuyer.

En tous cas, éviter au début une médication précipitée, brutale, aveugle, souvent intempestive et contrariante : qu'elle soit le plus simple possible, à moins qu'on ait affaire à une de ces maladies qui ne rétrocèdent pour ainsi dire jamais d'elles-mêmes.

Ceci fait, recommander à la famille ou à la garde-malade de prendre la température très régulièrement toutes les 3 heures pendant la période ascendante, et toutes les heures vers la fin probable de la période descendante.

Sauf dans les cas de maladies non rétrocédantes, laissez les évènements se dérouler *naturellement* pendant les 24 ou 48 premières heures, tout en les observant attentivement, sans essayer *vainement* d'enrayer la maladie par des médicaments (quinine, analgésiques ou antithermiques) dont le seul effet certain sera de troubler votre diagnostic. Le temps ne presse pas : évitons l'affolement.

Que de fois ne m'est-il pas arrivé, alors que j'exerçais dans les Antilles, de voir des confrères, en présence d'une fièvre ardente et brusque précédée de frissons, administrer immédiatement une forte dose de quinine, sans même avoir pris la peine d'examiner le sang, et décréter, parce que la fièvre était tombée le lendemain au milieu de sueurs abondantes, qu'il s'agissait, *sans un doute possible*, d'un accès de fièvre paludéenne ?

Bien souvent, s'ils n'avaient mis tant de hâte, auraient-ils vu la fièvre tomber *d'elle-même* à la même heure, et s'ils s'étaient donné la peine d'examiner le sang, n'auraient-ils trouvé dans bien des cas aucun hématozoaire de Laveran.

(1) Aperçus nouveaux d'hématologie clinique. (*Presse Médicale*, n° 81 du 6 novembre 1920.)
La fièvre comme moyen exact de pronostic dans les infections. (*Concours Médical*, n° 6 du 6 février 1921.)

Par contre, ils auraient vu, par l'examen de la formule hémo-leucocytaire et la numération des globules blancs, qu'il s'agissait de cette forme de fièvre intermittente intestinale que j'ai décrite, avec leucocytose formidable et très forte mononucléose (1).

Si la fièvre n'est pas tombée complètement d'elle-même, c'est-à-dire si la nature a été impuissante à arrêter d'elle-même la maladie, vous apprendrez par la consultation de votre *journal des températures* s'il s'agit d'une rémittente, d'une continue basse ou au contraire, d'une continue haute d'emblée, ce qui est assez rare et ne s'observe que dans quelques maladies brusques, généralement d'un diagnostic facile.

1° La température est tombée dans le courant de la journée, mais elle est remontée pour retomber encore : vous avez affaire à une microbienne intermittente. Soyez sans crainte, quelle qu'ait été la hauteur du degré thermique : vous avez le temps. L'hématologie vous montre en effet que les fièvres à longues oscillations ne sont pas dangereuses (2). Cependant si ces accès tendaient à se répéter plus de trois jours, faites une injection leucogène et tout rentrera dans l'ordre.

2° Si au bout de 24 heures, vous avez noté une rémittente, observez encore votre malade pendant 24 heures : ne vous hâtez pas d'employer a médication héroïque. Peut-être la nature se lchargera-t-elle toute seule de la guérison. Mais si le lendemain (48 heures après le début de la maladie), il vous arrive d'observer, soit par l'examen du sang (fléchissement de la résultante), soit par celui de la *bonne courbe* thermique, une ascension, quelque faible soit-elle, de la température *minima*, n'attendez plus, il faut agir, l'aider par la médication leucogène.

Si vous vous comportez de cette façon à l'égard de ces affections qui, comme la fièvre typhoïde par exemple, s'acheminent progressivement vers leur période d'acmé, si vous les attaquez vigoureusement dès les premiers jours, il vous arrivera *très souvent* d'en provoquer l'avortement.

3° Mais il se peut que des malades négligents vous aient appelé trop tard : vous vous trouvez en présence d'une véritable continue basse ou haute. Dans ce cas, instituez la médication leucogène intensive d'emblée, *ce ne sera pas en vain*. Vous serez tout surpris, si vous n'avez fait qu'une seule injection matinale, de voir le lendemain la température minima moins élevée, ce qui est un signe incontestable de progrès et une preuve manifeste qu'une seule injection quotidienne suffit. Continuez à cette dose : au bout de 3 à 4 jours, la continue basse devient une rémittente et la continue haute se transforme en continue basse, puis en rémittente, s'acheminant assez rapidement vers la normale. Ne vous occupez de la température maxima que pour vous rendre compte qu'elle monte assez haut : plus les oscillations sont longues, plus vous devez être satisfait.

Si vous observez, après votre unique injection leucogène, que la température minima n'a pas diminué, ou même a augmenté, dites-vous (la chose est certaine) que le cas est sérieux et la médication insuffisante, et instituez immédiatement *la médication leucogène intensive* pendant deux jours consécutifs.

Pendant ces 2 jours, vous êtes *sans boussole*, car sous l'influence des injections leucogènes répétées, la minima réelle reste introuvable, la température s'élevant artificiellement à chaque injection. Certains signes vous permettront de supposer que *cela va ne pas mal* (facies, modifications heureuses de quelques symptômes (1).

Au bout du 3e jour, ne faites qu'une seule injection *pour vous rendre compte de ce qui s'est passé*. Si le résultat est satisfaisant au point de vue de la minima, ne donnez plus qu'une seule injection jusqu'à ce que vous obteniez la température normale. Dans les derniers jours, on peut sans inconvénient diminuer la dose du leucogène.

Autrement, réinstituez la médication leucogène intensive et continuez comme il vient d'être dit jusqu'à complète satisfaction. Faites même s'il le faut un abcès leucogénique.

Vous ne constaterez plus, en agissant ainsi *méthodiquement*, les redoutables complications des grandes pyrexies (hémorrhagies, dégénérescences organiques, amaigrissement, escharres, etc.)

Avec la médication leucogène intensive, vous verrez des pneumonies franches aiguës guérir parfois en quatre jours (avec persistance des symptômes physiques), de même pour la broncho-pneumonie, la grippe infectieuse, etc., etc. Vous verrez des typhoïdes cliniquement très graves guérir en une quinzaine de jours.

Retenez que toute infection, quel que soit son siège et quels que soient les microbes qui l'aient déterminée, relève de la médication leucogène.

(1) Fièvres inter-tropicales. Diagnostics hématologiques et cliniques, 1909, par le docteur Léon AUDAIN (chez Maloine, 25, rue de l'Ecole-de-Médecine).

(2) L'organisme dans les infections, 1912, par le docteur Léon AUDAIN (chez Maloine).

(1) *Remarque.* — Il m'a été pourtant donné d'observer l'inaction d'une injection leucogène faite pendant la période de descente avant la chute thermique minima.

Le médecin a l'impérieux devoir d'être prévoyant.

Il doit s'assurer contre l'incapacité de travail que peuvent lui causer la maladie ou les accidents.

Il doit s'assurer une retraite pour ses vieux jours.

CLINIQUE INFANTILE

Hôpital des Enfants-Malades: M. le professeur Nobécourt.

Rhumatisme chronique blennorrhagique chez l'enfant.

La question du rhumatisme en général et du rhumatisme chronique en particulier est loin d'être clairement élucidée sur toutes ses faces. Si vous cherchez dans vos livres une définition du rhumatisme — mot imprécis en lui-même — vous n'en trouvez pas. Le terme s'applique d'ailleurs à des affections diverses. Ce que nous voyons le plus souvent, c'est le rhumatisme articulaire aigu, affection générale, maladie infectieuse avant tout, plus viscérale qu'articulaire. Nous observons aussi des rhumatismes infectieux secondaires. Le mot rhumatisme s'emploie également d'une façon banale pour désigner des douleurs vagues, mal caractérisées. On décrit enfin des rhumatismes chroniques.

Au point de vue clinique, ces rhumatismes chroniques se traduisent par des modifications des tissus péri-articulaires, des articulations et des extrémités osseuses. Ce sont des ostéo-arthro-péri-arthropathies à tendance fibreuse, provoquant des adhérences, de la sclérose, avec des altérations de voisinage, des muscles par exemple.

Le rhumatisme chronique s'observe chez l'enfant, avec des caractères particuliers. Dans une leçon ultérieure, je l'envisagerai d'une façon plus large. Aujourd'hui, je me propose de vous en signaler un type, ou plutôt deux types, rentrant dans la catégorie du rhumatisme chronique blennorrhagique. C'est là une variété — parmi d'autres — intéressante à connaître et qu'*a priori* on ne penserait peut-être pas trouver chez l'enfant.

Je vais donc vous exposer l'histoire de deux malades, l'une du service, l'autre de la ville, chez lesquelles nous avons pu porter ce diagnostic.

La première petite malade, que vous voyez ici, est une enfant de 14 ans 1/2, entrée en janvier 1921 à l'hôpital. Nous notons dans ses antécédents une ophtalmie purulente à la naissance, ophtalmie qui se trouve chez deux frère et sœur, indice d'une blennorrhagie génitale maternelle.

L'enfant a eu, au mois de juillet de l an dernier, une première crise de rhumatisme ayant touché les articulations des doigts, du poignet, puis des pieds et des épaules. Les articulations étaient douloureuses, rouges, sans fièvre. Traitée par le salicylate de soude, la malade s'est améliorée lentement, mais il persista de la sensibilité et de la raideur des jointures. L'enfant, cependant, avait repris une existence normale quand, au mois de janvier, apparut une deuxième crise analogue, aux doigts, aux poignets et aux pieds.

La crise s'atténua, sans arriver à la disparition complète des troubles morbides et la jeune malade entra à l'hôpital. Elle n'avait pas de fièvre à ce moment. On trouva, aux mains, aux poignets, de la douleur, des tuméfactions, de la raideur empêchant les mouvements, et une certaine atrophie des muscles interosseux, de l'éminence thénar et de l'éminence hypothénar. Il existait aussi des douleurs dans l'épaule et la colonne cervicale.

L'examen général n'a rien révélé de particulier. Cœur normal. On nota un écoulement vaginal abondant, verdâtre, dont nous ignorons le début. L'examen bactériologique de l'écoulement décela la flore complexe que l'on trouve généralement en pareil cas et quelques diplocoques rappelant le gonocoque. Le séro-diagnostic a été positif : vous savez que certains auteurs attribuent une valeur assez grande au séro-diagnostic gonococcique. Le salicylate de soude a un peu amélioré ces troubles morbides ; les accidents inflammatoires de la main, cependant, ont persisté ; la fièvre même (légère) est apparue. Nous avons essayé, sans résultat appréciable, l'huile soufrée. Le médicament qui paraît agir le mieux, sur les phénomènes douloureux particulièrement, est encore le salicylate, bien qu'il n'ait pas empêché l'apparition de poussées subaiguës nouvelles et n'ait pas modifié le gonflement.

Vous voyez cette enfant. Elle est aujourd'hui en période de régression. Elle se plaint des mains, de la main droite surtout. Regardez l'attitude de la main. Elle est en demi-pronation, le poignet fléchi, la première phalange en extension, la deuxième phalange en légère flexion. Il n'y a pas, toutefois, la griffe, décrite par Charcot. A la main gauche, même aspect, atténué.

La période douloureuse est calmée. Cependant, si nous essayons de mobiliser le poignet, il se produit des douleurs. Les mouvements du poignet sont nuls. Si l'on insiste, on provoque des sensations pénibles et l'on perçoit une résistance. Il y a de la raideur, presque de l'ankylose.

Nous sommes ainsi frappés, d'abord, par cet aspect des articulations du poignet de la main, des doigts. Ce n'est pas tout. Si nous considérons l'ensemble, l'habitus, nous voyons que cette enfant de 14 ans 1/2 a la taille d'une fillette de 13 ans, le poids d'une fillette de 11 ans. Le développement statural et pondéral est donc insuffisant. Le retard intéresse surtout le développement, car il n'y a pas d'amaigrissement. Si nous mesurons le buste et les membres, nous voyons qu'ils ont leurs rapports normaux. Il n'existe pas d'arrêt portant sur une partie du corps plus que sur l'autre, comme cela se rencontre chez les myxœdémateux, par exemple. Le thorax est grêle

le périmètre xyphoïdien correspondant à 13 ans au lieu de 14 1/2. Le coefficient de robusticité de Pignet (taille, moins poids plus circonférence thoracique) est élevé indice d'une robusticité médiocre.

Au point de vue de la puberté, nous notons un système pileux peu développé au pubis absent aux aisselles ; des seins à peine formés ; pas de règles. Il y a donc retard dans la puberté. L'enfant est pâle, sans anémie marquée. On trouve une leucocytose légère, de la polynucléose, ce qui cadre bien avec un état infectieux. Je vous rappelle que l'examen des organes a été négatif. Rien au cœur. Pas d'albuminurie. Pas d'adénopathie trachéo bronchique. Wassermann négatif.

Il convenait de compléter cet examen par une radiographie, étudiée en comparaison avec une radiographie normale, témoin. Voici le carpe normal avec ses os nettement visibles, à contours nets, bien limités. Ici, les os sont plus flous, à contours moins nets. Vous vous rendez compte également que les tissus séparant les os sont épaissis. Non seulement le squelette est modifié, mais encore les parties molles le sont aussi. Les os du métacarpe sont plus opaques, à épiphyses plus volumineuses, à contours moins francs que sur le témoin. Le cartilage diaphyso épiphysaire n'y est plus appréciable. Même aspect des phalanges. Donc, il y a des modifications portant sur l'os lui-même, sur le processus d'ossification. Le poignet est également plus opaque, le radius et le cubitus épaissis. En somme, altérations, épaississement de l os, suppression du cartilage diaphyso-épiphysaire, opacité du tissu inter-osseux.

Cette fillette est, en résumé, atteinte de rhumatisme articulaire chronique, ayant débuté de façon subaiguë il y a quelques mois, qui a évolué par poussées et rémissions sans jamais guérir. Diverses articulations ont été prises, puis peu à peu les lésions se sont localisées, symétriquement, aux mains. En outre, la petite malade offre des signes de dystrophie générale se traduisant par un retard du développement statural et pondéral. Tout cela attire l'attention sur l'existence d'une dystrophie, d'un trouble de la nutrition générale, difficile à cataloguer. Les troubles dystrophiques, contemporains des arthropathies, sont bien différents de ceux que je vous ai signalés à propos de myxœdème congénital. Comme cause de ces arthropathies, nous ne voyons pas autre chose que la gonococcie. L'enfant n'a pas d'antécédents spécifiques. Le Wassermann est négatif. La mère est une gonococcique ancienne. La petite malade est atteinte de vulvo vaginite.

Voilà un type de rhumatisme chronique de l'enfance. Je vais vous en présenter un second, où le gonocoque entre aussi en jeu. Les hasards de la clinique m'ont permis d'examiner une fillette de 5 ans 1/2, de bonne santé générale, bien développée (contrairement à la précédente), qui a commencé à souffrir au mois d'août 1919. La mère a remarqué à ce moment que l'enfant marchait moins volontiers et se fatiguait vite. En octobre, se montre une boîterie intermittente. En même temps, des douleurs apparaissent à l'épaule gauche. En décembre, première crise aiguë. Au réveil, un matin, l'enfant se plaint et l'on constate que les mouvements des membres inférieurs sont douloureux. Vers midi, cependant, tout s'atténue et la fillette peut se lever et marcher. On la met au repos et elle guérit. Au mois de mars 1920, l'enfant fait une chute et se plaint de vives douleurs dans le genou qui laissent après elles une légère boiterie. Elle accuse ensuite des douleurs d'épaule. Les choses vont ainsi, sans fièvre. Une radioscopie montre un peu de rigidité des hanches et de l épaule, mais reste muette quant aux lésions.

Ces phénomènes continuent et, quelque temps après, j'examine l'enfant avec M. Caron de la Carrière. Nous trouvons des signes d'arthropathie de l'épaule gauche (mouvements de rotation douloureux) et d'arthrite coxo-fémorale gauche. La hanche droite n'est touchée que légèrement. Le diagnostic à ce moment se posait avec l'arthrite coxo-fémorale tuberculeuse. J'éliminai cette dernière affection comme peu vraisemblable, étant donnée la multiplicité des articulations atteintes, et les résultats négatifs de la radioscopie, bien que l'examen radioscopique puisse être négatif au début d'une coxalgie. Je pensai donc au rhumatisme chronique, sans être entièrement satisfait de ce diagnostic. L'enfant fut mise au repos au lit et fit une cure thermale. A son retour, on la soumit à l'examen de M. Ducroquet, qui pensa plutôt à une coxo-tuberculose, idée qu'il abandonna après examen sous anesthésie, pour revenir au diagnostic de rhumatisme. L'enfant un peu suspectée de pithiatisme, fut placée, pour soins, dans un établissement. L'infirmière qui la soignait remarqua alors une vulvo vaginite intense, dans l'écoulement de laquelle on trouva la flore multiple habituelle et quelques gonocoques. Cette vulvo-vaginite était passé inaperçue par ce que l'enfant, très soignée par sa bonne, était toujours présentée à sa mère dans un état de propreté complète. En réalité, la bonne elle même était atteinte de pertes blanches abondantes. Elle avait bien remarqué l'écoulement chez la fillette, mais n'avait pas attiré l'attention sur ce point.

Le diagnostic s'éclaircissait ainsi : il s'agissait d'un rhumatisme chronique blennorrhagique. Depuis, l'enfant a continué à souffrir encore, sans fièvre. Je l'ai revue dernièrement avec M. Caron de la Carrière, M. Ducroquet et M. Broca. M. Broca a également éliminé l idée de tuberculose. Nous avons prié M. Paraf de se charger d'un traitement bactériothérapique qu'il a con

✦✦

mencé avec du stock vaccin de l'Institut Pasteur et qu'il continue avec un vaccin préparé spécialement. Le traitement est en cours et semble avoir procuré une légère amélioration.

Voilà un second type de rhumatisme chronique de l'enfance, qui débute d'une façon insidieuse, déroute un peu le diagnostic, fait penser à des troubles nerveux, à du pithiatisme, puis se localise, pose la question d'une coxo-tuberculose et finalement paraît bien venir se ranger dans la gonococcie. Ce deuxième cas de rhumatisme chronique blennorrhagique diffère notablement du précédent, ne s'accompagnant pas comme lui de dystrophie générale. Je vous montrerai, d'ailleurs, d'autres types encore de rhumatisme chronique chez l'enfant.

Leçon recueillie par le Dr P. LACROIX.

CLINIQUE MÉDICALE

Hôpital Broussais : M. A. BERGÉ,

Au sujet d'une pleurésie purulente à streptocoques post abortum.

Je vous présente, aujourd'hui, un cas clinique assez simple, mais dont l'intérêt se trouve rehaussé par les circonstances particulières de son histoire.

C'est une jeune fille de 20 ans, domestique, entrée dans le service depuis cinq jours. Elle venait de chirurgie où elle avait séjourné pendant six jours. Elle y était entrée au 7e jour de sa maladie : ce qui nous place aujourd'hui au 18e jour du début de ses accidents.

Ses antécédents sont sans grand intérêt. Dans sa jeunesse : anthrax, rhumatisme articulaire, sans complications cardiaques ; en somme, rien en rapport avec ce que nous allons constater maintenant.

A son *entrée*, au premier interrogatoire, il était visible que notre sujet n'était pas d'une ouverture psychique bien étendue. D'emblée, cet interrogatoire était difficile, raboteux, sans grand profit. Après un grattage minutieux de ses dires, on parvenait à savoir que la maladie avait commencé brusquement, par des nausées suivies de vomissements, des frissons accompagnés d'un violent point de côté gauche, enfin par une subite élévation de température.

Elle s'alite deux jours, puis vient à l'hôpital ; est admise en chirurgie, où elle séjourne six jours, au bout desquels on nous l'envoie en médecine.

Dès son admission, nous relevons une température oscillant autour de 40°. Le faciès est vultueux, marqué d'une violente tache rouge sur chaque pommette. La langue est sèche. La malade est très abattue, asthéniée, geignarde.

C'est là, en somme, le tableau d'une affection pleurale ou pulmonaire aiguë ; c'est donc vers la poitrine que se porte tout d'abord notre attention.

Notre *examen* y révèle un important épanchement pleural gauche, signalé par deux signes majeurs :

Matité dure, à la base gauche, remontant presque jusqu'au sommet. Abolition des vibrations vocales sur le territoire correspondant. Respiration très diminuée à ce niveau ; ni râles, ni souffle.

Par réflexe, nous avons pratiqué la *ponction exploratrice*. Nous allons la refaire devant vous : absolument indispensable, elle va nous permettre de vérifier l'épanchement et de nous informer de sa nature.

Signalons, en passant, cette précaution qui nous est habituelle, de tremper au préalable notre aiguille dans l'huile stérilisée, afin d'en faciliter la pénétration au travers des téguments.

Une fois l'aiguille enfoncée au ras du bord supérieur de la côte sous-jacente à l'espace choisi, remarquez que la garde de cette aiguille demeure immobile, malgré les mouvements d'inspiration et d'expiration du thorax. Nous attachons une grande importance à ce signe que nous pourrions appeler le signe de l'*immobilité de l'aiguille* : il témoigne toujours d'un épanchement pleural.

Nous aspirons maintenant le liquide : voyez, il est franchement *purulent*, trouble, couleur café, légèrement teinté de sang.

Le laboratoire, enfin, complète nos investigations.

Des frottis sur lame nous montrent de très nombreuses chaînes de streptocoques. Leur grande prédominance, sur d'autres espèces diverses, nous permet de conclure à une forme mono-microbienne : *Pleurésie purulente à streptocoque.*

Voici donc le diagnostic posé. Mais nous ne sommes qu'à la moitié de notre besogne. Nous devons maintenant nous demander : pourquoi cette fille de 20 ans a-t-elle été surprise, en pleine santé, par cette pleurésie purulente ?

Ce pourquoi risquait de demeurer indéterminable lorsque l'attention, très louable d'ailleurs, d'un de nos externes, a été attirée par la fétidité extrême des pertes vaginales qui souillaient le linge de la malade. Cela fit germer dans l'esprit de notre élève, l'idée d'une fausse couche possible, et l'interrogatoire fut immédiatement porté sur ce terrain.

Il fut extrêmement difficile de le maintenir dans cette voie ; mais l'examen clinique avait raison des dernières négations de la malade.

Le toucher vaginal, très facile, décelait chez

cette fille de vingt ans des voies génitales largement accessibles. Le col utérin était mou, largement ouvert, admettant facilement plusieurs doigts. De la vulve s'écoulait un liquide sanieux, fétide, bourré de streptocoques. Petit à petit, en interrogeant avec persévérance, on obtenait des contradictions, puis la révélation d'une perte de sang avant l'entrée en chirurgie, enfin une suppression des règles pendant les deux mois précédant la maladie.

En définitive, acculée, la malade fut obligée d'avouer l'avortement, origine des accidents que nous avons décrits.

Nous ne trouvions pas, par notre examen, de rétention intra-utérine. De telle sorte que nous pouvions conclure à une *métrite post abortum* avec *métrite secondaire putride*, la pleurésie purulente étant une complication à distance de l'infection streptococcique de l'utérus.

Ceci acquis, un troisième point restait à élucider quel a été le procédé mis en œuvre pour provoquer l'avortement ? Ici encore, l'aveu n'a pas été facile à obtenir. Cependant en voici l'essentiel.

Premier point intéressant : Il a été pratiqué sans manœuvres abortives, par simple et pur procédé médical. Et cela, non point par prudence ou calcul, mais, comme l'avoue la malade, « faute d'argent ».

Ayant eu connaissance de la valeur emménagogue de l'*armoise*, elle décida de l'employer à fortes doses. C'est là une réputation toute populaire de l'armoise, peu signalée dans les traités de thérapeutique.

L'armoise n'y est portée que comme faiblement emménagogue, tonique et diurétique ; la tradition populaire, cependant, en fait un grand usage.

Notre malade a donc fait longuement bouillir une très grosse poignée de fleurs d'armoise, dans un demi-litre d'eau. Un matin elle a absorbé le liquide très amer de décoction.

Dès la nuit suivante, elle ressent de violentes coliques, analogues, dit-elle, à des coliques de règles, mais infiniment plus violentes.

Le lendemain, « tout est venu ! ».

Puis apparaissent, en 24 heures, les accidents de métrite, puis les accidents pleuraux dont nous avons indiqué l'histoire.

Enfin, en manière de conclusion, nous avons assisté, ici même, il y a 2 jours, à une seconde localisation streptococcique. Les plaques rouges que nous avions remarquées sur les pommettes ont été un appel pour la fixation streptococcique.

Aujourd'hui, le faciès vultueux d'entrée a fait place, vous l'avez déjà depuis longtemps remarqué, à un magnifique *érysipèle de la face*, disposé, suivant la forme classique, en papillon.

Pour terminer, disons que la situation est très sérieuse. Nous ne pouvons aujourd'hui entamer la question du traitement de la pleurésie purulente ; nous y reviendrons lors d'une prochaine leçon.

(*Leçon recueillie par le* docteur René BARTHE).

A TRAVERS LA PRESSE

Le rhume des foins et son traitement.

Considéré par l'école de Charcot comme une manifestation de la grande névrose, par l'école de Bouchard, comme procédant du neuro-arthritisme, le rhume des foins est, actuellement, reconnu comme « une manifestation de choc « anaphylactique chez un sujet sensibilisé au « pollen de graminées, et la crise ne suffit pas à « désensibiliser le malade ».

M. FLANDIN, à qui nous sommes redevables de l'exposé complet auquel nous empruntons ces lignes, met, en effet, en lumière les réactions humorales relevant de la colloïdoclasie qu'il est possible de reconnaître au cours de cette affection.

Le rhume des foins comporte des degrés divers de gravité. Tantôt, il se présente comme un banal coryza ; tantôt, le rhino-pharynx est enflammé en même temps que les conjonctives ; il existe en permanence de la photophobie, du larmoiement, un écoulement aqueux irritant pour la lèvre supérieure, de la rougeur du pharynx, etc.

Enfin, la situation peut encore se compliquer de bronchites, avec crises d'asthme.

Généralement, l'état local s'aggrave de troubles généraux : lassitude, fatigue, inaptitude au travail, mouvement fébrile, frissons, céphalée, etc.

Au point de vue du traitement, en dehors des topiques locaux qui n'ont que la valeur de calmants, la vaccinothérapie par le pollen ne donne aucun résultat, pas plus que la protéinothérapie par la peptone (méthode de Pagniez-Pasteur Vallery-Radot.)

L'autosérothérapie est infiniment plus efficace. C'est la méthode employée par l'auteur. Il prélève 20 cmc.de sang du malade ; il sépare du caillot le sérum qui est réparti aseptiquement dans des tubes stériles. Il injecte sous la peau du malade, le premier jour, 1/4 de cmc., le 2e jour un demi-cmc., le 3e jour, un cmc., le 4e jour, 2 cmc. Il continue ensuite les injections de 2 cmc. tous les 2 ou 3 jours jusqu'à ce qu'un résultat soit obtenu.

Celui-ci n'apparaît parfois qu'après la 6e et même la 10e piqûre. Il n'est pas de très longue durée, et ne persiste guère au delà d'un an. Il faut donc recommencer d'année en année. Mais la forme est alors plus atténuée. (*Journ. de méd. et de chir. prat.*, 25 juin 1921.)

La conjonctivite du nouveau-né n'est pas toujours gonococcique

Des examens systématiquement pratiqués sur des nouveau-nés atteints de suppuration conjonctivale ont permis à M. Cantonnet de constater que le gonocoque n'est en cause que dans un nombre limité de cas (de 18,5 à 25 %). Dans les autres cas, on a trouvé quelquefois des microbes pyogènes ordinaires ou spécifiques de la conjonctivite humaine, et surtout (60 à 70 %) un pus amicrobien.

Or, des recherches minutieuses ont permis de mettre en évidence, dans ces derniers cas, des corpuscules spéciaux, inclus dans les cellules épithéliales, inoculables et provoquant une réaction conjonctivale, ayant l'aspect d'un coccus de la grosseur d'un staphylocoque, mûriforme. Ces corpuscules paraissent vraisemblablement les agents des conjonctivites amicrobiennes.

Celles-ci diffèrent des conjonctivites gonococciques par la date de leur apparition, du 3e au 12e jour après l'accouchement, tandis que le gonocoque commence ses ravages le jour même de l'accouchement, et au plus tard du 2e au 4e jour. Elles ne comportent jamais d'atteinte cornéenne. Leur inconvénient est leur longue durée : 6 à 8 semaines.

On les traite d'abord par l'argyrol au 1 /10e, plus rarement par le nitrate d'argent au 1 /150e-1 /200e ; plus tard, quand la suppuration commence à se tarir, par le sulfate de zinc au 1 /100e. Toutefois, il convient, en l'absence de toute précision bactériologique négative pour le gonocoque, de ne pas négliger le classique nitrate d'argent préventif, qui reste formellement indiqué systématiquement, au moment même de la naissance. (*Presse méd.*, 28 mai 1921.)

Procédé de défense contre les accidents bulbaires de la rachianesthésie.

Ces accidents sont actuellement bien connus. Ils semblent procéder, dans les anesthésies hautes, d'une action d'arrêt sur les centres respiratoires bulbaires. M. Guibal a rapporté des observations d'apnée persistante dont il a été témoin (1).

Revenant sur cette question, MM. Bloch et Hertz préconisent l'injection intra-rachidienne de caféine, à la dose moyenne de 20 cgr., comme héroïque pour rappeler à la vie des rachicocaïnisés présentant des accidents graves et menaçants : sueurs, pâleur du visage, mydriase, ralentissement et petitesse du pouls, état nauséeux, disparition des réflexes oculaires, syncope respiratoire.

Sans perdre de temps, ils couchent le malade sur le côté, pratiquent une ponction lombaire basse, laissent écouler du liquide céphalo-rachidien, s'il y a encore une pression suffisante, et injectent la caféine. Le malade est ensuite couché en position déclive, la tête basse. La résurection est immédiate

Ainsi du moins, l'ont-ils constaté dans quatre cas qu'ils relatent longuement et qui sont particulièrement suggestifs.

Il ne s'agit pas, selon les auteurs, d'une action antidotique de la caféine sur l'anesthésique, dont les doses mortelles restent mortelles, mais d'une excitation efficace des centres bulbaires.

Cette méthode est à retenir : elle peut être considérée comme héroïque, alors que tout semble désespéré. (*Presse méd.*, 2 juillet 1921.)

(1) *Concours Médical*, n° 28, p. 1966.

Réflexions sur le cancer.

Le cancer est d'abord une lésion locale, indolente, bien tolérée et qui n'attire que peu ou pas l'attention du malade. C'est l'époque où il est parfaitement curable, soit par l'exérèse, soit par les radiations.

Plus tard, quand les ganglions sont pris, le pronostic s'assombrit singulièrement. Enfin, s'il y a essaimage dans tout l'organisme, aucune intervention radicale ne peut prévenir ces généralisations métastatiques rapidement mortelles.

Aussi M. Roux-Berger insiste-t-il très heureusement sur la nécessité du diagnostic précoce.

Qu'il s'agisse du sein, de la langue ou de l'utérus, localisations les plus communes du cancer, il faut se défier des traitements dits d'épreuve, et encore plus de l'aspect bénin de la lésion, qui semble, à tort, compatible avec une temporisation que le médecin est parfois le premier à conseiller.

Le meilleur moyen pour arriver au diagnostic précis, qui permettra la mise en action d'un traitement efficace, c'est la biopsie qui prélèvera une parcelle du tissu néoformé et amènera à vérifier histologiquement sa constitution.

Au cas de tumeur du sein, bien délimitée, la meilleure biopsie est encore l'ablation radicale, qui peut se pratiquer avec le minimum de dégâts. A la langue, on tiendra pour éminemment suspecte toute ulcération située en regard d'un chicot considéré comme traumatisant. Enfin, à l'utérus, soit chez les femmes jeunes, que n'épargne pas le cancer, soit chez les femmes au-delà de la ménopause, des curetages répétés ramèneront des débris muqueux dont l'examen éclairera la situation et posera les indications thérapeutiques. (*Bull. méd.*, 2 juillet 1921.)

Le petit entérocolitisme.

M. Matignon (de Châtel-Guyon) s'est attaché à décrire toute une série de symptômes dont la cause paraît assez difficile à préciser tout d'abord, et qu'un examen suivi permet de rapporter à des troubles intestinaux.

Parmi ces symptômes, il signale en particu-

lier les algies à distance, de malades qu'il appelle les faux hépatiques, les faux pleurétiques, les faux rhumatisants.

Ce sont des sujets dont l'intestin est malade et qui accusent en même temps des douleurs sous-scapulaires, ou d'allure pleurodynique, ou rappellent encore la sciatique.

Quand on les examine et qu'on palpe leur intestin, on découvre généralement que le côlon est gros, dur, spasmé, sensible, météorisé, et que la pression réveille la douleur à distance signalée plus haut.

Ces notions sont intéressantes à connaître, car le diagnostic s'égare assez facilement et conduit à un traitement quelquefois violent (vésicatoires, pointes de feu), qui demeure inefficace, alors que quelques antispasmodiques (jusquiame, belladone), ainsi que la cure châtelguyonnaise, en viennent généralement à bout. (*Gaz. des Sc. méd. de Bordeaux*, 3 juillet 1921.)

L'huile de chenopodium contre les ascarides.

M. Riff, particulièrement compétent en parasitologie, recommande de traiter les ascarides par l'huile essentielle de chénopodium anthelminticum, vieille médication inconnue en France, mais qu'il emploie depuis 1911 vec succès.

Il prescrit à un adulte 3 capsules, une d'heure en heure, le matin à jeun, chacune d'elles contenant exactement XV gouttes d'huile ; deux capsules, de 10 à 15 ans, une seule, de 6 à 10 ans. Une heure après la dernière, il administre de 40 à 50 gr. d'huile de ricin.

A cette dose maxima, ce remède est inoffensif. Tout au plus, est-il capable d'exercer exceptionnellement une action paralysante sur le nerf acoustique, le malade devenant sourd. On s'assurera donc de l'intégrité de l'ouie des sujets soumis à la médication, et on leur conseillera de suspendre son utilisation, si après la 1re ou la 2e capsule, ils s'aperçoivent qu'ils ont des bourdonnements d'oreilles, et qu'ils entendent moins bien.

A plus haute dose, l'huile de chénopode est paralysante du centre respiratoire.

Si la prise d'huile de ricin n'est pas suivie d'effet, il faut récidiver 4 heures après l'administration du purgatif.

Un seul traitement suffit habituellement. En cas d'insuccès, on recommencera une seconde et même une troisième fois, mais à 8 jours d'intervalle.

L'auteur recommande de préciser le diagnostic d'ascaridiose en examinant les selles des sujets pour y découvrir les œufs, ce qui est très facile.

Il recommande aussi, à titre de prophylaxie, de toujours se laver les mains et se brosser les ongles, quand on manipule la terre des jardins, qui peut être infestée et servir ainsi à l'infestation répétée de l'intestin. (*Presse méd.*, 6 juillet 1921.)

Acétonurie et chlorures urinaires.

M. Guyot a examiné systématiquement les urines soumises à son analyse pour y rechercher l'acétone. Il l'y a découverte rarement. Il a constaté que, parallèlement à l'apparition de l'acétone, l'élimination des chlorures diminue.

Il conclut ainsi son exposé : « Quand l'acétonurie apparaît, les chlorures diminuent, quand « elle disparaît, leur taux revient à la normale. « Ce dernier stade est toujours précédé d'une « période de décharge chlorurée, abondante, « indiquant la rémission prochaine. Ce fait est à « rapprocher de la décharge chlorurée que M. le « Dr G. Boyé et nous-même avons signalée dans « le traitement de la furonculose par les sels d'é- « tain.

« Quelle est la signification de cette rétention « chlorurée dans l'acétonurie ?

« Le chlorure de sodium est l'élément minéralisateur par excellence des tissus et des liquides physiologiques qui les baignent, c'est « l'élément nourricier. Dans toutes les formes « d'intoxication, l'organisme semble en être « parcimonieux, il le retient pour créer l'isotonie « de son milieu sanguin ou lymphatique, pour « susciter la défense organique, favoriser l'hématopoïèse, la formation d'hématoblastes, « d'hématies. C'est, selon toute probabilité, le « rôle de la rétention chlorurée observée par nous « dans l'acétonurie ». (*Gaz. des Sc. méd. de Bordeaux*, 17 juillet 1921.)

Traitement des vomissements périodiques de l'enfance.

M. G. Blechmann en fait l'exposé d'après le professeur Marfan, en examinant la prophylaxie de l'affection et la cure des accès.

Le traitement préventif comporte un régime alimentaire d'où les corps gras seront presque exclus, notamment les graisses frites, les hors-d'œuvre et les gourmandises. On diminuera la quantité de jaune d'œuf, de cervelle, de riz de veau, de lait, de chocolat, de café et de thé.

On prescrira à un enfant de 5 à 6 ans deux prises par jour, une demi-heure avant les repas, d'un des paquets suivants dans un peu d'eau chaude :

Sulfate de soude..............	0,30
Bicarbonate de soude...........	0,20

Pour un paquet, no 20, dix jours de suite par mois.

L'enfant de 6 à 8 ans prendra avantageusement, 2 fois par jour, une demi-heure avant les repas, un verre à madère de la solution suivante :



Bromure de sodium........	3 gr.
Sulfate de soude............	8 gr.
Phosphate de soude.........	6 gr.
Bicarbonate de soude........	4 gr.
Eau distillée...............	1 litre

Au cours de l'accès, on donnera de l'eau froide, glacée, hypersucrée (20/100), par petites quantités souvent répétées, malgré les vomissements.

En outre, toutes les demi-heures, on fera prendre dans cette eau sucrée de 0,20 à 0,50 cgr. de bicarbonate de soude.

On donnera également, deux fois par jour, des lavements chauds haut portés de 150 à 300 gr. d'eau bouillie additionnée de bicarbonate de soude (1/100.)

Ni calomel, ni morphine, ni chloral, ni bromure.

Dans les cas prolongés, injections sous-cutanées de 25 à 100 gr. de sérum glycosé.

Enfin, en cas de danger, on injectera dans les veines ou sous la peau une solution de bicarbonate de soude à 5 % (25 à 200 gr. par la voie endo-veineuse ; 50 à 400 gr. par la voie hypodermique. (*L'Hôpital*, juillet 1921 A.)

Thérapeutique de la névralgie faciale essentielle.

La névralgie faciale essentielle, tic douloureux de la face qui fait des malades de véritables martyrs, réclame deux thérapeutiques particulièrement recommandables, au dire de M. Vignal.

La première utilise les courants de haute fréquence suivis de galvanisation, en séances d'une heure tous les deux jours jusqu'à ce que les crises disparaissent. En cas de réapparition, on recommencera. Ce procédé est à la portée du praticien, à la condition qu'il possède l'instrumentation nécessaire.

On obtiendra également de bons résultats de l'ionisation à l'aconitine de la région douloureuse.

Le courant galvanique pénètrera cette région, par son pôle positif, au travers d'une électrode imprégnée de la solution suivante :

Azotate d'aconitine.....	1/4 de mill.
Eau distillée...........	125 gr.

La seconde méthode neurolyse les troncs nerveux avec la glycérine phéniquée à 30 ou 40 % ou avec la solution suivante :

Alcool à 80°	20 cmc.
Menthol	10 cgr.
Novocaïne	20 cgr.

Elle exige l'intervention du spécialiste. (*L'Hôpital*, juillet 1921 A.)

G. D.

Presse anglaise.

Traitement chirurgical de la sciatique chronique.

M. Mill Renton (*Société Royale de Glascow*, 18 mars 1921) étudie le traitement de la sciatique chronique rebelle aux médications ordinaires. Pour lui, l'élongation du nerf donne des résultats inférieurs à la libération du sciatique. Cette dernière opération consiste à mettre à nu le nerf jusqu'au milieu de la cuisse et à sectionner toutes les adhérences qu'il peut offrir. Les sciatiques qui s'accusent pendant la marche et se calment au repos sont plus particulièrement justiciables de ce traitement chirurgical.

La décapsulation du rein dans la néphrite subaiguë.

La décapsulation du rein est un traitement d'exception de certains accidents graves de la néphrite. On ne s'adresse qu'au cas d'anurie prolongée ayant résisté aux cures médicales diverses. Fraser (*Edinb. med. Journ.*, février 1921) a employé cette méthode avec succès quant à l'anurie, mais sans obtenir de modifications notables de la néphrite elle-même. La forme parenchymateuse chronique est plus influencée que la forme interstitielle. La décapsulation d'un seul rein est préférable à l'opération (en un seul temps) sur les deux reins.

Sur l'emploi des pessaires.

Le pessaire, très utilisé jadis, n'occupe plus actuellement qu'une place modeste dans la thérapeutique gynécologique. Il est susceptible encore cependant de rendre quelques services. Pour Kelly et Fricke (*Therapeutic Gazette*, janv. 1921), il ne faut pas s'y adresser pour corriger une déviation utérine, une antéflexion par exemple, mais y recourir à titre de soutien de l'utérus et de la paroi vaginale. La pessaire peut être un traitement du prolapsus génital, mais non des déviations ou flexions utérines. Aussi, pour juger de ses indications, convient-il d'examiner la malade debout. Le meilleur pessaire, selon ces auteurs, est le simple anneau de caoutchouc épais, c'est-à-dire l'appareil de Dumontpallier.

Le prurit anal.

La question du prurit anal et de son traitement a été discutée à la section de Proctology de la *Royal Society of medicine* (13 avril 1921).

Il existe d'abord un traitement étiologique du prurit anal (glycosurie, vers intestinaux, oxyures, lésion cutanée, etc.). Lorsqu'aucune cause précise ne peut être reconnue, on aura recours à diverses thérapeutiques qui n'ont plus une indication aussi nette. M. Kockhart-Mummery fait jouer un rôle à l'humidité de la région anale et à

l'infection cutanée par le streptocoque, déjà invoquée par Murray, en Amérique. Il en déduit que le premier point du traitement local doit être la propreté rigoureuse et l'assèchement du revêtement cutané. Les poudres sont supérieures, en pareil cas, aux applications de pommades. Les rayons X amènent la guérison dans 20 % des cas rebelles de prurit anal, mais il faut les appliquer avec discernement pour éviter les accidents de radiodermite, accidents quelquefois très éloignés. L'opération de Ball (anesthésie régionale) donne encore de bons résultats.

M. WITFIELD montre également les inconvénients des pommades, de la lanoline, en particulier.

M. SYMONDS insiste sur le rôle de l'infection cutanée, d'où l'importance du nettoyage de l'anus après la défécation, et de l'assèchement de la peau. Les applications de sels d'argent (argyrol et protargol à 10 ou 20 %) sont d'excellents moyens.

M. G. WATSON recommande l'ionisation avec le sulfate de zinc.

M. COKE signale deux observations, relevées dans la littérature américaine, de prurit anal, dans lesquelles on trouva une cuti-réaction positive à la pomme de terre et à la viande de porc. L'adjonction ou la suppression de ces aliments au régime amenait ou suspendait le prurit.

M. MILES a pu guérir un bon nombre de cas de prurit anal en luttant contre l'humidification de la région anale (usage des poudres) et contre la constipation.

La valeur de la réaction de Wassermann.

M. KENNETH DICKSON écrit dans le *British med. Journal* (30 avril 1921) :

« Chez un de mes malades, syphilitique, traité par le novarsénobenzol, désireux d'être fixé sur l'état de sa séro-réaction, je décidai de demander un examen du sang à deux laboratoires différents. Je pensai qu'ils me donneraient une réponse sinon identique, du moins à peu près concordante. Les résultats furent, l'un : « très positif », l'autre : « négatif ». Devant une telle opposition, je fis une nouvelle prise de sang, et envoyai le sérum dans trois autres laboratoires. L'un répondit : « négatif », le second : « très positif », le troisième : « douteux ». Incidemment, je pratiquai moi-même la nouvelle réaction (formol-gélification), de Gaté et Papacostas, avec résultat négatif. J'ajoute que les cinq laboratoires à qui fut adressé le sang de ce malade offraient toutes garanties de réputation et d'expérience ».

L'auteur conclut que la séro-réaction de Wassermann ne doit pas, dans ces conditions, faire négliger l'examen clinique....

Le diagnostic précoce des grandes affections abdominales aiguës.

Les grandes maladies aiguës de la poitrine appartiennent au médecin ; celles du ventre sont pour la plupart du domaine chirurgical ; les unes et les autres, à leur première phase, sont vues par le praticien qui doit s'efforcer d'établir, dans la mesure du possible, leur diagnostic précoce.

M. ADAM ECCLES (*British med. Journ.*, mai 1921) passe en revue les principales maladies aiguës de l'abdomen. Ne pas oublier, d'abord, chez la femme, les affections gynécologiques : grossesse ectopique, salpingite aiguë, métrite aiguë. Eliminer ensuite les coliques (intestinales, hépatiques, rénales) et les empoisonnements. Reste alors le grand groupe des états abdominaux aigus, qui relèvent de la chirurgie. L'auteur les a trouvés, au cours de sa pratique, dans les proportions suivantes :

L'appendicite aiguë........	70,7 %
L'occlusion intestinale......	18,1 %
Les perforations (de l'estomac, du duodénum, de la vésicule biliaire).........	7,2 %
La cholécystite	2,4 %
La torsion pédiculaire (kyste de l'ovaire, fibrome sous-péritonéal, rein flottant, rate)	1,1 %
La pancréatite aiguë........	0,5 %

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

Toulouse.

Société de chirurgie.

Salpingite tuberculeuse bilatérale.

M. LEFEBVRE rapporte l'observation d'une jeune femme de 24 ans, atteinte de salpingite bilatérale, et offrant au toucher l'existence de deux grosses masses. L'hystérectomie subtotale montre, à la surface des trompes pleines de pus, l'existence de petites granulations de nature tuberculeuse.

Kyste hydatique musculaire.

M. TAPIE présente une petite tumeur qu'il a enlevée récemment dans les muscles de la cuisse d'un homme de 37 ans. Il s'agissait d'un kyste du volume d'un œuf contenant un liquide complètement clair.

Du traitement des ruptures de l'urètre membraneux.

M. TOURNEUX communique deux observations de rupture de l'urèthre membraneux traitée par la cystostomie immédiate, suivie, à quelques jours d'intervalle, d'une intervention sur le périnée. Les résultats ont été très bons. L'auteur pense que dans tous les cas de rupture de l'urètre membraneux, la première indication est de pra-

tiquer une cystostomie, l'intervention sur l'urètre ne devant avoir lieu que secondairement.

Ostéochondrite déformante juvénile de la hanche.

MM. Dambrin et Daléas présentent une série de radiographies de la hanche d'un jeune enfant, radiographies montrant l'existence d'une ostéochondrite déformante.

Tumeur blanche du genou guérie.

M. Dupin présente une malade qu'il a soignée en 1885 pour une tumeur blanche du genou au moyen d'injections d'éther iodoformé, et qui, depuis cette époque, est complètement guérie. Le genou droit, bien qu'ankylosé, permet une marche très satisfaisante.

Société anatomo-clinique.

Thrombose cardiaque d'origine diphtérique.

M. Auban communique l'observation d'une fillette de 7 ans, atteinte d'une angine à fausses membranes, traitée tardivement par le sérum, et qui décéda de thrombose cardiaque par endocardite apexienne. L'auteur, après avoir rappelé les travaux de Marfan, insiste sur la pathogénie complexe de la mort, due à la toxémie et à l'insuffisance cardiaque.

Ostéo-arthrite syphilitique de l'épaule.

M. Miginiac rapporte un cas d'ostéo-arthrite syphilitique de l'épaule droite, d'origine héréditaire, constatée chez un enfant de 13 ans.

Cancer de l'utérus et curie-thérapie.

M. Garipuy présente une observation de cancer du col utérin inopérable, qui fut traité par la curiethérapie. On assista à la disparition de tous les bourgeons néoplasiques, et l'hystérectomie put être réalisée avec succès.

Réduction sanglante des fractures de la clavicule.

M. Clermont conseille dans le cas de fracture compliquée, l'intervention sanglante, car la disparition des fragments ne permet pas une bonne coaptation.

Scoliose congénitale.

M. Clermont rapporte un cas de scoliose congénitale due à l'existence d'une hémi-vertèbre de la région dorsael.

Cheiroplastie dactylienne.

M. Léfebvre, chez un malade atteint de main bote congénitale avec plaie cancéreuse, a recouvert après exérèse la plaie obtenue avec les téguments provenant de l'auriculaire désarticulé.

Syphilis pulmonaire et formations kystiques.

M. Roquès a constaté, à l'autopsie d'un individu syphilitique, mort de tuberculose pulmonaire, au niveau du lobe supérieur du poumon gauche, l'existence d'un kyste aréolaire, qui doit être considéré comme le résultat de la dégénérescence pseudo-kystique d'une lésion syphilitique.

Globules rouges en karyokinèse dans le sang leucémique.

M. Tapie en examinant des préparations de sang leucémique a eu l'occasion d'apercevoir un certain nombre de globules rouges avec des formes de karyokinèse. C'est là un fait très rare dans les leucémies, un peu plus fréquent dans l'anémie pernicieuse. Il aggrave considérablement le pronostic.

Dr J.-P. Tourneux.

BIBLIOGRAPHIE CRITIQUE

Revue des thèses

Lyon.

Dr G.-M. Jimbert. — **Les myomes rouges de l'utérus**, Lyon. Imprimerie Express, 1921.

Le myome rouge de l'utérus, une forme particulière du myome utérin, ainsi dénommé à cause de la coloration rouge, rouge-vineux, couleur de viande fraîche qu'il présente à la coupe, se distingue :

Cliniquement : par des douleurs vives dans le bas-ventre ; une fièvre continue, le plus souvent modérée, débutant d'ordinaire quelques jours avant les règles et se maintenant pendant toute la durée de ces dernières ; enfin par des hémorragies profuses ; le tout survenant chez une malade porteuse d'un myome qui a augmenté de volume rapidement.

Anatomo-pathologiquement : par une capsule épaisse ; une consistance mollasse, peu élastique ; par des fibres musculaires lisses très nombreuses, à noyaux très développés et colorés d'une façon nette, séparées par un tissu conjonctif très peu abondant ; par l'abondance des vaisseaux néoformés ; et dans l'intervalle de ces deux éléments, par la présence de cellules jeunes, à noyaux volumineux, prenant fortement le colorant ; le tout atteint de congestion et présentant, çà et là, des hémorragies interstitielles.

Le myome rouge ne saurait être classé dans la catégorie des myomes infectieux pas plus que parmi les myomes sphacélés.

Il mérite d'être individualisé, cliniquement, dans la catégorie des myomes douloureux ; anatomo-pathologiquement, dans celle des myomes à évolution rapide, et demeure justiciable, de par la gravité de ses symptômes et de son évolution aiguë, du traitement chirurgical ; la fièvre, dans ce cas, n'est pas une contre-indication à l'intervention opératoire.

Dr Charles Chanès. — **Morbidité typhoïdique et vaccination.** Lyon. Imprimerie Express, 1921.

L'efficacité de la vaccination antityphoïdique et antiparatyphoïdique a été démontrée par sa mise en pratique obligatoire dans l'armée où, dès son application, la courbe de morbidité des maladies typhoïdes est descendue presque verticalement. Le pourcentage des cas pour 1.000 qui

était, en effet, de 7,24 en décembre 1914, tombait au-dessous de l'unité dès février 1916.

Par la très vaste expérience qu'elle a réalisée, la guerre a, de plus, permis de se rendre compte que les accidents consécutifs à la vaccination étaient peu fréquents et rarement graves.

La vaccination de la population civile, à l'occasion de nombreuses épidémies, en France, en Belgique, en Espagne, a protégé nettement les vaccinés contre la maladie.

Aussi devons-nous faire tous nos efforts pour permettre la généralisation d'une méthode préventive si heureuse dans ses résultats, mais qui ne doit nullement faire négliger les rigoureuses mesures d'hygiène générale que réclament les affections typhoïdes : protection de l'eau potable, évacuation convenable des eaux souillées, surveillance des aliments, recherche des porteurs de germes, propreté des mains, déclaration et désinfection.

Dr André-Joseph CHAMARIER. — **De l'occlusion spontanée du néo-pylore après la gastro-entérostomie pratiquée pour imperméabilité pylorique définitive.** Lyon, Imprimerie du Sud-Est, 1921.

Dr Pierre BRAHY. — **La contusion de la hanche et les fractures larvées de l'extrémité supérieure du fémur.** Lyon, Imprimerie Express, 1921.

L'impotence fonctionnelle de courte durée et la douleur, sans déformation et sans raccourcissement, qui constituent les signes cliniques classiques de la contusion de la hanche existent en réalité dans un certain nombre de fractures de la continuité de l'extrémité supérieure du fémur et de la cavité cotyloïde, siégeant tantôt sur le col, tantôt au niveau du fond du cotyle, comme l'admet Basset, et pouvant également intéresser la continuité du grand trochanter.

Seules, les radiographies de face et de profil de l'extrémité supérieure du fémur permettent le diagnostic exact, et souvent le cliché de profil sera de beaucoup le plus démonstratif.

Dr Paul FEIGE. — **Du syndrome secondaire malin de la diphtérie.** Lyon, Imprimerie Express, 1921.

Il existe des angines diphtériques, le plus souvent malignes, présentant, après la sérothérapie, une amélioration manifeste, une ébauche de convalescence et qui, très rapidement. alors que l'on croit la guérison proche, amènent une issue fatale, toujours précédée d'une série de symptômes que Marfan a appelés « syndrome secondaire de la diphtérie maligne », symptômes généralement mal connus.

Après une sérothérapie généralement tardive, la phase angineuse étant terminée, la gorge étant détergée, on voit apparaître, après un calme trompeur, de la pâleur de la face, de la prostration, puis, vers le 10e jour, des signes de défaillance cardiaque, de l'hypertrophie du foie et enfin, vers le 12e jour, des vomissements, permettant de prédire la mort à brève échéance.

La prophylaxie de ces accidents si redoutables consistera à traiter les angines diphtériques d'une façon d'autant plus intense (sérum intraveineux, antitoxique et antimicrobien) qu'elles seront plus graves et que la sérothérapie aura été instituée plus tardivement, car la thérapeutique la plus énergique demeure impuissante, quand apparaît ce syndrome.

Dr Henri BONNEFOY. — **Les dilatations pathologiques de l'urètre postérieur.** Lyon. Imprimerie Express, 1921.

Les dilatations congénitales de l'urètre postérieur sont tout à fait exceptionnelles. Quelques cas de *dilatations traumatiques*, conséquences des destructions qu'une infection secondaire aggrave et transforme en un clapier qui peut persister plus ou moins, ont été recueillis pendant la guerre.

Une inflammation peut, rarement, créer, au niveau du carrefour uro-génital, de vastes dilatations ou poches sous-vésicales, conséquences soit d'une *inflammation banale*, processus de prostatite et périprostatite, soit d'une *inflammation rétrostricturale*, soit d'une *inflammation tuberculeuse*.

Les symptômes fonctionnels, pour la plupart peu caractéristiques, sont le plus souvent inconstants. La miction en deux temps est celui qui a le plus de valeur.

Beaucoup plus importants sont les signes physiques fournis par l'exploration à l'aide du cathéter métallique, par le toucher rectal, et par la radiographie. Malgré tout, le diagnostic reste difficile.

Evolution insidieuse et sournoise ; Pronostic dépendant des complications, qui sont fréquentes et graves.

L'urétrostomie périnéale, avec résection des parois scléreuses pour les dilatations inflammatoires simples, avec pansements et injections modificatrices dans le cas de tuberculose, paraît être le traitement de choix.

PARTIE PROFESSIONNELLE

MÉDECINE SOCIALE

Le système lyonnais et la loi assurance maladie obligatoire

A la suite des articles qui ont paru dans le *Concours*, quelques confrères nous ont demandé de leur remémorer le système lyonnais de paiement à la visite.

Le Dr Bolliet, de Lyon, a maintes fois exposé ce procédé, dont il est en très grande partie l'instigateur et le père. Il a obtenu un très vif succès aux différents congrès des praticiens, lorsqu'étaient mis en discussion les procédés de paiement par les sociétés de secours mutuels.

Disons de suite que ce système est adopté dans la région lyonnaise, à la grande satisfaction de chacune des parties.

Nous-même, lorsque nous étions médecin à Oyonnax, avons eu à bénéficier de ce *modus faciendi* et, personnellement, en avons toujours été content.

Le malade a le libre choix entre tous les médecins ayant souscrit au contrat collectif de travail passé entre le syndicat médical et la collectivité. La liste de ces docteurs est affichée et communiquée à chaque ayant droit.

Le contrat collectif de travail prévoit un tarif d'honoraires librement débattu entre les parties contractantes, tarif qui devient obligatoire pour chaque médecin qui veut participer au service.

Le médecin ne touche jamais d'argent de la part de son malade : il est rémunéré par un ticket, qu'il détache d'un carnet à souches, après apposition de sa signature.

Suivant que le malade fait déranger le médecin la nuit ou un dimanche, le médecin a droit à deux tickets.

Si *une intervention de moyenne* chirurgie est faite par le médecin, mention en est portée sur le ticket et sur la souche.

Tous les trois mois, le praticien envoie un bordereau et ses tickets, au siège de son syndicat, Celui-ci centralise les états, se fait payer par les mutualités et verse ensuite à chacun la part qui lui est due.

La rémunération médicale est différente selon que la consultation a lieu au cabinet du docteur ou selon que la visite est faite au domicile du malade.

Ce dernier achète d'avance ses carnets de tickets, au siège de sa société de secours mutuels. Il participe en effet, pour une partie, aux dépenses médicales occasionnées par sa maladie. Pour un ticket de 8 francs par exemple (visite à domicile), il débourse 2 francs. Mais cet argent n'est pas remis par le malade à son docteur, ce qui pourrait provoquer des collusions entre clients et médecins peu consciencieux : ce prix est versé entre les mains du trésorier de la société de secours mutuels lors de l'achat des carnets de tickets.

De cette manière, le malade n'est pas tenté d'abuser des visites médicales, ni de faire appeler le médecin à tort ou à travers, puisqu'indirectement, il paye une partie des honoraires du docteur. Mais, malade, il n'hésite pas à recourir aux secours de la science, puisque la dépense n'est pas considérable.

Nous donnons ci-après les documents se rapportant à ce système lyonnais.

Disons que, si ce mode devait être envisagé comme possible, dans les rapports entre médecins et caisses d'assurances, pour la mise en pratique de la future loi, il faudrait élaborer des tarifs médicaux par régions, ou même par localités. Ces tarifs devraient être discutés localement pour faire l'objet de discussions entre caisses d'assurances et syndicats médicaux, à moins que le corps médical préfère un tarif unique pour toute la France, dans le genre de celui en vigueur pour les accidents du travail.

Dr Paul Boudin.

***

Contrat collectif.

Service médical des Sociétés de secours mutuels.

Le Syndicat des médecins du Rhône,

Considérant que les Sociétés de secours mutuels ont été créées pour la classe des *travailleurs* et des gens *peu fortunés*,

Est d'avis de faire à ces Sociétés des *concessions* sur les tarifs de la clientèle ordinaire. En conséquence

Entre :

Le Syndicat des médecins du Rhône, représenté par son Président, M. le docteur

d'une part,

Et :

La

Société de secours mutuels représentée par son président M

D'autre part ;

Il a été convenu et arrêté ce qui suit :

Art. 1er. — La

Société de secours mutuels s'engage à prendre le service médical organisé par le Syndicat des méde-

Une Eau Purgative Française

GUBLER PURGATIVE

DÉRIVÉE DE LA SOURCE CHATELGUYON-GUBLER

EAU CARBO-GAZEUSE
CHLORURÉE ET SULFATÉE
SODIQUE ET MAGNÉSIENNE







DOSES

LAXATIVE : 1 à 2 verres à bordeaux.
PURGATIVE : la totalité de la bouteille.

RENSEIGNEMENTS { **SOCIÉTÉ des EAUX MINÉRALES de CHATEL-GUYON**, 6, Square de l'Opéra, **PARIS**
Pharmacie MONNIOTTE, 70, Rue Legendre, PARIS.

ISTITUTO NAZIONALE MEDICO FARMACOLOGICO — ROME

Bioplastina Serono

Emulsion aseptique de lécithine et lutéines (éthers de cholesterine) pour l'usage hypodermique diluée à 25 % dans le sérum physiologique.

La « **BIOPLASTINA** » est la substance fondamentale des noyaux cellulaires contenant la lécithine et les lutéines (éthers de la cholesterine), les substances phosphorées actives de l'embryon, à l'exclusion des sels, des albuminoïdes et des nucleïnes

La « **BIOPLASTINA** » est complètement absorbable étant administrée sous la forme identique à celle où ses constituants existent dans les noyaux cellulaires.

La « **Bioplastina Serono** » est vendue en
boîtes de **10 Ampoules** de 1.5 cc. et en
boîtes de **6 Ampoules** de 5 cc.

Les injections se font tous les jours ou tous les deux jours, dans la région fessière.

Pas d'intolérance, les injections sont absolument indolores.

Agiter l'ampoule avant de s'en servir.

Demander la littérature sur les propriétés physiologiques et les usages thérapeutiques de la « **Bioplastina Serono** » à M. SANTONI, 32, rue du Mont-Thabor, à PARIS (1er).

cins du Rhône dans les conditions spécifiées ci-dessous.

Art. 2. — Le Syndicat des médecins du Rhône s'engage à fournir la liste de ses adhérents qui consentiront à donner leurs soins aux membres de la Société, aux conditions suivantes du tarif ouvrier minimum à la visite :

Visite à domicile	8 fr.
Consultation au cabinet	6 fr.
Examen complet d'admission	10 fr.

Pour les visites de nuit, de huit heures du soir à huit heures du matin, pour les visites demandées les dimanches et jours fériés, ainsi que pour les pansements antiseptiques et petites opérations (sauf le pansement simple), les sociétaires devront remettre eux-mêmes au médecin, en plus du ticket de la Société, une somme en espèces égale à la valeur du ticket et payée comptant.

En ce qui concerne les médecins spécialistes, il leur sera remis un ticket de six francs, plus une somme en espèces égale à la valeur du ticket et payée comptant par le sociétaire, pour chaque consultation. Toute intervention chirurgicale, ou visite à domicile, sera traitée de gré à gré entre le sociétaire et le spécialiste.

Art. 3. — Si une consultation entre médecins est demandée par un sociétaire, la société garantit un honoraire de trente francs par médecin, pris dans la liste du syndicat, après autorisation écrite donnée par le Président au médecin traitant. Les médecins dans ce cas n'ont pas droit au ticket.

Le médecin traitant plusieurs malades dans la même famille aura droit à un ticket à domicile pour une personne et à un ticket au cabinet pour chacun des autres malades qu'il soigne en même temps.

Le médecin devra exiger son ticket à chaque visite. Dans le cas où le sociétaire serait dépourvu de tickets, le médecin ne devra revoir le malade qu'après avoir reçu celui qui lui est dû, sauf les cas d'extrême urgence, et même alors il devra aviser de suite le Président de la Société.

Art. 4. — Pour les Sociétés de secours mutuels hors de Lyon et de la banlieue lyonnaise, le prix de la visite à domicile reste fixé à 8 francs, outre et non comprise une indemnité de déplacement de 2 francs au minimum par kilomètre parcouru à l'aller, le jour. Les conditions dans lesquelles sera décompté le calcul kilométrique seront réglées directement d'accord entre les Sociétés, les médecins intéressés et le Syndicat des médecins du Rhône au moment de l'engagement de chaque Société.

Art. 4 *bis.* — En raison des variations économiques actuelles, les prix fixés aux articles 2, 3 et 4, ci-dessus pourront être revisés tous les ans, d'un commun accord.

Art. 5. — Les conflits qui pourraient surgir entre médecin et sociétaire, ou entre médecin et société, seront portés devant une Commission mixte, composée en parties égales de Présidents de Sociétés de secours mutuels désignés par la

Société et de médecins désignés par le Syndicat des médecins du Rhône. Cette Commission sera présidée à tour de rôle par un médecin ou un mutualiste

La Commission mixte se réunira au moins une fois par an.

Art. 6. — La liste des médecins chargés d'assurer le service de la

Société de secours mutuels sera fournie, le 1er janvier de chaque année, par le Syndicat à la Société, qui devra en faire parvenir une copie à ses membres adhérents, après y avoir apposé le sceau de la Société.

Chaque Société s'interdit de s'immiscer par un mode quelconque dans le libre choix du médecin par le sociétaire.

Chaque sociétaire aura la liberté complète d'aller consulter à son cabinet tout médecin porté sur la liste ; pour les visites à domicile, le sociétaire devra s'adresser à un médecin ayant accepté de faire le service de sa section, ou à tout autre médecin, mais après entente avec ce dernier.

Art. 7. — La durée du présent contrat est fixée à cinq ans qui commenceront le

pour finir le

Dans le cas où, six mois avant l'expiration normale du présent contrat, celui-ci ne serait pas dénoncé, il sera d'office prorogé aux mêmes clauses et conditions pour une nouvelle période de cinq ans et ainsi de cinq ans en cinq ans, à moins de préavis six mois avant l'expiration d'une période de cinq ans.

Art. 8. — Le Syndicat des médecins du Rhône s'interdit de consentir à tout groupement ou union de Sociétés de secours mutuels, ainsi qu'à toute Société non affiliée à des groupements ou unions de Sociétés de secours mutuels, des conditions ou tarifs *inférieurs* à ceux prévus au présent contrat.

Fait en double exemplaire.

Lyon, le 1er janvier 1920 (modifiant les contrats antérieurs).

Sceau du Syndicat.	Sceau de la Société.
Le Président du Syndicat des médecins du Rhône (1)	Le Président de la Société (1)

***

Engagement datant de 15 ans, fait dans des circonstances spéciales, et qui serait à remanier.

Syndicat des Médecins du Rhône.

Engagement relatif aux Sociétés de secours mutuels entre médecins.

Les médecins soussignés donnent leur entière approbation aux conventions intervenues entre le Syndicat des médecins du Rhône et les diverses Sociétés de secours mutuels ou groupements de Sociétés ; en conséquence, renouvelant et précisant, en tant que de besoin,

(1) Faire précéder chaque signature des mots *lu et approuvé.*

l'engagement qu'ils auraient déjà pris en approuvant par leur signature le programme du Syndicat, ils s'obligent à observer, dans leurs rapports avec les Sociétés de secours mutuels ou groupements de Sociétés, les principes suivants :

1° Le tarif à l'abonnement est supprimé ;

2° Le tarif à la visite est seul admis.

Le tarif minimum est, pour les Sociétés ouvrières : 8 fr. à domicile, 6 fr. au cabinet — actuellement.

Le tarif est variable et gradué pour les autres Sociétés, après entente de celles-ci avec la Chambre syndicale.

Les principes précédents seront appliqués à toute Société nouvelle ou à tout groupement nouveau de Sociétés.

Ils le seront à chaque Société actuellement pourvue d'un service médical indépendant, après démission ou décès de ses médecins.

Le Syndicat est l'intermédiaire nécessaire entre les Sociétés de secours mutuels ou les groupements de Sociétés et les médecins. Les soussignés, membres ou non du Syndicat des médecins du Rhône, habitant Lyon ou la banlieue lyonnaise, ne doivent pas accepter directement le service médical d'une Société. Par exception, ils peuvent accepter de devenir médecin des Sociétés à service médical actuellement indépendant.

Cette facilité n'est accordée toutefois qu'aux conditions suivantes :

1° L'acceptation ne devra se produire qu'à l'occasion de la création d'un poste nouveau ou de la démission ou du décès d'un médecin titulaire actuel ;

2° Elle ne devra jamais être l'occasion d'un avilissement, par un mode quelconque, du tarif des honoraires médicaux dans cette Société ;

3° Elle sera précédée de l'engagement écrit que le confrère prendra vis-à-vis du Syndicat de se conformer à sa décision, lorsque la disparition des médecins actuels de cette Société permettra de la faire rentrer dans le service médical général.

Le présent engagement aura une durée de cinq années, à dater du ; il se renouvellera par tacite reconduction par période de cinq années, sauf avis contraire donné par chaque signataire au Syndicat, par écrit et six mois avant l'expiration de l'engagement.

Le médecin qui cesse de faire partie du Syndicat n'en reste pas moins tenu d'observer le présent engagement jusqu'à la fin de la période quinquennale en cours.

Lyon, le

Nota. — Faire précéder la signature des mots « *lu et approuvé* » et dater.

***

Sociétés de Secours Mutuels.

Fédération départementale de la Mutualité du Rhône.

Commission mixte d'arbitrage médico-mutualiste.

Le 8 décembre 1908, les délégués du Syndicat des médecins du Rhône se sont réunis avec les délégués de la Fédération départementale de la Mutualité du Rhône, et l'accord suivant a été conclu pour la création définitive d'une Commission mixte d'arbitrage médico-mutualiste :

1° *Une Commission d'arbitrage composée de cinq délégués mutualistes et de cinq délégués docteurs est définitivement constituée pour régler amiablement tous les différends pouvant survenir entre les membres du Syndicat des Médecins du Rhône et les Sociétés affiliées à la Fédération ;*

2° *On publiera la liste des docteurs faisant partie du Syndicat du département du Rhône, auxquels seuls les mutualistes seront invités à recourir ;*

3° *MM. les docteurs syndiqués ne pourront faire à aucune autre société de secours mutuels un tarif plus réduit qu'aux Sociétés affiliées à la Fédération ;*

4° *Ces conventions sont faites sans durée limitative ; les groupements adhérents au contrat pourront le dénoncer en prévenant l'autre partie six mois à l'avance ;*

5° *Les réunions se feront sur convocation par M. le Président de la Fédération départementale de la Mutualité du Rhône, lequel présidera les réunions, sans toutefois avoir droit au vote. En cas d'égalité de voix, le différend sera soumis à l'arbitrage d'un tiers choisi par la Commission.*

Fait en double, à Lyon, le 6 décembre 1908.

(Suivent les signatures).

..........e SOCIÉTÉ

Nom du Malade :

M ....

Date :

le ....

Signature du Médecin :

Service Médical des Sociétés de Secours Mutuels

Sceau de la Société

SERVICE MÉDICAL
des Sociétés de Secours Mutuels de Lyon

Syndicat des Médecins du Rhône

..........e Société

La Société accorde les soins du Médecin au Sociétaire et à sa famille

CONSULTATION AU CABINET :

Nom du Malade : ....

Si c'est un membre de la famille autre que le Sociétaire, l'indiquer

Date : ....

Signature du Médecin :

LA VIE SYNDICALE ET PROFESSIONNELLE

La mésaventure des contrôleurs.

La *mésaventure du contrôlé* (1) s'est terminée ainsi : Le confrère enquêteur concluait :

1° A la réalité des actes médicaux rapportés au Mémoire incriminé.

2° Mais il blâmait ce contrôlé d'avoir entrepris et poursuivi, *à domicile*, une cure qui devait devenir aussi onéreuse.

Le contrôlé aurait dû envoyer Lucie L. à l'hôpital, et décharger le « Budget départemental » d'une aussi grosse somme (adéno-phlegmon bâtard du cou ; les soins ont duré trois mois et coûtent, en raison des kilomètres surtout, 500 francs).

Donc, il y avait lieu d'infliger une pénalité : pour le bon exemple, de diminuer les honoraires demandés de... 251 francs ?

A la Commission de Contrôle, quinze membres présents (plus ? moins ? environ !) n'écoutent pas la lecture du rapport.

Discussion : L'un soutient la pénalité, parce que à ce jeu, les 240.000 fr. prévus pour honoraires ne sauraient suffire.

Un autre dit : « On pourrait entendre l'accusé ! ».

Un troisième fait observer que le rapporteur a excédé sa mission, laquelle consistait à voir si, médicalement parlant, les actes énumérés s'ajustaient bien au motif invoqué par le contrôlé (au principal, 34 voyages inégalement répartis sur treize semaines).

Un quatrième fait observer que trois mois d'hôpital auraient coûté... cher.

A quoi un cinquième rétorque que les 500 fr. n'auraient pas, alors, été prélevés sur la part des confrères : les 240.000 francs.

On vote :

Pour payer intégralement la note.	3 voix.
Contre	2 voix.

Abstentions : q. s. pour faire le total des présents.

C'est le contrôlé qui a gain de cause... sans avoir été entendu. En conséquence, il écrit ces lignes, surtout pour dire que ce piteux triomphe désole ce contrôlé.

Pourquoi ? Ici, je vais m'efforcer d'être clair, voulant démontrer que l'erreur blesse beaucoup moins ma personne qu'elle n'offense le bien commun.

Car, dans toute cette affaire, On s'est moqué des contrôleurs. On a roulé nos confrères, nos confrères — délégués — donc nous-mêmes — comme on roule goujons ès farine avant la friture propitiatoire.

C'est ce qu'ont voulu signifier les abstentionnistes, non médecins, s'abstenant, moins parce que choqués de la querelle *inter pares*, qu'en raison de l'erreur initiale :

Car nos contrôleurs n'ont rien contrôlé du tout : ça, c'est leur misère.

Moi, je trouve leur mésaventure pire : *On* s'est joué, et d'eux, et de nous, et du contrôle par dessus le marché.

Oyez plutôt la farine :

Le contrôlé sus-visé, contrôlé parce que étant le *plus gros créancier*, ne méritait même pas ce titre deshonorifique. Deux ou trois confrères, abrités derrière la discrétion ordonnée (*loco citato*) présentaient des *Etats de frais* notablement plus sérieux, en leur total, que les siens.

Oyez maintenant la friture :

Les soins donnés aux Enfants assistés n'ont jamais été payés par le Chapitre du Budget départemental affecté aux honoraires pour soins aux indigents.

Oui ! oui ! Les 500 francs de Lucie L. ne seront pas prélevés sur les 240.000 fr. Je prie instamment mon confrère rapporteur de vérifier ce fait. Je pense qu'il éprouvera une sensation fort désagréable quand il saura qu'on lui a fait, *aussi mal à propos*, défendre une cause... d'ailleurs mauvaise en soi (1).

Ils ont été, nos délégués au Contrôle, orientés sur une mauvaise piste et on les a laissés s'y engluer à plaisir.

Que, très accessoirement, leur besogne comportât aussi l'examen des Mémoires produits pour soins aux Enfants assistés, c'est possible ; mais ça n'est pas certain ; et cela n'est pas écrit dans les circulaires que j'ai vues. Il est dit quelque part, je sais où, que le tarif appliqué à ces enfants assistés sera le même qui vaut pour les indigents, mais c'est tout ce que j'ai lu.

Que, plus accessoirement encore, la Commission de Contrôle ait pu connaître du prix de la journée d'hôpital — en notre espèce, pour cent journées —, cela se comprend, les médecins ayant réellement besoin d'être informés de tous ces détails, donc leurs délégués.

Mais que personne ne se soit trouvé là pour attirer l'attention des dits délégués sur la spécialisation des dépenses publiques, fussent-elles départementales, c'est tellement fort qu'on doit croire que la confusion a été voulue... au moins désirée.

Car il y a un chapitre du Budget départemental qui paye les frais d'hospitalisation des *Enfants assistés*, à côté d'un autre qui paye les *soins* donnés aux mêmes *au domicile* de leurs nourrisseurs ou patrons.

Car il y a un chapitre qui paye les frais des *accouchements à domicile* pour toutes les femmes admises

(1) *Concours médical*, 10 juillet 1921, pages 1980 et s.

(1) Mon honorable confrère n'a pas pris garde que le service de l'A.M.G. est tout entier organisé *au profit des indigents*, pour leur commodité, pour leur assurer moins de misère, et que le souci d'alimenter des médecins ne vient qu'ensuite. Nos honoraires et nous, ne sommes que des *moyens* d'atteindre ce *but principal* : moins de souffrances pour les pauvres.

à ce secours, à côté d'un autre qui paye les frais d'hospitalisation, le cas échéant.

Car il y a un chapitre qui paye les frais d'hospitalisation des *indigents* (1) à côté, enfin ! du crédit, de 240.000 fr. dans notre département, qui devait suffire à payer nos honoraires pour soins aux *indigents à domicile.*

Bien qu'il soit pourvu à tout cela par les centimes départementaux, la confusion n'est pas permise ; l'œuvre de la Commission de contrôle consistant :

1° A voir si cette somme de 240.000 fr. était suffisante ?

2° Dans la négative, à la répartir équitablement.

Nous étions dans la négative. Non compris les retardataires, il eût fallu 280.000 francs. Après la venue des retardataires, il faudrait 320.000 fr. Erreur du quart sur ce total, du tiers sur les prévisions.

Le Conseil général espérait que la Commission de contrôle le renseignerait sur les causes d'une telle erreur, étant plus disposé d'ailleurs à boucher le trou (2) qu'à chercher chicane à quiconque.

Pourquoi nos contrôleurs n'ont-ils pas répondu à cette entente bienveillante ? Il n'est pas difficile de deviner : aucun Bureau, d'aucune Division, d'aucune Administration, ne peut tolérer un contrôle quel qu'il soit, et c'est toute la malice. Cette hypothèse est d'ailleurs beaucoup moins désobligeante que celle — en apparence dominante — d'une querelle individuelle. Quel n'eût pas été, en notre espèce, l'embarras du chef du Service si la Commission lui avait demandé :

— Quels honoraires avait touché — à l'abonnement — chaque médecin pour 1919 ?

— Que demande-t-il à la visite pour 1920 ?

— Combien d'indigents inscrits comme ses clients éventuels : pour 1919 ? pour 1920 ?

— Combien furent ses clients réels ?

Demandant tout cela pour conclure... la Commission, que le Service, ayant mal étudié la chose, s'était mis le doigt dans l'œil ! La Commission, ainsi documentée, aurait-elle relevé des abus d'un autre côté ? de notre côté ?

Cela nous aurait tous peinés, certes, mais il faut avoir le courage de faire ce qu'on fait.

Quant à l'insuffisance de crédit — des 240.000 fr. — la Commission pouvait en faire ressortir la probabilité avec évidence, par exemple en soulignant que l'admission en cours d'exercice (mesure d'ailleurs indispensable) d'indigents nouveaux... indigents qui ne sont admis qu'en raison d'une maladie actuelle, vient fausser toutes les prévisions : immédiatement, pour des sommes intéressantes, secondairement, pour des sommes plus lourdes, parce qu'il s'agit presque toujours de maladies graves.

(1) Je saute la *part de l'Etat* qui varie d'un chapitre à l'autre, aussi celle de la commune.

(2) Malheureusement, il a trouvé facilement des fonds prévus et inemployés : Secours aux femmes en couches. *J'ai écrit malheureusement* en pensant à autre chose : pas assez d'enfants... en France.

Y a-t-il intérêt pour le corps médical, pris dans son ensemble, à laisser ces choses dans l'obscurité ? Le docteur Noir répond dans le *Concours* (17 juillet, page 2017)... les chirurgiens d'hôpitaux ne sont pas rémunérés (le plus souvent) pour soins donnés à l'hôpital, (aux malades payants), les médecins, pas davantage ! donc... ?

Donc, le libre choix le voulant aussi, notre corporation doit désirer que le Conseil général diminue ses prévisions aux chapitres *hospitalisation* et qu'il augmente la dotation des chapitres soins à domicile.

C'est précisément le contraire de la querelle cherchée par nos Commissaires mal informés au contrôlé que je fus.

Tout de même, c'est bête de s'être mis dans le cas de faire rire de nous — et de notre prétention à nous contrôler nous-mêmes ?

C'est d'autant plus bête que nombreux sont ceux qui savent : relisez Specklin, pages 1691 et autres, du *Concours* du 12 juin ; relisez Boudin, page 1976 du 10 juillet et le même le 17 juillet dans les colonnes qui disent les laideurs du Contrôle... avant de refuser le forfait.

Ces laideurs... Specklin va jusqu'à écrire « Tyrannie syndicale »... sont telles que plus d'un va hésiter et que d'aucuns déjà blâment nettement le *Concours* d'étudier les futures (?) assurances-maladies avec un soin tel que les tiers peuvent croire que cette institution sera quelque chose d'agréable... pour les médecins.

La vérité est qu'on ne peut rien rêver de plus funeste, de plus démoralisant pour nous, et que notre thèse devrait être l'adoption de la mesure prise par *mes* S.S.M. : ticket modérateur de 50 % pour le médecin comme pour le pharmacien. Je dis bien la moitié de la dépense.

Ce chiffre *énorme* doit être écrit, pour faire bien comprendre et que l'aventure nous déplaît à fond... et que, instruits par les expériences partielles, partielles mais vécues, *nous en savons les dangers* !

N. B. — Un ami, qui lit mon manuscrit par dessus mon épaule, m'assure que l'un de ces membres de la Commission, un de ceux qui se sont abstenus, n'a pas compris pourquoi le devoir du médecin était d'infliger l'hôpital aux pauvres alors que le même médecin affirme son devoir d'éviter l'hôpital aux mutilés et cela dans le même mois de la même année.

Au premier abord, voilà une abstention qui paraît tout à fait justifiée. Mais quel singulier rôle n'a-t-on pas fait jouer à nos contrôleurs, sur le dos de ma chétive personne ?

Le service médical de l'assistance aux colonies.

Avez-vous lu l'article de M. Barthélemy, député du Pas-de-Calais, et membre, je crois, du Conseil supérieur des Colonies, paru dans la *Dépêche Coloniale* et reproduit dans le numéro de janvier 1921 du

Journal Officiel de la Fédération nationale des fonctionnaires coloniaux, n° 25 ?

Cet article traite du rôle des médecins civils d'assistance indigène aux colonies françaises, et particulièrement en A.O.F. Il y est dit en substance, que les médecins civils aux colonies ont un rôle important à jouer, mais qu'ils n'y sont pas assez nombreux : parce qu'ils n'y jouissent pas de la situation, considération et avantages pécuniaires suffisants; parce que trop de bonnes places sont occupées par des médecins militaires dans des postes qui n'ont rien de militaire, ce qui bouche la carrière aux médecins civils en accaparant les situations auxquelles ils pourraient légitimement prétendre, surtout quand sonne pour eux l'âge où ils ont bien gagné de se retirer de la vie active et fatigante de la brousse qui leur est presque exclusivement réservée.

Permettez-moi de vous citer en exemple la Nouvelle-Calédonie, où j'exerce depuis 14 ans comme médecin de colonisation et assistance indigène.

Il y a en Nouvelle-Calédonie dix postes de médecins de colonisation et assistance indigène prévus. Mais jamais depuis qu'ils existent (1905) les cadres n'ont pu être mis au complet. Ces postes, tous dans la brousse naturellement, ou aux îles sont aux appointements de 8, 10 et 12.000 francs. Ils correspondent en réalité, avec les indemnités de vie chère et autres, aux chiffres de 12, 14 et 16.000 francs, summum qu'un seul d'entre nous atteint.

A côté de nous, nous voyons, dans de bons emplois, tranquilles au chef-lieu, jouissant de tous les avantages du confort et de la bonne société, nos collègues militaires toucher, soldes et indemnités comprises, augmentées de suppléments locaux, des mandats de 20 à 40 % plus élevés ; soit une vingtaine de mille francs pour des aides-majors et environ 30.000 francs pour les médecins-majors à 4 galons (ils sont deux).

Aux soldes des médecins civils d'assistance indigène, s'ajoutent il est vrai, dans 3 ou 4 postes, quelques milliers de francs de clientèle payante. Mais dans les 6 ou 7 autres, il n'y a rien à faire comme clientèle, par contre de nombreuses visites sanitaires des tribus et de longues tournées, de plusieurs jours parfois, à cheval, sur des étendues de cent kilomètres et plus, par pistes et sentiers muletiers, à travers monts et vaux, creeks et rivières torrentueuses qu'il faut le plus souvent passer à gué, sous le vent et la pluie régnant pendant 200 jours sur 360.

Tel est notre lot.

Pendant ce temps-là, à Nouméa, centre de 6.000 habitants environ, il y a 2 médecins civils libres (dont un militaire démissionnaire). Ces confrères suffiraient largement à tous les besoins de la population si, à côté d'eux, un troisième confrère civil, un quatrième au besoin, *pouvaient* s'installer et vivre ; ce que quelques-uns d'entre nous, moi-même, serions heureux de faire.

Mais toutes les places sont prises par *quatre médecins militaires pour* 150 *hommes de troupe* ! et un cinquième militaire est prévu, demandé, et attendu, *je crois (adjoint au laboratoire de microbiologie)* Tous naturellement gens charmants, de bonne éducation et d'agréables confrères, mais faisant plus ou moins de clientèle civile, gratuite ou payante, nuisant ainsi aux collègues civils déjà installés et surtout empêchant ainsi d'autres médecins de venir s'installer auprès des premiers.

On ne saurait leur en faire un grief personnel ; ils ne font que profiter d'une situation créée par une organisation administrative défectueuse, mais contre laquelle ils auraient bien tort de s'élever et qu'ils s'efforceraient plutôt d'affermir.

Si le médecin militaire était tenu, comme le demandait Augagneur le 13 juin 1914 (*Annales Coloniales* : Médecins civils et militaires aux Colonies), de se consacrer exclusivement aux soins à donner aux troupiers dans les colonies administrées civilement, et dont la conquête est parachevée depuis longtemps, chacun se trouverait à sa place et bien des froissements regrettables seraient évités.

Mais l'administration locale elle-même entretient cet état de choses ;

C'est ainsi que, actuellement,

La visite des prostituées,

Les soins médicaux aux détenus de la prison *civile*,

Les soins aux lépreux,

Les soins aux fonctionnaires du chef-lieu,

La santé du port, l'assainissement des navires,

Le lazaret, la désinfection, le laboratoire de microbiologie, etc., etc.

toutes fonctions que pourraient et devraient exercer des civils, sont réparties et attribuées aux seuls médecins militaires.

1° Le Directeur du service de santé.

Médecin-major de 1re classe, quelquefois médecin principal, il est en outre directeur ou médecin en chef de l'hôpital dit militaire, et Inspecteur du service médical civil de colonisation et assistance indigène.

a) Il est médecin en chef de l'hôpital militaire. En effet, pour 150 hommes de troupe, il y a un hôpital militaire qui est aussi, et bien plus, l'hôpital des 25.000 habitants civils de la colonie.

Il correspond donc à la proportion de 1 troupier pour 166 civils. Il y a donc 166 raisons contre une pour que cet hôpital soit remis aux mains des médecins civils. Mais aux Antipodes tout semble à l'envers ; et cet hôpital, civil, de par les malades qu'il hospitalise, est militaire de par les médecins qui en ont la charge.

b) Il est aussi Inspecteur du service médical de colonisation et assistance indigène.

Ces fonctions étaient autrefois dévolues à des médecins civils. Le dernier titulaire était un médecin du chef-lieu, âgé, pondéré, officier de la Légion d'honneur, universellement respecté, connaissant depuis longtemps le pays, ses habitants, et le fort et le faible de tous ses jeunes confrères.

Pour des raisons administratives, les médecins civils de colonisation relèvent *aujourd'hui d'un Ins-*

pecteur militaire qui passe, tel un météore, dans la Colonie, ne la parcourant jamais et l'ignorant totalement, tout comme il ignore ses confrères civils de la brousse, leurs caractères, leurs titres, qualités et défauts ; ce qui ne l'empêche probablement pas de les noter.

2° Le médecin de la troupe.

Il visite le matin, à l'infirmerie de la compagnie d'infanterie, les éclopés et malades, quand il y en a, et soigne à l'hôpital ceux des 150 troupiers qui peuvent y être alités. Ceci ne l'occupe que quelques minutes par jour ; mais ce qui lui prend tout son temps, c'est qu'il est médecin résident de l'hôpital militaire sous la direction du médecin en chef, Directeur de la Santé.

Il y soigne, ou est exposé à y soigner et opérer, une proportion de 166 civils contre *un* soldat.

Il y a en outre, à cet hôpital militaire, un important service d'accouchements dont il a la charge !

3° Le médecin militaire de l'administration pénitentiaire.

On sait que la Pénitentiaire n'envoie plus depuis longtemps de condamnés en Nouvelle-Calédonie, mais bien à la Guyane. Il ne reste plus ici que quelques fonctionnaires de cette administration et quelques dizaines de vieux forçats qui achèvent ici leurs peines et leur existence. Au total 4 ou 5 vieillards à consulter et autant à visiter chaque matin dans leurs lits d'hôpital, qui est d'ailleurs le même hôpital que celui des 150 soldats et des 25.000 habitants civils de la Nouvelle-Calédonie.

De par les règlements, seul un médecin militaire, peut être chargé de ce service ; et c'est ainsi que l'on entretient dans la colonie un médecin militaire qui a exactement une heure de travail par jour !

4° Les deux médecins militaires du laboratoire de microbiologie, de préparation et conservation des sérums et vaccins, et des léproseries.

Ce laboratoire, de fondation récente, a été créé par un arrêté local qui spécifie qu'il aura à sa tête deux médecins militaires (pourquoi militaires ?) ; l'un avec le titre de Directeur attaché au laboratoire exclusivement ; l'autre, son adjoint, plus spécialement chargé des tournées sanitaires à l'extérieur. Ces deux médecins militaires doivent justifier d'un stage à l'un des Instituts Pasteur de Paris ou de Lille. Comme si ces stages n'étaient pas accomplis, en même temps que les leurs, par de beaucoup plus nombreux médecins civils, qui en emportent les mêmes connaissances et les mêmes diplômes ou certificats d'études.

Quelques-uns d'entre nous, médecins civils de la colonie, n'hésiterions pas à aller en France accomplir ces quelques mois de stage pour revenir ici nous fixer définitivement, mais un arrêté local nous ferme cette porte ; un autre arrêté modificatif ne pourrait-il pas nous l'ouvrir ?

Ce sont là des faits impartialement exposés, sans parti pris, et ceux-ci étant connus, n'est-on pas en droit de se poser les points d'interrogation suivants :

En bonne logique, un hôpital destiné à une population de 25.000 civils et de 150 militaires ne devrait-il pas être un hôpital civil ?

Le Directeur de la Santé ne pourrait-il pas être un médecin civil ? Ne trouve-t-on pas des civils aux Directions de la Santé des ports de Marseille, Bordeaux, le Havre, Alger, Oran ? S'en trouve-t-on moins bien ?

Si un règlement s'y oppose aux colonies, est-il donc immuable et intangible ?

Pour quelques vieillards qui achèvent de mourir, et une heure ou deux de soins médicaux à donner chaque jour, l'administration pénitentiaire n'aurait-elle pas économie à supprimer un médecin militaire, qui coûte fort cher, et à faire appel au concours d'un médecin civil ?

En bonne conscience encore, un ou deux médecins civils, justifiant des stages et des titres suffisants, ne pourraient-ils pas être chargés du laboratoire ? N'y seraient-ils pas mieux à leur place que des militaires, par ce seul fait que plus stables, fixés dans le pays, ils pourraient conduire plus loin et parachever leurs recherches ?

N'avons-nous pas l'exemple, à Alger, à l'Institut Pasteur de cette ville, des deux frères Sergent, dont l'un est médecin de colonisation hors cadres ?

Et que dire ici du service des prostituées, des détenus de la prison civile, des soins aux fonctionnaires etc., confiés à des médecins militaires ?

Ainsi, de par des règlements administratifs, des médecins militaires, gens très distingués, je le répète, et généralement aimables confrères, détiennent régulièrement des postes pour lesquels leur corps n'a pas été créé ; et cela en vertu de circulaires ou décrets ministériels et d'arrêtés ou décisions locales des Gouverneurs. S'il fallait à toute force un médecin militaire dans la Colonie, un seul ne pourrait-il donc pas assurer le service régimentaire de 150 hommes et leurs soins à l'hôpital ; et remplir en même temps les fonctions de Directeur de la Santé, et du service de Santé, en attendant qu'une nouvelle circulaire ministérielle autorise les *civils* à remplir aux colonies ces fonctions pour lesquelles ils sont aptes à Marseille, Oran, etc. ?

Enfin j'irai plus loin et je dirai que la colonie pourrait, à la rigueur même, se passer totalement de médecins militaires ; car tous les emplois qu'ils détiennent pourraient être facilement remplis par les médecins civils de Nouméa, même la visite quotidienne à l'infirmerie de la caserne qui demande 20 à 25 minutes. En effet aux deux médecins civils actuellement en exercice, deux autres, débarrassés de la concurrence des militaires, pourraient alors s'adjoindre. Et en cas de mobilisation, les médecins civils devenant automatiquement militaires, la troupe ne manquerait certes pas de soins, même en cette conjoncture.

Voilà pourquoi, mon cher Confrère, atteint par la cinquantaine, ayant près de 15 ans de service dans la colonie, j'envisage avec angoisse la venue du mo-

(2)

ment où il me faudra renoncer à courir à cheval la brousse. J'aurais voulu me fixer dans cette colonie où je connais tout le monde et suis connu de tous. Je ne le puis malheureusement pas. Les médecins militaires obstruent la route aux civils à Nouméa.

Nos soldes, d'ailleurs très maigres jusqu'à présent, ne permettent guère de grosses économies. Aussi ai-je encore songé à m'installer à Port-Vila, chef-lieu des Nouvelles-Hébrides, tout proche.

Mais la population ne peut y nourrir qu'un seul médecin, et l'unique place est prise par un militaire.

En effet, au chef-lieu, il faut un Directeur de la Santé, et seul, aux colonies, un militaire est capable d'assurer ce service, capable d'arraisonner un navire, etc.

En vain invoquerais-je que je suis médecin sanitaire maritime. Cela ne compte pas hors de France.

Que l'on rapporte au plus vite la circulaire ou le décret qui institua, il y a une quinzaine d'années, ce monopole en faveur des militaires ; et que partout aux colonies l'on en revienne à l'application de la Circulaire de 1905 qui limitait, aux seuls soins à donner aux militaires, l'emploi aux colonies des médecins du *corps de santé des* TROUPES *coloniales.*

Ce faisant, on ouvrira aux médecins civils un débouché où ils ne demandent qu'à s'engager, mais d'où malheureusement cherchent actuellement à sortir ceux qui, arrivés à un certain âge, seraient disposés au contraire à se fixer dans les colonies qu'ils connaissent et ont appris à aimer.

Dans cet espoir, veuiller agréer, mon Cher Confrère, l'assurance de mes meilleurs sentiments de solidarité et ma considération très distinguée

Dr E. NICOLAS,

Membre correspondant de la Société de Pathologie exotique et de la Société des chirurgiens de Paris.

DOCUMENTS OFFICIELS

Avis sur la proposition de loi de M. Gilbert Laurent et plusieurs de ses collègues, tendant à la création de l'inspection médicale dans les écoles primaires publiques et privées,

Par M. Gilbert LAURENT, député.

CHAPITRE PREMIER.

Nécessité de l'inspection médicale des écoles.

Messieurs,

Nous ne referons pas l'historique de l'inspection médicale des écoles (1). Prévue par la loi du 30 octobre 1886 et le décret du 18 janvier 1887, cette inspection reste nulle ou insuffisante, sauf dans quelques grandes villes. Si dans de trop rares départements (le Doubs, la Loire, etc.) on a pris d'heureuses initiatives, nous avons cependant le regret de dire que dans les petites villes, et surtout dans les campagnes, l'inspection médicale des écoles est encore inexistante.

Les divers projets ou rapports soumis au Parlement n'ont jamais eu l'honneur d'une discussion publique.

A l'étranger on a compris, depuis longtemps, l'importance vitale de cette inspection. Tous les peuples du Nord nous ont devancés, et la Belgique vient de mettre en application une loi votée en 1914. En France, la surveillance de la santé et du développement physique de nos écoliers reste une exception.

***

Si on consulte nos statistiques, on trouve que, au moment du tirage au sort, 50 % des garçons nés vingt ans auparavant sont morts ou inaptes au service militaire. Au moins 25 % de ces enfants auraient pu être sauvés et rendus aptes à remplir leurs devoirs militaires et civiques. Dès 1908, le professeur Vidal affirmait qu'il était possible, par l'hygiène, de sauver chaque année 250.000 enfants.

D'autre part, voici, d'après notre confrère le docteur Dufestel, un exemple des résultats obtenus en Angleterre, où l'inspection médicale fonctionne depuis 1908 : dans la ville de Bradford, sur 100 élèves quittant la classe à l'âge de 13 ans, en 1909, il y en avait 55 % de sains et bien portants ; en 1910, la moyenne était de 67 % et elle atteignait 81 % en 1911.

A eux seuls, ces chiffres suffiraient à justifier l'urgente nécessité de l'inspection médicale des écoles.

Si, de plus, on réfléchit que la guerre a fait perdre à la France un million et demi d'hommes jeunes et vigoureux, que, du fait de la grippe et de ses séquelles, un nombre égal d'habitants ont disparu, qu'à ces chiffres on doit ajouter les blessés, les mutilés, les tarés divers du fait de la guerre, on ne pourra qu'être effrayé de l'avenir qui attend notre pays.

---

(1) Consulter : le décret organique du 21 mars 1855 concernant les salles d'asile :
— La loi du 30 octobre 1886 (art. 9).
— Le rapport de M. Rabier, directeur de l'enseignement secondaire, sur l'inspection médicale des écoles (1906).
— Le projet de loi du 23 mars 1910 (n° 3272).
— Le rapport de M. Ferdinand Buisson, 29 mars 1910 (n° 3315).
— L'avis présenté au nom de la Commission d'hygiène par M. Doizy, session 1911, n° 1096.
— Les rapports faits, au nom de la Commission de l'enseignement et des beaux-arts, par le docteur Gilbert Laurent (n° 2041, session 1912, et n° 48, session 1914, ainsi que la proposition de loi du même, n° 2250, session 1920).
— Les divers comptes rendus des congrès des médecins scolaires de langue française.
— La collection de la revue mensuelle *La Médecine scolaire*, Delagrave, éditeur, Paris.

Le dernier recensement de la population ne fait malheureusement que confirmer et augmenter ces craintes.

Les maigres avantages offerts aux familles nombreuses ne compenseront jamais pour elles les charges occasionnées par leurs enfants. Les promesses de médailles et de distinctions honorifiques ne donneront que des résultats insuffisants, sinon dérisoires.

Mais, si le législateur ne peut, à son gré, faire se multiplier les naissances, il a le devoir d'employer tous les moyens possibles pour conserver la vie et la santé aux enfants qui sont venus au monde. L'inspection médicale des écoles est un de ces moyens.

Ce que la loi Roussel a fait pour les nourrissons, l'inspection médicale scolaire doit le faire pour l'enfant et l'adolescent. Cette inspection sera une œuvre de préservation et de prophylaxie sociale. Il est toujours plus facile de prévenir que de guérir, et cela coûte moins cher.

Nous nous sommes, autant que possible, efforcés de réduire au minimum le coût de la dépense, soit en établissant des paliers et en accordant des délais pour l'application de la loi, soit en confiant l'inspection médicale au directeur départemental des services d'hygiène, évitant ainsi la création de deux fonctionnaires pour des emplois analogues, dont les services doivent s'aider, se pénétrer et ne faire qu'un seul bloc.

D'ailleurs, la question financière ne saurait être un perpétuel obstacle : la santé et l'avenir du pays ont aussi des droits. L'opinion publique n'admettra pas indéfiniment qu'après avoir dépensé des milliards pour tuer, on refuse les quelques millions nécessaires pour sauver.

CHAPITRE II.

Rôle des médecins inspecteurs des écoles. — Vœux émis par le 3e Congrès d'hygiène scolaire. — Assistantes d'hygiène scolaire. — Laboratoires d'hygiène.

Dans son rapport de 1906, M. Rabier, directeur de l'enseignement secondaire, définissait ainsi le rôle des médecins inspecteurs :

La tâche des médecins inspecteurs serait la suivante :

En ce qui concerne l'école même, avis à donner dans tous les cas de construction ou d'aménagement ; deux ou trois fois l'an, visite de tous les locaux scolaires, en vue de s'assurer que les prescriptions scolaires y sont observées.

En ce qui concerne les élèves, au début de l'année scolaire, examen médical de tous les élèves ; examen de tout élève entrant au cours de l'année ; les résultats de cet examen sont consignés sur le carnet individuel de santé dont le cadre et le questionnaire (sur lesquels la commission plénière est d'ailleurs appelée à délibérer) seront réduits au strict nécessaire. Cet examen général est renouvelé deux fois au cours de l'année scolaire, par exemple au commencement de janvier et au milieu d'avril ; à la suite de chaque examen, mise à jour des carnets.

Sans fixer d'une façon aussi précise le nombre des visites et examens des bâtiments scolaires et des élèves (ces examens pourraient être moins ou plus fréquents, suivant les circonstances et les nécessités), nous demanderons, en outre, aux médecins inspecteurs scolaires, de s'occuper attentivement du mobilier scolaire, de l'éclairage, du chauffage, de l'aération, de la propreté de l'école et de ses annexes.

D'accord avec les autorités compétentes, le médecin s'efforcera de faire mieux aménager certaines salles, étroites, malsaines, ressemblant plus à des écuries qu'à des écoles ; il aidera à la vulgarisation des notions courantes et pratiques d'hygiène générale et d'hygiène scolaire, il fera notamment comprendre la nécessité des écoles de plein air, des sports, des terrains de jeux, des colonies de vacances, de la vie au grand air. Il organisera et surveillera les bains-douches, les cantines scolaires. Il examinera et participera à la désignation des enfants inscrits pour les œuvres de vacances ; après entente avec les maîtres, il fixera la nature et la durée des exercices physiques, dira quels élèves doivent en être dispensés en totalité ou partiellement, etc.

Incidemment, qu'on nous permette de souligner encore une grave erreur législative.

La loi rendant obligatoire l'éducation physique vient d'être votée. Or, du projet primitif, un seul article a été disjoint, celui qui confiait au médecin la direction de cette éducation à l'école. Nous avons déjà protesté contre cette sorte d'excommunication. Nous n'admettrons jamais que, pour des gamins et des fillettes de six à douze ans, la direction d'un caporal ou d'un adjudant soit supérieure à celle d'un médecin.

***

Le médecin inspecteur local d'hygiène scolaire devra veiller à ce que chaque élève soit muni d'une fiche indiquant son poids, sa taille, son acuité visuelle et auditive. Les mensurations et les pesées devront avoir lieu au moins deux fois par an.

Aucune mention touchant au secret professionnel ne devra figurer sur cette fiche.

Le médecin tiendra, en outre, sous sa responsabilité, un carnet spécial sur lequel les antécédents pathologiques, personnels ou héréditaires, de l'enfant pourront être inscrits du consentement de la famille. La fiche et le carnet seront remis à la famille quand l'enfant quittera définitivement l'école.

Une certaine latitude devra être laissée aux autorités médicales, administratives, scolaires, pour la forme et les mentions inscrites sur cette fiche et ce carnet.

Enfin, le médecin scolaire s'efforcera, en y mettant de la patience et du tact, de gagner la confiance des familles. Il leur fera comprendra la nécessité de soigner, dès leur début, les petits malaises et tares dont leurs enfants sont atteints ; il invitera les parents à assister aux visites et examens, leur signalera les divers troubles (vision, audition, dentition, crois-

sance, etc.) dont souffrent leurs enfants. Il leur conseillera de faire soigner ces petits malades par leur médecin habituel, ou par un spécialiste, suivant le cas ; s'il y a nécessité et possibilité, il les dirigera sur des dispensaires ou hôpitaux spéciaux, etc.

Combien d'enfants sont considérés comme des paresseux, des cancres, de mauvais élèves, qui ne sont que des infirmes ou des malades ! D'accord avec le maître, le médecin fera donner à ces enfants la place qui leur convient en classe, en raison de l'état de leur vue, de leur audition, etc.

Chose importante encore, le médecin inspecteur, en plein accord avec les professeurs et les familles, s'efforcera de donner à ces enfants une orientation professionnelle logique et possible, suivant leurs capacités intellectuelles, leurs aptitudes physiologiques, etc. Trop souvent, au sortir de l'école primaire, l'enfant est engagé au hasard des circonstances dans une profession procurant un gain immédiat au détriment de sa santé et de son avenir. A l'étranger, et déjà dans quelques grandes villes françaises, on a créé des services d'orientation professionnelle ; nous félicitons notre Ministre du Travail d'avoir mis sérieusement à l'étude cette intéressante question, devançant ainsi le vœu émis par les membres du 3e Congrès d'hygiène scolaire de langue française tenu à Paris du 1er au 3 avril 1921.

Nous nous permettons de reproduire ici les vœux émis par ce congrès, en appelant l'attention du législateur sur leur importance.

IIIe Congrès d'hygiène scolaire de langue française organisé par la Ligue d'hygiène scolaire et la Société des médecins inspecteurs de Paris et de la Seine du 1er au 3 avril 1921, à la Faculté de médecine de Paris.

Sous la présidence d'honneur de M. le Ministre de l'Instruction publique et de M. le Ministre de l'hygiène et de la Prévoyance sociales.

VŒUX

Les membres du IIIe Congrès d'hygiène scolaire, convaincus de la nécessité d'appuyer l'organisation de l'inspection médicale des écoles sur l'organisation générale des services publics d'hygiène, appellent l'attention des pouvoirs publics sur le projet de revision de la loi de 1902, soumis actuellement à la discussion de l'Académie de médecine, et sur l'utilité de faire aboutir la réforme de la charte de la santé publique, à laquelle est intimement liée la question de l'hygiène scolaire.

L'inspection médico-scolaire, étant une œuvre de prophylaxie sociale, doit coopérer nécessairement à l'orientation professionnelle des écoliers.

Le Congrès émet le vœu :

1° Que l'inspection médicale des établissements d'enseignement secondaire soit organisée suivant les mêmes principes que l'inspection des écoles primaires ;

2° Qu'un projet de loi organisant cette inspection médicale obligatoire dans les établissements d'enseignement secondaire soit déposé sans retard par le Gouvernement et discuté en même temps que le projet semblable déjà déposé en ce qui concerne les écoles primaires publiques et privées et non encore discuté.

L'assistance d'hygiène scolaire étant indispensable pour assurer un fonctionnement effectif de l'inspection médicale, il est utile que sa fonction soit reconnue et définie par la loi.

Le Congrès, considérant que les écoles de plein air, externat ou internat, actuellement existantes en tous pays, ont donné des résultats concluants et doivent rendre aux enfants débiles ou menacés par la tuberculose une santé normale, émet le vœu que ces écoles soient multipliées, sous toutes leurs formes (classes aérées, externat, internat, écoles agricoles pour les deux sexes, etc.).

Le Congrès émet le vœu que soit organisé le contrôle médical permanent de l'éducation physique, tant dans ses méthodes que dans son application.

Le Congrès émet le vœu :

1° Que des mesures soient prises pour écarter de l'école toute personne tuberculeuse et que le personnel enseignant puisse recevoir les garanties d'ordre matériel pour le temps de sa mise en congé ;

2° Que le projet de loi, présenté au Sénat, et qui accorde un congé aux instituteurs atteints de tuberculose pendant la durée de trois ans avec traitement intégral, et deux ans avec demi-traitement, soit adopté dans le plus bref délai possible, et que des projets analogues soient adoptés par tous les pays de langue française.

Assistantes d'hygiène scolaire.

Pour aider le médecin, on a proposé de créer des infirmières scolaires. Le terme *infirmières* nous semble impropre. Les dénominations de surveillantes d'hygiène, dames inspectrices, assistantes d'hygiène scolaire paraissent plus exactes et donnent une idée plus précise des fonctions qu'elles sont appelées à remplir.

D'ailleurs, quelle que soit la dénomination adoptée, la création de ces assistantes semble nécessaire au bon fonctionnement de l'inspection, au moins dans les grandes villes

Leur rôle consistera principalement à tenir à jour des fiches scolaires, faire les pesées et mensurations des élèves, veiller à leur propreté corporelle. Elles les obligeront et leur apprendront à se laver les mains, la figure et les dents ; elles surveilleront les bains-douches, les cantines scolaires, s'informeront des causes d'absence, etc. Dans l'exercice de leurs fonctions, elles seront subordonnées au médecin inspecteur pour la partie hygiène et au directeur et à la directrice de l'école pour les questions d'ordre administratif et pédagogique.

Nous espérons qu'on pourra trouver dans le personnel enseignant retraité, dans les auxiliaires, les anciennes infirmières des Croix-Rouges, etc., un nombre suffisant de ces personnes à la fois compétentes et dévouées ; nous espérons également que l'existence légale des assistantes d'hygiène scolaire deviendra bientôt une réalité. Les services qu'elles rendent actuellement dans les régions libérées, dans les écoles de plein air de la ville de Paris, et dans un certain nombre de grandes villes de France, démontrent suffisamment leur utilité.

Laboratoires.

Il ne suffira pas, d'ailleurs, de nommer des médecins inspecteurs ; il sera nécessaire de leur donner un

outillage indispensable : laboratoires d'hygiène, de bactériologie, de radiologie, appareils à désinfection, à stérilisation, etc. Au besoin, une entente avec les administrateurs des hôpitaux de grandes villes pourra fournir des moyens d'action.

Il nous semble urgent également de créer et multiplier les dispensaires d'hygiène sociale, les dispensaires antituberculeux, si possible de créer des services spécialisés pour l'examen de la vision, de l'audition des élèves, pour les soins dentaires, l'orthopédie, l'examen neuro-psychique, etc.

Naturellement ces créations, d'urgence inégale, suivront peu à peu la nomination des médecins si elles n'ont pu être créées d'emblée.

L'essentiel est d'abord de créer l'organisme ; on le complètera plus tard. Vivre d'abord, grandir ensuite.

CHAPITRE III.

Dépenses et frais d'inspection.

A qui incomberont les frais d'inspection médicale scolaire ?

Actuellement, les villes, qui ont instauré cette inspection en ont généralement assumé, seules, toutes les dépenses.

M. Honnorat, ancien Ministre de l'Instruction publique, avait promis d'accorder aux petites villes ou communes qui voudraient la créer, des subventions prélevées sur les faibles crédits votés par le Parlement au chapitre « Inspection médicale des écoles » (120.000 fr. pour 1920).

Ce n'est pas là une solution. Les dépenses de l'inspection médicale scolaire (frais de carnets, de registres, d'imprimés, de matériel, indemnités aux médecins) doivent être obligatoires.

Elles seront supportées par les communes, les départements et l'État, dans les conditions fixées aux articles 27, 28 et 29 de la loi du 15 juillet 1893 sur l'assistance médicale gratuite.

Des secours pourront être accordés aux communes ou départements trop pauvres. Mais, dans l'intérêt de la santé publique, de l'avenir de l'enfance, les départements et les communes doivent faire un effort sérieux en vue de la création demandée, sauf à réclamer, s'il y a lieu, l'aide de l'État.

A combien pourrait s'élever actuellement la dépense ? Il est difficile de fixer un chiffre précis. M. Rabier, en 1906, estimait la dépense à 2.600.000 fr. Notre confrère Doizy, en 1914, portait ce chiffre à 6 millions. Actuellement, nous croyons qu'il faut porter à 10 millions, environ, le total de la dépense, dont une partie (médecin inspecteur départemental, laboratoires, dispensaires) ressortirait plus directement de l'application et de la généralisation de la loi du 25 février 1902 sur la santé publique. Cette somme, d'ailleurs, comprend les dépenses faites par les communes, les départements et l'État.

Nous n'avons pu avoir le chiffre de ce que coûte l'inspection médicale des écoles en Angleterre, ni dans d'autres pays.

Dans le département du Doubs, l'inspection médicale fonctionne avec un crédit annuel de 80.000 fr.

Le Conseil général de la Loire a voté, dans sa session dernière, une somme de 180.000 francs pour l'organisation complète de l'inspection médicale dans tout le département (640.000 habitants ; 337 communes). Si on escompte la participation de l'État, il faudrait réduire cette somme de 60.000 francs et la ramener à 120.000 francs. Signalons toutefois que les villes de Roanne et de Saint-Étienne, qui ont organisé ce service, ne sont pas comprises dans la dépense à effectuer.

Il faut compter sur une moyenne de 100.000 francs environ par département, en nous basant sur les chiffres adoptés par les départements de la Loire et du Doubs. Il est indispensable, pour l'avenir de notre pays, que cet effort financier soit fait le plutôt possible. Une augmentation du chiffre de la population, une diminution des maladies, une amélioration de la santé et de la force physique de la jeunesse française en seront la récompense certaine et prochaine.

CHAPITRE IV.

Organisation de l'inspection médicale des écoles. Nomination des médecins inspecteurs.

Nous avons admis en principe, d'accord avec tous les auteurs et rapporteurs des projets ou propositions de loi, d'accord avec les Ministres intéressés, en conformité avec les conclusions et vœux des divers congrès de médecine scolaire , qu'il y aurait un médecin inspecteur, véritable fonctionnaire, dans chaque département, et des médecins sous-inspecteurs ou inspecteurs locaux nommés au concours ou choisis parmi les praticiens français résidant depuis un certain temps dans les localités.

On avait proposé de réduire le nombre des médecins inspecteurs à un par région universitaire.

Cette question de la région, liée à une grande réforme administrative, sans doute désirable, ne peut être discutée ici.

Depuis plus d'une année, à propos de la loi de 1902 sur la santé publique, l'Académie de médecine discute s'il vaut mieux un inspecteur régional ou un inspecteur par département. Elle n'est pas encore arrivée à une conclusion ferme.

En revanche, d'aucuns, trouvant insuffisant un seul médecin inspecteur par département, proposent un ou plusieurs médecins inspecteurs, chargés exclusivement de l'hygiène, dans chaque arrondissement, ou même un par canton ou groupement de cantons.

L'inspection médicale des établissements secondaires a été très justement réclamée ; elle devra suivre à bref délai la création de l'inspection des écoles primaires.

Actuellement le département restant notre grande cellule administrative, restons provisoirement fidèles au département et maintenons en tête de l'or-

ganisation projetée un médecin inspecteur pour tout le département.

Si, d'autre part, la Chambre et le Sénat adoptaient les conclusions des commissions de l'enseignement et des beaux-arts et de l'hygiène, l'inspection médicale des écoles serait confiée au directeur de l'hygiène; on éviterait ainsi la création de deux fonctionnaires ayant des attributions identiques. De plus, en confiant au directeur départemental d'hygiène l'inspection médicale des écoles, on rend, par le fait, obligatoire, la création dans chaque département, d'une direction générale de l'hygiène publique, assurant ainsi, obligatoirement, l'application jusqu'ici facultative, de la loi du 15 février 1902 sur la santé publique.

A la date du 11 avril 1921, cette inspection des services d'hygiène n'existait que dans 52 départements ; elle était en voie de création dans cinq autres. Sur les 52 inspections existantes, 40 étaient confiées à des docteurs en médecine, les autres à des hygiénistes. Parmi les 40 médecins inspecteurs d'hygiène, 16 seulement avaient été nommés au concours et les autres au choix.

D'aucuns pourraient, peut-être, s'étonner de voir ainsi trancher cette question capitale de la loi du 15 février 1902 rendue obligatoire, par une sorte de voie détournée. Pour nous, l'essentiel est d'aboutir. La question hygiène, c'est-à-dire santé publique, a pour nous une telle importance, que tous les moyens nous semblent acceptables et utilisables s'ils doivent nous conduire au but ou nous en rapprocher.

L'importance des fonctions de *médecin inspecteur départemental* sera si grande, qu'il sera nécessaire d'exiger de lui des connaissances générales et spéciales très étendues.

Sauf quelques réserves sur certaines situations acquises, ce médecin devra toujours être nommé au concours public, passé devant une Faculté ou école de médecine. La composition du jury, les matières du concours, seront fixées par un règlement d'administration publique.

***

La question des *médecins inspecteurs locaux* a donné lieu à un certain désaccord, le seul d'ailleurs, entre les Commissions de l'hygiène et de l'enseignement.

La seconde de ces Commissions désire faire des inspecteurs locaux de véritables fonctionnaires. Ils seraient chargés des services d'inspection d'hygiène générale et scolaire, accessoirement de quelques services annexes. Son principal argument est que les médecins praticiens locaux, souvent fort occupés par leur clientèle habituelle, parfois mal préparés à leurs fonctions d'hygiénistes, ne peuvent rendre les mêmes services que les médecins nommés au concours et chargés exclusivement d'une fonction unique.

Même au point de vue scientifique, ces raisons semblent fort discutables. Au point de vue financier cette multiplication de fonctionnaires (au moins un et souvent deux ou trois par arrondissement) augmentera la dépense dans des proportions considérables. Les départements qui ont instauré l'inspection médicale des écoles, ont tous choisi les médecins inspecteurs locaux parmi les médecins exerçant sur place. Il est au moins désirable de laisser l'expérience se poursuivre, ne serait-ce que pour pouvoir ultérieurement comparer les résultats des deux systèmes de recrutement. C'est pour cela que la Commission d'hygiène désire laisser aux conseils généraux de chaque département leur libre choix. Cet essai de décentralisation et de libertés locales mérite d'être encouragé ; d'autant que les conseils généraux, appelés à contribuer pour une large part à la dépense, doivent avoir au moins le droit de choisir le système qu'ils estimeront le meilleur.

La Commission d'hygiène propose donc de modifier le texte de l'article 3 de la Commission de l'enseignement, en ajoutant, après le troisième alinéa de cet article, les mots suivants :

« Toutefois, le conseil général pourra décider que les médecins inspecteurs locaux seront choisis parmi les médecins praticiens français ayant au moins trois années d'exercice de la médecine. S'il y a plusieurs candidats pour le même poste, le titulaire sera nommé au concours public dans les villes de plus de 100.000 habitants, au concours sur titres dans les autres villes.

« Ces médecins inspecteurs locaux seront nommés par le préfet, après avis des associations professionnelles ; ils ne seront pas tenus de se tenir renfermés dans l'exercice de leurs fonctions publiques.

« Le conseil général fixera le chiffre de leurs honoraires. Si ce chiffre dépasse le maximum de 2 francs par visite d'école, plus 1 fr. par enfant examiné et 1 fr. 50 par kilomètre parcouru, la participation de l'État cessera pour le surplus ».

(4 juillet 1921).

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations.

— **Clinique médicale de l'hôpital Cochin.** — Sous la direction de M. le professeur Widal, et de MM. Lemierre et Abrami, agrégés, ont commencé à la clinique médicale de l'hôpital Cochin, à partir du lundi 12 septembre 1921, des leçons avec exercices pratiques. Ces leçons ont lieu tous les jours, à 14 h. Deux cours, de dix leçons chacun, sont faits successivement. Le nombre des assistants est limité à 25.

Objet du cours. — Procédés d'exploration clinique appliqués au diagnostic des maladies.

Premier cours. — 1° Maladies du rein (6 leçons) *a*) Rétention chlorurée. Dosage des chlorures

dans l'urine et le sang. Seuil d'excrétion des chlorures. Rythme en échelons de l'élimination chlorurée. Réfractométrie du sérum sanguin. — *b*) Rétention azotée. Dosage de l'urée dans l'urine et le sang. Constante d'Ambard. Pronostic des néphrites par le dosage de l'urée du sang. Epreuve de la phénolsulfonephtaléine. — *c*) Hypertension artérielle. — 2e Procédés d'examen d'un diabétique (2 leçons). Principes généraux du traitement. Dosage du glucose. Le seuil de la glycémie. Recherche de l'acétone et de ses dérivés. Leur importance dans l'établissement du régime.

3° Réactions de fixation (2 leçons). Généralités. Sérodiagnostic de la syphilis et réaction de Bordet-Wassermann. Maladie hydatique. Lèpre. Mycoses. Réaction du benjoin colloïdal.

Deuxième cours.— 1° Maladies du foie (4 leçons) *a*) Etude des ictères : I. Recherche de la bilirubine, de l'urobiline et de la stercobiline. Valeur de ces recherches. II. Recherche des sels biliaires. Epreuve des hémoconies. Ictères dissociés. III. Ictères hémolytiques. Recherche de la résistance globulaire des hématies granuleuses, de l'auto-agglutination des hématies. — *b*) Etude de l'insuffisance hépatique. Rapport azoturique et azote résiduel. Acide glycuronique. Insuffisance hépatique et rétention biliaire. Insuffisance protéopexique du foie. Hémoclasie digestive. — 2° L'hémoclasie et sa valeur clinique (1 leçon). 3° Diagnostic des maladies typhoïdes (2 leçons). Hémocultures et séro-diagnostic. — 4° Examen du liquide céphalo-rachidien (2 leçons). Examen chimique : albumine, sucre, urée. Examen cytologique : tuberculose, syphilis, états méningés, hémorragies méningées. Examen bactériologique : les méningocoques. — 5° Cyto-diagnostic des épanchements pleuraux (1 leçon). Pleuro-tuberculose. Pleurésies septiques, mécaniques, cancéreuses. Epanchements puriformes. Eosinophilie pleurale.

Le droit d'inscription est fixé à 100 francs pour chacun des deux cours. S'inscrire au secrétariat de la faculté de médecine (guichet 3) les jeudis, samedis, de midi à 3 h.

— **Clinique gynécologique de l'hôpital Broca.** — M. Douay, chef des travaux gynécologiques : M. Haller, chef de clinique; M. Mossé, chef de clinique adjoint, feront un cours de perfectionnement à la clinique gynécologique (Hôpital Broca), du lundi 19 septembre au samedi 1er octobre 1921, sauf le dimanche.

Le cours, complet en 12 leçons, aura un caractère essentiellement pratique. Les élèves seront exercés individuellement à l'examen gynécologique des malades. Une démonstration cinématographique aura lieu à la fin du cours.

Programme du cours.— 1re Leçon : Examen gynécologique.

2e Leçon : Les voies de l'infection génitale. Vulvite et vaginite. Bartholinite. Lésions organiques de la vulve et du vagin. Fistules vaginales, leur traitement.

3e Leçon : Malformation des organes génitaux. Troubles et accidents de la menstruation. Puberté. Ménopause. Stérilité. Troubles de la sécrétion interne de l'ovaire.

4e Leçon : Les métrites et leur évolution. Les métrites hémorragiques (en dehors du fibrome et du cancer). Le curettage.

5e Leçon : Les déviations utérines. De l'emploi du pessaire. Indications du traitement opératoire

6e Leçon : Les salpingites et les ovarites. Salpingite et appendicite. Salpingite et tuberculose. Péri-métro-salpingite. Phlegmon du ligament large. Colpotomie. Hystérectomie vaginale.

7e Leçon : Déchirures du périnée et prolapsus génitaux. Indications et technique du traitement chirurgical.

8e Leçon : Fibromes utérins, leurs complications. Traitement radiothérapique et indications opératoires.

9e Leçon : Grossesse extra-utérine. Rupture et hématocèle pelvienne

10e Leçon : Kyste de l'ovaire. Tumeurs solides de l'ovaire.

11e Leçon : Cancer du corps de l'utérus et tumeurs placentaires. Cancer du col de l'utérus. Traitement palliatif. Influence du radium. Limites de l'intervention dans les cancers du col.

12e De l'hystérectomie abdominale en général. De l'hystérectomie élargie pour cancer du col.

Le droit à verser est de 150 francs.

Un certificat d'assiduité sera délivré à la fin du cours.

Seront admis les docteurs français et étrangers ainsi que les étudiants titulaires de 16 inscriptions, sur la présentation de la quittance de versement. Les bulletins de versement seront délivrés au secrétariat de la faculté (guichet n° 3), les jeudis et samedis, de midi à 3 heures.

— **Hôpital Laënnec.** — M. Baldenweck a commencé dans le service de M. Bourgeois, une série de 10 leçons et démonstrations pratiques sur les affections oto-rhino-laryngologiques courantes.

Ce cours a lieu les mardis, jeudis et samedis, à 10 heures, depuis le 6 septembre.

Le Directeur-Gérant : Dr GASSOT.

Clermont (Oise). — Imprimerie DAIX et THIRON
THIRON et FRANJOU, Successeurs.
Maison spéciale pour publications périodiques médicales

RECOUVREMENTS D'HONORAIRES MÉDICAUX

M. Louis AUDEBERT Avocat, *Directeur du Contentieux de Syndicats Médicaux. Administrateur d'immeubles.*

5, rue des Saints-Pères, PARIS, Tél. Saxe 48-53.

Pour toute demande de renseignements écrire à Me Audebert, en joignant un timbre pour la réponse.

Changements d'adresses

Nous rappelons à nos lecteurs que toute demande de changement d'adresse doit être accompagnée de 0 fr. 60 pour frais de réimpression de bande.



et rétribue lui-même un aide ou manœuvre, alors que le travail s'effectue dans l'usine ou dans l'atelier, avec les machines et sous la surveillance de l'industriel (Cour d'Appel de Toulouse, 29 octobre 1906. Rec. du Ministère du Travail, VIII. 68. — Trib. civ. de Fontainebleau, 21 mars 1902. Même Rec. 11.67. — Cour de Cassation, Ch. civ., 30 décembre 1908. Même Recueil. XI. 82. — Cour de Cassation, Ch. crim., 15 mai 1908. Même Recueil, X. 74).

Les éléments énumérés ci-dessus se trouvent réunis dans l'espèce que vous nous soumettez. En effet, c'est certainement dans la boulangerie, avec les machines de la société coopérative et sous sa surveillance, que travaillaient l'ouvrier et son aide. Par conséquent, l'ouvrier ne peut avoir, même au regard de son aide, la qualité de chef d'entreprise. Cette qualité, et la responsabilité qui en découle, incombent à la coopérative.

En ce qui concerne l'assurance, si la prime est calculée d'après le montant du salaire total payé à l'ouvrier, elle doit garantir également son aide, car le salaire de celui-ci fait partie intégrante de ce salaire total et est pris sur son montant.

Si, au contraire, la police est faite de telle façon que l'ouvrier seul soit garanti par l'assurance, et non son aide, la coopérative est insuffisamment assurée, ce qui n'empêche nullement sa responsabilité envers l'aide.

Régions libérées pour l'application des tarifs des blessés du travail et des mutilés de guerre.

Nous sommes, dans l'Oise, dans une situation paradoxale.

La préfecture ignore si on est ou non régions libérées. Il est impossible de faire les relevés d'honoraires pour soins aux mutilés de guerre, les bureaux chargés de ce service ignorant où passe la délimitation.

D'après la loi du 17 avril 1919, la démarcation passerait aux limites ouest et sud de l'Oise. C. serait donc région libérée ; peut-on appliquer les tarifs régissant cette catégorie pour les mutilés et pour le tarif Breton ?

Si vous jugez qu'il soit bon de montrer l'incurie des services préfectoraux en cette occasion, je vous autorise à publier ma lettre.

Il m'a, en effet, été répondu personnellement qu'on ignorait où se trouvaient dans l'Oise ces fameuses régions.

Dr R.

Réponse.

Aux termes de l'arrêté du ministre des Régions libérées du 2 août 1919, cité dans l'avis de la Commission du tarif Breton, ratifié par arrêté ministériel du Ministre du travail du 28 juin 1921 (*Concours médical*, 24 juillet 1921, page 2115), la zone dite des régions libérées com-

prend « toutes les parties du territoire français situées à l'est ou au nord d'une ligne passant par....... les limites ouest et sud du département de l'Oise....... »

Le département de l'Oise tout entier fait donc partie des Régions libérées, car il est évident qu'il est situé tout entier au nord et à l'est de ses limites sud et ouest.

Il est donc compris en entier dans la première catégorie du tarif Breton et dans la seconde catégorie du tarif des mutilés et ce, sans exception, car il ne comprend aucune ville de plus de 100.000 habitants.

Mais, vous avez raison de dire que l'ignorance des bureaux de la préfecture en cette matière est une chose paradoxale.

NOTES DE MÉDECINE PRATIQUE

A propos du sérum polyvalent de Leclainche et Vallée dans le traitement des fistules purulentes.

Je me suis étonné que le *sérum polyvalent de Leclainche et Vallée* ne m'ait pas donné de résultats appréciables dans le traitement des fistules purulentes, alors qu'il m'avait procuré toute satisfaction dans une foule de pyodermies.

Je m'en suis ouvert, à mon excellent ami, le prof. Leclainche, membre de l'Académie de Médecine, commandeur de la Légion d'honneur, etc.

Je ne crois commettre aucune indiscrétion en extrayant, de sa lettre, les passages suivants :

« Je rentre d'un long séjour en Allemagne, et je trouve ta lettre du 26 mai, qui est allée à Breslau, ne m'a pas trouvé et m'est revenue à Paris. Ce qui prouve que « rien ne se perd » même en Silésie.

« Des abcès et des fistules, à répétition, cela implique, très probablement, une lésion profonde. C'est elle qu'il faudrait atteindre. Le sérum polyvalent ne peut être utile, en pareil cas, que s'il est apporté au contact de la lésion essentielle. C'est celle-ci qu'il faut chercher et atteindre, à mon sens ».

Il s'agissait, en l'espèce, d'une jeune fille de 25 ans, atteinte d'une carie de la colonne vertébrale et faisant des abcès par congestion.

Les fistules, ouvertes, très difficilement parcourables au stylet, ressemblaient à des fistules borgnes externes, telles qu'on en rencontre au pourtour de l'anus.

Elle siégeaient à la face supéro-externe des cuisses, dans la zone de Barthélemy.

Ayant prélevé le pus qui en sourdait, j'ai fait faire des cultures, puis des auto-vaccins : le résultat a été nul.

Je viens donc de conseiller, à ma cliente, de se confier à un chirurgien, qui, patiemment, débri-

dera les chairs et ira au foyer, au contact duquel on portera le sérum polyvalent.

Entre temps, j'ai conseillé les immunizols, n° 30 (contre l'ostéo-myélite), 31 (contre les abcès chauds et plaies suppurées), et 32 (contre les abcès froids) de Grémy. Je ne connais pas M. Grémy, il ne s'agit, donc point, en l'espèce, d'une recommandation pour sa firme.

Je communiquerai mes résultats aux lecteurs du *Concours*.

Mais, j'estime qu'il faut, tout d'abord, retenir de cette brève observation qu'un sérum polyvalent, agissant par la voie indirecte, qu'est l'injection intra-musculaire, ne donne pas, toujours, les résultats qu'on en attend ; M. le prof. Leclainche en donne la raison d'une façon assez explicite pour qu'on en puisse conclure qu'il ne faut pas demander à certaines thérapeutiques plus qu'elles ne peuvent donner.

Dr Galand
(de Cambrai).

P. S. — Voulez-vous, me permettre, mes chers amis, de dire aux confrères de nos pays dévastés, exerçant provisoirement, je l'espère, un peu partout, en France, qui m'ont fait l'honneur de se rappeler, à mon souvenir, que je ne les oublie pas.

Parmi eux, les uns exercent à Vals, à Vichy, à Cannes, à la Côte d'Azur ; ils y sont, encore peu connus malgré leur science, leur pratique, leur valeur.

Astéroïde de 3e grandeur au ciel médical, je ne puis, peut-être, pas leur être de grande utilité, toutefois, ce m'est une occasion de dire, aux médecins du Nord, de la Somme, du Pas-de-Calais et de la Marne : « N'oublions pas ceux des nôtres qui ont souffert de la guerre ; qui n'ont plus de toit, plus de meubles, plus de livres, plus rien ; et, si, plus privilégiés, nous avons eu la chance de retrouver une famille, un foyer, des affections ; n'oublions pas nos compatriotes, nos concitoyens, nos amis , et, le cas échéant, envoyons-leur ceux de nos clients dont la santé demande le climat, plus clément, où ils exercent l'art, noble entre tous, de la médecine. »

Dr G.

DOCUMENTS OFFICIELS

A L'OFFICIEL

Tarif des interventions de petite chirurgie et autres pour les pensionnés de guerre

Instruction ministérielle du 12 août 1921

L'instruction du 4 mai 1921 (1) avait établi, conformément aux dispositions du décret du 9 mars 1921 qui prévoyait cinq catégories de

(1) Publiée dans le numéro 21 du *Concours Médical*, p. 1496.

communes, cinq prix différents pour le remboursement des opérations de petite chirurgie et menues interventions pratiquées au titre de l'article 64 de la loi du 31 mars 1919.

1. Extraction de corps étrangers superficiels .... 3 visites.
2. Pansements compliqués .... 3 visites.
3. Injections intra-veineuses toutes catégories .... 3 visites.
4. Saignée .... 3 visites.
5. Ouverture d'abcès profond ...... 3 visites.
6. Prise de sang .... 3 visites.
7. Petit plâtre .... 3 visites.
8. Ponction capillaire de la vessie .. 3 visites.

9. Injection de sérum .... 2 visites.
10. Ouverture d'abcès superficiel .... 2 visites.
11. Cathétérisme de l'urètre .... 2 visites.
12. Lavages vésicaux .... 2 visites.
13. Instillation urétrale et vésicale .. 2 visites.
14. Dilatation urétrale .... 2 visites.

Le décret du 18 juillet qui a modifié le décret du 9 mars ne prévoit plus que trois catégories de communes. En conséquence, l'instruction du 4 mai 1921 doit être modifiée comme suit :

I

A. Communes de 5,000 habitants au plus. 18 fr
B. Communes de 5,001 habitants à 100.000 et communes des régions libérées.. 24 fr.
C. Communes au-dessus de 100.000 habitants. — Département de la Seine et cantons suivants du département de Seine-et-Oise : Versailles, Argenteuil, Marly-le-Roi Saint-Germain-en-Laye, Sèvres, Montmorency, le Raincy. — Communes dont la totalité ou la partie la plus importante de la population se trouve située dans une zone de 2 kilomètres à partir de la limite administrative des villes de 200.000 habitants et audessus. .... 30 fr.

II

A. Communes de 5.000 habitants au plus. 12 fr.
B. Communes de 5.001 habitants à 100,000 et communes des régions libérées. . 16 fr.
C. Communes au-dessus de 100.000 habitants. — Département de la Seine et cantons suivants du département de Seine-et-Oise : Versailles, Argenteuil, Marly-le-Roi. Saint-Germain-en-Laye, Sèvres, Montmorency, le Raincy. — Communes dont la totalité ou la partie la plus importante de la population se trouve située dans une zone de deux kilomètres à partir de la limite administrative des villes de 200.000 habitants et au-dessus .... 20 fr.

III

15. Grands massages.........	2 consultations.	A. Communes de 5,000 habitants au plus.	10 fr.
		B. Communes de 5,001 habitants à 100,000 et communes des régions libérées..	14 fr.
		C. Communes au-dessus de 100.000 habitants. — Département de la Seine et cantons suivants du département de Seine-et Oise : Versailles, Argenteuil, Marly-le-Roi, Saint-Germain-en-Laye, Sèvres, Montmorency, le Raincy. — Communes dont la totalité ou la partie la plus importante de la population se trouve située dans une zone de deux kilomètres à partir de la limite administrative des villes de 200.000 habitants et au-dessus..........................	16 fr.

(*J. O.* 15 *août* 1921).

Tarif des déplacements (*Suite*)

L'arrêté interministériel du 6 juin 1921, fixant le tarif des indemnités de déplacement auxquelles peuvent avoir droit les médecins appelés à donner des soins à domicile aux bénéficiaires de l'article 64 de la loi du 31 mars 1919 est complété comme suit :

....

....

2e Pour les déplacements par tous autres moyens le tarif par kilomètre effectivement parcouru est le suivant :

1 fr. dans les départements ci-après : Landes et Orne.

1 fr. 50 dans dans les départements ci-après : Corrèze et Haute-Marne.

(*J. O.* 14 *juillet* 1921).

1 fr. dans les départements ci après : Calvados et Eure.

(30 août 1921).

(*J. O.*, 4 septembre 1921).

1 fr. dans les départements ci-après : Seine-et-Oise.

(1er septembre 1921).

(*J. O.*, 6 septembre 1921).

1 fr. dans le département ci-après : Dordogne.

1 fr. 50 dans les départements ci-après : Haute-Vienne, Ardèche.

(8 septembre 1921).

(*J. O.*, 11 sept. 1921).

Vacance de Direction de Bureau d'Hygiène

Aux termes du décret du 3 juillet 1905, portant réglementation des bureaux municipaux d'hygiène, les directeurs de ces bureaux doivent être nommés par les maires, parmi les personnes reconnues aptes, à raison de leurs titres, par le conseil supérieur d'hygiène publique de France.

Conformément à cette disposition et aux prescriptions de la circulaire ministérielle du 23 mars 1906, destinées à en assurer l'application, la vacance de directeur du bureau municipal d'hygiène du Mont-Dore (Puy-de-Dôme), est déclarée ouverte.

Le traitement alloué est fixé à 2.400 fr. par an.

Les candidats ont un délai de vingt jours à dater de la présente publication, pour adresser au ministre de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales, leurs demandes accompagnées de tous titres, justifications ou références permettant d'apprécier leurs connaissances scientifiques et administratives, ainsi que la notoriété acquise par eux dans des services analogues ou des fonctions antérieures. Cette candidature s'applique exclusivement au poste envisagé.

A la demande doit être jointe une copie certifiée des diplômes obtenus, l'exposé des titres doit être aussi détaillé que possible et accompagné d'un exemplaire des ouvrages ou articles publiés. Les candidats peuvent, en outre, demander à être entendus par la commission du conseil supérieur d'hygiène.

(*J. O.*, 4 septembre 1921.)

ANTHOLOGIE MÉDICALE

Sonnets Hippocratiques.

IX. Credo galénique.

L'Humide, le Terreux, l'Igné, l'Aérien,
La Pituite, le Sang, la Bile et l'Atrabile
Composent de nos corps la charpente subtile :
Ainsi l'a décrété l'immortel Galien.

Aux trois sortes d'Esprits, le corps trouve moyen,
Parmi tant d'Éléments, d'assurer un asile.
Suivant une ordonnance éminemment habile,
Cervelle, Foie et Cœur leur servent de soutien.

Sous leur impulsion, les Organes se meuvent,
Aspirant, sans répit, les Liquides qu'ils peuvent
Transformer, Retenir, soit, enfin, Expulser.

— Pour l'élément sanguin, très simple est le mystère.
Le Foie est son berceau ; supplanté dans l'Artère,
Des Veines qu'il distend rien ne peut l'évincer.

Dr Émile JUNÈS.
Sfax (Tunisie).

QUARANTE-TROISIÈME ANNÉE N° 39 DIMANCHE 25 SEPTEMBRE 1921

Fondé en 1879 par Auguste CÉZILLY
Rédigé et dirigé par H. JEANNE (1900-1914),

LE CONCOURS MÉDICAL

ORGANE HEBDOMADAIRE DES PRATICIENS,
Groupés dans la Société « Le CONCOURS MÉDICAL » et ses Filiales

ADMINISTRATION & PUBLICITÉ
C. BOULANGER, ADMINISTRATEUR

ABONNEMENTS :
France........ 24 fr.
Etranger........ 28 »
Etudiants (*France*)........ 12 »
Le numéro........ 50 cent.
Chèques Postaux Paris 167-95

DIRECTION
MM. les Drs A. GASSOT, *Directeur*; A. MAURAT; H. CEZILLY; J. NOIR; P. BOUDIN docteur en droit; M. VIMONT; G. DUCHESNE.
MM. P. CEZILLY, J. DUMESNY, licenciés en droit; C. BOULANGER.

RÉDACTION
Dr J. NOIR, RÉDACTEUR EN CHEF
Drs P. LACROIX et G. DUCHESNE
SECRÉTAIRES DE LA RÉDACTION
N.-B. — Les manuscrits ,publiés ou non, ne sont pas rendus.

Rédaction et Administration : 132, rue du Faubourg St-Denis, PARIS (10e). Téléphone : Nord 48-17

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

Office de Renseignements du « Concours »

Membres du Concours exerçant dans les Stations Thermales.

NOTA. — Nous rappelons à nos abonnés qu'il est nécessaire de nous informer chaque année de leur désir de voir figurer leur nom sur ces listes.

MM. les Docteurs :

Aix-les-Bains. Bertier, Blondel, L. Coutaz, Dardel, Duvernay, Forestier, Goddard, Kent-Gazet, Lelong.
Allevard-les-Bains, Boël.
Ax-les-Thermes (Ariège) Dresch, Gomma.
Bagnères-de-Bigorre. F. Duprat (Enfants). Portes.
Bagnoles-de-l'Orne. J. Arnaud, Joly, Pesnel, Poulain.
Bains-les-Bains, Dr M. Henry.
Barèges. Robine.
Besançon La Mouillière. Mme Jeanne Bon.
Biarritz. Clavel, Lacour.
Bourbon-Lancy, Bellœuf, Compin.
Bourbon-L'Archambault. Mansillon.
Bourbonne-les-Bains. Gay, Testevuide.
Brides-les-Bains et **Salins-Moutiers**. Mathieu, Laissus fils.
Cambo-les-Bains, Colbert. — Hamant.
Capvern. Pomarède, Pouy.
Cauterets. Anglade, Armengaud, Got.
Châtel-Guyon. Baumann, Bayrac, Conchon, Foucaud, Gachlinger, Kolbé, Levadoux, Mazeran, Ribérollcs, Saint-René-Bonnet.
Contrexéville. J. Thiéry.
Divonne-les-Bains. Ballivet.
Eaux-Bonnes. Bajac.
Enghien-les-Bains. Beyrand.
Escouloubre-les-Bains. Dr Sarda.
Evaux-les-Bains. J. Gruzu, Lepage.
Evian, L. Dalard. Lévy-Darras.
Forges-les-Eaux. Bernardicou
Gréoux (Basses-Alpes). Rigal.
Hendaye. Th. Casenave.
La Bourboule. Christin, Verdalle.
La Motte-les-Bains. De Langenhagen.
Lamalou-les-Bains. Belugou, Cauvy.
La Roche-Posay-les-Bains. Bardet, Guyot.
Luchon, Cazal, Dutech, Gamelsy, Germès, Molinéry (ne fait que la physiothérapie), Pelon, Salles, Sammuller.
Luxeuil-les-Bains. Bornèque, Cugnier, Gauthier. Picot, Pierrhugues, Rimey.
Martigny. Dedet. Payen.
Mont-Dore. J. André, Béal, Débidour, Dubruel, Levadoux.
Néris. Ducros.
Palavas-les-Flots. Gelly.
Plombières-les-Bains. Bernard. Gillot. Hagen, de Langenhagen, Truelle.
Pougues-les-Eaux. Hyvert.
Royat. Chassagnard. Mougeot.
Salins-les-Bains. Bourny, Baud.
Salins-Moutiers. Gonthier.
Salies-de-Salat. Barbé.
Saint-Didier, (Vau.) Masquin.
Saint-Gervais-les-Bains. Alphonsi. Baradat. C. Bleicher, E. Mallein, Musso, Roux.
St-Honoré-les-Bains. Comoy Comte. Odin. Ségard.
St-Nectaire. Serane, Siguret, Versepuy.
St-Sauveur. Sabail.
Salies-de-Béarn. Callais, Coustère. David. Reynaud
Sermaize-les-Bains. Rousselot, Ramonet.
Thonon-les-Bains, Vuillaume.
Ussat (Ariège). Pujol.
Vals-les-Bains, Chabannes, David.
Vichy. Cahen, Castera, Chevreux, Cotar, Desmaroux, Gannat, Guinard, Reynes, Ed. Vidal.
Vittel, Constant, Mousseaux.

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum, aux* « demandes et offres ».

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne, qui est versé dans la caisse de la Société civile du Concours Médical). *Adresser un mandat ou mieux verser au compte de chèques postaux*, CONCOURS MÉDICAL, *Paris 167-95.*

Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse**.

No 450. — Après décès. A vendre un ars. chir. complet (surtout gynécol.), comprenant en particulier : 1 table opér. Dupont comp., 1 table à inject., 1 inst. élect. transportable avec galvanocautère, lampe de Clar et

lampe de bouche, 1 balance méd., 1 spiros. et 300 pièces envir. à céder en totalité ou en partie. Prix à débattre.

Nº 451. — A vendre : spirosc. 80 fr. : faut. hygién. 45 fr., baignoire zinc 80 fr., compt. gaz 10 becs, 70 fr., suspens. cuiv. styl. L. XV, gaz ou élec., 90 fr., gr. malle osier, 20 fr., gravures encadrées. Dr 50, rue Turenne (3e).

Nº 452. — Docteur médecin 47 ans, cherche, pour quelques mois, place dans clinique ou sanatorium.

Nº 453. — Médecin fatigué demande pour l'aider, confrère ayant, si possible, le diplôme de pharmacien. S'adresser à Madame Devau, 29, rue de Thionville, Lille.

Nº 454. — A vendre auto 8/10, bl. Bayard torpédo 4 places, modèle 1914, pas roulé pendant la guerre, excellent état. Dr Tourel, à Lodève (Hérault).

Nº 455. — Docteur très au courant clientèle, cherche à aider confrère de grande ville ou banlieue, pendant la période de novembre à mars.

Nº 456. — Villa confortable au Cannet, près de Cannes (Alpes-Marit.), 3 kilom. de la mer, dans la montagne, situation exceptionnelle. Bien abritée des vents. Chambres confortables et bien exposées. Nourriture saine, pas de contagieux. Prix à débattre pour la saison qui commence le 10 novembre. Ecrire Dr Quénot, à Laignes (Côte-d'Or).

Nº 457. — Poste de chef-lieu de canton de grande banlieue. Rapp. 30.000 fr. environ. Petit loyer. Long bail. Maison confortable. S'adresser : Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris.

Nº 458. — Clientèle dans chef-lieu de canton de l'Ouest. Près sous-préfecture. Très gros produit. Fixes. Belle habitation avec jardin. S'adresser Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris.

CORRESPONDANCE

A propos des pensions des blessés du travail.

J'ai l'honneur de vous prier, étant abonné à votre journal, de vouloir bien me donner les renseignements suivants :

1º Un blessé du travail dont l'incapacité a été établie à 50 % par jugement du 18 août 1914 et touchant de ce fait 449 fr. 60 annuellement, a-t-il droit actuellement à une majoration de pension ? Si oui, quelles démarches doit-il faire ?

2º Il a demandé à la Compagnie d'assurance son titre de pension. Or, par lettre du 29 août 1921, la Compagnie responsable lui répond « qu'elle est autorisée à servir elle-même les arrérages des rentes allouées aux victimes d'accident du travail, et qu'en conséquence, elle n'a pas de titre à remettre ». Le procès-verbal de conciliation est une pièce suffisante. Pourtant le blessé préfèrerait un titre de pension. Dans ces conditions, ne peut-il obliger la Compagnie à lui en remettre un ?

Dr T.

Réponse.

1º Une proposition de loi tendant à majorer pour cause d'augmentation du coût de la vie les pensions précédemment allouées aux blessés

du travail, a, en effet, été votée par la Chambre des Députés. Mais elle n'a pas encore été adoptée par le Sénat, de sorte qu'elle n'est pas applicable en l'état actuel et que le pensionné du travail dont il s'agit n'a droit à aucune majoration de sa pension.

2° La loi sur les accidents du travail ne prévoit nullement la remise d'un titre de rente aux ouvriers victimes d'accidents atteints d'incapacité permanente.

Leur titre est l'ordonnance du président ou le jugement qui a fixé définitivement la rente. Aux termes de l'article 16, dernier paragraphe, de la loi de 1898, s'il y a assurance, l'ordonnance ou le jugement spécifie que l'assureur est substitué au chef d'entreprise. C'est alors contre l'assureur seul, et non contre le chef d'entreprise, que le pensionné a un titre.

Interprétation du Tarif Breton.

I

Je vois dans le *Concours* l'arrêté ministériel du 28 juin 1921. A mon humble avis, il soulève quelques objections et la Commission a jugé un peu hâtivement.

Voyons de plus près.

« Il n'y a anesthésie régionale que dans le cas où l'anesthésie est pratiquée sur les troncs nerveux d'une région.

L'anesthésie fut-elle régionale ou générale, les honoraires ne sont dus que dans les cas où cette anesthésie est pratiquée par un second médecin. »

« L'anesthésie pratiquée à la base d'un doigt n'est pas une anesthésie régionale. »

D'accord pour ce dernier paragraphe. encore qu'il soit absurde de ne pas rétribuer l'anesthésie locale... mais pour les autres.

L'anesthésie que j'appellerais « loco-régionale », c'est-à-dire celle qui consiste à circonscrire le champ opératoire sans toucher aux gros troncs nerveux (type anesthésie pour tumeur superficielle, hygroma, loupe, cancroïdes) demande :

1° Un certain apprentissage et une technique très spéciale ;

2° Un outillage spécial et coûteux. La seringue de Gentile valait en 1917, 60 francs et combien maintenant ! des aiguilles spéciales, etc.

3° Un certain temps pour produire son effet.

Je crois connaître cette technique que j'ai étudiée, d'après les excellents livres de Pauchet, sur le cadavre et le vivant.

J'ajoute de plus que, même pour l'anesthésie générale, il n'est nul besoin de l'aide d'un confrère et je n'hésite pas à déclarer que pour ma part, puisque :

Ni l'apprentissage nécessité pour la technique, ni le matériel employé, ni le temps passé ne sont

rétribués pour l'opérateur, je n'utiliserai *jamais* ce procédé d'anesthésie pour les accidents du travail et aurai toujours recours à l'aide d'un confrère pour une anesthésie générale de courte durée.

Je ne crois pas que les Compagnies y gagnent...

Pour le reste, rien à dire, encore que j'imagine « l'appareil provisoire pour fracture » mis seulement en cas de fracture compliquée que le praticien ne peut traiter lui-même. Pour moi, j'aurais vraiment honte de placer un appareil *provisoire* pour une fracture simple, même si le malade doit être envoyé à l'hôpital.

Dr B.

Réponse.

1° Qui a «jugé un peu hâtivement» de la Commission ou de vous, mon cher Confrère ? Je crains que vous n'ayez lu trop rapidement le tarif Breton, d'après vos objections. Ce n'est pas l'*anesthésie* que celui-ci rémunère (ce qui est la base de vos critiques), mais l'*anesthésiste*.

L'art. 12 dit, en effet : « L'anesthésie » locale est comprise dans tous les prix du présent tarif. Pour toutes les opérations qui comporteront l'anesthésie générale ou régionale, des honoraires sont prévus pour *un médecin anesthésiste*.

Vous *proposez* une division nouvelle d'anesthésie loco-régionale. Pensez-vous que pour celle-ci, l'aide d'un Confrère soit nécessaire ? Toute la question est là, et non dans « l'outillage spécial et coûteux » dont vous parlez, et qui fait partie de l'outillage général des chirurgiens. La commission n'avait pas le droit de *modifier* le tarif Breton. On lui demandait simplement ici de spécifier la différence entre les anesthésies régionales et locales, étant fixé *a priori* que, pour les locales, la présence d'un anesthésiste n'est pas admise comme nécessaire.

2° Quant à la *tarification de l'appareil provisoire* pour fracture, ce qui vous offusque, elle me fut demandée par divers confrères et c'est moi-même qui l'ai proposée. Je ne le regrette pas, malgré vos critiques, pas plus que ne le regretteront ceux de nous qui toucheront désormais la juste rémunération de soins d'urgence donnés à un pauvre diable, au fond d'une grange ou d'une écurie, pour lui construire un appareil de fortune « l'empaqueter » (comme au poste de secours) afin qu'il puisse être emmené sans trop souffrir à l'hôpital qui lui est indispensable, alors qu'il n'a ni feu, ni lieu, ni personne pour prendre soin de lui à domicile...

Et c'est chose plus courante que vous ne semblez le croire !

Dr F. Decourt.

II

Je me suis probablement mal exprimé : que ce soit l'anesthésie locale ou l'anesthésiste qui soit rétribué, ce devrait bien être le même résultat pour le médecin.

Je ne vais certes pas demander l'aide d'un confrère pour anesthésier, par exemple, la lèvre inférieure dans le but de suturer une plaie profonde, pas plus que la majeure partie des chirurgiens ne font faire par un autre la rachicocaïnisation et je persiste à estimer que cette anesthésie vaut bien des honoraires spéciaux. Je le répète : elle demande du temps, une technique souvent délicate et un matériel coûteux *que tout médecin devrait posséder...*

Quant à la question de la *réduction temporaire* des fractures, je persiste également à estimer qu'elle ne devrait être appliquée que pour les fractures ouvertes exigeant le traitement opératoire à l'hôpital ou en clinique chirurgicale.

Il appartient aux médecins, surtout à la campagne, d'avoir toujours prêtes des petites valises contenant tout le nécessaire pour accidents, voies urinaires, gynécologie et accouchements, médecine générale, plâtre. Pour moi, je m'en trouve fort bien, pour le plus grand profit de mes malades et le mien, car je ne suis, ainsi, *jamais* pris au dépourvu.

On peut facilement dresser la clientèle à vous prévenir de quoi il s'agit : fracture, perte utérine, etc. Si, par exception, le cas urgent se produit, au cours d'une tournée, le médecin n'ayant sur lui que les trousses d'accident et de médecine générale, en sera quitte pour faire comme autrefois, revenir chercher chez lui, l'instrumentation nécessaire, avec cet avantage, qu'il sera certain de ne rien oublier et de ne pas se trouver fort embarrassé par une omission.

Je mets au défi n'importe quel praticien de ne pas oublier un détail plus ou moins important s'il ne veut s'astreindre à cette précaution.

De la sorte, on peut réduire et poser un appareil plâtré ou panser un gros accident dans n'importe quel lieu et à n'importe quel blessé, fût-ce dans une grange et à un vagabond sans feu ni lieu... »

Voyez-vous, mon cher Confrère, les médecins se plaignent souvent de ne pouvoir vivre. Ne croyez-vous pas qu'ils sont pour beaucoup les artisans de leur malheur ? Sont-ils outillés comme ils devraient l'être ? Peuvent-ils faire tout ce qu'ils doivent savoir et pouvoir faire ? Je réponds : Non.

Laissons donc aux spécialistes les interventions difficiles ou de très grosse responsabilité (hernies étranglées déjà anciennes, opérations obstétricales, etc.) qui nous rapporteront beaucoup d'ennuis et une mauvaise réputation en cas d'échec, bien peu de gloire et d'honoraires en cas de réussite, mais pour toute la pratique courante médicale et chirurgicale, soyons bien outillés. Au cours de mes remplacements en fin d'études, j'ai été trop souvent profondément navré de voir avec quel outillage rudimentaire fonctionnent encore la plupart de nos médecins de campagne !... Ils peuvent tout juste (sans même un simple micro) faire un peu de médecine générale comme le faisaient nos grands-pères !

J'aime à redire autour de moi : On ne s'installe plus avec un bistouri dans une poche et un ther-

(*Voir la suite page XXIII-2653*)

PROPOS DU JOUR

Indifférence coupable des médecins français pour leurs œuvres de bienfaisance mutuelle.

S'il faut en croire une statistique que publie le *Matin* du 30 juillet, sans en indiquer l'origine, il y a actuellement en France 22.990 médecins dont 5.415 pour Paris (sans doute avec le département de la Seine). Cela fait à Paris un médecin pour moins de 800 habitants et en province un médecin pour environ 2.000. Nous pouvons en conclure que, si, *en se faisant honorer raisonnablement*, les médecins peuvent à peu près vivre en province, il leur est mathématiquement impossible à Paris de joindre les deux bouts pour peu qu'ils aient une famille. Il faut donc, pour exercer à Paris, avoir des revenus comme appoints. Or nous pouvons affirmer que la majorité des praticiens parisiens possèdent des fortunes très modestes. Notons encore que les 800 clients «éventuels» que leur offre la statistique sont en partie détournés par les hôpitaux, l'assistance à domicile, les œuvres de bienfaisance, les sociétés de secours mutuels et que le peu qui reste est encore très irrégulièrement réparti.

Aussi l'on se demande parfois avec angoisse comment font pour vivre la majorité des médecins parisiens et quel avenir sera réservé à eux, à leurs veuves et leurs orphelins, quand la mort, les infirmités ou la vieillesse viendront mettre un terme à leur activité professionnelle.

Cette situation critique devrait, semble-t-il, rendre les médecins prévoyants, et lorsque l'on connaît l'existence de l'Association générale des médecins de France, quand on sait que cette Fédération de sociétés bienfaisantes dispose, outre les cotisations, des revenus d'un capital de sept millions de francs, entièrement employés à aider ses membres vieux, infirmes, tombés dans la détresse, leurs veuves et leurs orphelins, on est tenté de croire que tous les médecins de France, par intérêt ou par solidarité. sont inscrits aux sociétés de l'Association générale et y cotisent. Il n'en est cependant rien.

Sur les 22.990 médecins français, 9.000 à peine font partie de l'Association générale et la Société centrale, qui vient de faire paraître la liste de ses membres, n'en compte pas plus de 648. Or, comme la société centrale peut admettre les médecins qui n'ont pas un domicile fixe (médecins militaires, médecins de marine, médecins coloniaux, médecins établis à l'étranger, médecins de villes d'eaux, etc.) que ces derniers sont au nombre d'une centaine, il s'en suit qu'il n'y a guère plus de 550 praticiens de Paris et du département de la Seine inscrits à la Société centrale, *à peine* 10 *pour* 100.

Ne croyez pas que les 550 praticiens de la Société centrale soient de ceux qui paraissent devoir plus tard bénéficier des avantages de la bienfaisance mutuelle de l'Association générale La plupart sont des confrères qui y payent leur cotisation dans un but d'altruisme. Nous y relevons environ 80 membres de l'Académie de médecine, professeurs, médecins et chirurgiens des hôpitaux (1).

Parmi les autres, presque tous ceux que nous connaissons sont aisés et auront vraisemblablement la tranquillité de leurs vieux jours assurée.

D'où vient donc cette indifférence des médecins à l'égard d'une association qui leur demande si peu, pour participer à des avantages disproportionnés avec les cotisations versées ?

C'est une question que nous nous posons sans trouver de solution vraiment satisfaisante.

Tous les médecins devraient faire partie de l'A. G. : ceux qui sont riches par devoir de solidarité et d'altruisme; ceux qui sont pauvres par prévoyance, pour se réserver le droit à un secours non humiliant à eux, à leurs veuves ou à leurs orphelins.

Nous ne devrions plus voir des confrères

(1) Remarquons cependant que la proportion n'est pas très forte, car l'Académie de médecine compte 100 membres titulaires devant habiter Paris, sans compter les membres associés nationaux. La Faculté de médecine compte 51 professeurs titulaires ou honoraires et environ 70 agrégés. Le corps médical des hôpitaux comprend au moins 280 médecins, chirurgiens et spécialistes.

infirmes, âgés, dans le dénûment le plus complet, venir nous tendre la main. Nous ne devrions plus recevoir la visite de veuves de médecin à la recherche d'emplois introuvables, qui ne peuvent recevoir de secours réguliers parce que leur mari, qui les a laissées en mourant dans la misère, a négligé de s'inscrire à l'Association et de payer une cotisation qui, dans les départements où elle est le plus élevée, est loin d'atteindre la somme de trois sous par jour.

J. NOIR.

PARTIE SCIENTIFIQUE

CLINIQUE MÉDICALE.

Hôtel-Dieu : M. le professeur GILBERT.

L'acrocyanose chronique.

Je vais vous présenter une malade atteinte d'une petite affection assez intéressante à étudier et à connaître : l'acrocyanose chronique. Il s'agit d'une jeune femme, d'ailleurs bien portante d'une façon générale, qui offre de la cyanose des extrémités. Les doigts, les mains, la partie inférieure des avant-bras ont une teinte cyanique variable suivant la température, plus accusée par les temps froids, moindre par les temps chauds. En plein hiver, par le froid intense, les mains deviennent même presque noires. La coloration violacée s'exagère aussi si les bras sont tombants et diminue s'ils sont relevés.

En même temps, les tissus sont tuméfiés, les doigts sont boudinés, les mains ont pour ce motif des fossettes, et les extrémités inférieures des avant-bras sont plus volumineuses qu'elles ne devraient l'être. Abstraction faite de la tuméfaction des parties molles, il existe une acromégalie concomitante de l'acrocyanose.

La peau est refroidie, les membres intéressés semblant gelés à certains moments. J'ajouterai que la peau est toujours humide, avec une assez abondante transpiration.

En somme, on peut résumer ainsi les caractères de cette affection : rougeur à teinte cyanique des extrémités, tuméfaction, refroidissement, transpiration. Si on applique le doigt sur la peau, on chasse le sang des tissus, mais il y revient assez vite, la tache blanchâtre produite disparaissant rapidement. Il n'y a pas d'œdème et la pression digitale ne peut pas déterminer de godet. Quelle est la lésion de cet épaississement ? Nul ne le sait, quant à présent.

Les troubles observés aux mains, chez cette malade, ne se retrouvent pas aux pieds, mais on les constate à l'état embryonnaire au niveau des malléoles. On trouve là des taches violacées avec épaississement des tissus. Il est possible que dans cette distribution des lésions, les chaussures jouent un rôle. Il est probable, en effet, que c'est à leur protection qu'est due l'intégrité des pieds, les tuméfactions violacées se montrant au niveau des chevilles, au-dessus des chaussures.

Par ailleurs, la malade ne présente rien de particulier. D'une façon générale, cependant, la circulation sanguine chez elle n'est pas satisfaisante. Ainsi, sa face se colore facilement d'une teinte rubiconde, qui disparaît très lentement. Le genou est marbré de taches cyaniques.

Ce petit état morbide est apparu à l'âge de 12 ans, à l'époque de la formation. Cette jeune fille vivait à la campagne et c'est au cours d'un établissement irrégulier de la menstruation que l'acrocyanose est apparue, s'accentuant avec le froid.

En hiver, la peau cyanosée se recouvre souvent d'engelures, qui viennent compliquer les lésions, avec des crevasses, des ulcérations même. A ce moment, la patiente accuse des démangeaisons, des douleurs, et il arrive que la peau ulcérée laisse sourdre une sérosité plus ou moins abondante, d'où un dégonflement des tissus et une diminution du volume de la main.

Ce petit état pathologique, l'acrocyanose chronique, a été décrit en 1901 par Cassiret et plus tard par Péhu, de Lyon. Péhu en distingue trois modalités :

1° Un type à forme sensitive, avec troubles de la sensibilité et surtout anesthésie ;

2° Un type atrophique ;

3° Un type hypertrophique ;

Il n'est pas douteux que la malade actuelle rentre dans cette troisième modalité. Son état est à cheval, même, sur l'acromégalie et l'acrocyanose. On a signalé également des associations de l'acrocyanose avec la crampe des écrivains et la gangrène.

L'état en question ressemble à la maladie de Raynaud. Toutefois, il est facile de l'en distinguer. Alors que l'asphyxie locale de la maladie de Raynaud est une affection paroxystique, survenant par accès, l'acrocyanose est une affection chronique. Aussi, est-ce judicieusement qu'on a introduit dans son nom la notion de chronicité.

Au point de vue pathogénique, je ne saurais rien dire de bien précis. Faut-il incriminer le sang, le système nerveux, les glandes endocrines, autant de questions qui restent sans réponse certaine. Pour ce qui concerne le sang, chez notre malade, un prélèvement au niveau de la main a montré 4 millions de globules rouges, chiffre un peu inférieur à la normale. Et cependant il y a, à la main, une hyperglobulie relative, puisque le sang prélevé à l'oreille n'a donné que 3 millions 940 000 hématies. Les doigts sont donc plus riches en globules rouges, sans qu'il y ait une très grande différence.

La pathogénie de l'acrocyanose demeurant ainsi mal connue, il s'ensuit que nous sommes assez embarrassés pour la combattre. Je ne puis rien vous dire encore de très catégorique quant à la thérapeutique (1).

Leçon recueillie par le Dr P. Lacroix.

L'ÉLECTROLOGIE DU PRATICIEN

II. La machine statique

Par le Dr Foveau de Cormelles.

Dans le *Concours médical* du 31 juillet 1921, nous avons traité du matériel portatif, pouvant aller du cabinet du praticien jusque chez les malades, mais j'estime que là ne doivent pas se borner, à l'heure présente, les ressources qu'il peut tirer de l'électrologie, et je place la machine électro-statique comme un élément auquel il doit, il peut souvent recourir. Cette machine sera à poste fixe, chez lui, car elle exige certaines précautions pour son bon fonctionnement : elle doit être dans un endroit sec, bien sec même, sous peine de ne pas donner le moindre étincelle.

Les transformateurs et les bobines ont fait aujourd'hui, bien à tort, abandonner la machine statique, si pleine de ressources et à laquelle ont tant recouru les anciens électriciens, comme de Romas, l'abbé Nollet, le conventionnel Marcel, Franklin... voire même, plus près de nous, les électriciens de ma génération, avant que n'arrivassent les découvertes de la haute fréquence par d'Arsonval, et les rayons X, par Rœntgen ; encore, la machine statique peut-elle, elle aussi, donner ces radiations et je me rappelle le début des rayons X, où le constructeur Drault nous montrait, à nos *Mardis scientifiques*, une très bonne petite machine statique permettant d'examiner un thorax, un membre... aux rayons X.

(1) Dans une série de travaux sur la tension veineuse périphérique, faits en grande partie dans le service du prof. Gilbert, M. Villaret a pu mettre en lumière le rôle de l'insuffisance ovarienne dans l'acrocyanose chez la femme. L'opothérapie lui a donné chez plusieurs malades des résultats intéressants.

Mais, pour aujourd'hui, bornons-nous aux vieux usages de la machine statique, à toute la gamme de ses modalités ayant des utilisations thérapeutiques différentes. Elle peut donner l'étincelle douce ou violente, selon que la machine possède ou non des condensateurs, la commotion, la friction électrique, le bain, la douche, l'effluve. Il s'agit bien, on le voit, d'une gamme des manifestations statiques, encore appelées *frankliniennes* (parce que sans doute Marat les employa systématiquement en médecine, alors que Franklin se borna en l'espèce à des études purement physiques !).

La machine statique, dite à frottement, comprend divers modèles, Ramsden, Carré, Holtz, Wimshurst, ou leurs dérivés ; le nombre des plateaux varie considérablement. Mais le praticien peut se borner à une machine de 2, 4 ou 6 plateaux, selon les cas, car un nombre plus considérable constitue un appareil difficile à entretenir, à maintenir sec, et sortirait de notre cadre, c'est le cas de le dire. Des peignes métalliques, par le pouvoir de leurs pointes, déversent leur électricité, positive ou négative, et c'est elle qui est utilisée dans les diverses manières que nous allons passer en revue : des chaînes métalliques conduisent le fluide agissant dans une boule, une pointe, un peigne....

La première modalité qui fut employée au XVIIIe siècle et qui peut l'être encore, en guise de faradisation énergique, est la *commotion* ; on s'en servait chez les paralytiques pour faire contracter les muscles. On obtint quelques résultats (œuvres de de Romas, par J. Bergonié, Jallabert, de Genève). Ce procédé assez douloureux est assez rarement employé aujourd'hui. Il exige la machine statique avec condensateurs.

Nous avons ensuite l'*étincelle* qui donne une légère secousse, et agit comme la commotion, mais avec une intensité supportable ; elle donne d'excellents résultats dans la paralysie, le rhumatisme, la névralgie, les douleurs locales. La boule reliée à la machine statique sans condensateurs ou aux condensateurs sortis du circuit, la pointe, agissent sur la région malade, sans qu'elle soit à nu, ce qui est impossible avec les courants continus ou induits ; ainsi, le sujet non déshabillé gagne du temps ainsi que le praticien. Si l'on se sert d'une boule, en la promenant sur la région, on fait ainsi une véritable *friction électrique*. On peut, pour être plus actif, agir sur la région simplement recouverte d'une flanelle.

Si la pointe, ou un ensemble de pointes constituant un peigne, sont promenés en face d'une région douloureuse, de telle façon que le patient ne soit pas frappé par l'étincelle, mais ressente simplement un souffle léger, c'est l'*effluvation* ; si ce souffle s'exerce sur la tête par un large peigne, c'est la *douche électro-statique*.

L'effluvation sert contre certaines névralgies

chez les patients timorés et craintifs, à qui l'étincelle répugne ; elle sert encore à dessécher certains eczémas humides, à calmer certains prurits.

La douche électrostatique est très active contre les céphalées, les migraines, la neurasthénie. On peut la combiner avec le *bain* ; le siège isolé sur lequel est assis le patient est relié à l'un des conducteurs de la machine statique, et l'autre conducteur au peigne déversant l'autre fluide sur la tête du patient. Cette combinaison du bain et de la douche est assez fréquemment et heureusement employée contre la neurasthénie, et je préfère que la douche soit *positive*, et le bain, négatif (on reconnaît ici la nature des électricités, en les dirigeant vers une bougie allumée : la positive, éloigne et éteint la flamme ; la négative, l'allume et l'attire).

Le *bain* électrique employé seul, augmente le nombre des pulsations de l'artère radiale et la tension vasculaire. Il donne donc de bons résultats dans l'hypotension.

Le praticien peut, s'il le veut, remplacer le tabouret isolant, à pieds de verre, employé dans le bain et la douche statique, en isolant du sol différemment et plus simplement son patient qu'il place sur du caoutchouc, de la toile cirée, sur son parquet, ciré en général. Pour certains neurasthéniques, d'être placés sur le sol et non sur un plateau surélevé, le sentiment de crainte disparaît, et ils préfèrent cet isolement simplifié.

La machine statique peut encore nous donner *les courants de Morton*, grâce à des condensateurs dont les armatures externes sont reliées au patient, alors que les armatures internes se déchargent par étincelles d'une façon continue. Dans le « Wave Current » de Morton, un conducteur de la statique est au sol, le malade isolé, l'*excitation médiate* en résulte : une électrode où la décharge électrique se produit entre deux boules intermédiaires, dont l'une est reliée au patient par un conducteur métallique ; un pôle de la machine statique est, dans ces cas, relié au sol. Le choc électrique est ainsi postérieur à la décharge électrique, et produit par suite sur le patient une action consécutive, donc *médiate*, plus douce, plus supportable : c'est une commotion atténuée et non douloureuse. On en voit l'utilisation possible dans des cas d'atonie stomacale, intestinale,..

Des courants de Morton, on peut passer, toujours avec les condensateurs alors reliés à un solénoïde par leurs armatures externes, aux courants de d'Arsonval ; on peut encore, nous l'avons dit, produire avec la statique, les rayons X, mais les transformateurs et les bobines donnant un meilleur rendement, nous n'insisterons pas sur ces points.

La machine statique est presque reléguée dans le magasin des antiques, chez maints électro-thérapeutes ; nous trouvons que c'est souverainement injuste, et croyons avoir ici démontré que même pour le praticien, la gamme de modalités. peut rendre les plus grands services et qu'il convient d'y souvent recourir !

SYPHILIGRAPHIE

Y a-t-il un traitement abortif de la syphilis ?

Par le Dr Gilbert Pignet.

Bien que la question ait été traitée plusieurs fois dans la presse médicale, surtout depuis l'emploi des arsénobenzols dans le traitement de la syphilis, elle m'a paru avoir toujours été présentée avec une certaine confusion, car les auteurs, assimilant à tort la syphilis à la blennorragie, ont voulu trop nettement différencier, et d'une façon parallèle dans les deux maladies, un traitement préventif, un traitement abortif et un traitement curatif.

Je vais essayer en quelques mots d'apporter un peu de clarté sur ce point, car la question est de quelque importance.

Dans la blennorragie, il n'y a aucun doute : de même qu'il existe des méthodes prophylactiques indiscutables, il existe bien aussi un traitement abortif nettement défini. C'est qu'en effet nous sommes bien renseignés sur cette affection, et sur son évolution. Nous savons que l'infection se manifeste 3 à 4 jours après la contamination et qu'elle évolue en une période, évidemment variable selon la virulence de l'agent pathogène, la résistance du sujet et le traitement suivi, mais dont nous pouvons, sans grand risque de nous tromper, fixer les limites entre 30 et 50 jours. Le traitement abortif, qu'il ne faut pas confondre avec le traitement préventif, ne peut intervenir que lorsque l'affection s'est déclarée ; dans la blennorragie il faut l'appliquer au plus tard dans les 36 premières heures qui suivent l'apparition des premiers symptômes. Or, par l'application de cette méthode, la durée de l'infection est le plus souvent réduite à 5 ou 6 jours. Il y a donc bien, sans discussion possible, un traitement abortif de la blennorragie.

Mais, dans la syphilis, il n'en est plus de même. Si nous connaissons la durée de la période d'incubation de cette affection, nous ignorons presque tout encore des lois de son évolution. A quelque moment que ce soit de la maladie, qu'il y ait eu traitement ou non, que le début du traitement soit récent ou éloigné, un sujet peut bien ne plus présenter aucun symptôme syphilitique, avoir une séro-réaction absolument négative et même un liquide céphalo-rachidien normal, de façon à faire croire à sa guérison et à sa stérili-

sation définitives.... Il n'en est est pas moins vrai, qu'à ce même moment l'infection peut toujours se réveiller, les réactions humorales se réactiver, la contagiosité se manifester à nouveau. Le cadre évolutif de la syphilis, du moins en l'état actuel de nos connaissances, est donc impossible à délimiter.

A. — Première méthode abortive (*en réalité curative*, au mieux encore *pseudo-curative*). En ces conditions, peut-on jamais savoir, si l'on a la prétention d'appliquer à la syphilis un traitement abortif, c'est-à-dire intervenant quelques jours après l'apparition du chancre et stérilisant rapidement le sujet, peut-on réellement savoir s'il est guéri définitivement et si dans quelques années, dans quelques mois, dans quelques jours même, il ne présentera pas une réactivation plus ou moins sérieuse de son affection ? Et, ce traitement, l'appellerons-nous curatif ou abortif, puisque nous ne pouvons enfermer l'évolution de la syphilis dans un cadre déterminé et qu'il ne nous est pas permis, du moins jusqu'à ce jour, de savoir si un syphilitique est définitivement guéri ?

En tout cas, ce traitement soi-disant abortif de la syphilis parallèle à celui de la blennorragie, nous le possédons depuis que nous avons les arsénobenzols à notre disposition et nous l'appliquons à tout moment et avec succès, puisque nous obtenons en quelques jours ou en quelques semaines la stérilisation, ou tout au moins le « blanchîment » du sujet Mais, en réalité, au contraire de ce qui se produit pour la blennoragie, nous ne pouvons affirmer que la stérilisation est définitive et que nous avons fait réellement « avorter » l'infection.

B.— Deuxième méthode abortive (en réalité *préventive*). — Il y avait donc à côté de cette première méthode, abortive seulement en apparence, un autre procédé plus probant : c'était le traitement appliqué avant l'apparition du chancre et en empêchant l'éclosion. Certains auteurs, ayant traité par une médication arsenicale plus ou moins intensive des sujets qui avaient eu des rapports avec un partenaire très contagieux, et ayant pu prévenir l'apparition de l'accident initial, comme de tout accident consécutif, ont cru avoir trouvé le véritable traitement abortif de la syphilis.

En réalité, cette pratique tombe dans le domaine du traitement préventif ou prophylactique. Alors que la pommade au calomel, appliquée dans les trois heures qui suivent le rapport, a la prétention de prévenir l'infection, le traitement arsenical prétend à prévenir de la même façon, en étendant toutefois son action prophylactique, puisqu'il peut n'être appliqué que quelques jours plus tard. Mais il n'en demeure pas moins simplement un traitement prophylactique et non point abortif.

Comment savoir, en effet, si le sujet ainsi exposé à la contamination contracterait la syphilis s'il ne recevait pas de traitement arsenical ? Dans la blennorragie, le point de vue est tout différent, le traitement abortif intervenant en pleine affection, après l'apparition des premiers symptômes ; il y a sûrement stérilisation si ces phénomènes disparaissent et il ne faudra pas longtemps pour se rendre compte si cette stérilisation est définitive. Dans la syphilis, au contraire, le traitement qui nous occupe intervenant avant les premières manifestations morbides, il ne peut y avoir que des présomptions sur l'efficacité de son action abortive. Nous connaissons tous des sujets pour ainsi dire réfractaires à la syphilis et qui auraient pourtant mérité de la contracter cent fois. Il est certain que chez eux, on pourrait croire à l'action de ce traitement dénommé abortif, s'il était appliqué comme nous venons de l'indiquer, alors qu'en réalité il y aurait simplement défaut de réceptivité du terrain pour le tréponème.

En tout cas, l'expérimentation sur une telle matière est assez délicate. On comprend que peu de sujets, parfaitement sains, veuillent courir le risque d'une contamination en se prêtant à des rapports contagieux suivis d'un traitement arsenical qui pourrait échouer. D'autre part, une telle méthode prophylactique est assez difficile d'une façon précise, toujours à cause de la faible portée de notre expérimentation par rapport au temps. Car même si elle était efficace et d'une sûreté incontestable, il resterait encore à démontrer jusqu'à quel moment le plus éloigné de la contamination son application conserverait son efficacité. Enfin, il faut prévoir aussi peut-être, tellement l'évolution de la syphilis est encore mystérieuse pour nous et nous réserve de surprises dans la pratique de chaque jour, il faut prévoir aussi que le chancre pourrait ne pas paraître après l'application de ce traitement et la syphilis évoluer néanmoins et se manifester à une époque plus ou moins reculée, dont les données actuelles de notre expérimentation ne nous permettent pas de fixer les limites.

. . . .

Conclusions.— Quoiqu'il en soit, et en résumé, il n'existe pas actuellement de traitement abortif proprement dit de la syphilis.

Il existe seulement un *traitement curatif* énergique qui, appliqué précocement, a la propriété de blanchir très rapidement les accidents syphilitiques par le moyen de la médication arsenicale.

Il existe encore un *traitement préventif précoce* qui consiste en soins hygiéniques (lavages, onctions à la pommade au calomel, etc.) appliqués immédiatement après le rapport, et dont l'efficacité est reconnue parce que son expérimentation embrasse un nombre considérable de cas.

Il existe enfin un *deuxième traitement préventif*,



pouvant être appliqué plus tardivement, alors que l'infection aurait déjà sûrement pénétré dans l'organisme. Comme le traitement curatif, il consiste en l'emploi des arsenicaux; mais sa méthode est encore mal définie et son efficacité n'est pas encore reconnue d'une façon absolue, parce que l'expérimentation sur une telle matière est délicate, qu'elle ne peut porter que sur un nombre restreint de faits et un nombre limité d'années, à cause de l'application relativement récente de la médication.

A TRAVERS LA PRESSE

Presse française.

Des anomalies de l'artère du pouls.

De toutes les explorations cliniques auxquelles se livre le praticien auprès du malade, la plus classique, la plus banale, la plus automatique en quelque sorte, est l'exploration du pouls radial qui donne une notion assez précise sur l'état fonctionnel du cœur, ainsi que sur la santé générale.

Or, MM. Villar et Pacheau font remarquer combien sont fréquentes les anomalies artérielles du système radial, par rapport au type considéré par les classiques comme normal.

Ces anomalies sont nombreuses. Les auteurs citent l'absence complète de la radiale, la diminution ou l'augmentation de son calibre, l'augmentation du nombre des artères, les anomalies de siège, de collatérales, sans parler des lésions pathologiques.

« Un observateur non averti... n'ayant pas « présente à l'esprit la possibilité d'une anoma- « lie de l'artère qu'il cherche à interroger, « interprétera mal les faits et sera tenté de poser « prématurément des conclusions erronées qui « ne pourront que fausser son opinion et lui « dicter une thérapeutique irrationnelle.

« C'est pourquoi, ajoutent-ils en terminant, « nous croyons recommandable, chaque fois « que la pulsation artérielle paraîtra déficiente, « de palper successivement l'une et l'autre ra- « diales, voire même une autre artère avant « d'affirmer l'insuffisance ou l'absence des batte- « ments artériels ». (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 10 juillet 1921.)

Traitement de la mort apparente du nouveau-né.

Aux procédés classiques dont il rappelle la technique : désobstruction des voies respiratoires supérieures, excitations périphériques destinées à éveiller le réflexe respiratoire bulbaire, insufflation de bouche à bouche, etc., M. Balard ajoute une méthode qu'il qualifie d'héroïque, la ponction lombaire, préconisée dans les hémorragies du nouveau-né.

L'enfant étant couché à plat ventre sur un drap roulé, les jambes pendantes, la tête inclinée de côté, on ponctionne au lieu d'élection avec l'aiguille de Pravaz munie de son fil d'argent en guise de mandrin et on évacue 3 à 4 cmc. de liquide, lequel est uniformément sanglant et ne se coagule pas, au cas d'hémorragie méningée.

Les centres nerveux se trouvent décomprimés. On peut reprendre toute la série des traitements précédemment exposée, pour « mettre en branle « le réflexe inspirateur, mais avec plus de dou- « ceur encore que de coutume ».

Ces ponctions pourront être renouvelées, toutes les fois que des signes d'irritation des centres nerveux apparaîtront. (*Gaz. des sc. méd. de Bordeaux*, 10 juillet 1921.)

Paralysie diphtérique de l'accommodation.

La toxine diphtéritique a une prédilection marquée pour l'innervation de l'œil. On enseigne classiquement que la paralysie qui en est la conséquence détermine un trouble qui est l'inverse du signe d'Argyll Robertson du tabès.

M. Poulard s'élève contre cette conception, qu'il considère comme erronée. A son sens, la paralysie n'affecte que le nerf oculo-moteur commun, et, par son intermédiaire, le muscle ciliaire qui est par excellence le moteur du cristallin.

L'accommodation résulte du bombement ou de l'aplatissement du cristallin. La contraction du muscle ciliaire produit le bombement nécessaire à la vision rapprochée. Si ce muscle est paralysé, le bombement ne se fait pas, et l'œil atteint est en tout point comparable à un œil presbyte. A telles enseignes qu'ici et là, il suffit de verres convexes correcteurs pour éclaicir la vision rapprochée.

Il s'agit ordinairement d'un enfant qui, trois ou quatre semaines après une angine dont la spécificité a pu être décelée, mais qui aussi, en raison de sa bénignité, a pu passer pour une inflammation banale, — se plaint de ne plus pouvoir lire. Si on l'examine, la cornée est normale, ainsi que l'iris et la pupille, qui réagit parfaitement à la lumière.

Cette paralysie est parfois associée avec une paralysie du voile du palais, et dans ce cas, le diagnostic devient plus facile.

Elle guérit en quelques semaines et ne réclame aucun traitement en dehors de l'usage de verres correcteurs.

Elle est bilatérale et se distingue ainsi des paralysies syphilitiques.

A noter toutefois que dans certains cas d'encéphalite léthargique, ainsi que dans le botu-

 **La Médication Alcaline** 

PAR

LA REINE DE VALS

(Eau naturelle, carbo-gazeuse, bicarbonatée mixte, moyennement minéralisée, [3 gr. 21])

MEMENTO THÉRAPEUTIQUE

PREMIÈRE ENFANCE

Diarrhée estivale,

Diarrhée verte, Gastro-entérite,

Choléra infantile.

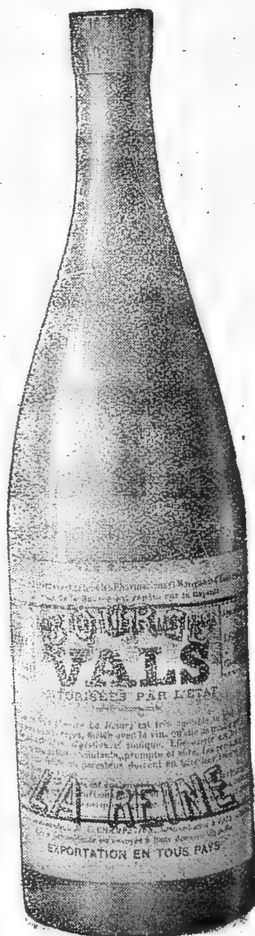
NOUVEAU-NÉS.

Accidents aigus : Diète hydrique exclusive réalisée avec la *Reine de Vals* prise par cuillerées à soupe, pure et froide, toutes les heures, pendant 24 à 48 heures au maximum.

ENFANTS AU-DESSOUS DE SIX MOIS

Même méthode : un demi-biberon de *Reine de Vals* toutes les deux heures.

Reprise de l'alimentation lactée : Commencer par une cuillerée à soupe de lait dans un demi-biberon de *Reine de Vals.* Augmenter graduellement la proportion de lait, par cuillerées à soupe.



ADULTES

Dyspepsies, Gastrite,
Infections gastro-intestinales,
Lithiase biliaire,
(dans les périodes de calme)

Eau de cure : un verre de *Reine de Vals*, pure et froide, toutes les heures, à l'exclusion de toute autre alimentation, pendant un à deux jours, dans les états aigus.

Etats chroniques : Un verre deux ou trois fois par jour, une heure avant les repas.

Eau de régime : au repas, pure ou additionnée d'un tiers de Vin blanc.

Maladies infectieuses :
Fièvres typhoïdes
et paratyphoïdes,
Grippe

Comme boisson par doses de 100 gr. jusqu'à concurrence d'une bouteille par 24 heures.

Diathèse arthritique
et neuroarthritique

Véhicule des médicaments indiqués, selon les cas : Arsenic (Arséniate de soude, Liqueur de Fowler), Iodures alcalins, Bromures alcalins, Poudres alcalines, poudre de Ferrier...

L'Eau de la Reine se trouve dans toutes les pharmacies, chez tous les marchands d'Eaux et dans les dépôts de la Cie fermière de Vichy. On peut également s'adresser à **M. CHAMPETIER à VALS-LES-BAINS** *(Ardèche).*

lisme et l'intoxication atropinique, on peut rencontrer des troubles de l'accommodation qui pourraient être confondus avec ceux de l'intoxication diphtéritique secondaire.

L'examen attentif du malade ainsi que les commémoratifs permettent de faire la distinction entre ces différentes éventualités. (*Paris méd.*, 16 juillet 1921.)

Le sérum anti-hémorragique anthema.

Nous avons, à plusieurs reprises, analysé les travaux de MM. Dufour et Le Hello sur cette question. Elle est tellement intéressante en pratique que nous n'hésitons pas à y revenir à l'occasion d'une nouvelle publication de ces auteurs.

Ils relatent onze observations de malades chez lesquels leur sérum sérique s'est montré particulièrement efficace. Ce sérum est préparé en faisant à des lapins, à intervalles réglés, plusieurs injections intra-veineuses de très petites doses de sérum de cheval. 21 jours après la première injection, l'animal est saigné, et c'est son sérum qui est doué de propriétés hémostatiques incontestables, et utilisables dans les hémorragies de toute nature, dans les états hémorragipares, dans les hémorragies par dyscrasie sanguine, et aussi, comme préventives avant toute intervention chirurgicale sur des régions particulièrement saignantes. Au dire des auteurs, ce sérum détermine une hypercoagulabilité du sang du récepteur de celui-ci par un mécanisme analogue à celui de l'hémoclasie sanguine. (*Prog. méd.*, 16 juillet 1921.)

Les lavements de bile glycérinée contre la constipation.

M. Lemoine retire d'excellents effets de lavements de bile glycérinée dans les cas de constipation des adultes aussi bien que des enfants, en les administrant de la manière suivante :

Tantôt il donne un lavement de 200 gr. d'eau bouillie à laquelle il mélange avec soin une ou deux cuillerées de bile glycérinée ; tantôt il réduit le véhicule au volume de 60 cmc., additionnés d'une cuillerée à soupe de principe actif.

Les contractions de l'intestin apparaissent 5 minutes dans le premier cas, d'un quart d'heure à une heure dans le second, après la prise du lavement : puis, la défécation est complète.

Chez les nourrissons de 2 à 3 mois, il a obtenu de beaux résultats avec l'injection rectale d'une poire d'eau bouillie additionnée d'une grosse cuillerée à café de bile. Pour lui, le lavement biliaire, chez les tous petits, est une méthode de choix. (*Gaz. des prat.*, 15 juillet 1921.)

G. D.

Presse anglaise.

Action prophylactique des applications iodées sur la langue.

J. A. Taylor (*British med. Journ.*, 28 mai 1921) recommande, comme mesure prophylactique de la méningite cérébro-spinale et de l'influenza, en temps d'épidémie, les applications répétées d'iode sur la langue. Il se sert d'un mélange, à parties égales, de miel et de teinture d'iode, mixture dont on verse 2 ou 3 gouttes sur le dos de la langue, 3 ou 4 fois par jour.

L'auteur a mis en pratique cette méthode, pour la méningite cérébro-spinale et au cours de l'épidémie de grippe de 1918-1919, dans une localité de l'Uganda, en Asie.

Aucun des dix Européens qui employèrent l'iode ne fut atteint par l'influenza. Chez 100 Asiatiques, soumis plus ou moins régulièrement à cette pratique, la grippe fut rare et bénigne. L'action des applications iodées linguales serait à la fois locale et générale.

La version dans le travail normal.

Potter (*Americ. Journ. of Obstet.*, mars 1921) se déclare partisan de la version suivie d'accouchement par le siège dans le travail normal. Il estime que la conduite très paradoxale qu'il préconise offre d'importants avantages pour la femme : diminution des douleurs, atténuation des risques d'infection et de déchirure. Dans le cours d'une seule année, il a ainsi pratiqué, sur 1.113 accouchements normaux, 920 versions. L'opinion de l'auteur n'a pas été accueillie, il va sans dire, devant la Société obstétricale de Philadelphie, par une entière approbation, les bons effets obtenus tenant sans doute à l'habileté acquise par Potter.

Etiologie et traitement de la stérilité.

La question des causes, du pronostic et du traitement de la stérilité a été discutée à la séance du 5 mai 1921 de la *Royal Society of medicine*.

Pour M. Arthur Giles, les chiffres donnés par Simpson, quant à l'importance de la stérilité féminine, sont ceux qui se rapprochent le plus de la vérité. Simpson a trouvé une proportion de ménages sans enfant s'élevant à 10 % dans les campagnes et à 16 % dans les milieux bourgeois et les villes.

La stérilité est le fait de la femme elle-même ou du mari. Les causes féminines peuvent être rangées sous 4 groupes : *a*) une malformation ou une conformation défectueuse du vagin et du col utérin qui empêche le sperme d'être déposé sur l'orifice cervical externe ; *b*) une altération de l'utérus, des trompes ou des ovaires qui entrave la progression des spermatozoïdes (métrite, salpingite) ; *c*) un trouble de la fonction ovarienne

qui aboutit à la formation d'ovules atrophiques, trouble qui peut dépendre de l'état général (anémie, obésité, intoxications) ou de conditions mal définies ; *d*) des lésions utérines (tuberculose, cancer, fibromatose) empêchant le développement de l'œuf. Le traitement s'inspirera de la cause, si l'on parvient à l'élucider.

M. Gilbons parle de la stérilité volontaire. Beaucoup de femmes mariées limitent le nombre de leurs enfants par des mesures volontaires. Ces mesures semblent avoir, parfois, pour effet de créer une stérilité définitive.

M. K. Walker a trouvé, dans les ménages sans enfants, une proportion de 15 % de cas dans lesquels la stérilité était d'origine maritale. Il faut tenir compte non seulement de l'absence de spermatozoïdes, mais de l'oligospermie et même d'altérations prostato-vésiculaires. Chez le rat, par exemple, l'ablation de la prostate et des vésicules séminales entraîne la stérilité.

M. Herbert Spencer a obtenu, dans le traitement de la stérilité, de meilleurs résultats par l'opération de Pozzi que par la dilatation du col de l'utérus. Les préservatifs, le pessaire préservatif en particulier, serait, selon lui, une cause de stérilité permanente, et aussi d'ailleurs de troubles nerveux.

M. Mac Ilroy voudrait que l'on étudie l'action biologique des glandes à sécrétion interne sur la fonction de reproduction. Dans l'espèce animale (le bétail), le massage de l'ovaire a permis quelquefois la fécondation chez des sujets jusque-là stériles.

La formol-réaction dans la syphilis.

Le nombre des séro-réactions de la syphilis va, chaque jour, en augmentant. Au point de vue valeur diagnostique, le Bordet-Wassermann conserve encore la suprématie, mais il n'en est plus de même quant à la simplicité.

Parmi les succédanés du Bordet-Wassermann, un des plus pratiques est le procédé — dont nous avons parlé plusieurs fois déjà — présenté à la Société de biologie par Gâté et Papacostas (de Lyon). Il consiste à verser dans un tube à essai un centimètre cube de sérum, à y ajouter deux gouttes de formol (solution du commerce à 40 %), à mêler par agitation. On laisse le tube à la température ordinaire pendant 24 à 30 heures. A ce moment, on trouve le sérum coagulé en une sorte de gelée (réaction positive) ou resté fluide (réaction négative). C'est, on le voit, un moyen de diagnostic à la portée de tout praticien.

La formol-réaction de Gaté-Papacostas a donné lieu à peu de travaux en France. En Angleterre, elle a attiré plus l'attention. M. J. Mackenzie (*British med. Journ.*, 11 juin 1921), sur 23 examens comparatifs, a trouvé des résultats concordants du Wassermann et de la formol-gélification.

Le cancer intrinsèque du larynx.

Il a été longtemps classique d'admettre, à la suite de Morel-Mackenzie, que le cancer intrinsèque du larynx débutait généralement par une bande ventriculaire (fausse corde vocale). Puis on a constaté que souvent le point de départ se faisait au niveau des cordes vocales elles-mêmes. Saint-Clair Thomson (*Royal Society of medicine*, 2 juin 1921) présente une statistique de 50 cas de cancers intrinsèques du larynx, qu'il a opérés par laryngo-fissure, comportant tous un début par une corde vocale, à sa partie antérieure (3 cas), à sa partie moyenne (23 cas) ou à sa totalité (21 cas). Cette notion est importante à la fois pour le diagnostic et le traitement : elle permet une reconnaissance précoce de la maladie et une thérapeutique utile, le seul traitement efficace étant l'exérèse large de la corde vocale pratiquée de bonne heure.

P. L.

BIBLIOGRAPHIE CRITIQUE

Revue des livres

Chez G. CRÈS et Cie, 21, rue Hautefeuille, Paris (Ve).

Docteur Albert Nast. — **La migraine. (La peptonothérapie préprandiale).**

Excellente monographie mettant au point la question, à l'ordre du jour, de la migraine, *syndrome* se manifestant par des crises céphalalgiques, unilatérales mais extensives, à paroxysmes périodiques qui s'accompagnent de malaises, nausées, vomissements, troubles vaso-moteurs, sensoriels, sensitifs, moteurs et intellectuels.

La migraine est généralement considérée comme une manifestation de *la diathèse arthritique* dont le potentiel est métastatique. C'est une *affection hérédo-neuro-arthritique*.

Mais il s'agit là de la cause profonde, prédisposante de l'état migraineux. Il existe aussi des *causes provocatrices*, déterminantes de l'accès : odeurs, émotions violentes, veilles prolongées, fatigues, changements de temps, règles, certains aliments, tels que le chocolat. Ces causes provocatrices n'agissent que si l'organisme est en *imminence de crise*.

A côté des médications classiques, et assez peu efficaces, il faut citer une *méthode thérapeutique nouvelle* consistant à faire ingérer au migraineux de la *peptone* avant ses repas, pour « amorcer » l'organisme, inspirée par l'application de la méthode anti-anaphylactique de Besredka à un cas d'urticaire géante (Pagniez et

Pasteur Vallery-Radot). Les résultats en sont inconstants ; ils dépendent notamment du sujet et de la peptone employée.

Chez VIGOT, Paris.

Lemoine et Gérard. — Formulaire et Consultations médicales et chirurgicales.

Le succès ininterrompu du Formulaire et Consultations de MM. les professeurs Lemoine et Gérard a inspiré à ces auteurs le devoir de le réviser complètement et de perfectionner leur œuvre de façon à la mettre au courant des dernières acquisitions de la science.

Cette dixième édition a subi des modifications profondes et des améliorations considérables, tant dans la partie du Formulaire proprement dit que dans celle des Consultations. On a augmenté le nombre des consultations médicales et chirurgicales ; des chapitres spéciaux ont été consacrés au traitement des insuffisances glandulaires, à la vaccinothérapie, à l'opothérapie et à la sérothérapie, à l'hygiène et au régime des nourrices et des nourrissons.

Les consultations pour les maladies de la peau et les maladies vénériennes ont été refaites par M. le Dr Drouin, chef du laboratoire de l'hôpital Broca, lauréat de la Faculté.

M. le prof. Vanverts a bien voulu rédiger, en plus des consultations chirurgicales, les consultations obstétricales (accouchement et pathologie de la grossesse) et les consultations gynécologiques.

Cette nouvelle édition renferme, en outre, des consulations pour les maladies du nez et de l'oreille.

L'électrothérapie du praticien a été entièrement revue par M. le docteur Doumer.

Il serait trop long d'examiner toutes les additions qui ont été apportées à cette dixième édition ; les auteurs ont été guidés par le souci de faire un ouvrage essentiellement pratique qui jouit auprès du public médical d'une faveur qui ne s'est jamais démentie.

J. Legeay et A. Liot. — **Des prélèvements. Leur technique en vue des examens les plus couramment utilisés.**

A une époque où le laboratoire doit venir à tout instant en aide à la clinique, il y a des examens courants que le praticien doit pouvoir faire lui-même sans recourir au spécialiste.

Cette excellente monographie lui en fournit le moyen, en lui apprenant la technique des prélèvements destinés aux examens bactériologiques, parasitologiques, biologiques ou chimiques.

Chez F. ALCAN, Paris.

Dr V. Morax. — **Pathologie oculaire.**

Ce volume est consacré à l'anatomie et à l'histologie pathologiques de l'appareil visuel. Avant d'aborder la description des lésions des différents organes qui composent l'appareil de la vision, l'auteur a été bien inspiré en exposant la technique bactérioscopique et histo-pathologique pour l'examen des sécrétions et des tissus, et les colorations des préparations.

Il passe ensuite en revue les paupières, l'appareil lacrymal, la conjonctive, la cornée et la sclérotique, l'iris, le corps ciliaire, la choroïde, la rétine, le nerf optique, le cristallin, le corps vitré, le globe oculaire pris dans son ensemble, et enfin l'orbite.

De nombreuses gravures et quatre belles planches en couleurs, illustrent et complétent l'exposé du distingué ophtalmologiste de Lariboisière.

Chez J.-B. BAILLIÈRE, Paris.

J. Danysz. — **La genèse de l'énergie psychique.**

Cette étude philosophique met à contribution la physiologie et la psychologie, et fait des incursions sur le terrain de la métaphysique.

Il est impossible d'en donner un aperçu dans une courte analyse.

L'auteur a cherché à définir la place de l'homme dans la nature et son rôle dans les transformations continuelles de toutes choses.

Quelques citations permettront d'avoir une idée de ses tendances :

« L'homme n'est pas libre de choisir les mobiles de ses actions ; mais il a conscience de ses connaissances et de son expérience... Il est responsable de ses actes.... L'humanité n'est pas et ne sera jamais libre d'évoluer dans une direction arbitrairement choisie.... L'éducation progressive de l'humanité tend à une différenciation de plus en plus grande des individus... »

Chez DUPEYRAC, Marseille.

Dr G. Traner. — **La radiographie dentaire. Technique et indications.**

PARTIE PROFESSIONNELLE

MÉDECINE SOCIALE

Le médecin et les nouvelles lois sociales

A mon retour de vacances, je trouve une volumineuse correspondance dont je publie ci-dessous les éléments les plus topiques.

Beaucoup d'approbations. C'est par celles-ci que je commence.

***

J'ai lu chaque semaine dans le *Concours* les études sur le projet d'assurance-maladie ; décidé pour ma part à ignorer les intermédiaires entre le médecin et son client, j'ai lu cela un peu en amateur : mais à la réflexion, la question est si importante que je crois devoir y apporter ma modeste contribution ; je crois, comme vous, que les partisans du contrat collectif n'ont pas bien médité les articles du Dr Specklin pourtant si suggestifs ; ils ont peut-être entrevu un exercice facile de la médecine, visites nombreuses et convenablement remunérées, mieux peut-être que par leurs clients actuels ! Quand bien même ils auraient raison sur ces points, le système est mauvais, et vous en montrez la cause dans votre dernier article en posant l'axiome que le malade qui ne rénumère pas son médecin abuse de lui systématiquement ; c'est rigoureusement vrai et ce qui, à mon sens, est encore plus sérieux, c'est que l'abus portera sur tout ce que promet la loi, et cela aux dépens des finances publiques si le gouvernement les fait participer à la dépense.

Qu'arriverait-il en effet si le projet de loi devenait une réalité ? La réponse est facile. L'assuré qui versera une cotisation (versera-t-il seulement quelque chose...?) ne consentira plus à acheter de ses deniers le moindre cachet d'aspirine ou le moindre paquet de sulfate de soude : chacun de ces modestes ingrédients risque de déclancher automatiquement la consultation médicale ; la moindre indisposition, la crainte du chômage, tout sera prétexte à faire jouer la loi ; au médecin de se débrouiller sur la légitimité des lumbagos, des sciatiques et de toutes les carottes renouvelées de la caserne. Ce serait mal connaître la mentalité humaine que de ne pas prévoir l'énorme gaspillage financier que l'on entrevoit pourtant nettement.

On parle d'un contrôle ; il est impossible ; comment vérifiera-t-on que tel assuré soi-disant inapte au travail ne se livre pas chez lui à quelque travail en chambre, que telle mère allaite réellement son enfant ; qui donc donnera la preuve que l'indisposition est bien terminée et que le vin de quinquina est maintenant inutile ?

En regard vous posez aussi la tentation pour le médecin de multiplier le nombre de ses visites. Donc, sur toute *la ligne porte grande ouverte aux abus.*

Or il n'y a qu'un frein de possible, je ne dis pas pour supprimer, mais au moins limiter un gaspillage de ce genre c'est que le bénéficiaire *rénumère directement et totalement son médecin* ; le Dr Specklin, en nous indiquant qu'en période de chômage le nombre des inaptes peut doubler ou tripler, nous donne la mesure des millions qui peuvent ainsi disparaître ; il serait vraiment utile que nos législateurs n'ignorent rien de tout cela.

Il est vrai qu'au point de vue des finances publiques l'Etat peut ne pas participer aux dépenses; en Alsace l'assurance se réduira à une mutuelle obligatoire. J'y vois deux gros avantages : Premièrement : cela ne nécessite pas de nouveaux fonctionnaires. Secondement : Dans une mutuelle la police et le contrôle peuvent dans une certaine mesure être faits par les assurés eux-mêmes.

De toutes façons et quelle que soit la collectivité qui *fasse les frais, elle a un intérêt évident à laisser le malade choisir et payer son médecin même si elle augmente sensiblement son indemnité journalière de maladie.*

A notre point de vue, cette manière de faire sauvegardera la moralité et la dignité de la profession.

Je m'excuse, mon cher confrère, de la longueur de cette lettre : votre dévouement à une bonne cause vous aura donné la patience de la lire ; j'espère que vous continuerez votre propagande que chacun de nous peut soutenir dans sa shpère.

Dr D. (Loiret).

***

Il faut vraiment que les médecins soient considérés comme de « bonnes poires » pour qu'ait pu naître un projet de loi où ils seront honorés par le tarif à la visite dans le forfait !

Il est vrai que, jusqu'à ce jour, ils se sont laissé faire à peu près docilement : voir A. M. G., protection du premier âge, mutilés, hospitalisation des malades aisés.

Un ministre du travail un peu têtu arrivera bien à bout de leur patience. Quelques discours à la Maginot, quelques rubans...

L'Union des Syndicats médicaux fera bien cependant de veiller au grain. Car, si elle accepte le tarif dans le forfait, bien des syndiqués ne se croiront pas liés par cette acceptation.

Je suis un syndicaliste fervent ; j'ai consenti à

voter l'armistice pour les soins à donner aux mutilés parce qu'en somme ils constituent un infime pourcentage, qui ira en diminuant, mais pour l'assurance-maladie il en sera autrement.

Vous êtes, honoré confrère, dans la bonne voie. Le résultat récent fourni par le vote des Syndicats ne signifie rien et nos dirigeants de l'Union agiront sagement en ne s'en inspirant pas aveuglément. Ils se ménageraient des surprises.

Le jour où nous devrons faire des visites à 1.25 ou 1.75 où 2.40, nous aurons la dignité de nous livrer à un autre travail. Car, vraiment, on se fiche de nous. Il n'y a pas à le nier. »

Dr F... (Loir-et-Cher).

***

Comme suite à vos article du *Concours* : « Le médecin et les lois sociales », j'estime que le seul régime qui convienne au médecin est le régime de la liberté pour le malade et le médecin. Assez de tyrannie comme cela, et à celle des clients n'ajoutez pas celle du Syndicat, qui du reste serait impuissant à faire fonctionner la machine, comme il est impuissant à régler les différends entre médecins ou médecins et clients.

Le système qui me paraît le plus pratique est le système lyonnais : le client achète à sa caisse un carnet de bons de visite et de consultation et en dispose à son gré ; une organisation de soins doit être prévue avec un tarif approprié, de même pour tout le monde, sans catégories de médecin de ville et de campagne, le médecin inscrivant sur le bon la majoration prévue pour l'intervention, ou soins de jour ou de nuit ou de jours fériés.

Ce système fonctionne dans la Loire pour l'A. M. G. et donne satisfaction, et il serait désirable que l'indigent, qui la plupart du temps n'est pas dénué de ressources, achète à la collectivité un carnet de bons. Tout le monde y trouverait son compte.

Continuez donc le bon combat pour la liberté, et quoique vieux syndicaliste et ancien abonné au *Concours*, j'applaudirai à la victoire de ce régime de la liberté.

Dr F... (Loire).

***

Vous demandez à vos lecteurs s'ils sont partisans du système de la liberté absolue des rapports entre médecins et clients ? Je vous envoie mon approbation complète de ce système que j'ai d'ailleurs toujours pratiqué. J'ai refusé aux sociétés de secours mutuels des cantonniers, gardes forestiers, facteurs et autres fonctionnaires, tout tarif autre que le tarif syndical, tout détail de notes, etc. Je ne leur reconnais que le droit de me payer les notes que je réclame à leurs adhérents, et même celles de mes autres clients, mais c'est tout. Pas de certificats gratuits, pas même à la mutualité scolaire. Je m'en trouve bien.

Tous mes blessés de guerre m'ont payé, contre reçu. Un seul m'a demandé ma note qu'il a envoyée, dit-il, en préfecture, et m'a dit qu'il la réglerait, à défaut des pouvoirs publics. Pour l'avenir, j'accepte, par discipline syndicale, la décision de l'Union, mais je ne l'approuve pas. J'estime que jamais le corps médical n'eût dû accepter l'intervention d'un tiers quelconque dans le règlement des comptes entre clients et médecins, autrement que pour régler les notes sans discussion. Evidemment, le système expose à donner quelquefois des soins gratuits à des insolvables, mais qui n'a pas son budget de charité ?

Autre chose : vous dites que la perte moyenne d'un médecin est de 5 % de son chiffre d'affaires ; laissez-moi vous dire que, dans ce cas, c'est par sa faute. J'exerce depuis 16 ans dans un milieu mi-ouvrier, mi-paysan, et je n'ai pas une liste noire de mille francs en tout. Et je n'emploie presque jamais l'huissier ; mais il arrive toujours un moment où les mauvais payeurs ont besoin de moi ; je leur explique à ce moment-là que je n'ai pas les moyens de faire gratuitement un pareil métier, auquel cas je ne le ferais pas, et que je me rendrai à leur appel dès que la note précédente sera réglée. Cela me réussit neuf fois sur dix. Ne soyons pas si poires ; le siècle ne le permet pas.

Toutes nos affaires seraient bien simplifiées, si les syndiqués assistaient aux réunions au lieu de s'en f... et surtout, si les décisions prises étaient respectées. Syndiqué par principe, je suis un des très rares qui appliquent le tarif voté, et je vois aux réunions les 3/8e des membres et toujours les mêmes. Et il y a l'*Invidia*. Elle n'est pas morte.

Modifier tout cela, voilà le grand remède à tous les maux. Mais je commence à douter qu'il soit possible.

Dr P. (Haute-Saône).

***

Quelques réflexions au sujet du nouveau et fameux projet de loi d'assurances sociales. Et d'abord, il faut bien redire un mot de la loi des pensions, puisque là est le prélude. Peut-on dire vraiment que le corps médical ait remporté une victoire ? Maginot doit bien rire dans sa barbe, car notre victoire est une victoire à la Pyrrhus ; le ministre voulait tarifer les médecins et il les a tarifés ; il voulait des catégories : il les a eues. Et alors ? Alors voici ce qui arrive : Le praticien tous les 6 mois, doit remplir un mémoire en double exemplaire, et un mémoire par commune, s'il vous plaît ; le plus souvent il aura un ou deux malades seulement dans certaines communes ; il devra envoyer le mémoire au maire pour le faire signer et contrôler, se le faire retourner et l'expédier au préfet ; dans un mémoire, tantôt la consultation

sera tarifiée 5 fr., tantôt 7 fr., car c'est comme au régiment, il ne faut pas chercher à comprendre ; et voilà comment le médecin n'est plus fait pour soigner des malades, mais pour remplir de la paperasserie. Le professeur Pinard est un homme très vénérable ; mais, voyons, si le ministre lui avait dit : « M. le professeur, nous avons des mutilés très intéressants, comme vous le savez ; vous les soignerez suivant notre tarif. » Oh ! je sais bien, le professeur aurait répondu : « Les soins pour les hommes, ce n'est pas mon affaire. » Mais enfin, si le ministre avait insisté, il aurait dit : « Eh bien, M. le ministre, si ce sont des besogneux je les consulterai pour rien ; dans le cas contraire, s'ils me demandent un reçu de mes honoraires, je le leur donnerai et vous vous débrouillerez avec eux. » Car le professeur Pinard ne consentirait pas à être tarifié ; mais nous, petits médecins, il faut que nous acceptions tout. Eh bien ! c'est simplement inique. Le Dr Simonin dit que nous crèverons de faim avec le régime de la liberté ; sa plume est alerte, vive, imagée, mais sans doute va-t-elle plus vite qu'il ne faudrait, car il exerce depuis longtemps, et il exerce sous le régime de la liberté ou du moins je le crois, et il n'a pas crevé de faim.

On a fait beaucoup de bruit au sujet du conflit médico-mutualiste de Limoges ; certes, certains médecins ont eu tort d'accepter un forfait, mais là où je n'y comprends plus rien, c'est lorsqu'on propose aux médecins indépendants d'accepter la chaîne mutualiste, et jusqu'à preuve du contraire, je demeure convaincu que ces médecins continuent à pouvoir vivre de leur profession.

Ce qui se passe à Limoges, en réalité se passe partout. Ici, un certain nombre de confrères, voire millionnaires, font des visites mutualistes à 30 ou 40 sous, et même à moins : ils font même partie du syndicat et nous, médecins indépendants, nous nous contentons de hausser les épaules, et nous vivons tout de même. Quand le mutualiste vient chez nous, il nous paye huit francs la consultation. Quant au contrat collectif, vous pensez peut-être qu'avec ce système, le médecin praticien sera consulté : détrompez-vous ; du reste les partisans du contrat collectif nous le laissent bien entendre ; mais je puis vous en donner une preuve vécue. En 1919, dans notre ville, les sociétaires d'une mutuelle, mécontents du système forfaitaire qui fonctionnait depuis longtemps (cent francs par an pour le médecin titulaire), demandèrent au syndicat médical une entente pour un autre système.

Or, un beau jour, nous sommes convoqués au syndicat, et nous apprenons que le tarif de quatre francs et trois francs cinquante a été fixé par le bureau du Syndicat, fixé et accepté. Or, on s'était bien gardé de nous demander notre avis ; inutile de protester ; et voilà comment des clients qui nous payaient, au moins, cinq ou six francs la visite, ne nous donnent plus que trois ou quatre francs, et encore faut-il fournir des états, remplir des mémoires et le ministre a parfaitement raison de nous trouver trop exigeants quand nous demandons 5, 6, 7, 8 francs, puisqu'il est archiprouvé que nous marchons pour 2, 3 ou 4 francs. A cette heure, la plupart des gens, et cela par snobisme, paraissent avoir honte de se proclamer individualistes ; pour être dans le mouvement, il faut se proclamer socialiste, étatiste, collectiviste ; on nous bourre le crâne de théories qui ont pour pivot des axiomes tels que : la propriété c'est le vol, l'individu n'est rien, c'est la collectivité qui est tout ; nous petits médecins praticiens, nous avons beau travailler du matin au soir et souvent du soir au matin il paraît qu'en réalité nous sommes des incapables ; nous ne possédons pas la technique ; jugez plutôt : notre client est venu nous consulter pour une névralgie, et nous n'avons pas fait la constante d'Ambard ; un autre pour une affection cardiaque, et nous n'avons pas fait l'orthodiagramme ; vraiment, c'est un scandale. Nous ne sommes que des individus, par conséquent nous n'avons pas le droit de penser et nous ne devons être que des automates. Moi, je crois tout bonnement que l'individu n'est rien sans le secours ou le concours de ses semblables : ceci, c'est une vérité de Lapalisse ; mais je crois aussi que toute société qui voudra détruire l'effort individuel est une société vouée à la famine comme en Russie, et je reste profondément individualiste. Ce sont les médecins individualistes, mettons indépendants, si le mot individualiste vous choque, qui ont été les pionniers de la première heure des syndicats médicaux avec cette formule pour devise : libre choix et tarif à la visite. Seulement, nos syndicats ont été accaparés par les confrères à forfait et à monopoles, et que se passait-il dans nos réunions ? Oh ! la vérité est pénible à dire, mais puisque le médecin praticien est traqué, il faut qu'il révèle tout. Eh bien, la vérité, la voici : des situations à monopoles, il n'en était pas question au syndicat, ou si par hasard on y faisait allusion, tout de suite on nous fermait la bouche en nous disant : Situations acquises ! et vite on passait à la discussion interminable sur le tarif de la clientèle privée. Ici, bien entendu, nos confrères mutualistes à 10 ou 20 sous ne trouvaient jamais le tarif assez élevé. Pour le client mutualiste, 20 sous, c'était très cher ; mais pour le paysan, il fallait bien mettre 5 fr. et même 10 fr.

Mais, et ceci est à l'honneur du praticien français, il savait garder la mesure dans ses rapports avec la clientèle privée et varier les prix suivant la situation de la famille et suivant le service rendu, conformément aux saines traditions de la médecine française. Tout de même, on sortait assez étonné de ces réunions syndicales ; on y revenait cependant, car, malgré tout, cela entretenait une certaine camaraderie et atténuait l'*invidia medicorum*.

Pendant ce temps, la Mutualité battait de l'aile, l'ouvrier avait fini par conquérir un peu d'indépendance et fréquentait de plus en plus le médecin indépendant et, qui plus est, le payait fort bien. Une dame du monde me disait encore récemment, sur un ton dédaigneux : « Mais, docteur, est-ce que ces gens-là vous payent (les ouvriers) ? » « Certainement, madame, et presque toujours au comptant. » J'aurais pu ajouter : « Beaucoup mieux que la clientèle bourgeoise. » Elle en parut stupéfaite. Eh bien oui ! vous le comprenez, c'est réellement scandaleux, aux yeux de certains, que l'ouvrier puisse payer son médecin.

Il faut réformer tout cela, selon la méthode allemande en attendant peut-être la méthode russe. Aussi vous avez pu lire dans le *Matin* que bientôt 25 millions (ou mieux, après rectification, 30 millions) de Français vont bénéficier de l'assurance sociale. Le voilà ce fameux collectivisme : 10 millions de Français vont tenir en tutelle les 30 autres millions, Pourriez-vous me dire quelle différence il y a entre ce système et le système oligarchique ? Comment, me direz-vous ? Vous voulez donc refuser à l'ouvrier le bénéfice de la mutualité ? Pas du tout, mais je veux que l'ouvrier soit libre d'aller chez le médecin de son choix et l'honore directement, après quoi il s'arrangera avec sa Mutuelle, ce qui ne doit pas regarder le médecin. Et pour ma part, je n'accepterai aucune autre combinaison. Je préfèrerais donner ma démission du Syndicat, et fort du devoir accompli et jaloux de mon indépendance, continuer à recevoir le client libre et, si j'étais jeune, je voudrais encore parier gagner ma vie avec le régime de la liberté.

Dr P... (Corrèze).

*
* *

Je reprends ma bonne plume, pour vous écrire encore une fois. C'est la troisième, je crois ; ce ne sera peut-être pas la dernière. Mais, je ne crains — si ce n'est pas m'abuser — de vous importuner.

Partisan entêté et intransigeant du *paiement des honoraires par le malade lui-même*, je tiens à vous faire savoir, tout de suite, le précieux réconfort que m'apportent vos articles. Jusqu'il y a un mois, j'avoue que la lecture hebdomadaire du *Concours médical* m'était plutôt pénible, — pour ne pas dire plus.

Les longues colonnes que, trois ou quatre semaines durant, le Dr Boudin a consacrées aux modes de règlement *possibles* des honoraires m'ont un peu beaucoup peiné. J'en étais arrivé, j'ose l'écrire, à redouter, pour ma tranquillité d'esprit, d'ouvrir, chaque dimanche, le numéro du *Concours médical*.

Dieu merci ! Ces mauvais jours sont passés ; un air pur, grâce à vous, a balayé ces miasmes délétères.

Actuellement, vos articles et les lettres de vos correspondants occupent seuls les pages du journal. Vous ne rencontrez qu'une vague opposition à votre théorie, et je ne doute pas un seul instant que vous ne triomphiez, bientôt, sur toute la ligne.

J'avais déjà cet espoir, il y a un mois, et je crois vous l'avoir exprimé dans ma première lettre. C'est maintenant *certitude*. Je suppose que, de votre côté, vous devez vous en rendre compte.

Quant à moi, à qui vous avez fait l'honneur de publier deux de mes lettres, je ne saurais assez vous remercier de votre vaillance ; aux articles aussi sensés que courageux. Soyez assuré (et je vous prie d'en recevoir l'assurance d'un praticien vivant avec des praticiens) que vous êtes l'interprète de l'immense majorité des praticiens français.

« Tant que les hommes mourront, et qu'ils aimeront la vie, le médecin sera raillé et bien payé », a dit la Bruyère. Que cette phrase vous donne espoir !

Avant de terminer, honoré confrère, je voudrais vous dire, à propos de votre article de ce jour, 28 août, combien vous avez raison quand vous parlez de l'erreur, déjà ancienne, qu'a commise le corps médical français en acceptant une tarification et un règlement par intermédiaire, au sujet des indigents, des accidentés du travail et des blessés de guerre. Le jour où les représentants (ou soi-disant tels) des médecins de France ont accepté ce mode de règlement de nos honoraires, ils ont causé à leurs confrères le plus grand préjudice, moral et matériel, qui fût possible. Le mal est fait. Il n'est d'ailleurs pas irréparable, puisque n'importe quel médecin PEUT exiger, le cas échéant, un supplément d'honoraires.

En tout cas, que cette faute serve de leçon à ceux qui seraient prêts à se soumettre aux exigences nouvelles de l'Etat ou des caisses syndicales. A bon entendeur, salut. Car, encore un coup, je parle pour d'autres...

Dr R. D.

A la lettre du Dr R. D., je désire répondre quelques mots de mise au point. Ce sera bref, Gassot ayant, il y a 15 jours, déjà commencé.

A l'annonce du dépôt du projet de loi assurances sociales, nous avons prié notre collègue Boudin, qui est juriste en même temps que médecin, d'agir à l'endroit de ce projet comme un rapporteur, qui en fait l'examen impartial et montre quelles en seront les conséquences, bonnes ou mauvaises.

Boudin a exposé comment on pouvait concevoir les différentes modalités d'organisation des soins médicaux aux assurés. Mais il s'est gardé de conclure en faveur de l'un plutôt que de l'autre.

Et je ne crois pas trahir ici un secret en disant que ses préférences le rapprochent étroitement de moi et de mes autres collègues Gassot et Vimont qui partagent exactement mon opinion, et qui l'ont écrit *sous leur responsabilité personnelle*.

J'ai fait de même ; et je renvoie le lecteur à la page 1696, 2e colonne, où je précise : *Ici (Assurance sociale) je ne parle plus qu'en mon nom personnel et je n'engage que moi-même.*

Ainsi se trouvent nettement fixées les conditions dans lesquelles l'étude de l'assurance sociale a été abordée et menée dans le *Concours médical.*

***

Voici maintenant une critique que j'ai gardée pour la fin :

Mon cher confrère,

Après avoir applaudi sans réserves à votre lumineuse série d'articles contre le ligottement du corps médical par le contrat collectif forfaitaire prévu par le projet de loi gouvernemental sur l'assurance-maladie, je me sens quelque peu troublé par votre argumentation, lue ce matin dans le *Concours*, contre le principe de l'organisation actuelle des soins dans l'A. M. E. et dans les accidents du travail.

En faisant par un « nous ne savions pas ! » votre meâ culpa d'avoir désiré autrefois la tarification des soins aux indigents et aux accidentés, n'allez-vous pas un peu loin, dans votre désir instinctif de renforcer votre juste thèse d'un nouvel argument ?

Laissons de côté le risque d'une remise en discussion de problèmes résolus d'une façon tolérable, sinon tout à fait satisfaisante, pour les médecins. Admettons que les solutions, critiquées par vous avec quelques bonnes raisons théoriques, disparaissent ; par quoi les remplaceriez-vous ? Par le système de la liberté absolue, me direz-vous : le médecin ne connaîtra que son client pour les soins à donner comme pour les honoraires à percevoir : Pas de tiers payeur et contrôleur interposé ! — Bravo ! vous répondrais-je, vis-à-vis des *clients solvables* (et les cotisants de quelque 200 à 500 fr. par an à l'assurance-maladie se doivent d'être solvables) : vis-à-vis des clients solvables, il ne peut y avoir d'autre méthode acceptable... Mais avec l'indigent à bourse plate, avec l'ouvrier d'usine sans résidence fixe, que récoltera le médecin pris au piège d'une formule absolutiste ?... Une satisfaction platonique, c'est-à-dire non monnayée ! A quoi bon « le libre choix du médecin » obtenu pour ces deux dernières catégories de clients pratiquement insolvables, nous le savons tous, si le médecin voit s'évanouir avec le tiers responsable l'espoir d'une rémunération ? Faut-il évacuer tous ces clients sur l'hôpital ?

Ne rougissons donc pas d'avoir cherché et obtenu — au prix de quelques inconvénients inévitables — un palliatif sensible à de gros abus passés : indigents et ouvriers blessés contraints de recourir aux soins d'un médecin imposé par des puissances locales jouant, pour l'accroissement de leur influence, des intérêts médicaux mis en rivalité. A une clientèle composée d'éléments dissemblables, ne craignons pas d'appliquer des méthodes variées. Le but à poursuivre est moins le triomphe d'un système que l'union des médecins pour l'exercice consciencieux, loyal, *indépendant et convenablement rémunéré* de leur profession.

Laissez-moi, pour finir, protester, sans mauvaise humeur, contre votre ironie à l'endroit de la « note d'honoraires détaillée » qu'avec d'autres, hélas ! vous ridiculisez sous l'épithète de « note du plombier ». Qu'un maître à clientèle multi-millionnaire en fasse fi, cela se conçoit, mais les 9/10e des praticiens de province ne peuvent penser ainsi, car ils y trouvent le moyen de justifier aux yeux d'une clientèle méticuleuse et méfiante, comme parfois aussi devant le juge, la réclamation d'un supplément non négligeable d'honoraires. A une époque où le sens critique des particuliers s'exerce sur les notes du médecin comme sur celles du boucher ou de l'architecte, nous n'avons aucune bonne raison d'opposer notre « dignité » à la demande d'un client de bonne foi qui *veut se rendre compte.* A respecter le droit naturel d'autrui, on ne s'abaisse pas.

En soutenant cette thèse, je n'innove pas. Tout au plus m'efforcé-je de rester fidèle à la vieille tradition du *Concours*, et ne fais-je que rééditer sous une autre forme quelques-uns des considérants dont le regretté confrère Jeanne faisait, en 1897, la préface de son *Projet de tarif général minimum des honoraires médicaux* édité et répandu par le *Concours* (dont vous faisiez déjà partie, je crois).

Excusez, mon cher confrère, cette trop longue lettre que j'aurais gardée pour moi s'il ne s'était agi que d'exprimer mon sentiment personnel, mais je crains que votre récent article ne provoque un malaise général, et je me laisse aller à vous le dire en toute sincérité.

Veuillez me croire votre bien confraternellement dévoué.

Dr S.
(Indre).

A notre excellent confrère S dont je connais le bon esprit et les parfaites intentions, je répondrai également sur les deux points principaux qu'il envisage :

1) Un malade qui reçoit *de qui que ce soit* une indemnité-maladie en espèces *a cessé d'être un insolvable*, car il possède désormais des ressources qui lui faisaient défaut auparavant ; si dénué qu'il eût été, précédemment, il ne l'est plus le jour où il touche une allocation journalière pour chaque journée de maladie.

D'ailleurs, en ce qui concerne les ouvriers, la lettre du Dr X... (Corrèze) reproduite ci-dessus m'apporte un témoignage qui me dispense d'argumenter plus longuement.

2) Quant à l'établissement des mémoires d'honoraires pour accidents de travail sous une

forme que j'ai assimilée à la pratique des plombiers, je pose au Dr S... la question suivante :

Le même jour, par suite de circonstances fortuites, un industriel et l'un de ses ouvriers sont atteints d'une fracture de jambe.

Tous deux appellent le Dr S..., l'un comme un blessé ordinaire, l'employeur ; l'autre comme un blessé du travail, l'ouvrier.

L'un et l'autre sont guéris. Le Dr S... envoie son mémoire détaillé pour les soins donnés à l'ouvrier : il énumère les visites, les interventions, les kilomètres, les particularités (nuit, urgence, soins prolongés, consultations, etc.).

Fournira-t-il les mêmes détails à l'employeur pour les soins nécessités par son accident personnel ?

Si le Dr S... répond affirmativement, je m'incline devant tout au moins la bonne foi de sa critique ; s'il me répond NON, et il me paraît difficile qu'il en puisse être autrement, la cause est entendue et la critique du Dr S... est inexistante.

Que ce détail minutieux soit nécessaire ; que nos confrères ne puissent s'en dispenser ; qu'ils fassent bien de le donner, dans l'état actuel des choses, c'est tout à fait mon avis, et je suis assez souvent appelé à contrôler les notes accidents du travail de nos correspondants, pour savoir à quoi m'en tenir à ce sujet.

Mais ce que je déplore, c'est l'organisation des soins qui a amené le médecin à se trouver obligé d'agir ainsi.

Voulez-vous mon sentiment tout net ? Au lieu de son demi-salaire, donnez à l'ouvrier blessé au cours de son travail son salaire entier et laissez-le se débrouiller avec son médecin, avec les garanties suffisantes pour que ce salaire ne soit payé que légitimement et que les incapacités permanentes soient indemnisées comme elles le méritent.

De cette manière, plus de Tarif (Dubief ou Breton), plus de mémoires détaillés, plus de conflits, ou *presque plus*, avec les assureurs...

Quant à l'argument tiré, contre moi, du *Tarif Jeanne*, auquel j'ai collaboré, j'en ai fait justice précédemment.

Je m'arrête aujourd'hui et je remets à plus tard la suite de cette controverse où, jusqu'à présent, j'ai pour moi le nombre, et j'ajoute, connaissant mes correspondants, la qualité.

G. DUCHESNE.

CHRONIQUE HOSPITALIÈRE

Le médecin appointé d'un hôpital peut-il être nommé membre de la commission administrative de l'établissement ?

Cette question a déjà fait l'objet d'une discussion publiée dans la *Revue des hôpitaux*, (n° du 31 janvier 1920, page 29). La négative était soutenue, en se basant sur les termes de la loi du 24 vendémiaire an III et sur deux circulaires ministérielles.

L'article 1er, du titre II, de la loi du 24 vendémiaire an III stipule que : « Aucun citoyen ne pourra exercer, ni concourir à l'exercice d'une autorité chargée de la surveillance médiate ou immédiate des fonctions qu'il exerce dans une autre qualité. »

Faisant application de ce texte, une circulaire ministérielle (Intérieur) du 10 novembre 1828 décide qu'un médecin gagé par un hôpital ne peut faire partie de la commission administrative de cet établissement.

Une autre décision du ministre de l'Intérieur, en date du 26 septembre 1879, est conçue dans le même esprit.

En sens contraire, un arrêt du Conseil d'Etat, en date du 3 avril 1908 (D. 1909, 1. 118 ; S. 1910, 3, 86 ; *Concours Médical* 1911, page 140), décide qu'« aucune disposition de loi n'a édicté d'incompatibilité entre les fonctions de président de la commission administrative d'un hospice et celle de médecin rétribué de l'établissement. Doit être annulé pour excès de pouvoir l'arrêté préfectoral qui met le maire, pris en cette qualité, en demeure de faire cesser, comme contraire à la loi, le cumul existant entre lesdites fonctions de président de la commission administrative de l'hospice et le médecin rétribué de cet établissement. »

La circulaire ministérielle du 20 avril 1920 donne aux commissions administratives la suggestion d'avoir en leur sein un médecin ; mais il est bien évident que ce docteur doit être choisi parmi les membres du corps médical appartenant à l'établissement, pour que ce praticien soit au courant du service intérieur.

Un docteur, étranger à l'hôpital, se désintéresserait de cette fonction d'administrateur, ou ne serait pas très à même de donner des conseils pratiques pour la bonne gestion d'un établissement, qui lui est complètement étranger au point de vue professionnel.

MINISTÈRE
DE L'HYGIÈNE
DE L'ASSISTANCE
ET DE LA
PRÉVOYANCE SOCIALES
—
DIRECTION
DE L'ASSISTANCE
ET DE
L'HYGIÈNE PUBLIQUES
—
3e BUREAU
—
ADMINISTRATEURS
DES ÉTABLISSEMENTS
HOSPITALIERS
—

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
—

Paris, le 20 avril 1920.

Le Ministre de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales à Messieurs les Préfets,

Aux termes de l'article 1er de la loi du 21 mai 1873, modifiée par la loi du 5 août 1879, les commissions administratives des hospices et hôpitaux sont composées du maire et de six membres renouvelables. Quatre de ces administrateurs sont nommés par le préfet.

La loi ne restreint en aucune façon votre libre choix à cet égard. Votre droit de désignation est absolu. Vous devez uniquement être guidés par le souci de choisir des personnalités dont l'expérience des affaires, les qualités administratives, l'instruction, la probité incontestée, etc., ne peuvent qu'être profitables à la gestion des intérêts hospitaliers.

Mais en raison de l'importance que prennent aujourd'hui dans la vie des hôpitaux et des hospices les questions purement techniques, je crois devoir, cependant, appeler votre attention sur l'utilité de faire figurer un médecin parmi les membres de la Commission administrative.

Quand la Commission discutera des problèmes techniques (installation de salles de chirurgie, aménagement de laboratoire radiographique, etc.) la présence d'un médecin, capable de donner à tous des explications détaillées ou des éclaircissements, sera certainement appréciée des autres administrateurs ; et une décision, prise par tous, en connaissance de cause, ne pourra qu'être favorable à la marche normale des services.

J'ajoute qu'en vue d'associer le corps médical tout entier au bon fonctionnement des établissements d'assistance, il me paraît que le médecin désigné pour être administrateur pourrait être proposé à votre choix par les Associations professionnelles locales.

Je vous prie de faire connaître quelle suite vous aurez donnée à la présente circulaire sur laquelle j'appelle toute votre attention et compte que vous voudrez bien vous en inspirer au fur et à mesure que, dans votre département, vous aurez à procéder au renouvellement des mandats des administrateurs d'établissements hospitaliers.

Le ministre,
J.-L. BRETON.

Allant même plus loin, dans une réponse à une question posée à l'*Officiel* (Sénat, séance du 18 mai 1920, no 3349), le Ministre de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales a précisé, à l'aide des documents que nous venons de citer ci-dessus, qu'il n'y a aucune incompatibilité entre les fonctions de médecin rétribué et celles d'administrateur d'un hôpital et il ajoute : « C'est pourquoi le ministre de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales a pu, le 20 avril 1920, envoyer aux préfets une circulaire appelant leur attention sur la nécessité d'introduire dans la commission administrative hospitalière, un médecin, en vue de faciliter l'étude des problèmes techniques et sans faire de distinction entre les médecins rétribués ou non. C'est avec faveur que l'on peut voir un conseil municipal désigner un médecin même rétribué par un hospice, pour siéger au sein de la commission administrative du dit hospice. »

Comme toutes circulaires ministérielles, ces avis ne restreignent en rien le droit conféré par la loi, aux conseils municipaux, de désigner leurs représentants au sein des commissions administratives des hospices et hôpitaux ; mais ces conseils municipaux, pas plus que les commissions administratives, n'ont le droit de nommer ceux des membres qui doivent être désignés par le préfet. Ils ne peuvent que faire savoir à ce haut magistrat que telle candidature leur est ou non agréable.

Mais le préfet, qui doit désigner quatre membres de la commission administrative de l'hôpital, est tenu de se conformer aux circulaires de son supérieur hiérarchique, c'est-à-dire le ministre.

Aussi la candidature d'un médecin, désigné par ses confrères, pour faire partie de la commission administrative d'un hôpital, ne saurait être écartée par le préfet, sous le prétexte que le dit docteur est appointé de l'établissement. Si ce fait se produisait, un recours gracieux pourrait être introduit auprès du ministre de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales.

Disons d'ailleurs que, dans plusieurs hôpitaux, des médecins de l'établissement font actuellement partie de la commission administrative de l'hôpital, en écartant, bien entendu, les cas où ces docteurs, étant élus conseillers municipaux ou maires, représentent la commune au sein de l'administration hospitalière.

Déjà, avant la circulaire précitée de 1920, des établissements importants, comme les hospices civils de Lyon, par exemple, ont fait nommer, dans leurs commissions, des médecins de l'établissement, pour le plus grand bien de la gestion du bien des pauvres.

Dr Paul BOUDIN.

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations.

— **Hôpitaux de Reims.** — Un concours pour 4 places d'interne en médecine s'ouvrira le mardi 8 novembre à 9 heures du matin, à l'hôpital civil.

Se faire inscrire au secrétariat des hospices 1, place Museux, jusqu'au 1er novembre au soir.

Les candidats doivent fournir : 1° Un acte de naissance ; 2° Un certificat de revaccination récente ; 3° Un extrait certifié de leur état de scolarité ; 4° Les candidats qui ne sont pas de Reims doivent fournir en outre : un état certifié de leur situation de leur scolarité d'externat et un certificat de bonne conduite délivré par leur chef de service ou l'administration hospitalière.

— **Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.** — Cours pratique et complet de dermatologie, du 3 octobre au 15 novembre 1921, sous la direction de M. le professeur Jeanselme, avec la collaboration de : MM. Sebileau, professeur de clinique oto-rhino-laryngologique ; Thibierge, médecin de l'hôpital Saint-Louis ; Darier, médecin de l'hôpital Saint-Louis ; Hudelo, médecin de l'hôpital Saint-Louis ; Milian, médecin de l'hôpital Saint-Louis ; Gougerot, professeur agrégé à la Faculté, médecin des hôpitaux ; Louste, médecin des hôpitaux ; Coutela, ophtalmologiste des hôpitaux ; Hautant, oto-rhino-laryngologiste des hôpitaux ; Sabouraud, chef de laboratoire à l'hôpital Saint Louis ; Bizard, service de finsenthérapie ; Noiré, chef de laboratoire adjoint à l'hôpital Saint-Louis ; Rubens-Duval, ancien chef de laboratoire à l'hôpital Saint-Louis ; Touraine, chef de clinique à la Faculté ; P. Chevallier, chef de clinique à la Faculté ; Burnier, chef de clinique à la Faculté ; Marcel Bloch. chef de labaratoire à la Faculté ; Giraudeau, chef du laboratoire des agents physiques et de radiothérapie ; Pomaret, chef du laboratoire des travaux chimiques ; Civatte, chef de laboratoire ; Ferrand, chef de laboratoire à l'hôpital Saint-Louis.

Le cours aura lieu du lundi 3 octobre au mardi 15 novembre 1921, tous les jours, excepté les dimanches et fêtes, l'après-midi à 1 h. 30 et à 3 heures, à l'hôpital Saint-Louis, 40, rue Bichat, au musée, à l'amphithéâtre de la clinique, à la polyclinique ou au laboratoire.

Tous les cours seront accompagnés de présentations de malades, de projections, de moulages du musée de l'hôpital Saint-Louis, de préparations microscopiques, de démonstrations de laboratoire et de thérapeutique (examens bactériologiques ; biopsies ; culture des mycoses et des teignes, etc. ; radiothérapie ; radiumthérapie ; photothérapie ; électrolyse ; haute fréquence ; neige carbonique ; scarifications ; frotte, etc.).

Les salles de la clinique et des services de l'hôpital Saint-Louis seront accessibles aux assistants du cours tous les matins de 9 heures à 11 h. 30. Le musée des moulages est ouvert de 9 heures à 12 heures et de 2 heures à 5 heures. Un horaire détaillé sera distribué à chacun des auditeurs. Un certificat leur sera délivré à la fin du cours.

Programme des cours (73 leçons). — M. Jeanselme : Examens des malades et classifications dermatologiques. — M. Civatte : Histologie normale et pathologique de la peau. — M. Marcel Bloch : Méthodes de laboratoire en dermatologie. — Thibierge : Dermatoses artificielles de cause externe ; M. Touraine : Dermatoses artificielles de cause interne. — M. Milian : Gale. — M. Chevallier : Phtiriase et affections parasitaires. — M. Touraine : Folliculites. Sycosis microbiens. — M. Touraine : Furoncle. Anthrax. Botryomycose. — M. Chevalier : Impetigo. Ecthyma. — M. Noiré : Vaccinothérapie. — M. Gougerot : Tuberculose cutanée. — M. Touraine : Lupus tuberculeux. — M. Touraine : Traitements locaux du lupus. — M. Bizard : Finsenthérapie. — M. Touraine : Lupus érythémateux. — M. Gougerot : Tuberculides. Sarcoïdes. — M. Burnier : Erythème induré de Bazin. Erythème pernio. — M. Gougerot : Traitements généraux de la tuberculose. — M. Milian : Chéloïdes. — M. Giraudeau : Radiothérapie. Neige carbonique. Air chaud. — M. Gougerot : Mycoses. — M. Sabouraud : Teignes. — M. Noiré : Traitement des teignes. — M. Marcel Bloch : Morve. Charbon. — M. Rubens-Duval : Radium. — M. Pomaret : Pharmacologie dermatologique. — M. Jeanselme : Dermatologie exotique. — M. Thibierge : Simulation. Accidents du travail. — M. N... Traitement hydrominéral. — M. Louste : Erythème polymorphe. Pellagre. — M. Chevallier : Purpura. — M. Marcel Bloch : Erysipèle. — M. Sézary : Mélanodermies. — M. Touraine : Urticaire. Urticaire pigmentaire. — M. Louste : Xanthelasma. Xanthome. — M. Burnier : Lichen plan. — M. Hudelo : Psoriasis. — M. Chevallier : Dyshydroses. — M. Chevallier : Eczéma. Formes cliniques. — M. Burnier : Eczéma. Traitement. — M. Gougerot : Eczéma. Réaction de défense. — M. Gougerot : Dermo-épidermites microbiennes. — M. Gougerot : Complication des plaies. — M. Hudelo : Prurit. Prurigo. Strophulus. Lichenification. — M. Sabouraud : Séborrhée. Alopécies. Pelade. — M. Sabouraud : Pityriasis simplex et stéatoïde. — M. Chevallier : Hypertrichoses. Electrolyse. — M. Chevallier : Acné. Couperose. — M. Burnier : Dermatoses psoriasiformes. —

M. Burnier : Eczématides. — M. Burnier : Pityriasis rosé. — M. Burnier : Herpès-zona. — M. Hudelo : Pemphigus. — M. Hudelo : Maladie de Dühring. — M. Chevallier : Ichtyoses. — M. Louste : Kératoses palmo-plantaires. — M. Touraine : Dermatites exfoliantes. — M. Touraine : Erythèmes scarlatiniformes. — M. Hudelo : Pityriasis rubra pilaire. — M. Louste : Sclérodermie. Maladie de Raynaud. — M. Marcel Bloch : Ulcères de jambes. Eléphantiasis. — M. Touraine : Vitiligo. Dyschromies. — M. Ferrand : Tumeurs de la peau. Nævi. — M. Louste : Mycosis fongoïde. — M. Marcel Bloch : Maladies de Recklinghausen.

Deux cours semblables ont lieu chaque année en avril, mai, juin et en octobre, novembre, décembre. Un cours spécial sera organisé pour les élèves qui désirent se perfectionner dans les techniques de laboratoire. Le droit à verser est de 150 francs. Seront admis les médecins et étudiants français et étrangers sur la présentation de la quittance du versement du droit et de la carte d'immatriculation, délivrées au secrétariat de la Faculté, guichet n° 3. Pour renseignements complémentaires, s'adresser au laboratoire de la Faculté (hôpital Saint-Louis : Dr Marcel Bloch).

— **Ecole de puériculture de la Faculté de médecine de Paris** (Fondation franco-américaine), 64, rue Desnouettes, Paris (15e). Tél. Saxe : 75-78. **Directeur : M. le professeur Pinard.**

Année scolaire 1921-1922. — Enseignement pour infirmières et sages-femmes.

Enseignement élémentaire. — Durée : trois mois. Sessions commençant les : 15 octobre, 15 janvier, 16 avril.

L'enseignement comprendra des conférences, des stages dans les dispensaires de l'Ecole de puériculture, dans les maternités, les hôpitaux d'enfants, les crèches, les dispensaires anti-tuberculeux ; des exercices de service social accomplis sous la direction de l'Office public d'hygiène sociale du département de la Seine,

Cet enseignement donnera lieu à l'attribution d'un *certificat d'études élémentaire* après examen probatoire.

Conditions d'admission. — Elèves des écoles professionnelles d'infirmières, élèves présentées par les sociétés de Croix-Rouge : sages-femmes diplômées.

Les élèves désireuses de participer à la première session devront adresser une demande d'inscription au directeur de l'Ecole, *avant le* 15 *septembre*, et se faire ensuite immatriculer à la Faculté de médecine.

Droit d'inscription : 50 fr. Droit d'immatriculation : 30 fr.

Internat. — Prix de pension : 300 fr. par mois (logement, nourriture, chauffage, éclairage, blanchissage, moins le blanchissage personnel).

Auditrices libres. — (Jeunes filles, mères de famille, élèves des écoles normales d'institutrices, etc.). Admission sur demande adressée au directeur de l'école.

Droit d'inscription : 10 francs.

Enseignement supérieur. — Durée : neuf mois. Sessions commençant les : 15 janvier, 15 avril, 15 juillet.

L'enseignement comporte l'assistance aux consultations de l'Ecole, la participation au service social, des stages de perfectionnement dans les services hospitaliers (maternités, services de médecine, de chirurgie infantiles, dispensaires, services du lait).

L'enseignement supérieur donnera lieu à l'attribution du *diplôme universitaire d'infirmière visiteuse d'hygiène maternelle et infantile*, après examen probatoire.

Cet enseignement de la puériculture conduit aux fonctions d'infirmière visiteuse d'hygiène maternelle et infantile, de directrice de crèche, de consultations de nourrissons, d'infirmière scolaire, etc.

Conditions d'admission. — Seront admises les élèves pourvues du certificat d'études élémentaires.

Droit d'inscription : 100 francs.

Internat. — Prix de pension : 200 francs par mois pour les élèves ayant subi l'enseignement élémentaire à l'école.

Pour être admises à subir l'examen, les élèves devront justifier du diplôme de sage-femme ou avoir accompli leur scolarité dans une école d'infirmières, ou justifier d'une instruction dont l'équivalence sera appréciée par la Commission de l'enseignement de l'Ecole de puériculture.

Le secrétaire général : Dr B. Weill-Hallé, médecin des hôpitaux.

Le secrétaire général adjoint administrateur : E. Weisweiller.

Le Directeur Gérant : Dr GASSOT.

Clermont (Oise). — Imp. Daix et Thiron,
(Thiron et Franjou, successeurs).
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

RECOUVREMENTS

D'HONORAIRES MÉDICAUX

M. Louis AUDEBERT Avocat, ***Directeur du Contentieux de Syndicats Médicaux. Administrateur d'immeubles.***

5, rue des Saints-Pères. PARIS, Tél. Saxe 48-53.

Pour toute demande de renseignements écrire à Me Audebert, en joignant un timbre pour la réponse.

Changements d'adresses

Nous rappelons à nos lecteurs que toute demande de changement d'adresse doit être accompagnée de **0 fr. 60** pour frais de réimpression de bande.

Envois de fonds.

Pour l'envoi des abonnements et des cotisations aux filiales, nous rappelons que le moyen le plus pratique et le plus économique est le versement au compte de chèques postaux dont voici les nos :

Concours Médical, Paris, **167-95.**

Sou Médical, Paris **182-31.**

Mutualité Familiale Paris, **182-32.**

Caisse des pensions de retraites du Corps médical français. Paris, **271-46.**



momètre dans l'autre. J'ai pris plaisir à retrouver mes idées sous la plume autorisée du maître Martinet dans le « Diagnostic clinique ». Je le cite textuellement :

« La pratique médicale... conditionnée par des « siècles de tradition et de routine, si elle a évolué « dans ses méthodes, est restée figée dans ses moyens « et ses habitudes. Elle n'est pas adaptée en fait à « la situation scientifique créée par l'évolution mo- « derne... Elle est dans la position où était, il y a « 50 ans, la pratique commerciale, avant la fonda- « tion des grands magasins ».

Il ne s'agit pas de « faire de la science » : la pratique courante exige un outillage moderne et avant que la réalisation des idées de Martinet, réalisation déjà commencée par la Maison du Médecin, ne devienne la règle, chaque médecin, surtout à la campagne, se doit à lui-même et doit à ses malades un minimum d'organisation et d'outillage.

Le jeune homme qui ne peut disposer du capital nécessaire à une installation suffisante et moderne *ne doit pas faire* de la médecine. Il lui reste assez de professions ne demandant aucune mise de fonds.

Je résume cette trop longue lettre, que vous excuserez avec votre obligeance coutumière :

Trop de médecins, mais surtout de médecins insuffisamment outillés, voilà, je crois, les deux causes du « mauvais rendement » de la profession médicale.

Dr B.

Réponse.

Je me place toujours — dans mes réponses aux confrères — au point de vue strict du tarif Breton, tel qu'il est, et n'entre jamais dans des appréciations quelconques sur ce qu'il devrait être. C'est, je crois, la seule façon de faire des réponses *précises* et *pratiques*, ce qu'on me demande, en réalité.

Ceci dit, et, me plaçant au point de vue théorique et général, cette fois, c'est-à-dire en dehors du tarif, je ne puis qu'approuver les réflexions si judicieuses de notre excellent confrère. Et cela d'autant mieux que, moi-même, médecin dans mon village depuis 30 ans, j'ai toujours avec moi, dans ma voiture, mon « sac à outils », pour remédier aux besoins urgents, médicaux ou chirurgicaux, et je ne puis également que conseiller aux jeunes d'agir ainsi.

Dr F. Decourt.

1° Honoraires médico-légaux.
2° Formule des certificats.

1° Le maire d'une commune voisine de mon domicile (2 k. 500) me fait demander pour constater un suicide par pendaison. Quels honoraires puis-je réclamer pour la visite et le certificat (non détaillé), délivré à cette occasion ?

2° Au point de vue des certificats à rédiger sur

papier timbré, est-il vrai qu'on évite certainement l'amende en employant les expressions : Je soussigné. déclare... etc., au lieu de « certifie ». Est-il indispensable de rédiger sur papier timbré les certificats de constatation d'accident délivrés à des clients assurés « individuellement » ?

Dr H.

Réponse.

1° D'après le tarif criminel, vous avez droit à un honoraire de quinze francs, plus les frais de déplacement, s'il y a lieu (0,60 cent. par kil. aller et retour).

2° La rédaction d'un certificat est indifférente, comme termes employés dans la formule, pour éviter le timbre. Tout certificat délivré pour un intérêt privé doit être rédigé sur papier timbré, sauf quelques exceptions (vaccine, A.M.G., service militaire, accidents du travail, etc.) (voir Agenda du *Concours*, 1921, page 86).

Pour les accidents individuels ne relevant pas de la loi de 1898, le certificat doit être rédigé sur timbre.

Impôt sur les arrérages des rentes françaises.

Dans le cas particulier ci-dessous énoncé, quel est le taux de l'impôt sur le revenu ?

Le *Journal Officiel* du 24 juillet publie (cette note était publiée par le quotidien *Le Journal*, du 24 juillet) :

« Une loi permettant aux sinistrés qui ne peuvent remployer leurs indemnités pour pertes de mobilier d'habitation, de recevoir en paiement des titres de rente sur l'État du type du dernier emprunt. Ces titres sont nominatifs et inaliénables pendant cinq ans (pendant deux ans, si l'indemnité est inférieure à 5000 francs) !

Sur le montant total de l'indemnité (valeur 1914 et frais supplémentaires) il sera opéré un abattement de 15 % dont la compensation réside, en plus de la dispense de remploi, dans le fait que les intérêts des titres de rente sont alloués aussi bien sur le montant des frais supplémentaires que sur celui de la valeur d'avant guerre. »

Exemple :

Mobilier, valeur 1914, chiffre accordé par la Commission cantonale.................... 60.000
Mobilier, valeur 1920, coefficient 3 1/2 210.000
Remploi de 60.000 fr. de mobilier sur. 210.000

Il reste donc à remployer :

210.000 — 60.000 = ... 150.000

Ces 150.000 sont convertis en titres nominatifs et inaliénables à 6 %, après abattement de 15 %.

Abattement de 15 % sur 150.000....	22.500
150.000 — 22.500 = ...	127.500
127.500 à 6 %....................	7.650

de rente.

Quel est l'impôt à payer sur ce revenu ?

Dr X.

Réponse.

Puisque l'indemnité est représentée par des Titres de rente française, c'est le régime fiscal de ces valeurs qui doit être appliqué.

Or, les rentes françaises sont exemptes d'impôt cédulaire sur le revenu. Le titulaire de ces rentes n'aura donc à payer que l'impôt global sur son revenu général, dans lequel seront incorporés, bien entendu, les arrérages des rentes qui lui ont été allouées.

Mutualité Familiale.

Je fais partie de la combinaison MA qui me donne l'indemnité journalière de 10 francs : je voudrais m'inscrire également à MAD qui me donnerait en plus l'indemnité de 20 francs. La chose me semble possible, puisque les combinaisons sont indépendantes les unes des autres. Je suis né en 1876, veuillez me dire ce que sera ma cotisation annuelle.

Dr D.

Réponse.

Oui, les combinaisons sont indépendantes les unes des autres, mais vous ne pouvez entrer qu'à 1/2 MAD qui est réservée aux sociétaires déjà membres de MA. Jusqu'à nouvel ordre, l'indemnité journalière totale ne peut dépasser 20 francs.

Maintenant, hâtez-vous, car vous êtes à l'extrême limite d'âge, 45 ans, et la dernière séance d'admission aura lieu fin septembre.

Nous ne savons si, après l'inventaire qu'il dresse en ce moment même, M. Fleury nous donnera le Conseil de nous montrer plus larges, mais actuellement les mesures édictées par l'organisation provisoire de MAD subsistent dans toute leur rigueur.

A. G.

NOTES DE MÉDECINE PRATIQUE

La mort subite chez les nouveau-nés.

La mort subite chez les enfants nouveau-nés n'est point rare. On la constate surtout dans les premiers jours qui suivent la naisssance. Elle est plus fréquente dans la première quinzaine

que dans les semaines qui suivent, jusqu'au quatrième mois.

Nous estimons à un pour 200 naissances la proportion d'enfants qui meurent subitement dans les premières semaines de la vie.

Nous ne parlons pas, bien entendu, des morts-nés, mais seulement des enfants qui, paraissant venir au monde avec une santé et une constitution normales, des enfants qui donnaient toutes les espérances, qui étaient la joie des parents, et qui sont trouvés inanimés dans leur berceau, quand on les croyait endormis.

Ils sont raidis, pâles ou cyanosés, les poings crispés, avec le pouce rentré à l'intérieur de la main. Parfois, la surface du corps n'est point entièrement violacée et il reste des espaces blancs, et même une moitié du corps.

La sage-femme et le médecin sont questionnés et fort embarrassés de répondre.

On connaît peu les causes de la mort subite des petits enfants : altérations vasculaires, cardiaques, caillots ventriculaires, malformations cardiaques, en dehors de l'inocclusion du trou de Botal qui amène la mort dans un délai plus ou moins long, mais pas subitement. On a signalé aussi certaines altérations spécifiques du thymus, des abcès de ce corps glandulaire, etc.

Bref, l'embarras est grand, et le praticien se perd en conjectures plus ou moins vraisemblables.

Quant à nous, nous sommes convaincu que la plupart des cas de morts subites des premiers jours sont dus à l'asphyxie accidentelle.

Les recommandations les plus expresses sont faites à la mère et à l'entourage par la sage-femme ou le médecin, au sujet du couchage de l'enfant et de la façon de l'installer dans son berceau, mais ces recommandations ne sont pas toujours suivies.

L'enfant est placé dans le lit de la mère, sur un oreiller ou sans oreiller. Les mouvements de la mère, en dormant, le font rouler contre elle ou sur la face. Il roule sur l'oreiller ou à côté. Quoi qu'il en soit, l'enfant ne peut respirer et il asphyxie.

La mère se réveille, ou, n'entendant pas respirer l'enfant dans la chambre obscure, le prend, le trouve inanimé, crie au secours, mais l'enfant est mort !

On ne se rappelle guère comment l'enfant était couché ; il était toujours sur le dos, on ne sait pas, où l'on ne veut pas avouer dans la crainte des responsabilités ; enfin *on l'a trouvé comme ça.*

Hélas ! les pleurs ne le ressusciteront pas.

Dans certaines conditions, l'enquête est fort difficile à faire au sujet des causes de la mort ou afin de savoir s'il y a crime ou simplement imprudence.

C'est une enquête morale qu'il faut faire et

qui donnera plus de certitude que l'autopsie avec toutes les formalités qui l'environnent.

S'il s'agit d'une fille-mère, elle arguera de sa bonne foi et de son ignorance. Si le malheur arrive dans une famille aisée, dans un ménage honnête, il sera facile de se rendre compte si le chagrin des parents est feint ou simulé.

Toujours est-il que les praticiens ne doivent jamais oublier de faire les observations nécessaires, d'insister sur la façon d'installer et de surveiller l'enfant dans son berceau, et *dans aucun cas* ne laisser l'enfant auprès de sa mère, ou plutôt dans le lit de sa mère.

Il y a des choses qu'il ne faut pas cesser de *rabâcher*.

Dr. Courgey.

JURISPRUDENCE

Accidents du travail. Absence de lien de droit avec l'assurance.

Nous avons toujours recommandé à nos confrères de ne jamais avoir affaire aux compagnies d'assurances, pour le règlement de leurs honoraires. Nous leur conseillons de se retourner vers l'ouvrier, consommateur de soins, et vers le patron responsable.

Déjà, le tribunal civil de la Seine, 4e chambre (21 mai 1900, Recueil du Ministère du Travail, I, 318) avait jugé que « l'ouvrier n'a pas, sous le régime de la loi du 9 avril 1898, d'action directe contre l'assureur de son patron ».

Un arrêt de la Cour de Cassation (10 février 1920, Rec. Bordeaux, 1920, 1, 58) décide qu' « aucun lien de droit n'existe entre l'ouvrier et la compagnie d'assurance ; si donc l'ouvrier assigne directement la compagnie d'assurance, il doit supporter les frais d'assignation. »

Ce qui est vrai pour l'ouvrier l'est *a fortiori* pour le médecin, qui ne doit donc jamais assigner directement l'assurance, sauf s'il existe des tractations spéciales entre le praticien et l'assureur. Et même, dans ce cas, est-il toujours prudent d'assigner à la fois ouvrier, chef d'entreprise et assurance ; au juge de dire qui doit payer le médecin.

Dr Paul Boudin.

Accidents du travail. I. Perforation de l'intestin.

Trib. civ. le Havre, 6 novembre 1920 (*Gazette des Tribunaux*, 5 juin 1921).

« Constitue un accident du travail, l'accident survenu à un ouvrier qui, à la suite d'un effort brusque et violent, a eu une perforation intestinale. Peu importe que cette perforation ait pu se produire d'un

moment à l'autre, en raison de l'état préexistant d'ulcération de l'intestin de l'ouvrier ; il suffit que l'effort anormal se soit produit au cours du travail. »

Cette décision de jurisprudence est conforme à la jurisprudence de la Cour de Cassation : l'état antérieur ne doit pas, en effet, entrer en ligne de compte ; l'ouvrier était capable de travailler, malgré sa prédisposition à l'accident et ce dernier est survenu au cours du travail. Le bénéfice de la loi de 1898 est donc acquis.

II. Hernie. Travail normal. Cause ou occasion.

Cassation, civ., 7 mars 1921 (*Rev. gén. des accidents du travail*, 1921, 116).

« Toute lésion, dont le travail, même normal, a été la cause ou l'occasion, doit être considérée comme résultant d'un accident, au sens de l'article 1er de la loi du 9 avril 1898.

« C'est à bon droit qu'un arrêt décide qu'un ouvrier est atteint d'une hernie de force, lorsqu'il constate qu'au cours de son travail, celui-ci a fait un effort, déclaré qu'il souffrait de l'aine et ne pouvait respirer et cessé immédiatement son travail, alors surtout que, des certificats médicaux, il résulte que le traumatisme a déterminé la hernie. »

Fidèle à sa jurisprudence, la Cour de Cassation reconnaît une fois de plus que la hernie est un accident du travail lorsqu'elle est occasionnée par le travail, même normal.

Il est évident que les assurances qui voient des carottiers partout, essayent de prétendre, ou de faire soutenir par les médecins à leurs gages, que la hernie est congénitale, ou est l'effet d'une prédisposition antérieure.

La question intéresse nos confrères, parce que, souvent, ils perdent leurs honoraires, dans le conflit ; si l'ouvrier est débouté de sa demande d'indemnité légale, en justice de paix et qu'il ne veuille pas continuer en appel et en cassation, le docteur se trouve en présence d'un insolvable.

Tous ces conflits disparaîtraient si la future loi assurance-maladie comprenait également les accidents du travail. Point ne serait besoin de déterminer la cause de l'incapacité de travail : l'ouvrier ne peut plus faire son ouvrage quotidien, pour une affection pathologique ; il sera soigné.

Tandis que les sociétés financières, dites assurances contre les accidents du travail, ont intérêt à faire surgir les conflits et à lasser la patience de leurs adversaires, en les entraînant dans le maquis de la procédure. Elles ont leur contentieux bien organisé, alors que les ouvriers doivent se contenter des avocats désignés d'office, qui ne sont souvent que de jeunes stagiaires peu au courant de cette spécialité.

Dr Paul BOUDIN.

QUARANTE-TROISIÈME ANNÉE — N° 40 — DIMANCHE 2 OCTOBRE 1921

Fondé en 1879 par Auguste CÉZILLY
Rédigé et dirigé par H. JEANNE (1900-1914),

LE CONCOURS MÉDICAL

ORGANE HEBDOMADAIRE DES PRATICIENS
Groupés dans la Société « Le CONCOURS MÉDICAL » et ses Filiales

ADMINISTRATION & PUBLICITÉ

C. BOULANGER, ADMINISTRATEUR

ABONNEMENTS :

France	24 fr.
Etranger	28 »
Etudiants (*France*)	12 »
Le numéro	50 cent.

Chèques Postaux Paris 167-95

DIRECTION

MM. les Drs A. GASSOT, *Directeur*; A. MAURAT; H. CEZILLY; J. NOIR; P. BOUDIN docteur en droit; M. VIMONT; G. DUCHESNE.
MM. P. CEZILLY, J. DUMESNY, licenciés en droit; C. BOULANGER.

RÉDACTION

Dr J. NOIR, RÉDACTEUR EN CHEF
Drs P. LACROIX et G. DUCHESNE SECRÉTAIRES DE LA RÉDACTION

N.-B. — Les manuscrits publiés ou non, ne sont pas rendus.

Rédaction et Administration : 132, rue du Faubourg St-Denis, PARIS (10e). Téléphone : Nord 48-1

Quarante-troisième année. N° 40 2 Octobre 1921.

LE CONCOURS MÉDICAL
GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

Office de Renseignements du « Concours »

Membres du Concours exerçant dans les stations hivernales

Nous rappelons à nos adhérents qu'il y a lieu de nous informer chaque année de leur désir de voir figurer leur nom sur cette liste.

MM. les docteurs :

Alger : Picard.
Antibes : Ribes.
Arguel (Doubs) : H. et J. Bon.
Bandol : Marçon.
Beaulieu : Ricoux, Bertier.
Beausoleil : Audoly, Pizard,
Biarritz : Berne, Clavel Pierre.
Cambo-les-Bains : Colbert, Hamant.
Cannes : Abadie, Argueyrolles. Baradat, Bayle, Caruette, Fournier, Kent-Gazet, Verdalle.
Cannet (Le), près Cannes : Comoy, Oudaille.
Cap-d'Ail : Lyons.
Chambon-de-Tence (Le) : Riou.
Fréjus : Turcan.
Grasse : Bossuet, Perrimond.
Hyères : La Bonnardière, Maufanges, Minelle, Pierrhugues, Vidal.
Juan-les-Pins-Antibes : Stef.
La Seyne : Grandjean J. M., Jaubert.
Menton : Coubard, P. de Langenhagen.
Monte-Carlo : Vivant.
Nice : Ardoin, Baillon, Pr S. Baudry (*oculiste*), Cauvin, Auguste Colin, Constant, Delocque-Fourcaud, Dormoy, Gaudichon (*oto-laryng.*) Gruzu, Henry (*Rayons X*), Kent-Monnet, Larue, Leriche Em., Liotard, Noble J., Piétri, Sorel (*gyn. chir.*)
Oran : Paire.
Pau : Bajac, Carcy.
St-Raphaël-Valescure : Caldaguès, Vadon.
Toulon : Pignet (*urol. derm.*).

DON. — Nous avons reçu à titre de don à la Société civile du *Concours médical*, de M. le Dr L. CAMUS, d'Avesnes-le-Comte (P.-de-C.), la somme de cinq francs, pour bons offices du journal.

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum, aux* « demandes et offres ».

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne, qui est versé dans la caisse de la Société civile du Concours Médical). Adresser un mandat ou mieux verser au compte de chèques postaux, CONCOURS MÉDICAL, *Paris 167-95.*

Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse.**

No 459. — A vendre Ford fin 1920 comme neuve, 5 places, écl. dém. 5 jantes garn., montre, compt., amornomb. access. Dr Pasturaud, 41 cours Portal à Bordeaux.

No 460. — Docteur spécialiste des voies respiratoires, libre le matin, désire occupation rétribuée dans clinique ou toute autre.

No 461. — Moto side-car Indian 9 HP, armée américaine 1918 revu, bon état marche, à céder de suite 2.500 fr. Dr Delacroix, Le Houga (Gers).

No 462. — Instruments, voies urinaires, ophtalmologie, gynécologie. S'adresser Concierge, 31, rue Poliveau.

No 463. — A vendre B. B. Peugeot 1918 4 cyl. 3 vit. march. arr., excellent état de marche, complètement revue, 5.200 fr. Dr Jaubert. La Seyne-sur-Mer.

No 464. — Serai acheteur d'une bouteille Magondeaux d'occasion. Écrire Dr Perchilliot à Orgerus (S.-et-O.)

No 465. — Conduite intérieure Delage, moteur Ballot 1912, pas roulé pendant la guerre, remis à neuf, à vendre 12.000 fr. S'adresser au Dr Mahé-Desportes à Brionne (Eure).

No 466. — Docteur cherche petite propriété sur le bord d'une rivière, avec grand jardin, dans un rayon de 60 à 80 km de Paris. Chemin de fer si possible.

No 467. — Méd. ser. très inst. 46 a., des p. oculiste ou poste bon rap. pas trop fatig. ville ou camp. agréa. (conn. b. méd. chir. gén. gyn. méd. exot.) préf. reg. medit. et vois. Ferait assoc. ds clin. sér.

No 468. — A vendre instruments de chirurgie état neuf.

No 469. — A vendre 50 milligr. de bromure de radium.

No 470. — Conduite int. Châssis Ford, carr. franç. luxe, roues dém. Mich. démarr. éclair. élect. économ. essence, serr. clef Yale, garnit. nickelées. Falconnet, 58 av. Malakoff, Paris.

N° 471. — A vendre superbe chien 3 ans croisement setter irlandais et setter gordon.

N° 472. — Docteur, 30 ans, très au courant clientèle, accepterait collaboration, aiderait confrère en vue succession.

N° 473. — Cabinet dentaire garantit 36.000 fr. bénéfices nets à aide docteur en médecine ou chirurgien dentiste jeune, travailleur.

N° 474. — Poste à céder dans banlieue immédiate, affaire d'avenir. Pas de frais de locomotion. Possibilité de faire petite chirurgie. S'adr. Breitel et Goret, 1 rue Dante. Paris.

N° 475. — Région Ouest. Poste seul médecin, près gr. ville, sur ligne chemin de fer. Rapp. 40.000 fr. env. Grande habitation, 8 ans de bail, pays agréable. S'adr. Breitel et Goret, 1 rue Dante. Paris.

CORRESPONDANCE

Mutualité Familiale.

Vous m'indiquez, pour me faire subir l'examen médical d'entrée, un confrère qui est trop éloigné de chez moi et avec lequel je n'ai que des moyens de communication difficiles. Ne pourriez-vous m'indiquer un autre examinateur plus à ma portée ?

Réponse.

Je comprends l'objection que vous me faites, mais songez combien il m'est souvent difficile, avec l'aide d'une simple carte géographique, de désigner le confrère qui conviendrait le mieux. J'adjure les candidats à la Mutualité Familiale de vouloir bien me dire, non seulement quelle est leur résidence, mais encore quel est leur arrondissement et leur canton, quelle est la ville la plus proche et la plus accessible pour eux.

Ce renseignement me permettrait bien souvent de leur éviter des déplacements longs et fastidieux.

Dr Mignon.

Droits d'un médecin militaire en disponibilité.

1° Un médecin-major de l'active, *en congé de disponibilité* de 2 ou 3 ans, peut-il *exercer la médecine civile, sans aucune restriction* ?

Peut-il :

2° Faire partie du syndicat médical local ?

3° Assurer le service médical des *assistés* d'une commune ?

4° Faire les constatations de décès ?

5° Etablir des certificats pour les accidents du travail, etc. ?

Dr Z.

Réponse.

Un médecin de carrière *en disponibilité* n'est plus en activité, et a le droit de faire de la clientèle civile, en se conformant aux prescriptions de la Loi sur l'exercice de la médecine, c'est-à-dire en faisant enregistrer son diplôme à la pré-

fecture ou sous-préfecture, au greffe du tribunal civil de son arrondissement et en le faisant viser à la mairie de son domicile.

Il doit en outre payer patente.

Ces formalités étant accomplies, il peut légitimement se livrer à tous les actes visés dans vos questions 2, 3, 4 et 5.

Enregistrement de cession de clientèle.

Je viens d'acheter la clientèle d'un médecin de X, clientèle constituée par une clinique d'accidents du travail.

Nous sommes d'accord sur tous les points.

Devons-nous faire enregistrer la cession de cette clientèle ou, puisque cette cession n'est pas reconnue valable par la loi, échappe-t-elle de ce fait aux frais et taxes qui frappent la cession d'un fond de commerce ?

Dr X.

Réponse.

Tout acte sous seing privé doit être enregistré dans les trois mois de sa signature : telle est la loi.

Ce qui est sans valeur devant les tribunaux, c'est la vente unique d'une clientèle médicale. Mais si la clientèle n'est qu'une partie des choses cédées ou vendues, si le vendeur s'engage par exemple à présenter son successeur à ses clients, à lui céder le bail du local qu'il occupe, s'il lui vend du matériel, la convention devient alors parfaitement valable. C'est sans doute ainsi que la vôtre est rédigée.

Dans ces conditions, vous devez en faire trois exemplaires et vous soumettre à la formalité de l'enregistrement.

S'il advenait, en effet, dans l'avenir, que vous ayez une contestation avec votre prédécesseur et que vous produisiez un contrat non enregistré, vous seriez punis l'un et l'autre d'une très forte amende.

Application du Tarif Breton.

I

Abonné au *Concours Médical*, je vous serais reconnaissant de bien vouloir m'indiquer combien on doit compter, d'après le tarif Breton, lorsque l'on extrait un corps étranger de chaque œil.

Est-ce le cas prévu comme « corps étrangers multiples » (27 A) ou cette expression signifie-t-elle corps étrangers multiples du même œil ?

En un mot doit-on demander 20 francs ou 40 fr. ?

Dr J.

Réponse.

Il n'y a aucun doute que ce sont là deux opérations *distinctes*, qui doivent être payées à

part et que l'expression « multiples » ne correspond qu'aux corps étrangers multiples d'un même œil.

Dr F. DECOURT.

II

Hier, est venu à ma consultation un accidenté du travail: luxation de l'épaule. Je tente la réduction. C'est un homme très musclé, je n'y arrive pas.

Je demande un confrère pour l'anesthésie que nous pratiquons une heure après.

Nouvel échec. Radiographie immédiate qui montre une variété sous-coracoïdienne avec tête humérale partiellement fracturée. Ce qui explique jusqu'à un certain point la difficulté de la réduction.

Je vous serais reconnaissant de me dire ce que je dois compter à l'assurance, car après ce nouvel échec, j'ai envoyé le malade à l'hôpital.

L'attitude du patron est à signaler. Je lui demandais son aide pour transporter le plus tôt possible le blessé à l'hôpital, en lui demandant simplement de déclarer que c'était un accident du travail et que les frais lui incombaient ou à l'assurance. Il a refusé, disant qu'il était couvert et que maintenant, il se désintéressait du blessé. Un autre patron m'a dit : quand j'ai un blessé, je le mets à la porte, je ne lui donne aucun papier et il va où il veut : je suis couvert par l'assurance. Telle est la mentalité créée par l'assurance chez quelques patrons. Est-ce là ce que voulait le législateur ?

Dr X.

Réponse.

Je ne vois pas possibilité, pour vous, de compter une réduction de luxation de l'épaule, alors que vous n'avez pu la faire et avez dû envoyer le malade à l'hôpital. Mais vous pouvez compter :

A. — *Pour vous-même* : 1° Une première consultation au cabinet, soit 7 francs. 2° Puis, plus tard, une consultation avec un confrère, soit 7 × 3 = 21 francs. (Art. 5).

B. — *Pour le confrère* (qui devra le réclamer lui-même. — Art. 30, *in fine*): 50 francs comme anesthésiste (Art. 12), mais sans cumul, pour lui, avec la consultation faite avec vous (Art. 13).

Nota. — A stigmatiser, par la publication dans le *Concours*, l'attitude du patron.

Dr F. DECOURT.

III

Je viens de donner mes soins à un blessé atteint de brûlure de toute la partie antérieure du bras droit, de l'extrémité supérieure de l'avant-bras droit, de la région pectorale droite sur une étendue de 7 centimètres carrés, du pavillon de l'oreille droite et de la partie postérieure du cou dans sa moitié droite.

Je ne saurais trop vous prier de vouloir bien me

dire ce que je dois réclamer à la Cie d'assurances pour chaque pansement.

Le blessé a exigé d'être pansé tous les jours.

Dr S.

Réponse.

D'après les « Avis » de la Commission du tarif inscrits dans l'arrêté ministériel du 28 juin 1921, il semble qu'en l'occurrence vous pouvez compter 50 francs par pansements, les « surfaces additionnées » de vos brûlures me paraissent être « comparables » à la surface d'un membre. Donc 50 francs, durant les premiers jours... avec diminution de catégorie (donc, de prix) « au fur et à mesure que la plaie diminue ».

Dr F. Decourt.

Constatation de décès et de blessures par accident du travail.

Je viens encore vous mettre à contribution pour établir ma note d'honoraires.

J'ai été requis par le juge d'instruction de B. pour examiner le corps d'un automobiliste tué accidentellement, et les trois voyageuses qui l'accompagnaient. J'ai fourni un rapport décrivant sommairement les lésions présentées par le cadavre et par les blessées. Combien faut-il compter ?

Dr B.

Réponse.

Puisque vous avez été requis par le juge d'instruction, c'est sans doute qu'il y a eu suspicion de délit (homicide par imprudence) et, dans ces conditions, vous devez appliquer le tarif criminel, qui alloue 15 francs pour visite judiciaire, y compris le rapport et son dépôt, s'il y a lieu.

Comme vous avez examiné un cadavre et trois personnes, vous avez droit à quatre fois cet honoraire.

NOTES DE MÉDECINE PRATIQUE

A propos du traitement de l'hémoptysie chez les tuberculeux.

Loué par ceux-ci, blâmé par ceux-là, me moquant des sots, bravant les méchants, je me presse de rire de tout... de peur d'être obligé d'en pleurer.

(Beaumarchais.)

Retiré de la vie active et fatigante que crée, aux confrères mieux portants, l'exercice de la médecine générale, je consacre les loisirs que m'imposent la vieillesse qui vient et la santé qui

(*Voir la suite page XXXV-2725*)

PROPOS DU JOUR

Grandeur et misère de nos savants.

Une grande manifestation scientifique a eu lieu récemment à Biarritz sous la présidence du Ministre de l'Instruction publique, M. Léon Bérard.

Le savant chimiste, M. Charles Moureu, a traité dans une brillante conférence le sujet suivant : *la Science, la Guerre et la Paix*. Ce fut pour lui le prétexte d'établir un parallèle entre la science française et la science allemande. La première, poursuivant l'idéal avec un désintéressement tellement grand que les pouvoirs publics oublient de la doter de l'indispensable pour lui permettre de former la phalange nécessaire des jeunes savants et d'organiser décemment des laboratoires d'enseignement supérieur et de recherches scientifiques; la science allemande, toujours largement pourvue, orientée vers des buts d'exploitation commerciale et pratique et devenant un instrument formidable de guerre.

Cependant que n'ont réussi à produire nos savants au cours des années terribles que nous avons traversées ? Le pays a-t-il la conscience exacte de la part considérable qui leur revient dans la victoire ? Et M. Moureu a demandé au peuple français et au ministre de ne pas laisser plus longtemps la science française dans sa misérable grandeur.

Le Ministre de l'Instruction publique, avec une très louable franchise, a reconnu le bien fondé des critiques de M. Ch. Moureu.

Sur 1.300 millions destinés annuellement à l'instruction publique, 70 millions seulement sont affectés à l'enseignement supérieur, alors qu'une Commission compétente évalue à un milliard la somme qui serait nécessaire pour lui donner l'indispensable.

« Ainsi le Collège de France, a ajouté le ministre, *la plus glorieuse école du monde*, est dans un tel état, qu'un inspecteur primaire n'y autoriserait pas l'installation d'une école primaire. »

Cet état de misère ne date pas de notre époque. Depuis plus d'un siècle les gouvernements bien différents qui se sont succédé, eurent plus de souci des manœuvres de basse politique que de l'avenir de la science française et s'intéressèrent davantage aux succès des ballerines de l'Opéra qu'aux recherches de nos savants.

Dans sa *Vie de Pasteur*, M. R. Vallery-Radot fait un triste tableau des moyens mis à la disposition des savants à la fin du second empire. Pasteur fit ses recherches sur les générations spontanées, rue d'Ulm, dans un petit réduit de l'Ecole normale. A force d'ingénuité, il avait construit une étuve où, pour pénétrer, il était obligé de s'agenouiller, « C'est, a écrit Duclaux, de ce petit galetas, dont on hésiterait aujourd'hui à faire une cage à lapins, qu'est parti le mouvement qui a révolutionné sous tous les aspects la science de l'homme physique. »

En 1867, « au Muséum, certaines galeries étaient aussi confusément encombrées que des magasins d'accessoires au fond d'un théâtre. Au Collège de France, était-il possible de décorer du nom de laboratoire les caves étroites que Claude Bernard, qui commençait seulement à relever de la longue maladie contractée dans ces lieux humides et malsains, appelait les *tombeaux des savants* ? »

De l'aveu de M. le Ministre de l'Instruction publique les choses sont restées dans le même état depuis plus de 50 ans et les locaux du Collège de France, *la plus glorieuse école du monde*, selon la très juste expression de M. L. Bérard, sont restés les *tombeaux des savants*. Et cependant, dans ce laboratoire exigu et lamentable du coin de la rue Saint-Jacques, Magendie, Laënnec, Flourens et Claude Bernard ont illustré la science médicale française et rendu des services inappréciables à l'humanité.

La France manque d'argent, objectent hypocritement les politiciens de tous les temps et de tous les partis. N'en ont-ils pas trouvé pour édifier l'Opéra, pour reconstruire l'Opéra-Comique et pour encombrer nos places publiques de certains monuments qui font injure à la réputation de goût des artistes français.

Les hommes politiques de notre époque pourraient, avec une légère variante, rééditer le mot impie que l'on a prêté à un Conventionnel lors de l'exécution de Lavoisier : La République (des camarades) n'a pas besoin de savants.

De nos jours cependant, l'on parle à tous

propos de répandre l influence française et de contrebattre la très active propagande allemande qui depuis la paix multiplie ses efforts. Pour obtenir ces résultats, il faudrait en faire les frais. Il ne faudrait pas que l'étranger curieux constatât avec stupéfaction l'état de délabrement du Collège de France et même du Muséum, qui, sans la générosité de M. Zaharoff, serait en partie en ruines.

Il conviendrait de placer ailleurs que sous les combles de l'ancien couvent des Cordeliers, les collections illustres de Broca et le laboratoire d'anthropologie du Pr Manouvrier qui sont encore parmi les plus beaux fleurons de la science française.

Il conviendrait qu'un professeur, chargé de famille, à la Faculté de médecine ou ailleurs, après s'être consacré uniquement aux recherches biologiques et s'être fait à force de travail une réputation internationale, puisse recevoir dignement les savants que sa notoriété amène à visiter son laboratoire.

A quelle épreuve met-on la courtoisie d'un savant français qui, lorsqu'il a voyagé à l'étranger, a été reçu brillamment et fêté par ses collègues, s'il ne peut à Paris, réduit à ses appointements de misère, rendre les honneurs qu'il a reçus.

Pour la bonne réputation de la France, il serait temps, tout en exaltant la grandeur de nos savants, d'atténuer un peu leur misère.

J. Noir.

A propos de l'internat obligatoire.

Notre distingué confrère, le Dr F. Helme, a bien voulu, dans la *Revue moderne de médecine et de chirurgie*, défendre de sa plume autorisée le projet de l'internat obligatoire que j'ai plusieurs fois exposé dans ces colonnes.

Avant de passer ses examens définitifs de clinique et d'être reçu docteur, tout étudiant serait tenu de faire un stage d'un an comme interne dans un hôpital de quelque importance. Cette obligation offrirait de grands avantages pour les jeunes médecins, pour les hôpitaux des villes de province, pour les médecins praticiens, pour une meilleure répartition des médecins en France.

L'internat obligatoire ne nuirait en rien au prestige de l'internat des hôpitaux de Paris et des grandes villes universitaires, qui conserveraient leur mode de recrutement et leur organisation actuelle.

M. F. Helme estime que cette question, que pose nettement à son tour le *Progrès médical*, devrait être étudiée par les Associations d'internes. Je suis absolument de son avis. Si ces associations parvenaient à la faire réaliser, dût-on remplacer le titre d'interne par celui d'assistant ou tout autre, pour éviter une confusion, je considérerais qu'elles auraient rendu un grand service aux malades en général et au corps médical en particulier.

J. N.

PARTIE SCIENTIFIQUE

LA PRESSION ARTÉRIELLE (1)

Les sphygmomanomètres mixtes et les sphygmomanomètres graphiques (2),

Par le Dr Camille Lian,

Médecin des Hôpitaux de Paris.

(Consultation de l'Hôpital Tenon)

Nous n'avons envisagé jusqu'à présent que des appareils appliquant la méthode de Riva-Rocci et ses variantes, ou la méthode oscillatoire. Mais il existe d'autres appareils, ou tout au moins des dispositifs complémentaires s'adaptant aux appareils déjà décrits, et permettant d'appliquer simultanément les diverses méthodes.

A. *Les sphygmomanomètres mixtes.*

Deux mots d'historique vont vous faire comprendre les causes de l'apparition de ces appareils mixtes, et en même temps vous montrer qu'ils n'ont plus guère de raison d'être actuellement.

Genèse des sphygmomanomètres mixtes.

Tout d'abord, il n'y eut guère en présence que la méthode palpatoire et la méthode oscillatoire. Or, on remarqua vite, d'une part, que la mesure de Mx était facile avec la méthode pal-

(1) Ces leçons cliniques du Dr Lian ont eu lieu à l'amphithéâtre des cours de l'hôpital Tenon, les 2e et 4e lundis de chaque mois à 11 heures.

(2) Suite de la 4e leçon recueillie le 14 février 1921, par M. Pierre Cahen, externe des hôpitaux, et revue par M. Lian. Les leçons précédentes ont été publiées dans les nos 6, 7, 9, 10, 12, 13, 21, 36 et 37 du *Concours médical*, 1921.

patoire, difficile et hésitante avec la méthode oscillatoire ; d'autre part, que la mesure de Mn était plus facile avec la méthode oscillatoire qu'avec la palpatoire. Dans ces conditions, on a été tout naturellement conduit à réaliser des dispositifs permettant de mesurer Mn par la méthode oscillatoire, et Mx par la méthode palpatoire, ou par un procédé voisin. Tous ces sphygmomanomètres mixtes comportent donc un oscillomètre.

Leur moindre raison d'être depuis l'emploi courant de la méthode auscultatoire.

Mais, ultérieurement, se répandit la méthode auscultatoire de Korotkow. Or, cette façon d'appliquer la méthode de Riva-Rocci, c'est-à-dire cette façon de pratiquer l'exploration des battements artériels en aval de la manchette compressive, dépasse tous les avantages qu'on s'était efforcé de réunir dans les sphygmomanomètres mixtes. En effet, non seulement elle représente nettement la meilleure façon de mesurer la Mx, mais en outre, elle est pour la mesure de Mn d'application au moins aussi facile que la méthode oscillométrique. Par conséquent, la méthode auscultatoire avec ses perfectionnements successifs rend tous les services des sphygmomanomètres mixtes, et cela, sans alourdir l'instrument par l'intervention d'un oscillomètre.

Néanmoins, je vous décrirai quelques-uns de ces sphygmomanomètres mixtes.

I. *Les sphygmomanomètres mixtes ayant une manchette à double compartiment.*

Dans ces appareils, la manchette présente deux compartiments, l'un supérieur, l'autre inférieur. Un jeu de robinets permet de faire communiquer à volonté l'oscillomètre avec les deux compartiments ou avec l'inférieur seulement. Ainsi, on espère éviter dans la lecture de la Mx les hésitations dues aux oscillations qui existent au-dessus de l'oscillation différenciée. On lit la Mx au moment où, dans le cours d'une décompression progressive, l'aiguille oscillométrique indique la réapparition des pulsations artérielles dans le segment de membre entouré par le compartiment inférieur de la manchette.

Il en est ainsi dans la *manchette anti-brachiale d'Enriquez et Cottet* qui s'adapte à l'oscillomètre Pachon, et dans la manchette brachiale qui se relie à l'oscillomètre d'Amblard pour former son *sphygmomètroscope*. Cet appareil d'Amblard présente une seule aiguille à la fois oscillométrique et manométrique : aussi n'a-t-elle qu'une faible sensibilité et ne fournit-elle que des battements de peu d'amplitude.

Ce type de manchette soulève des critiques. On peut se demander si l'emploi d'une manchette à deux compartiments n'équivaut pas à pratiquer la compression avec une manchette, et à explorer les pulsations avec une autre manchette située en aval. Or, dans cette hypothèse, le compartiment supérieur serait trop petit, puisque, comme nous l'avons vu, on estime en général qu'une manchette compressive brachiale doit avoir 12 cm. de hauteur. Or, le compartiment supérieur n'est que de 4 cm. dans la manchette d'Enriquez et Cottet, et de 7 dans celle d'Amblard. D'autre part, si, comme dans la manchette de Finck, le compartiment supérieur est de 12 cm., le compartiment inférieur est bien petit et risque de ne pas réaliser avec la sensibilité suffisante son rôle explorateur.

II. *Les sphygmomanomètres mixtes à double manchette.*

Je vous décrirai successivement le *dispositif sphygmomanométrique Pachon-Lian*, et le *plethysmo-oscillomètre du Prof. Barré.*

Le dispositif Pachon-Lian.

Les remarques que je viens de faire sur les manchettes à double compartiment expliquent que, lorsque j'ai voulu réaliser un sphygmomanomètre mixte, j'aie adoptée un appareil à double manchette, l'une brachiale supplémentaire, l'autre anti-brachiale qui est la manchette habituelle de l'oscillomètre Pachon. Ces deux manchettes sont reliées par un tube en T à l'oscillomètre Pachon. Chaque extrémité de la branche transversale du tube en T est pourvue d'un robinet. Ainsi, on peut, en fermant le robinet brachial, voir si la manchette anti-brachiale bat, voir par conséquent si l'on a atteint la pression maxima (1).

Pour employer ce dispositif Pachon-Lian, on fait d'abord la mensuration en employant seulement la manchette brachiale : on mesure ainsi rapidement la Mx et la Mn par la méthode palpatoire. L'appareil de Pachon ne sert alors que comme manomètre. Si le résultat est net, on s'en tient là. Mais si l'on hésite, on vérifie ainsi les chiffres trouvés. Toujours avec la manchette brachiale reliée avec l'oscillomètre, on mesure la Mn oscillatoire. Enfin on applique la manchette anti-brachiale, et on voit pour quelle contre-pression exercée au bras, la manchette anti-brachiale transmet des battements à l'aiguille oscillométrique.

Ce dispositif Pachon-Lian permet donc de fixer Mx dans d'excellentes conditions, en appréciant la réapparition des pulsations artérielles en aval d'une manchette brachiale, soit par la palpation, soit par une manchette anti-brachiale reliée à l'aiguille de l'oscillomètre Pachon. Quant à Mn, elle est également mesurée

(1) M. Jarricot, MM. Surmont, Dehon et J. Heitz, MM. Legrand et Auguste ont réalisé également un dispositif analogue.

dans de très bonnes conditions, puisque sa détermination se fait par la méthode palpatoire et par la méthode oscillatoire successivement ou simultanément. Toutefois, malgré ses avantages, ce dispositif doit, à mon avis, céder le pas à la méthode auscultatoire qui fixe Mx et Mn avec autant d'exactitude et plus de facilité, et avec une instrumentation bien moins volumineuse.

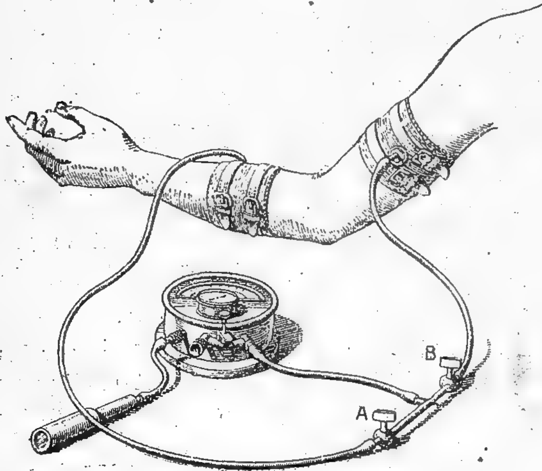


Fig. 1. — Dispositif sphygmomanométrique Pachon-Lian.

Ce dispositif permet la mesure *a*) de *Mx* par la méthode de Riva-Rocci (palpatoire et objective) ; *b*) de *Mn* par la méthode oscillatoire aidée du procédé d'Ehret.

Premier temps. — Mesure de Mx *et de* Mn *par la simple palpation, procédé rapide auquel on se limitera si les résultats sont bien nets.* — Le robinet A (antibrachial) est fermé, la manchette antibrachiale n'est pas appliquée (voir sphygmomanomètres palpatoires).

Deuxième temps. — Vérification par la méthode oscillatoire du chiffre trouvé pour Mn *par le procédé d'Ehret (à faire dans les cas où la* Mn *palpatoire a manqué de netteté).* Comme pour le premier temps, on laisse le robinet A (antibrachial) fermé, et la manchette antibrachiale n'est pas appliquée. On mesure ainsi la M*n* humérale de la même façon que la M*n* antibrachiale avec l'oscillomètre du professeur Pachon.

Troisième temps. — Vérification, à l'aide de la manchette antibrachiale reliée à l'oscillomètre, du chiffre trouvé pour Mx *par la simple palpation de l'artère radiale (à faire seulement dans les cas où l'on n'est pas sûr de l'exactitude de la* Mx *palpatoire).* — Cette fois, la manchette antibrachiale est appliquée à la partie supérieure de l'avant-bras ; le robinet A reste constamment ouvert, le robinet B est alternativement ouvert ou fermé. — Supposons que dans le 1er temps, M*x* ait été évalué à *n* centimètres de Hg. on gonflera les deux manchettes jusqu'à *n* + 4 ou 5 centimètres de Hg, et on ramènera d'un seul coup la pression à *n* + 2, puis à *n* + 1, et enfin à *n*. Mais bien entendu, avant d'interroger l'oscillomètre, on a chaque fois ouvert B et fait varier la pression dans les deux manchettes, puis fermé B pour savoir si les artères antibrachiales battent. La contre-pression brachiale qui permet la réapparition des pulsations artérielles anti-brachiales représente la valeur de M*x*.

Le pléthysmo-oscillomètre du Prof. Barré.

Cet appareil, construit récemment par MM. Pirard et Coeurdevache, se compose de deux manchettes, l'une brachiale (A), l'autre antibrachiale (B) reliées à la fois à un manomètre anéroïde type Potain (E), et à un grand manomètre (F) construit pour pouvoir réaliser un

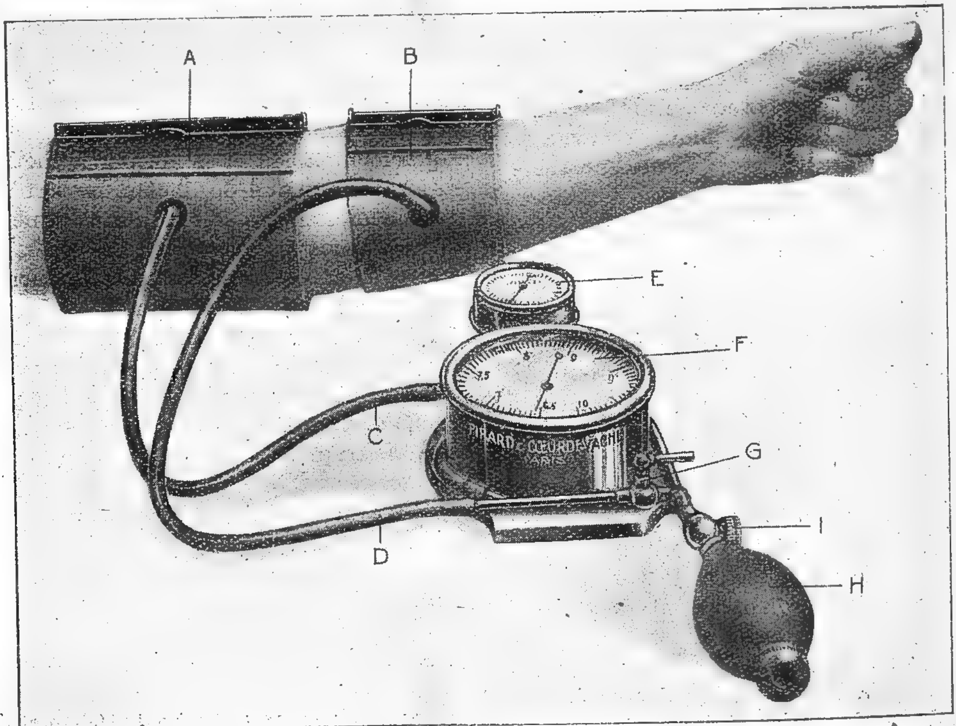


Fig. 2. — Pléthysmo-oscillomètre du Prof. Barré.

oscillomètre d'une grande sensibilité s'il est soumis à une pression maintenue entre 6 1/2 et 10 cm. de Hg.

On gonfle les deux manchettes sans dépasser une pression de 7 cm. 1/2 environ, et alors, on ferme le robinet G. Ainsi le brassard brachial A n'est plus en communication qu'avec le manomètre E, et la manchette anti-brachiale B n'est plus en communication qu'avec l'oscillomètre F.

On gonfle alors la manchette brachiale jusqu'au-dessus du chiffre probable de Mx, puis on dégonfle cette manchette par à-coups tandis qu'on observe l'aiguille de l'oscillomètre. Au moment où réapparaissent les pulsations de cette aiguille, on adopte pour Mx le chiffre du manomètre E. Puis, tandis qu'on continue la décompression, on voit les battements de l'aiguille oscillométrique F devenir de plus en plus grands. On peut donc déterminer Mn selon les règles admises en méthode oscillatoire. Toutefois, M. Barré conseille d'adopter pour lire Mn le moment où les oscillations atteignent leur maximum d'amplitude.

La meilleure instrumentation mixte.

J'ai déjà dit plus haut que la méthode auscultatoire, par la facilité de sa technique, la netteté de ses résultats, le petit volume de son instrumentation, était à préférer aux sphygmomanomètres mixtes, dont l'emploi ne s'était imposé qu'avant le passage de la méthode auscultatoire dans la pratique courante.

Cependant, j'ai insisté à diverses reprises sur les difficultés que présentent les deux méthodes auscultatoire et oscillatoire pour la détermination de Mn, dans certains cas, difficultés égales et de même ordre, je le répète, puisque pour mesurer Mn ces deux méthodes obéissent aux mêmes règles. Aussi, sans que ce soit indispensable, est-il bon de pouvoir dans certains cas recueillir en même temps les données auscultatoires et oscillatoires pour la détermination de Mn.

Pour cela, il n'est pas indiqué de faire appel à un appareil ou à un dispositif spécial ; *le mieux et le plus simple est de conjuguer un sphygmomanomètre auscultatoire et l'oscillomètre Pachon.*

Ainsi j'emploie dans mon cabinet de consultation mon phono-sphygmomètre relié à l'oscillomètre Pachon, ce qui constitue un *phono-oscillo-sphygmomètre.*

Le brassard du phono-sphygmomètre est enroulé autour du bras, sa membrane vibrante est appliquée au pli du coude et reliée à son stéthoscope bi-auriculaire. Le tuyau de caoutchouc du brassard est alors adapté, non pas à la poire à compression (qui devient inutile), mais à l'oscillomètre Pachon (dont la manchette devient inutile et a été détachée).



Fig. 3. — Phono-oscillo-sphygmomètre. (Phono-sphymgomètre Lian relié à l'oscillomètre du Prof. Pachon.

De cette façon, je mesure d'abord Mx et Mn par la méthode ausculto-palpatoire. Je peux m'en tenir là. Mais le plus souvent dans le cours des 2e et 3e mensurations successives (de règle), tandis que je continue à mesurer Mx exclusivement par la méthode ausculto-palpatoire, je mesure Mn simultanément par les méthodes auscultatoire et oscillatoire. Pendant que j'entends la gamme des bruits artériels au voisinage de la Mn, je suis des yeux les déplacements de l'aiguille oscillométrique.

♦♦

J'ai l'impression nette que cette simple association d'un sphygmomanomètre auscultatoire et d'un oscillomètre réalise actuellement le dispositif mixte de choix.

B. Les sphygmomanomètres graphiques.

Les sphygmomanomètres graphiques comportent un oscillomètre relié à un dispositif spécial, permettant à un tambour de Marey d'inscrire sur un polygraphe les pulsations de l'ampoule anéroïde de l'oscillomètre.

Je vous signalerai le *Pléthysmo-oscillographe du Prof. Barré*. Il est peu différent du pléthysmo-oscillomètre que je viens de vous décrire ; cependant ces deux instruments constituent deux appareils distincts : seules les deux manchettes et la poire leur sont communes. La grande boîte de l'oscillomètre renferme une capsule spéciale reliée à un tambour de Marey. La technique est, à quelques nuances près, la même que pour le plethysmo-oscillomètre.

Je mentionnerai également le *sphygmométroscope enregistreur d'Amblard*. Un dispositif rend enregistreur le sphygmométroscope déjà décrit.

Le dispositif graphique le plus sensible est représenté par la *Capsule oscillographique Boulitte*. Cette capsule est basée sur le même principe que l'oscillomètre Pachon ; c'est en somme un tout petit oscillomètre dont l'aiguille est représentée par le style d'un tambour de Marey. Elle permet d'enregistrer facilement les battements de l'ampoule oscillométrique de l'oscillomètre Pachon.

La Mx oscillographique.

L'interprétation de pareils tracés est délicate. Je rappelle que les auteurs ayant ainsi étudié l'oscillographie s'accordent à reconnaître que l'amplitude des oscillations ne suffit pas pour reconnaître la Mx et la Mn. Que penser alors du clinicien réduit à suivre des yeux les battements de l'aiguille oscillométrique ? *Le critère choisi pour la détermination de la Mx oscillographique varie avec les auteurs, et leurs hésitations risquaient de ne pas trouver une fin, si la Mx auscultatoire n'avait pas fourni à MM. Mougeot et Petit le critère fixe qui, comme un phare, éclaira la route brumeuse.* Aussi ces derniers auteurs adoptèrent-ils comme critère de la Mx oscillographique le moment où, dans la pulsation artérielle, le soulèvement du dicrotisme est précédé d'une dépression aiguë qui atteint un niveau inférieur à celui du sphygmogramme au début de chaque pulsation. Plus exactement, la Mx correspondrait au moment où ce *crochet négatif prédicrote* est le plus marqué.

La Mn oscillographique.

Des difficultés de même ordre se rencontrent dans la détermination de la Mn oscillographique.

MM. Mougeot et Petit concluent que le meilleur critère de la Mn est le moment où, dans l'oscillogramme, les pulsations artérielles présentent des différences nettes d'amplitude liées aux influences respiratoires. Leur conclusion oscillographique est en harmonie avec les conclusions cliniques que les méthodes oscillatoire et auscultatoire m'avaient fait adopter et enseigner à l'hôpital. Cet aboutissant analogue de travaux poursuivis en même temps, avec des méthodes différentes, est intéressant à noter.

La sphygmomanomètrie oscillographique est une méthode de recherches, elle ne convient pas pour la pratique.

Ainsi donc, comme je vous l'ai déjà dit, la méthode oscillographique ne lève pas toutes les difficultés de la mesure de la pression artérielle. Il n'est pas douteux que, sans recourir à l'emploi d'oscillographes, vous êtes à même de mesurer la pression artérielle avec autant de précision, peut-être même avec plus de précision, car les critères sont encore discutés, et enfin l'emploi d'un oscillographe, en allongeant la durée de la mensuration, en diminue du même coup l'exactitude. Mais quand même les oscillographes seraient à l'abri de tout reproche, leur sort naturel serait de rester des instruments de laboratoire ou de recherches. La mesure de la pression artérielle est une exploration clinique que tout médecin doit pratiquer plusieurs fois par jour. *La manœuvre du sphygmomanomètre doit rappeler en simplicité celle du thermomètre, celle de la recherche de l'albumine dans l'urine. Il est donc heureux qu'on puisse faire de l'excellente sphygmomanométrie sans avoir besoin d'employer un polygraphe de Marey.*

CLINIQUE CHIRURGICALE.

Hôtel-Dieu de Toulouse.

M. J. P. Tourneux, chirurgien des hôpitaux.

Kyste de l'ovaire et grossesse.

Je vous ai exposé, Messieurs, il y a quelques mois, quelles étaient les différentes complications que pouvaient présenter les kystes de l'ovaire, et à ce propos, je vous ai signalé que ces dernières étaient observées fréquemment dans certains états physiologiques comme la grossesse, où la tumeur liquide ovarique présentait des accidents de torsion du pédicule, d'augmentation brusque de volume du kyste, de rupture ou d'infection. De même, la présence d'une tumeur soit au niveau de la région pelvienne, soit dans la région abdominale, retentit nécessairement sur le développement de l'utérus gravide, qui est

refoulé et gêné dans son mouvement, ce qui entraîne le plus souvent l'interruption de la grossesse. Aussi est-il actuellement indiqué d'intervenir dès que, chez une femme enceinte, le diagnostic de kyste de l'ovaire a été posé.

Vous avez eu récemment l'occasion d'observer dans notre service un cas fort intéressant de cette complication, cas sur lequel je veux insister quelque peu, car il vous montrera quelle sera la conduite que vous devrez suivre lorsque vous vous trouverez en présence d'une situation identique.

Il s'agit d'une jeune femme âgée de 26 ans, qui s'est présentée au mois de septembre dernier à la consultation chirurgicale de l Hôtel-Dieu. Cette jeune femme, enceinte de trois mois, était allée consulter en ville un médecin qui, après l'avoir examinée, lui avait annoncé qu'en plus de son état de grossesse, elle présentait un kyste de l'ovaire à situation pelvienne et qu'il était nécessaire de l'opérer le plus tôt possible ; c'est pourquoi la malade vint demander à être hospitalisée en vue de l'intervention chirurgicale.

Notre malade ne présente rien de bien intéressant dans ses antécédents héréditaires et consanguins. Pas de maladies de l'enfance ni de l'adolescence : elle fut réglée pour la première fois à l'âge de 16 ans et depuis, ses menstruations, bien que non douloureuses, ont toujours été assez irrégulières, survenant tous les deux ou trois mois et durant de cinq à huit jours. Elle s'est mariée à 18 ans, en 1911, et elle a présenté successivement trois débuts de grossesses, qui se sont terminées toutes trois par des avortements.

La première a été interrompue au bout de six mois, en novembre 1916, la deuxième au bout de trois mois, en octobre 1918, et la troisième au bout d'un mois, en avril 1919. Ces avortements se sont produits, à ce que raconte la malade, spontanément, sans qu'elle ait pu se rendre compte d'un fait quelconque motivant l'interruption de la gestation. Elle a été soignée chaque fois par une sage-femme ; les suites de ces fausses couches ont été normales.

Tenant, ainsi que son mari, à avoir des enfants et se demandant si elle ne présentait pas quelque lésion interne, l'empêchant de mener à terme une grossesse, notre malade alla consulter un médecin au début du mois de septembre dernier, dès qu'elle se fut rendu compte qu'elle était enceinte pour la quatrième fois. Ce dernier, ayant constaté la présence d'une tumeur kystique dans le petit bassin, lui conseilla de se faire opérer, et c'est pour cette raison qu'elle est entrée à l'Hôtel-Dieu.

Notre malade se présente dans un bon état de santé générale, tous ses appareils fonctionnent normalement. Le toucher, combiné au palper abdominal, nous montre du côté utérin les signes habituels d'un début de grossesse pouvant remonter à trois mois (suppression des règles, les dernières ayant eu lieu du 12 au 20 juillet, ramollissement du col utérin, augmentation du volume de la matrice qui dépasse le pubis de 8 centimètres, modifications du côté des seins, etc. etc.). De plus, l'utérus était refoulé en avant, à gauche et un peu en haut, par la présence d'une tumeur, indépendante de la matrice, régulièrement arrondie, ferme, rénitente, peu mobile, présentant les dimensions du poing et située en arrière et à droite dans le cul-de-sac de Douglas.

En présence d'un tableau clinique aussi net, le diagnostic de tumeur kystique de l'ovaire en situation pelvienne s'imposait. Au point de vue du traitement, il ne pouvait pas non plus y avoir d'hésitation, il fallait intervenir et c'est ce qui fut fait au début du mois d'octobre.

Sous anesthésie générale à l'éther, et après laparotomie médiane, on aperçut un utérus assez volumineux, rouge, congestionné et présentant une sorte d'inflexion : il était soulevé en avant au niveau de la région inférieure, mais son sommet avait basculé en arrière, et fermait le petit bassin. La matrice fut relevée avec de grandes précautions en tirant légèrement sur les ligaments ronds, puis la main, glissée dans le cul-de-sac utéro-rectal, ramena facilement la tumeur kystique. C'était un kyste de l'ovaire droit du volume du poing, assez lourd, sans adhérences, situé très bas dans le cul-de-sac, et qui était rattaché par un pédicule mesurant environ 6 centimètres de long. Ce dernier fut pincé entre deux clamps, lié, sectionné, et après péritonisation de la tranche de section, la paroi abdominale fut refermée sur quatre plans.

Les suites opératoires ont été parfaites, la malade s'est levée au dix-huitième jour et a quitté l Hôtel-Dieu vers le milieu du mois de novembre. La grossesse a continué à évoluer normalement, et dans le courant du mois d'avril, notre opérée donnait le jour à un robuste garçon.

En résumé, il s'est donc agi dans notre cas d'un kyste de l'ovaire droit en situation pelvienne, pourvu d'un pédicule assez long, compliquant une grossesse de trois mois dont l'évolution n'a été nullement troublée du fait de l'ovariotomie.

Il est un point de cette observation qui me paraît assez intéressant, et sur lequel je crois devoir insister quelque peu : je veux parler des avortements successifs qu'a présentés notre malade. A trois reprises différentes, il y a eu un début de grossesse, interrompue brusquement, et étant donnée l'impossibilité d'incriminer la syphilis (absence de tous signes, réaction de Wassermann négative), il est permis de se demander si ces accidents successifs n'ont pas été causés par la tumeur kystique que présentait notre malade. Si l'on peut hésiter pour la première interruption de grossesse qui s'est produite il y

a trois ans, en 1916, je crois que l'on peut au contraire être très affirmatif pour les deux dernières qui sont survenues en octobre 1918 et en avril 1919. Les avortements successifs sont des faits que l'on a pu relever un grand nombre de fois dans l'histoire des malades atteintes de kystes de l'ovaire, et il me semble bien, étant donné le volume de la tumeur enlevée, qu'il s'agissait là d'une production kystique évoluant depuis un certain temps, depuis deux ans au moins, et que c'est bien elle qui doit être incriminée dans les interruptions de grossesses.

Il ne me paraît pas nécessaire de revenir bien longuement sur la question du traitement des kystes de l'ovaire compliquant la grossesse et de la conduite à tenir en pareil cas. Une pareille discussion eût été certes des plus intéressantes il y a quelques années, lors des communications de la Société d'obstétrique, de gynécologie, et de pédiatrie de Paris (1904), où les interventionnistes et les abstentionnistes ont successivement exposé leurs idées sur cette question, et où un de nos maîtres, M. le professeur Audebert, avait dès ce début pris parti pour l'intervention.

Actuellement, depuis le rapport de Puech et de Vanverts au Congrès de gynécologie et d'obstétrique de Lille (1913), la question est définitivement jugée, et si quelques auteurs pensent encore que l'on peut s'abstenir en présence d'une tumeur ovarique à situation abdominale n'entraînant aucun trouble, tout le monde est d'avis, au contraire, qu'il faut intervenir, et le plus tôt possible, dans les cas de tumeurs à localisation pelvienne qui constituent une source permanente de dangers pour la femme enceinte.

Ces kystes sont en effet dangereux au cours de la grossesse en raison des chances d'avortement et des accidents qui peuvent survenir du côté du kyste (torsion), au cours du travail, car ils entraînent des dystocies, et au cours du post-partum, le kyste pouvant s'infecter s'il surgit quelques phénomènes septiques.

Dans le cas que je vous ai relaté, l'intervention chirurgicale était particulièrement indiquée, d'abord par suite des avortements antérieurs, et ensuite à cause de la situation même du kyste ovarique tombé dans le Douglas, rattaché au ligament large par un pédicule assez long, et maintenu dans cette situation par l'inflexion de l'utérus qui fermait le petit bassin.

Une pareille tumeur n'aurait pu ni s'éliminer spontanément, ni être refoulée par manœuvres externes, et sa seule présence aurait probablement déterminé une fois de plus une nouvelle interruption de la gestation. J'ajouterai encore que, même si la grossesse eût continué à évoluer normalement, ce que je ne crois pas, on se serait trouvé, au moment de l'accouchement, en présence d'accidents dystociques, la tumeur empêchant l'engagement et la descente ultérieure du fœtus, et qu'il aurait fallu à ce moment, soit en venir à la ponction du kyste à travers le vagin, ponction pleine d'aléas, soit à une intervention plus complexe, par la voie abdominale.

MORPHOLOGIE

De la dualité du corps humain.

Tel est le titre de la communication faite au congrès de Rouen de l'Association française pour l'avancement des sciences, qui vient de se terminer.

Voici le principe de la théorie.

La fécondation provoque la *juxtaposition* et non pas la fusion des deux germes ; d'où dualité du corps humain, avec indépendance de chaque hémicorps et de sa solidarité fonctionnelle.

Chaque moitié du corps a une vie indépendante.

Les cellules spécifiques de chaque moitié ont une vie biologique différente de celle correspondante de l'autre moitié.

Par exemple : une cellule musculaire du deltoïde droit dans un endroit déterminé diffère de la cellule correspondante du deltoïde *gauche*.

D'autre part, la dite cellule fait partie d'une famille de la moitié du corps où tous les organes se tiennent, indépendamment de la moitié *gauche* où les organes font partie d'une *autre* famille jouissant d'une vie biologique autochtone.

La théorie de métamérie de Brissaud divisant la moelle épinière en plusieurs segments parallèles doit être complétée par une seconde division *perpendiculaire*, divisant la moelle en deux parties, droite et gauche, ayant chacune une vie indépendante.

La fusion de l'ovule et du spermatozoïde n'est que *juxtaposition*, ou plutôt accolement.

Une moitié du corps représente l'ovule ou plutôt exactement un 1/2 ovule, et l'autre moitié du corps est l'expression d'un 1/2 spermatozoïde.

Tout homme représente une 1/2 femme ; toute femme représente un 1/2 homme.

C'est la moitié dominante qui détermine le sexe et ses attributs.

L'asymétrie normale humaine, caractérisée par la prédominence musculaire d'un côté, le plus souvent droit, est la conséquence de la dualité de notre origine, dualité que nous conservons à l'état formé, à l'état adulte.

Cette dualité existe aussi dans notre caractère, dans notre esprit.

C'est la prédominence du 1/2 ovule qui détermine le sexe ; c'est sa persistance limitée qui donne à l'homme, ou plutôt à certains hommes, le cachet féminin.

M. Bérillon, dans la Société de pathologie comparée du mois de juin 1920, a déjà parlé de la dualité manuelle et faciale.

Cet auteur croit à l'indépendance fonctionnelle des deux hémisphères cérébraux.

Il note, en outre, de la dextérité, une *dualité* de *l'expression* faciale.

Cela veut dire que chaque moitié exprime des sentiments différents.

Cette pensée de M. Bérillon s'explique par la juxtaposition des deux demi-germes.

D'ailleurs, nous avons remarqué que souvent, lors qu'un seul organe perceptible à nos sens est nettement anormal, toutes les localisations internes doivent être recherchées du même côté. Par exemple à droite.

Le système vasculo-nerveux du même côté, frappé de déchéance dès la vie intra-utérine, a localisé à droite toutes les affections du malade, si le germe situé à droite l'était lui-même.

Si les deux demi-germes sont touchés, l'affection sera bilatérale, mais sous forme particulière.

Une leçon clinique de M. Chauffard sur les cancers du pancréas, parue dans le *Concours médical* du 31 juillet 1921, nous apporte une démonstration clinique, de première importance, valant une expérience de physiologie expérimentale, en faveur de notre théorie.

La leçon est remarquable à tous points de vue; elle nous intéresse particulièrement, parce que le point d'interrogation posé par l'éminent clinicien se trouve résolu par la théorie de la dualité du corps humain.

Il y a dualité des cancers du pancréas, suivant le siège de la tumeur, à la tête ou au corps.

Le cancer de la tête est une maladie.

Le cancer du corps du pancréas en est une autre.

Le cancer de la tête se diagnostique facilement ; il est aussi plus fréquent.

Le cancer du corps est plus difficile à reconnaître.

« Une même affection, d'un même organe qui « se montre sous les types de deux maladies *dis-* « *tinctes,*

« *C'est un fait unique en pathologie.*

« Cependant que les trois parties, tête, corps et « queue forment *un tout* au point de vue anato- « mique et physiologique. »

***

M. Chauffard ne s'explique pas pourquoi, dans un organe qui forme *un tout*, la même affection se présente sous des *formes différentes.*

Or, l'explication vient de la dualité du corps.

Le pancréas, *en réalité*, n'est pas un tout anatomique et physiologique.

Le pancréas est composé de deux demi-pancréas : la tête et le corps,

Chaque moitié du pancréas provient d'une cellule sexuelle différente ; chaque moitié représente donc un corps différent.

On comprend pourquoi les cancers de la tête et du corps du pancréas sont deux maladies différentes.

Le premier développement de l'embryon humain est encore mal connu.

Plus exactement, on ne connaît pas le début de son développement, pendant la première quinzaine.

Notre théorie apporte donc une lumière à la science embryologique pour la période obscure du développement.

La théorie de la dualité apporte aussi un concours efficace au médecin et au chirurgien, ainsi que je l'ai exposé au congrès.

La tuberculose du sommet, quelquefois difficile à localiser, à cause de la congestion surajoutée, peut, grâce à la dualité et à la solidarité fonctionnelle de l'hémicorps, se diagnostiquer facilement, après un examen attentif de chaque hémicorps.

Un nævus, un kyste sébacé, une dystrophie pilaire ou unguéale à localisation unilatérale, toute autre affection unilatérale, dirigeront le diagnostic vers la moitié du corps correspondante.

Nous fixons avec le doigt le sommet présumé atteint dont la confirmation sera faite par tous les moyens de vérification à notre disposition.

En vertu de la solidarité de chaque hémicorps, nous disons que le sommet est atteint du même côté où se trouve le nævus, le kyste sébacé, la dystrophie pilaire, etc.

Voilà pour la médecine.

Il en est de même pour la chirurgie.

Un chirurgien se prépare à faire une néphrectomie.

Il a une tâche redoutable devant lui.

En éliminant un rein, va-t-il laisser son congénaire suffisant pour l'émonctoire de l'organisme ?

La fonction du second rein est une question de vie ou de mort pour le malade qui peut être emporté d'urémie après la néphrectomie de son cousin, le rein malade.

Que faire ?

L'exploration urétérale n'est pas inconnue de nos savants urologistes qui la manient magistralement.

Cependant, les dangers d'infection ascendante ne sont pas à dédaigner malgré les soins pris.

De plus, l'exploration fonctionnelle unilatérale ne peut pas donner, en l'espèce, le maximum de sécurité, ne sachant pas la part de l'épuration totale revenant à chaque rein, dans un cas donné.

Les deux reins peuvent fonctionner normalement d'une façon inégale. Un rein peut être chargé dans la vie intra-utérine de la grosse moitié de l'épuration totale.

Ce pourrait être celui, qui, tuberculeux, a besoin du couteau du chirurgien.

Le second rein, petit de naissance, insuffisant congénital, ne pourra pas assurer par ses seules forces l'épuration totale ; il succombera à sa tâche ; il entraînera dans sa perte l'opéré.

L'urologiste ne saura pas toujours discerner avec certitude si le rein laissé *seul* dans l'organisme



après l'extirpation de l'autre sera en mesure de faire face aux fonctions rénales *doubles.*

L'examen attentif de *tout* l'organisme pourrait alors venir en aide au chirurgien dans l'attente de l'opération.

La moindre trace d'une lésion congénitale cutanée ou d'une lésion interne caractérisée unilatérale devra fixer le diagnostic.

Si rien n'est visible à l'extérieur de l'organisme, rien à l'intérieur, on aura des probabilités de l'absence de lésion dans le rein recherché ! On dira : il est probablement le sain.

L'opération pourra se faire sur l'autre.

La même discussion peut se renouveler dans toutes les branches de la science médicale et même des sciences biologiques.

Il appartient aux chercheurs de diriger leurs recherches dans ce sens.

Dr ABRAMOVITSCH
(Le Havre).

A TRAVERS LA PRESSE

Les règles de l'administration du salicylate de soude

Voici, d'après M. NOËL FIESSINGER, les règles de l'administration du salicylate de soude dans le rhumatisme articulaire aigu :

1° Administration fractionnée, toutes les 2 ou 3 heures, nuit et jour;

2° Dilution alcaline, pour éviter l'irritation des voies digestives ;

3° Dose suffisante, soit 0 gr. 40 en moyenne par jour et année d'âge (6 à 8 grammes chez l'adulte);

4° Traitement maintenu un peu après la chute de la température;

5° Contrôle de l'élimination urinaire, le médicament se décelant dans les urines par une coloration pourpre quand on y ajoute du perchlorure de fer. L'albuminurie rhumatismale ne doit pas faire interrompre le traitement (*Journal des Praticiens*, 16 juillet 1921).

Le diagnostic du chancre mixte.

Considéré comme rare par Fournier, le chancre mixte semble être une réalité plus fréquente qu'on ne le croit généralement. Gaucher, dans son enseignement et en particulier dans des leçons *que nous* avons publiées ici-même, mettait toujours en garde contre la possibilité de voir survenir, derrière un chancre simple ou une éruption d'herpès génital, un chancre syphilitique. Non prévenu, le praticien rassure son patient, n'insiste pas pour qu'il revienne montrer sa lésion, et, quand le malade retourne consulter, quelque temps après — parfois chez un autre médecin — c'est pour une roséole ou des plaques muqueuses.

Le diagnostic du chancre mixte est loin d'être toujours facile. D'abord, les topiques appliqués sur le chancre simple peuvent indurer celui-ci. De plus, on s'attendrait à voir l'ulcus à bords décollés, à base souple, du chancre simple, lorsqu'il va céder la place au chancre syphilitique, se superficialiser, se transformer, s'indurer, s'accompagner d'une adénopathie caractéristique. Or, souvent, il n'en est rien. L'aspect de la lésion, dans bien des cas change peu, et c'est l'apparition inopinée des accidents secondaires qui fait le diagnostic. Pendant ce temps, le malade a perdu le bénéfice du traitement précoce. En présence d'un chancre simple, il faut donc exercer une surveillance suivie du patient pendant une certaine période de temps.

MM. THIBIERGE et PIERRE LEGRAIN viennent d'étudier le problème délicat du diagnostic précoce du chancre mixte. Ils l'appuient surtout sur les méthodes de laboratoire. La recherche du spirochète dans le pus du chancre simple échoue trop fréquemment pour être un procédé fidèle. Le Wassermann apporte des données beaucoup plus précises, qui demandent à être interprétées toutefois.

Le chancre simple apparaît dans les 24 à 36 heures qui suivent la contagion et le chancre syphilitique trois semaines après. Entre le début du chancre spécifique et la réaction de Bordet-Wassermann s'écoule un délai de 15 à 20 jours environ. De sorte que le Bordet-Wassermann dans un cas de chancre mixte sera positif au bout de 35 à 40 jours en moyenne.

Pour tirer de la réaction de Wassermann, dans le diagnostic du chancre mixte, des déductions rationnelles, il faut d'abord la pratiquer une première fois dans les jours qui suivent l'apparition du chancre simple. Négative à ce moment, elle donnera la preuve à peu près absolue que le malade n'était pas syphilitique avant d'avoir son chancre. On recherchera une seconde fois le Wassermann vers le 30e ou 40e jour et au besoin une troisième fois un peu plus tard. En pratique, si la réaction n'est pas devenue positive au quarantième jour, il y a de grandes chances pour que le chancre soit un chancre uniquement simple (*Presse médicale*, 16 juillet 1921).

La déclaration obligatoire de la tuberculose a-t-elle des bases biologiques.

S'il est, en matière de tuberculose pulmonaire, un dogme paraissant intangible, c'est bien celui du danger que le malade tuberculeux fait courir à ceux qui l'approchent, en les infectant et les surinfectant. C'est sur cet argument majeur que se basent les partisans de la déclaration obligatoire, qui les amène à l'isolement du bacillaire.

M. MARCEL LAVERGNE, dans un travail intitulé : Quelques considérations sur les surinfections dans la tuberculose envisagées au point de vue

prophylactique, s'élève contre ce dogme, tout au moins contre ses exagérations, et il appuie son opinion d'arguments biologiques, expérimentaux, et cliniques. Il met en avant cette notion nouvelle d'une certaine immunité anti-tuberculeuse acquise par une série d'infections légères et répétées, d'où la possibilité de vivre, sans trop d'inconvénients et avec quelques précautions, auprès des tuberculeux. Si l'on pratique chez le cobaye, dit-il, des surinfections fréquemment renouvelées avec de très petites doses de bacilles, loin d'aggraver ou de précipiter l'évolution de la tuberculose, ces surinfections impriment à celle-ci une allure chronique. Chez l'homme, l'aggravation de la tuberculose par une surinfection ne semble pouvoir être réalisée que par une réinfection *massive*. Comme nous sommes tous un peu des tuberculeux, à lésions minuscules (la cuti-réation est positive chez 98 % des sujets adultes), ces considérations s'appliquent aux organismes sains. Elles s'appliquent même aux enfants, mais chez ceux-ci, chez les nourrissons principalement, en raison de la non-immunité des réactions plus vives du tout jeune âge, il est préférable de pratiquer l'éloignement du milieu tuberculeux.

« Comme conclusion pratique, il faut, par des mesures d'hygiène, réduire au minimum les chances de contamination *massive*. Il est inutile, dans ces conditions, de condamner l'adulte tuberculeux à un isolement rigoureux ».

Cette conclusion, paradoxale encore aujourd'hui et qu'on ne peut qu'émettre sous caution, sera-t-elle vérité demain ? (*Presse médicale*, 16 juillet 1921).

L'amygdalite cryptique, maladie générale.

M. Guisez a observé au cours de l'amygdalite cryptique un certain nombre de troubles généraux qui lui ont paru assez importants pour justifier l'appellation d'amygdalite cryptique, maladie générale.

L'amygdalite crytique est une affection fréquente qui, en dehors des poussées inflammatoires aiguës qu'elle peut provoquer, détermine peu de symptômes locaux ; elle n'entraîne, en effet, ni douleur, ni dysphagie, ni gêne appréciable. Aussi passe-t-elle facilement inaperçue, et du malade et aussi du médecin. Dans les cryptes amygdaliennes dilatées, néanmoins, s'accumulent des magmas où cultivent des microbes divers, avec comme conséquence, des résorptions septiques et un état d'infection générale plus ou moins accusé. L'infection légère ainsi constituée entraîne souvent toute une série de symptômes généraux, de la perte de l'appétit, de l'anémie, une lassitude générale, un peu d'hyperthermie même, des troubles digestifs, parfois de l'albuminurie (orthostatique), des accidents cardiaques, voire des dermatoses. Les diagnostics les plus variés peuvent être formulés, anémie, dyspepsie, bacillose, etc., jusqu'au jour où un examen de la gorge révèle l'affection amygdalienne. Un nettoyage des cryptes tonsillaires, le morcellement des amygdales malades, amènent rapidement la guérison de tous ces accidents (*Gazette des hôpitaux*, 21 juillet 1921).

Les rapports de la pelade et de la syphilis.

Il existe une alopécie syphilitique bien connue, qui survient vers le 6e mois après le début du chancre et coïncide avec une syphilis secondaire en pleine activité. Elle affecte un type particulier, en clairière, s'établit en trois ou quatre semaines, et guérit, avec ou sans traitement, après un laps de temps variable, de trois mois en moyenne.

Cette alopécie, que tout le monde s'accorde à considérer comme syphilitique, est très différente de la pelade, alopécie en plaques, en aires, d'aspect spécial. La pathogénie de cette dernière est encore incomplètement élucidée. On l'a rattachée à l'hérédité (pelade héréditaire), à des troubles endocriniens (pelade de la ménopause, de l'adolescence), à l'évolution tardive et douloureuse de la dent de sagesse (Jacquet), etc. Depuis une douzaine d'années, M. Sabouraud s'est efforcé d'établir, dans de patientes recherches, quelles relations pouvaient exister entre la pelade et la syphilis, la syphilis héréditaire particulièrement. Il a noté, chez les peladiques, une fréquence anormale de la syphilis acquise et surtout de l'hérédo-syphilis et des stigmates de cette dernière. De même pour le Wassermann. Il ne considère pas, certes, la pelade comme un accident de la syphilis, au même titre que l'alopécie secondaire. Nullement. Mais il lui semble bien que parmi les causes susceptibles d'intervenir pour provoquer la dystrophie peladique, à côté des troubles dentaires, endocriniens ou autres, à leur base peut-être aussi parfois, la syphilis et l'hérédo-syphilis doivent être invoquées souvent.

Il s'agit là, dit-il, non pas de théorie mais de pratique, d'une donnée qui a pour corollaire un traitement immédiat. Nombreux sont les cas où un traitement antisyphilitique, pratiqué même en cachette avec le vieux sirop de Gibert, a permis à l'auteur de venir à bout de pelades graves. rebelles, et a assuré, en plus, à l'enfant un meilleur développement général (*Presse médicale*, 23 juillet 1921).

Le traitement opératoire de l'ulcus de l'estomac.

L'ulcus gastrique rentre dans le groupe particulier d'affections auxquelles Dieulafoy avait donné le nom de médico-chirurgicales. Il est justiciable, en effet, selon les cas, tantôt d'un traitement médical, tantôt d'un traitement opératoire. Les indications de ce dernier ne sont pas toujours très faciles à saisir et elles offrent souvent pour le praticien un certain embarras. MM

Le Noir, Ch. Richet fils et Jacquelin donnent quelques notions générales intéressantes sur ce sujet. Pour eux, exception faite des interventions d'urgence et de l'ulcéro-cancer, sont à opérer, à froid pour ainsi dire, les ulcus qui après une phase *suffisante* de repos et de traitement médical, restent douloureux, hémorrhagiques ou sténosants. Toutes choses égales, les indications doivent être plus rigoureuses dans l'ulcère de la petite courbure que dans l'ulcère du pylore. Le pronostic opératoire étant grave au cas d'insuffisance rénale, même légère, ou d'insuffisance hépatique accentuée, ces deux états constituent une contre-indication, soit relative, soit absolue, suivant leur degré, à l'intervention. Chez de tels malades, il faut proscrire le chloroforme et limiter l'acte opératoire au strict nécessaire (*Presse médicale*, 27 juillet 1921).

P. L.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

Hémiplégie consécutive à une ponction lombaire.

(M. Arnold Netter. — *Soc. méd. des hôpitaux*).

Une jeune femme est atteinte depuis 70 jours d'encéphalite légère, ambulatoire, qui paraît manifester de la tendance à la guérison. Toutefois, la ponction lombaire semble nécessaire pour préciser le diagnostic (avec la syphilis) et diriger le traitement.

Le lendemain de cette intervention, la malade accuse une céphalée à droite et le jour suivant s'installe une paralysie faciale suivie de paralysie des membres du côté opposé.

Sans pouvoir l'affirmer, remarque M. Netter, il semble bien que la ponction lombaire ait joué ici un rôle dans la genèse de l'hémiplégie.

L'ail, médicament hypotenseur.

(MM. Loeper et Debray. — *Soc. méd. des hôpitaux.*)

M. Loeper revient, à la Société des hôpitaux sur la question des propriétés thérapeutiques de l'ail. En dehors de ses effets sur les voies respiratoires, l'ail est un agent hypotenseur. L'hypotension produite est assez persistante, même à doses faibles, et s'accompagne d'une augmentation de l'indice oscillométrique. L'auteur s'adresse de préférence à la teinture d'ail, employée à raison de 20 à 40 gouttes par jour, en deux fois.

Grande hémophilie familiale guérie depuis dix ans.

(M. P. Emile-Weil. — *Société médicale des hôpitaux.*)

M. P. Emile-Weil relate une observation de grande hémophilie familiale soignée par lui pendant 4 ans (de 1909 à 1913) au moyen d'injections de sérum sanguin répétées tous les deux mois. Le point le plus intéressant de ce cas est la persistance de la guérison. La malade, de famille hémophile et hémophile elle-même, a cessé tout traitement depuis 7 ans et n'a plus présenté aucun accident hémorrhagique.

L'exploration rénale par la phénolsulfonephtaléine. Un appareil simple de mesure : le chromoscope néphrométrique.

(MM. C. Lian et G. Siguret, de Saint-Nectaire. — *Société méd. des hôpitaux.*)

Parmi les épreuves proposées pour l'exploration clinique des fonctions rénales, une des plus intéressantes est celle de la phénolsulfonephtaléine. Analogue à l'épreuve du bleu de méthylène, elle a sur celle-ci l'avantage d'être plus rapide et de ne pas donner lieu à des produits d'élimination incolores (chromogène), comme le fait le bleu.

Préconisée par les auteurs américains Rowntree et Geraghty, l'épreuve consiste à injecter une solution de phénolsulfonephtaléine, à recueillir les urines, colorées en rouge, et à déterminer leur teinte par comparaison avec des solutions plus ou moins concentrées du colorant. L'élimination étant rapide et se prolongeant beaucoup moins que celle du bleu de méthylène, on est fixé sans délai sur l'état des fonctions rénales. La technique, conseillée par Rowntree et Geraghty, consiste à faire uriner le malade avant l'injection (jeter cette urine), à lui donner à boire un verre d'eau et à injecter dans les muscles, de la masse sacro-lombaire de préférence, un centim. cube d'une solution contenant 6 milligrammes de phénolsulfonephtaléine. Une heure dix après l'injection, le patient urine. L'urine est alcalinisée avec 2 à 4 cent. c. de lessive de soude et diluée avec de l'eau distillée jusqu'à un litre.

On apprécie la teneur de l'urine en phénolsulfonephtaléine par comparaison avec des tubes diversement colorés (méthode colorimétrique). C'est pour simplifier cette comparaison, que MM. Lian et Siguret ont fait construire un petit appareil, dit chromoscope néphrométrique, dans lequel des tubes étalonnés sont fixés en cercle sur une tablette tournante, le tube d'urine à essayer venant se placer, lorsqu'on tourne l'appareil, successivement entre les tubes voisins de la graduation.

Chez un sujet sain, on doit retrouver une teinte de l'urine correspondant à 50 % de la phénolsulfonephtaléine injectée. Les variations de l'élimination de ce produit sont parallèles à la constante d'Ambard. Une élimination faible indique qu'il faut recourir au dosage de l'urée sanguine.

Un cas de kala-azar observé à Paris.

(MM. Carnot et Libert, — *Société méd. des hôpitaux.*)

Depuis la guerre, le nombre des cas de maladies exotiques observés en France s'est multiplié. M.

Marcel Labbé signalait récemment le kala-azar chez trois enfants habitant la côte méditerranéenne. M. Carnot rapporte aujourd'hui une observation de cette maladie chez un sujet ayant séjourné, pendant l'année 1918, en Macédoine.

Le kala-azar, affection causée par un germe spécial (corpuscules de Leishmann-Donovan), provoque une splénomégalie, des accès fébriles et une anémie, qui rappellent le paludisme. Ce fut effectivement le diagnostic auquel s'arrêta d'abord M. Carnot. Mais l'échec du traitement quinique, l'absence d'hématozoaires dans le sang firent rejeter cette hypothèse. La ponction de la rate et l'examen du sang ainsi prélevé donna la clef du problème en montrant des corpuscules de Leishmann.

Il est probable qu'un certain nombre de leishmanoses, affections auxquelles on pense rarement en France, restent ignorées et méconnues ; elles sont traitées généralement comme états paludéens.

MM. Klippel et Monier-Vinard soignent en ce moment une jeune fille atteinte de cette maladie depuis environ quatre mois. L'affection a été contractée au Maroc.

La tuberculose chez les sujets porteurs de cercle cornéen.

(MM. Lortat-Jacob et Turpin. — *Soc. méd. des hôpitaux.*)

MM. Lortat-Jacob et Turpin, s'appuyant sur une trentaine d'observations prises au sanatorium Clémenceau, de Bicêtre, accordent au cercle cornéen une certaine valeur dans l'établissement du pronostic de la tuberculose pulmonaire. Le cercle cornéen (arc sénile ou gérontoxon) doit être considéré, selon eux, plutôt comme une réaction de terrain que comme un signe de vieillesse. Il indique une tendance à la sclérose et coexiste avec les formes à évolution scléreuse (plus favorables par conséquent) de la tuberculose.

Manifestations successives de l'anaphylaxie chez un malade sensibilisé à l'ovalbumine.

(MM. Pagniez, Valléry-Radot et Haguenau. — *Soc. méd. des hôp.*)

MM. Pagniez et Valléry-Radot ont pu suivre pendant 10 mois un malade sensibilisé à l'ovalbumine, chez lequel la même cause, l'ingestion de blanc d'œuf cru, provoqua successivement des accidents divers de l'anaphylaxie : urticaire, crises d'asthme, diarrhée, et même grande attaque anaphylactique (vomissements, diarrhée, œdème de Quincke, état syncopal). Seul, le blanc d'œuf *cru ou peu cuit* était nocif, et une douzaine de gouttes suffisaient à déclancher les accidents. Le traitement désensibilisateur resta sans effet.

M. Linossier a toujours vu l'intolérance pour le blanc d'œuf s'atténuer et même disparaître par la cuisson. La toxicité, au maximum pour l'œuf cru, diminue pour l'œuf au plat et est pratiquement nulle pour l'œuf dur. L'état des organes digestifs, du foie en particulier, est un facteur important de l'intolérance.

M. Lortat-Jacob a rencontré des malades qui faisaient des accidents anaphylactiques, avec asthme, urticaire, troubles digestifs, liés à la présence d'ascaris. La disparition de l'ascaridose amenait la cessation des troubles en question.

Le fonctionnement intestinal des tuberculeux.

(MM. Le Noir et Goiffon, — *Soc. méd. des hôp.*)

MM. Le Noir et Goiffon ont fait une étude coprologique du fonctionnement intestinal chez un groupe de malades tuberculeux dont les voies digestives semblaient normales. L'examen des selles leur a montré certaines anomalies évoluant dans divers sens (putréfactions, fermentations). Il résulte de ces recherches que le tube digestif des tuberculeux, même dans la première période, même quand les selles sont en apparence normales, a un fonctionnement défectueux. Il est intéressant de s'en souvenir, en pratique, et de ne pas trop compter sur l'intégrité des voies digestives chez les bacillaires. La suralimentation, même prudente, doit être surveillée et une surveillance coprologique pourrait offrir son utilité.

P. L.

Lyon.

Société nationale de Médecine et des Sciences médicales.

Tuberculose cæco-appendiculaire.

MM. Delore et Gaillard présentent une malade entrée à l'hôpital pour appendicite subaiguë. Début de l'affection pendant l'été de 1920 : troubles digestifs vagues avec amaigrissement ; en novembre, crise appendiculaire suivie de troubles digestifs persistants. A l'entrée, défense au niveau de la fosse iliaque droite, réaction douloureuse assez nette ; malade pâle, amaigrie, sans température. Intervention le 17 février : altération de la base de l'appendice, s'étendant sur le cæcum tout autour de l'insertion du vermis. L'appendice fut enlevé et la paroi cæcale attenante réséquée sur une surface équivalant à une pièce de cinq francs environ. L'examen histologique montra qu'il s'agissait de lésions tuberculeuses. L'intérêt du cas réside dans le fait d'avoir pu « surprendre » une telle lésion à son début.

Guérison d'un cancer du rectum opéré il y a quatorze années.

MM. L. Bérard et A. Chalier présentent une femme actuellement âgée de 41 ans, opérée par eux il y a quatorze ans pour un épithélioma malin, sus-ampullaire, du rectum. La guérison, tant anatomique que fonctionnelle, s'est maintenue parfaite.

Anévrysme de l'aorte descendante.

MM. Cade et Morénas rapportent l'observation d'un malade qui survécut *trente-deux heures* à la rupture d'un anévrysme de l'aorte dans la grande cavité péritonéale. L'anévrysme était resté latent cliniquement, sauf un peu de dysphagie (il y avait deux ectasies séparées par l'orifice diaphragmatique) et radioscopiquement.



Pseudo-rhumatisme syphilitique précoce simulant un rhumatisme blennorrhagique.

M. L.-M. Bonnet présente une malade entrée dans son service pour vaginite blennorrhagique et bartholinite gauche ; pas d'ulcérations génitales ; adénopathie inguinale rappelant l'adénopathie satellite du chancre syphilitique. Quinze jours après l'entrée, débute une poussée de rhumatisme localisé aux épaules et aux articulations sterno-claviculaires, puis s'étendant aux genoux, aux cous-de-pied, aux temporo-maxillaires. On donna d'abord du salicylate qui n'eut qu'une action passagère, puis on fit du sérum antigonococcique, dont l'action fut également incomplète. Néanmoins, on maintint le diagnostic de rhumatisme blennorrhagique, quand, un peu plus d'un mois après le début de ces accidents, apparut une roséole et deux petites plaques érosives sur la grande lèvre. On fit alors des injections de novarsénobenzol dont la première suffit à guérir complètement le rhumatisme. La nature syphilitique de ce dernier était ainsi démontrée. Cette observation est intéressante en ce que, si les arthralgies sont fréquentes dans la syphilis secondaire, les arthrites pseudo-rhumatismales sont rares. Contrairement à l'opinion classique, celles-ci, dans ce cas, se sont montrées mobiles et n'ont pas épargné les petites articulations. Enfin la précocité (avant la roséole) est à noter.

Zona et varicelle.

MM. Gravier et Langeron présentent deux malades d'une même salle d'hôpital dont l'une a présenté un zona intercostal typique, et l'autre, quinze jours après, une varicelle. A ce propos, ils rappellent que plusieurs auteurs ont signalé des cas de varicelles ayant succédé à des zonas, soit chez un même malade, soit chez des membres d'une même famille, soit chez des malades d'une même salle, au point qu'on a pu soutenir (Netter) l'identité des deux affections. Le seul fait certain, c'est que c'est toujours la varicelle qui succède au zona, et jamais l'inverse.

Radiographie des sinus de la face.

MM. Lannois et Arcelin ont pratiqué de nombreuses radiographies des sinus, notamment pendant la guerre, avec la collaboration de M. Sargnon. Ils prennent toujours deux épreuves, l'une de face, l'autre de profil : pour la première, le sujet est couché sur le ventre, la tête réposant sur la plaque par le menton et le nez ; pour la seconde, le sujet est couché sur le dos, la plaque placée verticalement contre la face latérale droite ou gauche du sujet, on peut ainsi localiser très exactement les corps étrangers. Pour le diagnostic des sinusites, la lecture des radiographies est délicate, en raison de l'extrême variabilité de la morphologie des sinus. Néanmoins la radiographie ajoute un complément important d'information aux autres procédés d'exploration des sinus de la face.

Rupture traumatique de l'urètre.

M. Murard présente deux malades qu'il a opérés pour rupture traumatique de l'urètre spongieux. Chez le premier, après cystostomie, il fit une suture de l'urètre et laissa une sonde à demeure en raison de l'importance des lésions constatées. La guérison est aujourd'hui parfaite et a demandé environ huit mois . Chez le second blessé, on ne laissa pas de sonde à demeure, malgré des lésions graves ; les suites furent cependant plus simples que dans le premier cas, la guérison n'a demandé que trois mois. L'auteur pense donc qu'au peut étendre les indications de la suture totale avec cystostomie, suivie de dilatation, à des cas où les lésions paraissent graves.

Calcul du canal de Warthon.

M. Gaillard présente, au nom de M. Delore, un calcul du volume d'un noyau de date enchâssé dans le canal de Warthon d'où il fut enlevé. On le sentait au palper sous la forme d'une tumeur dure, allongée dans le sillon paralingual droit, mobile sous la muqueuse et sur l'os, douloureuse à la pression. La mastication provoquait un gonflement sous-maxillaire du volume d'une noix qui disparaissait rapidement avec un afflux de salive.

Société médicale des Hôpitaux.

Néoplasme gastrique. Fistule gastro-jéjunale.

MM. Gardère et Dechaume présentent les pièces provenant de l'autopsie d'une malade. Il s'agit d'un gros néoplasme végétant de la région pylorique, ayant perforé la portion initiale du jéjunum, créant ainsi une fistule gastro-jéjunale. Celle-ci était restée latente cliniquement ; elle permettait l'évacuation de l'estomac. L'orifice jéjunal de la fistule rappelait par son aspect un orifice de gastro-entéro-anastomose. Il s'agissait donc, suivant l'expression des auteurs, d'une véritable *gastro-entéro-anastomose pathologique.*

Le trou auscultatoire et ses conditions de production (1).

MM. L. Gallavardin et J. Barbier. — Le phénomène du *trou auscultatoire* est un signe qui se perçoit, dans certains cas, en auscultant l'artère humérale au-dessous de la manchette sphygmomanométrique. Au lieu d'entendre, entre le moment où se lit la tension maxima et celui où se lit la tension minima, une série ininterrompue de bruits artériels, on note à un moment donné une cessation de ces bruits qui reprennent ensuite ; il y a comme un trou dans la courbe auscultatoire.

a) Le trou auscultatoire est surtout fréquent dans le rétrécissement aortique serré associé à l'insuffisance aortique. Mais contrairement à ce qu'avait d'abord pensé M. Gallarvardin, il n'est nullement pathognomonique de cette affection : on peut voir des rétrécissements aortiques sans trou auscultatoire, et celui-ci peut se rencontrer fréquemment en dehors de tout rétrécissement aortique (insuffisance aortique, vieillards hypertendus).

b) Le trou auscultatoire peut être *complet* : zone complètement silencieuse pouvant être située au centre de la courbe auscultatoire ou plus ou moins rapprochée d'une de ses extrémités ; ou bien il est *incomplet*, c'est-à-dire qu'il n'y a pas silence absolu, mais diminution des bruits artériels. Le phénomène est sujet en outre à des variations chez le même sujet sous diverses influences (efforts, variations du rythme cardiaque, etc.).

c) La pathogénie du trou auscultatoire est assez complexe. D'après Gallavardin et Tixier (de Nevers), le facteur principal en est *le point mort de l'ondée pulsatile*, autrement dit « toutes les fois qu'une onde pulsatile présente dans son accroissement tensionnel un ralentissement appréciable, un point mort, la paroi artérielle, qui vibrait et résonnait au-dessus et aucessous, a de la tendance à devenir silencieux et à dreuser un trou auscultatoire. » A ce facteur s'ajoute le défaut de résonnance artérielle, facteur secondaire.

De la tension artérielle dans la convalescence de la fievre typhoïde.

M. A. Dumas a mesuré, chez 10 typhiques pri au hasard, au début de leur convalescence, la tension artérielle avant et après un effort réglementé. Dans la moitié des cas, les réactions tensionnelles à l'effort

(1) Cf. *Concours Médical*, 1921, nº 13, p. 874.

ont été normales ou exagérées (sujets jeunes, fièvre d'intensité moyenne, non compliquée). Dans les 5 autres cas, les réactions tensionnelles ont été nulles, troublées ou négatives (malades âgés, débiles, ou ayant présenté une fièvre sévère ou compliquée). Ces faits mettent en évidence la difficulté que peuvent éprouver le cœur et l'appareil neuro-vasculaire à se réadapter à l'augmentation de tension nécessaire à la reprise de la vie normale, sans qu'on puisse cependant en conclure que les malades de la seconde catégorie soient voués à garder un cœur débile et à présenter des accidents cardiaques.

Syndrome secondaire malin de la diphtérie.

M. Mouriquand relate deux observations de ce syndrome décrit par Marfan : sérothérapie commencée tardivement, intensité des lésions pharyngées, grosse adénopathie cervicale ; sous l'influence du traitement, la gorge se déterge, l'état général général s'améliore, la température baisse ; mais après cette accalmie trompeuse, la situation change brusquement : teint plombé, asthénie, défaillance cardiaque, hypertrophie du foie, vomissements et mort.

Paralysie du diaphragme gauche dans l'ulcère de l'estomac.

M. L. Bouchut. — La paralysie diaphragmatique, beaucoup moins rare qu'autrefois, depuis que se multiplient les examens radioscopiques, peut se localiser à la moitié gauche du muscle, qui, perdant sa tonicité, se laisse forcer par la poussée abdominale et se trouve situé en plein thorax entraînant à sa suite l'estomac et l'intestin. L'image radioscopique est caractéristique : ligne mince, à courbure très accentuée dont le point culminant atteint la 4e ou 3e côte ; grosse tubérosité de l'estomac et angle colique gauche distendus emplissant le 1/3 inférieur de l'hémithorax, déviation du cœur à droite. Cliniquement, cette lésion est souvent latente, ou donne un léger affaiblissement du murmure à la base gauche, ou encore signes d'hydro-pneumothorax.

La pathogénie paraît n'être pas univoque et varier selon les cas : tantôt il s'agit d'une atrophie congénitale, tantôt d'une paralysie par blessure du nerf phrénique, tantôt de lésions inflammatoires de la plèvre retentissant sur le muscle sous-jacent. A ces causes, M. Bouchut pense qu'il faut en ajouter une nouvelle, non encore signalée jusqu'à présent : l'ulcère de l'estomac. Il présente, à l'appui de cette manière de voir, quatre observations. L'ulcère crée, en effet, autour de lui un état inflammatoire qui peut, on le conçoit, retentir sur le diaphragme voisin pour y déterminer l'état paralytique.

Étude statistique sur la typhoïde à Lyon.

MM. Rebattu et Milhaud concluent, d'une étude comparée sur la morbidité typhique dans les hôpitaux de Lyon en 1912-1913 et en 1920, que cette morbidité, *chez l'homme*, a sans aucun doute considérablement diminué après la vaccination, que le nombre des vaccinés contractant à nouveau la typhoïde est très réduit, et que ceux-ci ne présentent, le plus souvent, que des formes légères.

Traitement de la tuberculose pulmonaire aiguë par la méthode de Forlanini.

M. Paul Courmont présente trois observations de phtisie galopante traitée par le pneumothorax artificiel. Ces malades étaient dans un état extrêmement grave et seraient sûrement mortes en quelques semaines sans l'intervention. Or, l'une d'elles est pratiquement guérie depuis un an et demi, une autre peut être considérée comme sauvée au bout de deux mois de traitement, la troisième est dans un état très satisfaisant. Il ne faut donc pas hésiter à intervenir dans les cas de phtisie aiguë, même si l'état génral est très médiocre. La seule contre-indication est l'envahissement du poumon opposé, point d'ailleurs extrêmement délicat à apprécier.

Chorée de Sydenham chez une hérédo-syphilitique.

MM. Mouriquand, Martine et Régnier présentent une fillette de 10 1/2 manifestement hérédo-syphilitique, avec réaction de Bordet-Wassermann positive, et atteinte en même temps de chorée. Ce cas paraissait ainsi favorable à la thèse de M. Milian qui admet la nature syphilitique de la plupart des chorées de Sydenham. Or, le traitement spécifique (benzoate de Hg intra-musculaire et néosalvarsan intra-veineux) n'amena aucune amélioration. Par contre, la malade guérit parfaitement de sa chorée par la méthode classique du *beurre arsenical* de M. Weill (cinq milligr. d'acide arsenieux mêlé à 15 gr. de beurre, augmenter de cinq milligrammes par jour jusqu'à quarante milligrammes, puis diminuer de cinq milligrammes chaque jour de manière à arriver à la dose initiale de cinq milligrammes).

Non contagion de la rougeole dans les premiers mois de la vie.

MM. Weill et Bocca ont pu constater, au cours de l'épidémie de rougeole de février-mars 1921, que dans une crèche d'enfants âgés de moins de deux ans, seuls furent épargnés les nourrissons de moins de six mois.

Hépatisation et souffle dans la pneumonie du nourrisson.

M. Weill a montré, avec M. Mouriquand, que, dans la pneumonie, surtout chez l'enfant, la radioscopie montre une ombre de forme triangulaire à base périphérique, contiguë à la surface du poumon ; cette ombre traduit l'hépatisation pulmonaire. Or, on ne constate à son niveau que de la diminution de la sonorité et du murmure vésiculaire ; le souffle et les râles crépitants font défaut ou se perçoivent dans une zone voisine non opaque. M. Weill relate aujourd'hui un cas de pneumonie typique chez un nourrisson de onze mois qui présenta un souffle étendu à la base *gauche*, alors que la radioscopie ne révélait aucune opacité de ce côté, mais au contraire une ombre triangulaire du côté droit. La lésion qui provoque l'opacité pulmonaire ne crée donc pas le souffle bronchique.

Migration secondaire d'une balle du ventricule droit dans la veine hypogastrique.

MM. Cotte et Arcelin relatent l'observation d'un homme blessé au cours de la guerre par une balle qui alla se loger dans le ventricule droit, d'où elle passa dans l'oreillette, puis dans la veine cave inférieure pour aller se fixer dans la veine hypogastrique, où les auteurs, n'ayant pu l'extraire, à cause de l'artère qui recouvrait complètement la veine, la bloquèrent sur place en liant et en aval, de manière à empêcher une nouvelle migration vers le ventricule droit.

Réunion obstétricale et gynécologique.

M. Patel relate une observation de *grossesse extra-utérine de 4 mois rompue*, et opérée avec succès par la laparotomie, *une heure et demie* après la rupture.

MM. Commandeur et Eparvier ont observé une *arthrite suppurée de la symphyse pubienne* au cours d'une infection puerpérale.

MM. Varon et Vergnory présentent 3 observations de *mélæna*, et une d'*hématémèse chez des nouveau-nés*, tous cas suivis de guérison.

M. COMMANDEUR présente un *monstre jumeau omphalosite paracéphalien.*

M. RHENTER présente un cas de *placenta prævia central* terminé heureusement par la version de Braxton-Hicks.

M. VORON relate un cas *d'accouchement normal à terme après myomectomie pratiquée au 5e mois de la grossesse.* L'enfant présentait un nævus pigmentaire et pileux occupant presque tout le dos.

MM. VORON et PALIARD relate le cas d'une femme entrée le matin à la maternité avec des symptômes laryngés frustes, qui accoucha dans la soirée, et fut prise dans la nuit d'une suffocation avec rejet de fausse membrane. Transportée dans le service des diphtériques, elle fut trachéotomisée. Guérison. B. de Lœffler.

A. C.

BIBLIOGRAPHIE CRITIQUE

Revue des livres

Dr CHAUVEAU, sénateur de la Côte d'Or. — La France agricole et la guerre (tome IV). (Libr. Baillière, Paris 1921).

Le distingué président du groupe médical du Parlement, le sénateur Chauveau, qui s'est toujours mis avec un inlassable dévouement au service de ses confrères pour soutenir leurs revendications professionnelles, a publié le quatrième volume de ses travaux parlementaires sur l'agriculture.

Bien qu'à Paris nous ayons une compétence fort limitée en question agricole, nous avons lu avec le plus grand intérêt les articles sur le remembrement de la propriété rurale, sur la politique du pain et du blé, sur la culture mécanique, sur les forêts en France et aux colonies, sur les forces hydrauliques, le cheval de trait et l'animaliculture.

Les travaux du sénateur Chauveau, bien écrits et encore mieux pensés, intéresseront tous ses lecteurs ruraux et urbains ; ils dépassent comme portée l'intérêt de l'homme des champs, car ils établissent qu'au XXe siècle comme au bon temps du roi Henri, la devise du grand Sully reste encore une profonde vérité :

Labourage et pâturage sont les deux mamelles de la France.

J. N.

Revue des Thèses

Thèses de Montpellier.

Dr Georges PRADET. — **Des abcès péri-vésicaux ouverts dans la vessie.** (Montpellier, imprimerie « L'abeille » (coopérative ouvrière, 1921).

Cliniquement, l'ouverture dans la vessie de l'abcès qui a généralement comme origine soit l'appendicite, soit surtout une infection de l'appareil génital, est caractérisée par une pyurie à début brusque dont l'importance est disproportionnée avec les symptômes de cystite concomitants, qui, eux, ne se développent que secondairement. Les phénomènes vésicaux peuvent ne constituer que quelques symptômes ajoutés à l'ensemble des signes de la collection purulente causale. Dans certains cas exceptionnels où l'abcès causal a évolué d'une façon torpide, les symptômes vésicaux peuvent être les premiers à attirer l'attention du malade.

Dans tous les cas, l'examen cystocopique est de la plus grande utilité. Non seulement lui seul permet d'affirmer l'existence de l'ouverture d'un abcès dans la vessie, mais encore il peut donner des renseignements précieux sur son siège et sur l'importance de l'orifice de communication.

M. — Dr Lucien FOURNIER. — **Les tumeurs mixtes du sein.** (Montpellier, imprimerie Firmin et Montane, 1921.)

Rares, les tumeurs mixtes du sein à tissus multiples se caractérisent par l'existence de productions tissulaires diverses, dérivées de l'épithélium malpighien et du tissu squelettogène, et se rapprochent sensiblement de la constitution des tumeurs mixtes du groupe para-salivaire.

Ce sont donc des tumeurs d'origine embryogénique.

M. — Dr Georges SUBRA. — **La tuberculose mammaire primitive.** (Montpellier, imprimerie Firmin et Montane, 1921.)

Généralement, dans la tuberculose mammaire primitive, tout un segment de la glande est parsemé de petits noyaux irréguliers, distincts ou plus souvent réunis secondairement en une masse unique bosselée ; la suppuration se fait par petits noyaux indépendants qui se ramollissent et se fistulisent. Dans un cas rapporté par l'auteur, il existait un noyau unique occupé à son centre par une caverne qui, par un trajet très net intracellulaire, avait occasionné un abcès froid unique. Cette forme de mammite tuberculeuse est exceptionnelle.

M. — Dr Jean DAUMAS. — **Le syndrome parkinsonnien post-encéphalitique chez l'enfant.** (Montpellier, mprimerie de l' « Economiste méridional », 1921.)

M. — Dr Albert ALINAT. — **Le danger du paludisme importé. (A propos des réveils récents du paludisme autochtone).** (Montpellier, imprimerie Firmin et Montane, 1921.)

PARTIE PROFESSIONNELLE

HYGIÈNE PUBLIQUE

Le ministère de l'hygiène a-t-il fait faillite?

Sous la signature du Dr Calmette, *Le Matin* publie une série d'articles, qui font le procès de notre organisation administrative, dans le but de protéger la santé publique.

Laissant de côté tout sous-entendu de lutte d'école, nous pouvons dire que les critiques du savant hygiéniste sont souvent très justes.

Voyons, en effet, comment est comprise, en France, la lutte contre les fléaux morbides ?

Un ministre, dit d'hygiène, édicte des règlements. Mais, pour que ceux-ci soient réalisables, respectés et obéis, il faut qu'ils soient pratiques, applicables, efficaces comme résultats. L'hygiène ne peut pas se comprendre unique et uniforme dans toute la France. Les grandes agglomérations ne peuvent avoir les mêmes règlements : les campagnes ont des différences de latitude, d'insolation, d'aération, de climat, etc., etc. Les désinfections, en Bretagne, ne pourront être conduites de la même manière qu'en Provence, ou dans le Pas-de-Calais.

Il faut, enfin, que le ministre puisse disposer de crédits suffisants, non seulement pour avoir autour de lui des collaborateurs, mais encore pour organiser les cadres et les agents qui feront respecter les lois et règlements.

Or, comment sont élaborés les textes règlementaires ? Par qui sont-ils inspirés ?

Auprès du ministre se trouve un Conseil supérieur, composé d'hommes éminents et dévoués. Beaucoup ont un nom dans la science.

Mais deux objections viennent de suite à l'esprit. La plupart de ces savants font automatiquement partie de quantité d'autres conseils, plus ou moins officiels. Ce sont les mêmes noms qu'on relève dans la plupart des commissions d'études. Aussi, quels que puissent être le dévouement et le zèle de ces membres, ces fonctions, toutes gratuites, sont-elles souvent mal comprises et imparfaitement remplies.

En second lieu, malgré la forme républicaine de notre gouvernement, les principes directeurs de toute démocratie ne sont pas observés : c'est le ministre, en effet, qui détient seul le pouvoir de désigner ses conseillers. Cette survivance des méthodes de gouvernement autocratique enlève, aux membres des diverses commissions, l'autorité et l'utilité, qu'ils pourraient détenir, si leur compétence ne pouvait être mise en doute. Malheureusement, beaucoup ne recherchent que les honneurs, les titres, au lieu de n'envisager que la fonction et le labeur. Les protections, la politique, les intrigues, jouent un grand rôle dans la désignation de ceux, qui ne devraient être que des professionnels idoines, désignés par les groupements professionnels.

Ainsi, le Ministre de l'hygiène compte, au nombre de ses collaborateurs, deux conseillers techniques, professeurs à la Faculté de médecine de Paris. Mais ces hommes de science ont une très riche clientèle ; ils ne pénètrent jamais dans les taudis, que connaissent bien les médecins du bureau de bienfaisance ; ils ne vont pas non plus dans les chambres minuscules du septième étage, apanage des domestiques. En vacances, ils ne vivent pas la vie du médecin rural, qui soigne des malades dans des fermes ou des logis ouvriers, sans lumière ni air.

Aussi, ne peuvent-ils que parler science et non pas pratique journalière.

Ne seraient-ils pas plus utiles, pour la défense de la santé publique, s'ils étaient les intermédiaires entre le ministre et les médecins praticiens ? Ceux-ci ne devraient-ils pas être appelés à collaborer à la confection des règlements réalisables et efficaces ?

Nous connaissons des sociétés où l'hygiène est envisagée telle qu'on peut l'appliquer et la faire comprendre par les masses. Foin des théories et des organisations schématiques. Il faut donner au public des directives pratiques, simples et terre à terre.

Que de choses intéressantes n'entendons-nous pas discuter à la Société de médecine publique et de génie sanitaire ? Des hygiénistes de métier, des directeurs de bureaux d'hygiène, discutent avec des médecins de quartier ou de campagne, qui coudoient des scientifiques, des architectes, des ingénieurs, des administrateurs.

Ce sont encore les Congrès des médecins praticiens qui ont abordé ces questions, dans leurs quatre assises solennelles de 1907, 1908, 1910 et 1914. Les syndicats médicaux, en effet, sont qualifiés pour donner, à l'administrateur communal ou départemental, les conseils techniques dont il pourrait avoir besoin. Nos syndicats ne sont pas seulement des groupes de défense professionnelle : ils sont encore des milieux scientifiques et pratiques, au sein desquels les médecins d'une région devraient être priés, par le représentant de l'autorité préfectorale ou locale, de donner leurs avis sur toutes les questions qui relèvent de l'hygiène et de l'assistance.

Alors qu'à Paris, les « officiels » ne daignent

pas fréquenter les milieux syndicaux, nous voyons au contraire, en province, les professeurs de la Faculté se mettre hardiment à la tête des groupes professionnels. Le président du Syndicat est souvent un maître : aussi la collaboration des praticiens avec « les princes de la science » est elle profitable pour chacun.

En effet, si le professeur se tient au courant des fluctuations de la science, dans tous les pays, le modeste docteur de quartier ou de campagne connaît la pratique et la vie, telle que la mènent les gens de condition modeste, qui composent sa clientèle. En contact journalier avec les pauvres, les paysans, les ouvriers, les petits bourgeois, le médecin praticien connaît les résistances qu'on oppose à tout changement d'habitudes ; il sait que l'ignorance des foules est considérable, surtout en ce qui concerne l'hygiène et la santé domestiques.

N'est-ce pas également le docteur qui a le premier dénoncé le sabotage de la loi de 1902, par ceux-là même qui devraient la faire appliquer ? Chargés à tort par le législateur de prendre les mesures réglementaires, voire même de coercition, pour faire respecter les obligations législatives, les maires, comme les conseillers municipaux, ne veulent pas mécontenter leurs électeurs par des arrêtés, dont ils ne comprennent souvent pas eux-mêmes la portée ni l'utilité. Personnellement, nous avons vu, pendant la guerre, un maire se refuser à faire vacciner gratuitement la population civile, contre la variole, à titre préventif, sous le prétexte qu'à ses yeux la vaccine ne servait à rien et que la commune avait d'autres charges, pour ne pas dépenser inutilement de l'argent en achetant des tubes de vaccin.

Nos confrères se souviennent encore des polémiques engagées jadis entre un médecin et un maire-sénateur : les sources de la ville étaient infectées par des infiltrations ; d'où endémie de typhoïde. Mais, pour exécuter les travaux d'assainissement, il aurait fallu ordonner des dépenses, qui auraient pu provoquer un centime additionnel. Le maire s'y est opposé avec la dernière énergie et son conseil municipal lui a donné raison !

Dois-je encore rappeler l'inefficacité des déclarations de maladies contagieuses ? Beaucoup de praticiens hésitent à obéir à la loi parce qu'une déclaration n'aboutira pas à faire faire une désinfection efficace en temps utile. Souvent même, c'est le maire qui demande au docteur de ne pas déclarer une épidémie de diphtérie, ou d'oreillons, pour ne pas avoir à fermer l'école, ou pour ne pas empêcher le séjour d'un corps de troupe séjour profitable aux commerçants du pays, électeurs influents.

Comment faire de l'hygiène publique et sociale, lorsque le ministre ne peut pas obtenir des Chambres les crédits qu'il demande ? Le premier budget d'un pays devrait être celui de la santé publique. Préparer et faire la guerre, contre les ennemis de la nation, nécessite des milliards ; mais faire la guerre aux microbes, aux taudis, à l'alcool, c'est moins important aux yeux de nos législateurs. Et cependant, le bénéfice primordial d'une nation ne réside-t-il pas dans la santé des travailleurs, des producteurs ? Il faut des soldats, dit-on ? Protégeons l'enfant, pour en faire un homme robuste. Il faut produire ? Protégeons l'ouvrier, pour qu'il ne suspende pas son travail par la maladie, l'accident ou la vieillesse prématurée. Mais pour cela, il faut que le budget de l'hygiène soit important et que le corps médical puisse être appelé à collaborer à l'œuvre sociale de défense de la santé publique.

Un rédacteur de « l'Ere nouvelle », commentant l'article du Dr Calmette, disait que le ministre, les directeurs, les expéditionnaires du ministère de la santé publique devraient être des docteurs en médecine.

Ce n'est pas notre avis : à chacun sa fonction. L'administrateur doit administrer ; le médecin doit soigner ; mais il doit pouvoir donner ses conseils et avis à l'administrateur, pour que ce dernier édicte des règlements pratiques et utiles.

Certes, les professeurs de la Faculté sont de hautes personnalités, dont les avis ont grand prix ; mais, pour ma part, j'estime que les conseils de l'Union des syndicats médicaux auraient également une très grosse valeur.

Alors que les modifications à apporter à la loi du 15 février 1902 sont en discussion à l'Académie de médecine et au Conseil supérieur de l'hygiène, pourquoi les syndicats médicaux ne seraient-ils pas invités à donner leur opinion ? Pourquoi, dans les conseils, les praticiens ne seraient-ils pas priés d'envoyer, dans les divers conseils supérieurs, ceux des leurs les plus idoines pour servir d'intermédiaires entre les pouvoirs publics et les groupes professionnels ? Nous nous plaignons souvent de mauvaise administration : cela provient de ce que les administrateurs de la chose publique ne puisent pas leurs renseignements auprès des techniciens : les règlements seraient plus pratiques, s'ils étaient soumis, pour avis, aux groupes compétents.

Aussi concluons-nous à la faillite, non pas du Ministère de l'hygiène publique, mais à celle des méthodes de gouvernement jusqu'ici employées. Le syndicalisme est adulte : représentant les forces productrices et travailleuses de la corporation, il est capable de jouer son rôle de conseiller technique. Qu'on fasse appel à son concours, et l'hygiène, en France, cessera d'être une façade derrière laquelle il n'y a pas grand'chose.

Dr Paul BOUDIN.

DÉONTOLOGIE

A propos de dichotomie.

Ces jours-ci, le docteur E. Rochard, chirurgien des hôpitaux, a cru bon de saisir l'opinion publique, par la voie d'un de nos plus importants quotidiens, *Le Temps*, de l'épineuse opération financière médico-chirurgicale désignée communément sous le nom de Dichotomie.

A-t-il été bien inspiré, et n'eût-il pas été mieux avisé en se souvenant d'abord qu'il y a des pétards, qui, en éclatant, blessent la main qui les manie ? En ce qui me concerne, je crois qu'il est préférable, ainsi que l'enseigne la Sagesse des Nations, de laver son linge sale en famille ; s'il y a des éclaboussures, le profane ne les voit pas et ne s'en réjouit pas.

Louis Forest, le spirituel et sensé chroniqueur du *Matin*, en reproduisant cette information (12 septembre 1921), la fait suivre des commentaires suivants, dont le dernier alinéa est un modèle de bon sens.

PROPOS D'UN PARISIEN

La dichotomie.

Le docteur Eugène Rochard vient d'écrire au *Temps* des affirmations énormes. Or, il n'est pas le premier venu. Il est chirurgien des hôpitaux. Il est de l'Académie de médecine. Il sait ce dont il parle.

Ce spécialiste déclare que la coutume de la dichotomie s'étend de plus en plus, et il n'envoie pas dire ce qu'il pense. Qu'est-ce que la dichotomie ? Ce mot a une allure savante ; mais il n'est que le terme scientifique par lequel, entre initiés, on dit : pourboire. Quand un médecin envoie un client à un chirurgien, ils partagent le prix de l'opération. C'est le sou du franc du bistouri ou, plus exactement, le demi-franc du franc. Le résultat est que certains médecins peu scrupuleux — il y en a dans la masse — font faire trop d'opérations. Chaque intervention chirurgicale commence généralement par une ponction sur le portefeuille. Le médecin peut donc gagner, par ce moyen, d'un seul coup avec un malade, et sans se déranger, plus que par cent visites. Que les pauvres se consolent. L'aventure arrive surtout aux malades riches. C'est une forme de l'impôt sur le revenu. Heureux d'ailleurs, quand il y a un revenu, car on en connaît qui n'en sont jamais revenus !

« Le public, dit le docteur Rochard, va toujours chez le chirurgien qui fait le plus d'opérations, sans se soucier de sa mortalité opératoire qui est parfois terrible. »

La dichotomie est, en outre, dangereuse d'une autre manière, écrit toujours l'académicien. Il arrive qu'un chirurgien n'ose pas ne pas opérer un malade envoyé par un médecin, même s'il constate qu'il y a erreur de diagnostic. Il craint que ce fournisseur, vexé, n'envoie désormais ses clients à un autre !...

On le voit, le docteur Rochard a une façon un peu rude d'opérer les opérateurs. Or, il n'est pas seul de son avis. Beaucoup de médecins réprouvent la dichotomie ; ils enragent d'être confondus avec les partageurs. Mais ces derniers donnent des arguments aussi.

Dans ces conditions, il y aurait, il me semble, un moyen de tout arranger. Pourquoi toujours en tout cachotteries et trucs en dessous ? Le jour où le partage des honoraires serait connu du client et ouvertement déclaré, il n'y aurait plus de mensonge en cette affaire. Tout deviendrait clair. Chacun agirait en connaissance de cause, et, au fond, la dichotomie n'est peut-être un procédé inavouable que parce qu'il n'est pas avoué !

Louis FOREST.

***

Cette lecture nous a fait rechercher dans nos cartons un article que nous avions écrit plusieurs mois avant la guerre, et dont l'opportunité de la publication n'avait pas alors apparu.

Nous l'imprimons aujourd'hui pour montrer que nous ne craignons pas de parler de la Dichotomie, et que M. L. Forest, tout étranger qu'il soit aux questions déontologiques, a résolu celle-ci dans le même sens que nous-mêmes.

Tel est le titre d'un fort intéressant article du Dr Jalaber, publié il y a huit ans dans maints journaux médicaux, et qui débute par ces mots :

« Laissons, si vous voulez, ce mot de dichotomie ; il a mauvaise réputation, et la mérite ; je veux croire d'ailleurs que cette corruption n'a pas encore entamé nos mœurs locales. Mais à côté de l'abus qu'exprime ce mot, il y a cette chose légitime et nécessaire qu'est le partage des honoraires. Je crois même que c'est pour n'en vouloir pas parler assez ouvertement que nous sommes parfois soupçonnés ».

Sous réserve que nous préciserons ce que nous entendons par « partage des honoraires », faute de quoi l'expression pourrait prêter à l'équivoque si elle n'était pas suffisamment définie, nous sommes tout à fait de l'avis du Dr Jalaber. Eh bien ! parlons-en donc une bonne fois hardiment. Disons tout haut, dans ce journal qui est une tribune ouverte à la libre discussion de toutes les idées, disons ce que tant d'entre nous pensent ou chuchotent timidement, et faisons la critique de ces procédés divers, dont les pires détracteurs sont souvent ceux, oh ironie ! qui les mettent le plus âprement en pratique. Et s'il est vrai que l'esprit vivifie, alors que la lettre tue, dédaignons un verbe dont la fortune fut plutôt malheureuse, et qui servit même de titre à certaine pièce du Grand Guignol, outrancière et malveillamment généralisatrice, pour ne nous occuper que des gestes assez dissemblables auxquels il prétend s'appliquer. Si, parmi ces gestes, il en est de parfaitement recommandables, ayons le courage de les regarder en face, de les justifier quand ils le méritent, et de dissiper l'ambiguïté qui règne à leur endroit. Il faut que, dans les milieux médicaux, dans les Syndicats, quelques-uns l'ont déjà fait, on arrive à s'en entretenir publiquement, à chercher à faire le départ entre ce qui est bien et ce qui est mal, entre ce qui est permis et ce qui est défendu, afin d'éviter les soupçons du public, assez mauvais juge dans l'ensemble, de la valeur pécuniaire des actes médicaux.

« Le public ignore de moins en moins, dit encore M. Jalaber, certains gains clandestins qui, acceptés par quelques médecins, jettent le discrédit sur tous. »

De ces gains, il en est de légitimes et qui, dès lors, ne doivent plus conserver ce caractère de clandestinité qui les déconsidère. Profits honnêtes et honnêtement réalisés, il faut qu'on les avoue au grand jour.

On dit que les progrès de la chirurgie générale ou spéciale ont rendu florissantes des pratiques dichotomistes blâmables au premier chef. S'est-il trouvé des chirurgiens, des spécialistes qui, pressés de se faire connaître, de se former une clientèle et d'arriver à la fortune, ont su répandre habilement parmi leurs élèves et dans leur entourage le bruit qu'ils ont à cœur de témoigner leur reconnaissance à qui leur fournit l'occasion d'opérer, et de partager généreusement les honoraires que leur rapportent leurs interventions ? C'est possible. Ont-ils pu rencontrer des consciences médicales trop peu scrupuleuses pour lutter contre le besoin, et pour lesquelles l'invitation ne fut pas perdue ? Possible encore. Ce fut alors, autour du chirurgien dichotomiste, la clientèle *profiteuse* des rabatteurs, précédant, constituant et entretenant la clientèle *rapporteuse* des malades. Chaque opération chirurgicale était, pour celui qui l'avait provoquée, la source d'une fructueuse commission, absolument comme chaque opération commerciale est, pour le représentant qui prend l'ordre, la source d'un pourcentage rémunérateur.

Ces pratiques, condamnables au premier chef, ne doivent être que des exceptions.

Il faut bien reconnaître toutefois que cette forme de dichotomie trouva pour naître et prospérer un terrain propice dans la façon dont le public appréciait mal le rôle du médecin traitant, qui reconnaît la nécessité d'une opération chirurgicale indiquée formellement par le diagnostic porté ; qui décide son malade à la subir et qui y assiste, soit comme aide agissant, soit même comme simple spectateur, avec cependant la plus grosse part de responsabilité pour l'avenir. Le public ne comprenait pas que celui-ci est en droit de réclamer des honoraires calculés proportionnellement à ceux du chirurgien. Il était donc convenu, tacitement ou explicitement, mais en dehors du malade et de sa famille, que ce dernier se ferait seul rémunérer assez largement pour pouvoir rémunérer à son tour le confrère qui l'avait appelé.

Eh bien ! cette clandestinité dans le partage des honoraires, ce partage lui-même, doivent avoir fait leur temps : il faut qu'ils disparaissent des mœurs professionnelles, et que l'acte chirurgical proprement dit, et l'acte médical concomitant, soient tarifés isolément à leur valeur. C'est plus net, plus franc, et il est bon que le malade ou ses ayants droit sachent qu'ils *honorent* réellement celui qui reçoit des *honoraires* dans la juste mesure où il les a mérités. Car, en réalité, le chirurgien ne doit rien au médecin du malade qui, sur les conseils de ce dernier, accepte une opération nécessaire ; c'est le malade qui doit à son médecin la juste rémunération des services qu'il lui rend : voilà ce qu'on ne saurait proclamer à trop haute voix. Certains syndicats l'ont parfaitement compris, et le syndicat de Caen, pour n'en citer qu'un, a, dans son Code de Déontologie, prévu que le médecin aurait droit au quart des honoraires du chirurgien qu'il aurait appelé pour opérer un malade, ou à qui il aurait adressé ce malade. Nous nous rangeons pour notre part au principe même de cette évaluation des gains respectifs du médecin et de l'opéraeteur ; mais il est bien entendu, dans notre esprit, que le médecin aura le devoir d'assister à l'opération et d'y représenter la famille du patient.

Voici un médecin de campagne qui se trouve en présence d'un kyste de l'ovaire dont l'extirpation s'impose. Après avoir fait son diagnostic, posé dans sa conscience les indications et les contre-indications de l'ovariotomie, conclu à l'utilité de celle-ci ; après avoir, à la suite de luttes parfois pénibles, de discussions fatigantes, décidé la malade à s'y soumettre et la famille à l'accepter, il pourrait mander un chirurgien qui opérerait sur place et repartirait ensuite, en lui laissant la mission de donner les soins consécutifs. Mais il sait que les locaux ne se prêtent pas à l'exécution d'une opération aussi sérieuse, que les aides, principaux ou subalternes, lui feront défaut, ou seront insuffisants ; que l'arsenal instrumental sera limité, que la surveillance ultérieure sera affectueuse et inquiète sans doute, mais ignorante et incapable de lui fournir un concours réellement utile ; bref, que les conditions seront aussi peu favorables que possible. Il préfère envoyer sa malade au chirurgien qui l'hospitalisera et l'opérera dans une maison de santé, et la lui renverra ensuite complètement guérie. Il ne songe pas à son intérêt personnel ; il ne voit que l'intérêt de sa cliente, et devant cet intérêt qui prime tout, il renonce au profit qu'il pourrait tirer des pansements et des soins consécutifs assurés par lui-même. Il est donc légitime qu'il reçoive un honoraire proportionnel à celui de l'opérateur, et il ne saurait être taxé de dichotomie à cette occasion.

Tout a été dit, en effet, sur la responsabilité du médecin traitant qui provoque une opération chirurgicale, et il y a loin du *succès opératoire*, que sanctionne le replacement de l'opéré dans son lit, pansé et réveillé, à la guérison définitive, au *succès thérapeutique* final, qu'il est supeëflu de définir. Le chirurgien a tout le mérite du succès opératoire ; le médecin traitant supporte les conséquences de l'insuccès thérapeutique. Le chirurgien passe ; le médecin traitant reste, et c'est à lui qu'on s'en prendra vraisemblablement d'un échec. N'est-ce pas lui qui a conseillé l'opération, qui en a fait ressortir la nécessité, qui l'a parfois imposée à l'aide d'arguments puissants, de ces arguments de sentiment qui sont plus convaincants que les arguments de fait, tels que celui-ci : « S'il s'agissait de ma femme, ou de ma sœur, ou de ma mère, je n'hésiterais pas ? »

Cette responsabilité qu'il endosse, ces risques qu'il court, n'est-il pas légitime qu'il en reçoive une juste rémunération compensatrice ?

Voici deux exemples typiques qui viendront à propos illustrer notre démonstration : nous en garantissons l'authenticité parfaite :

Une jeune femme atteinte d'une atrésie cicatricielle du col utérin se désolait à la pensée qu'elle ne pourrait plus avoir d'enfants. Son médecin finit par lui conseiller de se soumettre à une petite opération bénigne qui remédierait à la tare dont elle était affligée. Or, la famille était opposée à l'intervention proposée. La jeune femme tint bon, et malgré l'opposition des siens, se rangea à l'avis de son médecin et accepta l'opération, qui fut pratiquée en présence de ce dernier par un chirurgien éminent. Or, dès les premières bouffées de chloroforme, la respiration s'arrêta ; c'était la syncope blanche du début de l'anesthésie. Des soins énergiques en eurent raison, et l'alerte n'eut pas de suite : ni la malade, ni la famille n'en ont jamais rien su. Si le malheur avait voulu que la malade n'en revînt pas, quelle n'aurait pas été la responsabilité morale du médecin traitant ? Dans quelle posture fâcheuse ne se serait-il pas trouvé vis-à-vis de la famille, et quelles conséquences graves pour sa réputation et pour sa situation n'en auraient-elles pas découlé ? Aux confrères qui nous lisent de répondre, avec leur expérience des difficultés de la clientèle.

Autre fait : un chirurgien des hôpitaux de Paris pratique l'extirpation d'un kyste ovarien sur une femme en présence du médecin de cette dernière. Or, au cours de l'opération, il s'aperçoit que l'autre ovaire est également kystique. Fallait-il s'en tenir à l'ablation du premier kyste, diagnostiqué cliniquement ? Fallait-il au contraire enlever le second, afin d'éviter, par une opération radicale, le développement ultérieur de celui-ci, et une deuxième intervention à quelques mois ou à quelques années de là ? Dans cette éventualité, il ne s'agissait de rien moins que d'une castration totale. Le chirurgien hésitait. Le médecin traitant prit sur lui de décider la double opération. Les choses se passèrent très bien et la malade guérit parfaitement. N'empêche que, s'il en avait été autrement, c'est lui qui aurait supporté les conséquences de la responsabilité qu'il avait ainsi endossée, dans l'intérêt de sa cliente.

Il est donc légitime et équitable que le médecin qui conseille une opération chirurgicale reçoive des honoraires calculés proportionnellement à ceux de l'opérateur, même s'il n'a fait qu'y assister. Que la proportion en soit évaluée à un quart, soit. Mais, il demeure bien entendu qu'il ne s'agit pas d'un partage, au sens propre du mot. En d'autres termes, si le chirurgien a fixé ses honoraires à 2.000 francs, le médecin traitant recevra pour les siens propres, 500 francs, et la note qui sera remise à la famille le stipulera d'une façon explicite, sous deux articles séparés. Le chirurgien gardera pour lui ce qui lui revient, et le médecin touchera de son côté ses propres honoraires.

Qui des deux établira la note globale et la remettra au malade ou à la famille ? Le syndicat de Caen, dont nous citions plus haut les préceptes, veut que ce soit le chirurgien. Pour notre part, nous estimons que c'est l'affaire du médecin traitant. Il est le médecin de la famille ; il fut le metteur en œuvre de l'acte chirurgical entrepris sur ses conseils et sur ses indications. Il semble bien qu'il lui appartient de réclamer la totalité des honoraires dus pour cet acte chirurgical, tant au chirurgien lui-même, qu'à lui particulièrement.

Nous serions presque tentés d'appliquer le même raisonnement au médecin qui prescrit le placement d'un névropathe ou d'un aliéné dans une maison de santé. En bien des cas, il aurait pu le soigner lui-même. Mais il sait que les conditions seraient moins favorables, que la maladie risquerait d'évoluer dans le double et quelquefois le triple du temps qu'elle mettra à guérir dans le milieu spécial qu'il a ordonné ; que la surveillance, moins avertie, s'y montrera souvent malhabile, inconstante, et que s'il s'agit par exemple d'un mélancolique à idées de suicide, celui-ci y trouvera plus facilement les occasions de mettre ses projets à exécution. Toutes ces considérations, inspirées par le seul souci qu'il prend de son malade, lui dictent sa conduite et lui font faire bon marché du bénéfice que lui assureraient des soins continus, des visites fréquentes et répétées. Mais, pour décider la famille et le malade lui-même, il a dû souvent entreprendre les mêmes luttes que s'il s'agissait d'une opération ; il endosse les mêmes responsabilités, il court les mêmes risques, car, c'est lui qui a fait interner le malade. Il l'a parfois accompagné jusqu'à la maison, où il va de temps en temps le voir, se rendre compte de la marche de l'affection, se tenir au courant des moindres incidents, afin d'être très documenté pour poursuivre l'œuvre commencée, quand le malade sera de retour chez lui. N'a-t-il pas droit aux mêmes avantages ? Contentons-nous de poser la question sans y répondre aujourd'hui. Et pour conclure, disons brièvement :

1) Le partage clandestin, entre médecin et chirurgien, des honoraires d'une opération, revêt le caractère d'une prime au rabattage, risque de transformer le médecin en fournisseur à la commission du chirurgien, et est rigoureusement condamné et interdit.

2) Le médecin qui assiste à une opération qu'il a conseillée sous sa responsabilité, a droit à des honoraires évalués au quart de ceux du chirurgien lui-même, et ces honoraires doivent figurer explicitement dans une note globale remise par lui à la famille, ou faire au besoin l'objet d'une note séparée, mais dans des conditions telles qu'il n'y ait aucune équivoque et que chacun des deux intervenants reçoive intégralement la part qui lui revient, au vu et au su des intéressés.

G. Duchesne.

LA VIE SYNDICALE ET PROFESSIONNELLE

Le syndicalisme médical : Défense professionnelle et médecine sociale.

Communication au Congrès de Varsovie.
en septembre 1921,

Par le Dr Fernand Decourt.

Vice-Président de l'Union des Syndicats médicaux de France

Jusque dans la dernière moitié du 19e siècle — à part les pauvres gens des bureaux de bienfaisance, des hôpitaux et hospices, ou ceux relevant, provisoirement ou non, de la charité privée — quiconque désirait avoir recours aux conseils d'un médecin s'adressait à celui-ci, puis, la maladie terminée, lui restait redevable, lui ou les siens, des soins dont il avait bénéficié. Tout se passait donc, d'ordinaire, *directement* entre le malade et son médecin, sans l'interposition d'un tiers quelconque : individu, société, collectivité ou État. Mais, peu à peu, par suite de l'extension des grosses firmes industrielles, des chemins de fer, des mines, des sociétés mutuelles, puis des lois sur l'assistance médicale gratuite, sur les accidents du travail, etc., des contrats s'établirent entre, d'une part, patrons, directeurs, assureurs, présidents de groupements et enfin État et, d'autre part, les médecins, afin d'assurer aux employés, ouvriers, ou indigents, des soins en cas de maladie ou d'accidents, sans que les intéressés aient à s'occuper des frais médicaux, désormais pris en charge et réglés par des *tiers payants*, de plus en plus nombreux.

Isolés, livrés à eux-mêmes, devant la toute puissance de ces collectivités, imposant leurs conditions sans discussion possible, les médecins durent alors accepter des honoraires réduits, médiocres et parfois scandaleusement infimes. Qu'il s'agisse de collectivités ouvrières (sociétés de secours mutuels), patronales (soins aux ouvriers malades ou accidentés du travail) ou de l'État (fonctionnaires, assistance médicale gratuite), le résultat était toujours le même : l'avilissement des prix imposés à chaque praticien se débattant tout seul contre un groupement puissant. C'est du malaise ainsi créé dans le corps médical qu'apparut, pour celui-ci, la nécessité de se grouper pour opposer bloc à bloc et traiter de puissance à puissance. La fonction crée l'organe. C'est ainsi que naquirent les premiers syndicats médicaux.

Comme tous précurseurs, ceux-ci ne furent pas, au début, vus d'un œil très favorable, même par les médecins. Le vocable « syndicat » excitait la défiance. Il évoquait trop, dans les esprits, les meetings orageux, les défilés tapageurs, les revendications violentes, les grèves !... « Des intellectuels se syndiquer ! s'exclamait-on. Laissons cela aux ouvriers, aux travailleurs manuels ». Les débuts furent donc difficiles. Mais bientôt, chacun s'aperçut des avantages appréciables qu'apportaient la cohésion, le groupement. On se décida à agir de la même façon et, peu à peu, les syndicats de médecins se multiplièrent çà et là. Toutefois, sans liens entre eux, leur influence ne fut pas d'abord bien grande, car ils ne pouvaient étendre leur action au-delà de leur modeste sphère. Il en fut ainsi jusqu'au jour où, le 27 juillet 1884, fut créé l'organe centralisateur de l'action médicale : l'Union des syndicats médicaux de France.

Là encore, les débuts furent difficiles. L'Union ne possédait, à sa naissance, que tout au plus un millier d'adhérents. Elle sortait même à peine de l'adolescence, en 1910, avec ses 5 ou 6 milliers de membres, sur 20 mille praticiens français. Mais elle était déjà robuste et sa croissance se fit plus rapide dans la suite. Interrompue par la guerre, elle reprit, de plus en plus belle, après l'armistice. A l'heure actuelle, en 1921, l'Union des syndicats médicaux compte environ 260 syndicats affiliés, à peu près tous ceux existant en France, et plus de 15 mille membres. L'enfant est devenu un adulte, solide, râblé, musculeux... et l'a prouvé récemment, comme nous le verrons plus loin. Aussi n'est-ce plus de la seule défense professionnelle qu'il prétend s'occuper, mais de l'exercice même de la profession médicale, et, par suite, de l'organisation de la médecine sociale.

Après un rapide exposé de la structure intérieure du syndicalisme médical en France, nous verrons ce qu'il a déjà réalisé en défense professionnelle, puis, après une courte parenthèse sur la protection individuelle du médecin, nous terminerons notre exposé sur un bref aperçu de l'organisation de la médecine sociale, sur laquelle vont s'ouvrir de vastes horizons, à propos de la loi assurance-invalidité-maladie, qui englobera bientôt plus de 70 % de la clientèle du médecin praticien.

***

I. — Schéma de la structure intérieure du syndicalisme médical français.

Cette structure est exactement calquée sur celle de la France, dans sa division en départements avec leurs arrondissements. D'où 3 sphères syndicales : le syndicat local ou d'arrondissement, la Fédération départementale et l'Union nationale.

Le *syndicat local*, d'ordinaire d'*arrondissement*, est la cellule primitive de l'organisme. Dans un arrondissement, la cohésion est facile, celui-ci n'étant jamais d'une étendue telle que

les confrères ne puissent se réunir sans s'éloigner trop longtemps de leur clientèle. Le rôle de ce syndicat local est d'une incontestable utilité. C'est lui qui devra se dresser contre toute collectivité locale voulant imposer une autorité abusive, tracassière, incompatible avec la dignité du médecin ou fixant des honoraires dérisoires : sociétés de secours mutuels, bureaux de bienfaisance, commissions hospitalières, usines, grands magasins, associations quelconques ou même Conseil municipal avec toute la politicaillerie de clocher. C'est lui qui devra s'occuper de médecine sociale locale, créer des centres sanitaires hospitaliers bien outillés et pourvus de spécialistes, de laboratoires, etc... où malades et blessés puissent trouver toutes les ressources nouvelles de l'arsenal thérapeutique. Il faut, pour cela, qu'il acquière une véritable autorité dans la région, au point de vue technique et professionnel. Mais cette autorité, il ne la possédera que par une forte action « intra-corporative », celle qui doit s'exercer contre les défaillances individuelles de certains confrères. Sans jamais hésiter, il devra flétrir hautement les « brebis galeuses » qui peuvent se glisser parmi nous et pratiquer des sanctions (blâme, exclusion, mise à l'index, amendes...) après enquête et jugement du *Conseil de famille*. Ayant eu l'honneur et le souci de présider plusieurs de ceux-ci, je puis vous assurer qu'ils remplissent pleinement leur rôle — et leur but, qui est de garder à notre belle profession, la renommée d'honneur et de probité que nous devons tous avoir souci de lui conserver.

Au-dessus du syndicat local,est la *Fédération des syndicats du département*, remplacée parfois par un syndicat départemental. C'est elle qui représente le corps médical devant le préfet et le Conseil général quand il s'agit d'assistance médicale gratuite, de vaccination, d'inspection des enfants du 1er âge ou des écoles. C'est elle qui pourra traiter, d'égal à égal, avec la Fédération départementale des sociétés de secours mutuels et imposer partout le libre choix du médecin et le tarif à la visite. Ce sont les délégués de la Fédération qui siégeront dans ces commissions d'arbitrage entre mutualistes ou assureurs et médecins, ou au sujet des notes d'honoraires d'assistance, — commissions qui commencent à se multiplier, pour le plus grand bien de tous. C'est elle qui sera l'organe de liaison entre tous les médecins du département, lorsqu'enfin on s'occupera plus activement des grandes questions d'hygiène sociale, de maladies contagieuses, de désinfection de logements insalubres, etc... Son rôle a déjà singulièrement grandi, depuis quelques années. Il ne peut que s'accroître dans la suite.

Au-dessus des Fédérations départementales, se trouve enfin l'organisme central, l'*Union des syndicats médicaux de France*. Schématiquement, voici sa constitution. Chaque médecin nomme, dans son syndicat local, un ou plusieurs délégués, à raison de un pour 50 confrères. Ces délégués, lors de l'Assemblée générale de l'Union, environ deux fois par an, donnent les lignes directrices de l'action du corps médical et nomment le *Conseil* de l'Union, composé de 26 membres. Puis, ce Conseil, à son tour, nomme dans son sein le *Bureau* de l'Union. Le Conseil se réunit au moins chaque mois et prend les décisions que le bureau est chargé de mettre à exécution.

Devant quels problèmes généraux l'Union peut-elle se trouver ? Sujet trop vaste, trop complexe pour songer même à l'esquisser. Toujours schématiquement, nous dirons : 1° devant ceux communs au corps médical tout entier ; 2° devant ceux qui, médicalement, regardent l'ensemble du pays.

Parmi les premiers, communs à tout le corps médical, nous citerons, à titre d'exemple : les questions concernant les accidents du travail et le tarif Breton ; l'assistance aux blessés de guerre et le tarif Maginot, dont nous parlerons plus loin ; les questions générales médico-mutualistes ; les services médicaux dans les hôpitaux et les hospices, les chemins de fer, postes, usines, mines, ports, etc... sans oublier la réforme de l'enseignement médical, véritable toile de Pénélope, toujours sur le chantier et qui ne se fera pratiquement qu'avec le concours de ceux mêmes qui ont souffert de certains errements et peuvent en signaler les défauts — les praticiens. Quant à la deuxième série de problèmes, ceux qui regardent l'ensemble du pays, ce sont ceux de médecine sociale, ceux, précisément, dont nous parlerons à la fin de cet exposé et qu'il est inutile, par conséquent, d'énumérer pour le moment.

L'Union a donc une grande mission. Mais a-t-elle les moyens financiers de la remplir ? Question importante à tous égards, car, en toute chose, on ne fait rien sans le nerf de la guerre. Nous n'hésitons pas à répondre : Oui ! à l'heure actuelle, le budget ordinaire annuel de l'Union dépasse, rien que par les cotisations, 150 mille francs et il s'accroît chaque jour. De plus, son *Bulletin officiel*, mensuel et bientôt bi-mensuel, le « Médecin syndicaliste », qui est envoyé à chaque confrère syndiqué et, 2 ou 3 fois par an, à tous les médecins français, constitue un organe de liaison et d'étude, au point de vue de l'organisation pratique de la médecine, dont l'influence et la puissance grandissent chaque jour, auprès des praticiens français. L'Union a donc les moyens d'accomplir sa mission et, comme nous allons le voir maintenant, elle sait s'en servir, à l'occasion.

***

(*A suivre*).

CHRONIQUE DE LA MUTUALITÉ

I

Commission médico-mutualiste.

Au récent Congrès de la Mutualité tenu à Angers, où le corps médical s'était rendu sur l'invitation expresse du bureau de la Fédération nationale, nos confrères furent houspillés de la belle façon, traités d'exploiteurs, injuriés par une salle entière, sous la présidence bienveillante d'un président qui laissa faire et ne sut pas faire respecter la personne de ses invités. On nous avait conviés à essayer de réaliser l'entente entre médecins et mutualistes, et nos adversaires, n'ayant aucun bon argument à nous exposer, ont trouvé préférable de recourir à l'injure : c'est l'éternelle histoire du voleur qui crie plus fort que le volé, et crie lui-même au voleur.

Un peu d'accalmie succéda à la tempête. Une sous-commission rédigea un projet d'entente à soumettre au vote de l'assemblée générale, formulant les directives générales à donner aux ententes locales. Ce projet se résumait en ceci : accords entre les fédérations départementales et les syndicats locaux représentant seuls le Corps médical pour l'établissement d'un service médical où seraient admis tous les médecins, syndiqués ou non, sur les bases du libre choix du médecin. Les congressistes revinrent en séance pour discuter ce projet, mais au lieu d'une discussion courtoise de deux parties adverses défendant leurs intérêts, ce fut un nouveau flot d'injures à l'adresse des médecins qui durent quitter la salle et abandonner le Congrès.

Cependant celui-ci continua. On vota le projet présenté par les médecins, hors leur présence avec une légère addition. Les fédérations mutualistes pouvaient traiter avec les syndicats médicaux et avec les individus isolés. Ce dernier membre de phrase était à mon avis la ruine du projet tout entier : ce qui du reste n'avait aucune conséquence puisqu'il s'agissait d'un vote unilatéral, les médecins ayant officiellement quitté le Congrès.

Cet avis ne fut pas partagé par tous nos camarades qui ne virent pas l'incohérence du projet voté et ne voulurent retenir qu'une chose, c'est que le projet voté comportait la création d'une commission composée de membres nommés par la Fédération nationale de la mutualité et l'Union des Syndicats médicaux, pour essayer de réaliser l'accord entre les deux partis.

Cette commission était, à mon avis, destinée à un échec, ne pouvant discuter que sur le projet voté par le Congrès et qui donnait aux Sociétés mutuelles le droit de s'entendre avec les médecins, à titre individuel, leur reconnaissant ainsi le droit de faire pièce aux syndicats médicaux en cas de conflits. Après bien des pourparlers concernant d'abord la présidence, qu'on voulait offrir à une très haute personnalité politique, honneur que les médecins déclinèrent, puis la composition de la délégation médicale, la Commission se réunit. Nous qui avions déjà avec mon ami Noir fait partie d'une grande commission médico-mutualiste réunie jadis sous la présidence de M. Loubet, qui se termina sans donner le moindre résultat et qui accoucha d'un vœu imprécis et vague disant qu'il serait désirable que le libre choix du médecin fût établi quand cela serait possible, texte du reste tripatouillé et modifié après le vote sans l'avis des médecins, par un haut personnage de la Fédération, nous qui avions assisté à toutes ces palabres nous avions la conviction qu'il n'y avait rien à faire avec la Mutualité et que la meilleure conclusion était le divorce.

Les évènements qui viennent de se passer l'ont bien démontré.

La Commission tint plusieurs séances, qui durent être suspendues pendant quelque temps à cause de la démission de M. Mabilleau. Les médecins établirent un projet d'organisation des soins médicaux dans la Mutualité, projet que je ne connais pas, mais qui recueillit l'approbation de la Fédération nationale de la Mutualité avec une toute petite réserve. Ce projet devant entraîner des dépenses pour la Mutualité et comme elle ne pouvait les assumer dans les circonstances critiques actuelles, on demandait aux médecins de continuer les soins sous le régime actuel et avec les tarifs en usage, ceci provisoirement, et nous savons ce que dure le provisoire dans notre beau pays de France. En un mot, le projet était parfait en théorie, mais pour la pratique rien ne valait le *statu quo*, c'est-à-dire la médecine au rabais à l'usage de sociétaires mendiants et incapables d'un effort, gagnant actuellement largement leur vie, protestant hautement contre l'exploitation des patrons et de l'Etat, mais ne craignant pas en retour d'exploiter le Corps médical. Mais un jour arriva, où, les médecins défendant leurs intérêts, on recommença le système des injures: un membre de la Commission dit que les médecins étaient de mauvaise foi. Notre ami Quivy, notre représentant à la Commission, donna à deux reprises un démenti formel et quitta la séance.

Ainsi se termina l'existence de la Commission médico-mutualiste ; elle n'eut jamais qu'un tort ce fut d'exister ; jamais le Corps médical n'aurait dû discuter avec les mutualistes, l'expérience a prouvé suffisamment qu'il n'y a rien à faire avec eux.

(1)



Docteur,

Pour éviter la

CONSTIPATION

chez les

OPÉRÉS
FEMMES ENCEINTES
ACCOUCHÉES
NOURRISSONS

Prescrivez la

THAOLAXINE

Paillettes, Cachets, Comprimés, Granulé

(*Cette dernière forme plus spécialement réservée aux Enfants*)

LAXATIF - RÉGIME

à base d'Agar-Agar et d'Extrait de Rhamnées

Ne détermine ni irritation, ni accoutumance

RÉGULATEUR DES FONCTIONS INTESTINALES

Échantillons et Littérature sur demande adressée aux :

Laboratoires DURET et RABY, 5, Avenue des Tilleuls, PARIS (18e)

Quelle conduite suivre en présence de cette faillite ?

D'abord remercier le Dr Quivy d'avoir été le défenseur de la dignité du Corps médical et à Angers et à Paris.

Ensuite reprendre la campagne. Il faut que les médecins arrivent à ressaisir leur indépendance et ne plus connaître la Mutualité. Si notre ami Lafontaine se mettait à la tête d'un mouvement dans ce sens, avec l'énergie et la volonté qu'il a déployées dans la question de la loi des pensions, je suis sûr qu'il serait suivi. Qu'on ne vienne pas nous dire que la Mutualité est en train de s'effondrer, elle submerge et reprend pied : c'est ainsi qu'on vient de rattacher l'assistance à la mutualité, nouveau danger pour le Corps médical dans l'avenir. En tout cas, quand un pan de mur menace ruine, on l'abat pour éviter tout danger aux passants. C'est ce qu'il convient de faire aujourd'hui.

Dr Vimont.

II

Mutualité familiale du Corps médical français.

La période de recouvrement des cotisations qui vient de se terminer m'a valu des lettres nombreuses auxquelles j'ai répondu ; mais les questions qu'elles soulevaient n'étaient pas exclusivement personnelles, elle intéressaient certainement d'autres confrères, et il m'a semblé utile de condenser mes réponses en une note qui pourrait recevoir la publicité du *Concours médical* ; tous pourront ainsi en profiter.

1° *La nouvelle combinaison M. A. D.*

Elle donne, on le sait, des indemnités doubles de celles que donne M. A., c'est-à-dire 20 francs par jour et 200 francs par mois.

En attendant les résultats de l'inventaire, auquel procède en ce moment M. Fleury, notre actuaire si dévoué, nous n'avons pu que nous arrêter à une organisation provisoire. Cette organisation deviendra définitive à la fin de l'année, après notre assemblée générale de novembre.

La limite d'âge d'entrée reste, jusqu'à nouvel ordre, 45 ans, et seuls les confrères nés avant 1877 peuvent y être admis. Les retardataires doivent donc se hâter, puisque les dernières admissions, pour ceux qui sont nés en 1916, seront prononcées par le Conseil dans sa réunion de fin septembre.

Les admissions à 1/2 M A D, réservées aux membres actuels de M A, restent également limitées à une année et les dernières ont été prononcées à la dernière réunion de septembre.

2° *La situation des membres démissionnaires ou rayés.*

Les membres de la combinaison M A qui ont démissionné ou qui ont été rayés par décision du Conseil, peuvent se faire inscrire à toutes les autres combinaisons, aussi bien à M A D qu'à P, R ou V, les combinaisons étant complètement indépendantes les unes des autres.

Ceux qui sont inscrits à ces combinaisons P et R (retraites) ou V (pensions aux veuves) peuvent continuer à verser leurs cotisations, la radiation étant spéciale à M A et ne touchant en rien aux autres combinaisons.

Les membres rayés actuellement pourront-ils rentrer à M A à la faveur d'une admission nouvelle ? — Jusqu'à présent, c'est par la négative que nous avons dû répondre, mais la question sera examinée à nouveau après l'inventaire et, s'il y a lieu, la possibilité de réadmission sera proposée à l'assemblée générale.

3° *La situation des femmes de médecins.*

Les femmes des médecins sont admises à P (retraite à 60 ans) et à R (retraite à 65 ans) sous la seule condition que leur mari soit inscrit à l'une quelconque des combinaisons de la Mutualité familiale.

La femme d'un médecin inscrit à M A ou à M A D simplement peut donc parfaitement entrer à P ou à R.

Si son mari vient à mourir, la femme sociétaire peut choisir entre les alternatives suivantes :

1° Continuer le versement de ses cotisations dans les conditions ordinaires pour arriver à la retraite totale ;

2° Si elle a déjà versé ses cotisations pendant cinq ans au moins, cesser le versement de ses cotisations pour jouir à l'âge voulu, d'une retraite réduite en proportion du capital constitué par ses versements.

3° Si elle n'a pas encore versé ses cotisations pendant cinq ans, continuer à verser ses cotisations jusqu'à concurrence de la cinquième pour rentrer dans la catégorie précédente et s'assurer une retraite proportionnelle.

4° *La possibilité de s'assurer* 2.400 *fr. de pension.*

Les combinaisons P et R donnent, chacune, une pension maximum de 1.200 francs, mais il est loisible au même sociétaire de s'inscrire à la fois à P et à R.

De cette manière le sociétaire, à 60 ans, reçoit 1.200 fr. et, à 65 ans, 1.200 fr. encore, soit en tout 2.400 francs.

Les femmes des médecins sont admises dans les mêmes conditions.

5° La cotisation des combinaisons P et R.

Les cotisations de P et de R peuvent paraître plus élevées que celles d'autres organisations publiques ou privées assurant une même pension de 1.200 francs ; mais il faut tenir compte de la manière dont est calculé l'âge d'entrée et du nombre des cotisations à verser.

A la Mutualité familiale, l'âge d'entrée est l'âge que l'on a eu ou que l'on aura dans l'année de l'admission. C'est ainsi que tous les sociétaires nés en 1883, par exemple, et entrant en 1921, sont considérés comme ayant 38 ans, qu'ils soient nés en janvier ou en décembre, qu'ils soient admis au premier ou au quatrième trimestre.

En outre, le sociétaire ne paye pas de cotisation pour l'année où il atteint 60 ans (combinaison P) ou 65 ans (combinaison R).

Enfin, au 1er janvier de chaque année, il touche, par avance, la cotisation de l'année entière, bien qu'il puisse mourir au cours de cette année.

Il faut ajouter que, chose qui n'est admise nulle part ailleurs, tout sociétaire qui a suspendu le versement de ses cotisations pendant un temps plus ou moins long, a la faculté de se remettre au courant, soit par un versement unique, soit par des versements fractionnés, pourvu que ce soit avant les quatre dernières années qui précèdent l'âge de la retraite.

6° La publicité des actes de la Société.

Le *Concours médical* est l'organe de la Mutualité familiale : tous les actes de la Société sont publiés dans ses colonnes conformément aux statuts.

Les abonnés du *Concours médical* sont donc tenus régulièrement au courant.

Pour les sociétaires non abonnés, le Conseil a décidé qu'il leur serait envoyé, quinze jours au moins avant la date fixée pour l'assemblée générale annuelle, le numéro du journal contenant l'avis de convocation ainsi que les rapports du secrétaire général et du trésorier.

De même, après l'assemblée générale, il leur sera envoyé le numéro contenant le procès-verbal de cette assemblée.

7° La propagande de la Mutualité Familiale.

De nombreux articles publiés dans le *Concours médical* constituent en faveur de la Mutualité familiale une propagande sérieuse, mais le Conseil a décidé qu'après l'inventaire et les décisions que la prochaine assemblée générale devra prendre en conséquence, il serait publié un tract spécial pour faire connaître l'existence de la Mutualité familiale, ainsi que les avantages qu'elle présente.

Ce tract sera adressé à tous les praticiens français nés postérieurement à 1880. Il sera, bien entendu, tenu à la disposition des sociétaires désireux de faire une propagande particulière.

Enfin le secrétaire général se tiendra, comme toujours, à la disposition de tous ceux qui désireraient des conseils particuliers ou des renseignements complémentaires.

A. GASSOT.

CHRONIQUE DES ACCIDENTS DU TRAVAIL

Tarif des frais pharmaceutiques en matière d'accidents du travail *du* 28 *juin* 1921 (1).

Article premier. — Le tarif annexé au présent arrêté est applicable aux frais pharmaceutiques en matière d'accidents du travail.

Tous produits ne figurant pas dans ledit tarif seront taxés aux prix indiqués au tarif dressé par l'Association générale des Syndicats pharmaceutiques de France à l'usage des œuvres d'assistance et de prévoyance sociales et édité par la Chambre syndicale des pharmaciens de la Seine, en tenant compte, à intervalles de six mois, à partir de la mise en application du présent arrêté, des bulletins de variations publiés par ladite Association générale.

Les barêmes dressés par l'Association générale des Syndicats pharmaceutiques de France (édition 1921) sont applicables au tarif annexé au présent arrêté.

Art. 2. — Les tarifs visés à l'article 1er ci-dessus ne comporteront aucun rabais dans les localités ne comptant pas plus de 5.000 habitants; ils seront réduits de 5 p. cent dans les villes comptant 5.000 à 25.000 habitants; ils seront réduits de 7 p. cent dans les villes comptant 25.000 à 100.000 habitants; ils seront réduits de 10 p. cent dans les villes comptant plus de 100.000 habitants et leur banlieue, et 15 p. cent dans Paris et le département de la Seine.

La banlieue des villes comprend les communes situées dans un périmètre de 2 kilomètres à partir de la limite administrative desdites villes.

Art. 3. — Pour la détermination des taux de réduction, il y a lieu de prendre pour base la population de la localité où réside le pharmacien fournisseur.

Art. 4. — Les substances toxiques prévues aux tarifs visés à l'article 1er ci-dessus seront rem-

(1) Plusieurs correspondants, propharmaciens, nous ayant demandé de publier le tarif pharmaceutique des accidents de travail, nous déférons très volontiers à leur désir.

N. D. L. R.

boursées aux pharmaciens sur production d'une copie certifiée conforme aux ordonnances en prescrivant la délivrance.

Art. 5. Les factures doivent être établies d'après le prix porté au tarif ci-annexé, ou au bulletin de variations spécifié à l'article 1er ci-dessus, en vigueur à la date de la livraison des médicaments.

Les récipients ne seront comptés qu'une seule fois lorsque la fourniture sera renouvelée.

Art. 6. — Sont rapportés l'arrêté ministériel du 29 décembre 1911, ainsi que toutes dispositions contraires à celles du présent arrêté

Art. 7. — Le présent arrêté prendra effet à partir du 1er juillet 1921.

Paris, le 28 juin 1921.

Daniel VINCENT.

ANNEXE

A l'arrêté fixant le tarif des frais pharmaceutiques en matière d'accidents du travail, prévu par l'article 4, *alinéas* 1er *et* 2e *de la loi du* 9 *avril* 1898, *modifié par les lois des* 31 *mars* 1905 *et* 6 *janvier* 1921

I. — PRODUITS CHIMIQUES ET PHARMACEUTIQUES

A défaut d'indications tout à fait précises, mentionnées sur les ordonnances médicales, concernant les produits figurant aux présents tableaux sous la même appellation, le pharmacien devra toujours délivrer, et par conséquent toujours tarifer, les produits précédés d'un astérisque(*).

II. — OBJETS DE PANSEMENTS

Lorsque plusieurs articles du même nom sont inscrits à ce tarif, ce sera toujours celui de ces articles marqué par un astérique (*) qui devra être délivré et tarifé, à moins d'indication contraire sur la prescription.

Lorsqu'il est prescrit : « *une bande* », sans autre indication, c'est toujours une bande de gaze hydrophile qui doit être délivrée et tarifée.

S'il est prescrit : « *une bande de crépon* » sans désignation de couleur de fil, le pharmacien devra toujours délivrer et tarifer la marque « *fil bleu* ».

Le pharmacien devra toujours délivrer et tarifer les articles de pansements ni aseptiques ni stérilisés, à moins que la prescription ne spécifie : « *aseptique ou stérilisé* ».

Lorsqu'il est prescrit un article de pansement avec la recommandation : « *aseptique ou stérilisé* » le pharmacien est toujours tenu de délivrer cet article de pansement en récipient hermétiquement clos, soit en flacon, soit en boîte métal. La tarification sera faite en conformité de la fourniture.

Produits Chimiques et Pharmaceutiques.

Abréviations : *i. f.* = *Indemnité fixe.* — *Bar.* = *Barême.*

i. f.		*Bar.*
0 30	Acétate (sous-) de plomb liquide	20
0 20	Acide acétylsalicylique	39
0	— borique officinal	22
0 30	— phénique neigeux officinal	25
0 20	— picrique pur	32
0 10	— — en solution à 1 %	10
0 20	— salicylique	34
0 60	Adrénaline en solution à 1 °/°°	51
0 *	Alcool à 95°, * alcool à 90°	36
0	— camphré fort	37
0	— — faible	36
0 10	Analgésine	48
0 10	Antipyrine	48
0 20	Aristol	61
0 20	Aspirine	39
0 10	Baume du Commandeur	40
0	— de Fioravanti (alcoolat de)	37
0	— Opodeldoch	42
	Le flacon est de 90 gr. ; * le 1/2, de 45 gr.	
0 30	Baume tranquille	34
1 00	Chlorhydrate de cocaïne	78
0 60	Chloroforme	36
0	— anesthésique :	
	L'ampoule de 30 gr. ; 5 fr net ;	
	— de 60 gr. ; 6 fr. 50 net.	
0 60	*Chlorure (Bi) de mercure	43
0	Chlorure de soude liquide	11
0 20	Dermatol	50
0 10	*Eau blanche du Codex	5
0 10	— — de Goulard	15
0	— boriquée	8
0 30	— oxygénée Codex	15
0	— — chirurgicale	14
0 10	— phéniquée à 1 %	8
0 10*	— — à 2 %	10
0 20	— — à 5 %	12
0 10	— végéto-minérale	15
0	Eau-de-vie camphrée	36
0 20	Ectogan	43
0	Essence de térébenthine rectifiée	28
0 20	— de Wintergreen artificielle	36
0 20	*Ether sulfurique rectifié	31
0 30	— — anesthésique	33
0 20	Ethylène périodé	60
0 20	Gallate (sous-) de bismuth	50
0	Glycérine officinale à 30°	27
0	Graisse de laine anhydre	33
0 *	— — hydratée	31
0	Huile de camomille camphrée	35
0 20	— chloroformée du Codex	36
0 30	— de jusquiame	33
0 30	— — composée	31
0	Hypochlorite de soude liquide	11
0 30	Iodoforme pulvérisé	56
0 20	Iodothymol	61
0	Lanoline anhydre	33
0 *	— hydratée	31
0 60	Laudanum de Rousseau	45
0 60 *	— de Sydenham	44
0 10	Liniment ammoniacal camphré	36
0 20	— chloroformé	36
0	— oléocalcaire	25
0 10	— de Rosen	43
0	— térébenthiné	30
0 10	Liqueur de Dakin	12
0	— de Labarraque	11
0 30	— de Van Swieten	10
0 20	Naphtol camphré	51
0 20	Oxyde (Per-) de zinc	43
0 10	Permanganate de potasse	34

0 30	Phénol cristallisé officinal	25
0	Plâtre chirurgical, en boîte	13
0	Pommade boriquée à 1 p. 10	29
0 10	— aux essences	34
0 20	— iodoformée à 1 p. 10	40
0 10	— de Lucas-Championnière	34
0 10	— phéniquée à 1 %	32
0 20	— de Reclus	39
0 10	— salolée à 1 p. 10	33
0 30	— au sublimé	33
0 30	Poudre de sublimé et d'acide tartrique, form. Codex à 2 gr. 50 p. 10	43
0 60	Salicylate d'ésérine	85
0 20	— de méthyl	36
0 20	— de phénol	38
0 20	Salol	38
0	Sérum antitétanique : le flacon, 5 fr. net	
0	— gélatiné, l'ampoule de : 60 cc. 5 fr. 50 ; 125 cc. 6 fr. 50 ; 250 cc. 7 fr. ; 500 cc. 14 fr.	
0	Sérum physiologique, l'ampoule de : 60 cc. 5 fr. ; 125 cc. 6 fr. ; 250 cc. 7 fr. 50 ; 500 cc. 9 fr. 50	
0 10	Solution d'acide picrique à 1 %	10
0 60	— d'adrénaline à 1 %°	51
0 30	— de sublimé à 1 %°	10
0	*Sparadrap diachylon	08
0	* — des hôpitaux	209
	Le rouleau est de 1 m. × 0 m. 20.	
0 60	Stovaïne	70
0 60	Sublimé corrosif	43
0 30	Mélange de sublimé et d'acide tartrique, form. du Codex, à 2 gr. 50 p. 10	43
0 60	Sulfate d'atropine	82
0 60	— d'ésérine	85
0	Teinture d'arnica	36
0 10	— balsamique	40
0 20	— d'iode à 1 p. 9	42
0 20	Thymol biiodé	61
0	Vaseline pure	27
0	— boriquée	29
0 20	— iodoformée	40
0 10	— phéniquée	32
0 10	— salolée	33
0 30	— au sublimé	33

Objets de Pansement.

Bande de crépon fil bleu, longueur 5 mètres, largeur 5 centimètres	2 25
Bande de crépon fil bleu, longueur 5 mètres, largeur 7 centimètres	3 »
Bande de crépon fil bleu, longueur 5 mètres, largeur 10 centimètres	4 15
Bande de crépon fil bleu, longueur 5 mètres, largeur 15 centimètres	6 »
Bande de crépon fil bleu, longueur 5 mètres, largeur 20 centimètres	8 25
Bande de crépon fil bleu, longueur 5 mètres, largeur 25 centimètres	10 »
Bande de crépon fil bleu, longueur 5 mètres, largeur 30 centimètres	12 50
Bande de crépon fil rouge, *longueur 5 mètres, largeur 5 centimètres	2 50
Bande de crépon fil rouge, longueur 5 mètres, largeur 7 centimètres	3 50
Bande de crépon fil rouge, longueur 5 mètres, largeur 10 centimètres	4 75
Bande de crépon fil rouge, longueur 5 mètres, largeur 15 centimètres	6 75
Bande de crépon fil rouge, longueur 5 mètres, largeur 20 centimètres	9 »
Bande de crépon fil rouge, longueur 5 mètres, largeur 25 centimètres	10 75
Bande de crépon fil rouge, longueur 5 mètres, largeur 30 centimètres	13 »
Bande flanelle, *longueur 5 mètres, largeur 5 centimètres	5 50
Bande flanelle, longueur 5 mètres, largeur 7 centimètres	8 »
Bande flanelle, longueur 5 mètres, largeur 10 centimètres	10 »
Bande gaze hydrophile, *longueur 5 mètres, largeur 5 centimètres	0 75
Bande gaze hydrophile, longueur 5 mètres, largeur 7 centimètres	0 95
Bande gaze hydrophile, longueur 5 mètres, largeur 10 centimètres	1 30
Bande gaze hydrophile, longueur 5 mètres, largeur 15 centimètres	1 90
Bande plâtrée, *longueur 5 mètres, largeur 5 centimètres	2 75
Bande plâtrée, longueur 5 mètres, largeur 7 centimètres	3 20
Bande plâtrée, longueur 5 mètres, largeur 10 centimètres	3 60
Bande de tangeps, *longueur 5 mètres, largeur 7 centimètres	1 25
Bande de tangeps, longueur 5 mètres, largeur 7 centimètres	1 80
Bande de tangeps, longueur 5 mètres, largeur 10 centimètres	2 40
Bande de tarlatane, *longueur 5 mètres, largeur 5 centimètres	0 90
Bande de tarlatane, longueur 5 mètres, largeur 7 centimètres	1 20
Bande de tarlatane, longueur 5 mètres, largeur 10 centimètres	1 75
Bande de tarlatane, longueur 5 mètres, largeur 15 centimètres	2 25
Bande de toile, *longueur 5 mètres, largeur 5 centimètres	2 50
Bande de toile, longueur 5 mètres, largeur 7 centimètres	3 75
Bande de toile, longueur 5 mètres, largeur 10 centimètres	5 »
Catgut stérilisé, *nos 0, 1, 2, le tube	6 80
Catgut stérilisé, nos 3, 4, le tube	7 50
Catgut stérilisé, nos 5, 6, le tube	8 50
Catgut stérilisé, nos 7, 8, le tube	9 50
Compresses de gaze non stérilisées, grandes (40 × 50), la boîte de 10	5 »
Compresses de gaze non stérilisées, moyennes (30 × 30), la boîte de 10	3 75
Compresses de gaze non stérilisées, *petites (15 × 15), la boîte de 10	2 50
Compresses de gaze stérilisées, grandes (40 × 50), la boîte de 10	11 50
Compresses de gaze stérilisées, moyennes (30 × 30), la boîte de 10	9 »
Compresses de gaze stérilisées, *petites (15 × 15), la boîte de 10	6 75
Coton hydrophile, le paquet de 25 grammes	0 60
Coton hydrophile, le paquet de *50 grammes	1 10
Coton hydrophile, le paquet de 125 grammes	2 40
Coton hydrophile, le paquet de 250 grammes	4 40
Coton hydrophile, le paquet de 500 grammes	8 20
Coton hydrophile, le paquet de 1.000 grammes	15 »
Coton hydrophile stérilisé, la boîte de 25 grammes	3 50
Coton hydrophile stérilisé, la boîte de 50 grammes	5 50
Coton cardé, le paquet de 25 grammes	0 55
Coton cardé, le paquet de *50 grammes	1 »
Coton cardé, le paquet de 125 grammes	2 20
Coton cardé, le paquet de 250 grammes	4 »
Coton cardé, le paquet de 500 grammes	7 50
Coton cardé, le paquet de 1.000 grammes	14 »
Coton boriqué non stérilisé, le paquet de *50 gr.	1 40

Coton boriqué non stérilisé, le paquet de 125 grammes	3 10
Coton iodoformé non stérilisé, le paquet de 50 grammes	6 50
Coton phéniqué non stérilisé, le paquet de *50 grammes	1 50
Coton phéniqué non stérilisé, le paquet de 125 grammes	3 30
Coton salicylé non stérilisé, le paquet de 50 grammes	4 »
Coton salolé non stérilisé, le paquet de 50 grammes	4 50
Coton au sublimé non stérilisé, le paquet de 50 grammes	2 50
Crins de Florence stérilisés fins, *le tube de 6...	4 »
Crins de Florence stérilisés fins, le tube de 12...	4 60
Crins de Florence stérilisés fins, le tube de 25...	5 70
Crins de Florence stérilisés moyens, le tube de 6.	4 30
Crins de Florence stérilisés moyens, le tube de 12	5 10
Crins de Florence stérilisés moyens, le tube de 25	6 60
Crins de Florence stérilisés gros, le tube de 6....	4 90
Crins de Florence stérilisés, gros, le tube de 12...	6 50
Crins de Florence stérilisés gros, le tube de 25...	8 40
Doigtier de caoutchouc, *la pièce	0 70
Doigtier de cuir, la pièce	1 75
Doigtier de peau, la pièce	1 50
Drain non stérilisé, longueur 20 centimètres....	2 75
Drain stérilisé, *nos 0, 1, 2, 3, 4, le tube	6 »
Drain stérilisé, nos 5, 6, 7, 8, le tube	7 50
Drain stérilisé, no 9	10 »
Drain stérilisé, no 10	10 50
Drap d'hôpital simple face, largeur 90 centimètres no du barême 205.	
La longueur prescrite du drap d'hôpital sera toujours sur toute la largeur sauf indication contraire sur la prescription.	
Gaze hydrophile, *le paquet de 1 mètre	1 40
Gaze hydrophile, à la pièce par 5 mètres ou plus, le mètre	1 30
Gaze hydrophile stérilisée, *la boîte de 1 mètre..	3 50
Gaze hydrophile stérilisée, la boîte de 5 mètres..	13 »
Gaze boriquée, non stérilisée, *le paquet de 1 mètre	2 »
Gaze boriquée non stérilisée, le paquet de 5 mètre	9 »
Gaze iodoformée non stérilisée, *le paquet de 50 centimètres	3 25
Gaze iodoformée non stérilisée, le paquet de 1 mètre	5 »
Gaze à l'ectogan non stérilisée, le paquet de 1 mètre	4 25
Gaze phéniquée non stérilisée, *le paquet de 1 mètre	2 10
Gaze phéniquée non stérilisée, le paquet de 5 mètres	9 »
Gaze salicylée non stérilisée, le paquet de 1 mètre	2 50
Gaze au sublimé non stérilisée, le paquet de 1 mètre	2 30
Gaze salolée non stérilisée, le paquet de 1 mètre.	3 »
Gouttière métallique pour bras coudé sans main	25 »
Gouttière métallique pour mollet et pied	30 »
Gouttière métallique pour cuisse, mollet et pied.	40 »
Mousseline à cataplasme, le mètre	1 50
Taffetas chiffon, largeur 80 centimètres, numéro du barême 208.	
Taffetas gommé, largeur 80 centimètres, numéro du barême 207.	
A moins d'indication contraire pour les taffetas, si la largeur n'est pas spécifiée sur l'ordonnance, la longueur prescrite sera délivrée en carré. S'il est prescrit taffetas ou imperméable sans autre indication, c'est le taffetas gommé qui sera délivré et tarifé.	
Tarlatane, le mètre	1 50

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations.

— **Légion d'Honneur.** — Dans la dernière promotion du Ministère du Commerce, nous relevons avec satisfaction les noms de deux amis du *Concours Médical* : M. COUBAND, le très habile et très sympathique administrateur de la Compagnie de Vichy, promu officier ; M. BEDER, administrateur avisé de la Compagnie des Eaux de Pougues, et directeur des Laboratoires Scientia, promu chevalier.

A tous deux, nous adressons nos bien cordiales félicitations.

— La vingt-quatrième réunion annuelle de la **Société de psychothérapie** aura lieu le mardi 18 octobre à quatre heures et le mercredi 19 à dix heures, 49, rue St-André-des-Arts.

L'ordre du jour comporte :

1o L'œuvre pschychologique du Dr Jules Voisin, président perpétuel de la Société.

2o L'éloge des membres morts pendant la guerre.

3o Questions générales : 1o la psychothérapie, ses progrès et son orientation actuelle ; 2o le rôle de la race en pathologie nerveuse et mentale .

4o Communications individuelles.

Les médecins psychothérapeutes de l'étranger et de la province sont particulièrement invités à prendre part à la séance annuelle et à s'y faire inscrire pour des communications.

Adresser les adhésions et les titres de communication à M. le Dr Bérillon, secrétaire général, 4, rue de Castellane, Paris, 8e.

La séance du mardi 18 octobre sera suivie du banquet annuel.

— **Clinique d'accouchements et de gynécologie Tarnier.** — Cours de pratique obstétricale, par MM. Lequeux et Metzger, agrégés ; assistés de MM. Lemeland et Ecalle, accoucheurs des hôpitaux ; Chomé, ancien délégué dans les fonctions de chef de clinique ; Vaudescal, chef de clinique ; Didier et Viala, chefs de clinique adjoints et de MM. Iglésias, Heitz, Cottin, Thin et Bouscarle, moniteurs. Réservé aux étudiants ayant 16 inscriptions, et aux docteurs français et étrangers.

Le cours commencera le lundi 3 octobre 1921. Il comprendra une série de leçons cliniques théoriques et pratiques, qui auront lieu tous les jours à 9 h. du matin, à 4 h. et à 6 h. du soir. Les auditeurs seront personnellement exercés à l'examen des femmes enceintes et en couches, à la pratique des accouchements et aux manœuvres obstétricales.

Programme du cours. — Lundi 3 octobre. A

9 h. du matin. Visite dans les salles des femmes enceintes. A 10 h. Consultation des nourrissons. A 6 h. Diagnostic de la grossesse. — Mardi 4 octobre. A. 9 h du matin. Examen des nouveau-nés et des femmes récemment accouchées. A 10 h. Leçon clinique. A 4 h. Exercices de palper, de toucher et d'auscultation au lit des malades. A 6 h. De la conduite à tenir dans l'accouchement normal. — Mercredi 5 octobre. A 9 h. du matin. Consultations des femmes enceintes. Examen des malades par les élèves du cours. A 4 h. Exercices de palper, de toucher et d'auscultation au lit des malades. A 6 h. Le forceps sur le sommet (positions directes). — Jeudi 6 octobre. A 9 h. du matin. Visite dans les salles des femmes accouchées. A 10 h. Consultation des nourrissons. A 4 h. Examen des bassins viciés. A 6 h. Le forceps sur le sommet (positions obliques). — Vendredi 7 octobre. A 9 h. du matin. Consultation des femmes enceintes. A 4 h. Exercices pratiques de forceps. A 6 h. Le forceps sur la face et le front et la présentation élevée du sommet. — Samedi 8 octobre. A 9 h. du matin. Présentation de malades. A 10 h. De l'examen des bassins viciés. A 4 h. Exercices pratiques de forceps. A 6 h. Accidents de la délivrance Hémorragies. Conduite à tenir. — Lundi 10 octobre. A 9 h. du matin. Visite dans les salles des femmes enceintes. A 10 h. Consultation des nourrissons. A 4 h. Exercices pratiques de forceps. A 6 h. La version par manœuvres internes (version séparée). — Mardi 11 octobre. A 9 h. du matin. Examen des femmes accouchées. Visites dans les salles. A 10 heures. Leçons cliniques. A 4 h. Exercices pratiques de version. A 6 h. Des difficultés et des accidents au cours de l'extraction du siège. — Mercredi 12 octobre. A 9 h. du matin. Consultation des femmes enceintes. Examen des malades par les élèves du cours. A 4 h. Exercices pratiques : l'extraction du siège. A 6 h. L'embryotomie-céphalique (perforation, basiotripsie, crânioclasie).— Jeudi 13 octobre. A 9 h. du matin. Examen des femmes accouchées. A 10 h. Consultation des nourrissons. A 4 h. Exercices pratiques d'embryotomie céphalique. A 6 h. L'embryotomie rachidienne. — Vendredi 14 octobre. A 9 h. du matin. Consultation des femmes enceintes. A 4 h. Exercices pratiques d'embryotomie rachidienne. A 6 h. De la dystocie des parties molles et de la conduite à tenir. — Samedi 15 octobre. A 9 h. du matin. Présentation de malades. A 10 h. Indications et technique de l'opération césarienne. A 4 h. Exercices pratiques : les dilatations. Les sections du col. A 6 h. Les infections puerpérales. — Lundi 17 octobre. A 9 h. du matin. Visite dans les salles des femmes enceintes. A 10 h. Consultation des nourrissons. A 4 h. Visite des malades à l'isolement. A 6 h. Les infections puerpérales. — Mardi 18 octobre. A 9 h. du matin. Examen des nouveau-nés. A 4 h. Visite des malades à l'isolement.

Pour renseignements et inscription, s'adresser à M. le chef de clinique à la Clinique Tarnier. Les bulletins de versement, relatifs au cours, seront délivrés au secrétariat de la Faculté, les jeudis et samedis, de midi à 3 h. Le droit à verser est de 100 francs.

— **Hôpital Beaujon.** — Une série de six conférences, sur les colites, sera faite, pendant la 3e semaine d'octobre, dans le service du professeur Carnot, à l'hôpital Beaujon. Ces conférences auront lieu chaque matin, à 10 heures. Le cours est gratuit. L'inscription sera reçue, à partir du 1er octobre, à la consultation de gastro-entérologie de l'hôpital Beaujon.

1re leçon, 17 octobre, M. Carnot. — Considérations générales sur les colites. Les réactions coliques. Les syndromes colitiques.

2e leçon, 18 octobre. M. Carnot. — Les colites amibiennes et parasitaires.

3e leçon, 19 octobre. M. Harvier. — Les colites dysentériformes.

4e leçon, 20 octobre. M. Harvier. — La colite muco-membraneuse.

5e leçon, 21 octobre. M. Lardennois. — Les péricolites et les déformations des côlons.

6e leçon, 22 octobre. M. Friedel. — Les recto-colites. Démonstrations rectoscopiques.

— **Laboratoire d'hygiène de la Ville de Paris.** — Le laboratoire d'hygiène de la ville de Paris, 1 *bis*, rue des Hospitalières-Saint-Gervais, met gracieusement à la disposition de MM. les médecins des nécessaires pour le diagnostic bactériologique des maladies contagieuses (diphtérie, tuberculose, fièvre typhoïde, etc.).

Ces nécessaires sont délivrés sur la demande écrite de MM. les médecins, et les résultats des analyses sont communiqués aussitôt qu'ils sont acquis, généralement 24 heures après le retour au laboratoire des nécessaires utilisés.

Le laboratoire d'hygiène de la ville de Paris est ouvert tous les jours, de 8 heures à 20heures et les dimanches et fêtes de 10 heures à 16 heures.

La réception des malades pour prélèvement de sang, réaction de Wassermann, examen à l'ultra-microscope, etc., a lieu les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 17 h.

Les frais d'envoi des résultats, par lettre ou par télégramme, sont à la charge des intéressés.

Le Directeur Gérant : Dr GASSOT.

Clermont (Oise). — Imprimerie DAIX et THIRON
THIRON et FRANJOU, Successeurs.
Maison spéciale pour publications périodiques médicales

RECOUVREMENTS D'HONORAIRES MÉDICAUX

M. Louis AUDEBERT Avocat, *Directeur du Contentieux de Syndicats Médicaux. Administrateur d'immeubles.*

5, rue des Saints-Pères PARIS, Tél. Saxe 48-53.

Pour toute demande de renseignements écrire à Me Audebert, en joignant un timbre pour la réponse.

AVIS

Stations hivernales

Nos lecteurs qui désirent voir leur nom figurer dans la liste que nous publions actuellement sont priés de nous en informer.

Envois de fonds.

Pour l'envoi des abonnements et des cotisations aux filiales, nous rappelons que le moyen le plus pratique et le plus économique est le versement au compte de chèques postaux dont voici les nos :

Concours Médical, Paris, 167-95.

Sou Médical, Paris 182-31.

Mutualité Familiale Paris, 182-32.

Caisse des pensions de retraites du Corps médical français. Paris, 271-46.

Changements d'adresses

Nous rappelons à nos lecteurs que toute demande de changement d'adresse doit être accompagnée de 0 fr. 60 pour frais de réimpression de bande.



s'en va, à rédiger, sans prétentions, les modestes « *Notes de médecine pratique* », recueillies au cours de ma carrière, auxquelles *Le Concours* veut bien, parfois, accorder une hospitalité qui m'honore et dont je le remercie.

Goûtées par les uns, ces notes sont, quelquefois, aussi discutées, voire critiquées. Cela prouve qu'on les lit ; mais, cette satisfaction d'amour-propre ne me fait point oublier que, dans l'éloge ainsi que dans le blâme, il y a, toujours, un enseignement à prendre ou une leçon à retenir.

C'est ainsi que ma formule de *potion contre l'hémoptysie* a soulevé des objections.

Je la transcris :

1° Ergotine .... } ââ 6 grammes
Extrait de ratanhia ...... }
Sirop thébaïque .... } ââ 50 grammes
Sirop d'ipéca .... }
Eau de laitue............. 25 grammes

Une cuillerée à bouche après chaque vomissement de sang.

S'ils se reproduisent après 4 cuillerées, arrêter, *lors de l'état nauséeux.*

2° Eau de Rabel............. 15 grammes

Dix gouttes, chaque heure, alternant avec la potion précédente.

Cette vieille formule, je l'ai employée telle quelle, très fréquemment, avant la guerre. Je sais donc, personnellement, ce qu'elle vaut et j'affirme qu'elle m'a donné d'excellents résultats.

Et, tout d'abord, je rappellerai que les médicaments, que je prescris, sont classiques, bien qu'il soit permis d'en discuter l'efficacité. Je reviendrai, sur ce point, un peu plus loin.

Ma médication comporte donc : de l'ergotine, du tanin (sirop de ratanhia), de l'opium (sirop thébaïque), de l'ipéca et de l'Eau de Rabel.

Est-elle rationnelle ?

Dans un article de *la Médecine moderne*, paru en 1903 et reproduit dans les « *Notes de médecine pratique*, de G. Dethan, tome I, page 146, M. le prof. Albert Robin s'exprime en ces termes :

« La médication interne contre l'hémoptysie comprend 4 éléments :

1° L'ergotine ;
2° Le chlorure de calcium ;
3° La médication acide ;
4° L'ipéca (et la digitale) ».

L'éminent thérapeute prescrit l'ergotine, associée à l'acide gallique à raison de 4 grammes pour une potion de 150 gr. ; je prescris, moi, 6 grammes d'ergotine pour 165 gr. de véhicule,

cela n'a rien d'anormal, l'expérience le prouve, donc, je n'admets pas de critique sur ce point.

Mon illustre confrère emploie l'acide gallique, pour certaines raisons, qu'il serait trop long d'exposer; je lui préfère l'acide tannique, son cousin germain : dans une famille, il y a des parents que l'on aime davantage. Honni soit qui mal y pense !

J'ai également recours aux opiacés et, heureuse coïncidence, nous sommes, Robin et moi, — sans comparaison de bêtes à gens comme dirait Grosclaude — du même avis.

Voyez plutôt :

Chlorure de calcium	4 gr.
Sirop d'opium	30 gr.
Eau de tilleul................	120 gr.

C'est de M. Robin, cette ordonnance.

Le maître prescrit du sirop thébaïque, moi aussi; il prescrit de l'eau de tilleul, moi de l'eau de laitue. Il est évident que son hydrolat de tilleul n'a pas plus de valeur que mon hydrolat de laitue. Brissemoret nous dirait, peut-être, ce que le premier contient de principes sédatifs et le second de lactucarium, c'est possible. Admettons, pour contenter tout le monde, que ce sont deux véhicules, sans grande valeur thérapeutique, facilement altérables et passons, car, en somme, une voiture, un âne, véhicules l'un et l'autre, peuvent porter un homme de génie ou un trésor.

Jusqu'ici, disciple d'un maître illustre, je suis sa trace lumineuse, dans le sillon qu'il a commencé.

Je ne m'en sépare pas davantage, lorsque j'ordonne l'Eau de Rabel — « drogue désagréable dont l'acidité est extrême et qui, même prise avec de l'eau sucrée et aromatisée, fait encore — prétend la critique — grincer les dents ».

Le membre de l'Académie de médecine, que fut M. le prof. Robin, n'a certainement pas subi l'empreinte de Brillat-Savarin. Il prescrit l'Eau de Rabel dans de l'eau bouillie ! Quel simpliste ! Quoi ! Vous ignorez, cher maître, qu'il existe des orangeades et des citronnades célèbres ? Vous n'avez donc jamais fréquenté le « Grand café de la Paix » à Angoulême ?

C'est un tort : on y sert de « l'orangeade Maria ». A mon avis, c'est le véhicule délicieux et tout désigné de l'Eau de Rabel.

Avis aux médecins qui en cherchent un pour l'Eau de Rabel.

Lorsque je formule : Eau de Rabel 15 grammes, dix gouttes, chaque heure, le nourrisson d'un médecin — ou plutôt de sa femme — comprendrait qu'on la dilue dans de l'eau, aromatisée ou non : cela a échappé à nos Zoïles !

M. le Prof. Robin et moi avons « le béguin » pour l'acide sulfurique alcoolisé ; Zoïle, lui,

déteste l'eau de Rabel ; c'est son affaire : *De gustibus et coloribus non disputandum* ! comme disaient les scolastiques, ce qu'un loustic traduirait par : tous les goûts sont, dans la nature, même « l'égoût collecteur ».

Il paraît — *horresco referens* ! — que ma potion renferme 12 grammes d'extraits, d'extraits qui coûtent très cher ; de sorte que cette potion n'est point à la portée des pauvres, ce qui n'a aucune importance puisque, d'après Zoïle, elle est détestable à absorber, coûteuse et, insinue-t-il, dangereuse.

J'avoue, très simplement, que j'aurais pu employer un peu moins de sirops ; mais cela n'aurait eu qu'une importance secondaire. En effet, en admettant que j'eusse adopté un véhicule plus fluide, les extraits y auraient, posologiquement, figuré dans les mêmes proportions parce que je trouve qu'elles n'ont rien d'exagéré ; l'expérience, je le répète, me l'a mainte et mainte fois prouvé. Il est très rare, en effet, que l'hémoptysie ne s'arrête pas après la seconde cuillerée ; au delà, l'effet nauséeux se déclanche avec rapidité ; le vomissement de sang s'arrête et s'il se reproduit les jours suivants, la potion est là, prête, sous la main.

Qu'est-ce que *Trousseau* cherchait, de suite, à provoquer chez l'hémoptysique ?

Le vomissement.

Pourquoi ? Parce que ce réflexe produit, probablement, une constriction générale vasculaire concomitante de la contraction musculaire.

Il ne m'est pas désagréable d'être du même avis que ce vénérable Pontife, dont la tiare, pour avoir été dédorée par le temps, n'en jette pas moins encore des feux qui devraient éblouir les yeux irrités de certains de ses infimes contempteurs.

Zoïle n'aime pas l'Ipéca. Le professeur *Lemoine*, de Lille, ne partage pas ce dégoût. Bien plus, il reconnaît, à cette rubiacée, une action hémostatique, absolument remarquable.

Et il formule :

Poudre d'Ipéca		3 grammes
Sirop d'Ipéca	}	ââ 30 grammes
Sirop diacode	}	

Par cuillerée à dessert jusqu'à production d'effet nauséeux.

Donc, Trousseau, Lemoine, Bonjean et autres Robin sont du même avis : provoquer le vomissement ou l'état nauséeux ; Zoïle renacle, il a mieux dans son sac.

Il ne faudrait pourtant pas terminer cet articulet sur une note fâcheuse ou sur une phrase agressive.

Dans le *Journal des praticiens* du 2 septembre 1911, n° 35, page 556, un de nos distingués

confrères, M. le Dr Launois, parlant du traitement des hémoptysies, chez les tuberculeux, préconisait l'emploi des opiacés pour diminuer la toux, des vomitifs — ipéca — comme médicament d'urgence, surtout dans les hémoptysies de début, impressionnantes et brusques, mais il constatait que l'action de l'ergotine était niée par nombre d'auteurs et que la posologie, quant aux vomitifs, était des plus variables et des plus disputées. Je reparlerai, du reste, un jour de l'ergotine.

Tout cela est vrai, tout cela est juste. Et c'est pourquoi nous devons être réservés et sobres dans nos critiques : l'erreur d'aujourd'hui peut devenir la vérité de demain et *vice-versa.* Il est vrai que la vie, c'est le mouvement, le combat, la lutte. C'est, en ce qui concerne celle de l'esprit, la polémique, les opinions, les idées, le paradoxe, et la discussion, la critique. Seul le moine, dans sa cellule austère, trouve le silence et la paix. Mais il est loin du bruit, loin des hommes, loin de la société : *Mundum elongavit, fugiens et mansit in solitudine.*

Dr Galand (de Cambrai).

DOCUMENTS OFFICIELS

A L'OFFICIEL

Tarif kilométrique de soins médicaux aux pensionnés de guerre

L'arrêté interministériel du 6 juin 1921, fixant le tarif des indemnités de déplacement auxquelles peuvent avoir droit les médecins appelés à donner des soins à domicile aux bénéficiaires de l'article 64 de la loi du 31 mars 1919 est complété comme suit :

....

2e Pour les déplacements par tous autres moyens, le tarif par kilomètre effectivement parcouru est le suivant :

1 fr. dans les départements ci-après : Ille-et-Vilaine, Haute-Saône, Loire-inférieure, Deux-Sèvres, Mayenne.

(15 septembre 1921).

(*J. O.*, 20 *septembre* 1921.)

HYDROLOGIE

Le XVe Voyage d'Etudes médicales.
Le V. E. M. à Vichy et à Châtel-Guyon.

Le 15e voyage d'études médicales (Le V.E.M. ainsi que le désigna aussitôt notre goût moderne

des abréviations), fondé en 1899, grâce à l'initiative du Professeur Landouzy, assisté du docteur Carron de la Carrière, vient de visiter les stations thermales et climatiques du centre de la France sous la direction du professeur Paul CARNOT.

Il était composé de plus de 160 médecins dont la moitié était formée d'étrangers, Belges, Suisses, Italiens, Roumains, Danois, Anglais, Hollandais, Alsaciens, Espagnols et Catalans, etc.

Venant de Pougues et de Bourbon-l'Archambault, il est arrivé le 6 septembre à VICHY, en train spécial. Il a été reçu à la gare par M. Baugnies, administrateur-délégué de la Compagnie Fermière, M. Normand, secrétaire général de la Compagnie, M. le docteur Deléage, président et les délégués de la Société des Sciences Médicales, MM. les docteurs Haller et Aimard.

Peu après, les visiteurs, qui comprenaient plusieurs doctoresses et quelques autres dames, femmes ou filles de médecins français et étrangers, étaient conduits à l'établissement thermal dont ils purent admirer à loisir les installations uniques au monde, et où ils entendirent les savantes conférences faites par le professeur Carnot, le professeur Rathery et M. le docteur Deléage.

Le soir, les médecins assistèrent au Grand Casino à la représentation de *Rigoletto* donnée en leur honneur.

La journée du lendemain ne fut pas moins remplie. Dans la matinée, visite détaillée des ateliers d'embouteillage et d'expédition, de la pastillerie, et de la nouvelle blanchisserie, en un mot de toutes ces installations que la Compagnie Fermière a su porter au plus haut degré de perfection moderne, et qui font vraiment honneur à l'initiative, à l'intelligence pratique et au dévouement de ceux qui se sont donné pour tâche de faire de Vichy une station hydrominérale modèle.

A la suite de ces visites un déjeuner fut offert par la Compagnie Fermière à l'Hôtel Carlton.

Au champagne, la série des toasts (il n'y en eut pas moins de quinze) fut ouverte par M. BAUGNIES, auquel succédèrent le professeur CARNOT, le docteur LE MOIGNIC, commissaire du Gouvernement, le professeur RATHERY, le professeur SANARELLI, de l'Institut d'hygiène de Rome. Chaque délégation étrangère tint d'ailleurs à exprimer et son admiration pour l'organisation parfaite de la station et sa reconnaissance à ses hôtes. Bientôt cette admiration locale se généralisa, monta vers la France tout entière, vers ce pays que la guerre sanctifia, si l'on peut dire, et dont l'héroïque épopée a laissé dans les esprits étrangers un inoubliable souvenir, en même temps qu'une estime profonde. Parmi les plus chaleureux, signalons le toast de la délégation danoise. A ce moment, l'émotion gagna tous les assistants. Et ce fut vraiment un beau spectacle impressionnant et réconfortant que d'entendre ces étrangers, ces intellectuels venus de tous les points du globe, célébrer à l'envi l'anniversaire de la victoire de la

Marne, et, dans un irrésistible élan, entonner la *Marseillaise*. Quelle revanche du fameux memorandum des intellectuels Allemands.

***

Le 8 septembre, le train spécial amenait le V. E.M. à CHATEL-GUYON, où il était reçu par M. GENESTIER, maire, M. le Dr REBOUL, président de la Société des médecins, et la plupart de ses confrères, M. le Dr DUCHESNE, secrétaire général de la Société des Eaux minérales. M. le Dr AINE, président du Syndicat d'initiative, M. DISSAT, président du Syndicat des Hôteliers, etc.

La caravane se rendit directement au théâtre où le professeur CARNOT exposa lumineusement en quelques mots les indications principales des eaux de cette station : *toutes* les affections de l'intestin, toutes les perturbations fonctionnelles, aussi bien celles qui se caractérisent par l'atonie que celles qui se traduisent par le spasme, atonie et spasme étant d'ailleurs le plus souvent associés chez le même malade, *toutes*, sauf le cancer, la tuberculose et les affections aiguës, fébriles.

M. le Dr REBOUL complèta cet exposé par la description et les effets du traitement thermal tel qu'il est généralement institué.

La visite du Parc, des sources et des établissements commençait ensuite et laissait aux V.E.M. istes l'impression d'un outillage complet et perfectionné, permettant un emploi judicieux de l'eau thermale dans toutes les modalités que réclament les espèces cliniques.

Un déjeuner de 200 couverts réunissait ensuite la caravane à l'Hôtel du Parc et des Princes sous la présidence de M. CLÉMENTEL, sénateur, ancien ministre.

Au champagne, M. le maire de Châtel-Guyon porta la santé du V. E. M. Le médecin qui représentait la Société des Eaux exalta les mérites personnels du professeur Carnot et profita de la circonstance pour réclamer énergiquement l'intervention de M. Clémentel et de tous ses collègues du Parlement contre la scandaleuse propagande française en faveur de Wiesbaden et des stations rhénanes. M. le Dr Reboul expliqua aux convives le mécanisme des régimes alimentaires dans les hôtels de Châtel-Guyon. Après quelques mots chaleureux de remerciement du Directeur du V.E.M., M. Clémentel fut vigoureusement applaudi quand il félicita à son tour M. Carnot, le descendant du « Père la Victoire », de son heureuse initiative et quand il prit l'engagement de défendre âprement la cause de l'hydrologie française.

Après avoir entendu un magnifique concert sous les frais et délicieux ombrages du Parc, le V.E.M. reprit le train pour se rendre à Royat, emportant de cette visite à *Entéropolis*, ainsi que Landouzy avait baptisé Châtel-Guyon, une inoubliable impression.

QUARANTE-TROISIÈME ANNÉE — N° 41 — DIMANCHE 9 OCTOBRE 1921

Fondé en 1879 par Auguste CÉZILLY
Rédigé et dirigé par H. JEANNE (1900-1914),

LE CONCOURS MÉDICAL

ORGANE HEBDOMADAIRE DES PRATICIENS
Groupés dans la Société « Le CONCOURS MÉDICAL » et ses Filiales

ADMINISTRATION & PUBLICITÉ
C. BOULANGER, ADMINISTRATEUR

ABONNEMENTS :

France	24 fr.
Étranger	28 »
Étudiants (*France*)	12 »
Le numéro	50 cent.

Chèques Postaux Paris 167-95

DIRECTION
MM. les Drs A. GASSOT, *Directeur*; A. MAURAT; H. CEZILLY; J. NOIR; P. BOUDIN docteur en droit; M. VIMONT; G. DUCHESNE.
MM. P. CEZILLY, J. DUMESNY, licenciés en droit; C. BOULANGER.

RÉDACTION
Dr J. NOIR, RÉDACTEUR EN CHEF
Drs P. LACROIX et G. DUCHESNE SECRÉTAIRES DE LA RÉDACTION
N.-B. — Les manuscrits publiés ou non, ne sont pas rendus.

Rédaction et Administration : 132, rue du Faubourg St-Denis, PARIS (10e). Téléphone : Nord 48-1?

Quarante-troisième année. N° 41 9 Octobre 1921.

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

Office de Renseignements du « Concours »

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum, aux* « demandes et offres ».

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne, qui est versé dans la caisse de la Société civile du Concours Médical). *Adresser un mandat ou mieux verser au compte de chèques postaux,* Concours Médical, *Paris 167-95.*

Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse.**

N° 476. — Reprendrais rayon 50 km Paris, poste médical ancien, rapport minimum 25.000 frs.

N° 477. — Étudiant est demandé comme assistant service de nuit et dispensaire. S'adresser Dr Roblot, 39, bd Magenta, de 2 à 4 h.

N° 478. — A vendre voiturette Lion Peugeot, très bon état marche, faire offre, timbre pour réponse. Dr Lorthiers, Wizernes (P.-det-C.)

N° 479. — A vendre table d'examen et d'opération neuve cause double emploi. Falconnet, 58 av. Malakoff.

N° 480. — Le Dr Omiecinski à Faremoutiers (S.-et-M.) achèterait d'occasion petite bouteille Magondeaux en bon état.

N° 481. — Auto Crespelle 1920, état de neuf, 12-15 HP 4 places à vendre au plus offrant au-dessus de 15.000 frs. Dr Merlier, 60, rue Pelet, Alfortville (Seine).

N° 482. — Jeune docteur demande occupation dans clinique médicale à Paris.

N° 483. — Jeune médecin, très au courant médecine et chirurgie générales, achèterait bonne clientèle à Paris, partie comptant.

N° 484. — A vendre conduite intérieure Zèbre, fin 1920, état neuf, éclair. et dém. élect. Dr Mabille. La Rochelle.

N° 485. — Poste à céder dans banlieue immédiate très grande ville méditerranéenne. Gros rapport et gros avenir. S'adresser Breitel et Goret, 1 rue Dante. Paris.

N° 486. — Poste ville. Rapp. 55.000 fr. env. Belle clientèle. Arrangements pour indemnité.

N° 487. — Cocker blanc noir, 4 mois, santé superbe, de parents extra. Excellentes dispositions pour la chasse.

CORRESPONDANCE

A propos du scandale de Wiesbaden. La défense de l'industrie thermale française.

J'ai lu avec beaucoup d'intérêt votre note concernant les villes d'eaux allemandes. J'ai lu aussi dans d'autres feuilles, les protestations de divers syndicats hôteliers.... Ne croyez-vous pas cependant que dans l'espèce ces protestations resteront sans effet ? Car nous sommes devant un fait brutal : tous les Français qui ont été dans ces stations en ont été enchantés et sont pour elles la meilleure des réclames. Ils y ont trouvé des installations parfaites, une hygiène bien comprise, du personnel prévenant et..... des prix très abordables. Plusieurs ont retenu des chambres pour l'année prochaine et j'en sais qui ont

été beaucoup mieux traités pour 14 fr. à W. (Rhénanie), que pour 90 fr. à B. (France).

Ne trouverez-vous pas comme moi qu'il y a mieux à faire qu'à parler : agir ! c'est-à-dire diminuer les prix d'hôtels qui, dans nombre de stations sont exagérés et de doter ces stations du confort moderne. Jusqu'ici, les efforts chez nous se sont trop spécialement portés sur les casinos et salons de jeu.

Si elle ne fait pas un effort immédiat, l'hôtellerie française aura laissé passer une occasion unique d'attirer à elle la clientèle de tous les pays du monde.

Je ne fais qu'effleurer un sujet bien vaste ; je voudrais seulement que ma lettre ouvrît une discussion sur cette question qui intéresse au premier chef notre profession. Dr D.

Réponse.

Si vous connaissez des malades qui ont été satisfaits de leur séjour dans les stations rhénanes, ainsi que vous nous le dites, il en est d'autres, m'a-t-on affirmé, qui en sont revenus désenchantés, ayant été copieusement estampés.

Mais la question n'est pas là. Que l'Allemagne fasse de la propagande en faveur de toutes ses industries, c'est son droit. Mais, que des organisations françaises, des personnalités officielles françaises se permettent, aient le cynisme et l'insconscience, de patronner cette propagande, voilà ce qui est inadmissible, ce contre quoi nous protestons, ce qui ne saurait être trop sévèrement qualifié. Et je ne m'en suis pas fait faute, personnellement, dans une circonstance toute récente où j'ai pu intéresser un sénateur très influent à la cause de nos villes d'eaux, si mal défendues.

Quoi qu'il en soit, vous invoquez deux facteurs principaux de la désaffection des Français envers les sources françaises : les tarifs des hôtels, qui sont prohibitifs, et l'inconfort des installations thermales proprement dites.

Il n'y a aucune comparaison à faire, strictement, entre les prix français et les prix allemands, ceux-ci étant influencés uniquement par le change qui nous est des plus favorables. Que des Français, dominés par cette considération, n'hésitent pas à porter leur argent de l'autre côté du Rhin, je vous laisse le soin d'apprécier leur singulière conception de leurs devoirs patriotiques.

Mais, faisant abstraction de ce côté relatif de la question, et en n'envisageant les tarifs hôteliers qu'au point de vue absolu, croyez-vous, réellement qu'ils aient été cette année partout tellement exagérés ? Je connais bien une ville d'eaux du Plateau Central où, pour une moyenne de 25 à 30 fr. par jour, on pouvait prendre pension dans un bon hôtel de second ordre. Sans doute, les Palaces ont-ils été hors de prix, mais la clientèle

moyenne ne les fréquente pas, ou si elle en veut, elle doit s'attendre à payer très cher.

Songez aussi aux charges de toute nature qui pèsent sur l'industrie hôtelière. Un chef de cuisine, dans les maisons moyennes auxquelles je fais allusion, se payait, cet été, 1.100 francs par mois. Notez que je ne cherche pas à défendre le mercantilisme, que je sais stigmatiser quand je le rencontre ; notez aussi que je n'ai aucun intérêt personnel dans un hôtel quelconque. Je vous livre les résultats des enquêtes que j'ai faites, ému par des récriminations qui me sont venues aux oreilles, et dont j'ai voulu vérifier le bien fondé.

En ce qui concerne enfin les installations thermales elles-mêmes, ce n'est un secret pour personne que les Allemands nous ont toujours été de beaucoup supérieurs. Nous possédons cependant quelques stations qui peuvent soutenir heureusement la comparaison : Vichy par exemple. Mais, j'admets que c'est une exception.

Croyez-vous que l'industrie thermale est, en France, protégée comme elle le mérite ? Savez-vous qu'une taxe de 0,10 est perçue par l'Etat sur toute bouteille qui sort d'un établissement ? Savez-vous que les Eaux Minérales supportent un tarif ferroviaire qui en augmente le prix de vente dans des proportions énormes, 25 % environ ? Savez-vous la lourdeur des impôts qui écrasent les Compagnies thermales ? Telle station qui reçoit environ 8.000 à 10.000 malades par saison, en paye pour plus de 60.000 francs, par an...

Les sources hydrominérales sont, en France, plus nombreuses, plus abondantes, plus variées dans leur minéralisation et dans leurs indications que partout ailleurs au monde. Elles représentent un capital fabuleux qui devrait être d'un rapport considérable. Pour cela, il importe de les mettre en valeur, de perfectionner l'outillage qui en permet l'utilisation, de doter les établissements du confortable matériel et du personnel éduqué qui pourront les mettre hors de pair.

Pour obtenir ce résultat, il est indispensable qu'on les aide, au lieu de les étrangler. Et c'est à l'Etat de montrer l'exemple, en se souvenant de l'apologue de la Poule aux œufs d'or.

Il faut également que tous les modes d'activité qui existent côte à côte, dans une ville d'eaux, pratiquent l'union la plus sacrée et la plus intime. Au lieu de se critiquer les uns les autres, il faut qu'ils se soutiennent ; que municipalités, hôteliers, commerçants, médecins et compagnies thermales vivent en complète harmonie, mettent leurs efforts en commun et les dirigent synergiquement vers le même but.

Il y a certes beaucou p à faire. Mais ce n'est pas en favorisant les organisations allemandes que nous donnerons aux nôtres le lustre qui leur fait en partie défaut.

Je répète que les Français qui, quelques avan-

tages qu'ils y aient pu rencontrer, ont été faire des séjours et des cures en Rhénanie, sont de mauvais Français, des traîtres qui donnent ainsi à leur mère des coups de poignard dans le dos.

G. Duchesne.

Un traitement du paraphimosis.

La petite observation suivante pourrait être intéressante au point de vue pratique et de la simplicité du traitement.

Il y a une dizaine jours, j'ai été appelé auprès d'un garçon de 13 ans qui était atteint d'un paraphimosis typique avec ses bourrelets muqueux et cutanés et l'anneau de striction, accompagné d'un état fébrile léger, d'agitation et de quelque délire. Les deux régions inguinales étaient envahies d'un semis ganglionnaire.

Au lieu de recourir aux procédés classiques de pétrissage, de malaxations ou de compressions forcées de la verge, j'ai fait tout simplement une petite incision au bistouri sur le bourrelet muqueux, après avoir badigeonné la surface tuméfiée d'une solution de chlorhydrate de cocaïne au centième.

J'ai fait ensuite un enveloppement humide avec une solution au sublimé à 0,25 pour 1.000

Au bout de 8 jours de ce traitement, tout est rentré en ordre et l'enfant est complètement guéri.

Dr Hovnanian.

Calcul d'impôts sur les revenus.

Je vous envoie des feuilles d'impôt reçues ce matin et qui me paraissent exagérées. En 1917, j'étais mobilisé dans un régiment avec 2 galons jusqu'en mars et 3 galons jusqu'à ma démobilisation. De plus, je suis marié, et je ne vois portée aucune déduction pour charge de famille.

Je vous serais très reconnaissant de me faire savoir au plus tôt, si je ne suis pas surtaxé et si je dois faire une réclamation. Pour l'impôt sur les traitements (revenus réalisés en 1918), il me semble, à mon compte que je ne devrais que dans les 70 fr. environ, au lieu de 107 fr. 68.

Dr X.

Réponse.

Après examen de vos feuilles d'impôts, nous avons dû reconnaître que vous n'étiez pas surtaxé, en admettant, bien entendu, les revenus imposables comme conformes à la réalité, et sans doute à vos déclarations. Vous ne faites d'ailleurs aucune objection sur ce point.

Voici les éléments des calculs :

Impôts sur les traitements au titre de l'année 1918.

Revenu imposable............. 4.200 fr.

A cette époque, cette catégorie de revenus était exempte d'impôt à concurrence de 1.500 fr. dans les communes de moins de 10.001 habitants.

La différence entre 1.500 et 5.000 fr. était comptée seulement pour moitié.

Le revenu taxable était donc de moitié de 4.200 — 1.500, soit moitié de 2.700, ou 1.350 (somme portée à la 2e colonne de l'avertissement).

Au taux de 3,75 % alors applicable, le montant net de l'impôt est bien de 50,63.

Impôt sur les traitements au titre de l'année 1918.

Mêmes exonérations et même taux.

Revenu imposable.... .... 6.120 fr.

Revenu taxable :

1° Moitié de la différence entre 1.500 et 5.000, soit moitié de 3.500 1.750 fr,
2° Revenu dépassant 5.000...... 1.120 fr.
Total..... 2.870 fr.

(Colonne 2 de l'avertissement), soit à 3,75 %, 107 fr. 63.

Impôt général sur le revenu réalisé en 1918.

Revenu net.................. 6.200 fr.
Déductions (à cette époque).
Situation de famille (marié) 2.000 fr.
Minimum exonéré....... 3.000 fr.
5.000 fr. 5.000 fr.
Revenu taxable................ 1.200 fr.

Soit à 1,50 %, taux alors applicable, 18 fr. plus majoration de 1,10 (1,80) pour défaut de déclaration.

Impôt sur les bénéfices de votre profession réalisés en 1920.

Bénéfices imposables .... 6.980 fr.

Pas d'impôt jusqu'à 4.000 fr. si le contribuable habite une commune de 50.000 habitants et au-dessous.

La fraction comprise entre ce minimum et 8.000 est comptée pour moitié.

Donc, vous payez sur moitié de 6.980-4.000, ou de 2.980, soit sur 1.490 fr.

A 6 %, taux actuel, l'impôt est bien de 89,40.

Il n'est fait, sur ces divers impôts, aucune déduction pour charges de famille pour un contribuable marié. Ne sont considérés comme personnes à la charge du contribuable que ses ascendants ou ceux de son conjoint, s'ils sont âgés de plus de 70 ans ou infirmes, ses descendants et les enfants qu'il a adoptés ou recueillis, s'ils sont âgés de moins de 21 ans ou infirmes.

Application du Tarif Breton.

Je vous serais très obligé de bien vouloir me faire connaître si le tarif Breton pour les radiologistes appartenant à la deuxième catégorie est net, ou s'il

(Voir la suite page XXXV 2797)

AVIS

Les Assemblées Générales Annuelles de la Mutualité Familiale du Corps Médical français, du Sou Médical et de la Société Civile du Concours Médical, sont fixées au dimanche 20 novembre 1921.

Le lieu, l'horaire et l'ordre du jour de chacune d'elles seront publiés ultérieurement.

PROPOS DU JOUR

Un avant-goût de ce que peut être la médecine d'Etat. L'adjudication des soins médicaux par l'Administration militaire. Une fantastique convention.

Nous étions tentés de croire que le contact intime des militaires et des civils durant la guerre aurait changé la mentalité des autorités de l'armée, que notamment, dans l'administration militaire, on cesserait de considérer la santé des hommes comme une valeur sensiblement inférieure à celle des chevaux et des mulets et analogue à celle des effets d'habillements et de couchage, nous ne disons pas d'armement. Il n'en est, hélas ! rien. Le même esprit continue à régner dans les bureaux militaires.

Nous avions à diverses reprises protesté autrefois contre la coutume qu'avaient certains établissements de la guerre (notamment à Tarbes) de mettre en adjudication les soins médicaux et le contrôle des malades de leur personnel.

Nous jugions que cette coutume était outrageante pour ce personnel et offensante pour le corps médical. En dépit de nos protestations et des modifications que la grande guerre aurait dû apporter dans l'armée, les mêmes errements persistent.

Le Bulletin du syndicat des médecins de la Seine publie, sous le titre d'*Une fantastique Circulaire*, le factum envoyé par *l'Entrepôt général de matériel d'aérostation militaire, annexe du service technique de l'aéronautique* de Meudon, aux médecins de Meudon, Issy et Clamart.

Ce factum est le libellé d'une convention qui a dû être passée, en exécution de l'article 2 de l'instruction du 8 avril 1913 pour l'application de l'article 19 du décret du 26 février 1891, entre l'administration de la guerre, représentée par M. le capitaine Tixier, directeur de l'E. C. M. A. et le docteur en médecine qui a bien voulu soumissionner au chiffre le plus bas.

Les obligations pour le médecin consistent à assurer le service médical des établissements du service technique, à traiter les malades internes et externes, à pratiquer les opérations chirurgicales à l'établissement ou au domicile des malades, *quelle que soit l'origine à laquelle il y ait lieu d'attribuer les maladies et les blessures.*

Les personnes ayant droit aux soins, sont normalement : 1° le personnel civil des établissements, 2° les militaires détachés à la garde de ces derniers jusqu'à leur évacuation sur l'infirmerie de leur corps ou un hôpital militaire, 3° exceptionnellement, les personnes étrangères aux établissements victimes d'une explosion (art. 3).

Le rôle des médecins (art. 4) est à la fois celui du médecin traitant et du médecin de contrôle. A ce dernier titre le médecin doit prévenir et empêcher les abus et *signaler au chef de l'établissement* les ouvriers qui s'en sont rendus coupables.

Le service comporte (art. 5) les consultations à l'établissement, les visites à domicile, la rédaction des ordonnances médicales réglementaires, *les soins immédiats aux ouvriers blessés dans un accident du travail et leur envoi éventuel à l'hôpital* (art. 18 de l'instruction C), l'envoi *dans un établissement de l'assistance publique* des ouvriers qui doivent subir une opération chirurgicale qui ne peut être faite à leur domicile (art. 18 de l'instruction C), l'envoi des ouvriers dans les stations d'eaux minérales, l'établissement des certificats techniques, la tenue des pièces et registres réglementaires, la préparation des demandes trimestrielles de matériel et de médicaments, la rédaction du rapport annuel sur l'état sanitaire, la présence aux visites médicales

d'admission et à celles réclamées par les ouvriers licenciés, l'assistance aux réunions sur convocations, adressées par le Président de la Commission d'administration de la masse d'assistance, pour fournir toutes les explications sur le fonctionnement du service.

La consultation a lieu *tous les jours,* sauf le dimanche et les jours fériés à l'établissement annexe (Bat. A.).

Les visites à domicile sont *limitées au territoire des communes de Meudon, Issy et Clamart.* Demandées avant dix heures du matin, elles doivent être faites le jour même ; après dix heures, au plus tard dans la matinée du lendemain. En cas d'urgence, *le jour ou la nuit,* le médecin doit se rendre à l'appel direct des malades dans le plus bref délai.

Les ordonnances doivent être établies par le médecin lui-même, ne porter que les médicaments et les objets prévus par le tarif ; ne pas dépasser pour chaque article les quantités maxima indiquées au tarif. Le médecin doit *homologuer les ordonnances provisoires des sages-femmes,* remplacer par des ordonnances réglementaires les ordonnances provisoires qu'il aura pu rédiger lui-même.

Le médecin aura à établir les certificats techniques selon les modèles réglementaires, tenir ou faire tenir *sous sa responsabilité,* les registres réglementaires, relatifs au service médical, se conformer aux instructions placées en tête de chacun des modèles.

Le médecin rédigera un rapport annuel sur l'état sanitaire, conforme au modèle n° 1, annexe IV de l'Instruction C.

Le médecin devra procéder aux accouchements *quand son intervention sera réclamée par une sage-femme agréée par l'administration, et préalablement appelée par l'ouvrière intéressée.*

En cas d'absence ou d'empêchement valable, le médecin devra se faire remplacer par un de ses collègues, préalablement agréé par le chef de l'établissement, sans qu'il en résulte aucune charge supplémentaire pour l'administration.

L'article 16 fixe les honoraires. Ils comprennent une somme forfaitaire (à proposer) par trimestre pour chaque personne figurant sur le contrôle des établissements le premier jour du trimestre et en plus une indemnité (à proposer) pour chaque visite de nuit et pour chaque accouchement. L'abonnement comprend, outre le service indiqué ci-dessus, trente-neuf interventions, considérées comme des opérations de petite chirurgie (parmi elles : l'électrisation, la saignée, les sutures, le cathétérisme, les lavages de l'estomac, les injections de sérum, la ponction lombaire avec injection, l'ablation de petites tumeurs, etc., etc.).

Pour les autres opérations, les prix seront à débattre et ne pourront dépasser le *tarif annexé à l'arrêté du* 30 SEPTEMBRE 1905, *pris par M. le ministre du commerce et de l'industrie.*

La durée de cette convention sera de trois ans à compter du 1er octobre 1921.

Les *frais de timbre et d'enregistrement* sont à la charge du titulaire, mais l'administration, généreuse, donnera *gratuitement* les fournitures de bureau et les imprimés nécessaires à l'exécution du service.

Nous ignorons combien de médecins de Meudon, d'Issy et de Clamart ont répondu à cette demande, et nous ne pouvons citer encore le nom de l'*heureux titulaire* et les prix qu'il a soumissionnés.

Mais ce factum ne manque pas d'intérêt :

1° Il nous donne un avant-goût de ce que pourrait être une organisation de soins, faite par une bureaucratie, analogue à celle de l'aéronautique militaire, dans l'établissement de l'assurance-maladie obligatoire projetée. Si cet exemple prévalait, la vie du médecin praticien ne manquerait évidemment pas de charmes.

2° Il nous montre avec quelle ignorance l'administration militaire applique la loi sur les accidents du travail et comment elle respecte le libre choix du médecin par l'accidenté, imposé par la loi.

3° Il nous indique avec quelle désinvolture la même administration militaire se décharge sur les *hôpitaux de l'assistance publique* des soins de ses malades et blessés.

4° Il nous donne idée de l'énorme travail bureaucratique auquel le médecin, qui ne sera pas sans occupation (consultation tous les jours, visites sur le territoire de trois communes, réponse aux appels d'urgence de jour de nuit, accouchements, opérations chirurgicales, assistance aux visites d'admission et de licenciement et aux demandes de renseignements sur le service), devra se livrer (ordonnances sur papier *ad hoc* avec limites réglementaires des médicaments et objets et de leur poids, certificats d'après les modèles prévus, homologation des ordonnances des sages-femmes, pièces et registres réglementaires, état trimestriel pour la demande de matériel et de médicaments, rapport annuel sur l'état

sanitaire, mémoire trimestriel des honoraires établi en double exemplaire dans les 45 jours qui suivent le trimestre, etc., etc.).

5° Enfin ce factum démontre l'ignorance, si non la mauvaise foi de l'administration militaire qui prend pour base maxima de la fixation des honoraires des interventions chirurgicales le *tarif annexé à l'arrêté du 30 septembre* 1905 *pris par M. le ministre du commerce et de l'industrie*, qui n'est autre que l'antique tarif Dubief, remplacé depuis par le tarif Breton du 8 juillet 1920. *L'administration militaire veut donc ignorer que le coût de la vie s'est modifié depuis* 1905. Cependant la solde des officiers a été, croyons-nous, sensiblement relevée.

Nous ignorons si les syndicats médicaux dont relèvent les communes d'Issy, de Meudon et de Clamart ont laissé passer sans protestation, cette convention ayant les allures d'une adjudication, et qui est un outrage au bon sens, une insulte au corps médical, une violation de la loi sur les accidents du travail. Elle ne saurait avoir qu'une excuse : l'ignorance absolue du bureaucrate qui l'a rédigée, en tout ce qui concerne l'exercice de la médecine.

J. Noir.

PARTIE SCIENTIFIQUE

CHIRURGIE PRATIQUE

Les indications actuelles de l'hystérectomie vaginale,

Par F.-M. Cadenat,
Chirurgien des Hôpitaux.

Il y a 30 ans, la Société de chirurgie retentissait des discussions de Pozzi et Segond sur les avantages des voies abdominale ou vaginale dans l'hystérectomie.

Actuellement, la question semble si bien jugée en faveur de la laparotomie, que beaucoup de chirurgiens ignorent l'hystérectomie vaginale. Des internes peuvent passer quatre années dans des services de chirurgie actifs sans en voir pratiquer une seule.

L'hystérectomie vaginale mérite-t-elle vraiment ce discrédit, et n'en devons-nous conserver que le souvenir ? N'est-il pas, même en 1921, des cas où elle peut rivaliser et même l'emporter sur la laparotomie ?

Inconvénients de la Vaginale :

1° Elle est inélégante ;

2° Elle est aveugle.

Je laisse de côté l'argument *élégance*, non que je la méprise, mais parce que cette raison seule serait insuffisante : l'opération la moins élégante qui soit, la prostatectomie trans-vésicale de Freyer, est une de celles qui donnent les meilleurs résultats.

L'hystérectomie vaginale est *aveugle*, c'est exact ; aussi doit-on la proscrire absolument dans les cas où il faut voir clair et en particulier, dans les lésions annexielles inflammatoires. Elle est dangereuse pour un intestin adhérent et ne permet pas toujours d'enlever toutes les parties malades. Pour ma part, je n'élargirai jamais en hystérectomie vaginale une incision de colpotomie pour annexite suppurée. Si, malgré le drainage du Douglas, les phénomènes fébriles ne s'amendent pas, je fais une laparotomie, quitte à terminer par un tamponnement à la Mikulicz, comme je l'ai appris de mon maître J.-L. Faure.

Avantages de la Vaginale :

1° Elle donne un *minimum de choc opératoire* ;

2° Elle évite aux femmes obèses les *dangers d'une laparotomie* ;

3° Elle permet un *large drainage* du petit bassin.

1° Il faut avoir vu les malades le soir d'une hystérectomie vaginale pour se rendre compte du peu de *choc* que détermine cette opération. Des femmes âgées, des malades très déprimées, conservent après l'intervention le même pouls qu'avant d'être opérées. Il n'y a, dans ce sens, aucune comparaison à faire entre la vaginale et la laparotomie. Cela tient d'abord à ce que l'intervention par voie basse est beaucoup plus rapide, et sans doute aussi, à ce que la cavité péritonéale n'est pas largement ouverte. Quelle que soit l'explication, le fait est indéniable, et c'est là peut-être le plus grand avantage de l'hystérectomie vaginale.

2° Dans la laparotomie, un des facteurs principaux de difficulté et de gravité opératoire est le degré d'embonpoint de la malade. Chez certaines femmes *très obèses*, la moindre intervention peut devenir compliquée. Ces malades ont souvent des organes déficients, un cœur gras, des poumons emphysémateux, des reins insuf-

fisants : elles résistent beaucoup moins bien que les femmes maigres. Plus tard, quand elles se lèveront, elles seront exposées à faire une *éventration*. Par contre, en général, les voies inférieures sont chez elles élargies et extensibles, et tel petit fibrome suspect de dégénérescence, qui eût été très difficile à enlever par le ventre, se laisse facilement amener à la vulve.

3° Enfin, dans certaines infections pelviennes à point de départ utérin, en particulier dans les pelvipéritonites post-puerpérales, l'hystérectomie vaginale permet un *large drainage en bonne place* et enlève en même temps le foyer initial.

J'établis à ce propos une grosse différence entre les pelvi-péritonites annexielles qui bloquent l'utérus et adhèrent à l'intestin, et les lésions à point de départ utérin. Les premières sont difficiles et dangereuses à enlever par voie vaginale ; dans les secondes au contraire, l'utérus conserve en général sa mobilité et se laisse facilement abaisser.

Indications de la Vaginale.

Les considérations précédentes nous permettent déjà d'envisager deux catégories (1) de malades pour lesquelles on devra mettre en parallèle l'hsytérectomie vaginale ou la laparotomie :

1° Malades dont l'état général est mauvais (femmes âgées, infectées ou déprimées) ;

2° Malades très obèses.

C'est l'*examen local* qui nous permettra de conclure.

J'ai eu l'occasion d'opérer par voie vaginale les différentes affections suivantes :

1° *Prolapsus total des vieilles femmes.*

Chez ces malades, les opérations plastiques vaginales ou périnéales (périnéorraphie, colporraphie, cloisonnement du vagin, etc.) sont souvent insuffisantes ; de plus, l'utérus ptosé depuis des années reste congestionné et métritique. L'hystérectomie vaginale, avec ou sans colpectomie, donne d'excellents résultats et est très bien supportée. On la complètera par une myorraphie des releveurs.

2° *Petits fibromes chez les femmes obèses.*

J'en ai enlevé alors que le traitement par le radium n'était pas employé couramment. Actuellement, c'est à la curiethérapie que je donnerais la préférence. L'indication d'hystérectomie persiste cependant lorsque le myome est suspect de dégénérescence et dans les cas de polypes fibreux à pédicule large.

(1) On pourrait en ajouter une troisième, de plus en plus rare : celle où des conditions d'asepsie défectueuses rendent la laparotomie dangereuse. Par la voie vaginale, les risques d'infection sont très diminués.

Quant aux volumineux fibromes qu'on enlevait autrefois par morcellement, ils sont plus justiciables de la Rœntgenthérapie ou de la laparotomie que de la voie vaginale.

3° *Cancer de l'utérus.*

a) *Cancer du corps.* — Même chez des malades déprimées, l'hystérectomie vaginale est très bien supportée : elle enlève aussi complètement la tumeur que l'opération haute et avec beaucoup moins de risques immédiats.

b) *Cancer du col au début.* — J'ai pu observer deux cas de néoplasmes du col, tout à fait au début de leur évolution, avec diagnostic confirmé par biopsie. Enlevés par hystérectomie vaginale, ils sont à l'heure actuelle (2 ans) encore guéris. L'hystérectomie abdominale élargie faisait courir à ces malades un risque opératoire sérieux pour une lésion aussi discrète ; quant au radium, je n'en avais pas à ce moment à ma disposition.

4° *Infection puerpérale grave.*

J'ai défendu ailleurs (1), et encore récemment au Congrès de gynécologie et d'obstétrique, l'hystérectomie vaginale dans l'infection puerpérale grave. C'est l'ultime ressource lorsqu'après un curettage bien fait, l'état général ne s'améliore pas et les frissons persistent. En pareil cas, il ne faut pas s'attarder en traitements locaux insuffisants et traitements généraux trop souvent illusoires, mais enlever par voie vaginale la source de l'infection.

4° *Infections péri-utérines.*

J'ai dit plus haut ce que j'en pensais. Elles constituaient autrefois l'indication principale de l'hystérectomie vaginale. Actuellement, la laparotomie doit être préférée à l'opération basse dès qu'on soupçonne des adhérences.

En limitant ainsi les indications de l'hystérectomie vaginale, en ne pratiquant en particulier cette intervention que dans les cas où l'utérus est mobile et s'abaisse bien, on parvient presque toujours à faire une opération réglée, à supprimer les pinces à demeure, et à suturer le vagin lorsqu'il n'y a pas d'indication de drainage.

Conduite de cette façon, l'intervention est très satisfaisante : elle a le « fini » d'une laparotomie, sans en avoir la gravité.

Beaucoup de chirurgiens la réprouvent parce qu'ils ne l'ont jamais essayée. Des élèves m'ont dit : « il est impossible de l'apprendre sur le cadavre parce que l'utérus ne descend pas ».

A ceux qui veulent avoir en mains cette opération, voici comment je conseille de procéder.

(1) *L'Hôpital*, mars 1920. *Presse médicale*, 14 janvier 1920.

Entraînement opératoire.

On peut très bien s'exercer à l'hystérectomie vaginale sur un sujet d'amphithéâtre. Pour cela, faites d'abord une laparotomie, disséquez uretères et artères utérines pour bien en préciser les rapports. Mobilisez dans tous les sens l'utérus, en particulier abaissez-le le plus possible pour assouplir le périnée.

Puis, passez au temps vaginal. Si les tractions sur le col n'amènent pas celui-ci à la vulve, élargissez le canal vaginal en pratiquant de chaque côté un débridement vulvo-vaginal, c'est-à-dire une incision oblique en arrière et en dehors, entamant la partie latérale du vagin, la fosse ischiorectale et passant en dehors de l'anus. Vous aurez alors toute latitude pour étudier les différents temps opératoires.

2° *Sur le vivant.*

Commencez d'abord par un prolapsus génital: l'utérus est tout abaissé, rien n'est plus facile que de l'enlever. Vous essayerez ensuite des cas plus difficiles, d'autant plus difficiles que l'utérus est plus fixé et plus volumineux.

Je ne décrirai pas la technique, parfaitement exposée dans les traités opératoires. Voici seulement quelques conseils pratiques :

1° Amarrez le col avec deux pinces de Museux dans les cas ordinaires, avec des pinces à kyste dans les utérus post-puerpéraux qui se déchirent facilement ;

2° Si la *tranche vaginale* saigne trop abondamment, pincez-la en avant et en arrière, avec 2 pinces en cœur. A la fin de l'opération, n'en négligez pas l'hémostase.

3° Dans le *décollement vésical*, il y a deux écueils : 1) ouvrir la vessie ; 2) craindre trop la vessie et mordre sur le col (ceci s'observe surtout dans les infections puerpérales, où le col est ramolli). Dans le doute, mettez une sonde par l'urèthre dans la vessie.

4° Les *uretères* ne risquent rien pourvu que vous souteniez la vessie par une valve introduite dans le cul-de-sac vésico-utérin, et que vous placiez vos pinces et ligatures au ras du col utérin.

5° Essayez toujours, surtout quand l'utérus est infecté, d'enlever l'organe sans l'ouvrir. Sinon, fendez sur la ligne médiane la paroi antérieure (procédé de Doyen) ou même les deux parois antérieure et postérieure (procédé de Müller-Quénu), et faites avancer de proche en proche vos pinces à traction au fur et à mesure que l'utérus s'abaisse.

6° Autant que possible, remplacez les pinces par des ligatures, et fermez le vagin s'il n'y a pas de raisons de drainer.

7° Après l'intervention, mettez une sonde à demeure : il s'en écoulera de l'urine claire, preuve que la vessie n'a pas été blessée. Laissez cette sonde en place 48 heures.

LA PRESSION ARTÉRIELLE (1)

Conclusions des leçons de technique sphygmomanométrique (2),

Par le Dr Camille Lian,

Médecin des Hôpitaux de Paris.

(Consultation de l'Hôpital Tenon).

Je ne veux pas terminer ces leçons de technique sphygmomanométrique (3) sans condenser en quelques phrases les données qui s'en dégagent.

Au point de vue de la mesure de la Mn, les 3 méthodes auscultatoire, oscillatoire et palpatoire donnent les mêmes résultats. Les deux premières sont à préférer : elles se valent et présentent les mêmes difficultés, l'auscultatoire ayant comme principal avantage de ne nécessiter qu'un minimum d'instrumentation.

Quant à la mesure de Mx, la question peut être considérée à la rigueur comme non résolue au point de vue scientifique. Cependant, mes expériences sur le chien me permettent d'affirmer que la méthode de Riva-Rocci fournit un chiffre rationnel, tout au plus inférieur d'un centimètre à la contre-pression pour laquelle l'artère cesse d'être écrasée (4).

Mais à mon avis, *il ne faut pas s'hypnotiser sur le point de vue scientifique. Jamais, en effet, nous ne déterminerons la pression artérielle réelle chez l'homme*, n'y aurait-il que la résistance des parties molles et de la paroi artérielle qu'il est impossible d'évaluer. *Ce que nous devons exiger d'une méthode sphygmomanométrique*, c'est qu'elle *fournisse des résultats nets.* Peu importe qu'elle sous-estime ou qu'elle surestime la valeur réelle, impossible à connaître d'ailleurs, de la pression artérielle des malades. *Ce qui est indispensable, c'est que l'erreur inévitable soit toujours à peu près d'un même ordre de grandeur. Or, sur ce*

(1) Ces leçons cliniques du Dr Lian ont eu lieu à l'amphithéâtre des cours de l'hôpital Tenon les 2e et 4e lundis de chaque mois à 11 heures.

(2) 5e leçon recueillie le 28 février 1921 par M. Pierre Cahen, externe des hôpitaux et revue par M. Lian. Les leçons précédentes ont été publiées dans les nos 6, 7, 9, 10, 12, 13, 21, 36, 37 39 et 40, du *Concours médical*, 1921.

(3) Une 2e série de leçons cliniques, consacrées aux *déductions cliniques à tirer des résultats sphygmomanométriques*, a été faite à l'hôpital Tenon de mars à juillet, et sera également publiée dans le *Concours médical.*

(4) Les recherches que je fais actuellement sur la capillaroscopie tendent à me faire croire que cette étude ou bien ne va pas éclaircir le problème scientifique de la mesure de la Mx ou bien va montrer l'excellence de la méthode Riva-Rocci. Les conclusions de MM. Fabre et Delmas-Marsalet me surprennent, tandis que mes constatations sont en harmonie avec celles de Laubry et Meyer. Je continue donc mes recherches capillaroscopiques.

sujet, il n'y a pas lieu de discuter. Jusqu'à présent, étant donnée la technique respective pour l'emploi d'un oscillomètre et d'un sphygmomanomètre auscultatoire, il n'y a pas la moindre hésitation.

Il n'est pas douteux que la Mx auscultatoire est non seulement un chiffre net, mais encore un chiffre qui est très près du chiffre idéal, c'est-à-dire très près de la valeur de la contre-pression qui équilibre la pression artérielle maxima et qui, par suite, n'écrase pas les parois artérielles.

Inversement, il n'est pas douteux que dans les conditions actuelles de la technique, la Mx lue avec un oscillomètre n'est pas un chiffre net, et que par suite, elle est susceptible, d'un malade à l'autre, voire chez un même malade à divers instants, d'être assez différente de la Mx oscillatoire proprement dite. En d'autres termes, dans un cas où la Mx oscillatoire est de 17 par exemple, elle pourra, selon les observateurs, ou selon le moment de la détermination faite par le même observateur, être placée à 17 ou à 19 ou à 21. La détermination de la Mx oscillatoire comporte des hésitations et des erreurs inévitables.

Même si une Mx oscillatoire idéale représentait seule la véritable Mx, la méthode oscillatoire, dans l'état actuel de sa technique (1), ne serait pas une bonne méthode clinique, car l'interprétation de ses résultats est si délicate, si entachée de causes d'erreur, qu'elle ne permet pas de fixer à coup sur la Mx oscillatoire.

Je finis même par ne plus comprendre qu'on discute indéfiniment ce point de pratique. Une longue expérience de la technique sphygmomanométrique m'a montré que la mesure de Mx à l'aide de l'oscillomètre Pachon est extrêmement délicate, même pour un médecin très familiarisé avec l'emploi correct de cet instrument. De déplorables erreurs se produisent entre les mains de médecins éminents; enfin des erreurs innombrables sont chaque jour commises par des médecins et des étudiants qui ne sont pas rompus à la technique oscillométrique.

Ma conclusion est formelle. *Entre des mains même exercées, la détermination de la Mx oscillatoire entraîne souvent des hésitations, assez souvent des erreurs, et ces erreurs deviennent monnaie courante si le médecin n'a pas une pratique longue et correcte de la méthode oscillométrique.*

Par contre, entre des mains exercées, la détermination de la Mx palpo-auscultatoire ne comporte ni hésitations ni erreurs, et l'erreur est une rareté même chez les médecins peu exercés.

DONC, L'INSTRUMENT DE CHOIX POUR LA MESURE DE LA PRESSION ARTÉRIELLE EST UN SPHYGMOMANOMÈTRE AUSCULTATOIRE. TELLE EST LA CONCLUSION QUE M'A IMPOSÉE LA PRATIQUE.

LE SPHYGMOMANOMÈTRE AUSCULTATOIRE REPRÉSENTE L'INSTRUMENT DE FOND, AUQUEL IL EST FACULTATIF, MAIS BON, D'AJOUTER UN OSCILLOMÈTRE. ON RÉALISE AINSI UN PHONO-OSCILLO-SPHYGMOMÈTRE, ET ON MESURE MX PAR LA MÉTHODE PALPO-AUSCULTATOIRE; MN, SIMULTANÉMENT PAR LA MÉTHODE AUSCULTATOIRE ET PAR LA MÉTHODE OSCILLATOIRE.

EXCEPTIONNELELMENT, ON POURRA FAIRE APPEL A UN SPHYGMOMANOMÈTRE MIXTE A DOUBLE MANCHETTE.

QUANT AUX SPHYGMOMANOMÈTRES GRAPHIQUES, CE SONT DES INSTRUMENTS DE RECHERCHE OU DE LABORATOIRE : LEUR EMPLOI N'EST PAS INDIQUÉ DANS LA PRATIQUE.

(1) Une bonne indication du caractère délicat de la détermination de la Mx oscillatoire est le fait que deux partisans de la méthode oscillatoire, MM. Billard et Merle, ont proposé un nouveau moyen de déterminer la Mx oscillométrique. Je l'ai expérimenté, et le trouve à la fois délicat et infidèle. Le voici tel qu'il a été décrit par ces auteurs : « Pendant toute la période des oscillations supra-maximales, les oscillations de l'aiguille « ... ont ce *caractère commun que le point de départ* de « l'aiguille sur le cadran est le même que le point de « descente le plus bas à la fin de l'oscillation. A un moment donné, on voit l'aiguille dépasser sur le cadran, « à la fin de sa descente, son point de départ et décrire « un crochet de sens inverse de l'oscillation principale. « Ce phénomène doit à notre avis recevoir l'interprétation suivante : au niveau des supra-maximales, la « poche élastique, tendue entre deux plans inextensibles (enveloppe du brassard et plan osseux et tissulaire « comprimés), ne réagit que par de simples oscillations « d'aller et retour aux attaques du cône pulsatile constitué par le segment de membre en amont de la compression. Dès que le sang passe sous le brassard, les « réactions de la membrane de caoutchouc jouent *sur* « *un sol liquidien mouvant*, et, dès lors, la forme de ces « réactions change. Un fait nouveau a eu lieu qui se « traduit par l'apparition de ce que nous avons appelé « crochet diastolique (MM. Mougeot et Petit ont postérieurement désigné le même phénomène, en lui donnont une interprétation quelque peu différente sous « le nom de *crochet négatif prédicrote*). Même dans les « cas où ce crochet est difficile à percevoir, par exemple chez les sujets à indice oscillométrique faible, une « observation attentive montre quelque chose de changé « dans la forme des oscillations aussitôt que le sang passe; « ce changement se manifeste pendant la descente de « l'aiguille : tandis que, au cours de la période des supra-maximales, on n'observait qu'un aller et retour « *en deux temps sensiblement isochrones*, on voit à un « moment donné que le retour de l'aiguille vers son « point de départ se fait avec moins de brusquerie, *que* « *l'isochronisme des deux temps n'existe plus* ; la descente « est plus lente et souvent accidentée ».

RHINOLOGIE

Un cas de syphilis tertiaire simulant une tumeur maligne.

On a souvent accusé certains médecins de voir partout la syphilis, d'ordonner à tort et à travers le traitement spécifique, et de causer ainsi plus de mal que de bien. D'autres, au contraire, n'y pensent

jamais, ne voient la syyphilis nulle part, et s'exposent souvent à des déboires dans la pratique. Et cependant, on sait combien la syphilis est fréquente surtout depuis la guerre, et combien elle revêt des manifestations différentes, en véritable protée qu'elle est. D'une façon générale, j'aime mieux le premier groupe de médecins que le second : toujours, quand je suis en présence d'un malade que j'examine pour la première fois, surtout quand il s'agit d'un cas chirurgical, je pense à la syphilis et je me pose en moi-même le problème suivant :

Est-ce un ancien syphilitique ?... A-t-il eu jadis des accidents spécifiques ? Le cas actuel peut-il se rattacher d'une façon quelconque à la syphilis ?...

Il est facile de diriger son interrogatoire dans ce sens sans que le malade s'en doute, et, si c'est nécessaire, on prescrit le traitement en s'abstenant cependant de recourir aux moyens violents (tels que les arséno-benzols), jusqu'à ce que la lumière soit faite.

Le cas suivant est un exemple frappant de l'opinion que je viens d'émettre.

Mme X.., (habitant les environs de Lorient), âgée de 62 ans, se présente à ma consultation au commencement de 1921, étant atteinte d'une tumeur de la partie proéminente du nez. Depuis plusieurs semaines, cet organe est hypertrophié, rouge, les ailes du nez sont épaissies, couvertes d'ulcérations ; l'examen au spéculum de la cavité nasale est impossible, vu l'augmentation du volume des parois et la quantité de croûtes qui remplissent les fosses nasales ; la malade n'a d'ailleurs jamais prisé. Elle éprouve des douleurs vives, spontanées et provoquées, dans cette partie saillante ; et elle est dans un état moral mauvais, vu la conscience qu'elle a de sa difformité et de la répulsion qu'elle inspire.

Elle se plaint de gêne dans la gorge e n avalant, de sensation d'un corps étranger à la voûte palatine ; celle-ci est rougie par places, sensible à la pression (avec sensation de mollesse) à la partie moyenne de la voûte palatine. La rhinoscopie postérieure est impossible en raison de l'hypertrophie des parties et de la présence d'un spasme très gênant.

Comme la probabilité était pour une tumeur maligne, le médecin traitant l'adresse à un spécialiste qui la soumit sans succès aux rayons X. D'ailleurs, il n'y eut que deux applications ; la malade ne voulut pas continuer, soit pour des raisons pécuniaires, soit à cause des douleurs vives que provoquait l'application des rayons X.

Après examen attentif des parties malades, et un court interrogatoire sur les diverses fonctions, je dirigeai, suivant mon habitude, mes investigations du côté de la syphilis (ce qui d'ailleurs est indiqué dans le cas de tumeur), mais là encore je n'eus pas de résultats bien nets.

La malade âgée, comme je l'ai dit, de 62 ans, s'était mariée deux fois, elle avait eu cinq enfants de son premier mariage, quatre du second ; deux enfants survivaient ayant eux-mêmes des petits enfants bien portants, ses autres enfants étaient morts de méningite, diphtérie, diarrhée infantile. Elle n'avait jamais fait de fausses couches. Elle n'indiquait dans ses antécédents aucun signe de syphilis. Son second mari était mort d'accident, le premier de tuberculose.

Plusieurs signes pouvaient diriger les soupçons du côté de la syphilis : 1° la rapidité des accidents ; ce n'est guère que depuis deux mois que cette tumeur avait commencé à évoluer ; les accidents syphilitiques parcourent leur évolution en peu de temps et arrivent souvent à des désordres irrémédiables en quelques jours.

2° L'absence d'adénite sous-maxillaire ou cervicale qui, dans le cas d'une tumeur maligne aussi volumineuse, aussi ulcérée, ne tarderait pas à se manifester d'une façon quelque minime qu'elle soit.

Dans le cas d'accidents tertiaires, il n'y a presque jamais d'adénite (sauf dans le cas d'irritation violente de la tumeur). Ces deux signes n'ont pas une valeur absolue et peuvent être contestés.

3° La présence d'un point sensible à la pression avec un peu de mollesse sur la voûte palatine au point classique où, avec une pointe d'aiguille, on rencontre cinq os (lames horizontales des palatins, apophyses palatines des maxillaires supérieurs, vomer). Ce signe est important.

4° La forme même de l'obstruction nasale ; celle-ci semblait plutôt causée par l'hypertrophie des parois que par le contenu. C'est un signe d'une grande valeur dans les lésions syphilitiques de la cavité des fosses nasales.

Pour dégager les fosses nasales des croûtes qui l'obstruent, on prescrit des aspirations par le nez d'eau salée tiède (une demi-cuillerée à café de sel fin par bol d'eau), même si c'est possible, des lavages du nez avec le bock (deux cuillerées à café de sel fin par litre d'eau tiède). Pommade goménolée. En même temps, j'insiste pour que la malade prenne tous les jours un gramme d'iodure de potassium dans une cuillerée à soupe d'eau (ne connaissant pas sa tolérance pour ce médicament) ; je tâche de la suggestionner pour qu'elle prenne l'iodure en lui promettant que ce médicament amènera la guérison.

La malade qui était venue le 11 janvier revient le 21 janvier et le résultat obtenu est merveilleux ; sous l'influence de ce simple gramme d'iodure de potassium, il s'est produit une détente considérable, la rougeur du nez a beaucoup diminué ; la cavité des fosses nasales s'est dégagée, les croûtes ont diminué et on discerne au spéculum une *perforation de la cloison cartilagineuse des fosses nasales.*

La rougeur et la sensibilité de la voûte palatine ont disparu.

Tous mes doutes *cessent*, nous avons affaire à des accidents syphilitiques tertiaires du nez.

Mais, comment expliquer la génèse de cette syphilis, étant donné l'âge de cette femme, un contact génésique infectant n'étant guère possible, d'ailleurs, elle offrait toute garantie morale. Une infection par toute autre voie était difficile à prouver ; la malade ne se

rappelant même pas avoir eu sur aucune partie du corps de bouton induré ayant persisté plus ou moins de temps. Mais, elle me déclara que, depuis fort longtemps, elle était au service d'un médecin comme infirmière, qu'elle avait souvent soigné des plaies infectées, et émit l'avis que pour elle, c'était là l'origine des accidents, car elle avait pu se frotter le nez avec ses doigts sales. Le chancre non soupçonné pouvait avoir une origine de ce genre.

Je lui proposai des piqûres, soit au calomel, soit à l'huile grise (sans lui dire naturellement ce qu'était le médicament), usant des piqûres insolubles, parce qu'elle ne pouvait venir tous les jours où tous les deux jours ; mais elle refusa. Les frictions d'onguent mercuriel avaient des inconvénients au point de vue de la propreté et du non dosage exact du médicament. Je ne voulais pas proposer de piqûres de composés arsénicaux, soit par voie intra-veineuse, soit par voie sous-cutanée n'en étant partisan que dans les cas extrêmes et d'ailleurs, la malade les aurait également refusées : à son âge, ces médicaments offraient un certain danger.

Aussi, je fus obligé d'avoir recours à un médicament qui, dans la plus grande partie de ma carrière professionnelle, m'a toujours donné des résultats excellents, quand les voies digestives sont en bon état ; je veux parler du sirop de Boutigny ou de Gibert renfermant un centigramme de biiodure de mercure et 0,50 cgr. d'iodure de potassium par cuillerée à soupe.

En même temps, je remplaçai la pommade au goménol par la pommade au calomel tout en continuant les lavages du nez.

La malade revint le 9 février ; l'amélioration persistait. La perforation cartilagineuse était beaucoup plus apparente ; elle était volumineuse comprenant presque tout le cartilage de la cloison ; les bords étaient ulcérés, couverts de croûtes. Il ne persistait en haut qu'une bande étroite pour soutenir le dos du nez avoisinant le lobule. Je touche les bords à la solution de nitrate d'argent. Je suis d'avis de cesser temporairement le sirop de Boutigny après une prise d'une vingtaine de jours.

Elle revient à différentes époques ; le sirop de Boutigny est repris pendant vingt jours par mois, tout le second mois.

A la date du 1er juillet, les parties molles du nez ont récupéré leur teinte et leur volume primitif ; mais vu le peu d'épaisseur de la bande cartilagineuse qui soutient le dos du nez, celui-ci s'est légèrement affaissé et le lobule s'est un peu aplati ; mais ces changements d'aspect ne constituant qu'une déformation, pas une difformité, ne sont visibles que pour un esprit averti, et en tout cas, ne sont pas comparables à l'état antérieur. Quant à l'état moral, il est excellent.

La malade devra être surveillée pendant quelques mois et recommencer le traitement une à deux fois par an.

Conclusions. — Il faut toujours penser à la syphilis quand on examine un malade, sans toutefois la voir partout, et depuis la guerre, cette opinion est devenue de plus en plus vraie.

Un spécialiste doit toujours se conduire en médecin, examiner le malade entièrement, quand bien même le médecin traitant ne lui demanderait que son avis sur l'organe malade ou l'application d'un traitement.

Aussi tout jeune docteur ou médecin ne devrait se livrer à la pratique d'une spécialité qu'après avoir fait un certain nombre d'années de médecine générale.

Dr DE CHAMPEAUX,
(de Lorient).

A TRAVERS LA PRESSE

La chirurgie du diabète.

Peut-on opérer un diabétique ? M. BITH répond à cette question en envisageant dans son ensemble la chirurgie spéciale du diabète.

Deux conditions mettent le diabétique en état d'infériorité vis-à-vis de l'acte chirurgical : ces deux conditions sont l'hyperglycémie et l'acidose. L'hyperglycémie rend les tissus (imprégnés de sucre) meilleur milieu de culture. L'acidose, qu'elle existe ou non avant l'intervention, peut apparaître ou être exagérée du fait de l'opération, si celle-ci est importante, et surtout du fait de l'anesthésie. Les anesthésiques, le chloroforme particulièrement, et l'éther, toxiques du foie, constituent le grand facteur d'acidose, provocateur du coma.

Lors donc qu'une opération se présentera comme indispensable, chez un diabétique sans dénutrition, il conviendra de la faire précéder d'une cure spéciale pour diminuer la glycémie et rendre le malade aglycosurique, si possible. La cure de jeûne pendant un, deux ou trois jours est alors indiquée, ou, si la glycémie est modérée, simplement une cure de jeûne relatif, par exemple la cure de légumes verts. Lorsque l'urgence ne permet pas d'attendre, on opérera par anesthésie locale, régionale, ou rachidienne, n'employant l'anesthésie générale qu'au cas de nécessité absolue.

Une intervention, chez un diabétique avec dénutrition et acidose, comporte un pronostic grave. N'y recourir que si l'on ne peut faire autrement. En pareil cas, l'hyperglycémie passe au second plan, l'acidose étant le facteur dominant. Il faut alors, si l'on a le temps, mettre préalablement le malade à une cure de farine d'avoine ou de légumes secs pour diminuer l'acidose, alcaliniser le sujet avec du bicarbonate de soude ; ne pas recourir aux anesthésiques généraux, sauf indispensabilité ; opérer vite. Si après l'opération, des menaces de coma se produisent, faire une injec-

tion intra-veineuse de bicarbonate de soude (*Bulletin médical*, n° 31, 30 juillet 1921).

Utilisation de l'omoplate dans la restauration faciale.

Les blessures de la face, si nombreuses au cours de la guerre, ont amené la création d'une chirurgie particulière, de restauration. Pour reconstituer le squelette détruit, du nez, du maxillaire, on a utilisé les fragments osseux prélevés en d'autres points du corps, du cartilage costal souvent. M. Molinié préfère s'adresser à l'omoplate, lequel, d'un prélèvement facile, offre des avantages très appréciables de solidité, d'abondance, de conservation du périoste sur les deux faces du greffon. L'auteur a appliqué sa méthode surtout dans les corrections et les réfections nasales, mais il estime que l'omoplate pourrait être employée aussi efficacement pour beaucoup d'autres restaurations osseuses (*Paris médical*, 30 juillet 1921).

Traitement des complications du diabète.

M. H. Bith divise, au point de vue thérapeutique, les complications du diabète en quatre groupes dont deux principaux : les complications liées à l'imprégnation de l'organisme par le sucre (hyperglycystie de Marcel Labbé) et les complications dues à l'acidose et aux troubles concomitants de la nutrition azotée.

Les complications relevant de l'hyperglycystie sont nombreuses. Elles comprennent le prurit, l'eczéma, les accidents oculaires, les névralgies, les infections (buccales, cutanées, pulmonaires), la gangrène, etc. Dans leur traitement, le premier point consistera à lutter contre l'hyperglycystie, à rendre le malade aglycémique, en réduisant la ration hydro-carbonée jusqu'à ce que l'on soit au-dessous de la tolérance, au besoin, par une cure de jeûne ou de légumes verts, si l'on veut agir vite. Une fois le malade aglycosurique on interviendra sur la complication par les moyens ordinaires. Pour ce qui concerne la tuberculose pulmonaire, si fréquente au cours du diabète, instituer un régime sévère pour supprimer l'hyperglycémie en évitant l'amaigrissement. Prescrire une alimentation riche en albumine et en graisse, donner de l'arsenic, conseiller la cure d'air et de repos. Contre l'albuminurie du diabète, le régime lacté est souvent indiqué.

Quand on se trouve en présence des complications dues à l'auto-intoxication, à l'acidose, quand il y a menace de coma ou coma confirmé la thérapeutique prend une toute autre direction. Le danger n'est plus dans la glycémie, mais dans l'intoxication azotée et il vaut mieux donner des hydrates de carbone (sans se soucier d'augmenter la glycosurie) que des albumines animales. La cure de jeûne peut être utile si le coma ne paraît pas très prochain, sinon, s'en méfier, car elle peut alors précipiter les accidents. Il est préférable d'instituer la cure de légumes secs de Marcel Labbé ou celle de farine d'avoine de von Noorden. Y associer l'alcalinothérapie par le bicarbonate de soude en ingestion ou en injections intra-veineuses. Si l'on veut obtenir un résultat dans cette grave complication, il faut faire un diagnostic précoce. On peut, en effet, prévenir un coma menaçant, mais on guérit très rarement un coma installé (*L'Hôpital*, août 1921, n° 52).

La colectomie totale dans la stase intestinale chronique.

La stase intestinale chronique ou maladie d'Arbuthnot Lane est une affection dont l'étude, un peu négligée jusque-là en France, se montre, à la suite des travaux de Victor Pauchet, de Lardennois, de plus en plus à l'ordre du jour. Depuis 20 ans, le chirurgien anglais Lane, on le sait, a édifié une longue symptomatologie, une pathogénie et un traitement de cet état morbide spécial auquel on a à juste titre donné son nom. A côté de la cure médicale de cette affection, lorsque, dans les cas anciens et rebelles, elle reste inefficace, le chirurgien de Londres a préconisé une intervention hardie, l'ablation entière du gros intestin, la colectomie totale, que dut certes approuver Metchnikoff.

La colectomie totale, opération sérieuse, contre laquelle on a élevé beaucoup d'objections, est-elle une intervention dont la gravité est disproportionnée avec l'importance de la maladie en cause, ou bien devra-t-elle être considérée — suivant l'expression de Lane lui-même — comme *une des plus grandes conquêtes de la chirurgie* ?

Pour les lecteurs français, sir Arbuthnot Lane vient d'écrire un très intéressant article sur la colectomie totale, ses indications, sa technique, ses accidents, ses résultats, en particulier et surtout dans la stase intestinale chronique.

L'auteur rappelle d'abord les grands symptômes et le traitement médical de la maladie qui porte son nom. La stase est caractérisée cliniquement par trois phénomènes : la constipation, le retard du transit bismuthé dans le tube digestif constaté à la radioscopie, et les troubles d'auto-intoxication chronique causés par la résorption des poisons intestinaux. Ces derniers troubles sont en nombre considérable et pourraient comprendre la moitié de la pathologie, depuis la migraine jusqu'au cancer, en passant par des états morbides de tous les organes. La stase intestinale chronique est le résultat de mauvaises habitudes. Elle commence le jour où l'enfant, sorti de ses langes, ne va plus à la selle à volonté,



mais une fois par jour, comme on le lui inculque. Alors, le côlon tend à s'allonger, à se couder, et la stase débute. Chez tout malade soupçonné de stase, il faut rechercher, par la radioscopie, l'évolution du transit bismuthé dans l'intestin, qui fixe le diagnostic. Celui-ci posé, on prescrira la cure médicale. Elle consiste en absorption d'huile de paraffine, massage abdominal et général, administration d'extraits glandulaire (thyroïde, hypophyse), vaccins intestinaux, cures thermales.

Lorsque le traitement médical a échoué, si la stase est notable, les accidents de l'auto-intoxication intenses, Lane a recours à la chirurgie et l'opération qu'il préconise de préférence à toute autre est la colectomie totale. Il enlève tout le côlon, cæcum, côlon ascendant, transverse, descendant, et il abouche la fin de l'iléon à la terminaison du côlon pelvien. Plus de gros intestin pour arrêter et durcir les garde-robes. C'est la selle demi-liquide, 2 et 3 fois par jour. L'auteur ne s'émeut pas de cette soi-disant diarrhée : il la recherche, car ces trois garde-robes quotidiennes sont, dit-il, normales. C'est l'homme civilisé seul qui va à la selle une seule fois par jour. Les sauvages vident leur intestin quand ils veulent parce qu'ils peuvent le faire n'importe où.

Quels sont les résultats de la colectomie totale ? La mortalité opératoire actuelle — entre les mains habiles et exercées de Lane, il est vrai — est de 3 ou 4 pour 100. Les résultats éloignés seraient souvent des résurrections (*Presse médicale*, 4 août 1921.)

Traitement des convulsions de la première enfance.

Le prof. Marfan donne les conseils suivants pour le traitement des convulsions de la première enfance.

Au moment de l'accès convulsif, débarrasser le petit malade des vêtements qui peuvent le gêner, l'étendre sur un lit et exercer une simple surveillance jusqu'à la fin de l'accès. Si les attaques se répètent, si la température est élevée, mettre l'enfant dans un bain tiède, à 35° ou 36°, l'y laisser une dizaine de minutes, et placer pendant ce temps sur la tête une compresse que l'on arrose d'un peu d'eau froide. Au cas d'hyperthermie persistante, essayer un antithermique, 0 gr. 25 d'antipyrine dans de l'eau sucrée. Si les accès sont subintrants, administrer un lavement de bromure et chloral, par exemple pour un enfant de cinq mois : 0 gr. 50 de bromure et 0 gr. 20 de chloral dans 120 gr. d'eau additionnée d'un jaune d'œuf. On peut aussi faire respirer quelques gouttes d'éther ou de chloroforme sur un mouchoir, selon la pratique de West.

Dans tous les cas où les crises sont fréquentes, la ponction lombaire est utile : elle renseigne sur le diagnostic et présente une action favorable sur l'hypertension.

L'accès terminé, mettre en œuvre le traitement causal (diète hydrique si la cause est une indigestion, bains tièdes si la cause est l'hyperthermie, huile phosphorée à 1 pour 10.000, avec ou sans lactate de chaux s'il y a des signes de tétanie, médication spécifique si l'on soupçonne la syphilis ou même si l'étiologie reste obscure, etc.). Joindre à la thérapeutique étiologique, en particulier lorsque les accès ne cèdent pas, la médication anticonvulsive. Elle comprend, d'abord, le bromure de potassium, de sodium ou de calcium (avant 6 mois, 0 gr. 50 par jour ; de 6 mois à 1 an, 0 gr. 75 à 1 gr., à donner en trois prises), que l'on continue 15 jours et que l'on reprend après 5 jours de suspension. Un nouveau médicament anti-convulsif, le luminal (ou gardénal) a procuré à M. Marfan des résultats très favorables, à la dose de 2 à 3 centigr., au-dessous de 6 mois, dose que l'on peut augmenter avec précaution. Le tartrate borico-potassique, de M. Pierre Marie, serait assez mal toléré par les nourrissons (*Presse Médicale*, 10 août 1921.)

Les entérites à Lamblia

La connaissance des parasites intestinaux a fait de grands progrès pendant la guerre, en raison des examens nombreux de selles qui ont alors été pratiqués, aux armées.

M. Joyeux rappelle que l'un d'eux, le *lamblia intestinalis* ou *giardia intestinalis*, a joué un rôle d'une importance plus grande dans l'étiologie de certaines entérites et qu'il importe, en face d'une entérite rebelle, de penser à son intervention possible et de faire un examen des garde-robes du malade.

Le lamblia est un protozoaire flagellé que l'on retrouve dans les selles sous divers aspects et aussi sous forme de kystes de 8 à 10 μ. L'entérite qu'il détermine est généralement à allure chronique avec selles fluides, jaunes, vertes. La forme dysentérique, non admise par quelques médecins, se verrait plutôt au début de la maladie, souvent associée à la dysentérie amibienne, d'où délicatesse du diagnostic. Les giardia peuvent d'ailleurs vivre à l'état de parasitisme latent dans l'intestin. Nous ne connaissons aucun traitement spécifique de cette affection (*Presse Médicale*, 10 août 1921.)

Troubles vésicaux et antéversion utérine.

On connaît les répercussions que peuvent avoir les affections utéro-annexielles sur l'appareil urinaire inférieur de la femme : les cystites, les incontinences d'urine provoquées par les inflammations génitales et les prolapsus utérins, les troubles variés dus aux antéversions et aux rétroversions. A côté de ce premier groupe d'états génitaux urinaires, M. J. Oraison en signale d'autres, moins bien établis, qu'il réunit sous

l'appellation de troubles vésicaux dans l'antéversion utérine. Il s'agit de malades atteintes de lésions utérines minimes et chez lesquelles se montrent des symptômes vésicaux divers, qui retiennent l'attention, malades que l'on traite pour algie vésicale, cystite, etc., sans succès jusqu'au moment où l'on s'adresse à l'affection utérine causale. On note de la fréquence des mictions et des douleurs au début ou à la fin des émissions d'urine. Les urines sont normales et les phénomènes sont nettement calmés par le repos. Les malades, ordinairement nerveuses, maigrissent parfois. L'examen génital montre un utérus en légère antéversion, utérus qui doit se congestionner à certains moments, pense M. Oraison, pour appuyer sur la vessie. Quoi qu'il en soit, l'auteur a pu guérir ses patientes sans aucune intervention vésicale, en agissant sur l'utérus seulement. Il a recours aux injections astringentes à l'alun, suivies de l'introduction dans le vagin d'un tampon imbibé de glycérolé d'amidon au tanin. (*Presse Médicale,* 6 août 1921.) P. L.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

Un cas de fièvre syphilitique.

(M. G. GAUTIER. — *Société médicale des hôpitaux.*

L'observation présentée par M. Remond, au nom de M. Gautier, est un exemple de syphilis méconnue, demeurée latente pendant plusieurs années) et ayant abouti à un syndrome pseudo-bacillaire, surtout caractérisé par des accès fébriles intermittents.

La malade, traitée pour tuberculose pulmonaire, accusait depuis un an des poussées fébriles allant à 38°, 38°5, 39°, avec dyspnée, amaigrissement, fatigue. En l'absence de signe stéthoscopique net, on pensa à la syphilis, que confirma l'examen du sang. Une cure arsenicale amena la guérison rapide de tous les accidents.

L'épreuve de Gœtsch.

(MM. MARCEL GARNIER et S. BLOCH. — *Soc. méd. des hôp.*)

En 1918, un auteur américain, Gœtsch, a montré que dans les cas d'hyperthyroïdie, l'injection d'une dose minime d'adrénaline provoque de la tachycardie, de l'augmentation de la pression artérielle, et des troubles variés tels que palpitations, tremblements, pâleur, coliques intestinales, etc. *Ce test biologique,* étudié déjà par M. Claude, en France, vient d'être à nouveau l'objet d'une série de recherches de MM. Garnier et Bloch. Ces auteurs concluent que l'épreuve de Gœtsch peut rendre des services appréciables pour juger de l'état du thyroïdisme d'un sujet.

Amaurose quinique.

(MM. RATHERY et CAMBASSÉDÈS. — *Soc. méd. des hôp.*)

M. Rathery relate une observation d'amaurose quinique Elle concerne un patient qui, après avoir ingéré successivement 18 cachets de 0 gr. 50 de sulfate de quinine, fut pris de vertiges, bourdonnements d'oreille, céphalée, urines rouges, albumineuses, accidents auquels succédèrent des phénomènes oculaires, de l'amaurose. La mydriase était extrême, les papilles d'une blancheur « impressionnante ». Les troubles ne s'atténuèrent qu'avec une extrême lenteur.

Les répercussions nerveuses des dyspepsies.

(MM. LOEPER, DEBRAY et FORESTIER. — *Soc. méd. des hôp.*)

Il existe à la fois des dyspepsies nerveuses et des troubles nerveux d'origine dyspeptique. Le sympathique y a sa part et le pneumogastrique également. M. Loeper a constaté, anatomopathologiquement, cette altération du pneumogastrique. Ainsi, l'injection d'une solution de formol dans un estomac obturé, chez l'animal, amène une imprégnation des filets nerveux pneumogastriques sous-muqueux, dont on peut faire la preuve par l'examen clinique. Cette imprégnation ne se produit qu'au cas de muqueuse malade. Il faut y prendre garde, dans les dyspepsies, et il importe chez les sujets suspects de gastropathies, d'être sobre de substances toxiques (alcools, éthers) pouvant agir sur le système nerveux. Il est utile aussi, quelquefois, d'évacuer par lavage les auto-toxines gastriques, pour le même motif.

Glycémie chez les sujets normaux.

(MM. MARCEL LABBÉ, H. LABBÉ et NEPVEUX. — *Soc. de biologie.*)

Le taux moyen de la glycémie, chez un sujet normal, à jeun et au repos, a été fixé, par les recherches d'assez nombreux auteurs, entre 1 gr. et 1gr. 10 par litre. Mais, les variations autour de ce chiffre sont assez grandes. Gilbert et Baudouin ont noté des différences, en plus ou en moins, pouvant s'élever à 0 gr.20, soit environ 20 p. cent. Les recherches personnelles de MM. Marcel Labbé, H. Labbé et Nepveux les ont amenés à admettre des variations plus fortes encore. L'écart le plus accusé qu'ils aient trouvé a atteint 30 %.

Les injections intra-veineuses de salicylate de soude dans le rhumatisme articulaire aigu.

(MM. GILBERT, COURY et BÉNARD. — *Société de biologie.*)

Depuis assez longtemps, M. Gilbert pratique des injections intra-veineuses de salicylate de soude dans le traitement du rhumatisme articulaire aigu.

Il a utilisé la solution à 25 pour 100 (0 gr.25 par cent. c.), à la dose de 1 à 4 cent. cubes (0 gr. 25 à 2 gr.)

La médication n'a donné lieu à aucun incident, ni local, ni général, et les résultats, dans des cas de rhumatisme grave (endocardite) ont été satisfaisants. Néanmoins, l'auteur ne pense pas que la voie veineuse puisse se substituer, ici, à la voie stomacale, même s'il y a intolérance gastrique. La voie veineuse, méthode adjuvante et qui ne permet pas facilement la répétition des doses, reste dans le rhumatisme un procédé d'exception, qu'on doit réserver aux états graves, aux complications endocarditiques ou cérébrales.

Les divers ultra-virus neurotropes.

(M. Levaditi. — *Société de biologie.*)

M. Levaditi envisage d'une façon comparative les divers ultra-virus neurotropes, du groupe encéphalitique (rage, poliomyélite, vaccine). Ces virus offrent une affinité élective à l'égard des tissus dérivant de l'ectoderme (cornée, peau, système nerveux). L'auteur donne, pour ce motif, aux affections qu'ils provoquent le nom général d'*ectodermoses*; il les oppose aux *mésodermoses*, maladies du mésoderme (sang, péritoine, etc.) qui sont toutes des maladies infectieuses causées par la plupart des microbes visibles et cultivables. Ces ectodermoses intéressent l'ectoderme proprement dit (peau) et l'ectoderme invaginé (système nerveux).

Traitement radiothérapique de la lymphogranulomatose.

(MM. Nicolas et Favre. — *Société biologique de Lyon.*)

La lymphogranulomatose inguinale, décrite en 1912 par Nicolas et Durand, est une affection dont le début se fait par une petite ulcération génitale. Elle donne lieu à des adénopathies inguinales à évolution subaiguë avec production d'abcès intraganglionnaires aboutissant à la formation de larges placards indurés et fistuleux du pli de l'aine.

Le traitement de cette affection fut d'abord chirurgical. M. Ravaut signalait dernièrement les bons effets de l'émétine en pareil cas. MM. Nicolas et Favre ont obtenu, de leur côté, dans cette lésion, qu'ils estiment assez fréquente, chez l'homme surtout, des résultats encourageants de la cure radiothérapique.

Les injections sous-cutanées de lait en thérapeutique infantile.

(Mlle Laurent. — *Société biologique de Nancy.*)

Les injections de lait ont été recommandées en thérapeutique infantile dans deux conditions : comme moyen anti-anaphylactique chez les enfants qui ont de l'intolérance pour le lait, lait maternel ou lait de vache (Weill); comme moyen de fournir, par injection de lait de femme, les ferments vivants et spécifiques à des nourrissons, allaités artificiellement, en conformité avec la conception de Marfan sur le lait *aliment spécifique*, conception que nous avons indiquée ici même, dans une leçon clinique sur l'athrepsie infantile.

Mlle Laurent a employé chez plusieurs enfants, dans le service du Pr Haushalter, les injections de lait. Chez deux nourrissons présentant de l'intolérance, le résultat a été nul. Par contre, l'auteur a obtenu deux succès, sur cinq cas, chez des enfants athrepsiques par carence de lait de femme.

P. L.

THÉRAPEUTIQUE APPLIQUÉE

Le gui, médicament hypotenseur.

Malgré les nombreuses observations cliniques publiées en France à la suite des travaux de Gaultier, Chevalier et Leprince sur l'action pharmacodynamique du gui, malgré les confirmations apportées par Giacosa et l'école italienne, il semble qu'à l'étranger c'est seulement depuis quelques années que ce médicament ait pris réellement place dans la thérapeutique courante pour le traitement de l'hypertension et des accidents qui en sont la conséquence.

Le professeur Seiler, de Berne, qui expérimente ce médicament depuis longtemps, vient, à sa polyclinique, de faire réunir par le Dr Jakob Tobler de nombreuses observations dont la discussion fait l'objet de la thèse inaugurale de ce dernier (1).

Seiler emploie systématiquement le gui dans les diverses formes de l'artério-sclérose avec ou sans néphro-sclérose, dans les albuminuries, le diabète avec hypertension, l'angine de poitrine, les troubles de la ménopause ; et, dans tous les cas, en prescrivant à doses convenables la Guipsine (4 à 8 pilules par jour) ou les dialysés de plante fraîche (XX-XXX gouttes 3 fois par jour), il a obtenu des résultats thérapeutiques très intéressants.

Dans toutes les observations, même après échec des nitrites ou de la trinitrine et des iodures (Obs. VII), J. Tobler constate un abaissement marqué de la tension sanguine, avec sédation des symptômes objectifs qui dépendaient de l'hypertension et amélioration de l'état général. La chute de pression, d'ordinaire rapide, est en moyenne de 20 mm. (dans 11 cas) ; elle est parfois plus importante et atteint 30, 40 et même dans un cas, 50 mm. sans phénomènes secondaires

(1) Jacob Tobler. — *Ueber Viscum Album. Ein Mittel gegen Hypertonie.* Inaugural Dissertation, Bern 1920, 52 pages.

d'intolérance. Cette hypotension persiste pendant plusieurs semaines à la suite d'une administration un peu prolongée ; si le traitement est interrompu, la pression remonte assez rapidement. Tobler a constaté, en outre, que la chute de pression est toujours accompagnée de diurèse abondante, et dans les cas où il y avait de l'albumine en petite quantité, cette albumine disparaît rapidement, comme l'avait démontré antérieurement Fubini.

Les résultats de cette série d'observations confirment donc nettement les travaux français de Gaultier, Vachez, Lesieur, Lestrat, Lebreton-Oliveau qui avaient tous montré la supériorité de la Guipsine et des préparations de gui frais sur les autres hypotenseurs, tels que les iodures, les nitrites, les éthers nitrés et les divers médicaments que l'on a essayés depuis quelques années et qui ont disparu successivement de la thérapeutique usuelle en raison de l'inconstance de leur action ou des troubles secondaires qu'ils provoquent.

Cette supériorité de la Guipsine est due uniquement à son activité pharmacodynamique spéciale, qui peut se résumer ainsi : vaso-dilatatrice à la fois par action centrale et périphérique, tonique du cœur nervin et musculaire, diurétique puissant par action vasculaire et glandulaire, et c'est l'ensemble de ces propriétés qui motivent son utilisation dans le traitement de l'artério-sclérose, des spasmes vasculaires localisés ou généraux et des troubles vasculaires de la ménopause ou de la grossesse.

BIBLIOGRAPHIE CRITIQUE

Revue des livres.

Chez A. MALOINE et FILS, Paris.

Traité de pathologie médicale et de thérapeutique appliquée. (Émile SERGENT, L. RIBADEAU-DUMAS et L. BABONNEIX.)

I. *Neurologie.* — Tome V par Pr Marie, Foix, Regnard, André Thomas, Sezary, Mme Dejérine, Gauckler, Stéphen Chauvet, Guillain, Babonneix, R. Voisin, Laignel-Lavastine. — Tome VI, Par Froment, Sicard, Tinel, Lhermitte, Crouzon, G.-A. Weill, Souques, Chatelin, R. Voisin, Clovis Vincent, Roussy, De Martel.

Rédigés par les auteurs les plus qualifiés, dans le sens le plus pratique, édités avec luxe et largement illustrés, ces volumes de Neurologie sont certains d'être très favorablement accueillis par le grand public médical.

Ils renferment, en effet, un exposé très complet des doctrines qui sont généralement admises aujourd'hui, sur un terrain aussi mouvant et aussi instable que la Neurologie. Je sais pourtant des chapitres qui seront discutés, tel le chapitre sur l'hystérie. Mais cela ne retire rien au mérite des auteurs : on ne discute que ce qui vaut la peine de l'être.

Tome XX, *Syphilis*, tome II, Syphilis acquise de l'enfance, syphilis héréditaire tardive, par P. FERNET ; syphilis héréditaire de l'enfance, par Ed. FOURNIER.

Le D[r] Edmond Fournier, dont le nom fait autorité en la matière, a bien voulu donner une étude d'ensemble de la *syphilis héréditaire de l'enfance.* Il a écrit un article qui est une mise au point remarquable, enrichie de nombreuses figures particulièrement démonstratives et de quelques planches en couleurs, choisies parmi les plus belles de sa collection. A les contempler, on se prend à regretter que les difficultés matérielles de l'heure présente n'aient pas permis de les réunir en plus grand nombre. Ecrit dans une langue claire et sobre, cet article, tout en restant empreint du meilleur esprit didactique, sait demeurer original et ce n'est point là son moindre mérite.

Le D[r] Pierre Fernet a tracé, en quelques pages aussi précises qu'intéressantes, une description de la *syphilis acquise de l'enfance,* qui sera, pour le praticien, un guide précieux. Le même auteur nous donne un exposé didactique, sûr et méthodique, des caractères cliniques, aujourd'hui classiques et pourtant trop souvent ignorés, de *la syphilis héréditaire tardive.* Là encore, l'étudiant et le médecin trouveront un enseignement solidement documenté et des indications précises pour le diagnostic et le traitement.

J. LABORDERIE. — **L'électricité médicale en clientèle.**

Le praticien peut posséder une installation électrothérapique qui, sans necessiter le recours au spécialiste, lui permettra, dans bien des cas, d'accroître les moyens dont il dispose en faveur de ses malades.

Il doit avoir des notions suffisantes sur l'électricité ; il doit savoir se servir des appareils.

Cela acquis, il traitera, par l'électricité, la douleur, certaines paralysies, atrophies musculaires, certains troubles circulatoires, les hémorroïdes, les rétrécissements de l'urètre, certaines affections de la peau, etc.

Voilà ce qu'enseigne au praticien l'intéressante brochure de M. Laborderie.

PARTIE PROFESSIONNELLE

MÉDECINE SOCIALE

Le médecin et les lois sociales nouvelles.

Adhuc sub judice lis est...

Est-il vrai, ainsi que me l'affirment plusieurs amis parfaitement renseignés, que 80 % des praticiens, tant de Paris que de province, se désintéressent de la question que nous agitons depuis plusieurs mois dans les colonnes de ce journal ?

Est-il vrai que, hormis dans les régions libérées, la situation du médecin se soit tellement améliorée, ses ressources tellement accrues, qu'il estime n'avoir pas à se préoccuper de l'avenir menaçant que contient, dans son texte, le projet de loi sur les assurances sociales ? Est-il vrai qu'il dédaigne les intentions du législateur, qui ne dissimule pas que la loi projetée sera réalisée, avec ou sans le corps médical, au besoin contre lui ?

J'ai peine à le croire. Si réellement, nous en étions à ce point d'aveuglement, j'en connais qui se ménageraient un terrible réveil, le jour où ils se trouveraient devant le fait accompli, et qui n'auraient plus que la ressource de battre leur coulpe et de se lamenter, avec de minces chances, combien aléatoires ! de pouvoir remédier alors au mal dont ils se trouveraient les victimes.

Je ne me lasserai donc pas d'adjurer nos lecteurs d'apporter quelque attention au grave problème dont nous examinons les uns et les autres les différentes faces, d'y réfléchir, de se faire une opinion, et, après en avoir mûrement délibéré, d'adopter l'attitude que leur dictera le double souci de la santé publique, dont ils sont et demeurent les gardiens, et de leur intérêt bien compris.

Et cependant, les lettres ne cessent pas de nous parvenir. J'en cueille, dans notre courrier, quelques-unes, que l'impartialité que j'apporte à cette discussion me fait un devoir de publier, soit qu'elles m'approuvent, soit qu'elles me fassent des objections.

Au Dr Boudin.

Mon Cher Confrère,

J'ai lu avec le plus vif intérêt dans le *Concours médical* votre étude si approfondie du projet de loi sur l'assurance maladie, invalidité et vieillesse. Répondant à votre appel, je viens vous communiquer les réflexions qu'elle m'a inspirées.

Bénéficiaires de la Loi.

Je suis d'accord avec vous pour que les professions libérales, et en général, les travailleurs intellectuels, puissent bénéficier *facultativement* de la loi, aux mêmes conditions que les travailleurs manuels : cultivateurs, fermiers, petits patrons. Ce n'est, en effet, un mystère pour personne que, actuellement, beaucoup de travailleurs intellectuels sont dans une situation moins aisée que celle de certains travailleurs manuels. Il n'y a donc pas de raisons pour que le bénéfice de la loi qui sera acquis aux uns soit refusé aux autres.

Revenu des Assurés.

Le projet de loi accorde le bénéfice de l'assurance obligatoire ou facultative aux travailleurs n'ayant pas des salaires ou un revenu annuel supérieur à 10.000 francs. Je trouve élevé ce chiffre de 10.000 francs. J'estime que les ressources d'un ouvrier ou d'un cultivateur qui a 8.000 francs de salaire ou de revenus, sont suffisantes pour lui permettre de se suffire à lui-même, d'élever sa famille et de faire quelques économies pour ses vieux jours. A mon avis l'assurance maladie, invalidité et vieillesse ne devrait donc être accordée qu'aux travailleurs n'ayant pas un revenu annuel supérieur à 8.000 francs. Cette réduction permettrait d'étendre l'assurance à tous les Français ayant moins de 8.000 fr. de revenu. Pourquoi accorder de si grands avantages à la majorité des travailleurs, et en exclure une minorité de personnes tout aussi intéressantes ? Je suis partisan de l'égalité pour tous.

Ressources des Caisses.

Les ressources des Caisses d'assurance régionales seront alimentées par un versement de 5 % des assurés obligatoires, leurs employeurs étant tenus d'y contribuer dans la même proportion. Mais quelle sera la cotisation des assurés facultatifs, lesquels n'ont pas d'employeurs ? S'ils versent 5 % seulement, ils seront une charge pour la Caisse, puisqu'ils auront les mêmes droits et qu'ils bénéficieront des mêmes prestations que les assurés obligatoires. Devront-ils verser 10 % de leur revenu annuel, pour ne pas être à la charge à la Caisse ? Dans ce cas il est à craindre que le taux élevé de la cotisation ne les détourne de s'affilier à la Caisse.

Choix du médecin et du pharmacien

L'article 24 dit que l'assuré a le droit de choisir son médecin et son pharmacien. Il a omis évidemment de dire « et sa sage-femme », car il n'est pas possible que la loi veuille exclure les sages-femmes des soins obstétricaux. Je propose la rédaction suivante :

« Art. 24.1. L'assuré a la faculté de choisir son médecin, sa sage-femme et son pharmacien sur la liste établie par la Caisse à laquelle il est affilié.

2. Cette liste comprend : 1° tous les médecins, sages-femmes et pharmaciens faisant partie des groupements professionnels avec lesquels la Caisse a passé un contrat collectif pour le service de l'assurance ; 2° tous ceux qui individuellement ont adhéré aux conditions du contrat collectif et accepté le contrôle des groupements professionnels.

Groupements professionnels.

Je trouve bonne la modification proposée par vous, mais je la préférerais plus catégorique ; je ne puis croire, en effet, qu'il y ait lieu de craindre d'effaroucher nos législateurs en parlant ouvertement des syndicats médicaux. J'aimerais donc bien la rédaction suivante :

« Art. 25.1. Sans modification ; mais ajouter à la suite :

« Parmi les groupements professionnels, les syndicats médicaux, les Fédérations ou Unions de syndicats médicaux auront pour passer les contrats collectifs la préférence sur tous les autres groupements ».

Forfait médico-pharmaceutique.

Pourquoi le forfait proposé comprend-il à la fois les frais médicaux et les frais pharmaceutiques ? Comment le syndicat médical et le syndicat pharmaceutique pourront-ils déterminer d'un commun accord la part de la somme forfaitaire revenant équitablement à chacun d'eux ? Sur quelles bases pourront-ils s'appuyer ? Je ne l'aperçois pas.

Pourquoi ensuite le chiffre forfaitaire de 72 francs par an et par tête d'ayant droit ? Je ne sais si ce chiffre repose sur les disponibilités prévues pour la Caisse, mais ce que je vois bien, c'est que, à coup sûr, il ne peut être en harmonie avec le nombre et la qualité des actes médicaux, avec le coût des frais pharmaceutiques à intervenir. Si donc la rémunération à forfait est votée dans la loi future, je demande qu'il y ait deux forfaits attribués, l'un aux médecins et sages-femmes, l'autre aux pharmaciens. Ce serait le moyen d'éviter entre médecins et sages-femmes d'une part, et pharmaciens d'autre part, dont la bonne entente est nécessaire au fonctionnement régulier de la loi, des conflits et des contestations fort regrettables.

Maintenant, est-il possible de déterminer quel doit être le chiffre du forfait médical ? A mon sens, il ne convient pas de fixer un chiffre brut de x francs par an et par tête d'ayant droit, car avec ce système le médecin, qui a le droit de vivre de sa profession — c'est un point que personne ne doit perdre de vue, même les législateurs — le médecin, dis-je, sera mal rétribué, et inévitablement le fonctionnement de la loi en pâtira. Mieux vaut, selon moi, fixer un tant pour cent de la recette totale de la Caisse.

Quel sera ce tant pour cent ? En Alsace, le forfait médical, et non pas médico-pharmaceutique, d'après le Dr Specklin, de Mulhouse, varie entre 10 et 12 %. A ce taux, il ne donne aux praticiens que des honoraires dérisoires. Pour que les médecins et sages-femmes soient convenablement rémunérés, je propose, d'accord avec le Dr Specklin, que la Caisse d'assurance verse au syndicat médical, pour les médecins et sages-femmes, 22 à 25 % du total de ses recettes annuelles. D'après notre confrère alsacien, ce chiffre de 22 à 25 % a été fixé par un arbitrage allemand. Toutefois, ce chiffre pourrait être un peu abaissé si, comme je le proposerai plus loin, l'assuré habitant une localité dépourvue de médecin était astreint à payer sur son ticket de visite une part des kilomètres à parcourir.

Tickets modérateurs.

Le principe en est excellent ; mais tels qu'ils sont prévus, ils seront inopérants, parce qu'insuffisants. Leur bas prix ne peut, en effet, s'opposer à ce que les assurés abusent du médecin. D'autre part, suivant la juste remarque du Dr Specklin, ils ne pourront jamais, quelle que soit leur valeur, limiter les dépenses pharmaceutiques. Pour qu'ils puissent donner les deux résultats que l'on est en droit d'en attendre, limiter le recours au médecin et produire un supplément appréciable d'honoraires médicaux, il est donc nécessaire que leurs prix soient au moins doublés.

Une question se pose naturellement ici : est-il équitable que les tickets de visite coûtent le même prix à tous les assurés de chacune des trois catégories, sans distinction, quel que soit leur domicile ? Je m'explique. Peut-on concevoir, par exemple, qu'un ouvrier habitant à 10 km. du médecin le plus rapproché, et pour lequel la visite coûtera nécessairement assez cher à la Caisse, paye ce ticket le même prix qu'un autre ouvrier de la même catégorie, mais résidant dans une localité pourvue d'un médecin, et pour lequel la visite sera beaucoup moins onéreuse, puisque dans le premier cas il y aura 20 km. de transport à payer et que dans le second il n'y en aura pas du tout ? Si l'ouvrier éloigné du médecin obtient son ticket de visite au même prix que celui qui a le médecin à proximité, il sera pour la Caisse une charge beaucoup plus lourde, ce qui constitue une inégalité fâcheuse ; et, en outre, avec cette faculté de pouvoir appeler le médecin à si bon compte, alors qu'actuellement les visites lui coûtent nécessairement cher, il ne se fera pas faute de l'appeler, même abusivement : il aura plus de tendance à abuser du médecin que l'ouvrier résidant à proximité de celui-ci.

Pour faire cesser cette inégalité, dans une certaine mesure au moins, et pour prévenir ces abus, un moyen se présente à l'esprit, ce serait de décider que, pour les tickets de visite les assurés ne résidant pas dans l'agglomération habitée par le médecin payeraient un supplément représentant une certaine

part des kilomètres à parcourir. Cette part ne devrait pas être trop grande, autrement elle empêcherait l'assuré de faire appel au médecin : on pourrait la fixer par exemple, à 20 ou 25 % du prix des kilomètres. Si cette mesure était adoptée, les tickets devenant plus rémunérateurs, il serait possible d'abaisser un peu le chiffre proposé pour le forfait médical, 22 à 25 %.

Honoraires médicaux.

Vous estimez, d'après vos calculs personnels très approximatifs, que la moyenne des honoraires touchés par les 15.000 médecins environ appelés au fonctionnement de la loi dans le système du forfait prévu à 72 francs, sera d'environ 20 à 25.000 francs par an. C'est assurément là une somme respectable, et qui mérite considération. J'aurais mauvaise grâce à m'inscrire en faux contre elle, car je n'ai absolument aucune donnée à cet égard. Cependant, et je suppose que beaucoup de confrères sont dans les mêmes sentiments que moi, je serais heureux d'apprendre sur quels éléments et de quelle façon vous avez fait vos calculs ; autrement, je pourrais rester quelque peu sceptique.

Avantages du forfait médical.

Un avantage du forfait médical, que vous n'avez peut-être pas suffisamment mis en lumière, c'est que les assurés de la classe ouvrière inférieure, et de la campagne surtout, se soigneront beaucoup plus que maintenant. Je parle pour ma région, cela va de soi, mais je suis persuadé qu'il en sera de même dans beaucoup d'autres. Si je ne me fais d'illusion, on ne verra plus, à la campagne particulièrement, les pneumoniques réclamer 2 ou 3 visites seulement, les typhiques 3 ou 4, les malades atteints de panaris, d'anthrax, de gros phlegmon, de volumineux abcès du sein, se soigner tout seuls, ou recourir uniquement aux empiriques, non plus les vieillards mourir souvent sans soins médicaux, les 9/10 des femmes de la campagne accoucher sans médecin ni sage-femme, ou encore après nous avoir appelés au moment des douleurs expulsives, nous faire remercier en cours de route, parce que l'enfant vient de naître, et ce, sans aucun souci de la délivrance qui a été faite, ou va l'être, par une matrone aux mains malpropres, ni des hémorrhagies possibles. En un mot les assurés ayant droit au médecin et à la sage-femme tiendront à en profiter, et ils se soigneront bien davantage, pour leur profit et pour le nôtre aussi, car nous serons autorisés à réclamer pour l'avenir un forfait d'autant plus élevé que nous aurons donné plus de soins.

Inconvénients du forfait.

1° *Abus.* Les assurés auront tendance non seulement à se soigner davantage, mais encore à abuser du médecin. Pour y remédier, le meilleur moyen, c'est d'instituer le ticket modérateur, et de lui attribuer une valeur plus élevée, soit le double au moins du prix actuellement proposé, soit et mieux encore, comme dans les Mutuelles de l'Ain, le tiers du prix total de la consultation ou de la visite, et, j'ajoute, de la visite sur place ou avec déplacement kilométrique. On pourrait encore, suivant la suggestion du Dr Specklin, obliger le malade non invalide à solder le tiers des frais médicaux et pharmaceutiques et les membres de sa famille à payer davantage encore.

2° *Impossible de faire des prévisions au sujet des honoraires médicaux.* Cette impossibilité n'est peut-être pas aussi absolu qu'elle peut le sembler de prime abord. Pour l'ensemble de la France, tout élément d'appréciation nous fait défaut. Mais nous pouvons trouver en Alsace des renseignements et des documents précieux. Notre confrère de Mulhouse, le Dr Specklin, dans ses intéressants articles publiés par le *Concours médical*, nous a cité des chiffres basés sur l'expérience d'une Caisse alsacienne. Comprenant 18.500 assurés et 30.000 ayants-droit, cette caisse a fourni 21.521 coupons trimestriels. En admettant une moyenne de 3 à 4 vacations par coupon, notre confrère alsacien estime que pendant ce trimestre un quart environ des ayants droit se sont adressés aux médecins. Il en résulte que pour l'année entière les choses se passent comme si les assurés avaient recours au médecin chacun 3 ou 4 fois. Le Dr Specklin nous apprend aussi qu'il y a eu en moyenne une visite pour 9 consultations, que pendant un trimestre il y a eu 119 visites de nuit, 138.000 journées d'hospitalisation, 30.000 journées d'invalidité à domicile.

Sur ces données, peut-on tabler pour faire des prévisions budgétaires exactes ? Non assurément, pour 3 raisons principales : 1° c'est qu'en France, surtout pendant les premières années d'application de la loi, la mentalité des assurés ne sera sans doute pas telle qu'elle est en Alsace, où la loi fonctionne depuis longtemps, et où les abus ne sont pas tempérés par les tickets modérateurs. Il est à prévoir que les assurés français en général s'adresseront moins souvent au médecin que les assurés alsaciens ne l'ont fait jusqu'ici.

2° En France, les frais des kilomètres parcourus formeront un total relativement beaucoup plus élevé, les distances du domicile des malades à celui des médecins étant plus grandes qu'en Alsace, où les praticiens sont beaucoup mieux répartis sur tout le territoire ; 3° en France, les hôpitaux, cliniques, sont peu nombreux et en général mal organisés surtout dans les petits centres, et beaucoup de gens ne vont à l'hôpital qu'avec répugnance : il y aura sans doute beaucoup moins de journées d'hospitalisation qu'en Alsace, où les hôpitaux et maisons de cure sont nombreux, bien outillés, et où toutes les opérations sérieuses se font obligatoirement à l'hôpital. Je ne me figure pas bien une caisse comprenant 30.000 ayants droit ayant en France à payer pour un trimestre 138.000 journées d'hospitalisation. Il y aura donc des différences sensibles entre ce qui

s'est passé jusqu'ici en Alsace et ce qui se passera en France sous le régime de la nouvelle loi. Cependant les chiffres communiqués par le Dr Specklin nous apportent des éléments très précieux pour avoir un aperçu des frais médicaux.

Il n'est pas non plus impossible à l'administration d'établir des prévisions budgétaires pour les Caissses d'assurances, si elle voulait bien profiter de l'expérience des Caisses alsaciennes, et leur demander renseignements et statistiques. Elle n'a donc pas de raisons valables pour nous refuser le tarif à la visite, tarif qu'elle reconnaît comme le mieux approprié au bon fonctionnement de la loi, puisqu'elle se propose de l'appliquer au lieu du forfait après une période de 5 ans.

Catégories de tarifs.

Tous les assurés obligatoires ou facultatifs étant des gens d'une situation modeste, je n'admets qu'une seule catégorie de tarifs, quel que soit le système de rémunération adopté.

Dr Haquin.
Président du syndicat médical de Dinan.

***

De cette lettre, je ne retiendrai que le passage dans lequel notre confrère affirme qu'avec l'assurance maladie organisée selon le régime du forfait et du contrat collectif, les malades se soigneront davantage.

Veut-il dire qu'ils appelleront plus facilement l'homme de l'art ? En ce cas, je suis entièrement d'accord avec lui. Certes, ils l'appelleront infiniment plus souvent ; pour la moindre indisposition ; pour obtenir la prescription d'un cachet d'aspirine ou d'une fiole d'huile de ricin ; à midi, aussi bien qu'à minuit ; toujours d'une façon pressante... et menaçante au besoin : « J'ai droit au médecin et aux remèdes, diront-ils, et je ne veux pas attendre. » C'est ainsi que les choses se passent déjà dans les organisations de soins médicaux dans lesquelles le malade n'honore pas lui-même son médecin, et qui nous offrent une image réduite de la situation qui nous sera faite par la généralisation de ce système, et son application aux trois quarts de nos clients.

Ils se soigneront davantage. Seront-ils mieux soignés ? Hélas ! la réponse à cette question nous est fournie par le fonctionnement de la loi en Alsace-Lorraine, tel que nous l'a décrit récemment Wennagel, tel que nos renseignements particuliers nous le montrent, tel que nous l'exposerons un jour prochain, à la suite de l'enquête que nous nous proposons de faire sur place.

Ce fonctionnement, ce n'est pas de la médecine à la grosse, ce n'est même pas de l'art vétérinaire ; c'est de l'automatisme pur et simple, la vue du consultant, — je ne dis pas son examen, le temps ne permettant pas de l'esquisser — déclanchant la rédaction hâtive d'une ordonnance, — le tout se déroulant en quelques secondes : j'insiste, en *quelques secondes*.

Ce sont là choses qui doivent être dites et répétées, dont il faut bien se pénétrer, sur lesquelles nous reviendrons sans nous lasser, parce que nous sommes convaincus de plaider ainsi la cause sacrée des véritables malades, et d'y associer la cause, non moins intéressante, des médecins, qui ne sont pas, et ne doivent pas être des bêtes de somme, accomplissant la plus ingrate des besognes comme de simples médullaires qu'elles sont.

***

Ces réflexions répondent par surcroît aux remarques que le Dr M. nous adresse dans la lettre suivante :

Le système de la liberté absolue que vous préconisez est incontestablement le plus rationnel, le plus conforme à nos habitudes, à nos traditions médicales, le plus séduisant pour le malade, qui choisit son médecin et traite directement avec lui.

Est-il conforme vraiment à l'intérêt bien compris du public (intérêt que nos traditions ne sauraient nous faire perdre de vue) ?

Est-il conforme à l'intérêt du médecin ?

Nos confrères d'Alsace-Lorraine ont constaté que les assurés se préoccupent bien plus de toucher l'allocation en argent que de se faire soigner. N'est-il pas à craindre que les sommes allouées pour soins médicaux ne soient détournées de leur vraie destination au grand détriment des malades et des médecins ?

Et alors, que deviendrait la prétention, hautement affichée, de cette loi, de diminuer la durée des maladies par des soins rationnels, persévérants, donnés dès le début, à une période où le malade, peu fortuné, à peine incommodé, n'appelle pas le médecin ? Que deviendrait la prétention d'éviter la diffusion des maladies contagieuses en les décelant dès le début ?

Et quelle tristesse pour le médecin de voir dépenser chez le marchand de vins ou dans les dancings les sommes dont auraient dû bénéficier la santé publique et son propre budget !

Dans l'assurance maladie, les allocations en argent ont le grave inconvénient de multiplier les journées de maladies, et partant de chômage, au grand détriment des caisses et de l'activité nationale.

Les prestations en nature, la gratuité absolue des soins médicaux et pharmaceutiques ne présentent pas ce danger et ont l'inestimable avantage de réaliser l'objet de la loi : donner largement et sans

compter au salarié malade tous les soins que nécessite son état.

Ce système, préparé par le législateur, choque peut-être nos traditions, nos habitudes, mais j'ai la conviction que seul il est parfaitement conforme à l'intérêt bien compris des malades et des médecins.

Je serais heureux de lire votre réponse dans le *Concours médical.*

Dr M.
(Seine).

***

Voici maintenant d'autres correspondances, généralement approbatives :

Au docteur Vimont,

Vous avez fait sur Mabilleau, il y a quelques semaines, un article épatant contre la Mutualité. Je voulais vous en féliciter, le temps m'en a manqué. Votre article sur notre indépendance médicale enchaînée par la Loi des Pensions (art. 64) est fort bien. Luttez toujours. Il en restera toujours quelque chose.

Dr V.
(Hérault.)

***

J'ai comme un pressentiment — je ne suis pas le seul — qu'une conjuration est en train de s'ouvrir une fois de plus contre notre liberté professionnelle.

Je crois la voir qui se cache à l'abri de notre confiance, et se nourrit aux dépens de notre naïveté.

Je n'ignore pourtant pas que la commission en trois parties a déjà établi « d'accord » (pas avec les praticiens campagnards, j'imagine) la « division » du corps médical en trois catégories.

Je vois d'ici la joie des réunions syndicales villageoises futures avec les catégories nº 2 et nº 3 se regardant en « chiens de faïence » !

Le résultat de ce partage en frères ennemis... ne se fera sans doute pas attendre — à notre détriment — au lieu de cette division, n'aurait-il pas été préférable de maintenir à *tout prix* l'Union entre nous ?

Ah ! qui nous rendra la divine formule, « à travail égal, salaire égal » si chère à certain membre fort dévoué de la Tripodique commission ?

Qui surtout saura en obtenir l'application. La critique, certes, est aisée, mais pourriez-vous faire mieux, me dira-t-on ? Ignorez-vous les luttes épiques que nous avons dû soutenir pour obtenir ces résultats ?

A Dieu ne plaise vraiment, nous savons fort bien que dans les Conseils suprêmes, il en est toujours ainsi, mais pourquoi, diable ! s'être embarqué dans cette galère ?

N'avions-nous pas mieux par le libre choix et l'honoraire librement et directement réclamé à notre client, quel qu'il soit ?

N'est-ce pas d'ailleurs le principe que nous observons avec d'excellents résultats depuis février dernier ?

Prions donc pour que la rupture se fasse encore et demeure cette fois définitive ; c'est notre immédiat intérêt.

Abandonnons à d'autres cette fausse position de demi-fonctionnaires bâtards ; restons syndiqués, mais redevenons des citoyens, des contribuables comme tout le monde, et des médecins sans catégories.

En effet, pourquoi, Seigneurs, ces trois catégories ?

Le tarif Breton n'en comportait que deux, l'une pour la ville, l'autre pour la campagne, c'était fort illogique, mais quand même tolérable.

L'estime à l'égard des médecins de la grande brousse est donc en baisse ? ou bien les croit-on incapables de réagir ?

Le mouton, me suis-je laissé dire, devient un animal terrible lorsqu'on a résussi à le mettre en colère.

Ce brave mammifère sait déjà que son diplôme est unique et lui confère les mêmes droits et les mêmes devoirs, qu'il soit installé à Lutèce ou à Fouilly-les-Abricots. Il n'ignore pas que le prix de l'existence est moins élevé dans une grande ville que dans un chef-lieu de canton.

Il a appris, par ses études, que les soins à un ægrotant sont identiques à Cosmopolis ou à la Source-sous-le-Bois.

La mobilisation est-elle décrétée contre le troupeau d'Esculape ? avons-nous à craindre une attaque brusquée ? les coups de Jarnac vont-ils revenir à la mode ?

Je crois bien qu'à ce moment le « Crotte menu » remuerait un tantinet les oreilles ;

Aussi je ne serais pas outre mesure étonné, si, un beau matin, il faisait brusquement front, contre quiconque prétendrait encore le mettre en lisière. En somme, aurait-il tort de crier haro sur le loup avant que celui-ci soit entré pour l'égorger dans la bergerie ?

Si l'Union fait la force, il faut, je pense, pour conserver ces deux biens, ne pas lâcher la proie pour l'ombre et éviter de suivre les yeux fermés le déplorable exemple des moutons de Panurge.

Un paysan du Danube.
(L.-Inf.).

***

Votre campagne contre l'organisation médicale dans le projet de loi assurance invalidité-maladie est très juste. Soyez sûr qu'elle portera et persévérez. Et ne craignez pas que le vote de la majorité des syndicats en faveur du contrat-collectif en matière de soins aux mutilés puisse être considéré comme un précédent.

Vous aurez, dans quelques semaines, un travail d'un professeur de médecine légale qui est la reproduction d'une conférence faite au syndicat de L.

et qui aboutit aux mêmes conclusions que vous. Il va être soumis à tous les syndicats et je suis quasi certain qu'il sera adopté, alors que ces syndicats avaient repoussé le forfait proposé par le ministre pour la Loi des Pensions.

Dr V.

***

Je tiens à vous dire que je suis entièrement d'accord avec vous sur la question de l'assurance sociale et souhaite que votre campagne ouvre les yeux de la majorité des confrères.

Dr C.
(Rhône).

***

Enfin, cette dernière lettre nous explique dans quelles conditions son signataire, partisan du système que je défends, n'en a pas moins accepté, pour les soins médicaux aux pensionnés de guerre, la tractation avec l'État, avec son tarif, c'est-à-dire sa *taxation*, ses catégories, sa paperasserie, et tout ce qui s'ensuit :

« Je viens de lire, dans un récent numéro du *Concours*, un article de notre distingué confrère le Dr M. Vimont qui s'élève avec véhémence contre l'acceptation par la majorité des syndicats du nouveau décret Maginot divisant les médecins en trois catégories et les payant à divers taux. C'est le deuxième article au moins que je lis dans le *Concours* traitant le même sujet et proclamant bien haut la splendide indépendance de trente-neuf syndicats qui n'ont pas accepté de tendre le cou au « licol ministériel ». Les autres syndicats « ayant jugé qu'une question de gros sous était plus intéressante que la dignité professionnelle, sont mûrs pour la fonctionnarisation et prendront place dans les limons du char de l'Etat où les conducteurs pourront les cravacher à leur aise ».

J'estime que ces deux groupes de syndicats n'ont mérité « ni cet excès d'honneur, ni cette indignité ».

Je fais partie d'un syndicat qui a voté l'acceptation du tarif Maginot actuel. Sommes-nous donc si dépourvus de dignité, si amateurs de gros sous ? J'estime qu'il faudrait, avant de discuter sur ce sujet, comme sur tous autres, bien connaître la question et si on la connaît, bien l'exposer.

Lorsque notre président nous présenta les propositions de l'Union nous indiquant deux solutions au conflit qui séparait les médecins et le ministre, *je crois pouvoir affirmer que beaucoup d'entre nous et j'étais de ceux-là, étaient décidés à se prononcer pour la solution des trente-neuf syndicats si splendidement indépendants, autrement dit, à accepter le système de la somme forfaitaire destinée à payer les frais médicaux sans que l'Etat fût interposé entre le malade et son médecin.*

Notre avis changea après la lecture des commentaires qui accompagnaient ces deux propositions, et s'il changea, j'ose dire que c'est par discipline sans qu'aucune autre considération plus ou moins terre à terre vint nous influencer. Je m'explique.

Nous avions jusque-là fait confiance absolue à l'Union qui défendait avec tant d'acharnement nos intérêts. Les distingués confrères qui s'étaient « battus » pour nous avaient toujours eu notre approbation et nous leur avions plusieurs fois envoyé nos félicitations et nos remerciements chaleureux. L'Union donc accompagnait de commentaires les deux propositions qu'elle nous soumettait et ces commentaires pouvaient se résumer ainsi :

« N'acceptez pas le tarif forfaitaire, ce n'est qu'un leurre, acceptez les trois catégories, au moins pour le moment, c'est un jalon planté sur la route de la Victoire, nous ferons mieux, faites-nous confiance, acceptez le nouveau décret comme un pis-aller provisoire. C'est, des deux solutions, la meilleure malgré ses graves défauts qui ne nous échappent pas ».

Continuant la confiance à nos représentants qui devaient si bien mener la guerre, nous avons pensé qu'ils avaient en même temps bien conduit la paix et que le traité proposé devait être signé dans le sens qu'ils indiquaient.

Avons-nous donc si mal agi ?

Je sais bien qu'un homme ayant dit : « Je fais la guerre » a conduit son pays à la victoire devant l'admiration du monde et qu'aujourd'hui la paix qu'il a signée paraît boiteuse et... mais ceci est une autre histoire.

Passons maintenant aux trente-neuf syndicats qui ont préféré, malgré l'avis de l'Union, le système forfaitaire. Pensez-vous que les membres de ces syndicats étaient et sont mieux éclairés que nos représentants de l'Union ? Ne risqueraient-ils pas de faire admettre un système défectueux s'ils avaient été suivis par la majorité, de décourager, par une initiative au moins hasardée, ceux qui avaient fait preuve de tant de compétence, de bonne volonté et de discernement dans le combat mené pour nous ? Ils choisissaient en somme de leur propre autorité insuffisamment éclairée une solution différente de celle que proposaient les hommes les plus qualifiés et les mieux informés.

Ceux-là ont-ils donc si bien agi ?

Dr M.
(Gironde.)

***

Notre confrère a suivi les directives qui lui ont été données, fidèle ainsi à la discipline syndicale qu'il entend respecter par-dessus tout. Il ne s'est donc pas prononcé librement, puisque, incliné par goût pour le régime de la liberté, il a finalement opté pour le régime de l'embrigadement.

Dans mon souci d'impartialité, je tiens à reproduire ici l'argumentation fournie contre le régime de la liberté par l'organe officiel du

Syndicat des médecins de la Seine de juin dernier (p. 269).

1°. — Une somme forfaitaire est allouée aux bénéficiaires de la Loi des Pensions et ainsi, nous n'avons plus à discuter quoi que ce soit avec le Ministre.

Cela semble supprimer tout le problème de médecine sociale posé par la Loi des Pensions. Cette solution peut paraître, *a priori*, séduisante, mais est-elle une solution et n'est-elle pas plutôt un ajournement de solution ? Est-il possible, en effet, une fois la somme forfaitaire donnée, que l'État se désintéresse des soins dont les frais doivent être couverts par cette somme forfaitaire ? Il ne le semble pas.

Le système de la somme forfaitaire n'apporte pas une solution satisfaisante dans tous les cas. D'abord, il faut songer aux malades ou blessés pour lesquels la pension est insuffisante, qui se trouveront avoir de gros frais médicaux ou chirurgicaux et qui ne tarderont pas à ne pouvoir régler les honoraires de leur médecin. Ceux-là seront rapidement, sans doute, mis à l'Assistance Médicale Gratuite.

Admettons, cependant, qu'il n'en soit pas ainsi. Il est bien certain que le système forfaitaire porte en lui un très gros défaut. Il est injuste ; quelle que soit la somme donnée, il est très probable, en effet, qu'on ne fera pas de différenciation et que cette somme sera la même pour tous. Or, les frais médicaux sont très différents pour un grand amputé, par exemple, qui n'a plus réellement besoin de soins pour sa blessure, ou un tuberculeux de guerre qui, lui, a constamment besoin de soins. L'hypothèse, dans ce cas, la plus vraisemblable, c'est que, soit par mesure législative, soit par la force des choses, la somme forfaitaire allouée au bénéficiaire de la Loi, au lieu de lui être remise directement, servira à constituer une caisse d'assurance, dont l'objet sera précisément de subvenir aux soins médicaux et chirurgicaux.

Le problème, dans ces conditions, se trouverait donc à nouveau posé, comme il l'est aujourd'hui, mais avec cette différence que nous aurions affaire non plus à l'État, mais aux Mutilés réunis dans une Caisse d'Assurance et vis-à-vis desquels nous serions liés par des liens sentimentaux infiniment plus forts que ceux qui nous rattachent à l'*Etat*.

Le système de l'indemnité forfaitaire ne fait donc, semble-t-il, qu'ajourner le problème ; il en éloigne la solution et il ne le résoud pas. Nous savons bien qu'on a comparé l'Assurance Maladie à l'Assurance Incendie, par exemple, et qu'on a dit que dans celle-ci, en cas de sinistre, on donnait une somme forfaitaire. Cette somme forfaitaire, le sinistré peut l'employer à son gré ; on a avancé qu'il n'y avait pas de raison pour que pareil système ne soit pas employé en matière d'Assurance Médicale.

La comparaison ne tient pas, car elle n'est pas exacte. En matière d'Assurance contre l'incendie, par exemple, une évaluation préalable est faite de l'objet assuré et c'est cette évaluation qui sert de base pour le règlement du sinistre. On ne peut évaluer de même le sinistre-maladie et quand on assure la maladie, on l'assure complètement avec l'*incertitude de son évolution, de son importance et de sa durée.*

Enfin, un autre élément entre en jeu en matière d'Assurance sociale contre la maladie : c'est la mentalité même des hommes. Il ne vient à l'idée de personne de remplacer les soins de l'Assistance Médicale Gratuite par une somme forfaitaire que l'État donnerait chaque année à l'assisté. Il ne faut donc pas croire que le problème social de l'Assurance Maladie se trouverait aiguillé dans la voie de l'allocation de la somme forfaitaire en argent, à supposer que cette voie soit suivie en matière de Loi des Pensions.

J'ai déjà dit ce que je pense de cette argumentation. Je la considère comme spécieuse et tendancieuse. Je n'ennuierai pas nos lecteurs en en reprenant, pour les combattre, les différentes critiques dont elle se compose.

Un seul point me retiendra quelques instants. « Il ne vient à personne, lisons-nous ci-dessus, de remplacer les soins de l'A.M.G. par une somme forfaitaire que l'État donnerait chaque année à l'assisté. »

En apportant une certaine modification à ce texte, je réponds sans hésiter, et je ne suis pas seul de cet avis : « Pourquoi pas, à la condition que l'allocation forfaitaire, au lieu d'être annuelle, soit journalière, tant que dure la maladie constatée et surveillée tant par le médecin que par le représentant de l'assistance ? »

***

Ce qu'il faut mettre en évidence, ce qui doit être surtout pris en considération par les médecins et les ranger à mes côtés, c'est la situation d'exception, de tous points désavantageuse, qui leur est faite, *et à eux seulement.*

Un malade ne doit pas faire uniquement face aux frais médicaux que nécessite son état ; il a besoin de médicaments. Il faut en même temps qu'il pourvoie à sa subsistance, qu'il mange et qu'il boive...

Or, fait inouï, si le législateur entend payer les médecins, dans les limites d'un forfait qui peut réduire la taxation dans d'infimes proportions, il ne taxe plus de la même manière les fournitures pharmaceutiques pour lesquelles la rémunération unitaire demeure intangible. Et il se garde encore bien moins de taxer le boulanger (en dehors de la taxe actuellement en vigueur pour tout le monde), le boucher, le laitier, etc. Il ne lui vient pas à l'idée de prétendre imposer, au profit des assurés, un prix spécial et très réduit du litre de lait...

Faut-il insister davantage sur le sort parfai-



Application de l'**ANTIPHLOGISTINE** dans les cas de Lymphangites et Abcès du Sein.



Application de l'**ANTIPHLOGISTINE** dans les Affections intestinales, utérines, etc.

Antiphlogistine

MARQUE DEPOSÉE

Glycéroplasme hydrophile, à chaleur constante et durable

(S'emploie chauffée au bain-marie à 40° environ, recouverte de coton hydrophile; après 24 ou 48 heures se détache facilement).

Indications de l'Antiphlogistine

Furoncles; Abcès; Phlegmons; Abcès du sein.
Angines; Laryngites; Bronchites; Pneumonie.
Arthrites; Synovites; Entorses; Rhumatismes.
En Gynécologie.



Application de l'**ANTIPHLOGISTINE** dans les cas de Conjonctivite, etc.



Application de l'**ANTIPHLOGISTINE** dans les cas de Plaies Variqueuses.

En Vente dans toutes Pharmacies. — Vente en Gros : LABORATOIRE de l'*Antiphlogistine*.
B. TILLIER, pharmacien, 116, rue de la Convention, PARIS Téléphone: Saxe 40-89

tement injuste et inacceptable qui nous est ainsi réservé ?

***

Mes conclusions ne varient donc pas : je reste toujours et plus fortement attaché que jamais au régime que j'appelle de la liberté. Mais, et cela résulte des conversations que j'ai à chaque instant avec mes collègues, cette conception de la liberté me suggère un moyen qui pourrait peut-être mettre tout le monde d'accord.

Liberté, dis-je, Liberté élargie. Tel ne veut connaître que son malade et n'être honoré que par lui ? Ce malade recevra une indemnité journalière et fera son affaire des soins et des médicaments. Tel autre, par contre, s'accommode de la taxation et de la catégorisation ? Libre à lui de le faire, en acceptant l'intervention de l'assurance pour le règlement de ses honoraires.

C'est là, à mon avis, une méthode qui mérite d'être examinée plus en détail.

Pour aujourd'hui, je me borne à en jeter les bases sur ce papier, et je termine en m'écriant : « Vive la liberté ! »

G. DUCHESNE.

LA VIE SYNDICALE ET PROFESSIONNELLE

Le syndicalisme médical : Défense professionnelle et médecine sociale (1).

Communication au Congrès de Varsovie.
en septembre 1921,

Par le Dr Fernand DECOURT.

Vice-Président de l'Union des Syndicats médicaux de France

(*Suite et fin.*)

II. — DÉFENSE PROFESSIONNELLE.

Il y a deux points de vue à considérer dans la protection du médecin praticien et la défense de ses intérêts professionnels. Le premier, c'est la défense corporative, concernant les intérêts généraux du corps médical, que nous allons esquisser tout d'abord. Celle-ci est assurée par les syndicats. Le second, c'est la défense individuelle du praticien, assurée par divers organismes de bienfaisance, de prévoyance et d'assurances, dont nous dirons quelques mots à la suite.

1° *Défense corporative.* — Nous avons examiné tout à l'heure, « l'anatomie », pour ainsi dire, du syndicalisme médical : voyons maintenant sa physiologie, en fonction de défense corporative.

(1) *Concours Médical*, n° 40, p. 2708.

Jusqu'à ce jour, elle s'est déjà exercée sur de nombreux points, trop multiples même pour les passer en revue. Aussi, nous contenterons-nous, pour en mesurer le « rendement », de prendre comme exemple, comme type, la dernière action du corps médical — ou plutôt sa « réaction défensive » contre les prétentions bureaucratiques, à propos des soins aux blessés et malades de guerre, c'est-à-dire au sujet de l'article 64 de la loi des Pensions, du 31 mars 1919.

Cet article 64 subordonnait tout tarif de soins à une « entente » avec le corps médical organisé, les bénéficiaires de la loi ayant le libre choix de leurs médecins. Après quelques pourparlers, cette entente n'ayant pu se faire (je passe sur les détails qui auraient cependant leur intérêt) le ministre, le 30 décembre 1920, dans l'incohérence d'une fin de session et les votes hâtifs de douzièmes provisoires, faisait subrepticement supprimer la dite « entente » de la loi et annonçait son intention d'imposer aux médecins le tarif qui lui plairait, sous forme de taxation d'État, ce qu'il réalisait d'ailleurs bientôt, dans le décret du 9 mars 1921, auquel tout médecin devait être soumis sans réplique.

Sans même attendre la publication du tarif imposé, l'Union des syndicats médicaux releva, sur-le-champ, le défi et se dressa en bataille. Après une consultation générale de tous les syndicats de France, le Conseil de l'Union, dès janvier 1921, décida qu'à partir du 1er février, les médecins ne connaîtraient plus les bénéficiaires de la loi, autrement que comme des clients ordinaires. Était-ce là la grève médicale, l'action directe, brutale, tout comme dans les syndicats ouvriers ?.. Non, mes chers confrères. C'était une grève « d'intellectuels » et par suite une action réfléchie et ingénieusement combinée. Il va sans dire que jamais l'Union n'aurait songé un seul instant à engager les médecins à interrompre leurs soins aux blessés et malades de guerre. Cela aurait été une décision criminelle, à laquelle aucun médecin, on le pense bien, n'aurait consenti. On fit la grève... administrative, c'est-à-dire contre les paperasseries bureaucratiques. Plus de signatures sur les carnets, plus d'ordonnances sur leurs feuilles imprimées. On donnait ses soins comme à quiconque. Qui avait de l'argent payait, contre un reçu destiné à se faire rembourser par l'État directement ; qui n'en avait pas était soigné gratuitement : voilà tout.

Ce fut l'abomination de la désolation. Les 15 mille médecins syndiqués suivirent les prescriptions de l'Union dans la proportion de 90 %. En vain, le ministre fit paraître à l'*Officiel* son impératif décret du 9 mars 1921, qui divisait les médecins en 5 catégories et fut accueilli par un tolle général des praticiens, qui n'en tinrent aucun compte. En vain, on s'efforça de soulever, contre ceux-ci, les bénéficiaires de la loi, par des

réunions, des discours, des articles tendancieux de journaux multiples. En vain, on se livra à de violentes attaques contre les dirigeants de l'Union et cela jusqu'à la tribune de la Chambre, où le secrétaire général de l'Union, le Dr Lafontaine, fut violemment et personnellement pris à partie. Tranquillement, froidement, la campagne continua. En vain, lors de l'Assemblée générale de l'Union, le 26 mai dernier, on avait résolu « d'avoir la peau » de Lafontaine. Ce fut, au contraire, pour celui-ci, un triomphe, et les délégués des syndicats, qu'ils vinssent de Lille, de Strasbourg, de Lyon, de Nice, d'Alger, ou des provinces les plus centrales, furent, à peu près tous, les premiers à demander la continuation de la lutte.

Cette fois, le ministre comprit que ses propres bureaux l'avaient engagé dans une impasse et, d'un vigoureux coup d'aviron, remit la barque dans le fil du courant. En quelques jours, l'impossible « entente » se réalisait sur les bases de la « Commission tripartite » que demandait l'Union et où étaient représentés l'État, les mutilés et les médecins. En quelques heures, les conditions fondamentales d'un « tarif d'accord » étaient adoptées et, le 4 juillet, d'après les décisions du Conseil de l'Union, la grève médicale administrative cessait, avec la même rapidité et la même unanimité qu'elle avait commencé le 1er février. A l'heure actuelle, la Commission tripartite, dans une atmosphère de concorde et de cordialité, met la dernière main à tous les détails de ce tarif d'entente et ne sont pas les moins écoutés les représentants du corps médical, les huit délégués de l'Union, parmi lesquels on compte aussi bien un professeur de la faculté que des chirurgiens réputés et des médecins de Paris, de province et de campagne. La tarification d'État, qu'on voulait imposer au corps médical, s'est évanouie en fumée.

Je n'ai pu que vous brosser une silhouette de cette longue lutte, si vive et si fertile en incidents. Si elle fut telle, c'est à cause, non de son importance pour le présent (les blessés de guerre, nous les aurions, au besoin, soignés gratis), mais en vue de l'avenir — et d'un avenir tout proche, alors qu'a été déposé, sur le bureau de la Chambre, le nouveau projet de loi sur l'assurance-invalidité-maladie qui, je le répète, englobera, peut-être, 70 % de la clientèle du praticien.

Ab uno disce omnes. Malgré cet aperçu sommaire, réduit à un unique exemple de défense professionnelle, j'espère vous avoir suffisamment démontré l'importance et l'efficacité du syndicalisme médical, pour la protection du praticien français.

2° *Défense individuelle.* — Nous en arrivons maintenant à la défense du médecin et à sa protection, en tant qu'individualité travaillant pour faire vivre lui et les siens. Ici, nous ne ferons qu'une simple énumération d'œuvres. Tout d'abord, pour les déshérités de la profession, malades chroniques, infirmes, vieux confrères sans ressources, nous devons citer la grande œuvre de bienfaisance, la doyenne de toutes, qui a nom : l'*Association générale des médecins de France* et qui, avec son capital actuel dépassant cinq millions, distribue des pensions à de nombreux confrères, victimes du sort, ainsi qu'à des veuves et à des orphelins de notre grande famille médicale.

Puis, ce sont des institutions de prévoyance, véritables assurances mutuelles confraternelles, telles que : « *La Mutualité familiale et professionnelle du corps médical français* » filiale du *Concours médical*, qui, lui, est une société d'études. Cette mutualité est divisée en 3 branches bien distinctes : 1° *l'indemnité-maladie*, qui donne à ses adhérents des indemnités journalières pendant la durée de leur incapacité de travail, causée par une affection aiguë ou un accident, ou bien des indemnités mensuelles quand cette affection devient chronique ; 2° *la pension de retraite* qui assure une rente à partir de 60 ou 65 ans d'âge ; 3° *la pension aux veuves et orphelins*, en cas de décès du confrère.

Il en est d'autres encore, telles que l'*Association Lagoguey*, puis, sur une autre base, la *Prévoyance médicale*, etc... Mais il est une forme spéciale d'assurance confraternelle, pour le praticien, que je crois intéressant de signaler. C'est encore une filiale du *Concours*, le *Sou Médical*, qui couvre ses adhérents contre les risques professionnels, les litiges quelconques, les frais de procès et les dommages-intérêts auxquels ils pourraient être condamnés, en raison de faits cliniques et thérapeutiques accomplis dans l'exercice de leur profession — tout en leur apportant une aide morale dans les ennuis de toute espèce qui peuvent leur survenir.

Comme on le voit dans cette courte et incomplète énumération, donnée surtout à titre d'exemple, à côté de la protection corporative et globale, chaque praticien français est à même, s'il est assez prévoyant pour le faire, de s'assurer individuellement une aide précieuse et une protection efficace contre tous les aléas de la vie professionnelle.

***

III. — Médecine sociale.

La médecine sociale, étymologiquement, c'est l'art de guérir la société. En réalité, et plus modestement, c'est l'étude des meilleurs remèdes à apporter aux maux physiques dont cette société peut être affectée. Or, il y a deux points de vue, ce me semble, à considérer dans le rôle du corps médical à ce sujet. *Primo*, ce qu'il peut

faire collectivement, en tant que conseiller technique, pour tout ce qui concerne l'hygiène et la santé de la nation. *Secundo*, ce que chaque praticien peut faire, dans son petit groupement local, pour assurer les meilleurs soins techniques aux individualités qui se confient à sa science et à son dévouement. D'où deux points nettement séparés : le rôle du corps médical par rapport à la Nation et son rôle par rapport aux individualités.

1° *Rôle du corps médical par rapport à la Nation.* — L'organe central du corps médical organisé est *légalement* l'Union des syndicats médicaux de France. Il lui appartient donc de prendre officiellement la parole au nom des praticiens français . C'est ce qui fut fait dernièrement, à propos de la loi des Pensions. Mais, d'après l'exposé que nous avons fait de la longue lutte qui s'en suivit, il ne faudrait pas conclure que l'Union soit sans cesse, et comme par principe, en conflit avec les Pouvoirs publics. Loin de là. Il n'est ni dans ses habitudes, ni dans ses désirs, de se dresser ainsi en bataille. Son intention sincère est, au contraire, de collaborer en toute conscience avec les collectivités, comme avec l'État. C'est ainsi que, lors de la révision du tarif des accidents du travail, en 1920, les représentants de l'État, des patrons et assureurs, et des médecins (délégués directs de l'Union) mirent sur pied le tarif Breton, dans la plus franche et loyale collaboration. C'est ainsi que, soit dans les ministères, soit au sein de la commission médicale parlementaire, soit dans les commissions médico-parlementaires, soit dans les sommissions médico-mutualistes... l'Union présente loyalement les résultats des études et des enquêtes faites dans les syndicats auprès des praticiens, en vue du progrès de tout ce qui concerne l'hygiène et la médecine sociale.

Non pas que nous prétendions que, seuls, les praticiens soient capables de réaliser une refonte de la législation en ces matières. Ce serait autant de superbe que de naïveté. Notre syndicalisme médical n'est pas plus révolutionnaire qu'il n'a la prétention de posséder la science infuse. Nous soutenons simplement que, pour bâtir un édifice stable, en de telles matières, il faut la collaboration harmonieuse des législateurs, des savants et des praticiens. Cette trilogie est nécessaire à nos yeux. Ce trépied est le seul solide.

Ce n'est pas dans un cabinet, autour d'un tapis vert ; ce n'est pas avec des commissions composées de bureaucrates et de parlementaires qu'on bâtit des projets de loi ou des règlements en hygiène et en médecine sociale. On a beau parfois, pas toujours, demander, pour se couvrir, quelques avis à l'Académie de médecine. Mais l'hygiène dans les faubourgs, dans les usines, en province ou à la campagne, la tuberculose dans la promiscuité des maisons ouvrières, l'alcoolisme imposé par des tenanciers de cantine, par exemple, grâce aux jetons infâmes donnés comme salaire, etc..., voyons, sincèrement, mes chers confrères, pour toutes ces choses là, à la *science* technique si complète, si profonde de nos admirables savants, l'honneur de notre profession, n'est-il pas nécessaire d'adjoindre l'*expérience sociale*, si douloureusement acquise par les praticiens qui peuvent venir dire : « J'étais là. J'ai vu. C'est de telle façon que le fléau se répand le plus. Voilà ce qu'il faut supprimer. Voilà ce qu'on doit permettre, encourager, imposer. » Et nous concluons que ce n'est qu'après avoir recueilli les avis — qui se complètent les uns les autres — et des savants et des praticiens, que les législateurs et ensuite les administrateurs seront mis à même de prendre les mesures adéquates aux besoins et de créer lois et décrets, à la réalisation desquels le corps médical sera le premier à travailler de tout cœur.

Est-il vraiment utile d'énumérer ici ces problèmes de médecine sociale ? Lutte contre la tuberculose et la syphilis (dispensaires, cliniques, préventoria, conférences, tracts). Lutte contre l'alcoolisme, les taudis, la promiscuité de logements surpeuplés avec une enfance vouée à la maladie (sanatoria, hôpitaux marins, colonies scolaires agricoles, destruction obligatoire de tous les immeubles dangereux pour la santé publique). Lutte contre les industries malsaines pour les ouvriers ou dangereuses pour le voisinage (réforme de l'hygiène industrielle avec inspection répétée des ateliers, usines). Lutte contre les maladies contagieuses (responsabilité effective du chef de famille dans la déclaration ; isolement, désinfection). Lutte contre l'avortement et la dépopulation (législation plus sévère, surveillance plus grande, maternités, crèches, garderies, pouponnières, gouttes de lait). On pourrait continuer longtemps ainsi cette énumération des questions dans lesquelles le corps médical doit faire entendre sa voix autorisée et pour lesquelles l'organisation même des syndicats pourrait contribuer à étendre une action efficace dans toutes les régions du territoire français. Qu'il nous suffise de dire que le sujet en est infini et indéfiniment renouvelable, puisqu'il sera toujours « ondoyant et divers », comme la vie elle-même.

2° *Rôle du corps médical par rapport aux individualités.* — Le temps n'est plus de la bonne petite médecine, souvent symptomatique, de jadis, ni du traitement par les simples, les tisanes et les onguents. La science, depuis un siècle, a marché à pas de géants et la médecine fut la première à profiter de ses découvertes. Inutile d'y insister dans cette assemblée. Or, il n'y a pas à le dissimuler et, au contraire, on doit le proclamer bien haut, un médecin isolé ne peut plus

se flatter, à l'heure actuelle, d'être à même, dans tous les cas, de donner à son malade les soins que celui-ci est en droit de réclamer. Qu'il habite Paris, la province ou la campagne, un praticien n'est pas universel. Il ne peut être, à la fois, médecin, chirurgien, oculiste, otorhinolaryngologiste, urologue, chimiste, bactériologue. Il a donc souvent besoin, dans le cours de sa carrière — et il en aura désormais besoin de plus en plus — de trouver, non loin de lui, l'aide nécessaire à l'établissement d'un diagnostic plus approfondi, d'un traitement plus complet, ou de l'intervention d'un chirurgien. Non loin de lui, je le répéte, et cela dans l'intérêt même du public, il lui faut donc trouver un *Centre sanitaire* où il puisse faire trancher un doute impérieux (Koch, Widal) faire pratiquer une radiographie ou un Bordet-Wassermann, ou confier son malade à un chirurgien ou à un spécialiste.

Pour cela, il faut que, dans chaque région — et pratiquement dans chaque arrondissement — une entente s'établisse à ce sujet entre les praticiens. La chose est facile désormais, grâce au lien que crée, entre ceux-ci, le syndicat local, pourvu qu'il soit vivant et actif, comme le sont, de plus en plus, les 260 syndicats de l'Union, qui comprennent, d'ailleurs, à peu près tout le territoire français.

Ces centres sanitaires, que doivent créer les syndicats, seront de deux sortes, suivant la situation sociale du malade. 1° Pour les pauvres, ou pour ceux qui n'ont de ressources pour vivre que dans leur travail journalier, il existe déjà des *hôpitaux régionaux*, qu'il ne reste plus qu'à « outiller » convenablement pour qu'ils soient à la hauteur de leur mission, ce qui est loin d'être encore réalisé partout. 2° Pour ceux en situation de payer, ce sera parfois un *pavillon spécial* dans ledit hôpital qui recevra les malades aisés — ainsi que les accidentés du travail dont les « tiers-payants », patrons ou assureurs, n'ont vraiment pas le droit de rogner, à leur profit, les fonds et les ressources appartenant aux pauvres. Parfois aussi, ce sera une *Maison médicale*, sorte de clinique payante où seront admis les gens aisés qui ne pourront recevoir à domicile les soins nécessaires à leur état de santé. De telles maisons médicales existent déjà en France, où tout praticien de la région peut envoyer ses malades et les suivre même, à l'occasion, quand il n'en est pas trop éloigné. Mais ce ne sont encore là, malheureusement, que des raretés, créées par de véritables précurseurs, qui ont compris la nécessité, pour le praticien, d'adapter la médecine nouvelle aux conquêtes de la science. Il faut désormais multiplier ces centres sanitaires, qu'il s'agisse d'hôpitaux régionaux « complets », ou de maisons médicales. Ce sera l'œuvre de demain des syndicats médicaux locaux.

C'est le devoir du corps médical d'agir ainsi. Mais qu'on ne s'y trompe pas, c'est aussi son intérêt le plus strict. Quand sera mise à exécution la loi assurance-invalidité-maladie, dont relèveront plus de 25 millions de Français, groupés régionalement, par elle, dans des Caisses d'assurance, si ces Centres sanitaires ne sont pas créés par les médecins, il le seront — en dehors d'eux — par ces Caisses régionales. Or, aussi bien dans l'intérêt du praticien que — et surtout — dans l'intérêt du public, il faut que le corps médical ait la direction générale et technique de ces organisations nouvelles de la thérapeutique moderne, dont l'urgence s'affirme, chaque jour, de plus en plus.

Nous n'insisterons pas davantage sur le rôle du corps médical par rapport à l'individu. Les exemples que nous venons d'indiquer nous semblent suffisants. Notre exposé est déjà trop long. Qu'on nous permette de nous en excuser et de le terminer par ces quelques conclusions qui en forment le résumé.

***

Conclusions.

Les syndicats médicaux sont les organes officiels et légaux de la corporation.

Ils furent créés, sous l'empire de la nécessité, par réaction de défense contre les emprises des diverses collectivités sociales : État, entreprises industrielles et commerciales, associations mutuelles ouvrières — afin de protéger le médecin jusque-là isolé et livré à lui-même.

Leur mode de groupement suit exactement la structure administrative du pays : 1° syndicats locaux, ordinairement par arrondissements ; 2° fédérations départementales ; 3° union centrale — répondant ainsi à trois sphères bien distinctes d'activité, non seulement corporative, mais aussi sociale.

C'est que le syndicalisme médical a un double but : l'un *corporatif*, celui de défense professionnelle générale des modalités d'existence du corps médical, auquel s'ajoutent diverses associations et sociétés, en vue de la défense individuelle du praticien — l'autre *social*, celui de conseiller technique, au sens pratique, et de collaborateur technique d'exécution, en tout ce qui concerne la santé publique, au double point de vue général et individuel.

Dr Fernand Decourt.

II

L'obligation du doctorat en médecine pour les dentistes.

Les dentistes non médecins continuent à s'agiter et s'ingénient à trouver le moyen de s'opposer à l'en-

trés nécessaire et salutaire des docteurs en médecine dans la branche médico-chirurgicale qu'est la chirurgie dentaire. Les docteurs en médecine ont de multiples raisons pour ne pas abandonner aux simples dentistes une branche de l'art de guérir qui fait partie intégrante de la médecine. Ces raisons, nous allons les exposer.

D'abord il y a un intérêt social qui prime tout : dans un temps où il y a surproduction de capacité et de savoir, il est naturel que les plus instruits, les meilleurs, soient appelés à remplacer, au fur et à mesure, ceux qui n'ont reçu qu'une instruction incomplète, qui n'ont pas accompli des études médicales sanctionnées par le doctorat en médecine. Il n'est pas seulement naturel, il est également juste et démocratique que les plus humbles de nos concitoyens, les habitants des campagnes comme ceux des villes, puissent recevoir partout, sur tout le territoire, en ce qui concerne la bouche et les dents, les soins les plus éclairés. De même qu'on a supprimé les officiers de santé jugés insuffisants et par suite dangereux, de même l'heure est venue de supprimer le diplôme de dentiste et d'exiger le doctorat en médecine avant toute spécialisation. Il n'y a pas seulement dans cette transformation nécessaire des arguments de bon sens, de simple logique, il y a des faits patents, évidents. Ces faits ont leur éloquence et sont les suivants.

Les dentistes dits chirurgiens-dentistes ont été à eux seuls incapables, depuis leur création, qui remonte à 1892, de donner un enseignement clinique et technique qui fût clair, substantiel. On sort des écoles dentaires — tout le monde peut en avoir fait l'expérience — médiocre et insuffisant, d'où l'obligation, pour les nouveaux diplômés, de faire, en remplacement du savoir qu'ils n'ont pas, une réclame éhontée et charlatanesque dont nous avons sous les yeux les preuves manifestes. Le record de la hauteur en fait de réclame, appartient sans conteste aux dentistes. Il n'y a qu'à aller dans un lieu public pour voir affiches ou prospectus émanant de dentistes, qui abaissent une branche de l'art de guérir au rang d'un vulgaire commerce.

En outre on constate partout, à Paris comme en province, que pour donner dans leurs écoles un enseignement à peu près passable, les dentistes ont été obligés de s'adjoindre des docteurs en médecine spécialisés qui ont essayé sans grand succès (à considérer les résultats, c'est-à-dire leurs élèves) de faire des praticiens instruits. Comment auraient-ils pu d'ailleurs y réussir ? Ils s'adressent à des jeunes gens pourvus de diplômes primaires qui ignorent complètement la médecine et la chirurgie. Tout ce qui rattache, dans l'ordre médical et chirurgical, l'art dentaire à la médecine est lettre morte pour eux. Aussi les voyons-nous, dans la pratique courante, méconnaître à tout instant les principes les plus élémentaires, les notions les plus simples de pathologie et de thérapeutique générale. Pas de diagnostic précis, pas de pronostic, pas de thérapeutique déduite de ces deux éléments. Cette insuffisance choquante, constatée par le professeur Richet aux examens de la Faculté, qu'il a rappelée avant la guerre dans un article relatif à la réforme des études médicales et devant laquelle on reste confondu, n'existe pas seulement chez les jeunes diplômés, elle persiste sans grand changement, chez des praticiens exerçant depuis 15 et 20 ans. Livrés à eux-mêmes, ces diplômés sont incapables, leur vie durant, de trouver par eux-mêmes la route de la vérité et ils restent, au point de vue clinique, aussi insuffisants que dans leur prime jeunesse. N'ayant pas une instruction générale leur permettant de raisonner, d'observer, d'expérimenter, ils ne possèdent que quelques trucs empiriques dont le total ne fait pas la centième partie du bagage exigé d'un docteur en médecine.

Quelle confiance aveugle ne faut-il pas au public pour se mettre entre les mains de tels praticiens ?

Dès leurs premières années de pratique, les dentistes, troublés par cet inconnu redoutable qui se dresse, qu'ils le veuillent ou non, constamment devant eux, par suite de leur ignorance de la pathologie et de la thérapeutique générales, du terrain sur lequel ils opèrent, les dentistes, disons-nous, ont vite fait d'abandonner la partie médicale et chirurgicale de l'art dentaire c'est-à-dire la *chirurgie conservatrice* et ils se cantonnent presque exclusivement dans la prothèse, souvent même sans préparer chirurgicalement la bouche, qu'ils laissent remplie de racines suppurantes. Et nous assistons à ce qui peut être, à juste titre, considéré comme le renversement de tout progrès : la prothèse dentaire, c'est-à-dire le remplacement des dents naturelles par des dents artificielles, devient chez eux le point capital, central, de leurs occupations et de leurs préoccupations.

C'est cette tendance néfaste pour le bien public que les médecins combattent dès qu'ils exercent l'art dentaire. Sans eux, sans leur entrée de plus en plus nombreuse dans cette spécialité, le public n'aurait plus aucune garantie d'ordre médical et chirurgical. Livrés à des empiriques, les malades n'auraient pas la ressource de se faire soigner, de conserver leurs dents, ils seraient livrés, sans appel possible, à des praticiens dont la mentalité est surtout commerciale, ils seraient destinés à finir leurs jours avec des râteliers de plus en plus importants et encombrants. Or, si la prothèse constitue une ressource ultime et précieuse, elle ne saurait, si parfaite soit-elle, remplacer les dents naturelles. La chirurgie conservatrice doit donc prendre le pas, en chirurgie spéciale comme en chirurgie générale, sur la chirurgie dite radicale. Cette évolution est déjà très sensible de nos jours, depuis l'entrée de nombreux médecins dans l'art dentaire : on fait beaucoup moins de prothèse injustifiée et celle qu'on fait est meilleure, parce qu'on n'a pas cherché à détruire, mais à conserver.

Pour tâcher d'exclure les docteurs en médecine de l'art dentaire, où ils sont fort gênants par leurs connaissances médicales, leur rapide habileté et leur conscience professionnelle, fruit de leur culture supérieure, les dentistes non médecins n'ont rien trouvé

de mieux que de réclamer la création d'un *diplôme de docteur en chirurgie dentaire*.

Ils avaient réclamé déjà, il y a quelque temps, le droit de prescrire au même titre que les docteurs en médecine ; le Conseil d'Etat les a refoulés avec perte, les a déboutés de leurs prétentions. N'étant pas docteurs en médecine, ils ne se disent pas : « C'est le fonds médical qui nous manque, c'est lui qui assure le succès de nos concurrents médecins. Eh bien, nous n'avons qu'à l'acquérir par notre travail et nous ne serons plus embarrassés devant les faits troublants de la pratique ». Ce raisonnement honnête et courageux, ils le laissent de côté et ils font cet autre raisonnement : « Le doctorat en chirurgie dentaire, donnant l'apparence d'être docteur en médecine et étant beaucoup moins difficile à acquérir que le doctorat en médecine, il s'ensuit que les étudiants qui accomplissent le cycle complet des études médicales avant de se spécialiser comme dentistes, renonceront à devenir docteurs en médecine ; ils trouveront plus simple et plus rapide d'abandonner les études médicales et de postuler le doctorat en chirurgie dentaire. Dès lors, dentistes, tous docteurs en chirurgie dentaire, nous n'aurons pas à craindre la concurrence des médecins et à l'abri de ce monopole nous pourront dormir dans nos routines. Il n'y aura plus d'un côté des docteurs en médecine jugeant nos erreurs et occupant toutes les premières places, de l'autre des dentistes désorientés et handicapés : nous serons tous des médiocrités décorées du titre de docteur en chirurgie dentaire ». De cette façon assurément, il n'y aurait plus de contrôle gênant, mais aussi plus de garantie pour le public et il y aurait en outre une régression certaine, un arrêt rapide de tout progrès.

En effet, l'essor pris dans ces vingt dernières années par la chirurgie dentaire, les progrès réalisés en pathologie et thérapeutique, l'ont été grâce aux travaux clairs et substantiels des docteurs en médecine qui ont fait l'application à leur spécialité des données et des découvertes de la pathologie et de la thérapeutique générale. Le jour où il n'y aurait plus que des docteurs en chirurgie dentaire c'est-à-dire des docteurs n'ayant pas fait d'études médicales complètes, tout progrès s'arrêterait, d'une part à cause de la suppression de la concurrence, qui est salutaire, et d'autre part parce qu'ignorant la médecine et la chirurgie générales ils ne pourraient appliquer les découvertes et les progrès réalisés dans ces dernières à la spécialité qu'est la chirurgie dentaire.

Les dentistes parlent toujours de leur technique, qu'ils ignorent d'ailleurs, puisque nous constatons tous les jours leurs fautes de technique ; mais cette technique des obturations, des empreintes, est pour ainsi dire inexistante comme difficulté, si on l'expose de façon claire et raisonnée. Par contre, les complications engendrées par l'infection partie de la bouche et passant au travers de la dent, c'est-à-dire les *péri-odontites*, les *ostéo-périostites*, les *abcès*, les *adéno-phlegmons*, réclament de l'expérience clinique et de la décision pour prendre et imposer la solution convenable, mais c'est justement ces complications que les dentistes ignorent ou connaissent fort mal, nous le voyons tous les jours ; ce sont ces complications que les médecins, heureusement pour le public, connaissent fort bien, puisqu'elles font partie de l'enseignement clinique général qui leur est donné dans les services de chirurgie. En un mot, tout ce qui est grave pour les malades est d'essence médicale et chirurgicale et fait partie intégrante du bagage de tout docteur en médecine. Tout ce qui est secondaire et facile, qui ne demande qu'une instruction appropriée de quelques semaines ou de quelques mois, forme le bagage étroit et insuffisant des dentistes. Qui peut le plus peut le moins : tout médecin, par suite, qui reçoit une instruction technique raisonnée et logique, devient rapidement pour le plus grand bien du public un dentiste remarquable et apprécié dont le cabinet ne désemplit pas. Voilà la vérité gênante pour les dentistes et évidente par sa constante répétition.

Pourquoi l'art dentaire ferait-il d'ailleurs exception à la règle ? En effet, quelques semaines ou quelques mois de stage auprès d'un docteur instruit suffisent, *quand on est déjà médecin*, pour apprendre l'*art des accouchements*, où la responsabilité du praticien est considérable. Les mêmes délais suffisent encore lorsqu'on s'adresse à un spécialiste expérimenté pour apprendre l'*orthopédie*. Il s'agit pourtant, dans ces spécialités, de la vie des femmes et des enfants, mais pour soigner une dent ou l'extraire, fouler une matière obturatrice (amalgame, or ou ciment), technique d'une simplicité enfantine, hormis dans les livres et les écoles des dentistes, il faudrait des mois et des années ! !

A l'école dentaire, dans notre jeune temps, c'étaient les docteurs qui recevaient les mentions les plus médiocres et auxquels on posait des questions insolubles ; par contre, le premier primaire venu était reçu avec compliments et félicitations retentissantes. A la sortie de l'école, en revanche, le primaire devenu dentiste se transformait en fruit sec, le docteur avec, ou encore mieux sans diplôme d'école dentaire, en quelques mois, obligeait ses concurrents dentistes à aller porter ailleurs leur inexpérience et leur incapacité. Pour montrer enfin l'inanité et le ridicule des prétentions successives des dentistes, voyez-vous des sages-femmes demandant, pour écarter la concurrence salutaire des docteurs en médecine, et créer une confusion qui leur serait profitable, d'être élevées au rang de doctoresses en chirurgie obstétricale.

Conclusions.

Nous demandons : 1° l'obligation du doctorat en médecine pour les futurs dentistes, avec conservation du droit d'exercer jusqu'à leur mort pour les dentistes actuels ; 2° le respect des prérogatives attachées au diplôme de docteur en médecine. Dans la médecine, le doctorat doit appartenir à ceux qui ont

RECOUVREMENTS

D'HONORAIRES MÉDICAUX

M. Louis AUDEBERT Avocat, *Directeur du Contentieux de Syndicats Médicaux. Administrateur d'immeubles*,

5, rue des Saints-Pères, PARIS, Tél. Saxe 48-53.

Pour toute demande de renseignements écrire à Me Audebert, en joignant un timbre pour la réponse.

AVIS

Stations hivernales

Nos lecteurs qui désirent voir leur nom figurer dans la liste que nous allons publier prochainement sont priés de nous en informer.

Envois de fonds.

Pour l'envoi des abonnements et des cotisations aux filiales, nous rappelons que le moyen le plus pratique et le plus économique est le versement au compte de chèques postaux dont voici les nos :

Concours Médical, Paris, 167-95.

Sou Médical, Paris 182-31.

Mutualité Familiale Paris, 182-32.

Caisse des pensions de retraites du Corps médical français. Paris, 271-46.

Changements d'adresses

Nous rappelons à nos lecteurs que toute demande de changement d'adresse doit être accompagnée de 0 fr. 60 pour frais de réimpression de bande.

fait des études complètes et non à ceux qui ont fait des études embryonnaires et il n'y a pas plus de raisons de créer un doctorat en chirurgie dentaire qu'un doctorat en chirurgie obstétricale ; 3° la suppression du diplôme de dentiste, diplôme insuffisant comme l'a exprimé justement le professeur Richet, de Paris. Ce diplôme n'est qu'un trompe l'œil, il ne représente ni savoir médical ni savoir technique raisonné, il est aujourd'hui périmé, car la loi du progrès veut qu'une forte culture générale précède toute spécialisation. Le souci du progrès et du bien public ne consistent pas, par un doctorat en chirurgie dentaire, à élever en titre des hommes dont le fonds restera le même, c'est-à-dire incomplet ou médiocre, mais à les inciter à travailler afin d'acquérir les connaissances supérieures du doctorat en médecine, qui seul peut assurer le développement régulier et constant de la chirurgie dentaire et sauvegarder la santé publique.

Dr CHARÉZIEUX.

CHRONIQUE HOSPITALIÈRE

IVe Congrès de l'internat français.

Toulouse : 29 juillet-1er août 1921.

Malgré les difficultés de l'heure actuelle, malgré une température dont il est oiseux de dire qu'elle fut caniculaire pendant plusieurs semaines, *la quatrième session du Congrès de l'Internat français*, dont les séances de travail se sont déroulées à Toulouse, a été un succès, tant par le nombre des adhérents que par l'importance des questions qui y ont été étudiées. Toutes nos bien amicales félicitations, tant au secrétaire général permanent, le professeur Cruchet, qu'au secrétaire toulousain, le chirurgien des hôpitaux, J. P. Tourneux.

Les trois premières sessions qui ont eu lieu à Bordeaux (1910), à Nancy (1912) et à Lyon (1914), ont toutes montré, par le nombre des congressistes, et par l'intérêt des rapports qui furent présentés, quel plaisir les internes et les anciens internes avaient à resserrer leurs relations amicales, et de quelle utilité pouvait être l'étude et la discussion de leurs intérêts communs.

La quatrième session devait se tenir à Lille, mais devant l'impossibilité matérielle où se sont trouvés nos camarades lillois de recevoir cette année leurs collègues des autres centres universitaires, l'Association de Toulouse a décidé, sur la proposition du secrétaire général de la Fédération, M. Cruchet, et cela afin de ne pas interrompre la tradition, de recevoir en 1921, les représentants de l'Internat français.

Membres présents : *Faculté de Bordeaux* : Cruchet, Lasserre, Lartiguaut, Jehen, Bonnin, Larrieu, de Nazaris, Massias.

Faculté de Lille : Prof. Lefort, Minet, Razemon, Ausset.

Faculté de Lyon : Delorme, Duclos, Barbier,

Faculté de Montpellier : Corone, Venère, Milhaud, Riche, Mayerat.

Faculté de Nancy : Perrin, Moriot, Mathieu, Duroch,

Faculté de Paris : *Melle* Condat, Terson, Picout, Dambrin, Villemur, Clap, Morel, Haudant.

Faculté de Toulouse : Escat, Tourneux, Constantin, Laurens, Lefèvre, Rouvierè, Bascou, Chatellier, Bonnefous, Stlimonkes, Germès, Laurentier, Laboule, Colombiers, Laporte, St-Martin, Gay, Bardier, Auban, Tapie, Molinéry, St-Ange, Dupuy, Berny, Levrat, Sicard, Boularan, Escat, J.-L. Viguier, Clermont, Roques, Ginesty, Girou, Rigaud, Dalous, Nanta, Soulié, Roy, Cazal, Croze, Giscard, Trouette, Bonhoure, Bayat, Soul, Cabanié, Sandrail.

A la séance d'ouverture qui eut lieu à la Faculté de médecine, Monsieur le docteur Audebert, ancien interne des hôpitaux de Bordeaux, professeur d'obstétrique à la Faculté de médecine de Toulouse, en l'absence de Monsieur le doyen Abelous, souhaita la bienvenue aux membres du Congrès (1).

Nous reproduisons, *in extenso*, le discours de notre maître :

Discours de M. le professeur Audebert.

« En l'absence de M. le doyen Abelous, j'ai le grand honneur de saluer, en son nom, et au nom de la Faculté de médecine de Toulouse, le bureau et les membres du Congrès de l'internat, et de leur souhaiter à tous la bienvenue.

« Certes, la Faculté est toujours disposée à offrir l'hospitalité aux groupements médicaux, mais aucun ne pouvait compter sur un accueil plus sympathique, plus empressé, plus chaleureux, que le Congrès de l'internat.

« Pour nous qui sommes d' « anciens » et même hélas ! de « très anciens internes ». Rien ne pouvait être plus agréable que cette résurrection du passé.

« L'internat ! c'est-à-dire l'école du travail, du désintéressement, de la fraternité. C'est là qu'on apprend le culte du devoir et le respect du malade. C'est là que se comprend la grandeur et la noblesse de la médecine.

« Cette élite, qui a puisé dans la fréquentation incessante des hôpitaux l'oubli de soi-même et le mépris de la mort, faut-il s'étonner si, pendant la guerre, elle a fourni un pourcentage de morts et de blessés égal ou même supérieur à celui des corps les plus cruellement éprouvés ? Et n'est-il pas cent fois mérité l'éclatant hommage rendu par le général Buat à l'héroïsme médical, lors de l'inauguration du monument élevé à la mémoire des internes parisiens morts pour la Patrie ?

« La vie de l'interne, aussi bien à l'hôpital qu'au poste de secours, est faite de dévouement, d'abnégation, de sacrifice librement consenti.

« Malgré tout, heureux ceux qui ont passé par l'internat. Ils y ont connu cette « douceur de vivre », dont parlait Talleyrand, ils s'y sont imprégnés de cette atmosphère d'humanité, de douceur à l'égard des faibles et des déshérités, qui est le plus bel apanage de notre profession.

« Messieurs, la Faculté de médecine vous ouvre ses portes. Ne vous attendez pas à trouver ici les splendeurs et les magnificences que vous avez admirées dans d'autres cités.

« Vous allez voir une installation encore incomplète, des laboratoires imparfaits ou insuffisants. Vous nous surprenez à une période de réfection, à la veille des grands travaux qui, nous l'espérons, mettront Toulouse au même niveau que les autres Facultés françaises.

« Mais telle qu'elle est, à l'exemple de la plus belle fille du monde, elle vous offre tout ce qu'elle possède. Elle vous l'offre de grand cœur, en toute simplicité, en toute cordialité et avec son sourire le plus engageant, elle vous dit : « Messieurs les internes, chers camarades, vous êtes chez vous ».

A son tour, Monsieur le docteur Escat, président de l'Association de Toulouse et président de session, esquisse, en quelques mots, l'œuvre et le programme des précédents Congrès, dont la suite a été tragiquement interrompue par la guerre. Après avoir adressé

(1) Tous nos amicaux remerciements à nos confrères Chalot, de *La Dépêche*, Levrat, de l'*Express*, pour nous avoir permis de nous servir de leurs notes.

son souvenir le plus fraternel et le plus ému à la mémoire des trop nombreux internes et anciens internes des hôpitaux morts pour la patrie, il trace l'histoire de l'internat toulousain. « Le plus ancien procès-verbal de concours retrouvé, dit-il, dans les archives de nos hôpitaux, remonte à l'année 1821, et par suite le quatrième congrès de notre Fédération est en même temps *la commémoration du centenaire de l'Internat toulousain* ». Quant à l'Association, elle est bien plus jeune, et, sans tenir compte d'efforts antérieurs, date seulement de 1907. Il invite ensuite les congressistes à se mettre laborieusement à la tâche.

Les applaudissements avaient à peine pris fin que Monsieur le docteur J.-P. Tourneux, chirurgien des hôpitaux de Toulouse, secrétaire général du Congrès, fait son rapport et trace le compte-rendu moral.

Monsieur Escat cède la présidence à M. le professeur Lefort, de la Faculté de médecine de Lille. Vient en discussion la proposition des délégués de l'internat et des hôpitaux de Bordeaux :

L'internat et les titres et fonctions de la Faculté (doctorat, moniteur de clinique, préparateur, aide d'anatomie, prosecteur, etc.) ».

Les délégués de l'internat des hôpitaux de Bordeaux proposent :

1° QUE TOUT INTERNE DE VILLE DE FACULTÉ DE MÉDECINE, NOMMÉ AU CONCOURS, PUISSE PASSER SA THÈSE AU COURS DE SON INTERNAT, TOUT EN CONTINUANT A ASSURER SES FONCTIONS.

Ils basent leurs desiderata sur les arguments suivants :

1° *Argument moral.* — L'internat, pour les initiés aux choses de la médecine, est réellement une école supérieure d'enseignement professionnel. Pour les profanes, le titre de docteur en médecine compte seul, le titre d'interne est mal interprété ou n'est pas suffisamment apprécié.

2° *Argument social.* — La législation créant deux catégories nettes : le docteur en médecine possédant tous les droits thérapeutiques, et l'étudiant n'en possédant aucun, l'interne, tout en ayant plus de responsabilités que le second, n'est pas couvert par les droits du premier. Suivant les villes, les services, les usages, il agit comme médecin traitant, ou possède des attributions souvent très effacées propres à le déconcerter.

3° *Argument militaire.* — Le titre de docteur en mécine seul donne droit à la nomination au grade d'officier à titre définitif.

4° Il est utile pour l'administration hospitalière que l'interne soit docteur en médecine. :

a) Par l'autorité sur le personnel que donne le titre de docteur en médecine, seul officiellement reconnu.

b) Par la confiance qu'il affirme chez le malade.

c) Par l'assurance qu'il donne en présence d'une grave responsabilité à assumer.

Sous réserve toutefois que tout interne, docteur en médecine, s'engage à ne pas faire de clientèle pendant la durée de son internat. Les présidents de l'internat, sous leur responsabilité, veillent à l'observation rigoureuse de cette règle.

2° QUE LES INTERNES AIENT TOUTE LIBERTÉ POUR EXERCER DES FONCTIONS OFFICIELLES A LA FACULTÉ (moniteur de clinique, préparateur, aide d'anatomie, prosecteur) et reçoivent les traitements et indemnités afférents à ces fonctions, dans leur intégrité.

En l'état actuel, certaines Facultés (Bordeaux), se basant sur le décret ministériel du 24 juillet 1920 (art. n° 5), refusent les indemnités de nourriture et de résidence aux internes, sous prétexte qu'ils touchent des indemnités analogues d'une administration civile. (administration des hospices).

Cette interprétation, entrée en vigueur en novembre 1920, semble contraire à l'esprit du décret qui n'a voulu priver des indemnités de cherté de vie que les fonctionnaires déjà nourris par l'Etat. Elle lèse gravement les intérêts des internes et paraît susceptible de les éloigner des fonctions que le concours leur avait permis d'acquérir.

Bordeaux, le 2 juillet 1921.

Docteur Ch. Lasserre, interne des hôpitaux, prosecteur à la Faculté.

Docteur Ch. Massias, interne des hôpitaux, préparateur à la Faculté.

On visite la Faculté de médecine qui, ne l'oublions pas fut créée en 1229, et cette première matinée se termina par un déjeuner offert par les internes en exercice à leurs camarades des autres Facultés.

A 3 heures, sous la présidence de M. le professeur Cruchet, de Bordeaux, secrétaire général de la Fédération de l'internat, on aborde la discussion des vœux et des propositions présentés par les associations de Lille, Montpellier et Nancy.

Préparation de l'internat et le nouveau régime d'études, par M. MILHAUD, interne des hôpitaux de Montpellier.

Cette question ne comporte pas grand développement :

De prime abord, en effet, il semble que le nouveau régime d'études s'accorde fort peu avec la préparation au concours d'internat. Mais lorsqu'on étudie de plus près la question et que l'on veut bien y comparer les conditions de préparation telles qu'elles se présentent avec le programme de l'ancien régime, on s'aperçoit qu'en réalité ces conditions ne sont pas plus favorables qu'avec les exigences du nouveau régime.

Comment procédait-on, en effet, avec l'ancien régime d'études, lorsqu'on voulait préparer le concours d'internat ? En général, l'étudiant arrêtait sa scolarité à la douzième inscription.

Il se désintéressait absolument de tout examen et se consacrait entièrement à la préparation du concours. Il faut reconnaître que si nous voulons conserver aux concours la valeur élevée qu'ils doivent avoir, c'est dans cet esprit que nous devons éduquer les jeunes générations qui paraissent un peu trop soucieuses de faire marcher de pair leur scolarité et leur préparation à l'internat.

L'arrêt de la scolarité me paraît une chose nécessaire, indispensable, et juge la question que nos camarades de Lille ont bien voulu étudier.

Une objection peut être faite par les étudiants du nouveau régime, savoir l'obligation dans laquelle ils se trouvent de passer leurs examens à des périodes déterminées et non point à des périodes choisies par le candidat. A cela on peut répondre que dans beaucoup de Facultés cette latitude pour passer les examens n'existe pas et seules, certaines périodes de l'année sont réservées à tel ou tel examen. De ce côté, l'ancien régime n'offre guère plus d'avantages que le nouveau.

Reste une dernière question : l'obligation pour l'étudiant du nouveau régime de fournir nécessairement des certificats de stages hospitaliers pour prendre ses inscriptions. C'est dans ce sens, et dans ce sens seulement, que notre action devra être efficace et il ne nous sera pas, je crois, difficile d'obtenir la dispense de certains stages hospitaliers pour nos jeunes camarades, à partir du jour où ils auront reçu le titre d'interne, qui équivaut à tous les certificats de stage même lorsqu'ils indiquent la plus belle assiduité. Cette réforme est indispensable, de façon à ne point troubler la bonne marche des services hospitaliers. D'ailleurs il faut ajouter qu'à l'heure actuelle un projet de M. Bard est à l'étude, ayant pour objet une nouvelle distribution des examens du nouveau régime, pouvant concilier de façon satisfaisante la préparation au concours et la continuation des études.

Mais il faut que les futurs candidats, pénétrés de l'importance du titre qu'ils désirent obtenir, n'hési-

tent pas à arrêter leur scolarité pour se consacrer entièrement à la préparation d'un travail soutenu et des connaissances qui font que l'internat a été jusqu'à présent, et devra continuer à être une véritable élite.

L'internat et le nouveau régime d'études, par Pierre RAZEMON, interne des hôpitaux de Lille.

Le sujet de ce rapport ne peut intéresser que très peu les internes en exercice, même appartenant au nouveau régime d'études, mais il est d'un grand intérêt pour nos futurs camarades qui prépareront le concours. L'opinion générale est unanime à déclarer que la fréquentation obligatoire des cours et travaux telle que l'exige le nouveau régime et la préparation simultanée de l'internat est une tâche difficile pour le candidat. Pour quelques-uns, ceci aura l'avantage de sélectionner les meilleurs, et de rajeunir le programme des concours. Pour la majorité, au contraire, le nouveau régime éloignera de l'internat certains candidats qui préfèreront, en des temps de vie matérielle difficile, « tenir » leurs inscriptions que « courir » les chances d'un concours. Le nouveau régime risque ainsi de faire baisser le niveau de celui-ci.

Dans l'avenir ce risque sera plus grand encore. Actuellement, en effet, le candidat du nouveau régime, pour lutter avec des forces égales contre ses camarades de l'ancien, interrompt sa scolarité, mais lorsque tous les concurrents seront dans des conditions identiques, ils pourront décider de se présenter à l'internat sans cesser de fréquenter la Faculté et ne consacrer dès lors qu'un temps limité et insuffisant à une préparation sérieuse.

Solutions de la question :

1° Reporter le concours en fin octobre, de façon à donner avant celui-ci trois mois de liberté totale.

2° Interrompre la scolarité, d'où perte de temps pour les candidats éliminés.

3° Refonte du régime (proposée par MM. les professeurs de la Faculté de Bordeaux).

(A suivre).

VARIÉTÉS

En glanant....

Les mouches du coche.

A propos des longs pourparlers sur l'art. 64 de la loi des Pensions, j'ai parlé, dans le *Médecin syndicaliste* (juillet), des « responsables de la 3e catégorie », parmi lesquels j'ai noté ceux qui s'efforcèrent de jouer un rôle dans la coulisse et réussirent même — sans mandat — à paraître sur la scène, en de scintillantes lueurs. Je ne crois pas inutile de revenir sur ce sujet dans le *Concours* et, comme ce n'est plus ici un Bulletin officiel, mais un journal d'études, de « pousser » un peu plus la question.

Sans mandat ! ai-je dit plus haut. C'est là le gros reproche qu'on doit faire à ceux-là, tout d'abord. Eh quoi ? ... Le secrétariat de l'Union pousse le scrupule jusqu'à inonder de paperasses les bureaux des syndicats qui sont ainsi tenus, au jour le jour, au courant des péripéties de la lutte. L'Union ne fait que suivre religieusement, dans son action, ce qui fut décidé en assemblée générale. Les décisions du Conseil ne sont prises qu'après des consultations circonstanciées et minutieuses de chaque syndicat. Chaque « geste » enfin, accompli dans les commissions ou dans les entrevues ministérielles, n'est que la résultante, tant de ces consultations comme directives, que des détails pratiques décidés en Conseil de l'Union. Et, en parallèle à tout cela, on vit des confrères, seuls, et ne représentant qu'eux-mêmes, en réalité, se lancer fougueusement dans la mêlée, flamberge au vent, la tête haute et fière, confiants dans la valeur de leur cerveau et dans la force persuasive de leur parole, et se flatter d'aplanir les difficultés en un tourne-main, d'abattre les cloisons et, tel Alexandre, couper le nœud gordien.

***

Ce furent d'abord divers parlementaires médecins. Ceux-là, du moins, pouvaient avoir un semblant d'excuse. Ils se figuraient, parmi leurs collègues, représenter le corps médical.

Ah ! certes, quand il s'agit de défendre les médecins, *en général*, d'expliquer leur genre de vie, leur mentalité, leurs besoins, ainsi que leur action sociale, il est naturel que le médecin parlementaire « parlemente » sur ces sortes de choses, en homme plus averti et compétent puisqu'il fut auparavant un de ceux-là.

Mais quand il s'agit d'une question *particulière* à résoudre, il n'en est plus de même. Il n'a droit alors de *parler au nom du corps médical* que lorsqu'il en a reçu expressément le mandat précis, après consultation des intéressés.

Un médecin-député n'est pas un *député de médecin*. Il est le député d'une région, ou, plus réellement, d'un parti politique qui l'a placé là pour y défendre ses idées sociales. Il est député, ou sénateur : voilà le fait positif. S'il est médecin, par surcroît, ce n'est plus qu'un incident de sa carrière nouvelle.

Naturellement, quand se présenteront au parlement des questions médicales ou paramédicales, il aura à cœur de s'en occuper plus spécialement que son voisin avocat ou agriculteur. Sa vie antérieure lui permettra d'étudier la question avec plus de compétence et d'en pénétrer l'esprit avec plus de facilité. Il lui sera aisé de se documenter auprès des groupements constitués par ceux de son ancienne profession et d'en arriver ainsi à faire œuvre utile à tous, aux médecins comme à la nation. Mais jamais, au grand jamais, son titre de parlementaire ne lui donnera le droit, je le répète, de parler au nom du corps médical, s'il n'a pas été spécialement mandaté par celui-ci sur le point en litige.

Et il aura encore bien moins le droit de le faire pour servir son ambition personnelle et s'efforcer de glisser la pelure d'orange sous un pas ministériel.

***

Mais à côté des parlementaires, il y en eut d'autres qui tentèrent de dresser dans la mêlée, leur fanion personnel.

Tel le confrère X., président ou secrétaire du gros syndicat de la Somme-et-Garonne. Le confrère Y... président ou secrétaire du Syndicat des chirurgiens pédicures ou onychophiles. Le confrère Z... président ou secrétaire du syndicat des médecins sportifs. Que sais-je encore ? Le confrère W... qui connaissait l'ami du frère de l'ami du ministre, etc , etc... Tous, j'en suis certain, remplis des meilleures intentions et intimement persuadés que leur intervention allait sauver la France.

On les vit alors lancer des lettres, se plonger dans de longs conciliabules, proposer des solutions dans la coulisse, aller, venir, faire les importants, trancher, tailler, rogner... sur le papier — et aussi, hélas ! dénigrer peu ou prou ceux qui, sur le front, tenaient le drapeau officiel de la corporation.

A côté des pourparlers réguliers, conduits par les responsables, suivis prudemment, pas à pas, avec des mots étudiés et des attitudes prévues, dictées à l'avance plutôt par le gros des intéressés — que de parlottes en l'air, que de concessions consenties, que de suggestions proposées, que d'engagements pris par des confrères, au cœur léger, n'ayant d'autre mandat que celui qu'ils s'étaient arrogé.

Et c'est ainsi que, trompé par ce mirage, séduit par la facilité des tractations avec certains confrères pris au sérieux, le ministère finit par jeter par-dessus bord l'Union des Syndicats trop peu malléable.....

***

Le coup de tonnerre de l'assemblée générale de l'Union, le 26 mai, vint dessiller bien des yeux. Les délégués de 250 syndicats, soit de plus de 15.000 praticiens, acclamèrent le secrétaire général de l'Union que l'on avait promis au ministre de mettre à bas ce jour là. A peine quelques voix discordantes se firent entendre. Que dis-je ?... On vit certains confrères, qui avaient promis de se poser en terribles accusateurs, monter à la tribune, se faire tout sucre et tout miel — et plaider, en somme, pour eux-mêmes, les circonstances atténuantes.....

Résultat : quelques jours plus tard, les pourparlers rompus entre le ministère et l'Union étaient repris, la commission tripartite constituée, réunie, mise en œuvre. L'accord, impossible, se faisait comme par enchantement et l'armistice était signé entre les « belligérants ».

Conclusion : Si les « mouches du coche » n'avaient pas si longtemps encombré la scène et brouillé les cartes, il y a belle lurette que la paix aurait été signée — et peut-être plus satisfaisante. Que ceci nous serve de leçon dans l'avenir, confrères. C'est la grâce que je vous souhaite à tous. Amen.

Dr Fernand DECOURT.

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations.

— Par arrêté du ministre du travail du 15 septembre 1921, M. Maulmond, conseiller d'Etat, directeur de la mutualité et de l'assistance au ministère de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales, est nommé membre de la commission du tarif des frais médicaux et pharmaceutiques en matière d'accidents du travail, en remplacement de M. Desmars, appelé à d'autres fonctions.

— Le Dr Leredde commencera, le dimanche 23 octobre, à 10 heures 30, au dispensaire de syphiligraphie du XVIIe arrondissement, 54 rue Saussure (métro Villiers) une série de leçons sur la syphilis et son traitement et les continuera les dimanches suivants à la même heure.

— Un groupe de docteurs, anciens internes des hôpitaux de Paris, vient de fonder un centre de diagnostic médical, à la disposition des médecins praticiens, 1 *bis*, rue Andrieux, Paris, VIIIe.

Ce centre comprend actuellement des consultations : affections du tube digestif, de gynécologie, d'oto-rhino-laryngologie, de dermatologie, de stomatologie. Il comporte également un laboratoire pour les examens biologiques et microbiologiques, biopsiques.

Des consultations de médecine infantile, d'ophtalmologie et de chirurgie spéciale sont à l'heure actuelle en voie de réalisation.

Ce centre est mis à la disposition des médecins praticiens pour leur clientèle qui ne relève pas des hôpitaux et dont les ressources sont limitées.

Tout médecin praticien ayant adressé un malade au centre recevra le diagnostic avec les indications thérapeutiques. Sur la demande du médecin traitant habituel, quelques traitements spéciaux peuvent être appliqués.

Le centre de Diagnostic possède en effet un laboratoire de radiothérapie et de physicothérapie dont peut relever la même clientèle.

Les médecins consultants du Centre de Diagnostic seront heureux de recevoir les médecins praticiens toutes les fois que ceux-ci pourront accompagner leurs malades.

Le Directeur-Gérant : Dr GASSOT.

Clermont (Oise). — Imprimerie DAIX et THIRON
THIRON et FRANJOU, Successeurs.
Maison spéciale pour publications périodiques médicales

doit être diminué de 25 % des prix indiqués au dit tarif.

N'existe-t-il pas des commentaires ou des instructions concernant l'application de ce tarif : je serais heureux de les posséder.

Dr V.

Réponse.

Suivant l'avis de la Commission du tarif des frais médicaux en matière d'accidents du travail, ratifié par arrêté du ministre du travail en date du 28 juin 1921 (*Concours médical*, page 2115), « la minoration de 25 % ne saurait être applicable aux électro-radiologistes que pour les soins et ne concerne, par conséquent, que l'électrothérapie.

« Les autres actes prévus au tarif (art. 26) constituent, en réalité, des actes de laboratoire, qui, comme tels, ne doivent pas subir la réduction, établie par l'article 15 uniquement pour les soins et opérations ».

Il n'existe pas encore d'interprétation judiciaire du tarif Breton. Une interprétation officielle en a été donnée sur certains points par les avis de la Commission ratifiés par l'arrêté du 28 juin.

Le Dr Decourt, membre de la Commission et l'un des principaux auteurs du tarif donne ses avis sur des cas d'espèces, qui sont, en partie, publiés dans le *Concours médical*.

Exonération préventive de la responsabilité civile.

Un ouvrier épileptique ayant 3 à 4 crises par jour a été embauché dans une mine ; avant de le prendre, le patron a exigé que l'ouvrier signât une déclaration par laquelle il le dégageait de toute responsabilité en cas d'accident. Cette déclaration est-elle bonne et le patron est-il réellement à l'abri de toute poursuite de la part de son ouvrier si celui-ci venait à se blesser ?

Dr C.

Reponse.

Une clause telle que celle que vous relatez dans votre lettre serait certainement considérée comme nulle par les tribunaux.

D'une manière générale, la jurisprudence n'admet pas qu'il soit permis par avance de s'exonérer de la responsabilité civile.

Mais, *a fortiori*, une semblable convention est-elle nulle s'il s'agit de l'application de la loi du 9 avril 1898, dont les dispositions sont d'ordre public et dont l'article 30 déclare que toute convention contraire à la loi est nulle de plein droit. Le patron qui ne veut pas courir le risque des accidents qui peuvent survenir, à un épileptique n'a aucun moyen légal de s'en exempter.

BAUME SÉLÉNIA

Contribution personnelle-mobilière et patente.

Excusez-moi de venir vous demander un conseil pour la conduite que je dois tenir dans la circonstance présente ?

Exerçant à X. l'hiver, où je suis régulièrement domicilié, électeur et payant mes contributions pour toute l'année, je viens l'été à Y, comme médecin consultant où je loue une villa *meublée sans bail.*

Cette année, le percepteur m'a fait présenter : 1° une feuille de *contribution mobilière* de 144 fr. 79 (loyer de 3.000) ; 2° une feuille de *patente* de 429 fr. 90 (le centime applicable étant de 4 francs 29.93).

Il me semble que la première contribution est illégale, puisque j'habite en meublé et que la deuxième, ne l'est pas davantage, puisque je paye à X. une patente de médecin pour toute l'année.

Je vous serais très reconnaissant si vous pouviez me répondre à cette double question, en me donnant autant que possible une preuve juridique si un jugement est déjà intervenu en pareille matière.

Dr N.

Réponse.

Il n'est pas nécessaire que les meubles appartiennent au locataire pour qu'il soit imposé du chef de la contribution personnelle mobilière. L'article 16 de la loi du 21 avril 1832 prévoit même expressément cette imposition pour les appartements garnis, en décidant que les locataires ne seront assujettis à la contribution qu'à raison de la valeur locative de leur logement, évalué comme un logement non meublé.

La loi indique seulement qu'il faut avoir une résidence d'une assez longue durée pour être considérée comme habituelle. C'est une question de fait, laissée à l'appréciation des Tribunaux. Mais il nous semble qu'un médecin qui s'installe dans une localité pour y exercer sa profession doit être considéré comme y ayant une résidence habituelle.

En ce qui concerne la patente, elle est due, tout au moins pour le droit proportionnel, le seul qui soit à la charge du médecin, dans toutes les communes où sont situés les locaux servant à l'exercice de la profession, et sur tous ces locaux sans exception. Elle est donc sans conteste due par vous sur la villa, où vous exercez votre profession à Y., encore qu'elle ne vous soit louée que garnie.

Taux d'invalidité d'un blessé du travail.

Je vous prie de vouloir bien me donner un renseignement au sujet d'un accident du travail ayant occasionné l'amputation totale de l'auriculaire droit et

la section définitive des tendons extenseurs de l'annulaire droit. L'assurance me demande de fixer le taux de l'invalidité.

Dr M.

Réponse.

Le taux de l'invalidité du blessé du travail amputé totalement de l'auriculaire droit avec section définitive de l'annulaire, entraînant sans doute une flexion permanente de ce doigt, peut être évalué à 15 %, par comparaison avec les invalidités pour blessures de guerre.

Honoraires des experts devant le tribunal des pensions.

Voudriez-vous bien me dire quel est le tarif alloué aux experts nommés par le tribunal des pensions pour examiner un invalide de guerre et dresser un rapport. Doit-on compter par vacations ou porter un chiffre global comme nous sommes autorisés à le faire depuis peu pour les accidents du travail ; on nous autorise pour chaque mémoire 80 fr. par expert.

Dr B.

Réponse.

Aux termes de l'article 44 du décret du 2 septembre 1919 (Agenda-Memento de 1921, page 228), il est alloué aux médecins experts pour l'ensemble des actes, convocations, examens, rapports et dépôts de rapports devant le Tribunal des Pensions, une somme fixe de 25 francs par pensionné examiné.

Péremption des frais de justice criminelle.

Prié par le juge d'instruction d'établir un rapport médical sur une tentative de meurtre commise dans les environs, j'ai adressé mes honoraires en même temps que le rapport, c'est-à-dire en juin 1920. Ne recevant rien, je les envoyai à nouveau en octobre dernier, et enfin en juillet dernier. A la suite de cet envoi, on m'adressa un mandat à signer, je le signai et retournai immédiatement, attendant le montant. L'autre jour, je reçus pour toute réponse, la lettre ci-jointe, m'informant de la péremption de mes honoraires.

Que dois-je faire devant une telle désinvolture ?

Dr D.

Réponse.

Il est, en effet, indiqué dans les règlements que les mémoires qui n'ont pas été présentés à la taxe du juge dans le délai d'une année à partir de l'époque à laquelle les frais ont été faits, ne peuvent être acquittés qu'autant que les retards ne sont point imputables à la partie dénommée dans l'exécutoire.

Cette justification ne peut être admise que par le Ministre de la Justice, après avis du procureur général.

Il y a lieu, par conséquent d'adresser, comme vous l'indique le commis-greffier, une demande au Ministre de la Justice, dans laquelle vous expliquerez que vous avez envoyé, en temps utile, et à plusieurs reprises, votre mémoire d'honoraires à qui de droit, et que, par suite, le retard ne provient pas de votre fait.

DOCUMENTS OFFICIELS

A L'OFFICIEL

Vacances de Directions de Bureaux d'Hygiène.

I

Aux termes du décret du 3 juillet 1905 portant réglementation des bureaux municipaux d'hygiène, les directeurs de ces bureaux doivent être nommés par les maires parmi les personnes reconnues aptes à raison de leurs titres par le conseil supérieur d'hygiène publique de France.

Conformément à cette disposition et aux prescriptions de la circulaire ministérielle du 21 mars 1906 destinées à en assurer l'application, la vacance de directeur du bureau municipal d'hygiène est déclarée ouverte pour la ville de Valence (Drôme).

Le traitement alloué est fixé à 8.000 fr. par an.

Les candidats ont un délai de vingt jours, à compter de la présente publication, pour adresser au ministère de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales, leurs demandes accompagnées de tous les titres, justifications ou références permettant d'apprécier leurs connaissances scientifiques et administratives, ainsi que la notoriété acquise par eux dans des services analogues, ou des fonctions antérieures. Cette candidature s'applique exclusivement au poste envisagé.

A la demande, doit être jointe une copie certifiée conforme des diplômes obtenus ; l'exposé des titres doit être aussi détaillé que possible et accompagné d'un exemplaire des ouvrages ou articles publiés. Les candidats peuvent, en outre, demander à être entendus par la commission du conseil supérieur d'hygiène.

(*J. O.*, 23 sept. 1921).

II

Le *Journal officiel* du 4 octobre 1921, publie la vacance de la Direction du Bureau d'hygiène de Villeurbanne (Rhône).

Le traitement alloué est fixé à 12.000 francs par an, avec interdiction de faire de la clientèle.

Tarif des déplacements pour les soins aux mutilés de guerre (*Suite*).

L'arrêté interministériel du 6 juin 1921 fixant le tarif des indemnités de déplacement auxquelles peuvent avoir droit les médecins appelés à donner des soins à domicile aux bénéficiaires de l'article 64 de la loi du 31 mars 1919 est complété comme suit :

....

....

2° Pour les déplacements par tous autres moyens, le tarif par kilomètre effectivement parcouru est le suivant :

1 fr. dans les départements ci-après : Aube, Aude, Charente-Inférieure, Eure-et-Loir, Gard, Hérault, Seine-et-Marne, Yonne.

1 fr. 25 dans les départements ci-après : Hautes-Alpes, Lozère.

1 fr. 50 dans les départements ci-après : Aisne, Ariège, Pas-de-Calais.

1 fr. pour la plaine et 1 fr. 50 pour la montagne, suivant la répartition des régions faite par arrêté préfectoral, dans le département ci-après : Alpes-Maritimes.

(27 septembre 1921.)

(*J. O.*, 28 septembre 1921.)

APHORISMES

La clientèle est composée de 5/10 d'*imbéciles* ; de 4/10 de *tardigrades* et de 1/10 d'*intelligents*. Ces derniers seuls s'adressent délibérément au médecin instruit ; la seconde catégorie s'adresse, indistinctement, au médecin tout court et la première catégorie constitue la clientèle du médecin roublard, de la *somnambu le*, du *rebouteur* et du *sorcier*. Pauvre humanité !

Ne demandez pas à un client la fidélité, non pas absolue, mais même relative, dont vous êtes, vous-même, incapable à l'égard d'un fournisseur dont vous n'avez jamais eu qu'à vous louer !

On est envié par les *petits*, calomnié par les *grands* et l'objet de l'indifférence des *imbéciles*. Au total, l'humanité est une bien drôle de chose !!

La logique exige qu'on mette la même intensité rigoureuse dans la haine que dans l'amitié.

Si, lorsqu'on est arrivé à un âge avancé, on jette un regard en arrière, et si l'on fait le total des *vilenies* et de *l'ingratitude* dont on a été victime, on devient presque fatalement un *misanthrope* convaincu, à moins d'avoir des raisons d'ordre religieux ou philosophique modifiant cet état

d'âme. Dans ce cas, on pardonne ou l'on tâche d'expliquer les défaillances humaines ataviques ou acquises.

L'homme *encyclopédique* n'est goûté que par l'élite intellectuelle de la société. L'homme au *livre unique*, c'est-à-dire qui a borné ses connaissances à une *spécialité*, est nécessairement plus brillant, s'il a la précaution de ne pas sortir de celle-ci, mais s'il a l'imprudence d'*excursionner* ailleurs, il passe facilement pour un ignorant. Comme la valeur de l'homme se mesure à la somme de ses connaissances, le premier est incontestablement supérieur à l'autre.

Le *réaliste primaire* use de l'*attaque brusquée* pour arriver à ses buts. Le *réaliste supérieur* y parvient par des moyens variés et appropriés aux circonstances et aussi à la nature des objectifs. Le *réaliste primaire* agit par mépris et ignorance de l'humanité et le *réaliste supérieur* consciemment, mais point par estime !

Les clientèles des professions libérales obéissent à des mouvements de flux et de reflux analogues au mouvement des vagues de la mer. Ce phénomène se remarque surtout dans les situations acquises par l'effort et non par la valeur, qui s'impose pour peu qu'elle soit secondée par la volonté raisonnée.

Dr Ed. Crouzel.
Le Buisson (Dordogne)

ANTHOLOGIE MÉDICALE

Sonnets Hippocratiques.

X

Le Charnier.

Très chère, dans le cirque, après le choc récent,
Vois des gladiateurs le tas qui s'amoncelle !
Regarde : le soleil qui, dans l'azur ruisselle,
Flambe, sur ce charnier, comme un brasier puissant.

Sur le sable rougi, qu'éclabousse le sang,
Leur armure d'airain, immobile, étincelle.
Dans leurs yeux, grands ouverts, leur rigide prunelle
Obstinément contemple un ciel éblouissant.

Or, sous leur peau qui gonfle, un lent poison circule...
Veux-tu ? Nous partirons avant le crépuscule :
Près de ces morts, ce soir, pourrait faiblir ton cœur.

Chauffés par le soleil, puis mouillés de rosée,
Ils pourraient, mon amour ! offusquer ta pudeur
Par d'infâmes relents de chair décomposée !

Dr Emile Junès,
Sfax (Tunisie).



RENOUVELLEMENT DES ABONNEMENTS

Pour éviter les frais de recouvrement nous prions nos abonnés de vouloir bien nous adresser le montant de leur abonnement, soit ***24 fr.***, par versement à notre compte de chèques postaux PARIS 167-95, versement qui peut être fait dans tous les bureaux de poste.

QUARANTE-TROISIÈME ANNÉE — N° 42 — DIMANCHE 16 OCTOBRE 1931

Fondé en 1879 par Auguste CÉZILLY
Rédigé et dirigé par H. JEANNE (1900-1914),

LE CONCOURS MÉDICAL

ORGANE HEBDOMADAIRE DES PRATICIENS
Groupés dans la Société « **Le CONCOURS MÉDICAL** » *et ses Filiales*

ADMINISTRATION & PUBLICITÉ
C. BOULANGER, ADMINISTRATEUR

ABONNEMENTS :

France	24 fr.
Etranger	28 »
Etudiants (*France*)	12 »
Le numéro	50 cent.

Chèques Postaux Paris 167-95

DIRECTION
MM. les Drs A. GASSOT, *Directeur*; A. MAURAT; H. CEZILLY; J. NOIR; P. BOUDIN docteur en droit; M. VIMONT; G. DUCHESNE.
MM. P. CEZILLY, J. DUMESNY, licenciés en droit; C. BOULANGER.

RÉDACTION
Dr J. NOIR, RÉDACTEUR EN CHEF
Drs P. LACROIX et G. DUCHESNE
SECRÉTAIRES DE LA RÉDACTION
N.-B. — Les manuscrits publiés ou non, ne sont pas rendus.

Rédaction et Administration : 132, rue du Faubourg St-Denis, PARIS (10e). Téléphone : Nord 48-17

Quarante-troisième année. N° 42 16 Octobre 1921.

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN



SOMMAIRE

Office de Renseignements du « Concours »

DON. — Nous avons reçu à titre de don à la Société civile du *Concours-Médical*, de M. le Dr Fouillout-Buyat, de Saint-Geoire-en-Valdaine (Isère), la somme de dix francs, pour bons offices du journal.

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum, aux* **« demandes et offres ».**

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne, qui est versé dans la caisse de la Société civile du **Concours Médical).** *Adresser un mandat ou mieux verser au compte de chèques postaux,* **Concours Médical**, *Paris 167-95.*

Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse.**

No 488. — Centre. Grande ville. Cabinet de physioth., appareils, mobilier, bail prorogé, frais minimes, bonne clientèle, affaire intéres. départ cause de santé.

No 489. — A vendre, cause double emploi très confortable coupé conduite intérieure, 3 places, Clément-Bayard, modèle taxi. Peinture de luxe neuve, mécanisme revu en parfait état. Pneus très bon état, envoi photo sur demande. Prix avantageux. Dr Mercier, Montmirail (Marne).

No 490. — A vendre Torpédo Renault, 2 cyl. 9 HP, carburateur Solex, 2 pl. et spider. Voiture robuste économ. confort. très bon état de marche : 6.800 fr. S'adresser Feytout, 19, avenue République, à Courbevoie (Seine).

No 491. — Docteur désire acheter villa de rapport sur la Côte-d'Azur ((à Juan-les-Pins, Golf Juan, Beaulieu, Saint-Maxime, Hyères, de préférence), à louer par étages, meublée, confort moderne occasion, si possible.

No 492. — Infirmière de 20 à 30 ans est demandée pour clinique chirurgicale.

No 493. — Occasion à profiter de suite : grosse quantité créosote légèrement colorée, marque Lipter, prix très avantageux.

No 494. — Bourgogne, cause décès membre famille, à céder poste 4.000 fr. avec fixes. Indemnité 15.000 fr., pharmacie comprise.

No 495. — Docteur demande table d'examen d'occasion.

No 496. — On demande, visiteur du corps médical, médecin de préférence, pour produits anciens et connus. Ecrire avec références et prétentions.

No 497. — Doctoresse, 40 ans, cherche place dans clinique ou sanatorium, comme médecin, interne ou directrice.

No 498. — A vendre, suite décès d'un médecin, grande propriété dans centre de Beauvais, composée de 2 corps de bâtiments, avec cour, jardin, écurie, remise, deux entrées, libre de suite. S'adresser à Me Jouan, notaire à Beauvais (Oise).

No 499. — Très grande ville du sud-est. Polyclinique, très gros chiffre d'affaires, situation exceptionnelle. S'adresser à Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris.

No 500. — Cabinet de physiothérapie à céder dans très grande ville. Très nombreux matériel. Belle installation. Produit en progression. S'adresser à Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris.

Les Laboratoires Emile LOGEAIS, 37, avenue Marceau, à Paris, mettent les :
GLOBULES TŒNIAFUGES de SECRETAN
à la disposition de MM. les Docteurs pour leurs essais cliniques.

CORRESPONDANCE

Recours contre le refus d'une pension militaire.

En 1919, j'avais fait une demande pour passer une visite médicale en vue de l'obtention d'une pension.

Ayant eu une violente discussion avec le médecin de la commission, espérant une guérison complète, je renonçai à passer l'examen médical.

Lorsqu'on me présenta à signer la décision ministérielle prise, me refusant naturellement toute pension, je refusai de la signer.

Je reçus la lettre ci-jointe et ai l'intention de réclamer contre la décision ministérielle, conformément aux articles 35 et 36 de la loi du 31 mars 1919 et article 12, s'il y a lieu.

Dans quelle forme puis-je faire cette réclamation ?

Dr X.

Réponse.

La décision ministérielle qui vous a refusé une pension est susceptible de recours, dans le délai de six mois à dater de la notification, devant le Tribunal départemental des pensions.

Le tribunal est saisi, aux termes de l'article 38 de la loi du 31 mars 1919, par l'envoi d'une lettre recommandée adressée au greffier.

Il vous suffit donc, actuellement, d'envoyer une lettre recommandée, dont nous vous conseillons de garder copie, au greffier du tribunal des pensions, qui est le greffier du tribunal civil du chef-lieu du département, au Palais de justice.

Vous serez ensuite convoqué par le président du Tribunal des pensions, dans son cabinet, pour une tentative de conciliation avec le représentant du ministre. Vous pourrez vous faire assister, à cette conciliation, d'un médecin, et d'un avocat ou d'un avoué.

En cas de non conciliation, vous serez cité par lettre recommandée devant le tribunal des pensions, au moins huit jours à l'avance.

Accident survenu à un employé au cours d'un déplacement.

Je vous serais très reconnaissant de bien vouloir me donner votre avis sur le cas suivant :

Je soigne un employé des Pompes funèbres qui, revenant d'une mise en bière à 7 km. de chez lui, s'est fracturé le col du fémur en tombant de sa bicyclette.

Cet homme tient un commerce et de plus fait les mises en bière, pour lesquelles il reçoit une prime variable selon le déplacement. Commandé pour deux mises en bière, l'une à 19 heures, l'autre à 21 h.

éloignée de la première de 7 km., il prend sa bicyclette afin d'être exact. L'accident a lieu à son retour à 3 km. de chez lui.

Je pense qu'il doit être considéré comme un accident du travail et que son cas est différent de celui de l'ouvrier blessé en revenant de son usine.

Dr M.

Réponse.

Nous pensons comme vous que l'accident survenu à l'employé des pompes funèbres au cours du déplacement qui lui avait été commandé pour deux mises en bières éloignées, alors qu'il reçoit pour ce travail une prime variable selon le déplacement, doit être garanti par la loi sur les accidents du travail, et mis par suite à la charge de l'administration des Pompres Funèbres, son employeur.

Le cas n'est pas du tout le même, en effet, que celui d'un ouvrier qui se rend de son domicile au lieu de son travail, ou vice-versa. Ce dernier ne se trouve pas, pendant le parcours, dans l'exercice de son travail professionnel.

Au contraire, l'employé en question s'y trouvait bien, puisqu'il exécutait un ordre et qu'il recevait à cet effet une rémunération dont le déplacement qu'il avait à effectuer constituait un élément de fixation.

Un arrêt de la Cour de Cassation, Chambre civile, du 15 juin 1911 (Recueil du Ministère du Travail, XIV, 281) décide que « doit être considéré comme survenu à l'heure et au lieu du travail tout accident arrivé là où l'ouvrier ou l'employé exécute, pour les besoins de l'entreprise, un ordre de son maître. »

L'ordre qu'avait reçu l'employé était, en l'espèce, de se rendre à tel endroit, puis à tel autre et il était, pendant tout son parcours, dans l'accomplissement de la mission qu'il avait reçue. Il n'en est pas ainsi de l'ouvrier qui va à l'usine ou en revient. Le patron ne s'inquiète pas de savoir, comme pour l'employé en question, quel trajet il a à parcourir et son salaire est le même s'il demeure à quelques pas de l'usine que s'il demeure à plusieurs kilomètres.

Le fait que l'employé a fait le trajet en bicyclette ne saurait, à notre sens, modifier son droit à l'indemnisation de l'accident. Il ne l'a fait que pour gagner du temps et pressé par le désir d'être exact. La bicyclette, au surplus, ne saurait être considérée comme un mode de locomotion dangereux, dont l'emploi puisse faire taxer celui qui en fait usage d'imprudence, et lui faire perdre, même partiellement, le bénéfice de la loi.

Application du Tarif Breton.

La Compagnie la P. a-t-elle raison en réduisant comme elle le fait la note ci-jointe

Il s'agit d'un ouvrier dont l'extrémité du médius et de l'annulaire avait été écrasé (plaies contuses avec destruction des phalangettes), accident ayant entraîné une incapacité permanente partielle de 8 %.

Il me semble bien qu'il ne s'agissait pas ici de plaies très superficielles.

Vous me feriez plaisir de me donner votre avis motivé. Dr A.

Réponse.

L'interprétation de la Compagnie d'assurances est complètement erronée, et c'est vous qui êtes dans le vrai.

L'article 17 dit, en effet, que les pansements multiples sont dus lorsqu'ils ont été faits sur un même segment de membre ou sur une partie du corps très voisine (autre que doigts et orteils en cas de plaies très superficielles). Il faut entendre par là, de toute évidence, puisqu'il y a une double exception à la règle générale, que c'est seulement lorsque les pansements ont intéressé des plaies très superficielles qu'ils ne peuvent être comptés s'ils ont été faits aux doigts (d'une même main, évidemment).

Donc, dans votre espèce, puisqu'il s'agissait de doigts écrasés (plaies contuses avec destruction des phalangettes) et qu'on ne peut soutenir que c'étaient là des plaies très superficielles, l'honoraire de 15 francs (11,25 en 2e catégorie) vous est certainement dû.

Impôt général sur le revenu et impôt sur les bénéfices professionnels.

Abonné depuis 15 ans, à votre aimable journal que, quelquefois, je n'ai malheureusement pas toujours, à regret, le temps de lire, je viens vous demander le renseignement suivant :

Je reçois, à propos de ma « déclaration d'impôt sur le revenu » pour 1920, une note du percepteur se montant à 170 fr. 44.

J'avais fait la déclatation suivante :

Total de tous mes revenus de : 17.350 fr.

Je portais en déduction :

Impositions :	155 39.
Frais d'auto, bicyclette, téléphone, etc., frais professionnels ..	6.330 »
Je suis marié..................	3.000 »
1 enfant mineur.............	2.000 »
Déduction d'office............	6.000 »
Total..........	17.485 39

Je ne croyais pas être imposable. Je vous serais reconnaissant de vouloir bien me dire si je me suis trompé et si la somme de 170 fr. 44 réclamée est exigible.

En résumé : j'ai déclaré 17.350 fr., revenu total. Je suis marié ; j'ai un enfant mineur.

Comme frais professionnels j'ai : 6.330 auto, 155,39 impôts payés. Il me semble que ces derniers frais doivent entrer également dans la déduction.

Dr X.

Réponse.

D'après les éléments rappelés dans votre lettre, puisque tous vos revenus nets n'atteignaient pas 11.000 francs, que vous êtes marié et avez un enfant (d'où déduction de 3.000 et de 2.000 fr.) et qu'en outre vous êtes exonéré, comme tout contribuable, à concurrence de 6.000 fr., vous ne devez en effet aucun impôt général sur le revenu.

Mais il n'en est pas de même en ce qui concerne l'impôt cédulaire sur les bénéfices des professions non commerciales.

Sur ces bénéfices, en effet, dont vous ne nous indiquez pas l'importance dans le total de vos revenus, vous ne bénéficiez, habitant une localité de moins de 50.000 habitants, que d'une exonération de 4.000 francs, plus moitié de la fraction comprise entre cette somme et 8.000 fr., soit au maximum 6.000 francs.

Si donc vos bénéfices médicaux nets sont supérieurs à 4.000 francs, vous devez l'impôt cédulaire au taux de 6 pour cent, en tenant compte, comme nous venons de le dire, de la réduction de moitié de 4.000 à 8.000. Sur la somme imposable ainsi calculée, l'impôt est établi au taux de 6 %.

Ayant un enfant mineur et un revenu total, défalcation faite pour déduction et charges de famille, non supérieur à 10.000 fr., vous avez encore droit, sur l'impôt ainsi calculé à une réduction de 7,50 %.

Mutualité Familiale.

Je ne comprends pas bien ce qui a été publié dans le dernier numéro sur la combinaison 1/2 MAD. Le limite d'âge est 45 ans ; or, je vais avoir 45 ans à la fin de ce mois d'octobre, est-ce que je ne vais pas pouvoir y entrer ? Vous dites que la dernière séance d'admission a eu lieu fin septembre.

Dr G.

Réponse.

Le Conseil a décidé de reporter la dernière séance d'admission pour 1/2 MAD à fin décembre. Donc vous pourrez vous faire admettre.

Une erreur d'impression a d'ailleurs rendu incompréhensible ce qui a été écrit : il est bien certain que, la limite d'admission étant 45 ans, ce sont les seuls confrères nés *depuis* le 1er janvier 1876 qui peuvent être admis.

Quant à ceux qui sont nés en 1877, ils ont encore devant eux toute l'année 1922 puisque l'âge d'entrée est l'âge que le sociétaire a eu ou aura dans l'année de son admission.

A. G.

(*Voir la suite page XXXI-2861*)

AVIS

Les Assemblées Générales Annuelles de la Mutualité Familiale du Corps Médical français, du Sou Médical et de la Société Civile du Concours Médical sont fixées au dimanche 20 novembre 1921.

Le lieu, l'horaire et l'ordre du jour de chacune d'elles seront publiés ultérieurement.

La journée se terminera, selon la tradition, par un banquet confraternel, à la suite duquel sera jouée une *Revue*, de notre collègue Gaston Duchesne, avec le concours d'artistes des théâtres et concerts de Paris, et de confrères, membres de l'Orchestre Médical.

PROPOS DU JOUR

Pour notre beau pays de France.

Nous avons été émus, comme beaucoup d'autres, en recevant la brochure du Syndicat d'initiative *français* de Wiesbaden et des pays rhénans. Un syndicat *français* (ou se disant tel) faisant à l'heure actuelle de la propagande en France en faveur de la Rhénanie allemande, cela nous paraît si étrange, que nous nous refusons à comprendre. Nous soupçonnons là un de ces camouflages où nos voisins d'outre-Rhin sont passés maîtres. Ils ont le droit (nous concéderons le devoir) de vanter les richesses de leur pays, mais ils auraient pu s'épargner de se parer des plumes du coq gaulois. Nous ne pensons pas qu'ils en tireront profit.

Cette « manifestation » nous a valu beaucoup de lettres où l'on discute, non la valeur, mais l'installation de nos stations balnéaires et climatiques, où, ce qui est plus dangereux, l'on établit un peu à tort et à travers un parallèle entre elles et leurs rivales allemandes et où l'on critique, souvent sans discernement, notre industrie hôtelière. Nous avons vu, au cours de cette sorte de discussion, se réveiller notre vieille mentalité d'avant-guerre, mentalité que nous qualifierons de chauvins vaincus, mentalité assez paradoxale où, à un orgueil nationaliste parfois démesuré, se joint un esprit de dénigrement systématique de tout ce qui existe chez nous.

Essayons de mettre les choses au point. Certes, tout est loin d'être parfait dans notre pays, mais s'il y a encore beaucoup à faire, il est facile d'y constater d'énormes progrès et nous pouvons affirmer en toute sincérité, sans être démentis par les étrangers, que c'est encore en France que la vie est la plus douce et le pays le plus beau.

Nous nous souvenons d'avoir, pendant la guerre, voyagé en express avec un Américain du Far West. Et, comme nous contemplions la campagne à travers les vitres de la portière, mauvais moyen cependant pour apprécier les sites, l homme des Prairies nous dit avec une admiration et une sincérité presque enfantines : « Monsieur, petite la France ! mais si jolie ! »

***

Pour bien apprécier, il faut connaître.

Nous avons eu, nous aussi, la manie des voyages, même des voyages à l'étranger. A diverses reprises nous avons parcouru l'Italie, séjourné en Suisse, franchi les gorges du Tyrol, traversé un coin de l'Allemagne, visité la Belgique et la Hollande, nous nous sommes plus aux îles anglo-normandes et avons vécu quelques jours à Londres. Partout nous avons admiré des richesses artistiques, des villes somptueuses, des prodiges du génie humain et des merveilles de la nature.]

Jamais nous n'avons pu nous défendre, en revenant en France, d'une douce émotion. Nos campagnes pouvaient être moins étrangement pittoresques, nos villes moins encombrées de monuments et de souvenirs du passé, nos fleuves moins larges, nos hôtels d'allure moins colossale, mais nous y trouvions l'harmonie, le goût, la mesure, la grâce, la bonne cuisine, les bons vins, tout ce qui fait le plai-

sir de vivre et nous pensions comme l'Américain : Petite la France, mais si jolie !

***

Pour bien apprécier la France, il faut séjourner dans chacune de ses provinces ou les parcourir à petites journées. Nos grands-pères le faisaient avant l'époque des chemins de fer. Il y a un siècle, le tour de France était à la mode ; on le pratiquait parfois à pied, souvent en diligence, plus rarement à cheval comme au temps de Froissart, et l'on pouvait alors bien connaître et admirer le pays. La période des express a été pour notre vieille Gaule une époque maudite. L'herbe a poussé sur nos grandes routes et les Français, de plus en plus pressés en voyageant, ont fini par ignorer le charme de leur Patrie. La bicyclette, puis l'automobile, ont remis les vrais voyages d'exploration en honneur ; le touring s'est développé et peu à peu, en été, nous avons vu ressusciter et grandir la vie rurale qui paraissait morte à jamais, il y a un quart de siècle à peine.

D'heureuses et prospères institutions, et en première ligne le Touring-Club de France, sont venus stimuler l'industrie hôtelière, indiquer les beautés naturelles et monumentales du plus petit coin du pays, améliorer routes et chemins, stimuler la curiosité des touristes. Nous qui avions jadis traversé plusieurs de nos provinces, nous avons séjourné dans beaucoup de nos villes, grandes et petites, au cours de ces dernières vacances, il nous a été donné de mesurer le chemin parcouru depuis 10 ou 15 ans, malgré la tragique période de la grande guerre de quatre ans.

***

Parti en automobile, nous avons, avec une sage lenteur, traversé l'Ile de-France, la Bourgogne, gravi les hauteurs du Beaujolais, descendu dans le Lyonnais et la vallée du Rhône, franchi les Cévennes, côtoyé le Tarn dans ses gorges, gagné au travers du Languedoc, en passant au-dessus de la Montagne Noire, la région pyrénéenne. Après un repos à Luchon, une visite à Toulouse, à Cahors, à Rocamadour et Padirac, nous avons traversé le col du Lioran, suivi la vallée de l'Allier, atteint Blois, en passant par Bourges, et revenu à Paris par Orléans et Etampes. Nous pouvons affirmer que nous avons traversé une bonne partie de la France et, comme nous ne disposions que de moyens modestes, que, malgré cela, nous étions habitués à la vie parisienne qui suppose un certain confort, nous avons pu apprécier en toute connaissance de cause où en est aujourd'hui l'industrie hôtelière, et juger si la France est plus hospitalière. Eh bien ! nous pouvons affirmer que des progrès considérables ont été accomplis, surtout en ce qui concerne l'hygiène.

Presque partout nous avons trouvé à prix raisonnable, des chambres propres et modernement agencées ; partout des water-closets abordables, munis de chasse d'eau, sont installés, même dans les gorges du Tarn ; aucune part, malgré la chaleur, nous n'avons été incommodés par des parasites, si fréquents jadis, et qu'il nous est arrivé de rencontrer, il y a quelque quinze ans, dans les pal[illegible] ces [illegible]s-mopolites de grandes villes étrangères.

Nous ne parlerons pas de la cuisine, la France a conservé ses traditions et est restée sans rivale. Notre pays est le seul où l'on sait flatter le goût sans fatiguer l'estomac, comme nos vins sont les seuls qui peuvent égayer sans donner la migraine.

Au cours de notre voyage, nous avons traversé plusieurs stations balnéaires : Luchon, Royat, Vichy, pour ne parler que des plus importantes. Là encore des progrès très sérieux ont été réalisés et il serait injuste de ne pas souligner ces efforts. Luchon, dont le site est un des plus beaux du monde, a la prétention de devenir (comme Vichy, Royat et d'autres), une des stations de cure les mieux outillées, les mieux organisées. Tout n'est pas parfait partout, nous en convenons et nous reviendrons avant peu sur les améliorations qu'il conviendrait de réaliser dans nos nombreuses villes d'eaux, et cela avec une documentation précise, — mais partout s'affirme le progrès.

***

D'où vient alors que des Français patriotes et sincères, des médecins avertis se plaignent et accusent notre industrie hôtelière et nos stations sanitaires de rester en arrière ?

C'est que parfois, dans leur amour jaloux de leur Patrie, ils voudraient que tout y fût parfait et que ce qu'ils excusent à l'étranger est pour eux insupportable en France.

C'est que, n'ayant vu au dehors que les stations luxueuses les plus réputées, ils comparent leurs agréments et leur organisation avec

ceux des stations françaises de bien moindre importance.

Wiesbaden, par exemple, dont on vante sans mesure l'attrait, est une ville de 100.000 âmes, qui fut longtemps la capitale d'un duché prospère. Les Kaisers en firent leur séjour favori. Elle bénéficia des avantages d'une grande ville riche et d'une station balnéaire impériale. N'allons pas la comparer à une de nos villes d'eaux du Plateau Central. Mais, si l'on veut à tout prix établir avec elle un parallèle, choisissons par exemple Nice, grande ville et station sanitaire, alors la comparaison plus exacte sera infiniment moins à notre désavantage.

Si nous voulons bien réfléchir, nous constaterons que, depuis un quart de siècle, les stations sanitaires françaises ont pris un essor prodigieux. De Dunkerque à Hendaye et de Banyuls à Menton, il n'est pas cent mètres de plage, ni une échancrure de falaise qui ne se soient transformés en stations balnéaires, pourvues de villas et d'hôtels. Le moindre bourg du Plateau Central, des Vosges et du Jura, les plus petits villages de nos régions alpestres et pyrénéennes sont devenus des stations climatiques. Partout on villégiature. Nous avons pu admirer la simple, mais intelligente installation du petit hôpital de Tramayes, bourg très haut perché en Beaujolais et non loin de Cluny, où notre confrère, le Dr Patet, maire de la localité, a installé des chambres pour cure d'air qu'apprécient fort les habitants de Mâcon, la ville la plus voisine.

Faisons l'inventaire de nos villes d'eaux ; la gamme de leur minéralisation est infinie et leur nombre dépasse de beaucoup la centaine. Pourquoi reprocher à ceux qui les exploitent de ne pouvoir réunir pour les développer des capitaux aussi importants que ceux consacrés par des nations, jadis économiquement plus prospères que la France, à l'outillage ou l'embellissement d'une demi-douzaine, tout au plus, de stations thermales.

Soyons justes. Apprécions à leur prix nos richesses naturelles ; elles sont sans rivales.

Ne soyons pas trop sévères pour nos stations, pour nos hôteliers ; ne nions pas le progrès, il est considérable. Le discuter serait décourager ceux qui l'ont, parfois onéreusement, accompli.

N'envions pas l'étranger ni ses Palaces, il en est, hélas ! déjà trop chez nous. Le Palace, c'est le mauvais goût international, c'est la cuisine sans délicatesse et sans saveur, c'est le luxe cosmopolite sans pittoresque, c'est souvant l'exploitation sous le couvert de l'anonymat, c'est le colossal qui dans notre France, toute de mesure, de charme, de grâce et d'harmonie, engendre la laideur.

Seigneur ! Seigneur ! préservez-nous de Palaces. J. Noir.

PARTIE SCIENTIFIQUE

GYNÉCOLOGIE

De quelques troubles rhino-pharyngés, laryngés et otitiques en rapport avec l'état génital de la femme,

Par Paul Dalché,
Médecin de l'Hôtel-Dieu.
et
M. Labernadie.

I

Considérations générales

Les relations physio-pathologiques qui unissent certains syndromes utéro-ovariens aux manifestations nasales pharyngées et otitiques méritent d'être mentionnées. Elles sont, en général, mal connues, parce qu'on n'invoque pas le lien indispensable qui doit rester à la base de toute clinique, la pathologie générale.

Quelle que soit la branche dans laquelle il exerce son activité scientifique, un spécialiste doit être surtout et avant tout un clinicien, il doit savoir que des états locaux peuvent donner naissance à des troubles à distance, et qu'il importe de les connaître pour bien établir un diagnostic et un traitement.

Avant d'en aborder l'étude et pour faciliter notre exposé, nous essayerons de préciser le siège de ces troubles par un aperçu anatomique succinct.

Les *cavités aériennes* qui constituent les *premières voies respiratoires des voies respiratoires supérieures*, commencent au niveau de l'*orifice des narines*, se continuent par les *fosses nasales* et le *pharynx*, et se terminent au niveau du carrefour des voies aériennes et digestives par le larynx et la *trachée*.

L'*auvent nasal*, qui forme un dôme plus ou moins proéminent suivant les sujets, a une armature os-

seuse et cartilagineuse, et à la partie inférieure existent *deux* ouvertures accolées en canons de fusil (orifice des narines). La prise d'air se fait donc par *deux orifices* : la voie aérienne est *double* dans son trajet nasal, elle devient *simple* à la sortie des *choanes* (orifice postérieur des fosses nasales) c'est-à-dire dans le *pharynx*.

Des expansions osseuses de l'ethmoïde (cornet supérieur et cornet moyen) et un os indépendant (le cornet inférieur) transforment les fosses nasales en une série de *saillies* et *cavités* secondaires ou méats, et ces saillies et ces dépressions sont tapissées par une muqueuse, qui offre cette caractéristique d'être *riche en vaisseaux et érectile* ; et c'est surtout à son niveau que nous noterons les modifications physiopathologiques gouvernées par les affections à distance qui nous intéressent.

En arrière des fosses nasales et lui faisant suite, le pharynx, divisé en deux étages : le *pharyx nasal* qui correspond en avant à l'ouverture des choanes, n'est accessible à la vue que par les méthodes d'endoscopie, et le *pharynx buccal*, visible lorsqu'on fait ouvrir la bouche. Celui-ci se continue à sa partie inférieure par l'œsophage ; en avant de lui se trouve le *larynx*, cet endroit de bifurcation est le carrefour des voies aériennes et digestives.

La muqueuse du pharynx fait suite à celle qui tapisse les fosses nasales, elle n'a pas les mêmes caractères de turgescence, mais elle est, comme la première, riche en *glandes* De plus, on rencontre dans cette cavité des amas de follicules lymphoïdes groupés en certains points et formant des amygdales (amygdale pharyngée, amygdales tubaires, dans le pharynx nasal, amygdales palatines dans le pharynx buccal).

Sur les faces externes du pharynx viennent déboucher les *trompes d'Eustache* qui relient les voies aériennes supérieures aux cavités de l'oreille moyenne.

Nous voyons par ce rapide exposé que le nez, le pharynx, le larynx et l'oreille sont en relation de continuité, et si l'étude clinique des troubles locaux forme un ensemble, nous allons voir maintenant que chacun d'eux peut être influencé par les variations physiologiques et pathologiques de l'appareil utéro-ovarien.

II

Nez

A. — Epistaxis. Parmi les manifestations d'origine génitale, celle que l'on rencontre le plus fréquemment c'est l'*épistaxis*.

Delacour, dans la « Semaine gynécologique » (1913), a donné une étude très documentée de cette affection, et précisé l'action des troubles utéro-ovariens sur les voies respiratoires supérieures : nous essayerons de la compléter, en nous inspirant souvent de son travail.

Et d'abord, nous distinguerons l'*Epistaxis* aux trois périodes de l'état génital de la femme.

1° A la *puberté* ;
2° Au cours de la vie génitale ;
3° A la *ménopause*.

a) *Puberté*. A la puberté, la muqueuse nasale subit l'influence de la congestion utéro-ovarienne, en même temps qu'apparaît l'acné du nez et du front. La fluxion de la pituitaire entraîne des poussées de coryza avec éternuement, et Moure écrit que l'épistaxis spontanée est un accident fréquent de la puberté.

L'hypertension pubérale contribue à favoriser la poussée fluxionnaire à laquelle l'hémorrhagie apporte une détente. Déjà nous voyons qu'il est des épistaxis à respecter, d'autres qui ne demandent pas une médication par des hypertenseurs et des vasoconstricteurs, capables d'exagérer les accidents.

Cette affection se rencontre surtout chez des jeunes filles dysovariques dont les règles sont retardées.

b) *Vie génitale*. Au cours de toute la vie génitale, comme à la puberté, nous observons des épistaxis qui se manifestent à la façon de *règles déviées ou supplémentaires*. Leur pathogénie n'est pas alors toujours la même, et nous devons en étudier les différences pour y trouver des indications de traitement.

Nous pouvons parfois invoquer l'antique *pléthore*, dans ces cas où le refoulement d'un flux supprimé paraît diriger le sang vers des organes qui se fluxionnent mensuellemeat, et le nez est un de ceux qui subissent le plus l'influence du molimen cataménial, mais quand la suppléance survient en même temps que des règles très abondantes, il faut interpréter les accidents d'une manière qui n'accuse pas la rétention du sang et la surcharge vasculaire.

Empoisonnement par un flux menstruel qui ne trouve plus son issue naturelle, métastases, hémorrhagies névropathiques, éréthisme réflexe, causant une perte anormale en un *locus minoris resistentiæ*, ne sauraient expliquer tous les phénomènes.

En effet, à la pléthore Émile Weil oppose des pertes qui rappelleraient plutôt l'*hémophilie*, sur des malades à antécédents hémorragipares personnels ou héréditaires dont les lésions sanguines sont caractérisées par le retard de la coagulation sanguine, l'accroissement prolongé du temps de saignement expérimental, la diminution et la rétractilité du caillot et l'augmentation de la cholémie sérique.

Ces altérations sanguines elles-mêmes peuvent être sous la dépendance de troubles endocriniens, *syndromes poly-glandulaires*, dysovariques, hypothyroïdiens, etc., qui retentissent sur les fonctions hématopoiétiques.

Il est probable aussi que dans certains cas complexes il existe une combinaison de ces divers facteurs.

Beaucoup d'épistaxis considérées comme purement fluxionnaires, que les règles soient supprimées ou que leur cours soit bien établi, relèvent d'une autre cause que la pléthore et nécessitent les thérapeutiques les plus diverses

L'épistaxis peut précéder la menstruation ou se produire pendant son écoulement.

Quand elle est *pré-menstruelle*, les signes du molimen se sont manifestés, ballonnement du ventre, douleurs abdominales, etc... l'épistaxis survient et quelques heures après les règles s'établissent. L'épistaxis est ici le symptôme prémonitoire de la poussée cataméniale.

L'épistaxis *qui accompagne les règles* est moins abondante.

c) *Ménopause*. Il faut distinguer la ménopause chirurgicale ou ménopause anticipée de la ménopause naturelle. Dans la ménopause chirurgicale, les poussées congestives se rencontrent à l'époque des règles absentes, mais elles ne constituent pas des règles déviées ou supplémentaires, puisqu'il n'y a plus possibilité de règles.

L'hyperhémie se manifeste d'abord par des crises hydrorrhéiques, du bouchage nasal, et lorsque la congestion est assez intense, l'épistaxis éclate. Elle est souvent l'analogue des bouffées de chaleur, des crises de sueur, des manifestations de l'instabilité vaso-motrice ; d'autrefois, elle reconnaît une origine endocrinienne. Dans la ménopause naturelle, où l'hypofonctionnement de l'ovaire est en cause, l'épistaxis prend alors franchement l'allure de règles déviées ou supplémentaires, tout en admettant d'autres pathogénies, dont une des plus habituelles est l'hypertension sévissant sur des artères scléreuses, athéromateuses, à parois altérées.

Parmi les *accidents utéro-ovariens*, nous voyons l'épistaxis survenir au cours de l'aménorrhée, de la dysménorrhée, des métrites, des ovarites surtout, au cours de toutes les affections susceptibles d'amener une perturbation dans les fonctions ovariennes.

d) *Origine anatomique de l'épistaxis*. En quel point des fosses nasales naissent les épistaxis, et quel est-ce point d'élection ? Elle a pour siège la cloison du nez, et l'hémorrhagie nasale est due à une rupture des fins capillaires de la muqueuse de cette cloison. Nous ne croyons pas qu'il survienne des hémorrhagies spontanées du cornet inférieur, celui-ci peut se gonfler, se congestionner, s'hypertrophier, mais il ne saigne pas.

C'est au niveau de la région antéro-inférieure de la cloison que se produit l'épistaxis, dans le territoire irrigué par la terminaison de l'artère ascendante de la cloison, branche interne de la sphéno-palatine, que Lermoyez appelle : l'artère de l'épistaxis.

Si l'on examine les fosses nasales chez une personne qui saigne du nez (à l'aide d'un miroir frontal et d'un spéculum nasi) on aperçoit soit une tache sanglante au point cité, entourée de petits caillots, soit un petit jet de sang saccadé dû à la rupture d'une artériole.

e) *Traitement*. Le traitement des épistaxis doit être *local* et *général*.

1° Le *traitement local*, au point de vue qui nous intéresse, ne doit intervenir que dans les cas d'épistaxis trop *abondantes*, ou trop *fréquentes*, car il est des épistaxis qu'il faut respecter, celles des scléreuses, celles de la ménopause, à la condition que la perte de sang ne soit pas trop grave, ni trop prolongée ; si la malade a une tendance à la syncope, si le pouls est petit, rapide, il ne faudra pas hésiter à arrêter le saignement.

Comment peut-on arrêter une épistaxis ? Plusieurs moyens nous sont offerts, les uns *mécaniques*, les autres *caustiques*.

Mécaniques. Le tampon imbibé d'une solution d'antipyrine à 1/10 ou d'eau oxygénée introduit dans la fosse nasale qui saigne ne réussit que dans les hémorrhagies légères. Le pincement des ailes du nez entre le pouce et l'index est simple, il réalise la compression temporaire, et permet d'attendre l'arrivée du spécialiste. Mais il existe un appareil qui rendra de grands services aux médecins isolés, ou qui exercent à la campagne, c'est le *ballon nasal hémostatique de* Georges Laurens. Ce ballon, en caoutchouc souple, comprend deux parties : le ballon proprement dit, long de 5 à 6 cm., terminé par un tube également en caoutchouc.

On l'introduit dans la fosse nasale au moyen d'un mandrin (stylet de trousse, garni d'ouate pour ne pas perforer le caoutchouc, ou une fine sonde cannelée), que l'on insinue dans la lumière du tube. Il doit être conduit d'avant en arrière, dans une direction absolument horizontale, et en rasant le plancher, de cette façon on ne craindra pas de faire fausse route.

Le ballon en place, retirer le mandrin et gonfler le ballon soit avec une poire en caoutchouc, soit avec la bouche jusqu'à ce qu'il soit enclavé et ne puisse s'échapper du nez. On ferme le tube avec une pince hémostatique, et on fait une ligature pour empêcher qu'il se dégonfle, on enlève ensuite la pince.

Si le sang continue à couler c'est que la distension est insuffisante, il faut gonfler davantage. On l'enlèvera au bout de 12 à 18 heures maximum, l'hémostase est faite.

Telle est la technique décrite par M. Georges Laurens ; elle est très efficace, mais dans certains cas, l'introduction du ballon sera rendue difficile par la présence d'une crête ou d'une malformation de la cloison, il vaudra mieux alors le placer sous le contrôle du miroir et du spéculum.

Le *pengawhar*, plante tropicale, dont l'emploi comme hémostatique a été surtout préconisé en rhinologie par Lubet-Barbon et Lermoyez, rend les plus grands services dans certaines épistaxis modérées.

Les touffes ou poils de cette fougère arborescente sont portés à l'aide d'une pince sur le point qui saigne, et elles favorisent la formation du caillot.

Enfin, le *tamponnement intérieur* des fosses nasales avec une mèche tassée d'arrière en avant, en accor-

◆◆

déon, donne une hémostase excellente, et il est très rare que l'on soit obligé de faire aujourd'hui le tamponnement antéro-postérieur, on n'aura recours à celui-ci qu'après l'échec de toutes les autres méthodes.

Pengawhar et mèche sont retirés au bout de 18 à 24 heures.

Caustiques. La cautérisation de la région qui saigne constitue le traitement idéal de l'épistaxis.

Celle-ci a pour but de détruire « le foyer vasculaire hémorrhagique en le transformant en tissu cicatriciel » (G. LAURENS).

On la pratique soit avec le galvano-cautère, soit avec une perle de nitrate d'argent ou mieux d'acide chromique, elle exige une certaine habitude des techniques rhinologiques.

La cautérisation doit être limitée au point où à la zone qui saigne, elle doit être assez profonde. Elle provoque une petite escharre qui est éliminée par mouchage au bout de 6 à 8 jours. Son expulsion est facilitée par des reniflements bi-quotidiens de pommade boriquée.

2° Le *traitement général* doit s'inspirer des causes de l'hémorrhagie, et l'on traitera la cause utéro-ovarienne s'il en existe, mais ce sera nécessaire d'éclairer, par un examen complet, la pathogénie de ces mouvements fluxionnaires.

f) *Indications générales de traitement.* Les épistaxis que nous devons traiter, diffèrent en effet, par leur pathogénie.

Une épistaxis fluxionnaire, chez une hypertensive, à plus forte raison chez une scléreuse ou une athéromateuse, traduisant une poussée sur la muqueuse, bénéficiera d'une médication par les piqûres de chlorhydrate d'émétine qui n'augmente jamais la pression, la diminue plutôt, et raccourcit le temps de la coagulation (E. WEIL).

Dans l'intervalle des accidents et pour les prévenir nous aurons recours aux hypotenseurs : trinitrine gui, nitrites, iodures.

Au contraire, l'épistaxis des hémophiles, ou des malades à tendance hémorragipare par dyscrasie sanguine, sera traitée par la gélatine, l'hémostyl, le chlorure de calcium. Contre l'écoulement lui-même, l'un de nous a essayé avec succès les tamponnements avec une solution de gélatine (5 ou 10 pour 100) et avec des tampons imprégnés de sérum animal.

En face des règles déviées ou supplémentaires, nous tenterons de rétablir le cours régulier du sang par les voies génitales, au moyen des pratiques hydrothérapiques, de la révulsion sur les membres inférieurs : mais c'est dans ces cas surtout que nous aurons recours à l'opothérapie ovarienne, thyroïdienne, en nous rappelant que parmi les endocrines, il en est d'hypertensives et d'autres hypotensives.

L'opothérapie hépatique trouve aussi ses indications, comme les préparations de fer, d'hémoglobine, d'arsenic.

B. — LES HYPERTROPHIES CONGESTIVES DU CORNET INFÉRIEUR.

Elles se traduisent par les symptômes suivants :

Gêne respiratoire nasale,
Céphalées, migraines.

On pourrait les confondre avec les hypertrophies du catarrhe nasal, mais si nous interrogeons la malade, elle se plaint de troubles menstruels, qui coïncident avec les poussées fluxionnaires de la muqueuse nasale.

Beaucoup de femmes sujettes à des céphalées et des migraines menstruelles en trouvent la cause dans le gonflement de la muqueuse et de l'orifice des sinus, qui favorise la tension et la turgescence de la cavité, en même temps qu'il empêche le libre écoulement des mucosités. Il existe à ce titre des céphalées frontales, ethmoïdales et sphénoïdales.

On peut beaucoup soulager ces malades par des cautérisations légères du cornet inférieur, mais celles-ci ne sont pas toujours efficaces, on y ajoutera des reniflements de sérum physiologique tiède.

Dans le cas de céphalée intense, on fera des attouchements du cornet moyen avec un pinceau de coton imbibé d'huile iodée à 5 % après cocaïnisation de la muqueuse (solution de cocaïne, adrénaline).

Chez les *dysménorrhéiques*, on obtient une sédation de la douleur par le simple badigeonnage à la cocaïne de points bien déterminés par FLIESS. Il en existe deux principaux : l'un est situé sur la *tête du cornet inférieur* ; l'autre sur le *tubercule de la cloison*.

Une cautérisation superficielle avec le galvano est parfois suffisante.

C. — LES TROUBLES DE L'ODORAT.

L'odorat, un peu arriéré chez l'enfant, se développe et s'affine à la puberté. Nous notons des perversions du sens olfactif pendant la grossesse ; à la ménopause, de l'*anosmie*.

La *cacosmie* se rencontre à la ménopause, mais il sera bon d'éliminer l'origine sinusienne (sinusites suppurées chroniques).

Le traitement local dans les anosmies et les cacosmies essentielles est à peu près inexistant. On sera limité à l'hygiène du nez (reniflements d'eau salée et pommade boriquée).

D. — ASTHME GÉNITAL ET HYDRORRHÉE NASALE.

Parmi les névroses nasales, l'asthme génital mérite une mention particulière.

Au *moment des règles*, et dans les jours qui les précèdent, les cornets se tuméfient, provoquant alors non seulement de la gène respiratoire, mais une crise d'asthme avec accès de suffocation. La face est congestionnée, la malade cherche sa respiration, la dyspnée est intense, il survient parfois une *débâcle hydrorrhéique* abondante, avec mouchage et expulsion de sécrétions aqueuses.

On observe ces crises au moment de la grossesse, mais elles se rencontrent surtout à la *ménopause*.

L'*asthme de la ménopause* est tenace et s'accompagne de crises d'étouffement, de migraines et de vertiges. Si l'on fait l'analyse des urines, on peut y trouver de l'albumine, cette recherche sera pratiquée.

D'autre part, l'hydrorrhée nasale n'est pas toujours isolée : en *même temps* qu'elle on observe de l'hydrorrhée utérine.

Le traitement local aura pour but, après examen des fosses nasales, de rétablir la perméabilité des voies respiratoires, s'il y a obstruction (ablation de polypes, de crête osseuse de la cloison). Si les voies sont libres, faire de petites cautérisations sur la muqueuse du cornet inférieur.

Quand l'hydrorrhée utérine existe, on recherchera par l'examen les troubles utéro-ovariens.

On ne négligera pas l'opothérapie ovarienne et thyroïdienne.

Cette thérapeutique ne sera pas seule efficace, il faudra lui adjoindre celle qu'on est accoutumé de prescrire pour les accès d'asthme en général (datura, etc.)

E. — Ozène et para-ozène.

L'ozène est plus fréquent chez la femme que chez l'homme, il débute à l'époque de la *puberté*.

Il se caractérise par l'*atrophie des cornets inférieurs*, la présence de *croûtes dans le nez*. L'atrophie intéresse la muqueuse et le squelette osseux (cornet inférieur) mais elle n'est pas limitée à la muqueuse nasale, elle touche aussi le pharynx (muqueuse *sèche*, *vernissée* par atrophie des glandes) et le *larynx*.

L'ozéneux répand une *mauvaise odeur* (punaisie), cette *odeur* n'est pas sentie par lui, mais par l'entourage (*cacosmie objective*), elle est due à la *stagnation* et à la fermentation des croûtes dans les fosses nasales. Elle s'exagère au moment des règles.

Supprimez les croûtes, vous enlevez l'odeur, mais l'atrophie subsiste.

Quelle est donc la cause de cette *atrophie* ? Est-elle *microbienne*, *dystrophique* ? L'étiologie est encore imprécise, mais il y a sans doute une relation entre certains ozènes et l'état génital.

D'ailleurs, l'ozène s'accompagne souvent de *troubles glandulaires* : *hypertrophie ou atrophie du corps thyroïde et des autres glandes à sécrétion interne*, ce qui permettrait de penser à une *dystrophie pluriglandulaire*.

L'ozène s'atténue spontanément à la *ménopause*.

A côté de l'ozène type, on observe souvent une variété atténuée ou voisine qui est : le para-ozène, très fréquent chez la femme. Il a comme principal symptôme : un *écoulement muqueux* ; les sécrétions sont blanches ou jaune clair, visqueuses, non odorantes, c'est une sorte de *leucorrhée nasale*, qui d'ailleurs va de pair le plus souvent avec une *leucorrhée vaginale*.

Si l'on examine le nez, la muqueuse est suintante, comme la muqueuse vaginale, elle est tapissée par des mucosités, il y a pas d'atrophie marquée des cornets, pas de croûtes. Ces sujets dégagent une odeur *fade*.

La muqueuse des sinus voisins (maxillaire, frontal, ethmoïdal, sphénoïdal) participe au processus sécrétoire, et la ponction, puis le lavage des sinus ramènent des mucosités. Ce ne sont cependant pas des suppurants, il y a là un *état dyscrasique*.

Le traitement local de l'ozène a pout but la suppression des croûtes et partant de l'odeur, si cette affection n'est pas curable, on peut en atténuer les inconvénients par une bonne *hygiène locale* qui consistera en nettoyage fréquent des fosses nasales par des badigeonnages de la muqueuse avec de l'huile iodée.

Les reniflements d'eau salée (7 pour 1000) et l'aspiration de pommades, les pulvérisations d'*huiles* (goménolée, résorcinée, mentholée) font disparaître et balayent les croûtes, et partant l'odeur.

Le traitement général devra s'inspirer de l'état de la malade, la *poudre de thyroïde* est à recommander, ce sont des sujets lymphatiques, pâles qu'il faudra tonifier.

III

Pharynx.

A) *Le tissu lymphoïde*. Le tissu lymphoïde subit des modifications au cours de l'évolution génitale. Ce tissu forme des îlots disposés et groupés autour de l'oro-pharynx, ce sont :

L'amygdale pharyngée (végétation adénoïde),
L'amygdale palatine,
L'amygdale linguale,
L'amygdale tubaire.

1° L'hypertrophie de l'amygdale pharyngée, qui constitue la végétation adénoïde est fréquente chez les enfants et les adolescents.

Au moment des menstrues, ces végétations subissent une augmentation de volume, passagère, due à la congestion, et l'on a signalé parfois de *petites hémorrhagies spontanées*. Celles-ci, en raison de leur localisation passent souvent inaperçues. La *migraine* est fréquente à ce moment et il existe aussi des bourdonnements d'oreille.

Il faudrait en tout cas s'abstenir de toute intervention au moment des règles, celles-ci passées, le curettage des végétations adénoïdes aura une heureuse influence sur le développement.

2° L'*amygdale linguale*, située à la base de la langue, est, de ce fait, plus accessible à l'examen.

Elle aussi a une vascularisation plus active au moment des régles, qui peut aboutir à l'état *variqueux* (ménopause), elle peut être le siège d'hémorrhagies supplémentaires.

Ces hémorrhagies sont importantes à connaître, elles permettront, en cherchant la cause, de préciser le lieu de l'hémorrhagie et d'éviter une erreur de diagnostic. Bien des *hémoptysies* ont été qualifiées

de tuberculeuses, qui prennent naissance au niveau de l'amygdale linguale congestionnée, et ne comportent qu'un pronostic des plus bénins.

3° Les *amygdales palatines*, sont aussi le siège de poussées congestives, que l'un de nous a appelées *les angines de la menstruation*.

Parmi celles-ci, la plus fréquente est l'*angine herpétique*.

« Ces angines, écrit Delacour, surviennent dans les jours qui précèdent les règles. Elles se manifestent brusquement, avec frisson et rapide élévation de la température. La femme se plaint de picotements dans la gorge, de douleur à la déglutition, de céphalalgie souvent intense, de courbature généralisée. Immédiatement avant ou pendant les règles, ou dans les jours qui suivent leur venue, apparaît une tuméfaction des amygdales, qui se recouvrent ainsi que le pharynx de *vésicules herpétiques*, les ganglions sous-maxillaires sont engorgés : *c'est l'angine herpétique menstruelle*.

Elle récidive pendant des années, puis disparaît soit spontanément, soit à la suite d'une grossesse, soit par régularisation de la fonction menstruelle.

On ne la signale pas à la ménopause.

De plus, ces angines peuvent se compliquer de *phlegmon ou d'abcès péri-amygdaliens*; d'autres fois, elles affectent une allure fugace, avec légère douleur à la déglutition qui disparaît au bout de quelques heures.

Lorsque l'angine se complique d'abcès, c'est l'infection microbienne surajoutée qui est en cause. : la virulence du germe s'exalte au moment des règles et la complication éclate.

B) *Traitement.* Le *traitement local* consistera pour les végétations adénoïdes en reniflements par chaque narine de pommades borico-résorcinée, goménolée ou camphrée, surtout dans les cas d'infection ou de catarrhe rhino-pharyngé.

Les bains de gorge, de préférence alcalins, seront prescrits dans les poussées d'angine, gargarismes au borate de soude (15/1000), benzoate de soude ou bicarbonate de soude ; on y joindra l'application de compresses chaudes sur la région latérale du cou, en cas de douleurs trop vives. Les analgésiques seront utilisés comme traitement par voie interne : aspirine, antypirine ou ses dérivés.

Nous préférons nous abstenir de badigeonnages, qui trop souvent favorisent l'ensemencement et traumatisent la muqueuse du voile et des piliers.

Et lorsque les végétations adénoïdes ou les amygdales seront hypertrophiées, on procédera au curettage des premières et au morcellement des secondes, en dehors de la période menstruelle.

Ces interventions ont pour but de faciliter le développement, et de ce fait, elles agissent sur celui de la fonction génitale.

On voit, à la suite des ces opérations, chez des jeunes filles anémiques et pâles, s'installer des *règles jusqu'alors absentes*, la santé se stabilise et s'affirme par un équilibre physique et physiologique.

IV

Larynx

A) *Congestions locales.* A la puberté, le larynx se développe, il s'accroît rapidement et il acquiert à ce moment ses dimensions à peu près définitives. Ces modifications entraînent des troubles de la voix : c'est la *mue*.

Comme dans le nez, il se produit de petites congestions locales, suivies parfois de petits *crachements de sang*, au moment des règles ou un peu avant celles-ci. Il faut se méfier de ces *hémoptysies*. On interroge la malade, on examine le larynx, et on trouve un état congestif qui permettra de situer la cause de l'hémoptysie.

Dans d'autres cas, la malade se plaint d'*enrouement* au moment des règles, celui-ci disparaît quelques jours après, il est dû à ces mêmes phénomènes fluxionnaires.

B) *Tuberculose laryngée.* De toutes les affections qui touchent le larynx, la tuberculose laryngée est celle qui est la plus influencée par l'évolution génitale, et parmi les étapes de celle-ci : la *grossesse* joue un rôle important.

L'état de grossesse constitue un élément d'aggravation de la tuberculose pulmonaire et laryngée.

Les statistiques nous donnent :

55 % de mortalité infantile ;
80 % de mortalité maternelle.

La grossesse peut évoluer jusqu'à terme, elle s'arrête parfois au 7e ou au 8e mois. La tuberculose du larynx est grave, parce qu'elle est rarement primitive, elle est presque toujours secondaire à une tuberculose pulmonaire.

Il faut cependant distinguer deux formes variables dans leur localisation et leur gravité.

Le siège des lésions, par ordre de fréquence peut être déterminé ainsi :

1° Région inter-aryténoïdienne,
2° Cordes vocales.
3° Épiglotte,
4° Aryténoïdes.

Ces lésions ne sont pas toujours isolées, elles se systématisent.

La *forme haute* de la tuberculose laryngée touche les aryténoïdes, l'épiglotte et l'articulation crico-aryténoïdienne, elle se manifeste par de l'œdème local, de l'infiltration des tissus sous-jacents (Doléris), puis par des ulcérations. Fonctionnellement, elle provoque une *dysphagie* intense.

Ulcération, œdème, dysphagie, forment la triade symptomatique de la tuberculose laryngée épiglotto-aryténoïdienne.

La dysphagie est un symptôme grave, parce qu'elle empêche le malade de s'alimenter et compromet

l'existence parfois plus que la lésion locale. D'autre part, la dysphagie diminue la résistance par la répétition de la douleur à chaque déglutition, et par le choc nerveux qu'elle engendre.

La *forme basse* ou glottique intéresse les cordes vocales et l'espace inter-aryténoïdien. Elle se signale par de l'*enrouement* et des ulcérations sur le bord libre des cordes, par de petites végétations inter-aryténoïdiennes. Ces lésions ne donnent pas de *dysphagie*, elles sont plus aisément curables.

Le traitement local est variable suivant le siège des lésions : dans la forme haute, la destruction des foyers infiltrés, par le galvano-cautère, l'exérèse avec une pince appropriée, sont d'excellents moyens pour lutter contre l'envahissement bacillaire. Les injections d'alcool dans le laryngé supérieur ou même la section de celui-ci agissent bien contre la dysphagie. Dans la forme basse, les insufflations de poudres calmantes, à base de morphine ou d'orthoforme, les vapeurs de chlorétone, ainsi que les badigeonnages à l'acide lactique joints au repos vocal absolu, donnent de bons résultats.

Le traitement général s'inspirera des règles d'hygiène préconisées dans la thérapeutique bacillaire : isolement, cure d'air, repos.

La fièvre hectique et la tachycardie sont chez ces malades des symptômes très alarmants et qui peuvent faire augurer l'échec de toute thérapeutique.

Si, chez une femme ayant à lutter contre une tuberculose en évolution, survient une grossesse, on peut donc préjuger des conditions aggravantes nées de cet état, et l'on ne saurait s'étonner du chiffre de la mortalité donné par les statistiques.

V

Appareil auditif

Nous ne voulons pas terminer cette étude sans parler de certains troubles auditifs, fréquemment signalés au cours de la vie génitale, ce sont :

Le *catarrhe tubaire* ;
Les *bourdonnements d'oreille* ;
Les *surdités de la ménopause*.

La congestion de la muqueuse nasale ne demeure pas localisée, elle s'étend en arrière à la muqueuse du pharynx, ainsi que nous l'avons vu, et elle provoque, soit par turgescence de la muqueuse de la trompe d'Eustache, soit par la fluxion de l'amygdale tubaire, une *obturation* plus ou moins *complète* de ce conduit.

Il s'ensuit que l'aération de la caisse du tympan se fait mal, puisque la trompe d'Eustache, conduit régulateur de pression, est obstrué. Il y a donc une rupture de l'équilibre de pression sur les deux faces du tympan, tandis que sur la face externe la pression atmosphérique agit normalement, sur la face interne, l'air raréfié de la caisse se trouve à une pression inférieure à la normale, le tympan va s'*enfoncer*, et nous aurons tous les symptômes du catarrhe tubaire : *surdité* avec ou sans *bourdonnements*, sensation d'oreille bouchée, de coton dans l'oreille, résonance anormale de la voix.

Ces troubles se manifestent surtout au moment des règles, pour disparaître ensuite ; mais si ces phénomènes congestifs périodiques viennent s'ajouter à un état catarrhal aigu ou subaigu de la muqueuse, la disparition de ceux-là n'entraîne pas la guérison, il persiste dans l'intervalle un trouble de l'audition.

A la *ménopause*, on constate fréquemment de la *surdité* et des *bourdonnements*, c'est le domaine de l'oreille interne qui paraît être le plus f équemment intéressé à cette période de la vie génitale, et l'on a observé parfois le syndrome de Ménière avec : surdité brusque, bourdonnements, vertige.

Il s'agit probablement de troubles circulatoires dus à l'hypofonctionnement des glandes endocrines.

Il faut dans ces cas examiner la tension de la malade, maxima et minima, rechercher les éléments, normaux et anormaux dans l'urine, et l'on y puisera les renseignements utiles au traitement. (On ne négligera pas la thérapeutique par les extraits pluriglandulaires associées aux iodures).

La « cimifuga racemosa » (Albert Robin) peut être ordonnée et a une action nette chez certaines malades.

Traitement hydro-minéral. — Le traitement hydro-minéral est assez délicat à instituer, car, s'il doit viser l'état général, il s'adresse encore à des troubles utérins et respiratoires à des âges différents.

Si l'utérine neuro-arthritique, éréthique, sera dirigée sur Néris ou Luxeuil, par exemple, celle qui a besoin d'une action à la fois légèrement stimulante et résolutive bénéficiera de Salies-de-Béarn ou de Biarritz. Saint-Sauveur relèvera la tonicité.

Une lymphatique ou une strumeuse, dont le nez encombré provoque des accidents multiples, ira à Luchon, Cauterêts, Challes ; l'asthmatique fluxionnaire obtiendra un grand soulagement d'une saison au Mont-Dore ; la ménopausique hypertendue, d'une saison à Royat.

Faut-il encore que l'action des eaux sulfurées sodiques, qui améliorent un catarrhe nasal entretenu et aggravé par les poussées menstruelles ne s'adresse pas à une hyperovarique congestive ou à une ménopausique hypertendue et artério-scléreuse.

Nous devons tenir compte d'une complexité dans l'étiologie et les symptômes qui nous fournit d'assez nombreuses contre-indications.

SOU MÉDICAL

Les membres du Sou médical sont instamment priés de bien vouloir régulariser leur situation en envoyant la cotisation de l'année 1921 au trésorier Dr Gassot, à Chevilly (Loiret).



MÉDECINE LÉGALE

Faculté de médecine de Paris: M. le Professeur agrégé Duvoir.

L'intoxication oxy-carbonée.

L'intoxication par l'oxyde de carbone est très rarement criminelle. On rapporte cependant le cas d'un homme qui aurait été ainsi tué, le tuyau du poêle de sa chambre ayant été bouché par une main homicide. A la vérité, un tel crime, qui est presque scientifique, est tout à fait exceptionnel.

Moins rare est l'homicide par suicide collectif. Il arrive, quelquefois, qu'un chef de famille, père, mère, décide de se suicider avec les siens par les émanations oxy-carbonées d'un réchaud de charbon. Si les enfants succombent et que le père ou la mère échappent à la mort, ils peuvent être poursuivis pour homicide.

Il serait possible de voir un homicide par le gaz d'éclairage. Une femme, qui avait obtenu un testament en sa faveur, fut poursuivie pour tentative criminelle de ce genre. On l'accusait d'avoir ouvert dans la chambre le bec de gaz qui avait causé l'intoxication oxy-carbonée. La preuve ne fut pas établie, d'ailleurs.

Si les tentatives criminelles par l'oxyde de carbone sont exceptionnelles, par contre les suicides à l'aide de cet agent sont fréquents, surtout chez les femmes. Le procédé banal consiste à allumer dans une chambre un réchaud à charbon de bois après avoir calfeutré toutes les ouvertures. D'autres désespérés ouvrent un robinet à gaz d'éclairage et attendent sur leur lit la mort, ou encore respirent le gaz par bouffées.

Non moins communes sont les intoxications accidentelles dues à l'oxyde de carbone. Dans bien des cas, l'enquête est menée, alors, par l'ingénieur ou l'architecte, conjointement avec le médecin légiste. A cette catégorie d'intoxications se rattachent les accidents provoqués par les appareils de chauffage.

Les vapeurs dues à la combustion du charbon sont un mélange qui comprend divers gaz, en particulier de l'acide carbonique et de l'oxyde de carbone, et des produits empyreumatiques. Ce sont ces derniers qui offrent ce que le public nomme l'« odeur de charbon, l'odeur d'oxyde de carbone ». En réalité, l'oxyde de carbone n'a pas d'odeur.

La combustion ordinaire du charbon donne 5 à 6 % d'oxyde de carbone, mais cette proportion varie avec les circonstances, les modes de chauffage. Le brasero, que nous voyons quelquefois dans les rues et aux terrasses des cafés, ne provoque pas d'intoxication quand il est à l'air libre. Dans les appartements, il en va autrement et les petits réchauds peuvent être dangereux. Cependant, dans certains pays (Italie, Espagne) où l'on a des moyens de chauffage rudimentaires et où l'on emploie beaucoup ces petits braseros, on note très peu d'intoxications. Cela tient à ce que généralement les portes et fenêtres des maisons ferment mal. En tout cas, en France, on a observé des intoxications oxy-carbonées par les réchauds en question. Ainsi, on a vu des blanchisseuses qui avaient laissé les réchauds dont elles se servent allumés, ou encore des individus qui avaient chauffé leurs chambres avec de la braise en combustion mise dans une cuvette, subir les atteintes de l'oxyde de carbone. On a observé également jadis des asphyxies par les chaufferettes de voitures. Les vieux fiacres d'autrefois utilisaient des chaufferettes garnies d'agglomérés dont la combustion dégageait de l'oxyde de carbone. Si bien que la Préfecture de police avait demandé que des tuyaux d'évacuation à l'extérieur soient mis à ces voitures. Les accidents étaient heureusement rares, grâce à la mauvaise fermeture qu'avaient ces véhicules. Pendant la guerre, on a rencontré des intoxications de ce genre dans des voitures d'ambulance, ou sous des tentes.

Le chauffage direct dans une cheminée donne très rarement des intoxications. Cela tient à ce que la plus grande partie des gaz — et aussi de la chaleur — s'échappe dans la cheminée. On voit des accidents avec les poêles, soit que le poêle tire mal, que la clef du tuyau d'échappement ne soit pas ouverte par exemple (d'où la prescription d'avoir des clefs qui, fermées, laissent encore un orifice libre), soit qu'il s'agisse de poêles à combustion lente.

Les appareils de chauffage à combustion lente sont très répandus, parce qu'ils sont économiques, brûlent peu et dégagent une grande chaleur. Ils ont un faible tirage et il en résulte que la cheminée, peu chauffée, tire mal elle-même, d'où la possibilité de refoulement d'une grande quantité d'oxyde de carbone dans la chambre. Le poêle, dit Choubersky, peut produire dans ces conditions des fuites ou du refoulement d'oxyde de carbone. Il a, d'autre part, les dangers du poêle mobile. C'est ainsi qu'on le transporte d'une pièce chauffée dans une pièce froide, sur une cheminée froide. Il y a appel de la cheminée chaude de gaz oxy-carboné qui viendra ainsi intoxiquer dans la pièce où il n'y a plus de poêle.

Les radiateurs à gaz avec tubes en terre réfractaire (type Kern) ont aussi provoqué des intoxications. Théoriquement et dans les conditions normales, ces appareils dégagent très peu d'oxyde de carbone, si peu que l'on a pensé qu'il était inutile de mettre des tuyaux de dégagement. Lorsque l'appareil fonctionne bien, en effet, l'oxyde de carbone est porté à une telle température qu'il est décomposé. Il est plus prudent toutefois d'y adapter un échappement des gaz

dans la cheminée. Un jour, dans un restaurant de nuit de Montmartre, deux personnes vinrent souper et prirent un cabinet particulier, chauffé avec un de ces petits radiateurs, sans tuyau d'échappement, qui jusqu'alors n'avait donné lieu à aucun incident. Le souper servi et terminé, le maître d'hôtel se retira discrètement. Une heure après, la nuit se terminant, il vint frapper à la porte du cabinet et n'ayant pas de réponse, il ouvrit. Le couple était étendu sur le canapé, la femme morte, l'homme râlant. Dans la pièce, le petit appareil continuait sa combustion. Bien que sa marche ait été normale pendant plusieurs années, il avait provoqué une intoxication oxy-carbonée double. Le couple avait, en effet, subi une asphyxie par ce gaz. Dans ce fait divers, un autre point intéressant pouvait être noté. L'attitude de l'homme et de la femme permettait de conclure que le rôle actif avait été dévolu à cette dernière. Or, vous savez que les efforts musculaires augmentent les oxydations, d'où l'infériorité de la femme dans cette lutte contre l'asphyxie oxy-carbonée. Et, effectivement, elle était morte alors que l'homme râlait encore.

Les calorifères à air chaud, dont les foyers dégagent beaucoup d'oxyde de carbone, sont susceptibles de provoquer des accidents, parfois. Dans d'autres circonstances, la cause de l'intoxication tient à une communication de deux cheminées, d'où la possibilité d'accidents, même dans une pièce sans feu. On connaît le cas observé dans un établissement scolaire installé dans une vieille bâtisse. Un matin, deux jeunes gens, qui habitaient la même chambre, y furent trouvés morts dans leur lit. On pensa d'abord à un double suicide, pour des raisons diverses. L'examen médico-légal conclut à une intoxication par l'oxyde de carbone. La chambre n'avait pas de feu. On fit une enquête et l'on apprit que du feu était fait dans une seule pièce, la salle d'études. On constata une fissure de communication entre la cheminée du poêle allumé et la chambre des jeunes gens. Mais, pourquoi l'asphyxie avait-elle eu lieu ce jour-là ? Le fumiste interrogé déclara qu'il avait précisément, la veille, transformé le poêle de la salle d'études en poêle à combustion lente. J'ajoute que l'architecte avait, peu de temps auparavant, vérifié les cheminées et déclaré qu'elles étaient en bon état !

Les fours à chaux sont une source d'intoxications oxy-carbonées nombreuses. Tous les hivers, un certain nombre de malheureux qui viennent s'y chauffer la nuit y subissent les atteintes de l'oxyde de carbone. A côté de l'intoxication directe, il existe des cas d'intoxication à distance, au voisinage des fours à chaux. Un matin de l'année 1887, une femme, dont l'habitation était à 35 mètres environ d'un four à chaux, trouva son mari mort dans son lit, et appela, de sa fenêtre, les voisins. Elle fut poursuivie pour homicide et condamnée. L'année suivante, un autre ménage étant venu habiter la maison, on trouva un jour la femme morte dans les mêmes conditions. Un troisième locataire succéda aux deux précédents et la même scène que la première fois se reproduisit. La femme vit un matin son mari mort dans son lit. Brouardel et Ogier furent appelés à enquêter sur cette maison « maudite », comme on la nommait dans le voisinage, et ils montrèrent que les accidents étaient dus aux émanations d'oxyde de carbone du four à chaux situé à plus de trente mètres, en face.

Dans les incendies, l'asphyxie par l'oxyde de carbone joue un grand rôle. Dans les grands incendies — l'incendie du Bazar de la Charité, par exemple — on peut dire que tous les sujets meurent intoxiqués par l'oxyde de carbone. De même dans certains accidents du métro, où les voyageurs se tassent les uns contre les autres.

Fait assez curieux. La combustion lente et ignorée, parfois, de vieilles poutres des maisons anciennes peut causer des intoxications oxy-carbonées. Ce sont des faits connus, quoique rares.

L'asphyxie par le gaz d'éclairage est une intoxication oxy-carbonée. Il existe deux sortes de gaz d'éclairage : le gaz ordinaire, dont l'odeur est caractéristique, et le gaz à l'eau, obtenu par passage de vapeur d'eau sur du charbon porté au rouge, qui est sans odeur, et riche en hydrogène et oxyde de carbone. Le gaz à l'eau est économique et, à ce titre, on l'emploie pour l'éclairage des rues. A Paris, on l'ajoute dans une assez forte proportion au gaz ordinaire pour l'usage privé. Son inconvénient est son absence d'odeur. On pourrait, d'ailleurs, si l'on voulait, désodoriser le gaz d'éclairage ordinaire, mais les commissions d'hygiène s'y sont toujours opposées, l'odeur du gaz étant une sauvegarde contre les fuites de celui-ci.

Dans certains pays, aux États-Unis en particulier, le gaz à l'eau est très répandu. Dans la ville de Boston, jusqu'en 1886, on n'avait pas observé pour ainsi dire d'intoxication oxy-carbonée par le gaz. En 1890, alors que l'on se servait partiellement du gaz à l'eau, il y eut 6 morts. En 1895, l'usage du gaz à l'eau s'étant généralisé, la statistique nota 24 asphyxies mortelles. Les dangers du gaz à l'eau sont donc plus grands, du fait de son absence d'odeur.

L'intoxication par le gaz d'éclairage peut tenir à une fuite, à l'ouverture d'un robinet. Comme on en perçoit l'odeur à la dilution de 1 pour 1000, on est généralement averti, sauf pendant le sommeil. Les fuites en dehors des maisons sont quelquefois en cause. Il existe normalement dans les tuyautages qui suivent les rues une sorte de fuite naturelle évaluée à 10 pour 100, non dangereuse en général, qui s'échappe par le sol. Ce qui est dangereux, c'est la fuite

plus forte, par rupture de tuyau, la nuit particulièrement, où la pression est plus grande, en raison de la moindre consommation. Lorsque, alors, en hiver, la terre gelée ne laisse plus sortir le gaz, celui-ci a tendance à s'échapper latéralement, vers les caves, où il arrive désodorisé, le sol arrêtant les produits odorants. L'oxyde de carbone pénètre presque pur dans la cave et si on y descend à ce moment des asphyxies peuvent s'ensuivre.

Il y a aussi des asphyxies oxycarbonées dans les explosions de mines, de grisou, dans les explosions de poussières de charbon, au cours des incendies, qui dégagent beaucoup d'oxyde de carbone. On en a observé également avec les explosifs de guerre. L'oxyde de carbone prend naissance dans la déflagration des poudres, d'où il se dégage en quantités considérables. Des accidents ont été vus fréquemment à la suite de bombardements, d'explosions, de tirages à la mitrailleuse, d'explosion de mines chez les sapeurs. On s'en est protégé à l'aide d'appareils respiratoires à oxygène, l'appareil de Desgrez, principalement, qui peut servir aussi dans la pratique civile, médico-légale.

Deux mots sur l'intoxication chronique par l'oxyde de carbone. Elle n'est pas très bien caractérisée et certains auteurs, M. Balthazard, entre autres, en nient la réalité. Je vous signale sur ce sujet, le mémoire ancien de Darcet, les travaux de Courmont et Mouriquand, de Lyon, et le rapport de Roque de Fursac au Congrès de médecine légale de 1914. On a décrit dans cette intoxication chronique des symptômes neuro-psychiques (asthénie musculaire, dérobement des jambes, comme dans l'intoxication aiguë, paralysies oculaires, diplopie, altérations des réflexes, etc.) et des troubles divers.

Leçon recueillie par le Dr P. Lacroix.

MÉDECINE RÉTROSPECTIVE

La thérapeutique au XVIIIe siècle : les soins aux noyés.

En 1740, par ordre du roi de France et dans tous les lieux de son obéissance, l'avis suivant fut lu, publié et affiché.

« *Avis pour donner du secours à ceux que l'on croit noyés.*

« Dans les villes et même dans les lieux moins considérables situés soit sur les bords des rivières, soit sur ceux des lacs, soit sur ceux de la mer, il n'y a guère d'année où l'on n'ait à regretter des hommes qui ont été noyés.

« Des histoires rapportées par plusieurs auteurs prouvent qu'on a sauvé la vie à des hommes qui étaient restés dans l'eau et même sous l'eau pendant plusieurs heures, et ce n'a été quelquefois qu'au bout de 2 heures qu'on a eu des signes qui apprenaient qu'ils n'étaient pas réellement morts.

« Autrefois tout ce qu'on croyait pouvoir faire de mieux pour l'infortuné qu'on retirait de l'eau, ou au moins de plus pressé, était *de le pendre par les pieds* ; mais depuis que les dissections faites par de savants anatomistes ont appris que les hommes qui ont perdu la vie sous l'eau en ont peu pour l'ordinaire dans l'estomac, il ne semble pas qu'il convienne de mettre le noyé dans une position si fâcheuse.

« Il peut pourtant arriver qu'il ait trop bu, et pour savoir s'il est dans ce cas, et, s'il y est, pour lui faire rendre l'eau, on le fait *entrer dans un tonneau ouvert par les 2 bouts qu'on roule* pendant quelque temps en différents sens. Cette pratique est même utile par rapport à d'autres vues. On peut encore l'exciter à vomir l'eau, en introduisant à différentes reprises *une plume* avec ses barbes dans l'*œsophage.*

« Après avoir ôté les habits au malheureux qu'on vient de retirer de l'eau, au lieu de le laisser étendu et tout nu sur le rivage, comme on ne le fait que trop souvent, ce qu'il y a de plus pressé, c'est de l'envelopper de draps et couvertures pour le mettre à l'abri des impressions de l'air froid et pour commencer à le *réchauffer.* Pour le réchauffer plus efficacement, on le mettra ensuite dans un lit dont les draps seront bien chauds et pendant qu'il y sera, on appliquera souvent sur son corps des nappes et des serviettes chaudes.

« On a l'exemple de noyés sur qui le *soleil chaud* et brûlant auquel ils ont été exposés a produit l'effet que les linges chauds ont fait pour d'autres. Il y en a qui ont été réchauffés par des bains d'eau chaude.

« Il s'agit ici de mettre en jeu les parties solides de la machine, afin qu'elles puissent donner du mouvement aux liqueurs. Pour remplir cette vue, on ne laissera pas le noyé tranquille dans *son lit, on l'y agitera de cent façons différentes* ; on l'y tournera et retournera, on le soulèvera et laissera retomber, et on le secouera en le tenant entre ses bras.

« On doit aussi lui verser dans *la bronche des liqueurs spiritueuses*, et c'est faute d'en avoir eu de telles qu'en différentes occasions, on a versé dans la bouche des noyés de l'*urine chaude* qui a paru produire de bons effets. On a prescrit une décoction de *poivre dans du vinaigre* pour servir de gargarisme.

« On cherchera aussi à *irriter les fibres intérieures du nez*, soit avec des esprits volatils et avec des liqueurs, auxquels on a recours dans les cas d'apoplexie, soit en picotant les nerfs qui tapissent le nez avec les barbes d'une plume, soit en soufflant dans le nez avec un chalumeau du tabac ou quelque *sternutatoire* puissant.

«Un des moyens auxquels on a eu recours pour des noyés qui ont été rendus à la vie a été aussi de se servir d'un chalumeau ou d'une canule pour leur *souffler de l'air chaud dans la bouche* ou *dans les intestins*, on l'a même introduit avec succès dans ceux-ci avec un soufflet.

« *Mais tout ce qu'il y a de mieux, peut-être, c'est de souffler dans les intestins la fumée du tabac d'une pipe*. Un de nos académiciens a été témoin du prompt et heureux effet de cette fumée sur un noyé. Une pipe cassée peut fournir le tuyau ou chalumeau par lequel on soufflera dans le corps la fumée que l'on aura tiré de la pipe entière.

« Aucun des moyens qui viennent d'être indiqués ne doit être négligé. Ensemble, ils peuvent concourir à un effet salutaire, surtout quand la fortune voudra qu'ils soient employés sous les yeux d'un *médecin*. Si la fortune donne aussi un *chirurgien*, on ne manquera pas de tenter la *saignée*, et peut être est-ce à la jugulaire qu'elle doit être faite».

L'avis termine en disant que la « *Bronchotomie* » est l'ultime moyen, et que les soins ci-dessus doivent être poursuivis durant 2 heures et plus. Il ajoute qu'il importe de détruire le préjugé suivant lequel nos magistrats prétendraient empêcher qu'on tentât tout ce qui peut être tenté en faveur des malheureux qui viennent d'être tirés de l'eau, pour réserver leur cadavre à la Justice. »

L'éminent abbé Dinouart, de l'Académie des Arcades de Rome, auteur d'une « Embryologie Sacrée » (Paris, Nyon, éditeur, MDCCLXVI), approuvée par Louis, secrétaire perpétuel de l'Académie royale de chirurgie (ouvrage qui est surtout la traduction du savant traité de M. Cangiamila) rapporte quelques observations de l'efficacité extrême de la fumée du pétun insufflée vigoureusement dans l'anus des noyés. Ainsi le fait suivant : « Une femme traversant la rivière de Seine en un batelet près Passy, tomba dans l'eau et en fut retirée sans connaissance. On la réputait morte : un soldat passant la pipe à la bouche, dit au mari de sécher ses larmes et que dans peu sa femme serait vivante. Puis, donnant sa pipe au mari, il lui dit de lui en introduire le tuyau dans l'anus et d'y souffler de toutes ses forces la fumée en mettant dans la bouche le fourneau recouver d'un papier percé de plusieurs trous. A la cinquième gorgée de fumée, on entendit dans le ventre de la femme un grouillement considérable, elle rendit de l'eau par la bouche et un moment après, la connaissance lui revint. » Dinouart fait justement remarquer que l'insufflation est souvent interrompue par cette méthode, assez déplaisante d'ailleurs par la nécessité d'avoir la bouche près du fondement d'une personne. « Le motif, si l'on veut, dit l'abbé, annoblit la chose, mais il n'en ôte pas ce qu'elle a de déplaisant. »

Thomas Bartholin (Hist. anatom.) nous apprend que bien des personnes se donnaient, de son temps, des lavements de fumée, elles-mêmes, au moyen de 2 pipes dont les tuyaux sont l'un dans la bouche, l'autre dans l'anus, et les fourneaux abouchés. Les Anglais inventèrent un instrument très commode, dont Bartholin donne la description. Il se compose d'une canule adaptée à un tuyau flexible en cuir roulé entouré de laiton en spirale aboutissant à une « boëte d'ivoire ou de bois » faisant fonction de fourneau à tabac et dont le couvercle est surmonté d'un tuyau de 3 pouces de long par où l'on souffle la fumée dans le tuyau et la canule à travers le fourneau. La conclusion assez admise généralement en ce temps était celle-ci : que l'irritation due à la chaleur, à l'âcreté du tabac, produit dans les intestins un effet admirable pour les noyés, mais que la saignée, si on peut la faire précéder, assurera le succès de l'opération de la fumée de tabac.

Dr J.-M. ARCHIMBAUD.

A TRAVERS LA PRESSE

Anesthésie rachidienne et méningite septique.

M. LE JEMTEL est devenu un partisan résolu de l'anesthésie rachidienne qu'il a pratiquée déjà plus de 1.200 fois, avec les plus grandes satisfactions.

Il utilise actuellement tantôt la scurocaïne, tantôt la syncaïne, dont il injecte de 10 à 16 centigrammes suivant la hauteur de l'intervention, après issue de 15 à 20 cmc. de liquide céphalo-rachidien.

Cinq à six fois seulement, il fut dans l'obligation de compléter l'action insuffisante de l'anesthésique intra-rachidien par quelques bouffées de chloroforme ; c'est dire que l'effet cherché est le plus souvent obtenu.

A côté des réactions méningées bénignes qui sont parfois observées, l'auteur signale deux cas impressionnants dans lesquels l'anesthésie fut suivie d'une méningite à méningocoques rapidement mortelle.

L'injection dans le canal médullaire ayant été pratiquée avec les plus grandes garanties d'asepsie, on ne saurait incriminer la technique de l'opérateur ni l'anesthésique.

A son sens, si l'on veut bien se souvenir que la simple ponction lombaire peut déterminer l'apparition d'une méningite septique chez les animaux, par suite de l'abaissement de la pression intra-rachidienne, consécutif à la piqûre, on expliquera par le même mécanisme les faits qu'il rapporte, en faisant intervenir la possibilité d'une infection sanguine latente ou à son début, et qui

se localise sur l'axe cérébro-spinal à la faveur de la rupture momentanée de l'équilibre statique du liquide céphalo-rachidien succédant à la ponction.

« Ces cas sont heureusement rares : ils ne peu- « vent être mis même au compte de la rachi- « anesthésie, car il semble bien que la ponction « soit plus nocive que l'injection. Mais il serait « peut-être prudent, avant toute anesthésie lom- « baire, d'examiner le rhino-pharynx du sujet « et de faire un examen rapide du frottis obtenu. « .....Je crois que cette méthode d'anesthésie « est bonne, mais qu'elle doit cependant être « maniée avec prudence, et pour mon compte, « malgré les imperfections, j'estime qu'elle doit « être conservée ». (*Archives médico-chirurgicales de Normandie*, juillet 1921.)

Les particularités de la fièvre typhoïde chez les enfants.

Assez superposable, dans l'ensemble de ses symptômes et dans son évolution, à celle de l'adulte, la fièvre de l'enfant peut en différer cependant par certains caractères.

Selon le professeur Nobécourt, les symptômes en sont généralement plus atténués, la fièvre moins élevée, moins tenace, moins prolongée. Au lieu d'une ascension plus ou moins longue et d'une chute en lysis, on peut observer au commencement et à la fin un début et une descente brusques.

La langue reste plus volontiers saburrale et humide. Les taches rosées sont plus discrètes, les troubles digestifs moins accentués, la splénomégalie moins accusée.

Mais, on note beaucoup plus souvent des vomissements, de la lenteur et de l'irrégularité du pouls, des réactions encéphalo-méningées, qui peuvent, au début, égarer le diagnostic.

En résumé, la fièvre typhoïde de l'enfant est plus légère que celle des adultes. Mais le jeune âge n'est cependant pas exempt des formes graves.

En tenant compte des différentes périodes de l'enfance, on notera que, chez le nouveau-né, l'infection éberthienne est une septicémie sanguine redoutable : chez le nourrisson, elle est habituellement mortelle ; jusqu'à 12 ans, la dothiénentérie est plutôt bénigne. Mais passé 12 ans, les formes graves sont assez communes.

« C'est pourquoi, dans l'ensemble, la fièvre ty- « phoïde des enfants n'est pas aussi bénigne « qu'on pourrait le penser, la mortalité atteint « en moyenne encore 10 à 12 %. Elle est, cependant « moins grave que chez l'adulte, qui meurt dans la « proportion de 16 à 18 % et on peut dire que « les enfants résistent mieux que les adultes à « l'infection éberthienne. » (*La Médecine*, août 1921.)

Traitement des maladies du poumon par la vaccinothérapie.

Nous avons analysé, au mois d'août dernier, un travail de M. Sacquépée sur le traitement par la sérothérapie de la pneumonie franche (1).

M. J. Minet a, de son côté, retiré d'incontestables avantages de la vaccinothérapie dans le traitement de la plupart des affections de l'appareil respiratoire.

Après avoir utilisé ce qu'il appelle des « vaccins-adaptés » avec des résultats positifs dans l'asthme par exemple, il y a renoncé, en raison de la nécessité où l'on se trouve d'agir vite dans les formes aiguës qui ne permettent pas la temporisation nécessaire pour la préparation de ces vaccins.

Il a recours désormais à un stock-vaccin contenant les différents microbes susceptibles d'infecter les voies respiratoires, dans les proportions les plus habituellement réalisées.

« Et j'ai eu, dit-il, l'heureuse surprise d'arri- « ver avec ces stocks-vaccins à des résultats tout « aussi bons que ceux obtenus avec les vaccins- « adaptés au cours des broncho-pneumonies et « des congestions pulmonaires. J'ai alors géné- « ralisé l'utilisation de ce stock-vaccin aux cas « où j'utilisais antérieurement les vaccins-adap- « tés ; congestion et broncho-pneumonie se sont « trouvées aussi bien de l'un que des autres. Je « me suis enfin servi d'un stock-vaccin pour les « affections respiratoires chroniques ; les résul- « tats ne se sont pas montrés inférieurs, au con- « traire, à ceux que m'avaient donnés les vac- « cins-adaptés. »

Dans l'asthme, à de nombreuses reprises, il a obtenu la guérison avec une, deux, et au plus dix injections. Dans l'emphysème chronique et dans le catarrhe bronchique, « l'expectoration a nota- « blement diminué, la dyspnée si pénible a fait « place à un état de calme et de régularité de la « respiration, et les signes locaux d'emphysème « — inspiration humée, expiration prolongée — « se sont atténués eux-mêmes ».

Dans la tuberculose, l'auteur n'a pas cherché à agir sur le processus tuberculeux lui-même, mais sur les infections surajoutées. Les malades ont été fréquemment améliorés sensiblement : diminution de l'expectoration, amendement de l'état général.....

Enfin, dans les affections aiguës (pneumonie, broncho-pneumonie), les résultats sont excellents, quoique acquis dans des conditions différentes : assèchement des bronches et disparition des signes généraux ; choc brutal avec réaction intense et expectoration comparable à celle de l'œdème aigu du poumon ; amélioration plus

(1) *Concours Médical*, n° 33, p. 2272.

lente, et guérison, alors que le pronostic était particulièrement sombre.

La seule contre-indication serait la néphrite chronique antérieure.

L'auteur injecte 500 millions de germes tous les deux jours et au besoin tous les jours, s'en tenant à une demi-dose pour commencer, s'il craint quelque intolérance. (*La Pratique médicale française*, août 1921.)

Traitement ultra-rapide de l'urétrite à gonocoques par ionisation de solutions argentiques.

Se référant à dix cas qu'il rapporte, M. Phélip affirme que la guérison rapide de l'urétrite gonococcique peut être obtenue quand celle-ci ne remonte pas à plus de dix jours.

L'inflammation du méat, l'abondance de l'écoulement, le trouble des urines, ne sont pas des contre-indications. La prostatite et l'épididymite, par contre, en sont de formelles, de même que toute urétrite nouvelle greffée sur une urétrite chronique non guérie.

Ce traitement réclame un contrôle microscopique constant. Il consiste à ioniser dans l'urètre antérieur une solution de permanganate d'argent à 1 %, au moyen d'un courant de faible intensité, de 2 à 3 milliampères.

Après lavage de l'urètre antérieur à l'eau bouillie et anesthésie avec 5 cmc. de solution de cocaïne à 2 %, l'auteur introduit 10 cmc. de la solution argentique, puis un ionisateur représenté par une olive Charrière n° 13. Deux doigts appliqués sur le méat empêchent la sortie du liquide. L'ionisateur est rattaché au pôle négatif d'une source électrique, le pôle positif étant appliqué sur le siège ou sur la cuisse. Le circuit est fermé et le débit amené lentement et progressivement jusqu'à 2 ou 3 milliamp. Pendant 3 à 5 minutes, l'ionisateur est promené très lentement dans le canal en insistant sur la fosse naviculaire. Puis, le rhéostat est ramené à 0 et l'opération terminée. Le malade éprouve un peu de cuisson passagère ; la brûlure à la miction peut être rapportée à l'urétrite plutôt qu'à l'intervention. Le soir, lavage au permanganate faible ou à l'oxycyanure, s'il existe des associations microbiennes.

Répétition de l'opération, le lendemain, après examen de la goutte matinale ; puis, le troisième, et plus souvent le quatrième jour seulement. A partir de ce moment, le malade continue à se laver lui-même l'urètre antérieur.

« Dès que la goutte a disparu, le malade se fait « encore trois jours des lavages à l'eau boriquée. « Nous faisons parfois un massage sur béniqué et « nous pratiquons l'urétroscopie de contrôle qui « permettra de traiter les glandes qui seraient « encore enflammées ».

L'avantage de la méthode, en dehors de sa rapidité et de son efficacité, consiste dans l'absence de tout régime sévère. *Seuls, l'alcool, la bière, le* cheval, la bicyclette seront interdits.

Quand l'inflammation est trop intense, l'auteur substitue le protargol au permanganate d'argent.

Quant au mécanisme d'action de ce procédé, il est assez complexe et se caractériserait par la pénétration de l'argent dans la muqueuse, la production d'électrargol naissant, un effet bactéricide, une exaltation de la diaphylaxie, une expression des canaux glandulaires. (*Lyon médical*, 10 août 1921.)

Les syncopes et les douleurs sous-mammaires gauches des constipés.

Voici un travail des plus originaux et des plus remarquables, qui éclaire lumineusement certain chapitre de la pathologie des constipés.

Il s'agit, au dire de MM. Lian et Joannon, de malades qui viennent consulter en craignant d'être atteints d'une affection cardiaque, et qui ne sont, au demeurant, que des constipés.

Les uns se plaignent de syncopes. Ils relatent qu'ils ont des pertes de connaissance, mais ne parlent nullement de leur constipation. En les examinant attentivement, on apprend, en effet, qu'ils sont depuis longtemps des constipés d'habitude, et, fait très important, qu'à la suite de leur syncope, ils ont une selle facile et plus ou moins copieuse. D'autres ont saisi la relation qui existe entre leur fonctionnement intestinal défectueux et les pertes de connaissance dont ils se plaignent. Habituellement constipés, ils éprouvent de fortes douleurs abdominales, tombent en syncope, et ont, en même temps, ou immédiatement après, une abondante débâcle intestinale composée de matières solides et de matières liquides.

Dans d'autres cas, la syncope n'existe pas, mais les malades ressentent des éblouissements, des vertiges, tantôt au cours de la défécation, tantôt loin d'elle.

« Il faut, dans la pratique, s'attendre à l'asso- « ciation du symptôme réflexe le plus important, « la syncope, au symptôme intestinal le plus sim- « ple, la constipation ».

A côté des constipés lipothymiques, il en existe une catégorie d'autres qui ressentent des douleurs sous-mammaires gauches constantes ou passagères. La localisation de ces douleurs n'est pas nettement précordiale, mais elle ne dépasse pas en haut la région de la pointe du cœur, tandis qu'elle descend jusqu'à l'espace de Traube, qu'elle dépasse parfois jusqu'au rebord costal.

Cette douleur va du pincement fugace à la crise douloureuse, et même au syndrome angineux caractérisé.

Dans ces cas, en outre de la constipation chronique, on découvre de l'aérophagie et de l'aéro-

colie, les crises se jugeant souvent par d'abondantes éructations ou le rejet de gaz intestinaux.

Lipothymies et douleurs sous-mammaires sont parfois associées. Les premières et leurs formes atténuées sont fréquentes, les douleurs sous-mammaires ne sont pas rares, les crises angineuses sont exceptionnelles.

Sans suivre les auteurs dans leur explication pathogénique, nous nous contenterons d'indiquer qu'ils font jouer, à juste titre, un rôle de premier plan à l'hypervagotonie, et nous dirons avec eux « qu'hypervagotonie et excitation in- « testinale jouent chacune un rôle dans la genèse « des accidents, qu'en aucun cas, l'une est tout, « l'autre rien, en un mot qu'elles sont intriquées. »

Le diagnostic de ces manifestations doit être fait avec l'ictus apoplectique chez les sujets âgés, avec l'épilepsie, chez les plus jeunes, avec la névralgie intercostale, le tabès, l'aortite abdominale, les points pleurétiques, l'angine de poitrine vraie.....

Quand le diagnostic est porté avec toute la précision désirable, le pronostic est favorable.

Le traitement des syncopes ainsi que des douleurs sous-mammaires gauches réclame avant tout l'emploi de la belladone ou de l'atropine, dont l'action sur le pneumo-gastrique est bien connue.

En outre, ces malades sont des nerveux qui seront traités comme tels. La valériane, le bromure, l'hygiène générale, l'hydrothérapie, le repos, les cures thermales, leur conviennent parfaitement.

Nous ne pouvons nous empêcher de faire un rapprochement étroit entre ce travail et l'article de M. Matignon (de Châtel-Guyon) que nous avons analysé précédemment (1). Notre confrère signalait des sujets dont l'intestin est malade et qui souffrent d'algies à distance, et auxquels il conseille de prescrire quelques antispasmodiques (jusquiame, *belladone*), ainsi que la cure châtelguyonnaise. (*Journ. de médecine et de chirurgie pratiques*, 10 août 1921.)

Traitement des eczémas professionnels par l'autohémothérapie.

Les eczémas professionnels résultent de l'intervention de deux facteurs, d'une part, un agent irritant, actif (eau de Javel, acide chlorhydrique), ou neutre (eau commune), et d'autre part, une prédisposition individuelle.

Or, cette prédisposition, le plus souvent acquise, ne se manifeste souvent que longtemps après que les sujets ont pu manier impunément l'irritant en cause : il s'agit d'une sensibilisation de leur organisme.

Pour guérir cet eczéma, M. Tzanck a eu l'idée de les soumettre à l'auto-hémothérapie. Il leur prélève dix cmc. de sang qu'il leur réinjecte dans la fesse, en répétant cette injection 6 ou 8 fois, tous les 5 ou 6 jours.

Localement, la pâte de zinc simple ou icthyolée suffit à isoler les parties eczématisées.

Sur 14 malades ainsi traités, 6 peuvent être considérés comme guéris. Dès la seconde injection, ils ont pu reprendre leur métier, sans crainte de récidive ; 2 ont été grandement améliorés. Les trois autres sont demeurés rebelles à ce traitement.

« Ces résultats sont intéressants à signaler. « Aucun autre traitement ne donne un tel pour- « centage d'améliorations et de guérisons ; il est « remarquablement simple et présente l'avan- « tage social considérable de ne pas exiger des « malades l'abandon de leur travail. Nous ne sau- « rions trop le recommander aux praticiens, si « souvent impuissants devant un eczéma des « blanchisseuses. » (*L'Hôpital*, août 1921-B.)

G. D.

(1) *Concours Médical*, n° 38, p. 2570.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

Etude chirurgicale sur 230 greffes ovariennes.

(M. Tuffier. — *Académie de médecine.*)

Depuis 14 années, M. Tuffier a pratiqué, au cours d'opérations gynécologiques, 230 greffes ou transpositions uni-ovariennes ou bi-ovariennes, dans le but de rétablir la menstruation quand l'utérus était conservé, ou d'atténuer les troubles post-ovariotomiques quand l'utérus était enlevé.

L'intervention la plus intéressante par ses résultats a été l'auto-greffe, c'est-à-dire la transposition des ovaires de la femme elle-même, ovaires enlevés de l'abdomen pour être greffés dans une autre région (sous-cutanée, sous-péritonéale). On peut se demander dès lors : pourquoi ne pas laisser les ovaires en place ? C'est que les opérations pour affections graves des annexes non accompagnées d'exérèse des ovaires, sont généralement suivies d'accidents douloureux qui obligent finalement à pratiquer cette exérèse dans une nouvelle opération.

Quoi qu'il en soit, sur un total de 230 auto-greffes, M. Tuffier a pu obtenir un certain nombre de fois, un retour de la menstruation. Lorsque le résultat est positif, la fonction se rétablit au bout d'une certaine période de préparation (en moyenne 6 mois), période pendant laquelle l'opérée accuse les signes habituels de la ménopause (bouffées de chaleur, etc.). On voit alors survenir des phénomènes d'ordre congestif au niveau du greffon et l'écoulement menstruel apparaît. La durée de cette menstruation a varié entre 6 mois et 12 ans.

Ces constatations ont amené M. Tuffier à exposer

une théorie de la menstruation, qui est la suivante : pendant toute la période génitale de la femme, son organisme, peut-être ses glandes endocrines, fabriquent une toxine dont la dose, progressivement croissante, est, après un mois, suffisante pour agir sur l'ovaire. C'est de là que part l'action sur la muqueuse utérine qui laissera s'écouler le sang et fera disparaître la toxémie. Les ovaires enlevés, la toxémie provoque les troubles de ménopause anticipée. Si l'utérus seul est enlevé, l'ovaire subit encore l'effet de la toxine, mais ne peut ouvrir l'émonctoire utérin, et les symptômes sont analogues. Il s'agit donc essentiellement de troubles par rétention menstruelle.

Recherches sur le choc novarsenical.

(MM. JEANSELME et J. POMARET. — *Académie de médecine.*)

MM. Jeanselme et Pomaret ont fait une série de recherches expérimentales (chez le chien) sur le choc par les arséno et novarsénobenzènes. Ils ont noté le rôle capital, dans la crise nitritoïde, de l'acidité, soit des solutions de médicaments injectés, soit du milieu sanguin, acidité qui active le pouvoir précipitant des fontions phénoliques dont relève le choc.

Sténose hypertrophique du pylore chez le nourrisson.

(MM. PIERRE FREDET et PIRONNEAU. — *Société de chirurgie.*)

M. Pierre Frédet rapporte un douzième cas de sténose hypertrophique du pylore chez le nourrisson, traité chirurgicalement et guéri.

Hématome intra-dure-mérien post-traumatique.

(M. PHÉLIP, de Vichy. — *Société de chirurgie.*)

M. ROUVILLOIS lit un rapport sur un travail de M. Phélip intitulé : traumatisme du crâne suivi d'hémorrhagie intradurale tardive. Le point intéressant de cette observation réside dans l'apparition éloignée d'accidents rapidement graves, après une phase de guérison apparente totale.

Le malade, à la suite d'un accident d'automobile, présenta quelques contusions et blessures diverses, légères, du crâne en particulier, sans signe de fracture crânienne. Le tout guérit ou parut guérir très rapidement. Un mois et demi plus tard, le sujet ressent un jour, au milieu de ses occupations, une violente céphalalgie. Cinq jours après il perd connaissance, tombe dans le coma, avec périodes d'agitation, pouls à 48, température à 38°. Une ponction lombaire ramène 25 cent. c. de sang pur. On note une trépidation épileptoïde du pied droit.

M. Phélip, se basant sur cette trépidation épileptoïde du pied droit, pense que l'hémorrhagie méningée s'est localisée et il propose la trépanation. Il tombe sur un foyer hémorrhagique intra-dural d'où s'écoule une quantité notable de sang noirâtre non coagulé. Après l'opération, rétrocession des accidents et guérison rapide.

La longueur anormale de l'intervalle libre entre le traumatisme et les accidents cérébraux (ici, six semaines) est un signe, assez pathognomonique de l'épanchement intra-dure-mérien. Il se rencontrerait, d'après Henschen, dans un tiers des cas. Alors que dans les hémorrhagies extra-méningées, le début des accidents a lieu dans un délai de 24 heures, dans les hémorhragies intra dure-mériennes il se fait au bout de 6 à 8 jours, parfois beaucoup plus tard. En pareille circonstance, la ponction lombaire peut de bonne heure orienter le diagnostic.

Colectomie sous-cœcale, datant de huit ans.

(M. LARDENNOIS. — *Société de chirurgie.*)

M. G. LARDENNOIS présente un malade chez lequel il a pratiqué, en 1914, une colectomie souscæcale (ablation des 3/4 du gros intestin) pour troubles coliques graves. Les suites pendant cette période de huit années, ont été très satisfaisantes.

Epilepsie jacksonienne : opération en état de mal.

(MM. GRIMAULT et RAUL et M. BILLET. — *Société de chirurgie.*)

La question soulevée par M. Leriche, de l'opportunité des interventions opératoires chez les épileptiques jacksoniens en état de mal, reste encore en discussion. M. *Lenormant verse aux débats trois* observations nouvelles, une de MM. Grimault et Raul, l'autre de M. H. Billet. Dans les trois cas, il s'est agi d'épilepsie consécutive à des traumatismes crâniens (blessures de guerre, fracture de la voûte du crâne). Les résultats de l'opération, pratiquée en état de mal, furent bons et constituent des succès encourageants.

Luxation récidivante de l'épaule traitée par la méthode de Clairmont-Ehrlich.

(M. MAUCLAIRE. — *Société de chirurgie.*)

M. Mauclaire présente un malade qui était atteint de luxation récidivante de l'épaule (8 luxations en 2 mois). L'auteur est intervenu par l'opération dite de Clairmont-Ehrlich, qui consiste à passer un faisceau du deltoïde à la face inférieure de la capsule, d'arrière en avant. La technique suivie a été celle décrite par Weiss dans la thèse de Bégler (Nancy, 1913). Résultat immédiat satisfaisant : pas de luxation depuis 3 mois, la reprise du travail remontant à un mois.

La réaction de Schick dans la rougeole.

(MM. P. LEREBOULLET, P.-L. MARIE et BRIZARD. — *Soc. méd. des hôp.*)

La rougeole, tant dans sa période d'incubation que dans sa période d'invasion, apporte des modifications profondes à certaines réactions biologi-

ques. Il en est ainsi, par exemple, pour les réactions cutanées à la tuberculine. La maladie se comporte-t-elle de même vis-à-vis de la réaction de Schick ?

MM. J. Renault et P.-P. Lévy ont déjà répondu à cette question et conclu, d'après quelques exemples, que la réaction de Schick n'était nullement influencée par la rougeole. MM. Lereboullet, Marie et Brizard ont repris cette étude sur de plus larges bases, dans le service du Dr Méry, à l'hôpital des Enfants-Malades. Sur un groupe de 110 rougeoleux, âgés de 6 mois à 13 ans, ils ont trouvé une réaction positive dans 59 cas et négative dans 51. Cette proportion est en tous points analogue à celle constatée chez les sujets normaux. Les auteurs estiment donc également que la réaction de Schick ne se trouve pas modifiée du fait de la rougeole.

Syphilis nécrosante de la voûte du crâne avec élimination du pariétal gauche.

(MM. Pr. Merklen et L. Desclaux. — *Soc. méd. des hôp.*)

MM. Pr. Merklen et Desclaux rapportent un cas d'ostéite syphilitique nécrosante de la voûte du crâne avec élimination du pariétal gauche. Après traitement, la perte de substance crânienne se recouvrit de tissu fibreux résistant, bien organisé.

Ce sont là des faits rares. Ils s'observent de préférence chez les sujets de mauvaise constitution (misère physiologique) et généralement en l'absence de tout traitement antérieur. Souvent les séquestres offrent de grandes dimensions : celui de MM. Mercklen et Desclaux mesurait 9 centim. sur 6 cent. et comprenait la majeure partie du pariétal gauche. Malgré cela, les symptômes fonctionnels étaient légers, se résumaient à un peu de céphalée, sans retentissement appréciable sur les méninges et l'encéphale.

P. L.

BIBLIOGRAPHIE CRITIQUE

Revue des livres.

Dr Bérillon. — **Les caractères nationaux. Leurs facteurs biologiques et psychologiques.** (Amédée Legrand, éditeur, 93, boulevard Saint-Germain, Paris, 1920.)

Luxueuse plaquette, abondamment documentée, illustrée de nombreux dessins et que l'auteur termine par les lignes suivantes qui en synthétisent la substance :

La vie d'un peuple se traduit par un ensemble de tendances et de réactions dont la spécificité, la constance et la stabilité expriment la constitution définitive de sa personnalité.

La communauté des sentiments, des dispositions mentales et des aspirations chez les individus d'un même peuple représente le *caractère national* de ce peuple.

La stabilité du caractère national est essentiellement liée à l'existence d'une race prépondérante par le courage, par le nombre et par l'adaptation au milieu.

Elle dépend également d'un certain nombre de facteurs biologiques et psychologiques qui concourent à la conservation indéfinie de cette race.

C'est dans la pureté de la race que résident les éléments essentiels de la conservation des peuples.

Seuls, les hommes de race pure, sont doués de la normalité de l'instinct de combativité, de l'endurance, de la résistance physique et mentale, de la persistance indéfinie du sentiment du devoir, qui permettent de répondre tant aux exigences de la guerre qu'aux obligations du travail dans la paix.

Les croisements avec les races hostiles ont pour effet de dissocier les caractères héréditaires et d'en provoquer la dégénérescence. Il convient donc de protéger la race contre les immixtions étrangères et de s'opposer aux croisements avec les individus de race inférieure ou antagoniste.

Revue des Thèses

Paris

P. — Dr P. Lazaridès. — **De la valeur du rein après néphrostomie.** (Jouve et Cie, éditeurs, Paris, 1921.)

Dans le cas où la néphrostomie porte sur un rein sain, sa valeur primitive est maintenue et le rein fonctionne absolument comme avant l'opération.

Dans les autres cas, au contraire, où on intervient sur un rein altéré et lésé, nous avons l'impression que, d'une manière générale, la valeur de ce rein, très diminuée ou presque nulle du fait de ces altérations se relève progressivement après la néphrostomie, et atteint la valeur d'un rein sain possédant une quantité de parenchyme égale à celle qui a été respectée sur le rein malade. La néphrostomie favoriserait même l'hypertrophie compensatrice d'un rein unique, et le nouveau procédé de M. Marion, en réduisant au minimum l'étendue du traumatisme opératoire, déjà médiocre avec le procédé classique, réduit du même coup l'atteinte que l'intervention produit sur la valeur du rein.

PARTIE PROFESSIONNELLE

MÉDECINE SOCIALE

Le projet de loi assurance maladie invalidité.

Dans les différents articles que j'ai consacrés à l'étude du projet de loi, je me suis efforcé à rester le plus impartial possible, pour ne discuter que le texte qui sera soumis à la Chambre des députés. Je voudrais ainsi provoquer, de la part de mes confrères, des observations, des suggestions, propres à inspirer la rédaction d'amendements : il ne faut pas oublier, en effet, que les articles de journaux, en faveur de telle ou telle thèse, n'auront jamais grand poids devant le Parlement. Mais, au contraire, si nous étudions le texte de loi proposé et si nos représentants, mandatés par l'Union des syndicats médicaux, peuvent présenter à la commission parlementaire un nouveau texte, qui nous donnerait satisfaction, nul doute qu'il n'en soit tenu grand compte.

Ce préambule était nécessaire pour rassurer certains de mes lecteurs, qui ont pu redouter des divergences de vue, parmi les rédacteurs habituels du *Concours médical*. Bien au contraire chacun de nous, et moi comme les autres, proclame sa foi dans la liberté pleine et entière, qui doit présider aux tractations passées entre malade et médecin; mais, pour ma part, je me suis surtout efforcé de disséquer le projet de loi, pour en exposer impartialement les avantages et les inconvénients.

Dans un de mes derniers articles, j'avais écrit que les actuaires avaient prévu un chiffre approximatif de 72 francs par an et par tête d'ayant droit, pour couvrir les dépenses médicales et pharmaceutiques.

Quelle discrimination serait possible pour les frais médicaux, ceux d'hospitalisation et les dépenses pharmaceutiques ?

Nous estimons que, sur ce chiffre global et approximatif de 72 francs, il faudrait en prélever les 3/9 pour les soins médicaux et chirurgicaux à donner aux assurés malades et à leur famille.

Les 6/9 restants seraient attribués aux frais de pharmacie, d'instrumentation, d'appareils et d'hospitalisation. De la sorte, le budget médical pourrait être nettement séparé de celui des pharmaciens.

Le tiers de 72 étant 24, si on multiplie 24 par 13 millions d'individus, qui, prétend-on, auraient droit aux soins médicaux, on obtient un chiffre de 312 millions.

Mais, ce ne sont là qu'hypothèses; il faudrait admettre que la loi aurait, d'emblée, son plein fonctionnement et supposer que ces chiffres seraient respectés par les caisses locales ; celles-ci n'ont-elles pas, dans ce projet de loi, la liberté de marchandage pour fixer les honoraires médicaux ?

Certaines personnalités, qui n'appartiennent pas à notre profession, m'ont fait remarquer que ces assurés obligatoires ne comprenaient que le tiers de la population.

A cela, j'ai répondu que les deux autres tiers sont des malades qui, pouvant payer, constituent la grosse portion de la clientèle de médecins, qui, par leurs titres, ou leurs fonctions à la Faculté, ne consentiront jamais à soigner les assurés obligatoires. Bien au contraire, pour beaucoup de praticiens, tant de ville que de campagne, les assurés formeront le gros noyau, sinon la presque totalité, dans certaines régions, du travail professionnel.

Je ne reviens pas non plus sur les inconvénients d'un tel système forfaitaire, ni sur l'improbabilité d'un pareil partage d'honoraires entre les médecins ayants droit.

Disons que, d'après les calculs actuariels, ce chiffre des frais médicaux constitue 32 % du total des dépenses de l'assurance maladie, ou encore 23 % du budget global de la loi. Le Dr Specklin écrivait dans le *Concours*, 1921, page 1.547 : « on peut estimer que notre part, au budget des caisses, pour représenter la totalité du travail médical dignement rétribué, devrait être de 22 à 25 % environ des dépenses, » le chiffre actuel, en Alsace-Lorraine, oscillant entre 10 à 12 %.

Quant à la question hôpital, elle mérite d'être réservée. Les établissements hospitaliers ont, en effet, une grande autonomie pour leur gestion. Comment devront-ils se comporter pour l'admission des assurés, qui ne seront pas des indigents, mais des malades payants ? Comment également sera envisagé le problème des honoraires des médecins attachés à l'établissement ? Comment prévoir le mode de nomination des docteurs d'hôpitaux ? Ce sont de grosses questions, qui, pour le moment, ne sont pas résolues en haut lieu.

Mais il nous a été dit que, pour déterminer le pourcentage ci-dessus, on s'était inspiré de l'expérience alsacienne lorraine, et des résultats des caisses allemandes.

J'ai encore soulevé une objection : les caisses d'assurance auront toute latitude pour traiter avec les syndicats médicaux. Or, les unes seront généreuses, les autres plus parcimonieuses : ce seront, en perspective, marchandages et conflits, pour la fixation des forfaits annuels locaux.

Je sais bien que tout un système d'arbitrage est prévu, avec, en dernier ressort, appel au ministre. Néanmoins, cette menace de lutte entre groupements est un argument de plus contre le système forfaitaire du projet de loi.

Pour en finir avec cette question de chiffres, disons que beaucoup de nos correspondants insistent sur la modicité trop grande du ticket modérateur : parce que, trop faible, il ne modérera rien du tout et le médecin sera la victime des abus commis par les clients. Ajoutons que le projet d'assurance-maladie actuellement en discussion en Suède prévoit que l'assuré doit supporter le tiers des honoraires dus au médecin et le tiers des frais de médicaments (*Revue mensuelle des questions sociales, ouvrières et fiscales* juin 1921, page 89).

Certaines sociétés de Secours mutuels, qui fonctionnent d'après le système du ticket modérateur, dit système lyonnais, mettent à la charge du mutualiste un quart des frais médicaux.

D'autres laissent même un tiers à payer par le malade.

Nos confrères ont parfaitement raison et déjà, personnellement, j'ai insisté sur la nécessité de relever le taux du ticket, prévu dans le projet de loi, si l'on veut qu'il soit efficace et réellement modérateur des abus. D'ailleurs nous croyons savoir que, sur ce point, nous avons partie gagnée devant la commission parlementaire.

Lorsqu'on discute avec les promoteurs de la loi et qu'on leur demande pourquoi ils veulent ainsi imposer un forfait aux médecins, il est répondu que, dans toutes les autres législations, ou projets gouvernementaux d'Alsace-Lorraine, d'Allemagne, d'Angleterre, de Belgique, d'Italie du Luxembourg, du Portugal, de Roumanie, de Suède, de Suisse, les soins et secours médicaux sont donnés en nature et non en argent. Aussi la France veut-elle imiter ce qui se passe à l'étranger. Pour expliquer la nécessité de ces prestations en nature, on soutient qu'il est à craindre que la classe ouvrière, peu habituée à l'esprit de prévoyance, ne vienne à dépenser ailleurs les sommes allouées pour se faire soigner.

A ce sujet, je serai personnellement reconnaissant à ceux de mes confrères, qui voudraient bien m'adresser les statuts des sociétés de secours mutuels, ou autres, qui donnent à leurs assurés un tant par jour, pour se faire soigner à leur guise et à leur choix. Il faut toujours discuter avec les documents en main.

Et maintenant que j'ai exposé les détails financiers du projet de loi, en ce qui concerne notre profession, je vous demande, chers lecteurs et confrères, quels arguments nouveaux pouvez-vous nous indiquer pour que, comme conclusion de la discussion, l'Union des Syndicats médicaux puisse élaborer un texte d'amendement, pour remplacer les articles du projet de loi, qui ne donnent pas satisfaction au corps médical.

Dr Paul Boudin.

LA VIE SYNDICALE ET PROFESSIONNELLE

Fédération des Syndicats médicaux de l'Hérault.

(3 septembre 1921).

Monsieur et honoré Confrère,

Le Bureau du Conseil de la Fédération des Syndicats médicaux de l'Hérault a été reçu ce matin par Monsieur le Préfet, en vue de fixer, d'un commun accord, le prix de l'indemnité kilométrique pour soins donnés aux bénéficiaires de la loi du 31 mars 1919.

Ce prix a été fixé à 1 fr. par kilomètre effectivement parcouru, tant à l'aller qu'au retour, pour l'arriéré et l'année en cours. Nous avons fait des réserves pour le tarif à venir qui sera prochainement arrêté à Paris par la Commission tripartite.

Afin de permettre le mandatement des sommes qu vous sont dues, vous devez, dès aujourd'hui, et, en tout cas, *avant la fin du mois de septembre*, comme dernier délai, établir vos notes d'honoraires et les adresser à la Préfecture (4e division, soins médicaux aux victimes de la guerre).

Le numéro du mois d'août du *Médecin Syndicaliste* vous a fourni tous les renseignements nécessaires pour leur établissement. Les dispositions essentielles en sont les suivantes :

Les mémoires devront être établis en double exemplaire, et trimestre par trimestre, pour les années 1919, 1920 et 1921 jusqu'au 30 juin dernier. Ils comporteront :

1° Les *visites* et les *consultations* tarifées ainsi qu'il suit : (décret du 18 juillet 1921).

a) Communes de 5.000 habitants au plus :

Consultation .... 5 fr.
Visite .... 6 fr.

b) Communes de 5.000 à 100.000 habitants :

Consultation .... 7 fr.
Visite .... 8 fr.

Ce prix comprend, sans tarification spéciale supplémentaire, les menues interventions, telles que pansements simples, petits massages, pointes de feu, injections hypodermiques.

RENOUVELLEMENT DES ABONNEMENTS

Pour éviter les frais de recouvrement nous prions nos abonnés de vouloir bien nous adresser le montant de leur abonnement, soit **24 fr.**, par versement à notre compte de chèques postaux PARIS 167-95, versement qui peut être fait dans tous les bureaux de poste.

2º Les *petites interventions*, tarifées par l'instruction ministérielle du 4 mai 1921, ci-après reproduite, suivant les catégories du décret du 18 juillet 1921 :

a) Au taux de trois visites :

1. Extraction de corps étrangers superficiels.
2. Pansements compliqués.
3. Injections intraveineuses (toutes catégories).
4. Saignée.
5. Ouverture d'abcès profonds.
6. Prise de sang.
7. Petit plâtre.
8. Ponction capillaire de la vessie.

b) Au taux de deux visites.

9. Injection de sérum.
10. Ouverture d'abcès superficiels.
11. Cathétérisme de l'urèthre.
12. Lavages vésicaux.
13. Installations uréthrales et vésicales.
14. Dilatation uréthrale.

c) Au taux de deux consultations.

15. Grands massages.

Les grandes interventions, non comprises dans l'instruction du 4 mai, doivent être réservées, en attendant que la Commission tripartite ait statué sur les tarifs chirurgicaux et de spécialité.

Néanmoins, en ce qui concerne les examens de laboratoire et de radiologie, les notes peuvent être établies immédiatement (en double exemplaire) et adressées au Secrétariat de l'Union des Syndicats médicaux de France, 28, rue Serpente, à Paris, 6e arrond. ; l'Union les transmettra au Ministre.

3º *L'indemnité kilométrique*, fixée par notre accord d'aujourd'hui, à 1 fr. par kilomètre effectivement parcouru, tant à l'aller qu'au retour. L'application en est précisée, comme suit, par l'instruction ministérielle du 18 juillet 1921 :

« 1º..... l'indemnité kilométrique n'est pas allouée lorsque la distance entre le domicile du malade et le domicile du médecin est inférieure à 1 kil., c'est-à-dire, lorsque le parcours ne comporte pas une distance totale de 2 kil., aller et retour.

« 2º En ce qui concerne les fractions de kilomètre effectuées au-delà du parcours minimum de 2 km., celles égales ou inférieures à 500 mètres ne comportent pas d'indemnité kilométrique, celles supérieures à 500 mètres sont tarifées comme 1 kil. ».

A l'appui de vos mémoires, vous devez produire les bons détachés des carnets à souche des mutilés.

De nombreux confrères avaient adressé leurs notes, avec les bons, au secrétaire de leur syndicat qui les avait fait parvenir à la Préfecture. A l'heure actuelle, ces notes sont, de nouveau, entre les mains du secrétaire de chaque Syndicat d'arrondissement, à qui les intéressés devront les réclamer sans plus attendre, sous peine, en cas de retard, d'en voir pour longtemps le payement différé.

Cette circulaire est adressée individuellement à tous les médecins du département, syndiqués ou non. Il est fait appel une dernière fois à votre esprit de solidarité pour vous demander instamment, au cas où vous ne l'auriez déjà fait, d'adhérer au Syndicat de votre arrondissement. Nos groupements corporatifs ne peuvent, en effet, s'occuper utilement que des intérêts de leurs mandants, et leur action aura d'autant plus de poids qu'ils représenteront, en fait, l'unanimité du Corps médical.

Veuillez agréer, Monsieur et honoré confrère, l'assurance de mes sentiments les meilleurs.

Paul Delmas.

***

Syndicat médical Angers-Campagne.

Ordre du jeur voté par l'Assemblée Générale.

« Le Syndicat médical Angers-Campagne, en parfait accord avec son bureau, confirme l'acceptation des conditions nouvelles qui auront pour résultat la fin de la campagne au sujet de la Loi des Pensions. Il reconnaît que des avantages ont été obtenus par l'union du Corps médical.

Mais fait observer toutefois :

Que les médecins de la campagne, bien qu'ils aient énergiquement lutté, se trouvent rangés dans une troisième catégorie injuste.

Que le tarif de cette troisième catégorie, loin d'être celui de la classe moyenne, est inférieur à celui de la clientèle ouvrière.

Que c'est par esprit de discipline et de conciliation, que ce tarif insuffisant est accepté.

Pour ces raisons, émet le vœu :

Qu'en aucun cas, le tarif des soins aux pensionnés ne puisse être pris comme tarif de base dans des pourparlers quelconques.

Que tous les efforts tendent à la suppression des catégories qui ne sont nullement en rapport avec la peine et les dépenses que nécessite l'exercice de la médecine à la campagne ».

***

Syndicat des oculistes et des oto-rhino-laryngologistes français.

Mon cher confrère,

La Commission tripartite créée au Ministère des Pensions pour établir le tarif chirurgical et des spécialités, doit, dans une de ses prochaines séances, délibérer sur l'application rétroactive du tarif. Il est à prévoir que sera adoptée une résolution demandant au Ministre que tout ce qui, dans l'arriéré, est contenu dans le nouveau tarif, soit payé sur les prix inscrits au futur décret (qui paraîtrait au plus tard en novembre). Il est à prévoir également que le Ministre acceptera cette suggestion.

Or, le projet de décret actuellement en discussion contient un paragraphe spécial pour les consultations

de spécialiste (le prix accordé sera très vraisemblablement supérieur à celui qui nous est attribué par le tarif Breton.).

Dans ces conditions, et après avis de la deuxième sous-commission, nous venons vous demander de bien vouloir *attendre pour le règlement de vos honoraires de consultation et d'opération que le Ministère ait pris une décision.*

Si vous avez déjà reçu des notes de la Préfecture de votre département comportant un prix attribué à vos consultations, *vous ne devez pas accepter le règlement sur ce prix (même à titre d'acompte), mais réserver complètement votre note d'honoraires.*

Veuillez agréer, mon cher confrère, l'assurance de nos sentiments dévoués.

Le secrétaire général du Syndicat des Oculistes,
Dr COSSE.

Le secrétaire général du Syndicat des oto-rhino-laryngologistes,
Dr MAGNAN.

***

Syndicat général des médecins français électrologistes et radiologistes.

20 septembre 1921.

Mon cher Collègue,

Nous vous communiquons l'arrêté suivant concernant le prix des actes de radiologie et d'électrothérapie, à dater du 1er septembre 1921, dans les hôpitaux de Paris dépendant de l'Assistance Publique, pour les malades non indigents, ou non hospitalisés.

Le Préfet de la Seine,

Vu la loi du 10 janvier 1849,

Vu l'arrêté ministériel du 8 juillet 1920 relatif aux accidents du travail, frais médicaux,

Vu l'avis émis par le Conseil de surveillance de l'A. P., dans sa séance du 23 juin 1921,

Vu l'avis émis par le Conseil municipal, le 13 juillet 1921 ;

Arrête :

ART. I. — Le tarif appliqué aux radiographies, radioscopies et radiologies externes faites dans les hôpitaux de l'A. P. de Paris, au profit de personnes non privées de ressources et, notamment, des victimes d'accidents du travail, est fixé comme suit :

Les prix publiés sont ceux du tarif Breton.

ART. II. — Le prix des séances de radiothérapie est porté de 8 fr. à 16 fr.

ART. III. — Le prix des séances d'électrothérapie reste fixé à 8 fr.

ART. IV. — Le présent arrêté aura effet à partir du 1er septembre 1921.

Fait à Paris, le 28 août 1921,

Pour le Préfet :

Le secrétaire général,
AUBANEL.

Au moment où le Corps médical, à Paris et en province, se préoccupe de la question des malades aisés dans les hôpitaux, il nous a semblé intéressant de vous mettre au courant de ce qui vient d'être réalisé par l'Assistance Publique de Paris.

***

La prochaine réunion du Bureau du Syndicat, à laquelle tout membre du Syndicat peut assister, aura lieu le mardi 8 novembre 1921, à 17 h. 1/2, à l'Hôtel des Sociétés Savantes.

Cette réunion est statutaire comme préparatoire à l'Assemblée générale annuelle du 13 décembre 1921.

Les membres du Syndicat qui désirent poser leur candidature à une des fonctions de membres du bureau sont priés d'en avertir le secrétaire général, avant le 15 octobre 1921.

Le secrétaire général,
Dr QUIVY.

***

Syndicat général des médecins des stations thermales et climatiques françaises.

L'Association professionnelle des médecins du Mont-Dore émet le vœu suivant :

Monsieur le président du Syndicat médical des stations thermales et climatiques,

« J'ai l'honneur de vous faire part du vœu émis par l'A. P. dans sa séance du 16 septembre, en vous priant de vouloir bien le soumettre à l'approbation de votre société.

« L'A. P. des médecins du Mont-Dore, considérant que, chaque année, des malades dépourvus de toute surveillance médicale présentent des accidents, parfois fort graves, à la suite d'abus de boisson ou de pratiques thermales reconnues dangereuses, émet le vœu que *la loi régissant les stations hydro-minérales soit révisée* et que *seuls* les malades *munis d'une ordonnance médicale* soient autorisés à suivre une cure thermale. »

Veuillez agréer, Monsieur le président, l'assurance de ma considération distinguée,

Le secrétaire,
Dr LEVADOUX.

La Fédération thermale d'Auvergne a adopté ce texte à l'unanimité. La Société des études, médicales de Luchon l'a adopté également, mais avec la réserve que l'ancien inspecteur ne soit pas rétabli.

Nous faisons appel à toutes les sociétés médicales des villes thermales afin de créer un mouvement en faveur de la prise en considération de ce vœu.

Le Syndicat général des médecins des stations thermales le mettra à l'ordre du jour d'une de ses premières réunions d'hiver.

Le secrétaire général,
Dr MOLINÉRY.

CHRONIQUE HOSPITALIÈRE

IVe Congrès de l'internat français.

Toulouse : 29 juillet-1er août 1921.

(*Suite et fin.*)

L'organisation matérielle de l'internat, par M. Mariot, interne des hôpitaux de Nancy.

Les difficultés matérielles de la vie pèsent lourdement sur les étudiants et plus particulièrement sur les internes qui prolongent leur stage hospitalier dans un but de perfectionnement.

Ces difficultés proviennent de la cherté de la vie et de la diminution réelle des fortunes. Elles poussent les internes actuellement en exercice à hâter leur installation ou font délaisser la préparation à l'internat par des étudiants méritants à moyens pécuniaires limités. Voilà deux écueils qu'il faut absolument éviter.

Certes, les différentes commissions d'hospices ont augmenté dans une notable mesure les indemnités qu'elles versaient aux internes avant la guerre, mais de manière trop insuffisante pour assurer leur existence matérielle sans le recours à leur famille. Or, l'interne rend des services, assume une responsabilité morale et médicale, encourt des risques. Il ne demande pas que tout ceci lui soit « payé », mais il pense que la plus élémentaire justice exige qu'on lui évite au moins d'être à charge à quelqu'un.

Différentes solutions se présentent : 1° indemnité convenable. L'inconvénient serait de faire délaisser la salle de garde ; 2° intériorisation : inconvénient de ne pas respecter complètement la liberté de l'interne ; 3° nourriture donnée à un mess, par l'hôpital, à tous ses internes. Indemnité supplémentaire pour le logement. Les internes vivant en famille recevraient une indemnité plus forte. Cette dernière solution paraît la meilleure, à notre point de vue.

Mais l'existence matérielle de l'interne n'est pas tout. Il doit avoir les moyens de travailler à la salle de garde. Les prix exorbitants des livres l'empêchent actuellement de se procurer une bibliothèque suffisante, celle de la salle de garde doit y suppléer et les Commissions d'hospices pourraient aider à leur entretien par des subventions convenables.

Ces buts légitimes n'ont de chance d'être atteints que si les demandes faites aux différentes commissions s'appuient sur l'autorité d'une décision du corps de l'internat de toutes les Facultés. Il est à souhaiter qu'un organe de liaison entre les internes des différentes Facultés soit créé au plus tôt.

***

A 5 heures de l'après-midi, dans la salle des Illustres, le Corps Municipal recevait les membres du Congrès. En l'absence de M. Feuga, M. Domergue, adjoint délégué à l'hygiène, entouré de MM. Tribillac, Laporte, Audebert, Bertrand, Brustier, Salamon, conseillers municipaux, Milloz, architecte de la ville, Gaubert, secrétaire général du bureau de bienfaisance, etc., a prononcé une charmante allocution.

« Le VIe Congrès de l'internat, dit-il, est ouvert depuis ce matin à la Faculté de médecine. En l'absence de M. le maire, retenu hors de Toulouse par des raisons de santé, j'ai l'agréable devoir de saluer au Capitole, au nom de la municipalité de Toulouse, l'élite du Corps médical français. L'internat est la grande école du dévouement et de la science : il a eu ses héros, il a eu ses martyrs. C'est dans son sein que se sont formées les grandes vocations médicales, ces meneurs d'hommes, ces idéalistes de la réalité qui, arrachant aux corps souffrants leurs secrets obscurs, ont su élever si haut cette clinique française admirablement claire mais aussi, et surtout profondément humaine.

C'est un médecin, Messieurs, un des vôtres qui devrait vous recevoir ici. Vous devez penser que je suis un parent pauvre dans la grande et noble famille. L'arbre du caducée a pris pour moi la silhouette du pilon, et ses serpents m'incitent à la professionnelle prudence, non pas dans ces instants de sublime angoisse où vous faites reculer la mort menaçante, mais plus prosaïquement dans le calme obscur de l'officine, les yeux fixés sur le fléau de mon trébuchet.

Et cependant, Messieurs, laissez-moi vous dire que je vous connais et que j'aime votre formation scientifique et votre cœur.

Vous êtes des avides de savoir ce qu'est cette flamme de la vie qui toujours vous échappe, et sur le chemin de cet idéal vous faites du bien en passant, quand vous ne mourez pas à la peine.

« Réunis dans vos salles de garde, cet éclair de courageuse gaîté placé aux portes des tombeaux, pareils à ces soldats que chante la légende impériale, vous gémissez sur votre sort ingrat, sur vos services incompris, vous critiquez l'administration toujours ingrate, avare et réaliste. Mais au premier appel, à l'annonce du danger, si grand soit-il, vous vous levez tous, vous accourez, n'ayant d'autre ambition que de vous devancer les uns les autres sur l'âpre et noble route du dévouement, n'ayant d'autre but que le devoir.

« Par un admirable concours de bonnes volontés, de travail et d'efforts, notre Faculté est prospère : elle commence à faire école, elle essaime un peu partout ses élèves et ses doctrines. Elle puise dans son passé illustre un gage prodigieux d'émulation et de progrès. Soyez certains, que nous aussi nous ferons pour la maison des Larrey et des Viguerie, de Francisco Sanchez, le philosophe, et de Delpech, le martyr et l'exemple du devoir professionnel, tout ce qui nous sera possible.

« Avec ses chaires déjà nombreuses, la pléiade de savants estimés qui les occupent, les générations médicales peuvent venir à Toulouse, recevoir non seulement l'enseignement professionnel le plus sincère mais aussi les exemples les plus hauts.

« Messieurs, j'en ai fini, soyez bien dans l'hospitalité toulousaine, emportez de notre cité de briques rouges et de pierres sculptées un souvenir amical. »

M. le docteur Escat, président du Congrès, répond à M. l'adjoint Domergue. Il le remercie de ses paroles de bienvenue. « Une réception dans les murs de notre antique Capitole, dans cette salle des Illustres dont la décoration, œuvre exclusive de maîtres toulousains, crée une atmosphère d'art si bienfaisante, a été une heureuse inspiration de l'esprit élevé et plein de tact qui préside aux destinées de notre cité ».

M. le professeur Escat insiste fort justement sur le but de ce Congrès de l'internat français qui est, avant tout, de perfectionner l'enseignement et aussi l'installation scientifique de nos hôpitaux. Il sait tout le bon vouloir de la municipalité toulousaine actuelle à l'égard de nos hôpitaux. Aussi la remercie-t-il au nom de l'internat toulousain.

« Persuadés, ajoute-t-il, que le corps municipal ne peut rester insensible à notre vœu le plus cher et que le maire de Toulouse, président né de la Commission administrative des hospices civils, a toute l'autorité pour faire entendre sa voix, en haut lieu, nous avons tenu à vous découvrir le vrai fond du cœur de l'internat »

Samedi matin, M. le professeur Escat cède la présidence à M. le professeur Lefort et la parole est donnée à M. Tapie pour la lecture de son rapport sur les maladies et accidents professionnels des internes, avec la collaboration de M. Ducuing, chirurgien des hôpitaux, et M. Caussé, docteur en droit, M. Tapie, développe les considérations suivantes :

Les internes des hôpitaux sont exposés à des dangers quotidiens ; il suffit de considérer leurs occupations journalières (visite et contre-visite, recherches de laboratoire, autopsie, nuits de garde) pour se convaincre des risques nombreux qu'ils encourent. L'interne est exposé à contracter la plupart des maladies infectieuses : fièvre typhoïde, diphtérie, variole, méningite cérébro-spinale, tuberculose, etc. ; il peut être victime d'une piqûre anatomique avec ses conséquences parfois redoutables : infection pyohémique, perte d'un membre, septicémie. Nous sommes à tel point habitués à ces risques que nous les considérons comme de strictes obligations de notre profession. Mais nous devons nous protéger contre le grave préjudice, temporaire ou définitif, qui peut en résulter.

A l'heure actuelle, l'interne qui est victime de son devoir n'a droit à aucune compensation matérielle, alors même que l'accident dont il est frappé le met dans l'impossibilité d'exercer sa profession. Est-il possible de remédier à une aussi grave injustice ?

On peut d'abord se demander si l'interne des hôpitaux est susceptible d'invoquer à son actif les dispositions de la loi sur les accidents du travail. Si on examine : 1° l'ensemble des professions visées par la loi ; 2° les personnes qui y sont assujetties ; 3° les personnes qui en sont bénéficiaires, on voit qu'il n'y a pas place pour les internes. Ceux-ci ne sont ni des salariés, ni des employés engagés par des établissements industriels ou commerciaux ; ils ne peuvent donc bénéficier des dispositions de la loi du 9 avril 1898.

Il serait évidemment possible de faire rentrer par une disposition législative expresse les internes des hôpitaux dans l'application de cette loi ou des lois postérieures. Mais les internes seraient dès lors assimilés aux ouvriers de l'industrie ; nous repoussons cette solution contraire aux principes de notre institution, et qui ferait de nous des salariés.

Il serait assez logique de demander aux administrations hospitalières une indemnité proportionnelle au dommage et à l'invalidité créés par l'accident. L'internat est en effet une institution hospitalière. Mais il est peu probable qu'une administration veuille jamais s'imposer des sacrifices que la législation en cours ne peut exiger d'elle.

Aussi vaudrait-il mieux se contenter de demander aux administrations hospitalières qu'elles prennent désormais l'obligation d'assurer à leurs frais leurs internes contre les risques professionnels. On pourrait donc transmettre aux diverses administrations le vœu qu'avait déjà émis à l'unanimité le 3e Congrès de l'internat.

Si les administrations ne consentent pas à ce léger sacrifice, nous serons obligés de recourir à un moyen provenant exclusivement de notre initiative. Ainsi que l'a suggéré M. Perreau, il suffirait de constituer entre nous une « *Mutuelle accident* » à laquelle tous les internes et anciens internes donneraient leur adhésion. Le taux de la cotisation serait d'autant plus minime que les adhérents seraient plus nombreux ; le tarif des indemnités serait établi en s'inspirant des chiffres prévus par les Compagnies d'assurance. Les internes en exercice pourraient se décharger sur les administrations hospitalières du soin de réunir leurs cotisations par une simple retenue sur leurs appointements.

Le Dr R. Molinéry developpe devant ses confrères les grands avantages que présentent la *Mutualité familiale du Corps médical français*, filiale du *Concours médical*. Jusqu'au moment de la thèse, les administrations hospitalières payeraient la cotisation à la M. F. C. M. F., et les nouveaux docteurs ne pourraient ensuite que désirer continuer une pareille assurance. Le Dr Molinéry donne quelques détails sur les chiffres de l'assurance et le Congrès mandate le Dr Cruchet afin que notre secrétaire général puisse prendre auprès du Dr Gassot tous les renseignements nécessaires.

La parole est donnée à M. Pierre Razemon pour la discussion d'un premier vœu émis au Congrès de Lyon en 1914, concernant la situation des internes vis-à-vis des accidentés du travail.

La question posée dans le rapport de MM. Lefort, Vanhaecke et Devulder était la suivante :

Les internes peuvent-ils délivrer le certificat d'origine ?

M. le docteur Butruille proposa dans la discussion « que ni les chefs de services, ni les internes ne rédigent de certificat concernant les blessés du travail soignés dans les hôpitaux ».

Il invoquait les arguments suivants : l'hôpital est un lieu réservé à soigner les indigents, et les Compagnies d'assurance ne devraient pas avoir le droit d'envoyer leurs accidentés à l'hôpital. La proposition du docteur Butruille fut adoptée, et à la demande de M. le docteur Corone, mise à l'unanimité au programme du prochain Congrès. Ce principe paraît désirable, c'est aussi, semble-t-il, l'opinion des syndicats médicaux. Mais l'association ne peut s'engager que vis-à-vis de ses adhérents et n'a point pouvoir pour entraîner la décision des chefs de service qui ne sont pas anciens internes. Elle ne peut que leur donner communication des vœux émis par les congressistes.

Après une discussion extrêmement intéressante où la responsabilité de l'interne comme signataire du certificat fut, tour à tour, engagée et dégagée, M. le professeur Cruchet, de Bordeaux, fait remarquer que légalement l'interne, n'étant pas docteur, ne peut signer un certificat.

D'autre part, l'interne ayant souvent 16 inscriptions peut, au terme de la loi, exercer la médecine avant la soutenance de sa thèse et, de ce fait, a droit à la signature de ce certificat.

Si l'hospitalisation d'urgence est admise pour les accidentés du travail, il faut donc également que la Compagnie d'assurance admette la rétribution de ce certificat délivré pour ses accidentés de travail, mais il est inadmissible que ce soit l'administration qui touche les honoraires de ces certificats.

La discussion fut extrêmement serrée, les délégués de Montpellier se joignent à ceux d'autres Facultés pour demander que la thèse puisse être passée pendant les quatre années d'internat.

Le docteur Molinéry propose alors, en fin de séance les vœux suivants qui sont adoptés à l'unanimité.

« Le Congrès d'internat des hôpitaux de France émet le vœu que les accidentés du travail ne soient hospitalisés qu'au cas d'extrême urgence.

« La question de cette hospitalisation, de rédaction du certificat, étant d'importance générale, le Congrès émet le vœu que cette question soit renvoyée, pour plus ample étude, au docteur P. Boudin, conseil médico-juridique de l'Association générale des médecins de France ».

Les délégués de Lyon demandent qu'entre les villes de Faculté, les internes puissent pratiquer l'inter-échange. Le vœu est adopté et le bureau est chargé d'en poursuivre la réalisation.

Le Congrès, avant de se séparer, accepta l'invitation de M. le professeur Lefort de se réunir à Lille en 1923, Montpellier et Strasbourg devant venir en suite.

L'administration des hospices de Toulouse, par la parole de M. Brustier, docteur en pharmacie, (et, en même temps, l'un de nos plus sympathiques édiles du Capitole), avait tenu à assurer les internes de la bienveillance de l'administration. Nous savons les démêlés légendaires de toutes les salles de garde avec toutes les administrations, mais il est convenu que salle de garde et administration seront, dans l'avenir, les meilleures amies du monde.

L'après-midi du samedi fut consacrée, par les internes de Toulouse, à leur réunion annuelle. Il en sera donné un compte-rendu particulier.

Visite au Musée médiéval, rue d'Alsace-Lorraine, vers 6 heures ; ce soir là, « on eût dit qu'il avait neigé des roses ». A 8 heures, au Grand-Hôtel, un banquet d'adieu réunissait les délégués de l'internat des hôpitaux français.

Des toasts étaient prononcés au nom de la ville de Toulouse par M. le professeur Bézy, conseiller municipal par M. Audebert, M. Escat, M. Cruchet, M. Brustier, M. Lefort. Celui-ci, en quelques paroles fort émues, nous rappela les souffrances de Lille pendant l'occupation allemande, et nous demanda de vouloir bien accepter en 1923, dans sa cité reconquise, l'hospitalité de l'internat lillois.

Une revue de Guignol toulousain fit défiler, aux applaudissements de tous, les têtes sympathiques des patrons.

Si notre ami Duchesne eût été là, il eût applaudi à tout rompre, lui l'auteur bien connu de nos revues de novembre à Paris !

Excursion à Luchon et à Carcassonne.

Le bureau du Congrès, il faut l'en féliciter, avait tenu à joindre l'utile à l'agréable ; aussi une excursion aux thermes de Luchon et à la cité de Carcassonne avait-elle été décidée.

Le dimanche, à la toute première heure, le groupe imposant des congressistes, où avec plaisir on remarquait un certain nombre de dames, débarquait à Luchon ; les guides, en costume traditionnel, casaquin de velours noir, ceinture rouge, culotte blanche, attendaient les rênes en main.

Défilé tout le long des allées d'Etigny, visite des Thermes sous la conduite de plusieurs médecins de la station et du directeur technique, ancien interne des hôpitaux de Toulouse.

Nos camarades constatent avec une réelle satisfaction combien les établissements thermaux de Luchon sont rénovés et avec quel souci de l'hygiène les nouveaux services de humages, d'étuves, et de douches ont été dernièrement aménagés.

Monsieur le professeur Escat, en particulier, fait ressortir quels sont les avantages des insufflations de la trompe d'Eustache, insufflations pratiquées au moyen de l'appareil Souviron, celui-ci permettant l'adduction *loco dolenti* des vapeurs sulfureuses, spontanément émises par les eaux de Luchon.

Les bains du pavillon Moureu où l'eau radio-active de Lepape est, actuellement, utilisée, retinrent longuement l'attention de nos confrères. En effet, l'eau radioactive de Luchon, de la source Lepape, contient 41 millimicrocuries d'émanation à l'émergence, et cette valeur la classe au tout premier rang des stations françaises et parmi les 10 stations du monde les plus radioactives. (*Communication à l'Académie des Sciences, octobre* 1921).

La soirée radieuse fut passée à Superbagnères où un hardi funiculaire conduit à 1800 m. d'altitude les ascensionnistes amoureux du confort et de la belle nature. Toutes nos félicitations à l'organisateur, notre jeune camarade Cazal-Gamelsy.

La Compagnie du Midi en élevant son grand hôtel à cette altitude permettra à tous les fatigués, à tous les déprimés, et à tous ceux qui veulent fuir le brouhaha des affaires ou la fatigue des plaisirs, de se reposer au milieu d'un air remarquablement léger et d'assister au plus beau spectacle qu'offre la haute montagne.

Déjeuner et dîner furent merveilleusement servis dans le cadre unique au monde du parc du Casino, face au port de Venasque qui semble continuer le jardin bordant la Pique. Le traiteur, Napoléon, fut hors de pair, et nos confrères ont bien voulu nous dire que le souvenir gastronomique ne gâtait en rien les souvenirs d'un autre ordre. Fête de nuit, danses antiques... et on repartait pour Toulouse à destination de Carcassonne. La Cité a été très souvent décrite, et il serait oiseux ici d'y revenir.

A tous nous disons, ne mourez pas sans avoir vu Carcassonne !...

R. Molinéry.

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations.

— **Association d'enseignement médical des hôpitaux de Paris.** — Médecine générale et tuberculose pulmonaire. — *Hospice d'Ivry.* — M. Armand-Delille : Lundi, à 9 h. 1/2, assistance sociale aux tuberculeux. Vendredi, à 9 h. 1/2, séméiologie de l'appareil respiratoire.

Hôpital Saint-Antoine. — M. Béclère : Enseignement clinique élémentaire ; salles Grisolle et Magendie.

Hôpital Andral. — M. Courcoux : Tous les matins, à 9 heures, examens cliniques des malades. Jeudi, à 10 heures, conférences sur les maladies de l'appareil respiratoire.

Hôpital Necker. — M. J. Hallé : Conférences sur la clinique interne, dermatologie et pédiatrie. Jeudi, à 11 h., amphithéâtre des cours, clinique et présentation de malades.

Hôpital Broca. — M. Grenet : Samedi, à 10 heures, présentation de malades ; 5, 12, 19, 26 novembre, leçons sur les applications thérapeutiques des sels de terre rare.

Hospice de Bicêtre (sanatorium Georges-Clemenceau). — M. Lortat-Jacob : jusqu'au 1er janvier 1922. Tous les matins, à 9 h. 1/2, conférences cliniques, rédactions d'ordonnances pour les tuberculeux. Mercredi, à 10 h., traitement des tuberculoses cutanées par le froid, cryothérapie. Vendredi, à 10 heures, examen radioscopique des tuberculeux.

Maison Dubois (200, rue du Faubourg-Saint-Denis) — M. Louis Ramond : Tous les dimanches, à 10 h. 1/2 (service Nigla), conférences de clinique pratique.

Hôpital Laënnec. — M. Ribierre : tous les jours vendredi excepté, à 9 heures, examen au lit du malade, Vendredi, à 9 h. 1/2, consultations pour les maladies du cœur. Samedi, à 11 heures, clinique médicale, amphithéâtre des cours.

— (Dispensaire Léon-Bourgeois). — M. Rist : Lundi, à 9 h. 1/2, visite salle Legroux : à 11 heures, leçons de séméiologie ; à 14 heures, pneumothorax artificiel. Mardi et mercredi, à 9 h. 1/2, visite salles Claude-Bernard et Broca ; à 10 h. 1/2 consultation du dispensaire. Jeudi, à 9 h. 1/2 visite salle Monneret ; à 11 heures leçon clinique. Vendredi, à 9 h. 1/2, visite aux baraque-

ments, ; à 10 h. 1 /2, leçons cliniques ; à 14 heures, consultation du dispensaire. Samedi, à 9 h. 1 /2, radioscopie (avec M. Maingot).

Hôpital de la Charité. — M. Sergent : 1° Horaire hebdomadaire : lundi et vendredi, à 10 h. 1 /2 démonstration radiologique. Mercredi, à 11 heures, par séries annoncées à l'avance, conférences cliniques sur la tuberculose et les maladies de l'appareil respiratoire. Samedi, à 10 h., consultations spéciales (policliniques), pour les affections des voies respiratoires (interrogatoire des malades, discussion du diagnostic, pronostic thérapeutique, manière de rédiger une ordonnance). Mardi et jeudi, à 10 heures, causerie clinique au lit du malade ; 2° Enseignement élémentaire des stagiaires : technique-clinique et séméiologie élémentaire, examen des malades sous la direction du chef. Voir en outre affiche spéciale pour cours complémentaire.

Hopital Tenon. — M. Emile Weil : Tous les matins, de 9 h. 1 /2 à 11 h. 1 /2, examen des malades. Jeudi et dimanche, examen des entrants. Samedi, à 10 heures, radioscopie.

MALADIES DE L'ESTOMAC ET DE L'INTESTIN. — *Hôpital Saint-Antoine.* — M. Bensaude : Mardi, à 9. h. 1 /2, examen rectoscopique et œsophagoscopique.. Vendredi, à 10 h., présentation de malades, discussion du diagnostic et traitement. Pendant le semestre, deux cours de dix leçons sur les maladies de l'intestin (voir affiche spéciale). — M. Lenoir : les mercredis, à 9 h. 1 /2, salle Aran, examen de malades atteints d'affection du tube digestif. Cours sur les maladies de l'appareil digestif et de la nutrition (voir affiche spéciale).

— M. F. Ramond : Jeudi, à 10 heures, présentation de malades, discussion du diagnostic et du traitement.

Hôpital de la Pitié. — M. Enriquez : lundi, mercredi, vendredi, à 9 heures, démonstration radioscopique. Jeudi, mardi, samedi, leçons pratiques sur les maladies de l'appareil digestif. Des cours seront organisés (voir affiche spéciale).

MALADIES DU SYSTEME NERVEUX. — *Hôpital de la Pitié.* — M. Babinski : A partir du 1er novembre, tous les lundis, à 10 heures, consultations des maladies du système nerveux.

Hospice de Bicêtre. — M. Roubinovitch : Mardi, à 9 h. 1 /2, présentation clinique de neuropsychiatrie infantile et juvénile.

Hospice de la Salpêtrière. — M. Souques : Mercredi, à 10 h. 1 /2, consultation externe, présentation de malades. Les autres jours, examen des malades, salle Pinel.

MALADIES DU CŒUR ET DES VAISSEAUX. — *Hôpital de la Pitié.* — M. Josué : Lundi, à 10 heures, technique radio-vasculaire spéciale. Mercredi, à 10 heures, conférence clinique. Vendredi, à 10 heures, consultation spéciale.

Hôpital Tenon. — M. Lian : Lundi, à 10 heures, examen clinique des rénaux. Mercredi, à 10 h. 1 /2 examen radioscopique des cardiaques. Vendredi, à 10 heures, examen clinique des cardiaques. Samedi, à 10 heures, examen graphique des cardiaques. Durant le semestre d'hiver, conférence clinique sur les maladies du cœur et des reins (voir affiche spéciale).

Hôpital Laënnec. — M. Ribierre : Vendredi, à 9 h. 1 /2, consultation pour les maladies du cœur.

GYNÉCOLOGIE MÉDICALE. — *Hôtel-Dieu.* — M. Dalché : Lundi, à 9 h.. examen des malades, salle Sainte-Marie. Mercredi, à 9 heures, consultation. Vendredi, à 9 heures, examen des nouvelles malades.

Hôpital Saint-Antoine. — M. Siredey : Mardi, jeudi, samedi, de 9 heures à 11 heures, consultation pour les affections génitales de la femme. Vendredi, de 9 heures à 11 heures, examen des malades traitées par le radium (cancer et fibrome). Lundi et mercredi, de 9 heures à 11 heures, visite et causerie au lit des malades.

— **Hôpital Lariboisière.** — A partir du 1er novembre prochain, M. A. Clerc fera, le **mardi** salle Grisolle, à 9 h. 1 /2, une consultation externe spécialement consacrée aux maladies du cœur, du sang et des vaisseaux.

Le jeudi, même heure, séance de radioscopie, d'électro-cardiographie et prises de tracés.

Le samedi, à 11 h., leçon clinique.

— **Nécrologie.** — Le Dr Albert de PARREL, chirurgien en chef honoraire des hospices de Dieppe, médecin légiste, vieil ami du *Concours médical*, est décédé à Dieppe le 26 septembre dernier, à l'âge de 69 ans.

Toutes nos condoléances à son fils, notre confrère de Parrel, et à sa famille.

Le Directeur-Gérant : Dr GASSOT.

CLERMONT (OISE). — IMP. DAIX ET THIRON,
(THIRON ET FRANJOU, SUCCESSEURS).
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

Changements d'adresses

Nous rappelons à nos lecteurs que toute demande de changement d'adresse doit être accompagnée de 0 fr. 60 pour frais de réimpression de bande.



JURISPRUDENCE MÉDICALE

Accidents du travail. Demande d'expertise tardive. Défaut de contrôle du traitement.

TRIBUNAL DE PAIX DE PEYRELEAU (Aveyron).
28 *mai* 1921.

Attendu que, par exploit enregistré du 19 avril 1921, le Dr X réclame à MM. V. et Cie, un mémoire pour des soins et fournitures s'élevant à la somme de 3.612 francs, soins et médicaments donnés et délivrés du 19 août 1919 au 3 juillet 1920 au sieur A. Ernest, ouvrier grièvement blessé au service de MM. V. et Cie ;

Attendu que Me Reynes, avocat à St-Affrique, mandataire de V. et Cie, ainsi que de la Cie La X, conteste une partie de la note réclamée, sous prétexte qu'il y a exagération dans les prescriptions médicales et a conclu que la note produite par le demandeur est manifestement exagérée et que les soins donnés au blessé avaient un caractère abusif, nécessitant une diminution du chiffre total des dites notes et devant motiver une expertise qu'il sollicite ;

Attendu qu'en examinant scrupuleusement la note produite et les nombreuses lettres déposées aux débats, ayant trait en la cause, nous ne pouvons que constater que le demandeur n'a fait que son devoir de bon praticien en prodiguant les soins les plus assidus qui y sont indiqués comme ayant été donnés au blessé en question ;

Attendu que le défendeur, au lieu de se borner à contester la note du demandeur et faire ainsi de la critique pour les soins donnés de telle ou telle manière au blessé, pouvait, pendant que le blessé était en traitement, faire désigner un autre docteur médecin de son choix pour faire des visites au blessé en présence du médecin traitant, que n'usant pas de cette faculté qui lui est offerte par l'article 4 de la loi du 9 avril 1898, il nous paraît mal recevable aujourd'hui, après huit mois de guérison du blessé, à soulever une certaine critique au demandeur, surtout sur le mode de soins donnés au blessé ;

Attendu, en ce qui concerne l'expertise demandée au nom du défendeur, qu'elle est très tardive et non pertinente, que de plus, le blessé étant guéri depuis huit mois, nous pensons qu'il n'y a pas lieu d'insister sur l'impossibilité où un homme de l'art se trouverait en ce moment de pouvoir affirmer qu'il y avait lieu de faire avec plus ou moins de fréquence des visites ou tels ou tels pansements ;

Qu'en conséquence, nous estimons qu'il n'y a pas lieu d'accueillir cette demande d'expertise, qui ne peut avoir de raison d'être après la guérison complète du blessé depuis huit mois et qui ne pourrait permettre à l'homme de l'art d'apprécier que par hypothèse et non sur des certitudes ;

Que par suite il y a lieu d'allouer au Dr X., demandeur, le bénéfice des conclusions déposées en son nom.

En ce qui concerne les dépens :

Attendu que la partie qui succombe doit être condamnée aux dépens.

Vu les articles 1 de la loi du 12 juillet 1905, 4 de la Loi du 9 avril 1898, modifiée par celle du 31 mars 1905 et 310 du code de procédure civile..

Par ces motifs :

Déclarons irrecevable comme étant sans objet, la demande d'expertise faite par le défendeur ;

Disons en outre qu'il n'y a pas lieu à réduction de la note produite aux débats ;

Condamnons en conséquence MM. V. et Cie à payer à M. le Dr X. la somme de 3.612 francs, pour visites et soins donnés au sieur A., blessé pendant qu'il était à leur service, durant les années 1919 et 1920.

Les condamnons en outre à tous les dépens, avec les intérêts de droit à partir du jour du jugement.

Ce jugement ayant été frappé d'appel par l'adversaire, le Dr X en a obtenu confirmation, avec l'appui pécuniaire du « Sou médical », par le Tribunal d'appel, dans les termes suivants :

TRIBUNAL CIVIL DE MILLAU.

8 *juillet* 1921.

Attendu que par jugement de M. le Juge de Paix de Peyreleau en date du 28 mai 1921, V. et Cie ont été condamnés à payer au Dr X., une somme de 3.612 fr. pour visites et soins donnés à l'accidenté A., du 19 août au 11 novembre 1919 et du 1er mars au 3 juillet 1920 ;

Attendu que, suivant exploit de Maury, huissier à Millau, en date du 7 juin 1921, V. et Cie ont relevé appel de ce jugement, prétendant, comme ils l'ont fait devant le premier juge, que le mémoire du docteur est manifestement exagéré et doit être réduit, soit à raison des abus de visites, pansements et injections qu'il présente, soit à raison du fait que l'accidenté a été soigné, en outre des brûlures subies, d'un abcès froid de la cuisse qui n'aurait aucun rapport avec l'accident dont il aurait été victime ; qu'ils demandent la nomination d'experts chargés de rechercher quelles affections ont été provoquées chez le blessé A. par l'accident du 19 août 1919, et déterminer la nature et l'importance des soins qui s'imposaient comme conséquences de cet accident : d'examiner et vérifier la note d'honoraires du Dr X. d'évaluer le montant des honoraires devant être mis à la charge de V. et Cie., à l'exclusion tant des frais ou soins abusifs que des frais ou soins devant rester à la charge d'A. seul comme n'ayant pas trait à des affections résultant de l'accident précité;

Attendu que, vu leur gravité, les brûlures dont A. a été victime ont mis ses jours en danger et ont été suivies de sérieuses complications qui ont obligé le médecin traitant à multiplier ses visites de jour et de nuit pour calmer les souffrances du malade, et à appliquer un traitement approprié, grâce auquel le blessé a pu être sauvé, étant donné, d'aileurs, sa

robuste constitution, mais qu'il est resté atteint à la suite du susdit accident d'une incapacité permanente de 35 %.

Attendu que depuis le 3 juillet 1920, le Dr X. attend le paiement de son mémoire établi scrupuleusement, d'après le tarif en vigueur et sur lequel il n'a même pas porté toutes ses visites et consultations, attendu que l'abcès ou plutôt le phlegmon survenu à la cuisse droite de A. s'est produit postérieusement à l'accident et en a été la conséquence directe : que par suite les soins auxquels cette complication a donné lieu doivent être mis comme les autres à la charge du chef d'entreprise ;

Attendu que la demande tendant à faire ordonner par le tribunal une expertise aux fins de faire contrôler par un médecin expert le traitement appliqué par le médecin traitant, alors que la guérison du blessé remonte à un an, ne saurait être admise par le tribunal ;

Qu'en effet, il serait matériellement impossible à l'homme de l'art de savoir si le traitement appliqué par le médecin traitant était bien appliqué aux brûlures d'A. et à leurs complications, étant donné le temps écoulé depuis le moment du traitement ;

Qu'au surplus, l'employeur, s'il jugeait le traitement mal employé, n'avait qu'à user du droit que lui accorde l'article 4 § 3, de la Loi du 9 avril 1898 modifiée par celle du 31 mars 1905, de faire visiter le blessé par un médecin de son choix ;

Attendu qu'en n'exerçant pas ce contrôle, V. et Cie ont perdu tout droit à critiquer le traitement appliqué et doivent être condamnés à payer les honoraires qui leur sont réclamés par le Dr X., qu'il y a par suite lieu, pour le tribunal, de confirmer par adoption de motifs le jugement entrepris ;

Par ces motifs :

Confirme le jugement frappé d'appel,

Ordonne en conséquence que V. et Cie payeront au Dr X. le montant intégral de ses honoraires relatifs aux soins donnés à l'accidenté A., soit 3.612 francs.

Déboute V. et Cie de leur appel, les condamne à l'amende et aux dépens.

Note. — Une jurisprudence déjà nombreuse a rejeté la contestation du nombre et de l'utilité des visites et interventions lorsque le chef d'entreprise avait négligé de faire procéder à la contre-visite du blessé par son médecin.

Voir notamment : J. de paix du canton Sud-Est de St-Étienne, 1er octobre 1907 (*Conc. méd.*, 1908. 10). Trib. civ. d'Aix, 29 octobre 1908 (*Conc. méd.*, 1909. 74). — J. de paix de Noyon, 18 fév. 1910 (*Conc. méd.*, 1910. 619). — J. p. de Pons, 28 mars 1919, conf. par Trib. civ. de Saintes, 17 octobre 1919 (*Conc. méd.*, 1920. 571). — Just. de paix du 1er canton de Rouen (*Conc. méd.*, 1911. 584). — Just. paix du 4e arr. de Lille, 1er

février 1911 (*Conc. méd.*, 1911. 979). — Just. de paix de Châteaubriant, 14 février 1912 (*Conc. méd.*, 1912. 214).

NOTES DE MÉDECINE PRATIQUE

Traitement du diabète. Traitement des flueurs blanches. Traitement de la blépharite ciliaire.

Scientia medicorum crescit et augetur doctrina, studio et arte cujusque medici.

Les observations brèves et claires, les formules simples et courtes sont, souvent, plus utiles au praticien adonné à la médecine générale, que les théories nébuleuses et les hypothèses gratuites. Je pense que si chacun des lecteurs ou abonnés du *Concours*, voulait ouvrir son *Carnet de notes* et les communiquer à ses confrères, il y aurait beaucoup à apprendre et à retenir de leur lecture.

Je sollicite, aujourd'hui, un petit coin pour y loger les quelques notes ci-dessous, écrites, c'est le cas de le dire, à bâtons rompus, *currente calamo*, notes relatives au traitement de quelques affections banales, mais fréquentes.

J'ajoute, immédiatement, que je n'ai pas la prétention d'offrir la *panacée* universelle et indiscutable ; mais, seulement, une médication qui m'a, personnellement, donné de très bons résultats.

* * *

Traitement du diabète

Pour le *régime*, il suffit de consulter sa pratique personnelle ou les formulaires classiques, que nous possédons tous.

Le sucre disparaît sous l'influence d'agents divers, parmi lesquels on a cité : la strychnine, la kola, la lithine, l'arsenic, la santonine.

Voici comment j'ai associé ces médicaments :

Sulfate de strychnine.....	0,001 milligr.
Arseniate de soude	0,001 milligr.
Santonine	0,01 centigr.
Salicylate de lithine.......	0,10 centigr.
Extrait mou de kola......	0,10 centigr.

pour une pilule. Posologie : 3 par jour.

Plusieurs observations. Celles-ci satisfaisantes :

1re Observation. — M. B., employé dans une fabrique de chicorée, à Cambrai, 55 ans, 20 gr. de sucre par litre ; 60 à 80 gr. par jour.

Le malade qui faisait cette quantité de sucre, *pro die*, à la date du 27 janvier, ne présentait plus aucune trace de sucre, le 5 février de la même année.

2e OBSERVATION. — Les mêmes pilules administrées à une vieille religieuse de 75 ans, diminuaient le sucre de 1/3, en un mois.

* * *

TRAITEMENT DES FLUEURS BLANCHES.

Ulcérations du col, métrite catarrhale, salpingite et salpingo-ovarite, etc. sont très fréquemment accompagnées de *flueurs blonches*. Il faut examiner le col, la matrice, les annexes ; enfin, se rendre compte. S'il y a lieu : bien aseptiser, bien nettoyer le vagin ; écouvillonner le col, en cautériser les érosions ; pratiquer tout pansement utile.

On se trouvera excellemment bien — pardonnez-moi ce pléonasme — de l'emploi de la poudre composée suivante, employée à la dose d'une cuillerée à dessert par litre d'eau bouillie, injectée à raison de 2 litres, à 45°.

Sulfate d'alumine et de potasse	ââ	150 gr.
Borate de soude		
Tanin		50 gr.
Acide salicylique	ââ	5 gr.
Résorcine		
Essence de bergamote		XX gouttes.

f.s. A. poudre porphyrisée et tamisée.

* * *

TRAITEMENT DE LA BLÉPHARITE CILIAIRE.

C'est encore d'une association de médicaments, séparément utilisés, contre la blépharite, qu'il s'agit ci-après.

S'il existe des croûtes, appliquer, chaque soir, pendant une semaine, un ouataplasme sur les yeux clos ; ouataplasme qu'on laissera de 5 à 15 minutes, le temps de ramollir les croûtelles.

Passer, ensuite, sur les yeux un bourdonnet de coton hydrophile trempé dans l'*eau distillée de mélilot* tiède — vieille, mais toujours bonne préparation.

Enduire, après cela, le bord palpébral d'une *très légère onction* de la pommade, que je formule ainsi :

Iodoforme		1 gr.
Oxyde de zinc	ââ	0 gr. 75
Précipité blanc		
Précipité jaune	ââ	0 gr. 30
Précipité rouge		
Acétate de plomb cristallisé		0 gr. 35
Vaseline neutre		15 gr.

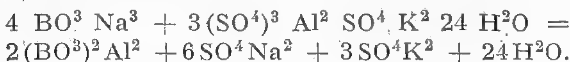
Le lendemain matin, lavage à l'eau bouillie chaude. Puis, passer, sur le bord des paupièrese un bourdonnet de ouate trempé dans le *collyre*,

au sulfate de zinc du Codex. Lorsque nous formulons, nous praticiens, nous devons toujours nous objectiver les réactions chimiques qui se passent entre les médicaments que nous mettons en présence.

En effet, comme le faisait remarquer un de mes savants contradicteurs, il y a lieu de prévoir que le pharmacien préparateur pourra nous faire remarquer que notre ordonnance donne lieu à des incompatibilités. D'où, pour le médecin, une de ces petites blessures d'amour-propre toujours sensibles.

Autant que faire se peut, on doit les éviter.

Avant donc de formuler ma poudre composée contre les flueurs blanches, et ma pommade contre la blépharite ciliaire, j'ai voulu me rendre compte des réactions chimiques se passant entre les produits mis en présence. Lorsque je formule, dans ma poudre contre les flueurs blanches, du borate de soude et de l'alun je dois prévoir une réaction, entre ces deux sels : alors j'établis l'équation chimique suivante :



$$4\ BO^3\,Na^3 + 3(SO^4)^3\,Al^2\ SO^4\,K^2\ 24\ H^2O = 2(BO^3)^2Al^2 + 6\,SO^4Na^2 + 3\,SO^4K^2 + 24\,H^2O.$$

Mais si l'on en juge d'après les propriétés de l'alun, dont le sel d'aluminium est insoluble, cette réaction ne se produirait qu'à haute température et il n'y aurait pas lieu de la craindre, dans les conditions où nous nous plaçons : injections intra-vaginales à 45°.

En ce qui concerne les sels en présence, dans notre pommade contre la blépharite : la vaseline neutralise les réactions et, contiendrait-elle de l'eau, qu'elle se trouverait en présence de produits insolubles, dans ce véhicule.

HgO, sous ses deux formes, et ZnO ayant même fonction basique, ne réagiront pas les uns sur les autres; $Hg^2\,Cl^2$ et $(CH^3\,COO)^2\,Pb$ sont deux combinaisons très stables ; les corps indiqués peuvent donc exister en présence sans qu'il y ait de réaction.

Voilà, me direz-vous, des subtilités scientifiques ; mais comme « chat échaudé craint l'eau chaude », il vaut mieux prévoir l'objection que d'avoir à la rétorquer, n'est-ce pas, cher Confrère D..., dont j'aurais mieux aimé connaître le nom que l'initiale, qui — d'ailleurs — je n'en doute pas, doit cacher une illustration médicale.

Que voulez-vous, maître, tout le monde ne peut pas la faire « à l'humble violette ! »

Dr GALAND (de Cambrai).

QUARANTE-TROISIÈME ANNÉE — N° 43 — DIMANCHE 23 OCTOBRE 1921

Fondé en 1879 par Auguste CÉZILLY
Rédigé et dirigé par H. JEANNE (1900-1914),

LE CONCOURS MÉDICAL

ORGANE HEBDOMADAIRE DES PRATICIENS
Groupés dans la Société « **Le CONCOURS MÉDICAL** » *et ses Filiales*

ADMINISTRATION & PUBLICITÉ

C. BOULANGER, ADMINISTRATEUR

ABONNEMENTS :

France	24 fr.
Etranger	28 »
Etudiants (*France*)	12 »
Le numéro	50 cent.

Chèques Postaux Paris 167-95

DIRECTION

MM. les Drs A. GASSOT, *Directeur* ; A. MAURAT ; H. CEZILLY ; J. NOIR ; P. BOUDIN docteur en droit ; M. VIMONT ; G. DUCHESNE.

MM. P. CEZILLY, J. DUMESNY, licenciés en droit ; C. BOULANGER.

RÉDACTION

Dr J. NOIR,
RÉDACTEUR EN CHEF

Drs P. LACROIX et G. DUCHESNE
SECRÉTAIRES DE LA RÉDACTION

N.-B. — Les manuscrits publiés ou non, ne sont pas rendus.

Rédaction et Administration : 132, rue du Faubourg St-Denis, PARIS (10e). Téléphone : Nord 48-17

LE CONCOURS MÉDICAL
GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

Office de Renseignements du « Concours »

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum, aux* « demandes et offres ».

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne, qui est versé dans la caisse de la Société civile du Concours Médical). *Adresser un mandat ou mieux verser au compte de chèques postaux,* CONCOURS MÉDICAL, *Paris 167-95.*

Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse.**

N° 501. — Bourgogne, pour cause décès membre famille, à céder poste 40.000 fr. avec fixes. Indemnité : 15.000 fr. pharmacie comprise.

N° 502. — Infirmière demandée pour dispensaire, 117, rue du Point-du-Jour, Billancourt.

N° 503. — A vendre séparément au plus offrant : Pathologie interne Dieulafoy, relié 4 vol.; Précis de physiologie d'Hédon; Anatomie descriptive collect. Testut 1 vol. ; Accouchement Dubrisay, et Janvier.

N° 504. — Serais acheteur petite bouteille Magondeaux d'occasion. Ecrire : Dr G. Vidal, à Villeneuve-les-Béziers (Hérault).

N° 505. — Médecin français cherche situation dans clinique, assisterait confrère à Paris ou banlieue. Ecrire Dr Fedorowsky. 29, rue Monge, Paris, 5e.

N° 506. — A vendre : seringue de 20 cmc. verre et métal, boîte gainerie. Dr Chabanon, 143, avenue de Saxe, Lyon.

N° 507. — Docteur recommande particulièrement dame, 40 ans, instruite, connaissant l'anglais, pouvant être mise à la tête d'une maison de santé. Excellentes références.

N° 508. — A vendre torpedo Renault, 11 HP, 5 places, modèle guerre, bien entretenue, au plus offrant à partir de 11.000 fr. Dr Gayot, à Montivilliers (Seine-Inférieure).

N° 509. — Auto Berliet, 15 HP 1920, état de neuf, 5 pl,. écl. démarr. électr. 5e roue montée, à vendre au plus offrant au-dessus de 12.000 fr. Dr Breville, Rocroi (Ardennes).

N° 510. — 12 HP Renault, fin 1913, conduite intérieure. 4 places, carrosserie et mécanique en parfait état, pas roulé pendant la guerre, réelle occasion 15.000 fr. Dr Esclavissat, 10, rue Beaugrenelle, Paris, 15e.

N° 511. — A vendre, cause double emploi, très confortable coupé conduite intérieure, 3 places Clément-Bayard, modèle taxi. Peinture de luxe neuve, mécanisme, revu, en parfait état. Pneus très bon état, envoi photo sur demande. Prix avantageux. Dr Mercier, à Montmirail (Marne).

N° 512. — A reprendre de suite dans la banlieue parisienne très bon poste seul médecin faisant pharmacie Rapport : 35.000 fr. environ, maison agréable. S'adresser à Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris.

N° 513. — Centre. Poste très important faisant très gros produit, clientèle ancienne et très sérieuse, grande maison très confortable. S'adresser à Breitel et Goret, 1 rue Dante, Paris.

N° 514. — A vendre torpédo Renault, 2 cyl. 9 HP, carburateur Solex, 2 pl. et spider. Voiture robuste économ. confort. très bon état de marche : 6.800 fr. S'adresser Feytout, 19, avenue République. à Courbevoie (Seine).

CANCER. — L'action puissamment antinévralgique du **Pyréthane**, donné aux doses de 25, 50, 80 gouttes, en eau bicarbonatée, à renouveler permet de garder en main médicale l'emploi de la morphine, d'en diminuer la dose ou de l'espacer.

CORRESPONDANCE

La prophylaxie de l'encombrement médical

Pour empêcher les nombreux jeunes gens qui rêvent de devenir disciples d'Esculape, il faudrait leur dire toute la vérité : que, par exemple, plus le rôle social du médecin grandit, plus les honoraires sont en baisse. Avec l'assistance médicale gratuite, les sociétés de secours mutuels, l'inspection des nourrissons, les soins aux victimes de la guerre, les enfants assistés, les pupilles de la Nation, et bientôt cette épée de Damoclès qu'est en ce moment la future loi invalidité-maladie, etc.., le médecin deviendra de plus en plus un véritable fonctionnaire étouffant sous le poids de la paperasserie administrative. Pensez donc qu'à chaque visite aux victimes de la guerre, il lui faut remplir trois feuillets du carnet du malade, un feuillet ordonnance, un bon de visite, et un troisième feuillet à envoyer à la Préfecture le jour de la visite ou de la consultation, sans compter qu'il lui faut ensuite inscrire la date de la visite et l'adresse du médecin sur le talon du carnet, et encore la date de la visite dans une colonne spéciale au verso de la couverture, sans quoi il se verra contester ses honoraires sauf régularisation. Ces formalités diverses ont dû germer dans le cerveau de quelque M. Lebureau, et sont pour le moins très fastidieuses ; en tous cas elles font perdre au médecin un temps précieux qui serait certes plus utilement employé à soulager les malades qui souffrent.

Quant à la manne gouvernementale, elle ne tombe pas vite, car depuis 1919 les médecins n'ont pas encore touché un centime pour les soins aux victimes de la guerre, après avoir été qualifiés de « mercantis des mutilés ».

Cependant, il leur faut payer leurs fournisseurs au comptant et l'essence et les pneus coûtent très cher.. et... le reste aussi.

Il faut dire aux jeunes générations qui se destinent à cette profession, et ne pas se lasser de le leur répéter, que la médecine nourrit difficilement celui qui l'exerce, et qu'à côté de quelques médecins privilégiés (grands pontifes ou médecins en vogue dans les grandes villes), le médecin tout court gagne péniblement sa vie et végète le plus souvent. »

Dr H.

Médailles commémoratives de la guerre.

Les journaux politiques ont parlé, toujours très vaguement, de l'institution de 2 médailles commémoratives de la guerre, une médaille interalliée et une autre purement française comprenant plusieurs catégories suivant les services (front ou arrière). Où en est la question ? Ces deux médailles existent-elles et comment peut-on y avoir droit ?

Dr N.

Réponse.

Il a été créé, en effet, les deux médailles suivantes :

1° La Médaille interalliée, dite « Médaille de la Victoire ».

L'autorisation de la porter doit être demandée, par les militaires rendus à la vie civile ayant fait partie des corps de troupes, au Conseil d'administration siégeant au dépôt du dernier corps d'affectation et par les militaires des états-majors et services, au général commandant la région (dernière région de rattachement).

Ont droit au port de la médaille, dans le corps de santé, les militaires ayant appartenu aux unités suivantes :

G.B.D. (divisions d'infanterie).

G.B.D., 1 à 40 - 51 à 52 - 1er 2e C.C. - 1er 2e C.A.C.

G.B.D. 201 (133e D.I.)

Ambulances et S.H.O. divisionnaires et de corps d'armée.

T.E.M. :

Formations sanitaires de D.I., D.C., C.A. et C.C.

2° La « Médaille Commémorative Française dela Grande Guerre », crééepar la loi du 23 juin 1920.

Y ont droit tout militaire ou marin présent sous les drapeaux entre le 2 août 1914 et le 11 novembre 1918, ainsi que notamment les infirmières, infirmiers, médecins, pharmaciens, administrateurs bénévoles ayant servi entre ces mêmes dates aux armées ou à l'intérieur.

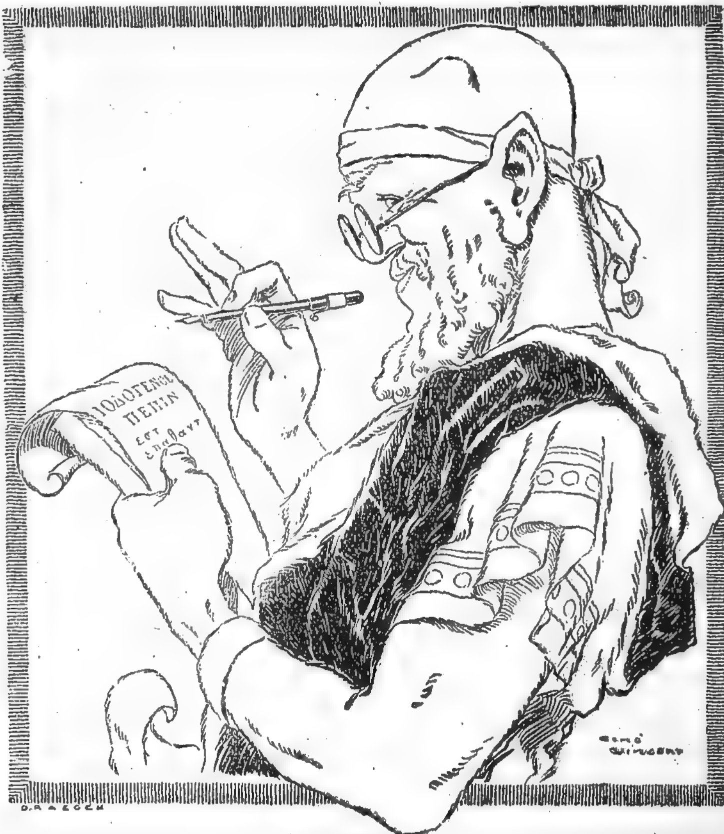
La médaille commémorative n'a pas à être attribuée. Les intéressés ont seulement à justifier de leurs droits par une pièce d'identité faisant ressortir leurs titres (livret militaire, extrait de citation, titre de pension, carnet de notes, certificat ou ordre de service).

Le scandale de Wiesbaden.
La défense des villes d'eaux et de l'hôtellerie française.

Permettez-moi de vous féliciter encore pour votre défense des stations hydrominérales de France et de l'hôtellerie française en général, et surtout pour votre virulente riposte de la fin. Vous appelez un chat, un chat et....... un traître.

J'ai entendu, au cours d'un voyage de près d'un mois que je viens de faire, à peu près les mêmes réflexions que celle du Dr D. C'était en Alsace, la veille de mon départ pour Vichy où j'ai passé 3 semaines.

« Vous allez à Vichy, me dit-on, mais, ce n'est pas là qu'il faut aller ; allez donc à Wiesbaden : notre DÉPUTÉ arrive de Wiesbaden, il en est enchanté, il a



payé 20 fr. ; à Vichy, il aurait payé 150 fr. ». Je répondis : « Je connais Vichy, ; je doute qu'on y demande 150 fr. et, en tout cas, ce ne peut être que dans des palaces pour nouveaux riches, ce qui ne m'intéresse pas, ni n'intéresse la grande majorité des gens qui iront se soigner à Vichy ».

Je reviens donc de séjourner 3 semaines à Vichy dans un hôtel de second ordre pour 20 fr. par jour *en septembre* plus 2 fr. pour le petit déjeûner. J'en conserve le meilleur souvenir pour la bonne chère, la bonne cuisine et la supériorité d'un personnel des mieux stylés : moi aussi, j'y ai retenu ma place pour septembre 1922.

Je ne dirai rien du Casino, de l'établissement des premières (bains, mécano, radio), où j'ai reçu, comme tous les médecins d'ailleurs, l'accueil et les soins les plus empressés, tant de la part de nos confrères Haller, directeur de l'établissement et Aymard, chef du service radiographique, que de tout le personnel, jusqu'au dernier des baigneurs. Mes deux filles m'accompagnaient ; il en a été de même pour elles.

A un point de vue plus général, non médical même, je crois bon de protester contre la réputation de mercantilisme que certains journaux politiques font à nos hôteliers, éloignant ainsi maladroitement nombre de gens de notre pays, à la prospérité duquel nous sommes, nous médecins, quand même bien intéressés.

Avant d'arriver, à Vichy, j'étais donc passé par une partie des régions libérées et par l'Alsace.

Je dirai, que j'ai été, en somme, *stupéfait* des prix raisonnables qui m'ont été demandés.

A Bray-sur-Somme, dans le seul hôtel, je crois, de cette petite localité, nous avons fait un déjeuner TRES confortable pour 7 fr. Nous avons dîné au buffet de Compiègne, très sélect, pour 7 fr. ; à Reims déjeuner presque luxueux pour 9 fr.

J'appréhendai Verdun : là, il a fallu, à 9 h. du soir, faire le tour de la ville pour trouver un gîte. Au 5e hôtel où nous avons frappé à 9 h. 1/2, nous avons trouvé UNE *très* grande chambre, un dîner très convenable et un accueil très agréable. Nous avons pris le petit déjeuner, le lendemain et pour le tout, j'ai payé 46 fr. pour 3 personnes, devais-je me plaindre ?

J'ai fait avec mes deux filles le tour du champ de bataille : Vaux, Fleury, Doaumont, etc., en auto particulière avec un guide, vieillard de 72 ans, distingué, agréable, connaissant la région ; durée 9 h. à 12 h. 30 ; coût : 100 fr. y compris la course de la veille au soir, car j'oubliais de dire que nous avions pris le même auto à la gare de Verdun, lors de notre arrivée, et que c'était le même chauffeur, celui de notre guide, qui nous avait conduit avec le sourire, à travers Verdun et frappait pour nous à la porte des hôtels.

Déjeuner convenable au buffet de Verdun pour l'énorme prix de ... 6 fr. et il y avait foule.

Je pourrais continuer ainsi. Je passe Nancy dont nous gardons le meilleur souvenir et je cite encore un bon déjeuner à Gérardmer — Hôtel moderne — pour

7 fr. et un autre en Alsace, à Barr, au pied de Sainte-Odile, pour 7 fr.

Et comme vous le dites, tous ces gens sont accablés d'impôts, et les produits agricoles ont assez peu baissé.

Vraiment, je ne crois pas être toujours satisfait des choses de France, mais, de bonne foi, j'estime que notre industrie hôtelière, qu'elle soit des régions libérées ou des villes d'eaux, mérite beaucoup pour l'effort qu'elle fait pour maintenir sa vieille renommée et a droit à beaucoup plus d'égards de la plupart des Français.

J'ajouterai un mot : les prix que j'indique ci-dessus sont les prix de pension ou de repas sans vin ; je fais partie de la ligue des médecins abstinents. Je buvais donc de l'eau, mes filles aussi. Je craignais quelque peu que cela n'indispose à notre égard les garçons d'hôtel ; je ne m'en suis aperçu nulle part.

Si mon bavardage a le moindre intérêt, faites-en ce que vous voudrez après en avoir extrait la substantifique moelle. S'il y en a.

Dr Bougon.

HYDROLOGIE

Le XVe Voyage d'études médicales aux stations hydrominérales et climatiques.

(Région du centre de la France),

Par le Dr A. Satre (de Grenoble),

Licencié ès-sciences physiques.

Une caravane d'environ 150 médecins se formait le 4 septembre, à Pougues-les-Eaux, dans la Nièvre et, après une longue randonnée à travers la Saône-et-Loire, l'Allier, la Loire, le Puy-de-Dôme, le Cantal, la Creuse et le Cher, se disloquait, le 15 septembre, à Lamotte-Beuvron, dans le Loir-et-Cher.

Cette caravane, composée non seulement de médecins français, mais encore de nombreux étrangers : Anglais, Belges, Danois, Espagnols, Roumains, Suédois, Hollandais, Grecs, Egyptiens, Syriens, accomplissait joyeusement le quinzième voyage d'études aux stations hydrominérales et climatiques de France, parcourant cette fois, la si riche région du centre.

On sait que ces voyages, entrepris en 1899 sur l'initiative du Dr Carron de la Carrière et placés sous l'égide scientifique du regretté doyen Landouzy, joui-

(Voir la suite page XXVII-2917)

MUSCLARSENOL CORBIÈRE

SOLUTION DE

914

POUR INJECTIONS INTRA MUSCULAIRES INDOLORES

ÉCHANTILLONS GRATUITS SUR DEMANDE



TITRE en As CONTRÔLÉ (20%)

PURETÉ CHIMIQUE



PAS DE DOULEURS NITRITOÏDES

LABORATOIRES CORBIÈRE & LIONNET

Télégrammes: PANTUTO-PARIS

FOURNISSEURS DES HOPITAUX

25 & 27, Rue Desrenaudes, PARIS

Téléphone : WAGRAM 37-64

L'ATTENTION de MM. les Médecins est attirée sur l'extrême fréquence des substitutions dont le **Gomenol** est l'objet. Pour obtenir *avec certitude* les excellents résultats qui ont fait la réputation de la médication Gomenolée, il est indispensable de prescrire le

Gomenol et les Produits au Gomenol

sous leur complète dénomination et leur appellation d'origine, c'est-à-dire, par exemple :

OLEO-GOMENOL PREVET à 5 0/0 pour Pulvérisations et Instillations nasales.

OLEO-GOMENOL PREVET à 10 0/0 pour Injections trachéales et modificatrices.

OLEO-GOMENOL PREVET à 20 0/0 pour Pansements chirurgicaux et gynécologiques, Instillations vésicales, Injections intra-musculaires, Lavements, etc...

Ces Oleos-Gomenol sont en flacons de 50, 100 et 250 cc.

RHINO-GOMENOL en tube pour **Antisepsie nasale.**

GOMENOL CAPSULES en étui pour Affections broncho-pulmonaires.

GOMENOL SIROP en flacon pour Trachéo-bronchite, Coqueluche, etc...

GOMENOVULES pour Pansements gynécologiques.

Laboratoire des PRODUITS du GOMENOL, 17, rue Ambroise-Thomas — PARIS (IXe)

PROPOS DU JOUR

L'avenir de la profession médicale. L'atelier de l'artisan d'hier et l'usine de demain. La maison médicale de diagnostic et de traitement.

Confrères, beaucoup d'entre vous voyagent en automobile. S'il vous arrive une panne un peu sérieuse, vous avez recours à un mécanicien. Il en existe partout, et de très bons, même dans de très petites villes. Le mécanicien consulté examine votre machine, porte le diagnostic de la lésion. S'il le peut, il la répare. Si c'est un homme consciencieux et s'il juge la lésion trop grave, s'il se rend compte qu'il manque de l'habileté ou des outils nécessaires pour remettre votre automobile en état, il vous l'explique franchement et vous conseille d'expédier votre voiture à l'usine, où elle sera démontée pièce à pièce, examinée à fond et réparée comme il convient.

Ce qui se passe pour l'automobile en panne, se passera de plus en plus pour le malade. Le praticien, tel le mécanicien, cherchera à poser le diagnostic, traitera comme il le convient les affections que sa compétence et ses moyens lni permettent de traiter. Mais s'il est consciencieux et s'il s'aperçoit que la maladie exige des examens spéciaux, l'intervention de spécialistes et des moyens de traitement qu'il ne peut mettre en œuvre, il enverra son malade à la maison médicale de diagnostic et de traitement, privée ou publique, dans ce dernier cas l'hôpital.

Que nous le voulions ou non, l'exercice de la médecine prend cette tendance. Il suit la marche inéluctable du progrès.

La profession médicale est un art qui s'adapte les découvertes de toutes les sciences. Comme tous les arts, sa technique, d'abord assez simple, devient de plus en plus compliquée. Le médecin praticien fut, est même encore un artisan. Comme le savetier travaillant jadis dans son échoppe, il peut encore (peut-être ?) travailler utilement seul dans son cabinet. Mais tout nous démontre qu'avec une rapidité foudroyante, le cabinet deviendra insuffisant. L'échoppe a disparu ou à peu près devant l'usine. Le cabinet s'effacera devant la maison médicale. L'artisan cédera la place à l'ouvrier. Excusez la comparaison triviale, irrévérencieuse qui fera rougir nos anciens, figés dans l'antique sacerdoce, mais, qu'on le veuille ou non, elle est exacte. Et, bien que dans ces choses le latin ne soit plus de saison, nous pouvons dire comme jadis Gui Patin qui émaillait de citations latines la prose de ses lettres : *Amicus Plato, magis amica Veritas.*

Tel est l'avenir du praticien. Son cabinet cèdera le pas à l'usine médicale, à la maison médicale de diagnostic et de traitement. Y trouvera-t-il son compte ? Cela dépendra surtout de lui.

S'il s'acharne à ne pas voir clair, à se renfermer dans la tour d'ivoire d'un individualisme jaloux, l'usine médicale se créera, s'organisera en dehors de lui, contre lui, presque à son insu. Un beau jour, il la trouvera toute prête et, comme il ne pourra pas s'en passer, il ira frapper à sa porte, y demandera humblement un emploi pour vivre, deviendra un salarié, un ouvrier d'usine et le prolétariat médical sera constitué.

Si le praticien se rend compte du danger, s'il se détache de son individualisme instinctif, il fondera avec ses confrères des collectivités puissantes, qui créeront elles-mêmes l'usine médicale, ou tout au moins sauront prendre la direction et l'exploitation des usines déjà construites. Au lieu d'être des salariés, ils deviendront des coopérateurs, des associés et ne s'en trouveront pas plus mal.

Vons croyez naïvement, confrères, que lors qu'on fait miroiter les millions qui seront consacrés aux soins médicaux par les futures caisses d'assurances sociales, ces millions vous seront intégralement partagés. Vous vous amusez dès ce jour, dans votre innocente simplicité, à les diviser et à vous en attribuer le quotient. Vous entrevoyez des 20.000 fr., 30.000 fr. d'honoraires, assurés au minimum à chacun de vous par ces caisses, et vous souriez en disant : « Cet appoint ne sera pas mauvais avec ce que me rapporteront les non-assujettis à l'assurance. »

Pauvres innocents ! Les millions serviront d'abord à construire et organiser les usines médicales, les hôpitaux, sanatoriums, instituts

spéciaux, laboratoires. Vous devrez y être attachés pour vivre et ce qui restera pour votre salaire, nous le craignons fort, ne sera pas gros.

Aussi, croyez-nous, votre salut ne sera que dans l'association et le syndicalisme.

C'est pour cela que nous admirons notre confrère, le Dr Roulliès, qui a su réaliser à Agen, pour ses confrères, la première *Maison médicale de diagnostic* qui, avec la radiumthérapie, s'aiguillera fatalement vers la maison médicale de traitement.

C'est pour cela que nous avons été heureux d'annoncer récemment la création à Paris du *Centre de diagnostic médical* (1) de la rue Andrieux où un groupe de jeunes médecins associés, mettent à la disposition des praticiens parisiens, dans des conditions économiques, toutes les ressources techniques désirables.

Nous qui, depuis plus de vingt ans, avons jeté le cri d'alarme et prévu ce qui devait arriver, nous répéterons qu'il est encore temps, mais que, dès aujourd'hui, il faut songer à l'organisation nouvelle de la profession médicale

J. Noir.

Nous sommes heureux de reproduire la statistique des services rendus, du 1er août 1920 au 30 juillet 1921, par la fondation du Dr Roulliès ; nous l'empruntons à la publication intitulée la *Maison médicale d'Agen* (no 5 du 1er sept. 1921).

(1) *Concours médical*, n° 41, octobre 1921, page 2794, 2e colonne.

« D'août 1920 à fin juillet 1921, il a été fait 198 Wassermann, contrôlés par la réaction de Vernes, 76 dosages d'urée sanguine, dont une grande partie accompagnée de la constante d'Ambard, 27 examens de liquide céphalo-rachidien, 7 examens de liquide pleural, 48 examens d'urines, dont 24 analyses chimiques et 14 analyses histologiques, les urines ayant été recueillies dans la maison par le *cathétérisme uretéral*, 17 examens de pus uretéral, 139 examens de crachats, 24 de suc gastrique, 15 de fèces, 89 prélèvements pour affections aiguës : angines, fièvres typhoïdes, para-typhoïdes, soit pour examen microscopique ou ultramicroscopique, soit pour séro-diagnostic de Widal ou hémocultures, 5 examens histologiques pour tumeurs viscérales, enfin 16 biopsies pour tumeurs variées.

En outre, il y a été pratiqué 369 radiographies ou radioscopies. Enfin, 148 fois, il a été nécessaire d'hospitaliser les malades pour pouvoir les examiner avec soin, et faire les prélèvements nécessaires.

7 médecins ou spécialistes assurent les différents services de la Maison.

Tels sont les chiffres bruts, représentant l'activité de notre Centre scientifique agenais.

Nous passons volontairement sous silence les quelques applications de radium (27) que nous avons pu faire depuis février 1921, et qui ont nécessité d'assez nombreux examens préparatoires. »

Grâce à notre éminent confrère, le Dr Roulliès, Agen et le Lot-et-Garonne marchent, au point de vue médical pratique, à l'avant-garde du Progrès.

J. N.

PARTIE SCIENTIFIQUE

CLINIQUE MÉDICALE

Hôpital Saint-Antoine : M. le professeur Chauffard.

Œdème aigu pneumococcique de la glotte.

Il s'est passé, ces jours derniers, dans nos salles, un fait dramatique, important par l'enseignement qu'il nous apporte. Je me propose de lui consacrer une leçon qui sera, par exception, en partie double. Il s'agit d'un œdème aigu de la glotte, et j'ai pensé qu'il serait utile d'avoir à ce sujet l'opinion de mon collègue laryngologiste, M. Lermoyez. Je vous présenterai le point de vue médical, le point de vue du médecin. M. Lermoyez viendra ensuite vous exposer le point de vue du spécialiste.

Il s'agit, vous ai-je dit, d'un cas de laryngite œdémateuse aiguë, d'œdème de la glotte, avec suffocation, trachéotomie et mort, le tout ayant évolué en un laps de temps très court. Il y a quatre jours, nous recevions dans le service un homme de 50 ans, obèse, avec un cou court, du type appelé quelquefois apoplectique. Il venait

de la consultation et avait fait le trajet de la salle de consultation jusqu'ici à pied. Je crois même qu'il était venu de son domicile à l'hôpital à pied également. Cependant, il nous arrivait en proie à une dyspnée extrême, caractérisée par le nombre des respirations (36 à la minute) et surtout par le type respiratoire. Il suffisait de le regarder et de l'entendre respirer pour conclure qu'il était atteint de dyspnée laryngée. L'inspiration était lente, prolongée, sifflante, stridente. Au moment des accès de suffocation, elle se terminait par un cornage intense. L'expiration était prolongée. En raison de l'obésité du sujet, on ne pouvait pas voir le jeu des muscles auxiliaires de la respiration, ni constater de tirage.

Quand le malade put nous donner quelques renseignements, il nous apprit que son affection remontait à trois jours seulement. Il avait été pris, d'abord, de dysphagie, ensuite de dyspnée progressive. Continuant notre examen, nous avons trouvé un pouls à 120, une tension presque normale. A l'auscultation, pas de bruit de galop cardiaque, des bruits sourds, en rapport avec la polysarcie. Dans les poumons, murmure vésiculaire simplement affaibli. Température à 37°3. Petite quantité d'albumine et de sucre dans l'urine.

Qu'allions-nous conclure ?

Nous partions, d'abord, de ce fait que l'état dyspnéique était d'origine laryngée et nous apercevions trois directions dans lesquelles pouvait s'orienter le diagnostic. Nous avions à nous demander s'il n'y avait pas paralysie laryngée, par compression récurrentielle par exemple. Ce diagnostic paraissait très improbable. Les accidents étaient trop aigus, trop rapidement progressifs pour faire penser à une compression du récurrent, dont nous ne trouvions, du reste, aucune cause appréciable. Venaient ensuite l'œdème brightique et l'œdème inflammatoire. En faveur de l'œdème brightique, il y avait l'albuminurie. Mais cette albuminurie était légère et l'on ne rencontrait rien dans l'histoire du malade appartenant à la néphrite : les accidents avaient éclaté tout récemment (depuis 3 jours), en pleine santé ; pas de bruit de galop. Le diagnostic d'œdème brightique était possible, quoique peu vraisemblable.

Restait une troisième éventualité : l'œdème infectieux inflammatoire. Le malade avait craché. Nous avions vu une expectoration légèrement sanglante, ressemblant un peu au crachat rouillé de la pneumonie. Je demandai un examen bactériologique des crachats et une inoculation à la souris. Le résultat fut doublement positif. L'expectoration contenait des pneumocoques nombreux, associés à un bacille mal défini, qui n'était pas le bacille diphtérique. La souris injectée succomba dans un délai de 30 heures à une pneumonie, ce délai indiquant une virulence du pneumocoque pas très grande.

Telles étaient les raisons qui nous incitaient à admettre un œdème aigu pneumonique du larynx. J'avais déjà observé, d'ailleurs, antérieurement, deux exemples de cet état morbide. Le diagnostic, ici, toutefois, bien que très probable, n'offrait pas une certitude absolue. Il était intéressant de préciser l'état du larynx par un examen laryngoscopique. Je demandai à M. Lermoyez d'envoyer un de ses assistants pour pratiquer cet examen au lit du malade.

A propos de l'examen laryngoscopique, dans les cas de ce genre, il faut connaître ses inconvénients. Il y a le pour et le contre. Le laryngoscope complète le diagnostic en montrant la lésion laryngée, en constatant son existence et en précisant sa nature. Ce sont là des renseignements bien tentants à rechercher et c'est le côté pour. Il y a un côté contre, défavorable. Quand vous introduisez un laryngoscope dans la gorge de patients de ce genre, vous risquez d'exacerber les spasmes glottiques. La dyspnée, en pareille circonstance, reconnaît effectivement deux origines : d'une part, la sténose inflammatoire, permanente, du larynx ; d'autre part, les spasmes glottiques qui s'y adjoignent. Il convient donc d'être réservé sur ces examens.

Quoi qu'il en soit, le laryngoscope montra un œdème congestif, violacé, de l'épiglotte et des replis ary-épiglottiques, et un calibre laryngé très rétréci par laryngite inflammatoire et mucosités stagnantes. Ce n'était pas l'œdème blanc du brightisme. La laryngoscopie confirmait notre diagnostic.

L'examen fut bien supporté, sans complication spasmodique. J'ajoute que le malade avait eu, un peu auparavant, un spasme glottique violent, avec angoisse vive, qui nous avait beaucoup inquiété.

Que fallait-il faire devant ces spasmes ? J'ai hésité à recourir à la morphine. J'ai employé un mélange d'adrénaline et d'extrait hypophysaire qui nous a déjà donné des résultats dans les cas d'asthme, d'affections suffocantes. Ce médicament a procuré une sédation.

Une demi-heure après l'examen laryngoscopique, le patient fut pris à nouveau de spasme glottique, accès tellement intense qu'il entraîna un état de mort apparente. D'urgence, on fit une trachéotomie — trachéotomie rapide, extemporanée —, suivie de tractions rythmées de la langue, de respiration artificielle pendant trois quarts d'heure, et d'injections d'éther. Le tout resta sans résultat, la mort étant bien réelle.

Voilà l'histoire clinique de ce malade. A l'autopsie, la muqueuse de la gorge s'est montrée congestionnée, sans diphtérie (il n'en avait pas été constaté, d'ailleurs, pendant la vie). Le larynx, que vous pouvez examiner sur les pièces

ci-jointes, présente une infiltration gélatiniforme de toute la région sus-glottique, l'ensemble ressemblant un peu à un œdème préputial, à l'aspect du prépuce dans un paraphimosis. Le larynx incisé montre toute la cavité laryngée tapissée de fausses membranes, recouvrant les cordes vocales et se prolongeant au-dessous, sous forme d'une trachéite fibrineuse qui ne dépasse pas la bifurcation de la trachée. Rien au poumon : pas de pneumonie, en particulier. J'ajoute que le foie était gros, augmenté de volume, sous l'influence probablement d'un état alcoolique et de l'infection actuelle. En résumé, laryngo-trachéite suraiguë, membraneuse, presque diphtéroïde d'aspect, sténosante, ayant entraîné la mort en quelques jours. L'examen bactériologique a décelé des pneumocoques et des bacilles prenant le Gram, pas bien identifiés, non diphtériques en toute probabilité. Je ne crois pas à une diphtérie associée à la pneumonie. D'abord, nous ne voyons jamais cette association. Ensuite nous connaissons les exsudats membraneux du pneumocoque.

Les cas de ce genre sont très rares. Pour ma part, j'ai rencontré deux autres fois seulement cet œdème laryngé aigu pneumococcique. La première fois — c'était en 1881 — il s'agissait d'un malade qui mourut en cinq jours d'une sorte de phlegmon laryngé contenant un pus épais, verdâtre, comme le pus pneumococcique. La seconde fois, il s'agissait d'un homme de 40 ans — que j'ai observé avec Guy Laroche — entré à l'hôpital Cochin le 5 mai 1909. Il se plaignait depuis deux jours de fièvre, de dysphagie, puis de dyspnée. Opéré d'urgence de trachéotomie, il avait le lendemain 40°6. On trouvait à l'examen laryngoscopique une tuméfaction violacée du larynx. L'auscultation révélait un foyer à la base pulmonaire gauche. Le diagnostic de laryngite pneumococcique n'était pas douteux, étant donnés l'association de la lésion pulmonaire, et le résultat de l'hémoculture, qui fut positif. Le malade eut d'ailleurs deux abcès des membres — troisième étape, périphérique, de la maladie. La canule trachéale fut retirée au bout de 15 jours.

Un des points saisissants de cette laryngite à pneumocoques, est la présence de fausses membranes. Nous connaissons les angines aiguës pseudo-membraneuses à pneumocoques. Nous savons aussi qu'il existe des bronchites fibrineuses à pneumocoques. Le pneumocoque est un agent fibrinogène. Rien d'étonnont à ce qu'il puisse créer une laryngo-trachéite à fausses membranes.

Reste une dernière question, celle dont vous parlera tout à l'heure M. Lermoyez, la conduite à tenir. En présence d'un dénouement si pénible, je me suis demandé si nous n'aurions pas agi plus sagement en mettant de la glace sur le larynx et en pratiquant alors la trachéotomie, au lieu de risquer les dangers de la trachéotomie d'urgence. C'est sur ce point que je laisse M. Lermoyez compléter cette leçon, désireux que vous connaissiez son avis.

(*Leçon recueillie* par le Dr P. Lacroix.)

Reprenant au point de vue laryngologique l'observation de ce malade, M. Lermoyez étudie, dans une causerie pleine d'humour, les deux points suivants, particulièrement intéressants pour le praticien : comment diagnostiquer au lit du malade une dyspnée laryngée et comment la traiter ? Appelé d'urgence, souvent la nuit, auprès d'un patient qui étouffe par son larynx, faut-il trachéotomiser ?

La trachéotomie pratiquée ainsi en pleine crise de suffocation, à chaud pour ainsi dire, donne des résultats déplorables. Interrogeant, un jour, la surveillante d'un service d'hôpital où il était de règle de trachéotomiser, la nuit, sans attendre, les laryngopathies suffocantes, M. Lermoyez eut cette réponse : ici tous ces opérés meurent très rapidement. M. Lermoyez obtient des résultats heureusement beaucoup plus satisfaisants. La méthode qu'il emploie est celle du refroidissement, le système G. O. M. Dans ce système, G. veut dire : glace autour du cou, glace en ingestion ; O, veut dire oxygène amené dans un masque par un ballon sur lequel un infirmier appuie, c'est-à-dire oxygène respiré librement, *sans aspiration* ; M. veut dire morphine, la morphine étant un eupnéique utile à tout individu qui a besoin de respirer.

On pratique donc la méthode du refroidissement et, le lendemain, on opère, on trachéotomise. Mais cela n'est pas toujours possible. Voyant le malade en pleine nuit, le médecin n'a souvent ni glace, ni oxygène, ni morphine. Faut-il opérer de suite, alors ?

Tout d'abord, bien établir le diagnostic de l'origine laryngée de la dyspnée. Or, il est des cas difficiles. Voici un patient, par exemple, atteint d'un anévrysme de l'aorte, qui peut irriter le récurrent (d'où sténose glottique par paralysie laryngée) ou comprimer la bronche gauche ou même la trachée (sténose bronchique). Certes, pour distinguer s'il y a dyspnée laryngée ou sous-laryngée, on peut s'éclairer par l'auscultation, la radioscopie. C'est long et délicat. M. Lermoyez signale un signe rapide, simple, qui fixe immédiatement ce point de diagnostic. Pendant l'inspiration normale, le larynx (attiré par la diminution de pression) s'abaisse. Pendant l'inspiration, dans la sténose laryngée, le larynx s'abaisse beaucoup plus encore. Si le larynx est libre, si la sténose est sous-laryngée, le larynx ne s'abaisse pas. Mettre donc le doigt sur le larynx, en pareil cas : s'il s'abaisse notablement (quelquefois de plusieurs centimètres),

la sténose est glottique. En regardant le larynx, le diagnostic est fait instantanément.

La formule de M. Lermoyez est : pas de trachéotomie d'urgence, la nuit, en particulier. Richelot a préconisé la laryngotomie inter-crico-thyroïdienne, le passage de la canule dans l'espace compris entre le bord inférieur du cartilage thyroïde et le bord supérieur du cricoïde : il n'y a que la peau et la membrane crico-thyroïdienne à traverser. L'opération, qui est facile, a deux inconvénients. L'espace est petit et ne permet d'introduire qu'une petite canule. De plus, la canule vient ainsi au contact des lésions laryngées et peut irriter un processus inflammatoire qui demande le repos. La laryngotomie inter-crico-thyroïdienne (l'*inter-crico*, en langage laryngologique) n'est pas favorable comme opération définitive. Par contre, comme opération temporaire, provisoire, elle mérite d'être adoptée. Un chirurgien anglais, Butlin, a inventé un appareil merveilleux, qui permet de faire en un instant une inter-crico. C'est un trocart portant une canule, le tout ovalaire, à grand diamètre transversal. La courbure est celle des canules à trachéotomie. Avec le trocart de Butlin, on ponctionne aisément, sans danger, l'espace inter-crico-thyroïdien. En un instant, la canule est en place et le malade respire.

Pour le bien des trachéotomisés futurs, dit M. Lermoyez, le médecin et le chirurgien doivent avoir dans leur trousse un appareil de Butlin. Appelé la nuit auprès d'un malade qui étouffe par son larynx, si on ne peut mettre en œuvre la méthode de refroidissement, on fera une « inter-crico » avec le Butlin, opération excellente, au titre provisoire. Elle permettra de pratiquer ultérieurement, dans des conditions beaucoup plus favorables, une trachéotomie.

P. L.

CLINIQUE CHIRURGICALE

Hématocèle péri-utérine Voie haute ou voie basse ?

Par le Dr Ricolfi,

Chirurgien des Hôpitaux de Nice.

Le sang provenant de l'hémorragie due à la rupture d'une grossesse ectopique, à l'avortement tubaire, à l'éclatement d'un kyste hématique de l'ovaire, s'accumule dans la partie la plus déclive de la cavité péritonéale ; il se collecte soit dans le Douglas pour former l'hématocèle rétro-utérine, soit dans le tissu cellulaires du bassin pour constituer, selon son abondance, une hématocèle péri-utérine ou pelvienne. Le fait essentiel étant l'hémorragie, nous désignerons sous le terme d'hématocèle péri-utérine, la tumeur résultant de l'enkystement du sang dans le bassin.

La rupture de la grossesse extra-utérine, cause la plus fréquente de l'hématocèle, était autrefois confondue avec la rupture utérine. Au 19e siècle, de Graef, de Baer, Velpeau, etc., firent paraître les premiers travaux sur la question, reprise et discutée à la Société de chirurgie en 1896 et aux congrès de chirurgie et gynécologie, en 1898 et en 1910.

La grossesse extra-utérine a été reconnue, depuis les progrès de la chirurgie abdominale, comme très fréquente, et elle entre pour trois pour cent dans les interventions gynécologiques. On lui reconnaît des causes provenant des ovaires, des trompes, de l'utérus, de l'œuf, sur lesquelles nous ne nous étendrons pas ici et la classification en admet cinq variétés : tubaire, tubo-abdominale, ovarienne, interstitielle, péritonéale. Il est indiqué, avant le 5e mois, de la considérer comme une tumeur et de l'extirper ; après le 5e mois, de se maintenir dans l'expectative armée. En général, elle est méconnue et se rompt avant le 5e mois, donnant lieu à une hémorragie violente, à une inondation péritonéale, et la femme meurt d'anémie aiguë très rapidement ou, si une accalmie trompeuse survient, une nouvelle hémorragie se produit quelques jours plus tard qui emporte la malade. D'habitude, le sang se collecte dans le Douglas et s'y enkyste, ou bien l'hémorragie continue, lente, infiltrant les tissus cellulaires pelviens ; l'hématocèle s'infecte et il se produit des lésions graves vers le rectum, la vessie, l'utérus. Si on n'intervient pas, la femme mourra d'infection chronique ou de péritonite aiguë.

Si la plupart des chirurgiens sont d'accord pour intervenir d'urgence par la laparotomie sous-ombilicale en cas d'inondation péritonéale, les avis sont encore partagés lorsque le sang s'est collecté dans le Douglas ou dans les espaces péri-utérins. Au congrès de chirurgie, en 1896, Terrier, Reynier, Chaput, Taylor et la plupart des chirurgiens se sont déclarés pour la voie haute ; Bouilly, Pozzi, Segond, Treub, Roudier, Tuffier, sont pour la voie basse.

Opérer par la voie abdominale nous paraît le procédé de choix, permettant d'y voir clair, d'enlever la lésion, de tamponner, de drainer ; nous possédons une technique chirurgicale assez précise et nous sommes assez sûrs de notre asepsie pour nous permettre d'ouvrir la cavité péritonéale, que l'hématocèle soit récente ou ancienne. Quand elle s'infecte, elle remonte assez haut et il se produit autour de la tumeur une véritable coque formée par les adhérences intestinales, et, tandis que la colpotomie risque de laisser une poche purulente qui s'ouvrira dans le péritoine ou dans une anse intestinale, il sera toujours

◆◆

possible de pénétrer dans cette coque par la voie sus-pubienne, d'en effondrer les cloisonnements. Si le drainage sus-pubien ne suffit pas, on y adjoindra le drainage du Douglas par la voie vaginale. L'observation typique que nous exposons ci-dessous fait ressortir la nécessité de recourir à la voie haute :

Observation : Nous sommes appelé en ville le 15 mai 1921 auprès d'une jeune dame de 24 ans, Mme P... Nous nous trouvons en présence d'une nullipare, réglée à 14 ans, n'ayant rien à signaler dans ses antécédents personnels ou héréditaires. Le 1er mai 1921, un retard de règles d'un mois et demi, des nausées, des vomissements, des modifications du côté des seins lui faisaient supposer qu'elle était enceinte, lorsqu'elle est prise à 7 h. du matin, en se levant, d'une douleur brutale et atroce dans le bas-ventre ; elle vomit et tombe en syncope. Elle reste longtemps sans reprendre connaissance, ses extrémités sont froides, son facies grippé et pâle. La journée et la nuit se passent en alternatives de faiblesses, syncopes, sueurs froides, etc. Un médecin appelé pense à de la colique hépatique, à de l'embarras gastrique et ordonne le traitement habituel. Le surlendemain, du sang noirâtre apparaît à la vulve ; l'état général devient de plus en plus alarmant et ce n'est que le quinzième jour, devant les coliques persistantes, la fièvre, l'état cachectique presque, les pertes de sang, que, songeant à un avortement, l'on me fait appeler. La malade est prostrée, les traits tirés, le nez pincé, les yeux excavés, les extrémités froides, le teint subictérique ; il y a de l'anorexie, de violentes douleurs abdominales, des vertiges, des vomissements ; la température est à 38°5, le pouls à 140. Par le palper, on constate que la région sus-pubienne et les fosses iliaques sont empâtées et occupées par une tumeur très dure, bosselée, sensible à la pression, surtout à droite. Par le toucher, le col est mou, entr'ouvert, en avant ; une grosse tumeur en croissant, séparée du col par un sillon, occupe le cul-de-sac postérieur et le cul-de-sac latéral droit. La tumeur occupe le paramètre et le bassin à droite et se prolonge vers la fosse iliaque et la région sus-vésicale ; sa limite supérieure remonte à 6 cm. au-dessus du pubis. Les antécédents et la symptomatologie imposaient le diagnostic d'hématocèle péri-utérine par rupture de grossesse extra-utérine ; la faiblesse du pouls, sa fréquence, nous indiquaient que cette femme continuait à saigner et nous ordonnait d'intervenir d'urgence. La malade transportée à la clinique, réchauffée, remontée par des injections de sérum, d'huile camphrée, etc., est anesthésiée à l'éther. Nous intervenons par laparotomie médiane sous-ombilicale ; du sang rouge s'écoule en abondance à l'ouverture de la cavité péritonéale et nous effondrons une poche hématique remontant à 5 cm. au-dessus du pubis, contenant des caillots noirs et un œuf libre, du volume d'une mandarine, que nous évacuons. La trompe droite, dilatée, a éclaté à son extrémité externe ; le sang a infiltré tous les tissus cellulaires du petit bassin, soulevant le rectum et l'anse sigmoïde qui ont une teinte noirâtre ; l'utérus est friable et violacé, l'ovaire gauche est kystique ; en présence de ces lésions, nous pratiquons rapidement une hystérectomie sub-totale, suivie de drainage sus-pubien, tamponnement à la mickulicz, suture de la paroi abdominale en trois plans. Traitement énergique pour le shock opératoire et l'hémorragie. Les suites furent telles qu'on n'aurait osé l'espérer, la patiente étant à la dernière extrémité au moment de l'intervention. La température tombe le 2e jour ; en huit jours, le pouls passe de 140 à 70-80, et la malade sort de la clinique le 15e jour ; elle est à l'heure actuelle d'une santé florissante.

Il est évident que si, ainsi que le recommande J.-L. Faure, dans les hématocèles enkystées, nous avions borné notre intervention à une colpotomie postérieure, nous n'aurions pu ni effondrer tous les cloisonnements de la poche et la vider complètement de ses caillots et de l'œuf, ni supprimer les organes malades, ni arrêter l'hémorragie qui continuait à se faire, ni drainer convenablement. Rien ne permet d'affirmer qu'une hématocèle enkystée ne se remettra pas à saigner une fois vidée de son contenu par colpotomie, et nous risquons de perdre ainsi des malades que la voie haute aurait sauvées. En résumé, il faut recourir à la laparotomie :

1° Dans les hématocèles récentes ou anciennes même quand l'hémorragie paraît arrêtée.

2° Dans les hématocèles anciennes qui menacent de s'ouvrir dans le rectum ; dans les hématocèles volumineuses remontant au dessus du pubis, infectées ou suppurées et qui sont entourées d'une véritable coque par les anses intestinales agglutinées.

3° Dans les hématocèles anciennes, en voie de régression, pour débarrasser la malade d'une tumeur gênante et dangereuse.

Dans tous ces cas, après laparatomie sous-ombilicale, on tombe sur la poche hématique :

1° S'il n'y a pas assez d'adhérences, on protège la cavité péritonéale avec des clamps ; on effondre la poche, on la vide délicatement de ses caillots et de l'œuf et on extirpe l'annexe malade.

2° S'il y a beaucoup d'adhérences et que l'on ne risque rien du côté péritonéal, s'il y a infection ou suppuration, on marsupialise la poche et on draine par la voie sus-pubienne et vaginale, s'il y a lieu.

3° Si le cas est difficile, si l'utérus et l'annexe du côté opposé sont malades, on terminera pas une hystérectomie sub-totale.

4° En aucun cas, il ne faut chercher à enlever la poche de l'hématocèle adhérente aux organes

voisins et nous conseillons de faire toujours un tamponnement à la mickulicz et de drainer.

5° Réchauffer la malade avant et après l'intervention ; 5 milligrammes de morphine avant l'anesthésie à l'éther goutte à goutte ; sérum intra-veineux, transfusion du sang ; goutte à goutte rectal glycosé, adrénalisé, etc.; il faut tout mettre en œuvre pour permettre à la patiente de doubler le cap.

Depuis que nous avons fait entrer dans le domaine chirurgical le traitement de l'hématocèle péri-utérine, le pronostic autrefois si sombre s'est éclairci et nous obtenons les mêmes résultats heureux que la chirurgie abdominale nous donne par ailleurs. Grâce à l'asepsie, à la technique opératoire que nous possédons, au sang-froid, à la rapidité de décision que tout chirurgien doit avoir, aux moyens dont nous disposons pour lutter contre le shock, là comme partout, nous devons faire de la chirurgie à ciel ouvert et c'est la voie haute qui nous donnera les résultats les plus rapides, les plus sûrs dans le traitement des hématocèles péri-utérines.

A TRAVERS LA PRESSE

Sur l'emploi de la déplasmatisation sanguine dans l'urémie.

La technique des auteurs, MM. Legrand et Duthoit, consiste à prélever le sang du malade au moyen d'une seringue de Bruneau de 100 cmc, préalablement garnie d'une solution de citrate de soude à 10 % (1 cmc. pour 10 cmc. de sang). La seringue étant remplie est mise à la glacière, recouverte d'une compresse stérile, le piston en bas.

Au bout de 24 heures, le sérum s'est séparé du cruor. Celui-ci s'est déposé sur le piston. Rien n'est alors plus facile que de chasser le sérum sanguin qu'on remplace par du sérum glucosé à 47 %. Les globules rouges sont ainsi lavés et légèrement émulsionnés, et le tout est réinjecté lentement sans provoquer aucun choc.

On peut répéter l'opération 2, 3, 4 ou 5 fois sans inconvénient. Dès la première ou la seconde injection, on observe la sédation des gros symptômes d'intoxication urémique. La céphalée, les brouillards oculaires, les vomissements, la diarrhée, la dyspnée, les œdèmes, diminuent ou disparaissent.

Trois obseravtions viennent à l'appui de cet exposé d'un procédé intéressant, qui ne doit cependant pas, dans les cas graves, faire négliger la saignée immédiate et abondante, qui demeure le traitement de choix. Il ne dispense pas davantage d'un réigme sévère et de l'emploi des diurétiques. Ce n'est , en réalité qu'un adjuvant, mais qui est appelé à rendre des services, si son expérimentation prolongée vient confirmer les résultats obtenus dès maintenant. (*Gazette des Praticiens*, 15 août 1921.)

La signification des vergetures non gravidiques.

Les vergetures ne s'observent pas uniquement au cours de la grossesse. On les constate encore, surtout dans la région dorso-lombaire, chez des sujets où celle-ci n'est pas en cause. Elles suivent généralement le trajet des vaisseaux lymphatiques.

Au dire de M. P. Piet, qui se réfère aux travaux du professeur Audrain, il s'agirait d'une distension de ces lymphatiques par œdème toxique, dont la résorption laisserait comme reliquat ces rides cutanées si caractéristiques.

Quelles intoxications peuvent être alors incriminées ? La tuberculose, la syphilis, le paludisme, surtout le paludisme fruste. (*Journ. des Sciences médicales de Lille*, 21 août 1921.)

Critiques de l'extension accordée actuellement au domaine de la syphilis.

La syphilis est-elle aussi fréquente que certains auteurs le proclament ? M. A. Renault se refuse à l'admettre.

Même quand la réaction de Wassermann est positive, « ce résultat ne démontre pas que l'af- « fection dont est atteint actuellement le patient « comporte nécessairement la même origine. Il « peut y avoir simplement coïncidence. »

Quant à l'interprétation donnée aux résultats du traitement spécifique, elle paraît à l'auteur sujette à caution dans certains cas. Lorsqu'il se manifeste seulement une amélioration de l'état morbide, cela peut être aussi bien la conséquence de l'action de l'arsenic à hautes doses sur la nutrition générale, qu'il stimule, des effets positifs impressionnants ayant été obtenus par cette médication dans les spirilloses.

L'âge même des malades doit être pris en considération. Si des accidents cérébraux se manifestent chez de jeunes sujets, la syphilis est le plus souvent en cause. Mais s'ils affectent des malades ayant dépassé la cinquantaine, même avec une R. W. positive, d'autres tares peuvent être invoquées, qui exercent une influence incontestable sur le système artériel, la scrofulo-tuberculose, l'alcoolisme, l'absinthisme, les intoxications professionnelles, etc. Ces tares interviennent directement chez l'individu, ou indirectement sur sa descendance que l'on taxerait à tort alors d'hérédo-syphilis.

« La tendance exagérée à rattacher presque « tous les états morbides à une syphilis ances- « trale risque d'avoir pour la thérapeutique des « conséquences regrettables. N'envisageant que « le côté syphilitique, elle conduit le médecin à

« prescrire une médication, soit arsenicale, soit « mercurielle, dont la prolongation comporte des « inconvénients et même des dangers. » (*Journal des Praticiens*, 20 août 19 21.)

L'anurie.

L'anurie, ou suppression de la sécrétion urinaire, est excrétoire, mécanique ou sécrétoire. Dans le premier cas, il s'agit d'un obstacle intrinsèque ou extrinsèque. L'obstacle intrinsèque est un calcul urétéral qui, par sa présence, arrête la sécrétion du rein correspondant, et aussi du rein opposé, celui-ci étant généralement malade, quand il n'est pas détruit. L'obstacle extrinsèque est représenté par les tumeurs du petit bassin exerçant une compression sur l'uretère, bilatéralement, d'une façon lente et progressive.

L'anurie sécrétoire ressortit à des lésions du parenchyme, à des troubles circulatoires, à un réflexe inhibitoire d'origine nerveuse.

Cette distinction, dit l'auteur, M. Fruchaud-Brin, est schématique, les anuries mixtes étant fréquentes.

Le s accidents généraux dus à l'anurie procèdent de l'azotémie, apparaissant plus ou moins rapidement selon qu'il existe ou non des lésions rénales nouvelles. A côté de l'azote uréique, il faut attacher une grande importance à l'azote non uréique, provenant d'un trouble du métabolisme des substances azotées.

La guérison s'obtient par le rétablissement de la fonction aqueuse et par l'élimination uréique.

Cliniquement, l'anurie calculeuse se rencontre chez les vieux lithiasiques ; elle débute tantôt insidieusement et brusquement, tantôt douloureusement. Pendant trois à six jours, le malade tolère la suppression de la sécrétion urinaire. Puis, apparaissent les manifestations de l'intoxication urémique au début. Enfin, l'urémie s'installe et domine alors la scène morbide, avec des troubles circulatoires, digestifs, nerveux, respiratoires et généraux classiques. Le pronostic immédiat est variable selon la durée de l'anurie, la quantité de l'élimination aqueuse, la concentration uréique dans l'urine, mais le pronostic lointain est toujours sombre, en raison des altérations profondes du tissu rénal de l'un et l'autre côté.

L'interrogatoire, l'examen physique, la radiographie, la cystoscopie et le cathétérisme des uretères, conduisent au diagnostic.

Dans l'anurie par compression pelvienne, on constate l'existence d'une tumeur, souvent d'un épithélioma du col utérin. Tantôt l'anurie s'installe progressivement et termine une urémie plus ou moins durable, tantôt, l'anurie débute brusquement.

L'anurie sécrétoire accompagne les néphrites aiguës, infectieuses habituellement, ou toxiques (mercure, phosphore, cantharide), ou le parenchyme rénal est rapidement détruit : elle débute brusquement et est à peu près complète. Dans les néphrites chroniques, il s'agit plutôt d'oligurie, commandée le plus souvent par la défaillance du myocarde. L'asystolie est une cause d'anurie, ainsi que les troubles réflexes d'origine centrale ou périphérique.

L'anurie hystérique est contestée ; l'anurie post-opératoire est due tantôt à une néphrite aiguë post-opératoire, tantôt à la chute de la diurèse consécutive à la purgation, à la diète, à l'anesthésie, à l'hémorragie, au vomissement.

Le traitement médical s'adresse à l'anurie sécrétoire et comporte le régime alimentaire (boissons diurétiques exclusivement), les injections glucosées, les ventouses scarifiées, les grands bains tièdes prolongés, le traitement toni-cardiaque.

L'anurie excrétoire par obstacle mécanique relève de la chirurgie qui doit aller lever l'obstacle (cathétérisme urétéral, néphrotomie d'urgence).

Cette revue générale constitue une excellente mise au point d'une question de pathologie extrêmement importante pour le praticien. (*Gazette des Hôpitaux*, n° 65, 1921.)

G. D.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

Les prodromes psychopathiques de l'encéphalite épidémique.

(MM. Chavigny et Gelma, de Strasbourg. — *Académie de médecine.*)

MM. Chavigny et Gelma rappellent les troubles psychopathiques quelquefois observés à la période prodromique de l'encéphalite épidémique : confusion mentale, onirisme, réactions impulsives (fugues, agressions, etc.). La connaissance de ces faits offre un intérêt non seulement clinique, mais encore médico-légal. Les auteurs ont observé, à la clinique médicale de Strasbourg un homme atteint d'encéphalite épidémique, qui avait été arrêté quelques jours auparavant pour vol de bicyclette. Chargés de l'examen mental du sujet, ils ont conclu à l'irresponsabilité, admettant comme légitime l'amnésie invoquée par ce malade, dans la phase prodromique de la maladie.

Les asiles d'allaitement en puériculture.

(M. Schreiber. — *Académie de médecine.*)

Les asiles d'allaitement sont des établissements qui reçoivent les mères sans foyer nourrissant leurs enfants au sein. Destinés à lutter contre la mortalité infantile, ils ont effectivement donné les meil-

RECOUVREMENTS
D'HONORAIRES MÉDICAUX

M. Louis AUDEBERT Avocat, *Directeur du Contentieux de Syndicats Médicaux, Administrateur d'immeubles,*

5, rue des Saints-Pères, PARIS, Tél. Saxe 48-53.

Pour toute demande de renseignements écrire à Me Audebert, en joignant un timbre pour la réponse.

Envois de fonds.

Pour l'envoi des abonnements et des cotisations aux filiales, nous rappelons que le moyen le plus pratique et le plus économique est le versement au compte de chèques postaux dont voici les nos :

Concours Médical, Paris, 167-95.

Sou Médical, Paris 182-31.

Mutualité Familiale Paris, 182-32.

Caisse des pensions de retraites du Corps médical français. Paris, 271-48.

leurs résultats à ce point de vue. L'un d'eux, le plus ancien semble-t-il, fondé à Nanterre en 1909 par Mme H. de Turt ot, a reçu pendant ces douze années 557 mères et 580 enfants de moins de 3 mois à leur entrée. La mortalité infantile a été de 6 % alors qu'elle s'élève à 30 et 40 % pour les nourrissons simplement assistés.

M. Schreiber conclut qu'il est désirable que ce genre d'institutions soit largement multiplié.

Présence du bacille de Koch dans le liquide duodénal retiré par tubage.

(MM. P. Carnot et Libert. — *Soc. médicale des hôpitaux.*)

L'élimination biliaire et intestinale d'un certain nombre de microbes est aujourd'hui un fait acquis. MM. Carnot et Libert ont recherché, à l'aide du tubage duodénal, s'il existait une élimination biliaire du bacille tuberculeux. L'épreuve, chez six tuberculeux avérés, s'est montrée constamment positive, en dehors d'ailleurs de toute expectoration bacillaire. Chez d'autres malades, simplement suspects de tuberculose, le bacille a été trouvé dans des cas où l'évolution a ultérieurement confirmé la tuberculose. La *biliscopie* paraît ainsi pouvoir apporter, parfois, un appui au diagnostic clinique.

Un cas de rhumatisme cérébral.

(MM. Mignot et L. Marchand. — *Soc. méd. des hôp.*)

L'observation de MM. Mignot et Marchand concerne un malade, offrant des antécédents alcooliques, chez lequel, au 3e jour d'une crise de rhumatisme articulaire aigu, apparurent des troubles psychiques sous forme de confusion mentale avec agitation nécessitant l'internement. Dès le lendemain, la mort survint dans le coma. La maladie évolua dans sa totalité en six jours : trois jours de fluxions articulaires et trois jours de troubles mentaux.

Les bruits propagés au poumon sain dans la tuberculose pulmonaire unilatérale.

(M. Salomon. — *Société médicale des hôpitaux.*)

M. Léon Bernard présente un travail de M. Salomon intitulé : Les bruits propagés au poumon sain dans la tuberculose pulmonaire unilatérale; leur interprétation dans la pratique du pneumothorax thérapeutique.

On rencontre, quelquefois, quand un poumon est atteint de lésions cavitaires, des bruits adventices, de propagation, dans le poumon opposé. Ce sont le plus souvent des frottements, parfois des râles bulleux. Leur interprétation peut prêter à confusion et faire croire à des lésions non existantes du poumon, ce qui est important au point de vue diagnostic, pronostic, et pour décider d'un pneumothorax thérapeutique, celui-ci n'étant applicable qu'au cas de lésions unilatérales.

M. Salomon a recherché quels pourraient être les éléments de différenciation entre ces bruits propagés et les bruits analogues lésionnels. Les bruits propagés en question sont perçus surtout en arrière (régions para-vertébrale, sus et sous-épineuse) et sont plus souvent constitués par des frottements que par des râles humides. Leur caractère principal est d'être en continuité avec les bruits dont ils sont la propagation et de s'atténuer à mesure qu'on s'éloigne de la ligne médiane.

Colloïdoclasie dans le coryza spasmodique a frigore

(M. Jacques Lermoyez. — *Soc. méd. des hôpitaux.*)

On considère assez habituellement, aujourd'hui, le rhume des foins (coryza spasmodique périodique) comme une manifestation de l'anaphylaxie. A côté du rhume des foins, on peut rencontrer d'autres formes de coryza spasmodique, par exemple le coryza spasmodique *a frigore.* Dans un cas de ce genre, en provoquant les accès par des refroidissements, M. J. Lermoyez a pu déceler non plus l'anaphylaxie, mais la colloïdoclasie, le choc hémoclasique de Widal. Ainsi, suivant les variétés auxquelles on a affaire, on pourra trouver, à l'origine de la crise de coryza spasmodique, le choc anaphylactique, ou le choc colloïdoclasique,

M. P. Valléry-Radot a constaté, chez un patient atteint d'hydrorrhée nasale périodique un état d'anaphylaxie digestive. Le malade a guéri par l'emploi anti-anaphylactique des cachets de peptone.

Etiologie syphilitique du rhumatisme chronique déformant.

(MM. Dufour et Ravina. — *Soc. médicale des hôpitaux.*)

En 1915, à propos de huit malades atteints de rhumatisme chronique déformant chez lesquels il avait trouvé un Wassermann positif ou des stigmates de spécificité, M. Dufour mettait en avant l'étiologie syphilitique possible du rhumatisme polyarticulaire déformant. Aujourd'hui, l'auteur ajoute à ses observations antérieures un neuvième cas analogue. Au point de vue thérapeutique, malheureusement, cette nouvelle notion pathogénique ne permet guère un traitement efficace, car la médication arrive trop tard. Il est néanmoins permis, en pareille circonstance, d'essayer une cure anti-syphilitique.

M Mercklen a retrouvé également la spécificité dans les antécédents des malades en question. La syphilis, il est vrai, ne résume pas à elle seule l'étiologie du rhumatisme chronique, syndrome qui peut relever de diverses origines. Le rhumatisme chronique syphilitique semble assez fréquent.

P. L.



BIBLIOGRAPHIE CRITIQUE

Revue des Thèses

Paris

Dr Pierre LANTUÉJOUL, interne des hôpitaux de Paris. — **Les hémorragies sous-dure-mériennes traumatiques du nouveau-né.** (A. Legrand, édit., 93, bould St. Germain.)

M. P. Lantuéjoul, élève très distingué du prof. Brindeau, a, dans une belle thèse, étudié à fond la question des hémorragies méningées chez le nouveau-né. Nous croyons intéressant de reproduire les conclusions de ce remarquable travail :

L'hémorragie méningée sous-dure-mérienne traumatique du nouveau-né peut être consécutive à des manœuvres brutales. Elle est, le plus souvent, la résultante soit d'une disproportion exagérée entre la tête fœtale et le bassin maternel, soit d'une extraction de la tête dernière, soit d'une présentation qui impose à la tête une déformation particulière, comme les présentations de la face et du front. On ne doit pas considérer comme la cause principale de l'hémorragie des manœuvres que peuvent imposer ces dispositions naturelles. La cause la plus fréquente est l'extraction par forceps, nécessitée par une dystocie osseuse. Les troubles de la circulation, par exemple par circulaire du cordon, constituent des causes favorisantes. La primiparité est fréquemment notée.

Les infections et intoxications qui frappent le fœtus *in utero*, la prématurité, agissent en créant à la fois une tendance générale hémorragipare et des lésions locales, comme des dysgénésies vasculaires.

La fréquence des hémorragies méningées paraît grande, surtout actuellement, la ponction lombaire permettant de déceler nombre de formes légères.

La localisation des hémorragies, soit par la faux du cerveau, soit par la tente du cervelet, est rare. On trouve plns fréquemment des hémorragies cérébrales, sans participation spinale. Les ruptures de la tente du cervelet sont presque constantes. Celles de la faux du cerveau sont beaucoup plus rares.

Ces ruptures résultent des déformations excessives imposées au crâne fœtal. Leur localisation s'explique par l'étude des faisceaux dure-mériens en tension.

Le sang épanché provient soit des vaisseaux contenus entre les feuillets de la tente ou de la faux, et ceci pour une part très variable étant donné les différences anatomiques individuelles, — soit des vaisseaux pie-mériens, — exceptionnellement des sinus, — peut-être, mais ce point reste douteux, de leurs grosses collatérales.

Les vaisseaux, contenus entre les feuillets duremériens, sont rompus avec ces feuillets. Les vaisseaux pie-mériens sont rompus soit par suite des courants qui se forment dans le liquide céphalorachidien et dilacèrent le tissu sous arachnoïdien, soit par suite de l'hypertension intra-vasculaire. Les collatérales des sinus seraient déchirées à leur terminaison par suite du chevauchement osseux.

La fracture du crâne se complique souvent d'hémorragie méningée soit par lésion directe des vaisseaux méningés moyens, soit par le mécanisme habituel. L'enfoncement, au contraire, semble être plutôt une cause non favorisante de l'hémorragie.

L'enfant naît, en général, en état de mort apparente. Les symptômes secondaires possibles sont nombreux. Dans un cas donné, ils sont en général frustes et rares. L'hémorragie peut être souvent soupçonnée mais rarement affirmée. Il est encore plus difficile de reconnaître son siège. Il semble bien peu vraisemblable que le nouveau-né puisse présenter des signes cliniques précis correspondant à des lésions cérébrales limitées.

La ponction lombaire est un élément de diagnostic précieux, mais d'interprétation souvent très délicate.

Le pronostic immédiat, comme le pronostic d'avenir, est très réservé. Il ne faut cependant pas oublier le grand nombre de formes légères qui seraient passées inaperçues sans un examen complet.

La mort semble produite par une lésion bulbaire.

L'examen anatomo-pathologique montre la possibilité de lésions nerveuses diffuses dont les cicatrices au cas de survie, se traduiront par des syndromes cliniques d'une extrême variété.

Le diagnostic est plus positif que différentiel. Ce qu'il faut avant tout, c'est songer à l'hémorragie Tout enfant qui a dû être ranimé doit être considéré comme suspect.

Le traitement doit être prophylactique : examiner la femme pendant la grossesse pour faire un traitement antisyphilitique par exemple, pour transformer, si possible, un siège en sommet, pour poser les indications d'une opération césarienne; — au moment de l'accouchement, ne pas multiplier les interventions qui verticalisent le crâne fœtal, faire les extractions progressivement, sans brutalité et sans heurt; — ranimer l'enfant par insufflation, le faire respirer, pour agir mécaniquement sur la tension vasculaire. La meilleure thérapeutique active consiste en la ponction lombaire précoce et réitérée, au besoin aidée de la ponction de la fontanelle antérieure ou même de la trépanation. L'injection de sang maternel est enfin une thérapeutique d'urgence qui peut permettre à l'enfant de supporter une intervention ultérieure.

PARTIE PROFESSIONNELLE

MÉDECINE SOCIALE

Le médecin et les lois sociales nouvelles.

« Vive la liberté ! » — C'est par ce cri que j'ai terminé mon précédent article.

Je continue à publier les lettres les plus suggestives, parmi toutes celles que je reçois, celles qui établissent sans discussion possible que ce cri apparaît à un très grand nombre de médecins comme le cri de ralliement du corps médical en face des dangers de la conception étatique des soins médicaux aux assurés sociaux.

***

Permettez-moi de vous féliciter bien chaudement de l'orientation si judicieuse que vous avez donnée aux débats sur l'assurance-maladie obligatoire ; il semble bien que le « principe Duchesne » est en voie d'être accepté et proclamé par tous les confrères, parce qu'il garantit bien l'indépendance de la profession et sauvegardera les intérêts moraux et matériels des médecins.

Si vous connaissez notre situation en Alsace, vous ne vous étonnerez pas que je vienne vous supplier de continuer bien vigoureusement votre campagne ; ceux qui chez nous sont encore capables de ressentir l'asservissement où nous nous trouvons vis-à-vis de l'assurance-maladie attendent tout de vous et désespèrent d'une réaction locale. Des intérêts personnels, le souci d'ambitions politiques, la surenchère en matière « d'esprit social » — très factice au fond — sont les obstacles que rencontrent ceux qui entendent défendre la dignité du travail médical. L'assurance est certes une excellente institution sociale, si elle est bien « construite » ; elle ne peut l'être que si elle respecte le médecin, son collaborateur essentiel. Et le médecin devra se respecter lui-même.

Je me permets de vous rappeler les articles de Batier (de Strasbourg) et les miens. Pour le moment, je tiens à vous communiquer, à titre documentaire, des faits observés sur notre terrain, où les assurances englobant environ 70 % de la population, font soigner leurs assurés en vertu d'un contrat collectif passé avec les syndicats. Le syndicat de notre région organise pour la majeure partie des « Caisses » la répartition des honoraires sur la base du « coupon forfaitaire trimestriel » ; c'est donc une sorte d'abonnement par lequel le médecin, voyant une première fois un malade, est obligé de lui donner les « soins ordinaires » pendant trois mois ; les interventions opératoires sont payées séparément d'après un tarif honteux. Ce coupon vaut environ 10 francs ; pour cette somme, on s'engage à traiter un être humain, quoiqu'il lui arrive, pendant trois mois ! Ce mode de rétribution a été déclaré immoral, je crois, par différents syndicats de France. Vous me direz que c'est affaire intérieure du syndicat que de changer cet état des choses. Or, le syndicat, sur la base de certaines expériences, déclare que le paiement à la vacation amènerait des abus énormes de confrères, abus contre lesquels le contrôle syndical serait impuissant. Et nous voilà condamnés à travailler sous un régime condamné comme immoral !

Un confrère venu de l'intérieur et installé ici depuis 2 ans avait bien vite renoncé à cette sorte de travail dont il sentait vivement l'injustice ; il avait renoncé à la clientèle de l'assurance et courageusement, se limite à ce qui reste de clientèle payante. Or, le syndicat, s'inspirant surtout de considérations de médecine de Caisse, interdit les consultations du samedi après-midi et du dimanche. Le confrère en question refuse de se soumettre à cette restriction quant au samedi, se déclarant dégagé par sa renonciation aux Caisses. Le syndicat insiste et menace. Le confrère donne sa démission de membre du syndicat. Il se trouve dès lors être ici le seul médecin français non-syndiqué. En risposte à son indiscipline quant aux consultations du samedi après-midi, le syndicat médite d'exclure de la confraternité — avec toutes les suites graves que comporte cette mise au ban — le confrère trop indépendant, mais correct sous tous les rapports. Comment pourra-t-il, à notre avis, se protéger ? J'ajoute que dans la majeure partie de l'Alsace, cette prescription quant aux consultations du samedi n'existe pas.

Agréez, etc.

Dr Specklin (Mulhouse).

***

La thèse que vous soutenez étant celle que seul, il y a quelques mois, j'ai défendue à ma section syndicale, lors de l'enquête faite par l'Union des syndicats à propos de l'article 64, inutile de dire que je suis de tout cœur avec vous.

Il y a dans cette question une face du problème qui, en dehors de toutes considérations théoriques ou idéalistes, me paraît présenter un intérêt immédiat.

Une fois de plus, en présence de toutes ces lois, le médecin va être dans la nécessité de choisir entre son intérêt et sa conscience.

Pour éviter cela, un seul remède. Le malade doit *lui-même* payer son médecin.

Parce que, nous le savons bien, s'il ne paye pas, il abusera, il truquera.

S'il tombe sur un confrère peu scrupuleux, l'un et l'autre abuseront.

Et le monsieur qui viendra nous demander une ordonnance pour de l'huile de foie de morue, parce qu'il est réformé Art. 64 et qui la fera boire, malgré pleurs et grincements de dents, au dernier de ses héritiers, quand il ne la fera pas transformer par un pharmacien malhonnête (il y en a peu, mais il y en a) ene au de Cologne pour Madame !

Et le réformé pour bronchite chronique qui trouvera fantastique, le jour où il a mal au pied, que vous ne consentiez pas a inscrire sur le carnet fameux les médicaments nécessaires !

Ça, c'est comme le malade qui a un lombago ou une névralgie intercostale et qui vous demande de l'étiqueter accident de travail !

Mais, me dira-t-on, le médecin honnête refuse et refusera. Oui vraiment !

Il ne faut pas nous en conter. Certes, l'immense majorité du corps médical est composée d'honnêtes gens.

Mais enfin, nous sommes des hommes. Nous avons besoin de gagner notre vie, et quand nous serons exposés à perdre des clients par notre intransigeance, combien seront-ils, les médecins vertueux qui résisteront ?

Et puis moi, je vous avoue que j'en ai déjà beaucoup trop, de ces conflits perpétuels entre mon devoir d'honnête homme et mon intérêt.

De grâce, n'en augmentez pas encore la liste !

Il est vrai que voler l'État, cela n'a pas d'importance : l'État, c'est nous !

Ouais ! J'attends avec curiosité le bilan de l'article 64. Étant donné que tout ancien mobilisé considére que c'est son droit d'avoir une pension, même s'il a fait la guerre chez lui, à Carpentras ou à Bordeaux, même s'il souffre des séquelles d'une vieille syphilis contractée vingt ans avant la guerre, je pense bien que les ayants droit vont se chiffrer par quelques millions.

Et les sommes dues aux médecins, pharmaciens, etc., par quelques... milliards !

Payera-t-on ? Qui payera ?

Le boche... Pardieu, comme disait l'autre !

A mon humble avis, il serait beaucoup plus sage que ce soit le client qui paye.

Dr L. (Seine).

***

Le Dr Roger G. (S.-et-M), adresse au Dr Duchesne ses plus vives et plus sincères félicitations pour la belle et bonne campagne de presse qu'il poursuit en faveur de l'indépendance du corps médical français.

Le médecin en face de son client, ne connaissait que *lui*.

Toute la vérité est là.

Courage et confiance. La victoire est *certaine*. Tous mes compliments.

***

Je tiens à vous encourager pour votre campagne en faveur du libre choix et du tarif à la visite pour les soins aux futurs « assurés-maladie ». Allez-y carrément. Il ne faut pas que l'État nous bride.

D'ailleurs, mon avis est que l'Union ne doit pas tabler sur le vote qui a clos la campagne contre Maginot.

Nous avons voulu faire des concessions, qui, dans cette question, ne tirent pas trop à conséquence.

Mais gare la suite.

Félicitations, encouragements et confraternellement

Dr F.
(Loir-et-Cher).

***

Je lis avec un vif intérêt vos articles du *Concours* sur le projet de loi assurance-maladie. Notre syndicat est un des 39 qui ont voté pour l'allocation forfaitaire aux mutilés ; c'est vous dire quelle est notre opinion dans la question. Voici d'ailleurs le procès-verbal de notre dernière réunion, procès-verbal qui a dû être communiqué au *Concours* par notre secrétaire.

Dr P.

Syndicat des médecins de l'arrondissement de Saint-Malo.

Ordre du jour voté à l'Assemblée Générale du 19 *août* 1921.

I. — Dans la question des soins aux victimes de la guerre, le Syndicat avait voté pour l'indemnité forfaitaire aux mutilés laissant à ceux-ci la liberté de s'entendre directement avec leur médecin. Il s'est rallié par esprit de discipline à la solution adoptée par la majorité des Syndicats ; mais il n'en reste pas moins convaincu que la médecine est, avant tout, chose individuelle et considère la médecine dite sociale comme dangereuse à la fois pour le malade et pour le médecin.

Le Syndicat adopte pour les indemnités kilométriques le chiffre minimum de 1 franc par kilomètre réellement parcouru tant à l'aller qu'au retour.

II, — Le Syndicat regrette que l'Office départemental des Pupilles de la nation n'ait pas cru devoir prendre en considération l'avis des médecins membres de la commission médicale ; constate que les présidents de syndicats, membres de cette commission, ont été écartés systématiquement des séances où les résolutions définitives ont été prises ; remarque encore une fois que chaque nouvelle intervention des pouvoirs publics dans l'organisation des soins médicaux tend, consciemment, à faire rentrer dans l'Assistance médicale gratuite des personnes qui ne sont nullement indigentes et à imposer par suite au Corps médical des réductions de tarifs d'honoraires auxquelles ces personnes n'ont aucun droit.

Invite en conséquence les confrères de l'arrondissement, syndiqués ou non, à refuser purement et simplement les propositions de l'Administration et à ne se prêter à aucune organisation scolaire du contrôle médical des Pupilles de la nation ou à toute autre forme compromettant la liberté de choix des familles.

III. — Après avoir pris connaissance des bases du projet de loi sur l'assurance-maladie, le Syndicat déclare :

1° Réprouver de la façon la plus absolue le système confondant dans un forfait unique les honoraires médicaux et les frais de pharmacie, système dont les effets malfaisants ne peuvent échapper qu'à des aveugles volontaires.

VALS SOURCE REINE

2° Condamner d'une façon générale le système du forfait à quelque degré que ce soit, ce système aboutissant fatalement à l'abus dans la quantité des soins, à la négligence dans leur qualité.

3° Réclamer le système au libre choix et à la visite avec sérieux contrôle syndical et administratif pour prévenir tout abus, l'argument budgétaire de l'incertitude dans la prévision des frais médicaux invoqué contre ce système n'est pas sincère, cette incertitude existant à un degré beaucoup plus grave dans l'évaluation des indemnités journalières à payer aux assurés. Il n'y a aucune raison pour que les médecins fassent les frais de l'équilibre financier du projet de loi et leur droit à une rémunération proportionnelle au travail fourni n'est pas plus discutable que celui des ouvriers employés dans les entreprises de l'Etat.

Le Syndicat insiste sur ce fait que les futurs assurés ne sont pas des indigents et qu'il ne saurait être question de leur appliquer les tarifs de l'A. M. G. Si l'Etat juge à propos de leur accorder le bénéfice des soins médicaux, c'est à lui de faire les frais de cette générosité ; les médecins n'ont à les supporter que dans la mesure commune à tous les autres contribuables.

***

Je remercie le Dr Boudin pour ma part, d'avoir bien voulu répondre par votre article « Le système Lyonnais et la loi assurance-maladie obligatoire » à ma récente demande. Il est pour tous, dorénavant, plus facile d'apprécier la portée éventuelle du ticket modérateur.

Je vois d'abord que ce ticket, ni son montant, ne sont mentionnés dans le contrat collectif lyonnais. A la suggestion, j'imagine, du Dr Bolliet, l'Union des S. S. M. l'a dû insérer dans son règlement intérieur, non opposable aux tiers. Ce ticket sauvegarde la caisse de la Mutualité en refrénant les abus d'appels du médecin par les sociétaires, en même temps qu'il oblige le mutualiste à se défendre contre un excès de visites d'un médecin trop zélé. L'usage en est parfaitement défendable bien que, dans le système lyonnais, fondé sur la rémunération à la visite, il ne *paraisse constituer en aucune circonstance le moindre avantage pour le corps médical.*

Quelle serait son utilité dans le fonctionnement du contrat assurance-maladie ? Deux hypothèses :

1° Ou bien *le tarif à la visite* (et c'est, je crois, votre désir) serait la base du futur contrat collectif, plus ou moins copié sur le contrat lyonnais, et le ticket modérateur resterait l'affaire propre des caisses régionales seules intéressées à son existence. Il conserverait pour le corps médical une valeur uniquement moralisatrice. Rien à objecter sur ce point.

2° Ou bien le C. M., aveuli et désorganisé, se laissera *imposer le forfait* prévu dans le projet actuel du Gouvernement. Dans ce cas, le rôle du ticket modérateur serait complètement différent. Sans intérêt pour les Caisses régionales sous l'abri du forfait, il deviendrait un *organe de protection du médecin* contre une multiplication excessive des appels de la clientèle. Aux taux prévus de 0 fr. 25, 0 fr. 50, 0 fr. 75, à peine la valeur d'un « apéro », le bouclier ne serait même pas « de baudruche ». La bonne défense professionnelle, pour que ce ticket acquière une valeur frénatrice efficace, exigerait l'élévation de son taux à 3 ou 5 fr. pour les clients de ville, 8 ou 10 fr. pour les clients de campagne (35 fr. prix ordinaire d'un voyage à 10 km. dans ma région). Mais... les assurés-électeurs consentiront-ils volontiers ce supplément ? Les Caisses régionales admettront-elles volontiers que le syndicat médical intervienne dans une question d'administration intérieure en imposant un prix déterminé pour le ticket modérateur ?

Tout bien pesé, j'estime que le jour où les médecins se verront obligés de recourir au ticket modérateur comme principal palladium, ils seront bien malades, économiquement parlant. Et sans engager notre syndicat que nous consulterons dès la publication du n° spécial annoncé du Médecin Syndicaliste, JE RESTE UN PARTISAN DÉTERMINÉ DE LA LIBERTÉ COMPLÈTE DES RAPPORTS DE MÉDECIN A CLIENT, *et de toutes les mesures qui tendront à la mise sur pied d'un système d'assurance-maladie fondé, au moins pour les soins à domicile, en dehors de toute participation du corps médical laissé à la pratique traditionnelle indépendante.*

Dr S.
(Indre).

***

Si j'ai envisagé, en dernière analyse, l'éventualité d'une organisation de soins qui laisse au médecin le choix entre le régime de la liberté pure et simple — le seul qui m'apparaisse comme réellement compatible avec le véritable intérêt des malades et du corps médical — et le régime contractuel avec les Caisses, c'est parce qu'il m'a été dit que je devais me montrer aussi large que possible dans mon exposé.

On m'a spirituellement rappelé que la femme de Sganarelle, rossée d'importance par son irascible époux, s'était révoltée contre le tiers charitable qui avait voulu prendre sa défense, lui criant : « Et s'il me plaît, à moi, d'être battue ! »

Et s'il plaît à certains médecins de préférer le joug administratif, ou même, ayons le courage de tout dire, le joug syndical, à la belle indépendance loyalement et honnêtement pratiquée ; s'il leur plaît à ces confrères, d'être battus, de quel droit prétendez-vous vous y opposer ? Ne sont-ils pas libres, même d'aliéner leur liberté ?

Que voulez-vous répondre à cela ?

Avez-vous lu le dernier Propos du jour de Noir ? Vous savez, dès lors, comment une administration d'État organise son service médical. Eh bien ! il paraît qu'il s'est trouvé un malheureux, je n'ose le qualifier autrement, pour accepter d'inacceptables conditions...

Je dis un *malheureux*, car je ne doute pas, en effet, qu'à très bref délai, il se morde les doigts jusqu'au sang de s'être prêté à de semblables tractations.

Mais enfin, il était libre, parfaitement libre d'agir ainsi.

Voilà donc pourquoi j'ai amorcé une discussion à ce sujet. Mais je n'ai pas besoin d'ajouter, en ce qui me concerne, que je n'abdique rien de tout ce que j'ai déjà écrit à ce propos, et que le système auquel certains correspondants, tel le confrère Specklin aujourd'hui, veulent bien me faire l'honneur de donner mon nom, est le seul que j'accepterais le jour où il me faudrait me prononcer pour une organisation pratique de soins.

***

Je me demande maintenant si nous n'avons pas fait couler en pure perte des flots d'encre, à propos de l'assurance sociale. Je me demande si elle verra quelquefois le jour, cette loi autour de laquelle nous nous agitons depuis tant de mois.

C'est que l'expérience qui en est faite ailleurs, par delà nos frontières, démontre, hélas ! surabondamment, que les intentions les meilleures ne sauraient prévaloir contre la psychologie, trop méconnue, de l'humanité.

Je laisse la parole à notre bon confrère Dejace, qui nous apprend, dans son vaillant *Scalpel*, qu'en Angleterre, les Caisses d'assurances nationales *sont à la veille de la faillite*, et qu'ainsi la loi elle-même subirait le même sort.

Les assurances sociales en Angleterre (1).

A diverses reprises, avant 1914, nous avons tenu nos lecteurs au courant des péripéties de la lutte entreprise par les associations médicales anglaises contre les lois d'assurance sociale, ou plutôt contre certaines clauses de ces lois concernant les médecins.

Ce qui se passe chez nos voisins d'outre-Manche doit éveiller l'attention des médecins belges s'ils ne veulent, à la dernière heure, se voir devant les faits accomplis.

Nous lisons dans un journal anglais du 21 septembre 1921, *The sunday pictorial*, et cela sous une grosse manchette, un article intitulé : « *Plan pour anéantir les charges coûteuses du Patients Act.* — Le cabinet veut embrasser la question entière des assurances nationales; il esquisse son abolition en arrivant d'abord à une compression de 2 millions de livres à économiser par année. »

Sir A. Mond propose de reculer les échéances de paiement des honoraires, mais les médecins réclament la rétribution immédiate de leurs vacations, qui sont à peine proportionnées à leur travail.

Il résulte de ce fait une proposition prématurée de réformer le système actuel. La proposition formulée par sir Mond, ministre de la santé publique, vise une réduction immédiate de 2 millions de livres annuellement sur les dépenses par une forte diminution sur les honoraires médicaux.

Le corps médical, de son côté, est absolument hostile à toute réduction d'honoraires. *Le système des assurances nationales n'a jamais été populaire, et la majorité des assurés n'en est pas satisfaite.*

Au surplus, *la caisse des assurances sera bientôt, si elle ne l'est actuellement, insolvable.*

Les honoraires médicaux peuvent-ils être réduits ? Onze shillings par tête d'assuré sont-ils un paiement exagéré ?

Une enquête conduite par une commission officielle a prouvé que l'armature entière des lois d'assurance doit être refaite en raison des mauvais résultats obtenus et du mécontentement général.

Les assurés se plaignent des soins qu'ils reçoivent, et recourent fréquemment aux soins d'un médecin de leur choix.

D'autre part, il est connu que *beaucoup de médecins des assurances sont surchargés de travail et qu'à de rares exceptions, ils ne sont pas responsables de cet état de choses.*

Ce qui est le plus grave, c'est l'*insolvabilité prochaine de la caisse d'assurance.*

La capitation payée aux médecins a été portée, après la guerre, de 7 shellings 6 pence à 11 shellings par tête. Mais cette augmentation n'est pas proportionnelle à l'élévation du coût de la vie, d'autant que le nombre des bénéficiaires de la loi s'est considérablement accru depuis l'armistice.

Aussi, c'est à juste titre que les praticiens se refusent à accepter toute réduction d'honoraires, et ceux-ci considèrent la proposition de sir Mond comme une injure et un acte d'hostilité envers les médecins.

Les praticiens dont la circonscription compte beaucoup d'assurés sont loin de recevoir 11 shillings par tête. Ils doivent, pour desservir leur clientèle, prendre des voitures, habiter une maison décente et faire de coûteux frais d'instrumentation chirurgicale.

Le pays dépense actuellement des sommes énormes pour la protection infantile, l'inspection médicale scolaire, la prophylaxie et la guérison des maladies vénériennes. La vérité est que des fonds considérables sont dilapidés par l'énorme machine bureaucratique, et non par la rétribution des soins médicaux.

En toute vérité, les médecins ont été et restent parmi les principales victimes de la guerre.

Ce qui doit être réformé, ce n'est pas la rétribution de ceux qui travaillent activement et honnêtement au service des assurances sociales, mais la rétribution des parasites bureaucratiques vivant en marge des lois sociales et les rongeant au détriment des seuls travailleurs : les médecins. Ceux-ci n'accepteront une diminution d'honoraires que le jour où on aura porté la hache dans la forêt des abus.

Ainsi pensent nos confrères anglais. Veillons au grain chez nous.

Dr L. Dejace.

(1) *Le Scalpel*, 1er octobre 1921.

Est-ce donc tellement encourageant pour le Parlement français ? Et ses membres ne seront-ils pas bien inspirés, en se gardant de faire de la sociologie dans les nuages, au nom de principes sacro-saints, dont personne ne songe à discuter la beauté, mais qui réclament, avant d'être mis en pratique, une perfection plus avancée de l'espèce humaine ?

En tout cas, notre sort, à nous médecins, est bien, pour la plus large part, entre nos mains. Nous pouvons être les artisans de notre propre fortune. Elle sera bonne ou mauvaise, selon que nous l'aurons voulue telle.

Pour moi, la qualité de notre condition, dans la Société moderne, est fonction, sans doute, de notre valeur personnelle, mais aussi et surtout de la façon dont nous savons mettre celle-ci en sage exploitation.

Eh bien ! je prétends que ce n'est pas en nous laissant exploiter par les collectivités, grandes et petites, qui peuvent avoir besoin de notre concours, que nous y réussirons.

Et puis, au demeurant, s'il advenait que nous pâtissions quelque peu, ce que je me refuse à croire, d'avoir voulu rester libres et indépendants, nous n'aurions qu'à nous remémorer certain apologue du Bonhomme, où il est question d'un chien gras et bien en chair, mais dont le poil est rongé par le collier qui le tient à l'attache, et d'un loup, maigre et pelé, mais qui se drape fièrement dans son indépendance pour refuser de vendre celle-ci, même au prix d'une subsistance pour toujours assurée.

Pour une fois, soyons du côté du loup libre, contre le chien, enchaîné. Et, entrant dans la peau de notre personnage, n'hésitons pas à montrer les dents et les griffes à ceux qui prétendraient nous domestiquer.

G. DUCHESNE.

P. S. J'ai reçu une nouvelle lettre du confrère S., dont je publie aujourd'hui une précédente correspondance. Je remets à un prochain numéro la publication de sa dernière missive.

G. D.

Le projet de loi assurance-maladie.

Régime de liberté de tractations entre syndicats médicaux et caisses locales d'assurances.

Nous croyons de notre devoir d'envisager tour à tour tous les procédés possibles pour la mise en application de la future loi assurance-maladie. Avant de décider d'une conduite corporative, le corps médical doit étudier le problème sous ses faces diverses et selon toutes ses conséquences, pour ne prendre de décision qu'en parfaite connaissance de cause.

Or, des correspondances reçues au *Concours*, il ressort très clairement que le forfait, présenté dans le projet de loi, ne trouve pas de partisans dans le corps médical. Le médecin entend être payé selon son travail, d'après un tarif normal, tout en faisant respecter au maximum la liberté et la confiance qui doivent régner entre malade et docteur.

Nous pouvons, dès lors, poser au législateur, les questions suivantes : « estimez-vous que le système forfaitaire, que vous proposez dans la loi future, soit si merveilleux, qu'il faille l'imposer à toute la France ? Faut-il faire table rase des habitudes locales, qui existent entre malades et médecins, ou entre ceux-ci et collectivités, depuis un temps immémorial, pour la plus grande satisfaction des parties intéressées ? Votre système à forfait ne risque-t-il pas de bouleverser, pour un temps assez long, les usages et les coutumes ? »

Pour nous rendre compte du désordre qu'apporterait le système forfaitaire prévu dans le projet de loi, dans les rapports entre clients et praticiens, passons en revue les cas et les modes actuellement en usage.

Avec qui un syndicat médical est-il appelé à contracter pour la fixation des honoraires ?

Les premières tractations collectives, comme les premiers travaux en commun, pour le mode des honoraires, ont trait à l'*assistance médicale gratuite*. La loi du 15 juillet 1893 a substitué à la charité individuelle un régime d'assistance légale. Devant les honoraires de famine alloués par les conseils généraux, pour les soins à donner aux indigents, les médecins ont étudié, dans leurs syndicats, la manière de faire augmenter le taux des allocations départementales, comme le moyen d'améliorer le rendement du service.

Avec les *sociétés de secours mutuels*, les groupes professionnels de médecins ont rompu beaucoup de lances. Nous rappelons pour mémoire, les Congrès nationaux de la Mutualité où, tant à Montpellier (1913) qu'à Angers (1921), les modalités diverses des rapports médico-mutualistes furent discutées.

Pour les *accidents du travail*, autres tractations, ayant donné naissance à un tarif fixé par arrêté ministériel, dit tarif Dubief-Breton.

Également tarification officielle pour les *réformés de guerre*.

Si nous revenons au département, nous constatons que des tarifs et des règlements variables, précisent les conditions selon lesquelles les médecins ont à donner leurs soins aux *enfants assistés*, ou pour la *protection du premier âge*, pour pratiquer les *vaccinations*, etc.

Enfin, avec les *clients ordinaires*, beaucoup de syndicats suivent les indications fournies par certaines bases. Soit tarifs locaux, applicables pour une région, soit tarif général, dit tarif

Jeanne, partout nous trouvons des preuves indiscutables des tractations passées entre médecins et clients.

Modalités de ces tractations.

D'une manière générale et schématique, les systèmes employés peuvent se grouper de la manière suivante :

Le forfait annuel.

Employé par quelques départements, pour le service de l'assistance médicale gratuite, ce forfait consiste en une somme attribuée à chaque médecin, à tant par an et par tête d'ayant droit qu'il aura à soigner.

L'abonnement.

Usité jadis dans les régions du midi de la France et actuellement presque complètement disparu, ce système consistait, pour le médecin, à accepter de soigner une famille, ou une mutualité, moyennant une somme annuelle fixe.

Forfait et paiement à la visite.

Dans certains départements, le conseil général vote une prévision fixe, annuelle, pour les frais médicaux et pharmaceutiques, pour le service des indigents. Si les notes d'honoraires des docteurs et les fournitures en médicaments dépassent ce chiffre prévu, les notes présentées sont proportionnellement diminuées d'un tantième, au marc le franc.

Forfait alloué au syndicat.

Le département du Lot-et-Garonne a contracté avec le syndicat des médecins : moyennant l'octroi d'une somme annuelle, le syndicat assume la responsabilité du service médical pour les indigents, libre au syndicat de disposer de cet argent comme bon lui semble. En l'espèce, une caisse d'assurance contre la vieillesse a été créée.

Tarif à la visite simple.

Une collectivité (département, pour le service de l'assistance médicale gratuite, mutualité, assurance contre les accidents du travail, etc.) détermine un tarif d'accord avec le syndicat local. Selon l'entente intervenue, les médecins sont payés à tant la visite ou la consultation, tant pour la nuit, tant pour les interventions de petite ou de grande chirurgie, les accouchements, etc.

Ces tarifs sont révisables d'un commun accord.

Vis-à-vis du public, le syndicat médical local fait souvent connaître son tarif, soit par affiches placées dans la salle d'attente du docteur, soit par communiqués à la presse locale. Dans les campagnes, les praticiens d'une même localité se mettent d'accord, pour arrêter en commun les prix applicables aux différentes localités qu'il leur faut desservir.

Tarif à la visite, dit système lyonnais.

Le malade participe pour une partie aux frais médicaux et pharmaceutiques, par l'intermédiaire de tickets.

Tarif à la visite limité.

Certaines sociétés de secours mutuels ou sociétés d'usines, n'accordent les soins médicaux au tarif à la visite que pendant un certain nombre de jours (90 jours en général).

D'autres limitent à trois visites médicales par semaine les soins auxquels a droit le malade. Ces trois visites par semaine peuvent être, au gré du malade, réparties sur l'ensemble de la maladie (soit 6 visites la 1re semaine, 4 pour la 2e, 3 pour la troisième, deux pour la quatrième).

Système de la liberté.

Dès 1903, nous voyons apparaître ce procédé. Las de supporter les exigences de certaines sociétés de secours mutuels, quelques syndicats médicaux (Bourg, Chambéry, Ugines, etc.), avaient décidé de n'accepter aucune tractation, ni aucun tarif spécial, pour les soins à donner aux mutualistes. Ceux-ci étaient considérés comme des clients ordinaires et devaient rémunérer leur docteur selon les usages locaux, ou d'après le tarif syndical local.

Ce système fut discuté, principalement à la Fédération des médecins de la région parisienne, à la suite d'un rapport du Dr Caillaud, publié dans le *Concours médical* en 1912, page 1050. Repris en 1920, par cette même Fédération, il fut donné comme directives aux délégués des mutualités médicales, qui assistèrent au XIIe Congrès national de la Mutualité, à Angers, en 1921.

C'est ce système qui a la faveur des lecteurs du *Concours médical* en ce qui concerne les tractations futures entre caisses d'assurances et corps médical.

Pourquoi cette diversité de modes de paiement ?

Dans la fixation des honoraires médicaux, il faut tenir compte d'un certain nombre de facteurs importants.

Diversités des régions, au point de vue géographique, absence ou facilités de moyens de communications, pays de montagne ou de plaine, hivers rigoureux, pays de neige ; puis habitudes locales, souvent basées sur le genre de vie, sur l'industrie locale, sur les modes de culture. Ici, le médecin ne fait que de la médecine, là il est en même temps petit propriétaire terrien, ou viticulteur.

Aussi, se trouve-t-on en présence de modalités diverses, souvent difficilement cataloguables.


INNOTYOL

Résultat actuel des statistiques.

Assistance médicale gratuite. En 1894, lors de la mise en application de la loi du 15 juillet 1893, presque tous les conseils généraux votèrent un règlement, comprenant le service médical à forfait ou à l'abonnement.

Le système du paiement à la visite, dit système vosgien, ne fut adopté d'abord que par une minorité de départements.

Or, les syndicats médicaux se sont toujours prononcés pour l'adoption du système de rémunération à la visite et pour la suppression de tout forfait. Nous ne reviendrons pas sur cette question, que, personnellement, nous avons souvent traitée et développée.

Ne nous appuyons que sur l'éloquence des chiffres.

Actuellement, après avoir compulsé 85 règlements départementaux, sur 86, pour l'application du service de l'assistance médicale gratuite, nous constatons que les conseils généraux se sont, les uns après les autres, rendus à l'évidence de la supériorité du système à la visite.

Sur 86 départements, 73 ont adopté le tarif à la visite et 13 seulement ont conservé le forfait. Encore convient-il de faire remarquer que, sur ces 13 départements, 6 sont en instance devant le conseil général, pour la transformation du service à forfait en service à la visite. Ce qui revient à dire que, sur 86 départements, dans 7 seulement les médecins acceptent de soigner les indigents à forfait.

Quant au libre choix du médecin, la cause est entendue : ce libre choix est accordé, soit d'une manière complète, soit d'une manière restreinte dans 84 départements sur 86.

Mutualités.

Les Congrès, les commissions médico-mutualistes sont remplis des conflits que le système à forfait provoque tous les jours.

Faisant appel à la charité de tous, les mutualistes demandent aux médecins des tarifs de faveur ; mais les praticiens se refusent à continuer à se laisser exploiter par nombre de personnes aisées, qui ne se font inscrire dans les mutuelles que pour en retirer de gros avantages. Partout les médecins rompent les anciennes tractations à forfait, pour organiser un service médical, basé sur le libre choix du médecin et sur le tarif à la visite. S'il n'y a pas entente, la mutualité est ignorée du corps médical et le mutualiste soigné comme un malade ordinaire, selon le tarif commun.

Accidents du travail, mutilés de guerre.

La loi du 31 mars 1905, modifiant celle du 9 avril 1898, comme celle du 31 mars 1919, consacrent le système du libre choix du médecin et du tarif à la visite. Malgré leurs insistances, jamais les compagnies d'assurances contre les accidents n'ont pu obtenir, tant du corps médical que du Parlement ou du Ministère du Travail, que le forfait fût rétabli, comme il existait avant 1905. La cause est entendue.

Conclusions.

Pourquoi le législateur veut-il modifier un tel état de choses ? Pourquoi s'immiscer dans les habitudes locales ? Malades et médecins sont contents de leurs tractations actuelles, chacun selon la région, le genre de vie, les coutumes. Pourquoi supprimer ce qui existe depuis longtemps, à la satisfaction des deux parties ?

Au contraire, respectueux des traditions et des usages locaux, le législateur des assurances sociales aura plus de chances de ne pas avoir de surprises, s'il utilise, pour le service médical, le *modus faciendi* actuel.

Personnellement, nous verrions avec faveur une liberté complète de tractations être laissée aux caisses d'assurances locales, pour organiser à leur guise les services médicaux avec les syndicats professionnels locaux. Chaque groupe médical aurait à discuter du règlement intérieur, comme du taux des honoraires, basés sur le tarif à la visite.

Dans un prochain article, nous dirons comment nous comprendrions personnellement cette organisation contractuelle locale.

Dr Paul BOUDIN.

CHRONIQUE DE LA MUTUALITÉ

I

Avancement

On a pu lire dans tous les journaux que M. Durand, directeur de la Mutualité au ministère, (je ne sais plus lequel, intérieur, travail et prévoyance sociale, cela change si souvent) venait d'être nommé directeur de la Sûreté générale. La Presse rappelle le *curriculum vitæ* du nouveau promu, qui a passé successivement dans les préfectures, fut chef de cabinet d'un ministre, avant d'être le chef officiel de la Mutualité. Cette nomination contient plus d'un enseignement. D'abord les meilleurs titres pour arriver à être directeur de la Mutualité, c'est d'avoir une carrière politique et non une carrière administrative. Cela ne nous étonne pas. Nous avons dit souvent, et nous ne le répèterons jamais trop, que la mutualité sous le camouflage philanthropique n'est qu'un organisme politique, une usine électorale, que ses dirigeants, contre des décorations, échangent leur influence en faveur des candidats du

gouvernement, souvent ses membres honoraires (*honoris causa*).

Pour ces politiciens, les sociétés mutuelles ne sont qu'un tremplin électoral. Il n'y a que les gogos formant le troupeau (*vulgum pecus*) qui l'ignorent, mais les grands pontifes savent à quoi s'en tenir. Cette notion, néanmoins, commence à pénétrer dans les milieux ouvriers, si j'en juge par un article publié récemment dans le journal *le Peuple*. Ceux qui connaissent le mieux cette cuisine politico-mutualiste sont plus aptes que quiconque aux emplois supérieurs : telle la direction de la Mutualité. C'est le trait d'union reconnu et créé entre la politique et la pseudo-philanthropie officielle.

Je vois moins que le stage fait comme directeur de la Mutualité donne des titres à la direction de la Sûreté générale. Faut-il voir dans ceci une relation avec l'affaire Mabilleau, cet excellent mutualiste tripoteur, commandeur de la Légion d'honneur et commanditaire d'affaires véreuses, et ne commandant plus la grande admiration qu'il suscitait dans les hautes sphères officielles. Obligé de démissionner et relevant maintenant de la Sûreté, c'était peut-être le moyen de lui laisser des amis en faisant passer M. Durand de la Mutualité à la Sûreté.

Peut-être, connaissant intimement les rouages de la Mutualité, M. Durand pourra-t-il redresser les erreurs de cette organisation et la rappeler au respect de la loi qu'elle viole si souvent. Elle dit, par exemple, qu'on ne peut faire partie que d'une seule mutuelle approuvée assurant des avantages en cas de maladie et de retraite, que l'indemnité maladie ne peut dépasser 5 fr. par jour et la retraite 360 fr. Il verrait qu'un grand nombre de sociétaires touchent une indemnité dans 4 ou 5 sociétés, qu'ils finissent par avoir une somme journalière supérieure à leur gain habituel, que d'autres touchent plusieurs retraites qu'on augmente encore à l'aide d'allocations renouvelables, toutes choses contraires à la loi.

Et ceci se fait ouvertement : c'est ainsi que récemment un membre du conseil d'administratioa d'une importante société, de secours mutuels de Paris s'opposait au relèvement des honoraires médicaux de sa société, disant que dans d'autres sociétés, dont il faisait partie, les médecins se contentaient d'honoraires plus réduits.

Pour ma part, je n'y trouve point d'inconvénient, payant plusieurs cotisations : ils ont, selon le bon sens, droit de toucher plusieurs fois les avantages qui résultent de la cotisation. Ce que j'incrimine, c'est que la loi soit limitative, mais puisqu'elle existe, pourquoi le gouvernement laisse-t il impunément violer la loi ? M. Durand, directeur de la Sûreté générale, y mettra ordre. Je n'en doute pas,

Je ne parle pas non plus des violations de l'article où il est dit que les sociétés ne doivent s'occuper ni de questions politiques ni de questions religieuses : elles ne font que cela, au vu et su de tous. A signaler encore à M. Durand.

Je ne crois pas que M. Durand ait à exercer sa sagacité à l'égard des dirigeants de la Mutualité qui sont pour la plupart des braves gens, contents d'eux-mêmes.

Ambitieux, ils promettent monts et merveilles à leurs sociétaires, mais ils sont le plus souvent de bonne foi, on ne peut dire qu'il y a tromperie sur la marchandise vendue, et du reste les bons naïfs ne voient que très tard qu'ils ont fait un marché de dupes, mais en ce cas il y a plutôt inconscience que tromperie, et ces cas ne relèvent pas de la Sûreté générale. On dit qu'en une république bien organisée il faut mettre chacun à sa place : vous avez, M. Durand, réalisé cet adage : Politique, Mutualité, Sûreté générale, vous avez su synthétiser ces trois choses en votre personne et sous votre haute autorité, votre pouvoir doublé de compétence est immense. Oh ! M. Durand ce que vous l'avez grand !

Dr VIMONT.

II

Mutualité Familiale du Corps médical français.

Rapport du trésorier sur l'exercice 1920.

Messieurs,

J'ai l'honneur de vous présenter le rapport financier sur l'exercice 1920. Cette année est la dernière sur laquelle se soient fait sentir les irrégularités de la période de guerre ; c'est une année de régularisation et le fonctionnement normal de notre société reprendra avec l'exercice 1921.

SECTION I

Indemnité maladie-accident.

COMBINAISONS MA ET B.

Au 31 décembre 1919, le nombre des inscrits était de 1568 et le Conseil, au cours de l'année 1920, a prononcé 47 admissions, mais nous avons dû enregistrer 43 décès et 39 démissions. D'autre part, il a fallu prononcer la radiation des sociétaires qui ne s'étaient pas mis en règle pour leurs cotisations, de ceux qui avaient atteint l'âge de 65 ans, de telle sorte qu'au 31 décembre 1920, nous restons seulement 1376.

Ces pertes nous sont pénibles, nous n'avons pas à le cacher, mais quand on pense que la société aurait pu disparaître, emportée par la tourmente, nous devons nous estimer heureux de l'avoir pu sauver et de nous retrouver en bonne posture pour reprendre notre marche régulière antérieure.

Quoi qu'il en soit, ces 1376 membres étaient ainsi répartis :

AVIS

—

Accidents du Travail

Note d'honoraires médicaux ;
Mémoires de fournitures pharmaceutiques ;
Certificats ;
Mémoires d'expertises ;
Mémoires de frais de justice criminelle ;
Feuilles de comptabilité ;

Nous tenons à la disposition de nos lecteurs les imprimés suivants :

1° **Notes d'honoraires médicaux.**

2° **Mémoires de fournitures pharmaceutiques** prévues par l'arrêté ministériel du 8 juillet 1920.

3° **Certificats.** — Certificats pour blessés d'accidents du travail.

4° **Mémoires d'expertises. — Accidents.** — Mémoires d'expertises médicales concernant les accidents du travail.

Justice criminelle.

5° **Mémoire de frais de justice criminelle** (honoraires). **Mémoires des frais de justice criminelle** (fournitures).

Ces imprimés sont établis d'après le format officiel.

6° **Feuilles de comptabilité**, servant à établir le compte de chaque client.

Modèles se trouvant dans l'Agenda-Mémento du Praticien, édition 1920).

Ces différents imprimés sont envoyés au prix de franco :

Les 50	5 fr. »»
Les 100	8 fr. »»
Les 500	35 fr. »»
Les 1000	60 fr. »»

Adresser les commandes accompagnées du montant à M. C. Boulanger, administrateur du Concours Médical, 132, *faubourg St-Denis, Paris.*

1065 inscrits à la combinaison MA ;
6 inscrits à la combinaison 1/2 MA ;
299 inscrits à la combinaison B ;
6 inscrits à la combinaison 1/2 B ;

1376

C'est le chiffre où nous étions au 31 décembre 1908.

1° Compte de l'année 1920.

Recettes :

Les recettes se sont élevées à la somme de 322.159 fr. 13, savoir :

Cotisations	128.619.50
Intérêts	24.567.23
Remboursements de valeurs	15.824 73
Réalisations de valeurs	153.147 67
	322.159 13

Dépenses :

Elles ne comportent que les indemnités-maladie et s'élèvent à 106.251 fr. 70.

Balance :

Avoir au 31 décembre 1919 :

Espèces en caisse	4.497 20	
Espèces à la Société Générale	5.625 93	10.123 13
Recettes de l'année 1920		322.159 13
		332.282 26
Dépenses de l'année 1920		106.251 70
Reste avoir		226.030 56

Dont emploi :

Achats de valeurs		221.308 57
Espèces en caisse	4.343 68	
Espèces à la Société Générale	378.31	4.721 99
Total égal		226.030 56

2° Compte général.

Avoir général au 31 décembre		480.373 41
Recettes de l'année 1920 :		
Cotisations	128.619 50	
Intérêts	24.567 23	
Boni sur remboursement de valeur (1)	2.660 44	155.847 17
		636.220 58

(1) Trente Obligations Ouest 2.50 % remboursées à 14.857 73, achetées à 12.300 ». Boni : 2.557 75.
Une Obligation Orléans ancienne remboursée à 488 67 achetée 446 33. Boni : 42 34.
Une Obligation Ouest ancienne remboursée à 478 33 achetée 417 96. Boni : 60 37.

Au total :

Remboursement	15.824 73
Achat	13.164 29
Boni	2.660 44

Dépenses de l'année 1920 :

Indemnité-maladie		106.251 70
Reste avoir		529.968 88

Représentés par :

1° Portefeuille : valeur de 1919	470.250 28	
Moins valeur remboursée (prix d'achat) 13.164 29 et réalisations 153.147 67	166.311 96	303.938 32
Plus achats de 1920		221.308 57
		525.246 89
2° Espèces à la Société générale	378 31	
en caisse	4.343 68	4.721 99
Total égal		529.968 88

Cette somme est ainsi répartie :

Combinaison MA	359.806 20
Combinaison B	170.162 68
	529.968 88

SECTION II

1° Compte de l'année 1920

Pensions de retraite

COMBINAISON P (RETRAITE A 60 ANS)

Au 31 décembre 1919, la combinaison P comptait 102 membres. Le Conseil a prononcé 14 admissions en 1920 ; d'autre part, nous avons enregistré 4 décès et 2 démissions.

La combinaison P, au 31 décembre 1920, compte donc 110 membres.

Recettes.

Les recettes se sont élevées à la somme de 130.476. 74, favoir :

Cotisations	33.711 45
Intérêts	13.173 85
Réalisations de titres	83.591 44
	130.476 74

Dépenses.

Les dépenses ne comprennent qu'un remboursement de cotisations contre-assurées ; elles s'élèvent à 1.703 ,40.

Balance.

Avoir au 31 décembre 1919 :

Espèces en caisse	357 45	
Espèces au Crédit Lyonnais	2.450 73	2.808 18
Recettes de l'année 1920		130.476 74
		133.284 92
Dépenses de l'année 1920		1.730 40
Reste avoir		131,554 52

Dont emploi :

Achats de valeurs		121.686 53
Espèces en caisse	4.424 97	9.867 99
Espèces au Crédit Lyonnais	5.443 02	
Total égal		131.554 52

2° Compte général.

Avoir général au 31 décembre 1919		190.775 87
Recettes de 1920 :		
Cotisations	33.711 45	46.885 30
Intérêts	13.173 85	
		237.661 17
Dépenses de 1920 :		
Remboursement de cotisations		1.730 40
Reste avoir		235.930 77
Représentés par :		
1° Portefeuille : valeur de 1919	187.967 69	104.376 25
Moins réalisations	83.591 44	
Plus achats de 1920		121.686 53
		226.062 78
2° Espèces : en caisse	4.424 97	9.867 99
au Crédit Lyonnais	5.443 02	
Total égal		235.930 77

COMBINAISON R (RETRAITE A 65 ANS).

La combinaison R, au 13 décembre 1919, comptait 185 membres ; en 1920, le Conseil a prononcé 9 admissions, mais il a enregistré 5 décès, de telle sorte qu'au 31 décembre 1920, le nombre des membres reste de 189.

1° Compte de l'année 1920.

Recettes.

Les recettes, pendant l'année 1920 se sont élevées à 159.770.11, savoir :

Cotisations	38.016 55
Intérêts	22.736 86
Remboursements de valeurs	986 01
Réalisations	98.030 69
	159.770 11

Dépenses.

Les dépenses se sont élevées à 4.598 fr., savoir :

Pension	1.200 »
Remboursements de cotisations contre-assurées	3.398 »
	4.598 »

Balance.

Avoir au 31 décembre 1919 :		
Espèces au Crédit Lyonnais	1.586 68	4.583 73
Espèces en caisse	2.952 05	
Recettes de l'année 1920		159.770 11
		164.308 84
Dépenses de l'année 1920		4.598 »
Reste avoir		159.710 84
dont emploi :		
Achats de valeurs		148.779 46
Espèces en caisse	3.367 35	10.931 38
Espèces au Crédit Lyonnais	7.564 03	
Total égal		159.710 84

2° Compte général.

Avoir général au 13 décembre 1919			462.678 64
Recettes de l'année 1920 :			
Cotisations		38.016 55	60.901 32
Intérêts		22.736 86	
Boni sur remboursement de valeurs (1)		147 91	
			523.579 96
Dépenses de l'année 1920 :			
Pension		1.200 »	4.598 »
Remboursements de cotisations		3.398 »	
Reste avoir			518.981 96
représentés par :			
Portefeuille : valeur de 1919		458.139 91	359.271 12
Moins valeurs remboursées prix d'achat	838 10	98.868 79	
et réalisations	98.030 69		
Plus achats de 1920			147.997 46
			508.050 58
Espèces : en caisse		3.367 35	10.931 38
au Crédit Lyonnais		7.564 03	
Total égal			518.981 96

SECTION III

Pensions aux veuves et aux orphelins.

COMBINAISON V

La combinaison V, au 13 décembre 1919, comptait 50 membres ; au cours de 1919, le Conseil a prononcé 3 admissinons, mais il a enregistré un décès et pro-

(1) Deux obligations Chemins de fer du Nord remboursées à 986.01 et achetées à 838.10. Boni 147.91.

noncé 8 radiations: le nombre des membres au 31 décembre est donc de 45.

1° Compte de l'année.

Recettes.

Les recettes se sont élevées à la somme de 49.848 75 savoir :

Cotisations	9.716 01
Intérêts	5.157 49
Vente de titres	2.159 55
Réalisations de valeurs	32.815 70
	49.848 75

Dépenses.

Les dépenses qui ne comportent que des pensions, se sont élevées à 1.200 fr.

Balance.

Avoir au 13 décembre 1919 :		
Espèces en caisse	3.828 85	
Espèces au Comptoir national d'escompte	2.377 20	6.206 07
Recettes de l'année 1920		49.848 75
		56.054 82
Dépenses de l'année 1920		1.200 »
Reste avoir		54.854 82
Dont emploi :		
Achats de valeurs		53.322 95
Espèces en caisse	462 49	
Espèces au Comptoir d'escompte	1.069 38	1.531 87
Total égal		54.854 82

2° Compte général.

Avoir général au 31 décembre 1919			103.942 82
Recettes de l'année 1920 :			
Cotisations		9.716 01	
Intérêts		5.157 49	14.873 50
			118.816 32
Dépenses de l'année 1920 : pensions			1.200 »
Reste avoir			117.616 32
Représentés par :			
1° Portefeuille : valeur de 1919		97.736 75	
Moins réalisations et	32.815 70		
ventes	2.159 55	34.975 25	62.761 50
Plus achats de 1920			53.322 95
			116.084 45
2° Espèces :			
en caisse		462.49	
au Comptoir d'escompte		1.069 38	1.531 87
Total égal			117.616 32

CAISSE AUXILIAIRE

Avoir au 31 décembre 1919		21.964 55
Recettes de l'année 1920 :		
Intérêts	1.108 57	
Dons	101 30	
Amendes	50 »	1.286 70
Versement par la combinaison MA	26 65	
		23.251 25
Dépenses de l'année 1920 :		
Cotisation à des sociétaires		4.926 40
Reste avoir		18.324 85
représentés par :		
1 bon de la Défense Nationale de 1.000 fr. à un an		950 »
3 bons de la Défense Nationale (échéances diverses)		2.910 01
		3.860 01
Espèces en caisse	7.864 84	
Espèces à la Société Générale	6.600 »	14.464 84
Total égal		18.324 85

COMPTE DE GESTION

Avoir au 31 décembre 1919		3.213 49
Recettes de l'année 1920 :		
Cotisations	12.532 80	
Intérêts	83 75	
Recouvrements rappels et timbres	2.449 20	15.540 75
Droits d'entrée	475 »	
		18.754 24
Dépenses de l'année 1920 :		
Frais de poste	1.140 05	
Frais d'envoi d'argent	323 55	
Timbres quittances	675 30	
Frais de recouvrements et rappels	660 25	
Matériel	323 35	
Impressions	1.354 10	12.493 13
Frais de banque	446 53	
Frais d'examens	380 »	
Secrétariat général	2.550 »	
Trésorier et aides	4.600 »	
Divers	40 »	
Reste avoir		6.261 11
représentés par :		
Espèces en caisse		2.359 01
Espèces à la Société Générale		3.902 10
Total égal		6.261 11

AVOIR GÉNÉRAL DE LA MUTUALITÉ FAMILIALE

Comptes	Portefeuille	Banque	Caisse	Totaux
Combinaisons MA-B	525.246 89	378 31	4.343 68	529.968 88
Combinaison P	226.062 78	5.443 02	4.424 97	235.930 77
Combinaison R	508.050 58	7.564 03	3.367 35	518.981 96
Combinaison V	116.084 45	1.069 38	462 49	117.616 32
Caisse auxiliaire	3.860 01	6.600 »	7.864 84	18.324 85
Compte de gestion	»	3.902 10	2.359 01	6.261 11
Totaux	1.379.304 71	24.956 84	22.822 34	1.427.083 89

Les comptes dans les banques et les dépôts de titres sont toujours les mêmes :

A la *Société Générale* pour les combinaisons MA et B, la caisse auxiliaire et le compte de gestion ;

Au *Crédit Lyonnais*, pour les combinaisons P et R;

Au *Comptoir National d'Escompte*, pour la combinaison V.

Messieurs,

La situation de la *Mutualité Familiale*, telle qu'elle vient d'être exposée, est soumise à l'examen de notre actuaire, M. Fleury, qui vous donnera son appréciation après l'inventaire qu'il doit faire.

Pour ce qui dépendait de lui, votre Conseil d'administration a la conscience d'avoir, en toutes circonstances, agi au mieux des intérêts des sociétaires et de la Société.

Le Trésorier,

A. GASSOT.

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations.

— Hôpital Broussais, 96, rue Didot. Enseignement clinique médical. — M. le docteur H. Dufour fera tous les vendredis, à 10 heures 1/2, salle Delpech, des présentations de malades accompagnées de courtes conférences cliniques et thérapeutiques.

Tous les matins, enseignement des stagiaires. 1re conférence le vendredi 11 novembre 1921.

— Vœu émis par la Société locale de la Haute-Garonne à Ax-les-Thermes le 11 sept. 1921.

La Société locale de la Haute-Garonne, estimant que la fondation de la maison des médecins est extrêmement utile et que le conseil général de l'A. G. pour réaliser ce projet devrait avoir à sa disposition une première mise de fonds assez importante, émet le vœu que l'Assemblée générale invite les sociétés locales, sous son initiative et sous sa direction, à recueillir des sommes provenant de dons, souscriptions et collectes faites au cours de fêtes ou réunions et par tous autres moyens qui leur paraîtront plus opportuns.

— Maladie des yeux. — Le Dr A. Cantonnet, ophtalmologiste des hôpitaux, commencera, le mardi 15 novembre 1921, et continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à 14 h. 1/2, à la consultation d'ophtalmologie de l'hôpital Cochin, une série de dix conférences d'ophtalmologie pratique pour les praticiens généraux. Présentation de malades, projections.

Elles sont gratuites. S'inscrire à l'avance, directement, ou par lettres à Cochin.

Semblables séries en février et en juin.

Le jeudi 12 janvier 1922, à 19 h. 1/2, commencera une série de 4 leçons sur la rééducation des strabiques.

Tous les mardis et jeudis, à 9 h. 1/2, ophtalmologie élémentaire avec présentation de malades.

— Laboratoire de sérologie. — Direction scientifique, M. Rubinstein, 54, rue Saussure, XVIIe métro Monceau. M. Rubinstein fera un cours de sérologie appliquée à la clinique du 8 novembre au 8 décembre, les mardis, jeudis et samedis à 14 heures. Les cours suivis de travaux pratiques (de 14 heures à 18 heures) traiteront les propriétés biochimiques des sérums, le séro-diagnostic de la syphilis et de la tuberculose et d'autres affections.

Le but de cet enseignement est de former des sérologistes et de les initier aux recherches de laboratoire.

Le nombre des élèves est limité. Le droit d'inscription est de 150 francs. Pour tous renseignements, s'adresser au laboratoire, de 15 à 17 heures.

Le Directeur Gérant : Dr GASSOT.

Clermont (Oise). — Imprimerie DAIX et THIRON
THIRON et FRANJOU, Successeurs.
Maison spéciale pour publications périodiques médicales

rent avant les hostilités d'une vogue immense et rendirent à nos stations les plus précieux services, provoquant dans nombre d'entre elles des aménagements et transformations utiles, aiguillant leur personnel médical vers une spécialisation rationnelle de leur cure thermale, faisant enfin connaître et aimer à une élite de touristes médicaux des régions avec lesquelles les sèches analyses des ouvrages d'hydrologie ne pouvaient les familiariser suffisamment.

La guerre avait interrompu la série de ces voyages si profitables ; ils ne pouvaient rester oubliés, et l'année 1921 a vu renaître le V. E. M. grâce aux efforts associés des professeurs Carnot et Rathery, directeurs scientifiques, et du Dr Gerst, le très dévoué, très compétent et très actif organisateur qui, secondé par le Dr Jacquet, chef de clinique adjoint à la Faculté, par M. Job, externe des hôpitaux, et par le sympathique hôtelier de la rue Lafayette, M. Mauvier, commissaire technique, sut préciser d'avance les moindres détails d'un itinéraire des plus complexes et assurer le logement, la nourriture et le bien-être matériel des voyageurs dans des conditions vraiment extraordinaires de confort et d'agrément.

Disons tout de suite qu'aucun incident fâcheux ou même désagréable ne vint troubler l'ordre établi et que le voyage se déroula jusqu'au bout, au milieu de la satisfaction générale, qui s'affirma maintes fois, à la fin des banquets somptueux qui marquaient les étapes, par des toasts enthousiastes.

L'arrivée à *Pougues*, sous une pluie battante, fut cependant morose. Par bonheur, un clair soleil dissémina les brumes dans l'après-midi, et l'on put jouir, dans une nature fraîche et épanouie, du splendide coup d'œil qu'offraient le vaste parc et cette ravissante station d'altitude de *Bellevue*, organiseé dès 1900, par Huchard et Janicot, sur une terrasse bien exposée, face à la Loire, et devant un panorama unique, en vue de la *cure de terrain*, associée à la cure de repos dans un incomparable bain d'air et de lumière. *Station des atoniques et des asthéniques*, Pougues voit s'accroître chaque année le nombre des baigneurs, surmenés et affaiblis, qui viennent demander à ses eaux, pour leur tube digestif paresseux, le puissant coup de fouet de leur *action excito-sécrétoire et excito-motrice* ; c'est ce qu'exposèrent le prof. Carnot et le distingué Dr Hyvert médecin de la station, dans des conférences documentées.

Saint-Honoré reçut ensuite les médecins du V. E. M. : charmante petite ville, située à 302 mètres d'altitude, au pied des plus hautes montagnes du Morvan, et riche de quatre sources ayant chacune sa composition et ses caractères. De la présence simultanée des composés sulfureux et arsénicaux découlent leurs indications maîtresses : *arthritisme respiratoire et maladies de l'enfance*.

Une délégation de 50 membres se rendit, dans la soirée du 5 septembre, à *Bourbon-Lancy*, dont les eaux plutoniennes rentrent dans une des catégories les plus intéressantes par leur thermalité, leur composition clinique et leurs propriétés physiques : eaux

faiblement minéralisées, hypotoniques, radio-actives dont l'action immédiate et à distance est la *sédation*, Bourbon-Lancy est la station de cure des *arthropathies* et des *névralgies, même subaiguës* et des *troubles fonctionnels cardiaques*.

Bourbon-l'Archambault, où l'on passa quelques bonnes heures, joint à un site pittoresque, à des souvenirs historiques d'un haut intérêt, à un climat tempéré, le bienfait inappréciable de ses eaux chlorurées sodiques, bicarbonatées mixtes, bromo-iodurées, hyperthermales, radio-actives, dans le traitement du *rhumatisme chronique*, de la *polyarthrite déformante*, des *névralgies rebelles*, des *myélites systématisées ou diffuses*, et, enfin, des *affections chirurgicales osseuses et articulaires*.

L'accueil de Vichy, la Reine-des Villes d'Eaux, et de *Châtel-Guyon*, la station des intestinaux, a déjà fait l'objet d'un compte-rendu (1).

De *Vichy*, après un court arrêt à *Saint-Yorre*, dont les eaux bien connues, ne sont point négligeables et, abondamment exportées à l'étranger, y jouissent d'un légitime succès, un groupe se rendit à *Sail-les-Bains*, charmante station, encore modeste, mais appelée à un grand avenir, grâce à sa composition *très spéciale*. Les eaux de Sail, *silicatées* et *très radio-actives*, jaillissent dans un magnifique parc anglais, bien ombragé, de 20 hectares, au pied des dernières ramifications des Monts de la Madeleine, devant un panorama sur les plaines de la plantureuse Limagne, où serpente l'Allier et que terminent au loin les montagnes du Forez : vaste étendue de 240 kilomètres carrés que verdoyant qui s'étend au loin sur les bords de la Loire. Le vénéré et savant médecin de l'établissement, le Dr Parmentier, nous fit, avec infiniment d'esprit et de bienveillance, les honneurs de la station qui tend à se spécialiser, dans la cure des *dermatoses*, du *prurit « sine materia »* (anal, vulvaire, etc.), et aussi de la *présclérose*. Un thé fut offert, dans l'excellent hôtel de Sail, par M. Brun, l'aimable directeur.

Le V. E. M. rendit ensuite visite, au cœur de l'Auvergne, à la *Station du cœur* : *Royat*, idéal séjour où l'on se repose, s'émerveille et se guérit, au fond d'une gorge ombragée d'arbres magnifiques, au sein d'un site magnifique, dans un établissement remarquable, où l'on trouve, avec toutes les ressources de l'hydrothérapie, une grande richesse de moyens de cure parathermaux (mécanothérapiques, électrothérapiques, etc.). La spécialisation fonctionnelle type de Royat est essentiellement *cardio-vasculaire*. « Lorsque la polysclérose s'affirmera sur le cœur, disait Landouzy, ce seront des *cardiopathes* qui viendront s'améliorer par les *bains carbo-gazeux* ; lorsqu'elle s'affirmera sur l'aorte ou les artères périphériques, ce seront des *aortiques*, des *angéiopathes* ». Et ces malades forment la principale clientèle de la station, dont la renommée est mondiale.

La plupart de nos confrères font l'ascension du *Puy-de-Dôme*, d'où ils jouissent d'une vue magnifique

(1) Voir *Concours Médical*. N° 40, 2 oct. 1921, page 2728.

Sidoine Apollinaire appelait « une mer de verdure, où l'on voit, comme des vagues, onduler les moissons », et dont il disait encore que « sa vue seule fait perdre à l'étranger le souvenir de la patrie ». Les excursionnistes descendent ensuite sur le *sanatorium de Durtol*, bâti, dans de belles châtaigneraies, sur une branche de la coulée du Pariou. Reçus par la veuve du regretté Sabourin et par les docteurs Taube et Aboulkère, ils admirent le grand parc, les spacieuses vérandas sous bois et les très confortables aménagements de cet établissement réputé.

Enfin, un groupe de médecins est reçu, le soir du 9 septembre, par le Dr Deschamps dans sa maison de santé de *La Terrasse*, à *Chamalières*, où le distingué praticien soigne avec succès les *nerveux*, les *petits mentaux* et les *toxicomanes* : installée dans l'ancien couvent des Ursulines, au milieu du clos de l'Abbaye de Saint-Alyre, elle embrasse, de sa plate-forme, ancien calvaire, une vue magnifique sur Clermont-Ferrand, que dominent les deux tours aiguës de sa vieille cathédrale.

Une randonnée de 2 jours à travers les *Monts d'Auvergne* vint apporter une note touristique et pittoresque dans le voyage. On partit de Royat le 10 septembre. Le *col de la Moreno* traversé, on fit halte dans le curieux village d'*Orcival*, encaissé dans le vallon du Sioulot, et l'on contempla sa vieille église du XIe siècle, si remarquable par ses formes du plus pur roman auvergnat, son clocher octogonal à flèche de pierre si caractéristique et ses portes couvertes de peaux et parées de riches garnitures de fer. Longeant les colonnes balsatiques mises à nu par le chemin, on atteignit la fameuse *Roche Sanadoire*, aux gradins gigantesques, dressée en face de la colossale *Roche Tuilière*, ainsi nommée des lames de basalte que les paysans extraient de sa base, pour en couvrir les toits de leurs maisons. Par le *Col de Diane*, on arriva à *Murols*, dominée par une ruine majestueuse, reste d'une des plus lointaines forteresses de la féodalité, non sans avoir admiré, chemin faisant, le gracieux *lac Chambon*, dans une région grandiose et sauvage, parmi les aunes et les peupliers.

Nous voici à *Saint-Nectaire*, la *Providence des rénaux*, dont les cures dans les *néphrites post-infectieuses*, les *albuminuries gravidique, digestive, orthostatique, dyscrasique, toxique*, etc., confirment chaque année la séculaire faveur.

Le *V. E. M.*, dans ses confortables auto-cars, traversait ensuite la *vallée de Chaudefour*, immense crique entourée d'énormes rochers, d'où sort, d'une manière de grotte, la gracieuse *cascade du Saut-de-la-Biche*. Après la visite de *Besse*, de sa vieille église romano-auvergnate et de sa Vierge noire célèbre, on arriva, à travers une double rangée de boursouflures volcaniques, au *lac Pavin*, vaste nappe d'ondes glauques, entourée d'une muraille de roches que couronne une fraîche verdure, pays formidable qui fut jadis l'objet de terribles légendes. On traversa les pittores-

ques villes, si bien conservées dans leur forme ancienne, de *Condat-en-Féniers* et de *Murat*, toutes noires avec leurs vieilles maisons en lave de Volvic, et l'on parvint au *Lioran*, *séjour climatique d'altitude* bien organisé et cette année plus achalandé que jamais.

On coucha, le 11, à *Vic-sur-Cère*, *station hydro-minérale et climatique*, située à 675 mètres d'altitude, douée d'eaux minérales oligo-métalliques, gazeuses, bicarbonatées et ferrugineuses : cure pour *surmenés, asthéniques, nerveux, anémiques, convalescents* ; en outre, excellente *villégiature de transition*, pour *ante-cure préparatoire* ou *post-cure de repos, de complément* et de *stabilisation* avant et après les saisons dans les grandes villes thermales du centre. L'établissement n'a pas compté moins de 2.000 curistes par an depuis la guerre.

Par un temps maussade et froid, on fit, le 12 septembre, l'ascension du *Puy-Mary*, malheureusement perdu dans la brume, puis on gagna la médiévale *Salers*, où l'on déjeûna dans les hôtelleries locales avec des mets du pays, dont la truculence contrasta avec les raffinements culinaires dont, jusqu'alors, les Vatels thermaux avaient caressé nos palais. Les accords naïfs des musettes remplacèrent, par contre, heureusement, les infernales cacophonies des modernes « dancings ». Par *Mauriac*, *Bort*, *Tauves*, localités d'un séduisant archaïsme, on parvint enfin au Mont-Dore, dont on visita l'établissement sévère, construit, en 1817, avec un trachyte grisâtre, et dont la toiture est en pierres de même nature, en prévision des éboulements de la *montagne de l'Angle*. Développé et modernisé, il permet aux malades de joindre à la *cure d'air et d'altitude*, une *cure thermale* dont l'efficacité s'est avérée depuis les temps les plus reculés dans le *traitement de toutes les affections respiratoires évoluant sur un terrain arthritique et ayant un caractère spasmodique et congestif*, et, avant tout, dans le *traitement de l'asthme* sous toutes ses formes : *nerveux, sec* ou *catarrhal*, chez l'adulte et surtout chez l'enfant. Les excursions du *Capucin* et du *Puy-de-Sancy* facilitèrent la digestion des fastueuses agapes offertes à l'envi par nos généreuses et hospitalières hôtesses.

La journée du 13 septembre, très ensoleillée, fut consacrée à *La Bourboule, station thermale, station d'altitude, station climatique*, couchée au pied de hauts rochers granitiques qui l'abritent contre les vents et à laquelle tout concourt à assurer un avenir de plus en plus prospère ; la cure d'altitude élevée sur les plateaux boisés de *Charlannes*, à 1.200 mètres, la cure d'altitude moyenne dans la vallée, jointes à la *cure arsenicale*, en fait *la station reconstituante par excellence*. Ses indications sont celles de l'arsenic. La Bourboule améliore les affections générales chez les *enfants lymphatiques, scrofuleux, adénopathiques* ; chez les *adolescents anémiques, chlorotiques, débiles* ; chez les *adultes surmenés, déprimés, diabétiques* (surtout azoturiques), *paludéens* ; — La Bourboule guérit les affections localisées : sur la peau : *eczémas, acné, furonculose, prurigos, psoriasis* ; sur les mu-

queuses : *naso-pharyngite* et *trachéo-bronchite* (suites de grippe, emphysème, bronchite chronique). Au haut du plateau, où l'on accède sans effort par un double funiculaire, nous furent offerts des rafraîchissements variés, une leçon de golf et des danses auvergnates, qu'exécutèrent, au son de la vielle, des naturels du pays en costumes d'autrefois.

On déjeûna, le 14, à *Evaux-les-Bains*, station balnéaire de la Creuse, qui reçoit de vingt sources différentes des eaux chaudes connues de la plus haute antiquité. Ces eaux, très radioactives, se distinguent par une *action à la fois tonique et sédative*, qui se manifeste principalement chez les *rhumatisants froids et lymphatiques*, quelles que soient les localisations de la maladie : articulaires, nerveuses, musculaires, cutanées, etc. Les *enfants de souche neuro-arthritique*, chargés de tares ancestrales, foncièrement nerveux, mais déprimés, se trouvent bien d'une cure à Evaux. La source César paraît être l'*antidote de l'arthritisme*.

Analogue dans ses effets sédatifs, mais moins tonique, est la station de *Néris*, où le V. E. M. parvint dans la soirée : *station des nerveux*, souveraine dans les *affections centrales* (douleurs, contractures, paralysie, sclérose, paraplégie spasmodique, myélites diverses d'origine rhumatismale ou traumatique, etc. et *périphériques* (névrites d'origine toxique, de cause raumatique ; névralgies périphériques et viscérales ; roubles fonctionnels des muscles, tics convulsifs, crampes professionnelles, etc.). Une cordiale réception eut lieu, le soir, au Casino, où le Dr Décloux, médecin-consultant, maire et député, affirma, avec éloquence, la supériorité de nos stations sur celles de l'Allemagne, dont la propagande tendancieuse, favorisée par un change avantageux, draîne un nombre trop grand d'étrangers et même de Français vers des villes balnéaires, plus opulentes en matériel qu'en richesses thermales proprement dites, et, par-là même plus prometteuses que réalisatrices en matière de guérison.

Le V. E. M. se disloqua, le 15 septembre, dans la Sologne, à *Lamotte-Beuvron*, où les portes du *sanatorium des Pins*, lui furent grandes ouvertes par les docteurs Hervé et Legourd, qui firent à nos confrères les honneurs de ses grands bois aux essences diverses, de ses galeries de cure construites en auvent et protégées par un rideau d'arbres, de ses pavillons aux chambres remarquablement agencées et de ses salles à manger à chauffage spécial sous les tables. On sait que le Dr Hervé s'est fait l'apôtre de deux méthodes de traitement de la tuberculose : la *cure solaire* et le *pneumothorax artificiel* : moyens thérapeutiques qu'il manie avec habileté et non sans succès pour la cure de l'abominable maladie. Le déjeûner, dans le magnifique parc, fut pris en commun avec les pensionnaires de l'établissement dont on admira la bonne fourchette, et c'est sous une impression consolante que se dispersèrent dans les directions les plus diverses, les membres du V. E. M. de 1921, très satisfaits de cet important voyage, dont les inévitables fatigues avaient été largement compensées par les leçons recueillies comme par le plaisir éprouvé.

DOCUMENTS OFFICIELS

A L'OFFICIEL

Tarif des déplacements pour les soins aux mutilés de guerre *(Suite)*.

L'arrêté interministériel du 6 juin 1921 fixant le tarif des indemnités de déplacement auxquelles peuvent avoir droit les médecins appelés à donner des soins à domicile aux bénéficiaires de l'article 64 de la loi du 31 mars 1919 est complété comme suit :

....

....

2° Pour les déplacements par tous autres moyens le tarif par kilomètre effectivement parcouru est le suivant :

1 fr. dans les départements ci-après : Loir-et-Cher, Nord, Sarthe, Seine-Inférieure, territoire de Belfort, Vienne, Vendée.

1 fr. pour la plaine et 1 fr. 25 pour les cantons d'Aspet, Luchon et Saint-Béat dits de montagne :

Dans le département ci-après : Haute-Garonne.

1 fr. 25 dans le département ci-après : Finistère.

1 fr. 50 dans les départements ci-après : Basses-Pyrénées, Doubs.

(4 octobre 1921).

(*J. O.*, 6 octobre 1921.)

AVIS

Nous rappelons que les Assemblées générales de la Mutualité Familial du Corps Médical Français, du Sou Médical et de la Société civile du Concours Médical auront lieu le Dimanche 20 Novembre 1921.

QUARANTE-TROISIÈME ANNÉE — N° 44 — DIMANCHE 30 OCTOBRE 1921

Fondé en 1879 par Auguste CÉZILLY
Rédigé et dirigé par H. JEANNE (1900-1914),

LE CONCOURS MÉDICAL

ORGANE HEBDOMADAIRE DES PRATICIENS
Groupés dans la Société « Le CONCOURS MÉDICAL » et ses Filiales

ADMINISTRATION & PUBLICITÉ
C. BOULANGER, ADMINISTRATEUR

ABONNEMENTS :
France........................ 24 fr.
Etranger...................... 28 »
Etudiants (*France*).......... 12 »
Le numéro..................... 50 cent.
Chèques Postaux Paris 167-95

DIRECTION
MM. les Drs A. GASSOT, *Directeur*; A. MAURAT ; H. CEZILLY ; J. NOIR ; P. BOUDIN docteur en droit ; M. VIMONT ; G. DUCHESNE.
MM. P. CEZILLY, J. DUMESNY, licenciés en droit ; C. BOULANGER.

RÉDACTION
Dr J. NOIR, RÉDACTEUR EN CHEF
Drs P. LACROIX et G. DUCHESNE, SECRÉTAIRES DE LA RÉDACTION
N.-B. — Les manuscrits publiés ou non, ne sont pas rendus.

Rédaction et Administration : 132, rue du Faubourg St-Denis, PARIS (10e). Téléphone : Nord 48-17

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

Office de Renseignements du « Concours »

Membres du Concours exerçant dans les stations hivernales

Nous rappelons à nos adhérents qu'il y a lieu de nous informer chaque année de leur désir de voir figurer leur nom sur cette liste.

MM. les docteurs :

Alger : Picard.
Antibes : Ribes.
Arguel (Doubs) : H. et J. Bon.
Bandol : Marçon.
Beaulieu : Ricoux, Bertier, Ubaud.
Beausoleil : Audoly, Pizard,
Biarritz : Berne, Clavel Pierre.
Cambo-les-Bains : Colbert, Hamant.
Cannes : Abadie, Argueyrolles. Baradat, Bayle, Caruette, Fournier, Kent-Gazet, Verdalle.
Cannet (**Le**), près Cannes : Comoy, Oudaille.
Cap-d'Ail : Lyons.
Chambon-de-Tence (**Le**) : Riou.
Fréjus : Turcan.
Grasse : Bossuet, Perrimond.
Hyères : La Bonnardière, Meuranges, Minelle, Pierrhugues, Vidal.
Juan-les-Pins-Antibes : Stef.
La Seyne : Grandjean J. M., Jaubert.
Menton : Coubard, P. de Langenhagen.
Monte-Carlo : P. Gasquet, Vivant.
Nice : Ardoin, Baillon, Pr S. Baudry (*oculiste*), Cauvin, Chatenoud, Auguste Colin, Constant, Delocque - Fourcaud, Dormoy, Gaudichon (*oto-laryng.*) Gruzu, Henry (*Rayons X*), Kent-Monnet, Larue, Leriche Em., Liotard, Noble J., Piétri, Sorel (*gyn. chir.*)
Oran : Paire.
Pau : Bajac, Carcy.
St-Raphaël-Valescure : Caldaguès, Vadon.
Toulon : Pignet (*urol. derm.*).

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum, aux* « demandes et offres ».

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne, qui est versé dans la caisse de la Société civile du Concours Médical). *Adresser un mandat ou mieux verser au compte de chèques posaux*, CONCOURS MÉDICAL, *Paris 167-95*.

Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse**.

No 515. — A vendre 14 HP., Lorraine Diétrich 1916, conduite intérieure, 4 places, parfait état. Dr Jean Tarrius, 6, avenue de la République, à Epinay-s.-Seine (Seine).

No 516. — Jeune docteur cherche situation médicale, Paris ou province.

No 517. — Veuve officier supérieur, fille de pharmacien, très au courant choses médicales, cherche situation para-médicale Paris ou grande ville.

No 518. — Torpedo Lion Peugeot, 2 cyl., 10 HP., modèle 1913, pas roulé depuis 1914, moteur entièrement revu, à vendre à partir de 5.000 fr. Dr A. Arnaud, rue Bladerie, à Limoux.

No 519. — Coupé landaulet Peugeot, 4 cyl., 11 HP, bonne occasion 8 000 fr. 4, rue Buffault (Garage), Tél. Trud. 30-47.

No 520. — A vendre, installation complète de massage dans l'eau, n'ayant jamais servi, avec tubes et robinetterie cuivre.

No 521. — Grande banlieue, poste ancien avec pharmacie, rapport 30.000 fr.. à céder en décembre.

No 522. — Côte d'Azur. A céder, raison de santé, clientèle hivernale, station très riche, bord de mer. Clientèle française et étrangère assurée à successeur. Rapport hiver dernier 5 mois, 55.000 frs. Indemnité demandée 50.000 frs.

No 523. — Suis acheteur « Traité d'anatomie humaine de Testut ». Edition récente, reliée en bon état.

No 524. — Jolie conduite intérieure Voisin, 8-10 HP., 2-3 places, modèle 1910, état neuf, à vendre 11.000 fr. Dr Gavet, Aillant-s.-Tholon (Yonne).

No 525. — A céder région centre, excellente clientèle, seul médecin faisant pharmacie. Rapport 70.000

environ, belle maison avec grand jardin, pays très fréquenté et d'avenir. Affaire très intéressante S'adresser Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris.

N° 526. — Poste à reprendre dans grande ville Sud-Ouest, sans frais de locomotion. Rapport 28 000 susceptible d'augmentation. Indemnités avantageuses. Cession très urgente. S'adresser Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris.

N° 527. — A vendre : mobilier chirurgical, instruments pour spécialistes, orthopédie, accessoires, etc. Prix avantageux. S'adresser Ferrer, 218, rue Lafayette, Paris.

N° 528. — On demande Monsieur actif et commerçant pour placement fournitures d'hôpitaux, matériel chirurgical et de laboratoire. Ecrire Verjat, 110, Faubourg Poissonnière.

N° 529. — A vendre instruments et matériel pour chirurgie et prothèse dentaire, daviers, vulcanisateurs, tours, ciments, etc. Prix avantageux. 218, rue Lafayette.

N° 530. — A vendre : installations radiographiques et appareils d'électricité médicale, appareils de laboratoire et de stérilisation. S'adresser, 15, rue d'Abbeville, Paris.

N° 531. — Paris. Interne nommé au concours cherche place dans clinique ou assist. médecin laissant matinée libre.

CORRESPONDANCE

Légalisation de signature.

Un client me demande un certificat qui doit être légalisé par le maire, mais il tient essentiellement à ce que celui-ci ne connaisse pas la teneur de ce certificat :

1° Puis-je exiger du maire qu'il légalise ma signature, tout en m'opposant à ce qu'il prenne connaissance du certificat lui-même ?

2° Dans le cas probable où il refuserait, comment puis-je l'y obliger et quel article de loi invoquer ?

3° Puis-je lui présenter une ordonnance en blanc et contenant seulement ma signature, puisqu'en l'espèce, c'est la seule chose qui devrait l'intéresser ?

Dr L.

Réponse de Me Gatineau.

Un maire peut refuser de légaliser la signature de l'un de ses administrés lorsqu'elle n'est pas apposée sous un acte, daté, mais au milieu d'une feuille que l'on se réserve de remplir ultérieurement.

Mais on peut faire légaliser sa signature sur une feuille où le signataire a inscrit la formule suivante :

« Specimen de la signature du Dr X... ».

(Mettre la date et signer).

On rédigera ensuite, sur une autre feuille, l'acte qu'on désire dresser, on le datera et le signera.

La jonction à cet acte de la feuille sur laquelle la signature aura été légalisée donnera à la signature apposée sur l'acte joint les effets de la légalisation, comme si cette légalisation était apposée sur l'acte lui-même.

Ce procédé est le plus simple, car en cas de refus du maire de légaliser la signature en blanc sur une feuille, le seul recours contre l'acte administratif du maire consiste dans un « recours gracieux » devant le préfet et le Ministre de l'Intérieur, qui peuvent déclarer justifié le refus de légalisation sur une feuille en blanc, sans qu'elle contienne devant la signature un acte portant une date.

G. Gatineau,
Avocat à la Cour d'Appel.

Application du Tarif Breton.

I

Je vous communique la perle suivante : observation de l'« A. », à une de mes notes.

« Il y a lieu de déduire l'allocation de 50 fr. (Dr « S. portée pour anesthésie générale. En effet, dans « le cas présent (*amputation de la phalangette de l'in-« dex*), l'anesthésie générale N'ÉTAIT NULLEMENT IN-« DIQUÉE. D'ailleurs, l'avis que nous émettons a été « exprimé dans le *Concours médical* du 26 juin der-« nier par le Dr Decourt lequel n'est pourtant pas en « faveur des Compagnies d'assurances ».

J'ai répondu : je me suis reporté au *Concours médical*, car votre remarque me surprenait grandement. Abonné à ce journal, membre des diverses filiales du *Concours* et du « Sou médical », je connais de réputation le Dr Decourt. Je suis de son avis qu'il ne faut pas être 3 pour amputer un doigt, sauf cas très particulier et exceptionnel. Mais les termes de votre lettre ne sont pas conformes ni au texte ni à l'esprit de son article. Aussi, en cas de non paiement de ma note, j'en référerai au Dr S. qui a donné l'anesthésie (chlorure d'éthyle) et nous traduirons en justice le patron et la jeune fille, après en avoir prévenu les syndicats médicaux et ouvriers, car il serait tout à fait intéressant de faire juger si un accidenté doit être moins considéré qu'un animal de laboratoire et s'il est libre ou non de se faire anesthésier pour ne pas souffrir.

Qu'en pensez-vous ?

Dr P.

Réponse.

J'ai dit et je répète qu'il me paraît inutile d'être 3 médecins pour amputer un doigt, à moins de circonstances spéciales, exceptionnelles. Ici, vous avez eu affaire à une fillette pusillanime et vous avez cru devoir demander l'aide d'un confrère en vue d'une anesthésie générale.

Le texte du tarif est formel ; puisqu'il y a eu anesthésie *générale* : art. 12, 3e alinéa : « La rémunération de l'anesthésiste est fixée à 50 fr. plus l'indemnité kilométrique s'il y a lieu ». L'anesthésiste doit donc être payé.

La Compagnie prétend qu'il n'y avait pas lieu à une anesthésie générale. Ceci est une autre affaire que seuls les tribunaux peuvent trancher.

Quant à moi, je me contente ici de donner mon

avis sur l'*application* même du tarif, d'après son texte et cela sans plus. C'est déjà une besogne suffisamment complexe, comme on peut s'en faire idée d'après la lecture du journal.

Dr Fernand DECOURT.

II

Je vous serais reconnaissant de me dire quel prix je dois demander pour la réduction d'une luxation radio-carpienne en arrière (sans fracture), accident de travail ; je ne vois pas cette luxation portée sur le tarif Breton. Que puis-je demander aussi pour un petit plâtre que j'ai cru devoir appliquer ?

Dr F.

Réponse.

Voir les avis publiés dans l'arrêté ministériel du 28 juin 1921. — Vous y trouverez : luxation du poignet sans fracture : 75 fr. La pose du plâtre est comprise dans la contention de la réduction effectuée. Cet arrêté est publié dans le *Concours* du 24 juillet 1921.

Dr Fernand DECOURT.

Interprétation du tarif pharmaceutique des accidents du travail.

Abonné au *Concours médical* depuis de nombreuses années, je ne sais si c'est un effet de l'âge, mais je ne comprends rien au tarif pharmaceutique des accidents du travail, publié dans votre numéro du 2 octobre 1921, page 2716.

Qu'est-ce que cette indemnité fixe ? Par exemple, je donne *deux* cachets d'antipyrine à 0,50 cg., est-ce 0 fr. 10 à ajouter au prix de *chaque* cachet ou bien est-ce pour les deux ? ou bien, est-ce autre chose ?...

Quant au barême, qu'est-ce que ces chiffres indiqués dans la colonne ? Est-ce le prix du kilog., du gramme, du litre, au centimètre cube ? ou bien, est-ce un coefficient de je ne sais quoi ?...

Par exemple, en face de chlorhydrate de cocaïne, il y a le nombre 78 ; et le *gramme* coûte en gros 2 fr. 25 ; pour l'aristol, il y a 61, *le kilog*, coûte en gros 225 fr., etc...

Pour le sparadrap diachylon, 08, sans doute, 80, est-ce le mètre carré ?...

Dr G.

Réponse.

En ce qui concerne l'indemnité fixe, M. le Dr Carayon, rédacteur en chef du journal *Le propharmacien*, à qui nous avons communiqué votre lettre, nous répond ce qui suit :

L'indemnité fixe est en quelque sorte une indemnité accordée au pharmacien pour mettre la main sur un flacon, cette indemnité étant d'autant plus élevée que le produit est plus toxique. Nulle pour les médicaments anodins, l'indemnité fixe augmente de valeur avec le degré d'attention que nécessite la manipulation des diverses substances utilisées en thérapeutique et elle atteint son maximum pour les pro-

duits les plus dangereux qui ne doivent être maniés et délivrés qu'avec la plus extrême prudence.

Voici l'échelle adoptée par la Commission du tarif :

0, pour médicaments anodins.

0,10 pour médicaments qui, bien que non toxiques, peuvent être aisément confondus avec d'autres.

0,20 pour médicaments qui, sans être toxiques, mais à cause de leur activité particulière, exigent un dosage rigoureux.

0,30, pour médicaments inscrits au tableau (C.) à séparer).

0,60 pour médicaments inscrits au tableau A (toxiques).

1 fr., pour médicaments inscrits au tableau B (toxiques stupéfiants).

Dans l'exemple donné par le Dr G., celui-ci aurait droit à 0,10 d'indemnité fixe pour avoir ouvert son flacon d'antipyrine, quel que soit le nombre de cachets fabriqués.

Quand on établit ses prix, il convient donc d'ajouter au prix des produits et au prix de la manipulation, la somme des indemnités fixes affectées à chaque produit, mais la somme totale des indemnités fixes de tous les composants d'une même préparation ne doit jamais dépasser 1,75.

Les renseignements ci-dessus sont extraits du tarif de l'A. G. des Syndicats pharmaceutiques.

Dr CARAYON.

Quant aux chiffres du barême, indiqués dans la colonne pour les produits chimiques et pharmaceutiques, ce sont, comme il est dit au § 3 de l'article 1er de l'arrêté ministériel, précédant les tableaux, qui n'en sont que les annexes, ceux des barêmes dressés par l'Association Générale des Syndicats Pharmaceutiques de France (édition 1921). Il est donc indispensable, pour un médecin propharmacien, de posséder également ces barêmes.

Pour le sparadrap diachylon, il faut lire 208 au lieu de 08. Se reporter au barême pour l'indication des dimensions.

Soins à un blessé de droit commun.

Je viens de soigner un maréchal-ferrant pour un accident peu grave, n'ayant donné lieu qu'à deux consultations, l'une au moment même de l'accident, l'autre lors de la reprise du travail.

J'ai fait, en outre, pour la Compagnie, deux certificats, un de constatation, un de guérison.

Celle-ci, d'après sa police, ne tient pas compte des soins médicaux, ni des médicaments, ne prenant à sa charge que les frais de constatation de l'accident et de guérison.

En l'espèce, la Compagnie doit-elle rembourser au blessé tous les honoraires relatifs à l'accident, c'est-à-

(*Voir la suite page XXVII 2973*)

NOS ASSEMBLÉES GÉNÉRALES

Les Assemblées Générales du CONCOURS MÉDICAL et de ses FILIALES se tiendront le *Dimanche* 20 *Novembre* 1921 dans l'ordre suivant :

I. — **Au siège social**, 132, rue du Faubourg Saint-Denis.

A 10 h. 30 *CAISSE DES PENSIONS DE RETRAITES DU CORPS MÉDICAL FRANÇAIS.*

II. — **Dans les Salons Marguery**, boulevard Bonne-Nouvelle.

a) A 14 h. 30 *MUTUALITÉ FAMILIALE DU CORPS MÉDICAL FRANÇAIS.*

b) A 16 h. *SOU MÉDICAL.*

c) A 17 h. 30 *SOCIÉTÉ CIVILE DU CONCOURS MÉDICAL,*

d) A 19 h. 30 *BANQUET.* (Souscription : 30 francs, Le complément sera payé par la Caisse de la Société Civile).

e) A 21 h. 30 *CIRCULAIRES ! CIRCULAIRES !* — Revue en un acte de G. Duchesne.

Avis très important. — Les Confrères qui se proposent d'assister au Banquet et à la Revue sont instamment priés de se faire inscrire avant le 15 Novembre, aux bureaux du *Concours Médical*, 132, rue du Faubourg Saint-Denis.

N. B. — Les ordres du jour des Assemblées Générales seront publiés dans le prochain numéro.

PROPOS DU JOUR

A propos de la lutte antituberculeuse.

Dans un remarquable rapport, présenté récemment au Conseil général de la Seine-Inférieure, notre très distingué confrère, le Dr Ch. Ott, inspecteur départemental des services d'hygiène, auditeur au Conseil supérieur d'hygiène publique de France, au cours d'un exposé des efforts de l'Office d'hygiène sociale de son département, notamment dans la lutte antituberculeuse, constate avec satisfaction que le corps médical, d'abord réservé et même hostile, entretient les rapports les plus cordiaux avec les organismes de prophylaxie créés par l'Office. Comme M. le Dr Ott, nous applaudissons sans réserves à ce revirement. Il tient évidemment à ce que l'éminent inspecteur d'hygiène de la Seine-Inférieure, que connaissent bien, et depuis de longues années, les lecteurs du *Concours Médical*, a exigé de la part du personnel de l'Office d'hygiène une correction absolue à l'égard des médecins traitants, qu'il a pratiquement démontré à ces derniers que, loin de nuire aux praticiens, les organismes de prophylaxie de l'Office ne pouvaient que leur rendre service. Ces institutions sont en effet destinées à les renseigner, à mettre à leur disposition les moyens pour préciser et confirmer les diagnostics cliniques, les procédés de laboratoire bactériologiques et radiologiques, de leur fournir des agents de désinfection, et d'offrir à leurs malades et à leurs familles les sanatoriums et les préventoriums qui, jusqu'alors, leur avaient fait presque totalement défaut. Nous avons trop insisté ici depuis plusieurs années sur la nécessité de la coopération du Corps médical aux œuvres de prophylaxie et d'hygiène sociales pour ne pas féliciter nos confrères de la Seine-Inférieure et M. le Dr Ott.

M. le Dr Ott signale un fait qui nous paraît étrange ; c'est qu'en 1919, à la suite d'un rapport qu'il adressa aux médecins praticiens sur l'organisation de la lutte antituberculeuse et qui lui valut cinquante réponses, quelques confrères mirent en doute la contagion de la tuberculose ou la rejetèrent tout à fait à l'arrière-plan.

M. le Dr Ch. Ott a cru devoir citer un certain nombre de cas où des familles entières fu-

rent contaminées par un tuberculeux. Ces constatations sont banales et il n'est pas de médecins praticiens qui ne puissent citer plusieurs exemples de ce genre. Nous nous souvenons qu'en 1907, au cours d'un séjour que nous fîmes à Besse, à 1000 mètres d'altitude, sur le versant oriental des Monts d'Or, en Auvergne, nous eûmes une conversation à ce sujet, avec le Dr Pipet, alors octogénaire, qui depuis 50 ans exerçait dans cette petite ville. La tuberculose pulmonaire n'existait pas à Besse avant la guerre de 1870. Petit à petit, elle y a été importée, nous affirmait notre vénérable confrère, par les jeunes gens qui l'avaient contractée au service militaire, et qui ont nettement contagionné leurs familles ; néanmoins la tuberculose reste encore assez rare à Besse. Nous avons relaté cette conversation dans un article d'histoire et de géographie médicales sur Besse-en-Chandesse, paru en 1907 dans le *Progrès Médical*. Mais si la contagion par le bacille ne peut être mise en doute, ce qui est plus discutable, c'est le choix des moyens pratiques de s'en préserver. M. le Dr Ott nous semble sacrifier un peu trop les causes qui font de la tuberculose une maladie sociale, pour laisser seule, au premier plan, la *contagion directe*.

« D'aucuns, écrit-il dans son rapport, se rendant à l'évidence des faits, reconnaissent bien la possibilité de la contagion tuberculeuse, mais ne lui accordent qu'un rôle si effacé, qu'il est pratiquement nul et mettent au premier plan de leurs préoccupations l'alcool et le taudis. »

« Loin de moi la pensée, continue-t-il, de nier le rôle néfaste de l'alcoolisme ni l'influence débilitante du taudis dans le développement et la propagation de la tuberculose, mais alcool et taudis, même réunis, ne sont pas synonymes de tuberculose ; l'un et l'autre ne sont que des circonstances occasionnelles et aggravantes ; elles n'apparaissent causes génératrices de tuberculose que dans les milieux préalablement infectés ou dans des milieux où l'infection est entretenue par un individu contagionnant. »

Faisant ensuite allusion à la manière dont l'agriculteur arrive à préserver ses troupeaux lorsque la tuberculose s'y est introduite, M. Ott demande qu'on applique des mesures identiques à l'espèce humaine, c'est-à-dire qu'on fasse la sélection et ensuite la séparation des contaminés et des sujets sains.

En théorie, cela est parfait. En pratique, le procédé est discutable. On ne saurait comparer la population d'une ville au troupeau d'un agriculteur, et s'il est facile à ce dernier de sacrifier ou d'isoler ses bêtes malades pour préserver les individus sains, il est absolument impossible de réaliser cette sélection dans une agglomération humaine.

D'abord il est indiscutable que la tuberculose est contractée très souvent au cours de la première enfance, souvent à l'époque de l'éruption dentaire, plus souvent sans doute un peu plus tard, par les voies nasopharyngiennes. Tous les médecins scolaires savent quelle est la fréquence (tout au moins dans les grandes villes) des ganglions submaxillaires et cervicaux infectés, et même de l'adénopathie trachéobronchique. En estimant à 75 % les enfants de 10 ans ainsi atteints, nous sommes convaincus d'être bien au-dessous de la réalité. D'autre part, tous les anatomopathologistes reconnaîtront qu'il est rare de ne pas constater à l'autopsie d'un adulte quelque lésion tuberculeuse. L'on peut donc affirmer que la grande majorité d'une population urbaine est infectée par le bacille de Koch. Sans être aussi absolu que l'est le Dr R. Brunon (de Rouen), dans l'article sur la contagion de la tuberculose et sa prophylaxie, que nous avons publié dans notre numéro 35 du 28 août 1921 le résultat de trente années d'observations de tuberculeux nous oblige à reconnaître que le savant clinicien de Rouen affirme une indiscutable vérité quand il dit : La *tuberculose est une maladie à trèves et à réveils.*

Lorsque vous interrogez un adulte tuberculeux, recherchez soigneusement dans ses antécédents personnels et vous apprendrez qu'étant enfant, il était sujet à de fréquentes bronchites ou que, 10 ans, 15 ans, 20 ans auparavant, il a été atteint d'adénopathie suppurée. Chez un de mes malades, indigent, phtisique à 45 ans, nous avons noté une hémoptysie à 11 ans et, quelques années plus tard, des abcès froids. Chez un autre, une pleurésie sèche avait été diagnostiquée de longues années avant que la tuberculose pulmonaire se fût déclarée et eût évolué.

Ces malades avaient, avant le réveil de la tuberculose *latente*, qui sommeillait chez eux depuis bien des années, toutes les apparences de la plus parfaite santé, et lorsque la maladie a réapparu pour suivre alors une évolution progressive et fatale, c'est que ces gens-là se

sont trouvés dans de mauvaises conditions d'existence. L'alcoolisme, les privations, le surmenage et en premier lieu, le séjour dans les taudis ont appauvri le terrain au point de permettre au bacille de reprendre l'offensive et de triompher. Dans un mémoire intitulé : « La tuberculose pulmonaire chez les indigents et les nécessiteux dans un coin du Vieux Paris (Le quartier St-Séverin) », mémoire que nous avons lu à la IV[e] section du Congrès international de la tuberculose de 1905 et qui fut publié dans le *Progrès Médical* du 3 septembre 1905, nous avons exposé en détail l'étiologie de la phtisie dans un foyer parisien où la mortalité annuelle atteignait 7.85 par 1.000 habitants. Le rôle du taudis tenait là très manifestement la première place.

Aussi, *sans nier que la notion de contagion doit tenir une place très importante dans la lutte contre la tuberculose*, nous croyons de notre devoir d'affirmer que jusqu'à l'époque où une vaccination réellement efficace nous permettra d'avoir raison du bacille, nous devrons être éclectiques dans la lutte contre le fléau, et nous croyons sage de conclure avec le D[r] Brunon :

« *Pour le microbiologiste*, la prophylaxie doit avant tout et pardessus tout concentrer ses efforts contre le germe. »

« *Pour le médecin*, on doit lutter contre le germe, mais surtout on doit lutter en faveur du milieu de culture, le *terrain* ; et par une série complexe de mesures d'hygiène sociale. »

Le microbiologiste est un théoricien d'une implacable logique. Le médecin est un praticien qui vit dans la réalité.

J. Noir.

PARTIE SCIENTIFIQUE

NEUROLOGIE

Les troubles cardio-vasculaires d'origine nerveuse ou réflexe,

Par L. Pron.

L'appareil nerveux extracardiaque a une double origine : *pneumogastrique* et *sympathique*. Ces deux nerfs, en se divisant et en se ramifiant, forment le *plexus de Wrisberg*. Ils ont une physiologie opposée : le premier est frénateur, le second excitateur. Aussi bien, cet appareil ne commande-t-il pas directement le rythme cardiaque. Le système qui coordonne les contractions, est le *faisceau primitif* ou *faisceau de His*, qui est constitué par du tissu, ni nerveux, ni musculaire, mais « neuroïde, probablement, dit Guillaume (1), très voisin du tissu nodal » (2). C'est ce faisceau qui donne au cœur son automatisme propre ; le pneumogastrique et le sympathique ne font que modifier cet automatisme, pour l'adapter aux besoins de l'organisme.

Les nerfs des artères viennent du grand sympathique ; ces nerfs *vaso-moteurs* ont également une action antagoniste : constrictive et dilatatrice. Leurs centres sont échelonnés sur toute la hauteur de l'axe bulbo-médullaire.

Les lymphatiques contiennent, dans leur tunique adventice, des filets nerveux sans myéline, qui y forment des plexus.

Le vago-sympathique supérieur a des centres basilaires et corticaux communs : corps strié, thalamus, capsule interne, partie importante de l'écorce cérébrale.

Avec cette complexité anatomique et cette dualité physiologique, et avec l'interaction réciproque du cœur et des vaisseaux, de la périphérie et du centre, on conçoit que nombreux et variés soient les troubles circulatoires, qu'on peut rencontrer en clinique, en dehors du facteur hydraulique.

Physiologiquement, certaines personnes ont la faculté d'arrêter volontairement leur pouls. Le physiologiste Weber pouvait interrompre les battements de son cœur, en suspendant sa respiration par la compression de la poitrine. Un étudiant de Strasbourg, homonyme, arrivait à un résultat identique, par une inspiration profonde, suivie de l'occlusion de la glotte et de la contraction énergique des muscles expirateurs. Inversement, Tarchanoff a publié l'histoire d'un jeune homme, qui, en faisant un effort de tout le corps, augmentait de 20 à 35 le nombre de ses pulsations. Le fait a été réalisé expérimentalement par Bechterew et Mis-

(1) Pour Guillaume, on doit considérer ce plexus comme dépendant morpho-physiologiquement du système du vague.

(2) Nœuds de contraction dans le côlon.

LAWSXI, en excitant l'aire motrice de l'écorce chez le chien (1).

Cliniquement, en ce qui concerne le **rythme et la fréquence des battements de cœur**, il est superflu de rappeler qu'une simple *émotion* suffit pour provoquer des PALPITATIONS. Mais, il est moins banal de dire que ce trouble peut avoir son origine dans l'*oreille*. MASSIER (2) a rapporté l'histoire d'un malade, qui se plaignait depuis longtemps de violents battements de cœur, et chez lequel un examen attentif n'avait rien fait découvrir, ni au cœur, ni au poumon, ni à l'estomac. Comme il accusait une certaine dureté d'oreille, on fut conduit à examiner cet organe ; on y trouva un épais *bouchon de cerumen* de chaque côté ; un traitement local débarrassa rapidement le patient de sa demi-surdité ; les palpitations cardiaques disparurent parallèlement.

HUCHARD insistait sur ce fait que, lorsqu'un sujet se plaint de palpitations et rien que de cela, on peut *a priori* presque affirmer qu'il n'a rien au cœur : il faut alors chercher ailleurs.

Comment l'oreille retentit-elle sur le cœur ? LANDOIS, dans son *Traité de physiologie*, montre que l'excitation du rameau auriculaire du pneumo-gastrique retentit sur le cœur, en en ralentissant les battements. Faut-il accepter, dans le cas de MASSIER, une explication du même genre ? L'auteur en admet la légitimité, à la rigueur. L'hypothèse de BONNIER paraît cependant plus séduisante. Les bouchons de cerumen donnent des bourdonnements, en troublant l'équilibre de la pression labyrinthique. Ne serait-il pas logique d'admettre que ces troubles labyrinthiques donnent naissance à une vive excitation, qui se répercute par le relai bulbaire sur le pneumogastrique ?

La TACHYCARDIE reconnaît des causes nombreuses. En laissant de côté la *maladie de Basedow*, où l'on doit incriminer la dysendocrinie davantage que l'élément nerveux, il y a à mentionner la *dyspepsie*, la *colique hépatique*, la simple *constipation*, et surtout les *ptoses viscérales*, comme susceptibles d'accélérer le pouls. Un simple rein mobile peut, dans la position debout, porter le pouls à 100 ; mais, c'est surtout en cas de descente de l'estomac et de la masse intestinale que le fait est marqué ; on rencontre des femmes déséquilibrées du ventre, dont les plexus sympathiques sont tiraillés depuis des années et qui, alors qu'elles ont un pouls à 80 ou 90 dans le décubitus, arrivent à 120 ou 150 par le seul passage à la station verticale ; le soulèvement de la région sous-ombilicale par les mains diminue immédiatement cette tachycardie, laquelle reparaît dès qu'on laisse le ventre reprendre son affaissement ; le port d'une sangle, appliquée et maintenue suffisamment bas, réellement au-dessous des viscères ptosés, est le seul moyen efficace pour remédier d'une façon durable à l'emballement du cœur. Dans quelques cas, heureusement rares, il est nécessaire d'arriver à une intervention chirurgicale et de pratiquer une pexie.

On observe également la tachycardie dans certaines *névroses* : névropathie psycho-sphanchnique de GRASSET, hystéro-traumatisme, épilepsie, etc..., à la suite d'*opérations* portant sur l'abdomen et traumatisant le sympathique et même au cours de la *polypose naso-pharyngienne*.

Les *lésions organiques du système nerveux*, siègeant dans le bulbe (poliencéphalite aiguë ou chronique, paralysie labio-glosso-laryngée, aphasie sensorielle, phase bulbaire de la sclérose latérale amyotrophique, etc.), ou la compression du pneumogastrique par adénopathie trachéo-bronchique ou tumeur, comprennent, dans leur symptomatologie, l'accélération du pouls.

Une mention spéciale doit être réservée à la *tachycardie essentielle paroxystique*, où le nombre des battements peut arriver à 200 et davantage, au moment des crises. Celles-ci ont une durée très variable : quelques minutes, quelques heures, quelques jours, quelques semaines, quelques mois. On a rapporté le cas d'un médecin, chez lequel l'affection dura 28 mois (1) ; le repos complet au lit pouvait seul amener une sédation.

Il s'agit là d'une névrose du vago-sympathique.

En opposition avec la tachycardie, la BRADYCARDIE (qui n'est pas toujours parallèle de la bradysphygmie) reconnaît pour cause un état nerveux ; on ne la rencontre guère que dans la *colique hépatique* ou *néphrétique* et dans certaines *affections laryngées* (GRASSET), les nerfs laryngés étant des branches du pneumogastrique. Elle est plutôt la conséquence de la syphilis et de certaines infections ou intoxications.

L'ARYTHMIE est peut-être le plus fréquent des troubles cardiaques : *irrégularités* du pouls, *intermittences* ou *faux pas* du cœur, qui peuvent s'accompagner de tachy ou de bradycardie, et qui se montrent, soit de façon interrompue pendant un temps variable, soit par périodes fugaces.

En dehors des affections organiques — en particulier la myocardite chronique chez les vieillards, l'hyposystolie, les lésions mitrales, etc. — et indépendamment des toxi-infections, chacun a noté des intermittences réflexes dans les *dyspepsies*, pendant la période digestive.

(1) *In* GRASSET. — *Traité élémentaire de physiopathologie clinique*, t. III (1912), p. 1007 à 1009.

(2) *Annales des maladies de l'oreille et du larynx* (octobre 1902).

(1) *Journal des praticiens* (26 janvier 1907.)


PANTOPON
"ROCHE"
Opium total injectable

Chez les sujets nerveux, il suffit d'un bruit violent et inattendu, pour que le cœur « batte la breloque ».

Modifications de volume. — Quand on excite mécaniquement la région précordiale, en la frictionnant énergiquement avec un morceau de caoutchouc ou en la tapotant avec le bord cubital de la main, on détermine une réduction de la matité et du volume du cœur, qui peut atteindre le quart, et plus. C'est le *réflexe cardiaque* d'ABRAMS.

Inversement, on peut observer la DILATATION DU CŒUR, consécutivement à un simple trouble fonctionnel, plus ou moins distant.

Il y a longtemps que POTAIN a décrit la dilatation transitoire du cœur droit, au cours d'une *digestion pénible*. Par un réflexe issu de la muqueuse gastrique, il se produit une vaso-constriction des vaisseaux pulmonaires, la tension s'élève dans l'artère pulmonaire ; le second temps est accentué au niveau du second espace intercostal gauche, et le cœur droit se laisse distendre.

J. FERREIRA (de Lisbonne) a cité plusieurs cas de dilatation aiguë du cœur, après l'*ablation de fibromes*. COSTA SANTOS, dans sa thèse sur le sympathique abdominal, pense que le shock opératoire réagit sur le plexus cardiaque, et surprend le myocarde d'une façon brutale.

Un degré de plus, et l'**asystolie** apparaît. Chez les cardiaques peu atteints, qui mènent, avec une lésion bien compensée, une vie moyennement active, MERKLEN a vu la mort survenir en quelques jours, du fait de l'*émotion* causée par la vue des derniers moments de leurs voisins de lit à l'hôpital.

On ne saurait mettre en doute, d'autre part, le développement d'affections organiques du cœur, consécutivement aux chagrins et aux chocs moraux. Une secousse émotive peut suffire à mettre l'organe définitivement et rapidement en état d'incapacité fonctionnelle complète.

La mort subite par **syncope cardiaque** est bien connue. Si elle est admise sans conteste chez les lésés du cœur, il semble qu'on doive également accepter sa réalité chez certains sujets, exempts de toute tare organique circulatoire.

Souvent, cet *arrêt du cœur* n'est que passager ; il dure de quelques secondes à quelques minutes. Outre les émotions, il peut avoir comme cause une forte *douleur périphérique*, une irritation de la muqueuse laryngée (*syncope chloroformique*) ou un traumatisme abdominal, ébranlant les centres sympathiques, en particulier un choc ou un coup sur l'épigastre.

La pseudo-angine de poitrine est souvent difficile à distinguer de la coronarite sténosante ou vraie angine, qui tue. Voici, d'après GRASSET quels seraient ses caractères (1) : elle survient indépendamment de tout effort, surtout la nuit, la douleur est précordiale et non rétrosternale ; à début souvent périphérique, elle gagne peu à peu le côté gauche du thorax, la région précordiale est hyperesthésiée, la crise dure souvent une demi-heure et davantage, elle se termine par diverses manifestations d'ordre nerveux ; enfin, et c'est peut-être là son meilleur signe particulier, l'agitation du patient est marquée.

Elle se rencontre dans les *diverses névroses*, et surtout dans les *affections du tube digestif*. LOEPER l'a signalée comme complication de l'*entéro-colite* et l'a fait étudier par GUILLOIRE (2). Au lieu de l'expliquer par l'hypertension artérielle ou par la distension du cœur, il voit son essence dans un spasme des coronaires. En effet, il a trouvé le plus souvent une pression sous-moyenne chez ses malades entéro-colitiques ; d'autre part, TARCHANOFF a montré expérimentalement que le simple attouchement de l'intestin enflammé peut déterminer un arrêt du cœur.

LEVEN l'avait étudiée auparavant, à titre de manifestation réflexe de la *dyspepsie gastrique*. « Il n'est point de dyspeptique, qui ne souffre du cœur, et ne se croie atteint d'une maladie du cœur. Serrement de cœur après le repas, pincements, picotements, douleurs violentes, crises d'angine de poitrine.... Une dame, nerveuse et dyspeptique, est prise, la nuit, d'une crise d'angine de poitrine, qui dura dix heures : douleur atroce sous le sternum, se répandant dans la poitrine, sur le thorax, dans le bras gauche ; elle était haletante, assise sur le lit, la bouche ouverte, la face livide, les extrémités refroidies ; elle et toute sa famille croyaient la mort prochaine ; les chocs du cœur contre la poitrine étaient tels qu'ils semblaient devoir l'ouvrir, le pouls ne pouvait se compter » (3).

LEVEN cite le cas d'un autre malade, de 65 ans, ayant une dilatation d'estomac et qui, souffrant depuis 3 ans d'une violente dyspnée avec vive douleur sous-sternale et tachycardie, au point qu'il était obligé d'abandonner tout exercice, fut amélioré en deux mois par un traitement dirigé contre la nervosité et la dyspepsie *uniquement*. « Après deux ans de traitement, il put recommencer à chasser, quatre heures de suite, et le cœur était calmé » (4).

A côté des palpitations de cœur, il convient

(1) *Traité élémentaire de physio-pathologie clinique*, t. I. (1910), p. 328.

(2) *La forme angiospasmodique de l'entéro-colite.* Thèse de Paris (1908).

(3) *La névrose* (1887), p. 201.

(4) *Système nerveux et maladies* (1893), p. 112.

de ranger les **battements artériels**, et parmi ceux-ci, les BATTEMENTS AORTIQUES ABDOMINAUX, qui constituent un symptôme très fréquent, surtout dans la *dyspepsie des entéro-ptosiques*.

Ces battements ne sont que de fortes pulsations de l'aorte ; ils sont réguliers, et il ne convient en rien de leur donner le nom de palpitations. En général, ils se montrent au moment de la période digestive, et durent d'une à quelques heures. D'autres fois, ils se produisent au moment de la marche ou à l'occasion d'une fatigue. Ils peuvent se maintenir plusieurs jours de suite, même la nuit, et alors ils empêchent le malade de dormir. Tantôt ces battements sont perçus par le malade et par la main étrangère appliquée au creux épigastrique ; tantôt, ils le sont par le malade seul. Ils siègent presque toujours au creux épigastrique, mais ils peuvent se montrer à un autre en droit. Chez une femme, qui tenait le lit depuis quinze jours, pour une crise hépatogastrique, je les ai constatés à gauche de l'ombilic (bifurcation de l'iliaque primitive gauche).

On pourrait expliquer par l'état de maigreur, fréquent chez les dyspeptiques, et par l'atonie gastrique, la perception de ces battements par la main appliquée au creux de l'estomac. Cette explication ne vaut rien, quand on envisage la perception subjective, que les malades ont de ces battements. Du reste, la maigreur et l'atonie gastrique sont les mêmes entre les repas qu'après les repas ; or, c'est surtout après les repas qu'apparaît le symptôme. Il faut faire intervenir un autre élément pathogénique : l'irritation des plexus nerveux, qui entourent le tronc cœliaque et ses branches. Cette irritation se transmettant aux vaso-moteurs, il en résulte une sorte d'érection vasculaire, indépendante de la pression artérielle, qui peut être normale ou inférieure à la moyenne.

Les battements artériels peuvent n'exister qu'à la PÉRIPHÉRIE, soit à la tête, soit aux membres, c'est-à-dire ne pas affecter les gros troncs. Un auteur américain, DANA, a décrit une forme de *neurasthénie* tenace : la forme pulsatile.

Relativement à la circulation périphérique générale, on se rend compte de l'**importance des vaso-moteurs**, qui, en modifiant le calibre des vaisseaux, facilitent ou entravent le travail du cœur, accroissent ou diminuent la tension, congestionnent ou anémient certains territoires, et peuvent même amener une perturbation de la formule sanguine.

La **vaso-constriction temporaire**, les crises vasculaires vaso-constrictives, s'observent dans toutes les algies aiguës : *colique hépatique, néphrétique ou saturnine, névralgies diverses*, en particulier la *migraine*, etc...

PAL (1), qui a consacré un ouvrage à la question, distingue cinq formes principales : le TYPE abdominal, le type thoracique, le type cérébral, les crises des extrémités, la grande crise générale.

Le TYPE THORACIQUE est représenté par l'*angine de poitrine*, dont je viens de parler ; le type ABDOMINAL, par la colique de plomb, dont la nature est toxique, et qui ne saurait trouver place ici.

Mais, à côté de la colique saturnine, il est de nombreux états vaso-constrictifs abdominaux, qui ont une origine réflexe. Expérimentalement, CONHEIM et GARTNER ont montré qu'une excitation du centre vaso-moteur bulbaire fait contracter les vaisseaux du rein. Cliniquement, mon confrère LAPORTE m'a communiqué le cas d'un rénal latent, qui, à la suite d'un violent traumatisme crânien, fit de l'asystolie-urémie rapide. L'estomac, le foie, la rate, peuvent également, de même que l'intestin, être le siège d'une vaso-constriction aiguë, et c'est de cette façon que s'expliqueraient certaines modalités du *syndrome solaire*.

Comme exemple banal de VASO-CONSTRICTION CÉRÉBRALE, localisée le plus souvent au côté gauche, il suffit de mentionner la MIGRAINE, qui a couramment comme point de départ une irritation digestive, à côté des cas où entrent en jeu une intoxication ou une période d'hémoclasie.

Une simple indigestion est capable de provoquer de la *dysarthrie*, et même de l'*aphasie transitoire*, par ischémie d'un territoire cérébral. J'en ai rapporté plusieurs cas dans ma thèse (2) ; ils concernaient des enfants, auxquels le rejet de leur contenu alimentaire gastrique rendit subitement la parole.

Parmi les CRISES VASCULAIRES DES EXTRÉMITÉS, la forme décrite la première est la *névrose vaso-motrice* de NOTHNAGEL, qu'on confond généralement avec l'*acroparesthésie*. Ce syndrome est caractérisé par une sensation de fourmillement paroxystique, siégeant de préférence aux mains et apparaissant la nuit ; les accès sont périodiques et réguliers. Le « doigt mort » des brightiques n'a pas cette évolution intermittente.

A la même catégorie appartiennent les prodromes de la *maladie de Raynaud* et la *claudication intermittente artérielle* bénigne, sans lésions des parois.

Les CRISES VASCULAIRES GÉNÉRALES : urémie, éclampsie, etc., ne relèvent pas originellement de la pathologie nerveuse.

Comme la vaso-constriction, la **vaso-dilata-**

(1) *Les crises vasculaires*. Traduction BABLON (1908).

(2) *Influence de l'estomac et du régime alimentaire sur l'état mental et les fonctions psychiques* (1901), p. 111 et sq.

tion paroxystique des vaisseaux peut être locale ou généralisée. Le secteur le plus important est le domaine du splanchnique, c'est-à-dire celui qui comprend les viscères abdominaux.

D'une façon générale, les crises d'hypotension vasculaire peuvent aboutir à la *syncope* ; c'est là une pathogénie toute différente de la pathogénie dynamique, à effet instantané, envisagée plus haut.

La grande cause de l'**hypertension chronique** est la vaso-constriction, celle-ci pouvant avoir elle-même pour origine une irritation viscérale ou nerveuse constante.

Si l'artério-sclérose s'accompagne fondamentalement d'hypertension, l'hypertension est souvent également facteur d'artério-sclérose. Il s'ensuit que, tout comme l'irritation prolongée de certains nerfs amène de l'**artérite**, les *troubles psychiques*, les *traumatismes*, les *névrites* peuvent avoir comme conséquence l'**artério-sclérose** (Gouget).

La guerre a montré le rôle du sympathique péri-artériel dans la pathologie des membres, Si un projectile frôle une artère sans la toucher. celle-ci se contracte et cesse de battre ; c'est la *stupeur artérielle*, qui est due à l'excitation du nerf périartériel. Un traumatisme fermé peut produire le même phénomène.

Dans certaines conditions, la blessure est suivie immédiatement de l'apparition de phénomènes douloureux violents, à type brûlure cuisante : c'est la *causalgie*. L'origine sympathique de ces accidents est fournie par ce fait que la sympathectomie péri-artérielle les guérit.

En pathologie veineuse, Proust (1), ayant constaté les bons effets de l'incision circulaire dans le traitement des *ulcères variqueux*, et ayant trouvé dans les filets nerveux sectionnés des lésions névritiques avec altération des fibres à myéline et intégrité des fibres amyéliniques sympathiques, admet une altération originelle de l'arc cérébro-spinal. Ici, le sympathique ne serait plus en jeu. Nageotte a, du reste, montré que le déséquilibre entre les deux arcs est une cause de troubles trophiques, et Proust se demande si ce n'est pas en rétablissant l'équilibre par une neurotomie sympathique qu'agit l'incision circulaire.

Une conséquence des troubles vaso-moteurs est la production de sueurs localisées (que j'ai examinées dans un précédent article, (2) ou d'œdème, sans qu'aucune affection cardiaque ou rénale soit présente.

On peut même observer une pseudo-anémie par spasme vasculaire. Vermehren (1) a signalé ce syndrome en 1903; on y trouve tous les signes extérieurs de l'anémie, mais l'examen hématologique ne décèle aucune modification ; les malades, surtout des femmes névropathes, se plaignent de fatigue, de palpitations, de « doigt mort », d'anisurie. Ce syndrome, dû à une contraction permanente des vaisseaux périphériques, est analogue au type d'hypertension par vaso-constriction de Huchard ; il en diffère en ce qu'il n'aboutirait jamais à l'hypertrophie cardiaque, ni à l'artério-sclérose.

Inversement, dans le syndrome d'*hypertonie totale*, c'est-à-dire du sympathique et du pneumogastrique à la fois, on observe, par moments, une congestion des téguments, soit à la face (érythème pudique), soit sur la poitrine en placards, soit aux mains, qui sont cyanotiques. Les crises sudorales sont fréquentes ; elles apparaissent pour la moindre émotion, et se localisent surtout à la tête et aux aisselles.

C'est sur ces manifestations périphériques que je clôturerai cette revue, dans laquelle je n'ai en rien la prétention d'avoir été complet.

(1) *Société de chirurgie* (8 juin 1921.)
(2) *Concours médical* (7 août 1921).

(1) *Nordish med. Ark* (1903.)

PRATIQUE PHYSIOTHÉRAPIQUE

Traitement de l'adénopathie trachéobronchique.

Les *indications* principales sont :

De supprimer la dyspnée parfois très violente au moment des accès d'oppression ;

De combattre la bacillémie ;

De faire diminuer le volume de la tumeur et la compression.

Le *contrôle* de la marche du traitement devra toujours être fait par la radioscopie.

Les *agents physiques* utilisés, en dehors de la médication spécifique, seront :

Les Rayons X ;

L'héliothérapie et l'aérothérapie ;

L'hydrothérapie ;

La gymnastique respiratoire ;

La climatologie.

Les *Rayons X* ont depuis quelques années donné des succès immédiats dans le traitement des accès aigus d'oppression. Une seule séance de rayons a suffi pour faire disparaître les phénomènes alarmants (d'Œlssnitz, Marfan).

Les observations de Nobécourt et Duhem sont typiques à cet égard ; en voici une :

« Enfant de treize ans, grosse tuméfaction en avant du cou, phénomènes respiratoires cri-

tiques : l'aboutissant fatal à brève échéance ne semblait pas douteux.

« Radioscopie : cœur coiffé par une masse opaque volumineuse envahissant les espaces sus-claviculaires (13 cm. de large ; hauteur : tout le thorax). Radiothérapie : (5 à 6 unités H, sans filtre avec 14 cm. d'étincelle). Dès le soir, respiration plus facile ; deux jours après la tuméfaction du cou avait disparu ».

En somme, le praticien devra toujours avoir présent à l'esprit que la radiothérapie est le remède héroïque dans les cas d'adénopathie médiastine avec dyspnée et tirage. Ce fait a été confirmé par plusieurs auteurs.

Le bas-âge n'est pas une contre-indication à la radiothérapie, car Lobligeois a obtenu en quelques heures des résurrections chez des nourrissons asphyxiants du fait d'adénopathie.

En dehors des accès :

Héliothérapie :

a) Chez les *malades d apparence robuste, sans fièvre*, cure totale mais progressive : découvrir le thorax à la huitième séance seulement, surtout chez les enfants. Atteindre une durée de deux heures par jour, en progressant de 5' par jour. Le matin en cure immobile ; le soir en cure libre (Dufourt.)

b) *Maladie fébrile.*

L'héliothérapie est mal supportée s'il y a fièvre. Aussi faut-il prendre beaucoup de précautions et ne permettre que l'héliothérapie des extrémités, surtout chez les enfants. On ne fera d'insolation du thorax qu'après avoir obtenu la pigmentation des bras. Dufourt conseille ainsi de diminuer l'intensité solaire en mettant au malade des gilets de gaze de une, deux ou trois épaisseurs. Eviter toute réaction.

On peut faire partout de l'héliothérapie, mais il est incontestable que pour les malades qui nous occupent, la cure solaire est bien plus efficace si elle est associée à la cure atmosphérique et marine.

Héliothérapie artificielle.

Si l'héliothérapie est impossible, exposer le thorax du malade à l'action d'une source lumineuse intense :

Lampe à arc ;

Lampe demi-watt 1000 et 3000 bougies ;

Lampe Cooper Hervitt ;

Exposition d'une demi-heure à une heure, suivant l'intensité lumineuse employée ; distance du thorax à la lampe : 30 cm. pour une lampe emi-watt, séance tous les jours.

Hydrothérapie.

Bains de mer : seront donnés à malades non fébriles, dé à entraînés, *courts* ; vers quatre heures de l'après-midi, après deux heures d'exposition au soleil en cure libre.

Bains salins : cure de Biarritz, Briscous, de Salies, de Salins ou à domicile, deux fois par semaine en mettant 1 à 5 k. de chlorure de sodium dans un bain ou des eaux-mères.

Frictions sèches ou alcooliques, sur tout le corps, faites quotidiennement.

Climatologie.

Séjour au bord de la mer plutôt qu'à la montagne, surtout pour les enfants qui n'ont pas de lésion pulmonaire. Redouter dans ce cas la stimulation trop vive de la mer, Arcachon, Biarritz, stations méditerranéennes où la température ne subit que de faibles variations.

Tout au moins, séjour à la campagne, vie au grand air, sans fatigue, sans excès.

Les malades affaiblis pourront faire une saison à la Bourboule, Challes, Mont-Dore, Eaux-Bonnes.

Gymastique respiratoire.

Mouvements passifs d'abord :

a) Position couchée.

b) Position debout.

Mouvements actifs, s'il n'y a pas de fièvre :

a) Couché, avec circumduction des bras ;

b) Debout, sans participation des membres, puis avec gymnastique générale.

Il est indiqué de faire usage de spiromètres ou du spiroscope de Pescher. 20 respirations matin et soir. L'hématose se fait mieux, l'état général se remonte.

Les *résultats* de la cure physique sont remarquables, dans les cas d'*adénopathie trachéo-bronchique*.

Dans les cas aigus avec la radiothérapie.

Dans les cas chroniques avec :

La cure héliothérapique ;

La cure marine ;

La cure de bains salins.

La guérison est extrêmement fréquente, mais il faut compter par mois pour l'obtenir.

Dr H. Dausset,
chef de laboratoire de physiothérapie
à l'Hôtel-Dieu.

A TRAVERS LA PRESSE

Traitement préventif et curatif de la crise nitritoïde.

Pour prévenir la crise nitritoïde, M. MILIAN recommande d'abord d'éviter de pousser l'injection à la seringue. On utilisera une solution de 914 diluée dans du sérum artificiel, une gaveuse, et une aiguille de moyen calibre. L'injection durera au moins dix minutes, avec des interruptions plus ou moins longues, le praticien surveillant son malade et se tenant prêt à suspendre tout écoulement de liquide au moindre symptôme d'intolérance.

Le produit joue un rôle important : l'arsénobenzol doit être employé avec un excès de soude. Le novarsénobenzol, ou 914, est rarement nitritoïdogène, à la condition de n'avoir subi aucune altération : la plus fréquente est l'oxydation par contact avec l'air à la faveur de la fêlure du tube de verre. « Le médecin doit préparer lui-même ses « solutions ».

Relativement au novasrénobenzol, ou 914, il y aurait des lots de tubes qui se montreraient plus nitritoïdogènes que d'autres. Il faut y prendre garde pour le signaler aux fabricants.

On surveillera également la dose du produit pour s'en tenir à celle qui paraît, au maximum, la mieux supportée.

On évitera encore la crise nitritoïde en prenant certaines précautions relatives au malade lui-même. Il sera abondamment alcalinisé pour neutraliser l'acidité de ses humeurs (carbonate de soude à la façon de Sicard). On vérifiera sa tension artérielle : les hypertendus ainsi que les hypotendus sont plus prédisposés. De même, la fatigue physique crée une prédisposition passagère.

Le traitement curatif de la crise nitritoïde doit être mis en œuvre aux premiers signes (sensations anormales ressenties par le malade) : il consiste à injecter dans les muscles de la cuisse ou de la fesse un milligr. 1/2 d'adrénaline puisée dans le corps de pompe d'une seringue qu'on remplit ensuite avec 3 à 4 cmc. de sérum physiologique. « Cette solution, cette rinçure, est injectée « doucement dans les veines, et par fractions ». La dose ainsi introduite dans la circulation est infinitésimale ; elle suffit à déterminer de véritables résurrections.

« L'adrénaline intra-veineuse est l'animateur « du cœur. C'est le médicament de choix de la « syncope cardiaque, arsenicale, chloroformique « ou autres. Il ne faudrait pas l'oublier. » (*Presse médicale*, 13 août 1921.)

La maladie de Basedow et les capsules surrénales.

D'après M. H. SWIECICKI, il ne serait pas aventuré de consiédrer la maladie de Basedow comme résultant d'une activité pathologique des capsules surrénales : le centre cérébral s'en trouve dans l'hypophyse, dont le tissu est du même type chromo-absorbant que celles-ci.

Sans suivre l'auteur dans le détail de son argumentation, nous nous contenterons de constater, avec lui, que l'adrénaline, agissant sur les neifs sympathiques, produit la tachycardie, le tremblement, le battement des artères, l'exophtalmie, tous symptômes du basedowisme. En outre, il y a une relation évidente entre la surrénale et la thyroïde, dont la suractivité augmente parallèlement à celle de celle-là. L'adrénaline détermine une lymphocytose mononucléaire comparable à celle qui accompagne la maladie de Basedow. Elle augmente aussi la transpiration, la décharge phosphaturique. C'est à l'action inhibitrice des capsules surrénales sur le pancréas qu'on expliquerait les troubles digestifs du goitre exophtalmique. La dyschromie et la pigmentation cutanées auraient leur source dans les surrénales.

Des déductions thérapeutiques pourraient découler de cette conception, le traitement de la maladie de Basedow consistant à diminuer la production de l'adrénaline : huile de sésame, hydrothérapie légère, bains d'oxyde de carbone ou d'osète, position couchée, repos, cure d'altitude .....

Autre considération : l'excision partielle ou totale du goitre n'empêcherait pas la permanence ou l'apparition du basedowisme..... Ce sont des recherches à poursuivre : elles peuvent avoir des résultats gros de conséquences pratiques. (*Presse médicale*, 20 août 1921.)

L'action hypotensive de la teinture d'ail.

MM. LOEPER et DEBRAY ont poursuivi des recherches cliniques et expérimentales sur l'action hypotensive de l'ail, utilisé surtout en teinture, à la dose de XV à XXX gouttes en une ou deux fois par jour.

Cette action est d'autant plus manifeste que l'hypertension était elle-même plus accentuée. Elle débute de 30 à 45 minutes après l'administration du médicament. Elle persiste jusqu'à 24 heures après. La maxima est plus influencée que la minima, qui descend cependant très nettement.

On constate, en même temps, une augmentation de l'indice oscillométrique, un ralentissement du pouls, un accroissement de l'amplitude des battements cardiaques, et l'exagération possible du réflexe oculo-cardiaque.

La teinture d'ail est inoffensive. Tout au plus, a-t-on noté un peu de rougeur de la face, quelques transpirations, un peu d'irritation de la gorge : aucun trouble digestif ni gastrique, aucune élévation de température n'ont été constatés.

Il est remarquable que si le foie est malade



(congestion, cancer), l'hypotension est favorisée et même exagérée.

« ... L'ail est doué de propriétés hypotensi- « ves réelles. Les hypotensions produites sont « appréciables et durables même à doses faibles « et sans aucun incident et ces hypotensions sem- « blent plus durables dans les scléroses pulmo- « naires, plus importantes aussi dans les lésions « hépatiques. Nous ne sommes pas si riches en « médicaments hypotenseurs efficaces et inof- « fensifs que nous ne puissions inscrire à ce titre « l'ail dans notre arsenal thérapeutique. » (*Progrès médical*, 20 août 1921.)

Les appendicites sans péritonite.
Le syndrome toxémique chronique.

Voici la suite du travail que nous avons analysé dans le numéro du 28 août 1921, p. 2394, dans lequel M. DECOMPS avait étudié le syndrome toxémique aigu des appendicites sans péritonite.

Ici, nous sommes en présence d'une appendicite chronique d'emblée et non de ces appendicites chroniques secondaires à une atteinte aiguë. L'épisode aigu ne précède pas l'évolution chronique ; il la suit, ou la suivrait, si on n'intervenait pas à temps, après un diagnostic soigneusement posé.

Anatomiquement, on a affaire à des lésions folliculaires de l'appendice, « siège d'une infec- « tion chronique à virulence atténuée ou som- « meillante et à microbes divers dont aucun n'est « spécifique ». Ces lésions ressortissent au type congestif, hémorragique, ulcéreux, hypertrophique, suppuré, scléreux. En apparence, l'organe peut sembler sain, et s'il est enlevé, au cours d'une opération, c'est plutôt par précaution que parce que la nécessité de son extirpation s'impose. Et cependant, dès qu'on ouvre cet appendice libre et apparemment sain, on est surpris d'y découvrir les lésions précédemment esquissées. C'est que l'affection peut rester longtemps anatomique, et qu'elle ne devient réellement constituée que lorsqu'elle donne lieu à des manifestations cliniques.

Cliniquement donc, que recherchera-t-on ? Sans doute, la douleur localisée dans la fosse iliaque droite. Or, cette douleur peut faire défaut. Et, en tous cas, il serait imprudent de compter sur elle pour orienter le diagnostic. Car, même si elle existe, on ne saurait en conclure positivement à une atteinte de l'appendice. A la vérité, la douleur traduit toujours une réaction séreuse plus ou moins accentuée, s'extériorisant par la voie sympathique.

« Si l'élément douleur appelle notre attention « vers la fosse iliaque droite, si l'exploration de « cette fosse iliaque droite, à travers la paroi ab- « dominale antérieure, oriente notre diagnostic « vers l'appendice, prenons le symptôme tel qu'il « se présente, et classons-le. Mais s'il reste im- « précis, s'il manque, ne consentons pas pour « cela à perdre de vue l'appendice. »

Ce qu'il faut observer et rattacher à leur véritable cause, c'est un ensemble de symptômes et de signes révélateurs d'une profonde atteinte de l'état général à la faveur d'une toxémie chronique.

Ces signes et symptômes affectent la plupart des grands appareils.

Appareil sécrétoire : troubles trophiques de la peau, dermatoses dystrophiques rebelles, éruptions zostériformes, crises sudorales, hémisudation. Haleine aigre, fétide, fécaloïde, acétonémique (enfant) ; langue saburrale, blanche, pâteuse, sèche ; dyspepsie dite appendiculaire avec anorexie, vertiges, nausées, flatulence, vomissements polymorphes..... ; constipation habituelle plus ou moins accentuée (obstruction), avec diarrhée intermittente, ou plus rarement, diarrhée habituelle coupée par des crises de constipation. Forme colitique ou entéro-colitique des troubles intestinaux, avec contracture douloureuse ou paralysie atone, hémorroïdes, stase et ptoses, troubles hépatiques (subictère, ictère, état cholémique permanent). Toutes ces manifestations peuvent se grouper électivement pour prendre l'aspect d'un syndrome caractérisé, qui se retrouvera identique dans certaines familles (hérédité), ou dans certaines collectivités vivant dans les mêmes conditions (conditions favorisantes).

Ces troubles digestifs entraînent une dénutrition marquée et retentissent sur le système nerveux (migraines, insomnie, angoisse, névrites douloureuses, états spasmodiques, tics, algies sympathiques, dépression psychique, irritabilité, agitation, excitation...).

Les muqueuses urogénitales et aériennes sont affectées par le processus toxi-infectieux (spasme urinaire avec coliques néphrétiques, uronéphrose rétention d'urine, albuminurie, rein mobile, vaginisme, troubles menstruels, pseudo-tuberculose pulmonaire).

Des troubles vaso-moteurs donnant au facies un aspect particulier, amenant une sensibilité particulière au froid, sont observés.

On note des variations thermiques anormales, avec fièvre vespérale légère, frissons, crises sudorales. On note encore de la toux, du hoquet, de la dyspnée, de l'oppression, des crises d'asthme, d'angor, ...

On retiendra de tout ce qui précède que le syndrome le plus communément observé est le syndrome entéro-colitique. L'appendicite chronique d'emblée est rarement isolée ; elle précède, accompagne ou suit une autre affection.

Le diagnostic est souvent délicat. Devant un état de toxémie chronique, il faut toujours songer à l'appendicite. Et, de toutes façons, se mon-

trer prodigue d'appendicectomies, dont le résultat est alors merveilleux, sans oublier toutefois qu'il y a un traitement médical auquel on doit d'abord recourir. (*Paris médical*, 20 août 1921.)

Ruptures recto-coliques par l'air comprimé.

On les observe, dit M. Jean, à la suite de brimades envers les débutants, ou d'actes de malveillance, dans les ateliers. Mais elles peuvent également être accidentelles, et à ce titre, elles méritent, malgré leur rareté, de prendre place dans la pathologie du travail.

L'exposé de l'auteur est basé sur deux observations personnelles qu'il rapporte en détail. Il en résulte que les déchirures se produisent généralement au niveau de la région recto-sigmoïde. La pression de l'air brusquement introduit dans l'intestin n'est pas seule en cause ; la vitesse d'introduction de l'air joue un rôle important.

La symptomatologie est caractéristique. L'abdomen est surdistendu, météorisé, tympanisé ; la peau est luisante ; l'ombilic est déplissé. On note de l'emphysème sous-cutané.

L'état général des blessés est des plus précaires. Il traduit un shock intense : pouls faible, rapide ; collapsus cardiaque.

La dyspnée est très marquée, et causée par le refoulement du diaphragme.

Le pronostic est des plus sombres. La mort survient rapidement, soit par défaillance du cœur, soit par péritonite suraiguë.

Aussi doit-on intervenir sans retard. Préalablement, on sera parfois amené à ponctionner l'abdomen, pour diminuer la tension intra-abdominale, le refoulement du diaphragme, et faciliter la respiration. La laparotomie est donc indiquée ; elle entraînera habituellement la résection des segments intestinaux rompus et l'établissement d'un anus contre nature, tantôt permanent, tantôt temporaire. (*Presse médicale*, 24 août 1921.)

Gémelliparité et syphilis.

La gémellité est uni ou bivitelline, soit qu'un seul ovule subisse la bipartition au moment de la fécondation, soit que deux ovules soient fécondés en même temps.

Pour MM. Merklen, Devaux, Desmoulière et Paris — et cela résulte de nombreux faits dont ils ont été témoins — il faut penser à la syphilis, dans les gémellités univitellines, soit qu'il s'agisse d'une infection spécifique des procréateurs, soit plutôt qu'on ait affaire à une infection atténuée à travers plusieurs générations d'ascendants.

« Jusqu'à plus ample informé, disent-ils en « manière de conclusion, les grossesses bivitelli- « nes, familiales et non syphilitiques, s'opposent « aux grossesses univitellines, isolées et syphili- « tiques. Les premières diffèrent de fréquence, « selon les races et les constitutions individuel- « les ; les secondes se retrouvent à un taux plus « fixe chez les divers peuples. Comme l'indique « Apert, la bipartition de l'ovule constitue une « sorte d'accident, moins en rapport avec les « questions de tempérament, de race et d'héré- « dité que l'ovulation double. Les grossesses à « produits multiples sont de même l'apanage de « la majorité des fécondations animales, et pour « chaque espèce, elles se maintiennent à un chif- « fre compris dans des limites qui lui appartien- « nent en propre. » (*Journal de médecine et de chirurgie pratique*, 25 août 1921.)

G. D.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

Sur les greffes ovariennes.

(M. Bazy. — *Académie de médecine*.)

M. Bazy revient sur la communication de M. Tuffier concernant les greffes ovariennes.

Il y a 25 à 30 ans, dit-il, lorsqu'on pratiquait une opération sur l'utérus ou les ovaires, on s'efforçait de conserver, lorsque cela paraissait possible, un ou plusieurs de ces organes. Puis, on s'aperçut que trop souvent on laissait un foyer pathologique qui rendait nécessaire une nouvelle opération et l'on fut ainsi amené à l'exérèse totale utéro-annexielle.

M. Bazy critique les greffes ovariennes et il demande quelle peut bien être leur utilité. Les craintes, mises en avant à propos de l'ovariotomie, ne sont pas justifiées. Les femmes, après ablation des ovaires, présentent des phénomènes de ménopause anticipée, mais pas plus importants que dans la ménopause régulière. L'embonpoint n'est pas plus fréquent après la castration ovarienne que chez les autres femmes. Quelques opérées, même, maigrissent ; beaucoup ont une certaine apparence de rajeunissement.

Dans ces conditions et devant les faibles résultats des greffes ovariennes, l'auteur considère celles-ci comme des interventions d'un intérêt pratique très limité. L'opothérapie produit les mêmes effets.

L'hyposulfite de soude dans l'œdème de Quincke, l'épilepsie et la chorée.

(M. R. Mathieu. — *Soc. médicale des hôpitaux*.)

L'hyposulfite de soude a été recommandé en thérapeutique interne des dermatoses par M. Ravaut. S'inspirant des travaux de ce dernier, M. René Mathieu a essayé, à la Salpêtrière, (service du prof. Pierre Marie), le même médicament dans les œdèmes aigus circonscrits de Quincke, l'épilepsie et la chorée.

Chez une malade, atteinte d'œdème de Quincke, l'hyposulfite de soude, administré en cachets, s'est montré très efficace, sans que le mécanisme pharmacologique de son action ait pu être précisé. Les effets thérapeutiques de ce traitement, par contre, ont été nuls dans la migraine et l'épilepsie. Dans un cas de chorée, l'emploi de l'hyposulfite a été suivi, au bout de quinze jours, d'une cessation des mouvements choréiques, qui ont reparu, il est vrai, après un mois.

Il s'agit, on le voit, de tentatives intéressantes, mais encore peu concluantes.

Sensibilisation et désensibilisation à l'antipyrine.

(MM. Marcel Labbé et Haguenau. — *Soc. méd. des hôpitaux.*)

MM. Marcel Labbé et Haguenau ont observé un cas de sensibilisation et de désensibilisation à l'antipyrine qui indique bien la complexité du problème.

La malade en question présentait des accidents cutanés ortiés après ingestion de 0 gr. 50 d'antipyrine. Une tentative de désensibilisation par absorption journalière d'une faible quantité de médicament (0 gr. 05) resta sans effet. La méthode anti-anaphylactique, c'est-à-dire la prise d'une petite dose une heure avant la forte dose, amena la cessation des accidents. Un résultat inattendu se produisit : non seulement la malade put ingérer, cette fois, impunément les 0 gr.50 d'antipyrine, mais encore elle fut désensibilisée. Cette conséquence, non prévue, montre que le mécanisme, délicat, de la désensibilisation, comporte des notions jusque là imparfaitement élucidées.

La sacralisation, d'après 100 examens cliniques et radiographiques.

(M. André Léri. — *Société médicale des hôpitaux.*)

La sacralisation est un état anatomo-pathologique à l'ordre du jour. Depuis que la radiographie est intervenue à son propos, le domaine clinique qui lui a été attribué s'est étendu d'une façon considérable. Nombre de sciatiques, de lombagos, de douleurs lombaires mal définies sont maintenant attribuées à la sacralisation des vertèbres lombaires.

Est-ce à raison, est-ce à tort ? C'est ce que M. André Léri a recherché en accumulant patiemment des examens cliniques et radiographiques de la région lombaire, dont le nombre s'élève aujourd'hui à une centaine.

L'auteur a trouvé une très grande fréquence anatomique de la sacralisation. Sur 100 régions lombaires examinées, 53 fois il existait un degré appréciable de sacralisation et 24 fois une anomalie vertébrale. Dans 23 cas seulement, la radiographie a été à ce point de vue négative. Il s'est agi, toutefois, d'une statistique spéciale puisque les sujets ainsi radiographiés se plaignaient tous de douleurs lombaires. Mais, ces douleurs n'étaient pas toujours localisées du côté sacralisé, ni en proportion de la sacralisation. Il semble donc, d'après M. Léri, que l'on ait exagéré l'importance de ce phénomène (la sacralisation) comme cause des douleurs de la région lombaire. Jusqu'à plus ample informé, il conviendra, avant d'intervenir opératoirement sur les apophyses sacralisées, d'éliminer les autres causes connues de lombalgie.

Chlorure de sodium et chlorure de potassium dans les néphrites hydropigènes.

(MM. L. Blum, Aubel et Hausknecht. — *Soc. méd. des hôp.*)

L'action hydropigène du chlorure de sodium, mise en lumière par les travaux de Achard, a conduit à l'établissement du régime dit « déchloruré » dans le traitement des néphrites avec œdèmes. On peut se demander à quel élément du NaCl, chlore, sodium, ou composé chlore-sodium, est due la rétention aqueuse en pareil cas. C'est ce problème important de pathogénie qu'ont abordé MM. L. Blum, Aubel et Hausknecht.

Nous avons déjà signalé une communication de ces auteurs tendant à montrer que le chlore ne joue pas le rôle dominant qu'on lui a assigné dans la production des œdèmes brightiques. Les termes de rétention « chlorurée » et de régime « déchloruré » seraient ainsi impropres. L'élément qui entre en jeu ici est non le chlore mais le sodium.

Associé au sodium, le chlore, provoque des œdèmes, s'il y a insuffisance de son élimination. Associé au potassium, au contraire, chez le même sujet, il déshydrate l'organisme. Les recherches de MM. Blum, Aubel et Hausknecht les ont conduits aux conclusions suivantes :

Le sodium, éliminé avec difficulté dans la néphrite avec œdèmes, devient alors le régulateur des échanges hydriques. Les décharges et les rétentions sodiques conditionnent les variations de poids. Le potassium n'exerce une influence sur les phénomènes d'hydratation que par l'intermédiaire du sodium : éliminateur de celui-ci, il devient de cette manière agent diurétique. Sodium et potassium ont en effet l'un sur l'autre une action réciproque : ils se déplacent mutuellement. C'est sur le déplacement du sodium par le potassium que repose la valeur diurétique des sels de potasse. Utilisés depuis longtemps, ces sels ont été à tort délaissés. En réalité, il faut savoir s'en servir. D'ailleurs cet antagonisme sodium-potassium n'existe pas seulement pour les chlorures, on le retrouve avec d'autres sels, les bicarbonates en particulier.

Asthme d'origine équine : désensibilisation par des cuti-réactions répétées.

(MM. P. Valléry-Radot et Haguenau. — *Soc. méd. des hôp.*)

MM. Valléry-Radot et Haguenau relatent l'observation d'un malade anaphylactisé depuis des

années aux produits d'émanation cutanée du cheval, et atteint de crises d'asthme très fréquentes d'origine équine. Ces auteurs ont établi d'abord la sensibilité spéciale du sujet en le mettant en contact avec une couverture de cheval. Deux minutes après, l'examen du sang montrait le début de la crise hémoclasique (leucopénie), et rapidement l'attaque d'asthme se produisait. Ils eurent ensuite recours aux épreuves de la cuti-réaction. L'application de poils de cheval sur une petite scarification fut suivie de la production d'une large papule ortiée. D'autres cuti-réactions furent accompagnées de crises d'asthme et aussi de crise hémoclasique.

C'est alors que MM. P. Valléry-Radot et Haguenau eurent l'idée de traiter le malade (asthmatique depuis 18 ans) par des cuti-réactions multipliées, faites avec de faibles quantités de protéines nocives. Se servant de poils de cheval chauffés, stérilisés, ils pratiquèrent une série de cuti-réactions quotidiennes d'abord et puis plus espacées. Les accès d'asthme, fréquents au début, s'éloignèrent et finirent par disparaître : le patient était désensibilisé.

Cette observation montre qu'il est possible de désensibiliser un malade par des cuti-réactions répétées, méthode qui diffère du traitement habituel par les vaccinations avec des doses progressivement croissantes de la protéine nocive. Il est possible, d'ailleurs, et probable même que la désensibilisation ainsi obtenue n'est pas définitive et offre seulement un caractère temporaire. Ce n'en est pas moins un temps d'arrêt de la maladie.

M. Pagniez signale, chez ces sujets atteints d'asthme d'origine équine, une particularité importante à établir. Parmi eux, les uns sont sensibles seulement à l'émanation du cheval, d'autres le sont aussi au sérum. Il est intéressant de fixer ce point par une cuti-réaction au sérum. En tout cas, chez les malades ayant de l'asthme équin, il faut être prudent lorsqu'on a à faire des injections de sérum de cheval (anti-diphtérique, anti-tétanique, etc.)

P. L.

THÉRAPEUTIQUE CLINIQUE

Les vomissements acétonémiques de l'enfance.

Une fillette de six ans, bien constituée, mais de souche neuro-arthritique, est prise, à intervalles plus ou moins longs, de vomissements. La crise, est annoncée par quelques signes assez fugaces, suffisants cependant pour attirer l'attention. Le teint, habituellement rosé et frais, pâlit, cependant que le pourtour du nez et de la bouche prend une coloration jaunâtre. En même temps, l'haleine devient aigrelette.

Puis, les vomissements apparaissent, alimentaires d'abord, ensuite muqueux et bilieux. La fièvre s'allume. L'odeur de l'haleine est franchement acétonémique. Pas de réaction intestinale.

Le caractère principal des vomissements est de se montrer incoercibles : ils résistent aux médications habituelles.

Cela dure deux ou trois jours. Puis, l'orage s'apaise. Tout rentre dans l'ordre, et il ne reste plus de cet accès qu'un mauvais souvenir, jusqu'à la prochaine récidive.

Celle-ci s'est longtemps rythmée de trois en trois mois. Depuis quelque temps, les intervalles tendent à augmenter.

C'est pour cette raison que ces vomissements sont encore connus sous le nom de vomissements cycliques.

Le diagnostic en est généralement facile. Leur apparition cyclique, l'odeur caractéristique de l'haleine, ne permettent guère d'équivoque.

On pourrait être tenté cependant de penser à une appendicite. Bien que certaines formes de cette affection soient loin de présenter sa symptomatologie classique, une exploration attentive de la fosse iliaque droite, la recherche de la réaction de défense, même ébauchée, l'évolution, ne laissent guère le diagnostic longtemps s'égarer.

Quelle est la cause des vomissements acétonémiques de l'enfance ? Très certainement une insuffisance fonctionnelle momentanée du foie. Si on examine en effet les urines de ces petits malades, on remarque qu'elles renferment une grande quantité d'indican.

Les idées actuellement régnantes permettent de se demander aussi s'il n'y a pas là quelque chose d'analogue au choc anaphylactique. Il serait intéressant de rechercher, au moment des crises, comment se comporte la formule vasculo-sanguine.

Cette hypothèse est assez séduisante. Nous savons en effet, d'une façon générale, que le choc hémoclasique se manifeste quand la fonction protéopéxique du foie est diminuée, et que les albumines hétérogènes, provenant de la digestion, mais non totalement désintégrées et transformées en albumines homogènes, pénètrent dans le torrent circulatoire et y provoquent la leucolyse qui se trouve au premier plan de l'hémoclasie.

L'hérédité joue incontestablement un rôle dans la constitution de l'état de prédisposition aux vomissements acétonémiques. Le régime alimentaire est aussi à incriminer. L'usage, et à plus forte raison, l'abus d'une alimentation surtout carnée, finissent par encombrer l'organisme

de déchets azotés plus ou moins nuisibles. Leur volume même surmène les organes de défense, la glande hépatique tout d'abord. Ainsi s'explique la participation évidente de celle-ci à l'éclosion des accidents.

Peut-être aussi pourrait-on songer à une atteinte toxique des surrénales, entraînant aussi une insuffisance momentanée de ces glandes. Le symptôme principal, le vomissement, avec ses caractères particuliers, la fièvre, l'asthénie profonde qu'offrent les enfants atteints, plaide assez en faveur de cette hypothèse, qui est à retenir à l'occasion du traitement.

Celui-ci s'adressera à la crise elle-même tout d'abord.

L'enfant sera mis à la diète absolue. On lui donnera simplement, d'heure en heure une petite quantité, deux à trois cuillerées à bouche, d'eau de Vals, source la Reine, pure et froide.

Que si elle était rejetée, on n'en continuerait pas moins à l'administrer régulièrement.

Il est exceptionnel qu'elle ne finisse pas par être supportée. La Reine de Vals est en effet carbogazeuse. Or, on sait que l'acide carbonique a une action anti-émétisante manifeste. La potion de Rivière, le champagne, doivent également à leur acide carbonique leurs propriétés.

La Reine de Vals est en outre alcaline, avec une minéralisation moyenne. Or, le bicarbonate de soude est en quelque sorte l'antidote de l'acétonémie. Le coma diabétique, qui procède aussi d'une intoxication acétonémique, n'a pu être parfois conjuré qu'au moyen de fortes doses de bicarbonate de soude, en injections intra-veineuses.

Si cependant l'estomac se montrait radicalement intolérant, on pourrait calmer la soif ardente des enfants et les réhydrater en utilisant en lavements, ou mieux, en injections rectales goutte à goutte, soit la Reine de Vals, soit le sérum glycosé.

Dans l'intervalle des crises, le traitement consiste surtout à régler l'hygiène de l'enfant, surtout son hygiène alimentaire. On réduira dans de notables proportions les albumines animales : les œufs (jaune), le chocolat, les abats ; on supprimera les corps gras.

On fera prendre à l'enfant deux fois par jour, une heure avant les repas, un demi-verre (75 gr.) de Reine de Vals, dans laquelle on dissoudra un des paquets suivants :

Sulfate de soude............	0,30
Bicarbonate de soude.........	0,20

pour un paquet. N° 20.

Blechmann conseille également la solution suivante, à raison d'un verre à madère, une demi-heure avant les repas :

Bromure de sodium.........	3 gr.
Sulfate de soude...........	8 gr.
Phosphate de soude.........	6 gr.
Bicarbonate de soude.......	4 gr.
Eau distillée................	un litre

L'exercice modéré, la vie au grand air, une bonne gymnastique d'assouplissement, compléteront heureusement les prescriptions médicamenteuses proprement dites et amèneront la guérison d'une affection dont les manifestations aiguës, à pronostic ordinairement favorable, n'en ont pas moins une physionomie parfois inquiétante, et toujours quelque peu dramatique.

Dr E. D. Gaston.

BIBLIOGRAPHIE CRITIQUE

Revue des Thèses

Paris

André Cachera. — **Quelques réflexions sur la prophylaxie de la syphilis.** — Paris. Editions médicales 7, rue de Valois, 1921.

« C'est un travers de l'esprit humain de ne « regarder jamais au fond des choses, de ne « dominer jamais d'assez haut et de n'apercevoir « que ce qu'il a immédiatement en sa présence », écrit excellemment l'auteur, à la page 27, dans son intéressante thèse inaugurale.

Pour s'en dégager, il faut observer attentivement, déduire et prévoir, en se souvenant que la syphilis est une maladie sociale dont les effets ne se limitent pas à celui qui en est atteint, mais peuvent avoir et ont, en fait, trop souvent, des répercussions inouïes.

C'est ce qu'expose M. Cachera, dont la substance de son travail tient dans les quelques lignes suivantes. — G. D.

« Frappé au cours de nos études par l'extension de la syphilis en pathologie, nous avons vu nos moyens d'investigation acquérir une perfection plus grande par les réactions humorales diverses que l'on a pu mettre au point dans ces dernières années, par l'examen systématique du liquide céphalo-rachidien, par la recherche du tréponème dans le chancre, maintenant vulgarisée par la réaction de Lange, et enfin par celle de Guillain et Léchelle.

En outre, les médecins se sont habitués à faire des enquêtes familiales approfondies, et ils ont appris à en tirer des conclusions permettant d'affirmer ou de soupçonner la syphilis.

La lutte antisyphilitique est plus que jamais à l'ordre du jour; après le brassage d'hommes amené par la guerre, le fléau a encore étendu ses ravages.

Nous avons voulu, par quelques considérations,

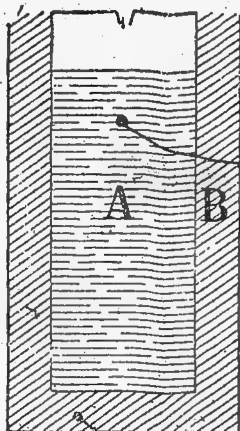
Après les Maladies contagieuses

PRESCRIRE LA DÉSINFECTION

par les Vapeurs de Formol
à l'aide du

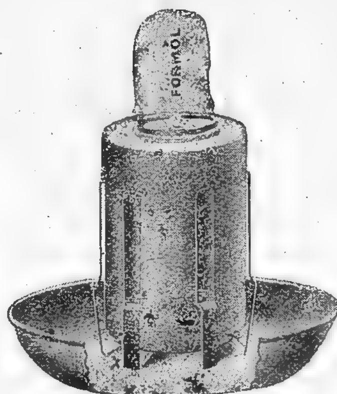
FUMIGATOR GONIN

DESCRIPTION



Tube métallique contenant la poudre de formol

Pâte combustible que l'on allume pour l'emploi.
Elle se consume sans flammes ni étincelles



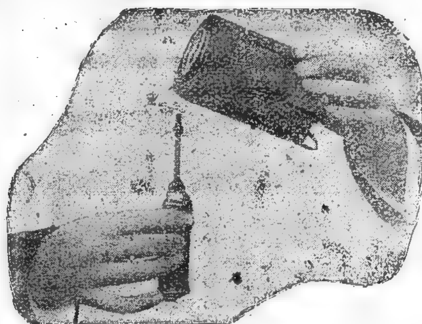
Griffe-support pour maintenir la pâte en combustion contre le tube et permettre à l'air de circuler sous le fumigator.

Assiette ou récipient métallique que l'on doit mettre sous le fumigator pour l'isoler du sol.

La pâte en se consumant chauffe le tube métallique. Par la chaleur, la poudre se gazéifie et donne des torrents de vapeurs de formol qui se répandent dans le local à désinfecter.

MODE D'EMPLOI

Comment on allume :



Maintenir 3 ou 4 points du bord supérieur de la pâte au-dessus de la flamme d'une lampe à alcool.

Combien en allumer ?

Allumer et disperser dans la pièce à désinfecter autant de fumigators n° 4 qu'il y a de fois 20 mètres cubes dans cette pièce.

AUTORISÉ PAR LE MINISTRE DE L'INTÉRIEUR

Rappelons que chacun a le droit d'exécuter par ses soins ou de faire exécuter par un service privé
La DÉSINFECTION de ses LOCAUX
pourvu que ce soit à l'aide d'un procédé autorisé comme

LE FUMIGATOR GONIN

(Art. 17 du décret du 10 Juillet 1906).

Prix au public : le FUMIGATOR pour 20 ^{m3}, 8 fr. — Pour 15 ^{m3}, 6 fr. 50

Conditions spéciales aux médecins s'adressant directement à nous.

ÉTABLISSEMENTS GONIN, 60, Rue Saussure, PARIS

Téléphone : 517-23 — Télégraphe : FUMIGATOR-PARIS

montrer l'extension continue du domaine de la maladie tant au point de vue de sa fréquence dans la population citadine ou rurale, sous forme héréditaire ou acquise, qu'au point de vue du nombre d'affections qui lui sont tributaires en médecine.

Nous avons exposé comment les idées fausses qui règnent dans le public, en particulier la notion de maladie honteuse, la méconnaissance des manifestations spécifiques, les erreurs sur la valeur de la réaction de fixation, sur les dangers des arsenicaux, dangers qu'on exagère à plaisir, entravent nos moyens d'action contre l'épidémie.

Enfin, après avoir signalé quelques-unes des conséquences sociales de cet état de choses regrettable et discuté quelques questions controversées au sujet du mariage du syphilitique et de l'hérédité morbide de l'affection, nous nous sommes attaché à défendre la valeur du traitement préventif et la réalité des stérilisations obtenues par les arsénobenzènes maniés énergiquement, longuement et d'une façon précoce, c'est-à-dire 10 à 15 jours après l'apparition du chancre et à faire admettre, en attendant la venue de spirillicides plus puissants (peut-être les nouveaux composés bismuthés), la supériorité du traitement arsenical sur le traitement hydrargyrique et l'activité plus grande des injections intraveineuses, battues en brèche, ces derniers temps, par les protagonistes de la voie sous-cutanée ou intramusculaire.

Lyon

L. — Dr Raoul Durand. — **La radiographie fœtale au cours de la gravidité.** (Imprimerie Express, Lyon, 1921.)

La radiographie fœtale, réalisable dès le 6e mois de la grossesse, peut permettre d'établir un diagnostic précis dans la grossesse gémellaire, l'hydramnios, l'hydrocéphalie et les présentations anormales (siège, épaule) en utilisant des tubes mous et de grosses intensités.

Il sera certainement possible de faire, à une époque plus éloignée du terme de la grossesse, avec des installations plus puissantes, permettant de faire passer de plus grosses intensités dans le tube, cette radiographie qui mérite d'avoir une large place en clinique.

L. — Dr Paul Chardon. — **De la septicité bucco-dentaire et la pratique chirurgicale.** (Imprimerie Guirimand, Grenoble, 1921.)

Les lésions infectieuses de la région gingivo-dentaire peuvent donner naissance à des complications locales ou générales, le plus souvent faciles à mettre en évidence pour peu que l'on pense à examiner la cavité buccale (gingivites, stomatites, pyorrhées alvéolaires, périodontites aiguës, fistules, etc.).

Il existe fréquemment autour des racines des dents malades, des foyers infectieux dont la présence est plus difficile à constater, et ne peut souvent être démontrée que par un examen clinique attentif, aidé de l'examen radiographique. La culture et l'inoculation aux animaux ont démontré l'existence, en ces foyers, de nombreuses espèces microbiennes, en particulier de streptocoques.

Ces diverses manifestations de la septicité bucco-dentaire peuvent être la source de complications opératoires soit exogènes, soit hématogènes, de telle sorte que non seulement avant toutes les opérations sur le tube digestif, mais aussi avant toute intervention chirurgicale importante, le chirurgien devrait combattre et supprimer toute manifestation de la septicité bucco-dentaire (vaccino-thérapie, séro-thérapie, traitement spécial).

L. — Dr H. Molette de Morangiès. — **Hématocèles thyroïdiennes latentes.** (A Rey, imprimeur-éditeur de l'Université, Lyon, 1921.)

L. — Dr Henri Jettot. — **Considérations sur le traitement actuel de la syphilis.** (Imprimerie du « Réveil du Beaujolais », Villefranche, 1921.)

Le traitement de la syphilis, depuis la découverte des arsénobenzènes et des réactions sérologiques, fait l'objet de nombreuses controverses, en raisons du désaccord des auteurs, non sur le traitement à opposer aux accidents (primaires, secondaires ou tertiaires), mais sur la conduite à tenir dans la suite.

Le meilleur traitement des accidents est en général le traitement par le novarsénobenzol dont l'action est beaucoup plus rapide queu celleu dont l'action est beaucoup plus rapide que celle du mercure. Le traitement mercuriel ne sera donc employé que si les arsenicaux sont mal tolérés ou inefficaces (arséno-résistance). Dans la suite, le traitement de fond, méthodique, régulier, chronique et intermittent établi par Fournier, semble encore actuellement la méthode de choix, mettant à coup sûr à l'abri de tout accident.

PARTIE PROFESSIONNELLE

MÉDECINE SOCIALE

Le médecin et les lois sociales nouvelles.

Aujourd'hui, je me contenterai de publier sans grands commentaires une partie importante de la moisson de la semaine. Car c'en est une, et des plus fécondes, que cette correspondance qui nous parvient régulièrement de tous les coins de la France, et qui, dans sa presque unanimité, nous fournit de précieux encouragements, en même temps qu'elle renforce notre thèse d'arguments puissants et pour la plupart vécus.

Au confrère P., qui, transfuge du syndicalisme, dénie aux Syndicats médicaux cohésion, discipline, force agissante, je me contenterai cependant de répondre que si nos organisations professionnelles ne fournissent pas le rendement qu'on serait en droit d'en attendre, ce n'est pas à elles-mêmes ni à leur principe, qu'il faut s'en prendre, mais à un certain nombre de ceux qui les composent.

Quoique nous fassions, nous avons un mal inouï à nous débarrasser d'un certain esprit particulariste qui est une sorte de conséquence inéluctable de la formation de notre mentalité professionnelle, et qui place trop souvent devant nos yeux nos intérêts personnels comme un écran qui nous empêche de discerner l'importance de nos intérêts généraux.

C'est toute une éducation qui devrait être commencée sur les bases même de l'école. Or, l'enseignement médical est surtout scientifique. Par lui, l'étudiant apprend les *sciences médicales*, non l'*art médical*, qui est proprement leur application pratique, et ses à-côté : rapports du médecin avec ses confrères, avec sa clientèle, avec les collectivités, dans le cadre de la législation... N'oublions pas que ceux qui sont à la tête de l'Union et la dirigent, sont peu nombreux et sacrifient leurs intérêts personnels et leur santé. Avec des moyens très insuffisants, ils arrivent à tenir tête à de très lourdes charges, et nous devons leur en être très reconnaissants.

Je n'insiste pas. Si décevants que paraissent au Dr P les résultats du travail des Syndicats, ce travail n'a pas été inutile, et il a permis malgré tout aux praticiens de se rapprocher les uns des autres, de se mieux connaître et de se mieux estimer ; d'aplanir souvent les difficultés qui surgissent à chaque instant entre eux, et d'atteindre certains buts auxquels chacun d'eux, pris en particulier, n'aurait jamais pu parvenir, s'ils étaient demeurés dans un isolement que condamne l'évolution sociale. L'action syndicale s'est affirmée et a donné des résultats indiscutables, toutes les fois que des lois nouvelles sont venues menacer la situation du praticien (loi d'assistance, loi sur les accidents du travail, loi sanitaire, etc.).

Et puis, souvenons-nous que 15.000 médecins français sont actuellement syndiqués. Que sur cette masse imposante, il se trouve un contingent appréciable de confrères que n'anime qu'une foi d'une tiédeur regrettable et qui manquent du feu sacré ; que peu nombreux soient ceux qui savent faire figure de militants, cela n'enlève rien à la valeur virtuelle de l'organisation syndicale, et le dévouement et l'énergie des syndiqués actifs compense l'inertie des autres. Le Syndicat vaut et vaudra ce que vaudront les Syndiqués.

G. DUCHESNE.

Une mentalité qu'il est bon de connaître.

Le hasard m'a fait, il y a quelques jours, voyager avec un parlementaire : une tierce personne servit de trait d'union et la conversation s'engagea — elle devait fatalement aboutir à la question de l'assurance sociale.

Je n'ai pas l'intention de rapporter cette conversation dans son entier, mais j'ai constaté l'existence d'une certaine mentalité que j'estime utile à faire connaître à mes confrères.

— Croyez-le bien, la loi sera votée ; quant à la question médicale, elle n'existe pas pour nous : nous aurons des médecins tant que nous en voudrons. Il suffira de leur allouer une certaine somme, car, au point de vue financier, le système forfaitaire est le seul qui puisse nous donner des garanties, et les médecins courent après tous les fixes : il n'y a pas de danger qu'ils laissent échapper celui-ci qui sera plus important que les autres.

— Mais songez-vous que, pour bon nombre d'entre eux, l'assurance sociale englobera la presque totalité de la clientèle. Si parfois ils se sont laissé faire, ils pourraient bien, cette fois, résister.

— Feu de paille : ils crieront, feront mine de résister quelques semaines, puis seront trop heureux de capituler ; on l'a bien vu par la question des mutilés de la guerre : Maginot a résisté et ils ont cédé. D'ailleurs il ne serait pas admissible qu'une catégorie de citoyens, qui numériquement n'est qu'une poignée, puisse faire échec à la loi.

— Vous vous préparez bien des difficultés qu'il serait pourtant facile d'éviter en restant sous le régime de la liberté. Pourquoi vouloir réglementer la profession médicale ? Donnez aux assurés malades une indemnité et laissez-les se faire soigner comme ils l'entendent.

— Nous ne voulons donner aux assurés que le moins d'argent possible, nous préférons leur assurer les prestations en nature : avec de l'argent, ils pourraient ne pas se soigner ; si on leur donne les soins médicaux et les médicaments, ils seront bien obligés de le faire. D'ailleurs les socialistes sont d'accord avec nous sur ce point.

— C'est entendu, vous voulez socialiser la médecine, faire du médecin un fonctionnaire qui sera sans doute révocable *ad nutum*, mais pour l'application de la loi, il n'y a pas que le médecin : il y a aussi le pharmacien, puis il y a le boulanger, le boucher, le laitier, etc., que sais-je ? Allez-vous tout socialiser ? — Vous ne le pouvez pas, alors pourquoi vous attaquer à la seule profession médicale ?

— Mais nous n'innovons pas : cela existe en Allemagne, en Angleterre, en Suède, en Italie, partout où la médecine publique a été organisée.

— Etes-vous bien sûr que partout les intéressés en soient tellement satisfaits ?

Le train entrait en gare, cela a peut-être évité à mon interlocuteur de répondre qu'il s'en f....ichait !

A. Gassot.

***

Mon Cher Confrère Duchesne,

Je lis avec attention vos articles du *Concours médical*. J'ai lu aussi ceux des autres confrères qui soutiennent les thèses contraires à la vôtre au sujet des projets de loi assurance maladie-invalidité-vieillesse. Vous ne semblez pas au courant de la campagne de presse, qui est uniquement organisée par les promoteurs de cette loi. J'ai lu des articles, fort impartiaux du reste, ornés des portraits des auteurs, illustres inconnus, pour tout le monde médical ; naturellement avec les systèmes préconisés tout le monde sera content, mais... on ne parle pas des médecins et des pharmaciens. Et pourtant, sans eux, rien à faire.

L'*Echo de Paris* a récemment publié des lettres de mutualistes et de non mutualistes. D'après les renseignements fournis par ce journal, il est déjà possible de voir que le monde des assurés futurs est très divisé et que l'acceptation de la loi ne paraît pas si sûre que veulent bien le dire les professeurs de socialisme plus ou moins déguisé. J'ai eu l'occasion de m'entretenir de ce projet de loi avec l'un des députés d'Indre-et-Loire qui se trouve être membre de la commission de la Chambre chargée des études préparatoires. Je lui ai tout d'abord exprimé mon étonnement de ce que la médecine et la pharmacie étant en somme des branches de l'alimentation, le père de famille doit aussi bien les soins médicaux et pharmaceutiques à sa femme, à ses enfants que le pain et la viande pour les nourrir. (Je lis cette phrase dans l'Agenda du *Concours médical* de 1921, page 158 : « Les auteurs et la jurisprudence sont d'accord pour comprendre les frais nécessités par une maladie dans l'obligation alimentaire ». Qu'étant donné ce principe admis, qu'en même temps la commission de la Chambre n'ait pas mis à l'étude une assurance contre la faim et n'ait pas aussi envisagé la création de caisses régionales pour fournir de viande, de légumes, de pain, le tout parfaitement accommodé et prêt à être mangé, pour les trente millions de Français qui, actuellement, n'ont pas douze mille francs de revenu. Mon député, qui est licencié en droit, a bien saisi mon raisonnement et m'a dit ceci : Votre assertion est juste et nous considérons le problème comme extrêmement complexe, nous nous réunissons une fois par semaine pour tenter de mettre sur pied le projet ; et comme je lui demandais combien de temps il pensait que ces études dureraient, il m'a répondu : quatre ans.

Je lui ai dit alors que les expériences de nourriture, soins, etc., venaient d'être faites sur une grande échelle et pendant un temps qui commençait à être respectable, en Russie, sous la direction de M. Lénine et que, ma foi, les résultats n'en étaient pas brillants. Il en a parfaitement convenu.

J'ai lu dans le *Petit Parisien* un article disant que cette loi devait être rapidement votée comme si elle était déjà établie et pour que l'industrie alsacienne ne soit plus handicapée par l'industrie de l'intérieur (article signé dans le *Petit Parisien* par un gros industriel d'Alsace). Vous voyez que mon député, qui pourtant était socialiste alors qu'il était conseiller municipal de Paris, n'est pas de cet avis. C'est déjà quelque chose.

Je lui ai tenu les raisonnements que je retrouve dans le nº du 21 août 1921 du *Concours médical* dans les lettres signées Dr M. et Dr R. D. Il a semblé les prendre en considération.

Puisque certains journaux quotidiens à grand tirage, comme l'*Echo de Paris*, disent qu'il faut une enquête impartiale, pourquoi vous, M. Duchesne, qui avez entrepris d'apprendre au corps médical les inconvénients immenses de l'assurance obligatoire avec médecins mal rémunérés, ne demanderiez-vous pas l'insertion de l'article que vous venez de publier avec les lettres aussi bien des médecins de « l'Intérieur » que de celle du Dr Wennagel de Strasbourg « qui se dit de l'Extérieur ». Le public, qui n'est pas si dénué d'intelligence qu'on le pense en certains milieux, et aussi Messieurs les députés et sénateurs apercevraient peut-être tout ce qu'il y a d'inacceptable dans cette loi.

Je lis dans votre article cette phrase : « Le syndicat a sa raison d'être ; il est une nécessité ». Je vous

dis à mon tour ceci : le syndicat est en somme un retour à la corporation d'avant la Révolution, mais puisque vous êtes un des plus anciens syndiqués, vous devez savoir aussi combien a été difficile l'organisation de ces syndicats. La répugnance des médecins a été extraordinaire et elle l'est encore. J'ai moi-même été syndiqué il y a une dizaine d'années et j'ai donné ma démission, car je me suis aperçu des défauts considérables de cet organisme (1). Ne serait-ce que celui de n'aboutir à absolument rien vis-à-vis de l'administration.

A cela vous me direz : « Mais nous venons de faire voir notre force vis-à-vis de l'État avec sa loi sur les pensions » Je vous répondrai : « Il y avait six mois que la loi aurait dû fonctionner et tous les médecins non syndiqués n'acceptaient plus les fameux papiers ». Je n'ai pas eu besoin d'être syndiqué pour dire aux pensionnés : « Je n'ai pas le moyen de faire des avances à l'État, mon marchand d'essence et de pneumatiques n'attend pas, par conséquent si vous voulez avoir mes soins, payez-les, vous vous ferez rembourser par l'État ce qu'il voudra. Pour moi, je me suis donc défendu tout seul et 18.000 autres ont fait comme moi, et ce n'est pas fini. Si dans le courant de novembre, aucune solution satisfaisante n'est donnée, je suis certain que les 18.000 que nous sommes exerçant en France, nous reprendrons notre système simpliste et nous permettant de vivre. Comment voulez-vous que, puisque l'État est dans l'impuissance totale de payer les frais médicaux de un million et demi de mutilés, limités aux suites de leurs blessures, il puisse entreprendre de payer les frais médicaux sans limites pour trente millions d'individus.

Je n'hésite donc pas à vous dire ce que j'ai dit à mon député : cette loi est une *utopie*. Depuis vingt-trois ans que j'exerce, je vois des rebouteurs faire très bien leurs affaires et n'être pas inquiétés le moins du monde, ni par les procureurs de la République, ni par les syndicats ; je considère donc que la médecine pendant un temps indéfini continuera à avoir, à côté des officiels, des malins qui feront fortune, et alors, suivez mon raisonnement, supposez que la loi soit rigoureuse, allemande si vous le voulez, aucun médecin ne pouvant exercer qu'enchaîné à un syndicat qui ramassera les honoraires et les distribuera — et comment ? et bien vous verrez quantité de bons docteurs, les meilleurs, cesser tout exercice apparent, et se fourrer dans des arrière-boutiques où ils demanderont cent francs pour la moindre consultation. Ils se transformeront en rebouteurs. N'ai-je pas vu, alors que je faisais mes études, un chirurgien très calé en fractures et luxations, caché dans un quartier des fortifs de Paris, qui avait une clientèle remarquable de jockeys et d'entraîneurs qui lui donnaient les grosses sommes pour ses interventions. Il venait le matin dans les services chirurgicaux les plus réputés et, docteur en médecine, il se faisait passer pour non diplômé aux yeux de ses clients.

Je pense donc que si les syndicats se lancent dans l'acceptation du forfait avec l'État, dans l'acceptation de l'obligation des médecins de recevoir leur pitance par leur intermédiaire avec contrôle, mouchards, etc... et bien je dis que, immédiatement, les neuf dixièmes de leurs membres se sauveront et au galop. Personne ne signera ce que nos malheureux confrères d'Alsace ont signé sous la pression prussienne. Je m'étonne du reste que ces médecins si peu nombreux et qui semblent si malheureux n'aient pas mis la clef sous la porte et n'aient pas dit à toutes leurs grosses Caisses : au revoir et pas merci. Les clients se débrouilleraient et seraient beaucoup mieux soignés.

Et puis, en France nous venons presque tous de subir à l'armée le contrôle, etc., allons-nous nous remettre un harnais si pesant et je dirai si malfaisant. Combien de nos morts seraient-ils encore vivants, si la liberté du choix avait régné et si les compétences même universellement reconnues n'avaient pas été brimées, annihilées d'une manière insensée.

La France veut-elle reprendre dans le civil le système de la médecine militaire ? Je ne le crois pas. Les partisans de la loi nous disent : tous les cas sérieux seront envoyés à l'hôpital, décoré du nom de maison de cure. Ceci est encore une quasi-impossibilité en France. Pour les enfants, par exemple, à Paris, des médecins des hôpitaux eux-mêmes préconisent actuellement comme donnant de bien meilleurs résultats l'assistance à domicile (voir *Presse médicale* il y a quelques mois). Pratiquement, j'ai voulu expérimenter ce système pour les mutilés, cela m'a été impossible. Il y a quelques semaines, un mutilé qui possédait encore dans ses muscles paravertébraux une balle allemande venait me demander de la lui extraire, car elle le gênait beaucoup pour porter des charges sur son dos. Je lui dis : « Allez à l'hôpital militaire de Tours, on vous opérera gratuitement et en quelques jours vous serez guéri. — « Jamais, m'a dit le mutilé, j'en ai soupé des hôpitaux militaires ». Ce mutilé est un agriculteur très aisé, j'aurais pu lui demander de forts honoraires, je lui ai alors demandé quarante francs pour l'opérer sous anesthésie régionale. Ce n'était pas cher, il accepta d'enthousiasme. Je lui enlevai sa balle qui tenait bien, je vous le garantis et lui ai donné un beau reçu timbré. Quand sera-t-il remboursé ?? En tous cas le fait est là, il n'a pas voulu entendre parler de l'hôpital militaire. Dans la clientèle civile, c'est la même chose, je ne peux pas décider les gens de condition modeste à entrer dans les hôpitaux civils, cela est quasi impossible et ces jours-ci, j'ai vu une jeune domestique de 16 ans amenée par sa mère, atteinte d'une pleurésie formidable, qui préféra prendre le train et faire deux kilomètres à pied,

(1) Donner sa démission n'est pas une solution. Il faut rester au contraire pour tâcher de faire prévaloir les idées saines et désintéressées qu'on professe. G. D.

pour rentrer chez elle au risque de sa vie, plutôt que de faire 200 mètres et se faire admettre dans l'hôpital de ma localité. Comment arrivera-t-on à hospitaliser tous les cas graves que l'on peut rencontrer dans une seule journée sur trente millions d'individus, dans un siècle peut-être.

A Paris, on n'arrive que très difficilement à hospitaliser les indigents et alors que les hôpitaux y sont énormes ! Que fera-t-on, si rapidement on établit la dite loi ?

En résumé, on peut admettre que les Français s'assurent en masse contre la maladie, l'invalidité et la vieillesse, mais avec indemnités journalières et libres de choisir leurs médecins et leurs pharmaciens. Ils paieront eux-mêmes ceux qu'ils auront choisis. Le corps médical à l'heure actuelle se fait parfaitement payer, presque toujours comptant, du reste il ne peut faire autrement. Les frais sont tellement considérables qu'il serait rapidement ruiné. Il lui serait absolument impossible d'attendre des mois et des mois pour le paiement de ses honoraires, comme il le fait encore pour les mutilés.

N'avons-nous pas aussi une expérience intéressante journellement. Beaucoup de Français ont des assurances personnelles accidents, les Compagnies leur payent des indemnités journalières et ce sont eux qui choisissent et règlent eux-mêmes leurs médecins et pharmaciens. Depuis vingt-trois ans que je soigne de ces assurés, j'ai toujours été fort bien payé par eux. Les compagnies d'assurances n'ont pas supprimé ce mode d'assurance, et s'il avait été mauvais pour elles, il y a longtemps qu'elles auraient cessé de l'appliquer.

Continuez, mon cher Confrère, à éclairer le corps médical sur les inconvénients majeurs du projet de loi en question, aussi bien pour lui que pour nos concitoyens. Ne devenons à aucun prix fonctionnaires, restons libres, et cherchons par notre travail acharné à nous faire considérer et estimer. La liberté seule nous permettra de rester le corps médical le plus savant du monde. Enlisés dans les paperasseries de l'État et des syndicats, nous ne penserions qu'à en mettre le moins possible et ce n'est pas le moment, hélas !

Dr P.
(Indre-et-Loire).

SOU MÉDICAL

Rapport du secrétaire général.

Lorsque, pour établir mon rapport annuel, je dois relire tous les procès-verbaux des séances et me remémorer toutes les affaires contentieuses étudiées en douze mois, je constate certaines différences. Alors que tel exercice est dominé par la lutte contre les compagnies d'assurances, que tel autre se distingue par la fréquence des procès basés sur des problèmes de procédure, je remarque que, depuis la guerre, le « Sou médical » rend plus de services comme avocat conseil des médecins que comme organisme de défense.

Notre renommée commence à se faire connaître chez les adversaires du corps médical, et nombre de clients récalcitrants ou de collectivités intransigeantes préfèrent actuellement donner raison à l'adhérent du « Sou », plutôt que de voir s'éterniser un conflit devant toutes les juridictions.

C'est pourquoi la correspondance journalière du « Sou » est-elle fort nombreuse, nécessitant du secrétariat général l'étude de multiples dossiers. Les conseils que nous donnons, les consultations juridiques que les dévoués Mes Gatineau et Bernard Auger rédigent pour nos adhérents, touchent à tous les domaines de l'exercice de notre profession. Aussi, mes chers confrères, notre premier devoir doit-il être un geste de gratitude envers ces défenseurs habiles et avisés du corps médical. Je m'en voudrais d'oublier notre ami Dumesny, le dévoué chef du contentieux de notre Ligue, qui par des consultations écrites ou orales, ne laisse jamais un confrère dans l'embarras.

N'oublions pas cette très copieuse correspondance journalière, nécessitant souvent de longues et patientes recherches pour donner une consultation détaillée à notre adhérent. Ce sont encore de nombreuses visites que nous rendent, 132, faubourg St-Denis, tant les Parisiens que les confrères de province.

Notre action ne se borne pas à ces consultations. Nous sommes dans l'obligation d'aller dans des Ministères, au Parlement, dans des sociétés scientifiques ou professionnelles diverses, tant médicales qu'étrangères à notre milieu, afin de faire rendre justice à nos adhérents, ou pour obtenir des modifications aux textes législatifs ou règlementaires qui lèsent les intérêts du corps médical.

Laissant de côté ces nombreuses affaires journalières, je n'exposerai, ci-après, que les procès que nous avons dû soutenir devant les tribunaux.

Accidents du travail. — **Le Dr A. est cité en justice par une assurance pour avoir osé décacheter une enveloppe contenant un bulletin d'avis d'accident adressé à un autre médecin, non choisi par la victime.**

Les Drs Q. et B. ont dû résister à l'appel interjeté par des assurances contre des jugements de paix leur donnant raison à chacun d'eux.

Le Dr L. se voit refuser le paiement d'une note d'honoraires, alors que le blessé, ouvrier agricole, a été conduit chez le docteur par son patron lui-même, puis soigné au domicile de ce dernier.

Enfin, le Dr C. est la victime de la procédure, pour un procès que nous avons dû suivre jus-

qu'en cassation. L'arrêt de la Cour suprême casse pour vice de forme la procédure jusqu'alors suivie, parce que le jugement d'appel ne spécifie pas que les témoins ont prêté serment.

Souvent, lorsque les assurances croient leur adversaire médecin isolé, elles n'hésitent pas à traîner notre confrère dans le maquis de la procédure. Le Dr M. a eu tout notre appui, sur une question de compétence de juge de paix, alors que le Dr R. se voit l'objet d'une demande reconventionnelle, dans le seul but d'enlever la connaissance de la cause au juge de paix, pour employer la voie bien plus coûteuse du tribunal civil.

Discussions d'honoraires. — Une visite du dimanche doit-elle être payée au tarif double, lorsque le tarif syndical local en a ainsi décidé depuis de nombreuses années au su de tous les clients ?

Un automobiliste écraseur doit-il se désintéresser de la note à payer, pour soins donnés à sa victime, lorsque la compagnie d'assurance fait la sourde oreille ?

Un médecin, qui perd une demi-journée pour aller visiter un malade à 40 kilomètres de son domicile et ce plusieurs fois par mois, peut-il admettre que les premiers juges lui allouent des honoraires tout à fait insuffisants, alors que le jugement reconnaît le bien fondé de sa réclamation de paiement ?

Diffamation et dénigrement. — Le Corps médical d'une région a été injurié par un journal de la contrée. Le « Sou » a donné son appui, au prorata du nombre des membres du syndicat adhérents à notre Ligue.

Le Dr D. est en butte à des propos diffamatoires, accompagnés de menaces, proférés par une femme qui, à tort, l'accuse de la mort de son enfant.

Le Dr R. se trouve dans la même situation.

Il n'est pas possible, également, de ne pas soutenir le confrère, qui est l'objet de la rancune d'un pharmacien, et voit ses ordonnances être sabotées, tant sur la quantité que sur la qualité des produits fournis aux clients.

Le Dr L. a également affaire à un mauvais pharmacien, qui emploie tous les moyens pour détourner la clientèle de notre confrère, pour l'adresser à un autre praticien. C'est ainsi que, parmi tous ses trucs, le pharmacien fait des analyses fictives, ou mensongères, pour démontrer aux clients que son ennemi est un ignorant.

Déontologie. — Souvent, la lutte pour la vie a été mauvaise conseillère. Nous avons dû intervenir, ayant été choisis comme arbitres, dans des conflits confraternels.

Un chirurgien de province se voit refuser sa note d'honoraires, par un client, sous le prétexte qu'un chirurgien de Paris aurait sévèrement critiqué la technique d'une opération à laquelle il n'avait pas assisté.

L'installation *post bellum* de médecins au lieu de leur mobilisation provoqua bien des conflits: il s'agit ici de déterminer les rapports déontologiques : là, c'est une question de répartition des services de l'hôpital local.

Les cessions de clientèle ont également suscité notre intervention, tant pour interpréter la commune intention des deux parties, au moment de la rédaction de l'acte de vente, que pour obliger tel confrère à la stricte observation de ses engagements. A notre grand regret, nous avons dû accorder l'appui pécuniaire pour poursuivre un médecin, se refusant à payer le prix convenu de bonne foi ; il a également été nécessaire de citer en justice un docteur qui avait violé son engagement donné par écrit de ne pas se réinstaller dans un périmètre déterminé de son ancien champ d'action.

Enfin, notre rôle d'arbitre nous suggère toujours des procédés, susceptibles de faire rendre des décisions confraternelles, par le conseil de famille du syndicat local, ou par une réunion des avocats conseils de sociétés médicales en conflit : autant que possible, notre devoir est, à nos yeux, d'enlever aux tribunaux de droit commun, la connaissance des démêlés, qui, bien que juridiques, doivent rester dans le domaine de la juridiction d'exception médicale.

Assistance médicale gratuite. — Les maires abusent fréquemment de la latitude que leur laisse l'article 19 de la loi du 15 juillet 1893. En cas d'urgence, ils peuvent en effet porter un malade sur la liste de l'A. M. G., quitte à faire ratifier cette décision par la plus prochaine session du conseil municipal. Or, certains magistrats communaux inscrivent, avec effet rétroactif, ou en falsifiant les dates, certains de leurs électeurs influents, qui ne se soucient pas de régler la note de leur médecin. Nous suivons plusieurs affaires contentieuses de ce genre.

De même, nous soutenons un médecin, qui, en butte à la mauvaise volonté d'un maire, se voit retirer la clientèle des indigents, laquelle est confiée à un autre médecin au mépris du règlement préfectoral.

Hôpital. — Toujours l'hospitalisation des blessés du travail, pour donner naissance à des conflits. Les assureurs trouvent leur bénéfice en faisant admettre leurs blessés dans l'asile des pauvres et, se basant sur le fameux « tout compris » de la loi de 1905, les compagnies entendent ne pas payer chirurgiens et médecins d'hôpitaux.

Nous suivons la question devant les tribunaux, voire même la Cour de cassation, de-

vant lesquels nous soutenons quelques uns de nos adhérents ; mais encore nous fournissons dossiers et documents aux assemblées administratives d'ordres divers, qui entendent aboutir à une modification législative, pour pouvoir protéger le bien des pauvres contre l'appétit des assurances.

Justice criminelle. — Les médecins, commis comme experts par l'autorité judiciaire, se voient parfois refuser le paiement de leurs mémoires d'honoraires, pour des causes règlementaires absolument étrangères au corps médical. Nous avons saisi le ministre de la justice tant par réclamations directes que par la voie des questions écrites, posées à l'*Officiel* par un parlementaire.

Responsabilité professionnelle. — Cet épouvantail des médecins, épouvantail exploité pour le plus grand profit des assurances, ne nous donne pas beaucoup de travail. Nombreuses sont les menaces de demande reconventionnelle, lors de l'envoi d'une note d'honoraires ; fréquentes sont les tentatives d'intimidation suggérées par des agents d'affaire véreux.

Mais il y a loin de la menace à l'exécution et rares sont les procès, surtout lorsque nous faisons savoir à l'adversaire que le confrère molesté n'est pas seul en cause et que le « Sou médical » prend sa défense.

C'est ainsi que le Dr L., accusé de négligence au cours d'un accouchement, suivi de mort, a bénéficié d'un non lieu au moment de l'instruction.

Inutile de rappeler le fameux procès de Nîmes, où le « Sou médical » a pu faire rendre justice à un médecin, qui avait fait tout son devoir scientifique pour sauver deux typhiques graves.

C'est encore le Dr G., gagnant en première instance et en appel, un procès en responsabilité professionnelle, pour prétendue faute, lors du traitement d'une conjonctivite. L'adversaire insolvable, est par nos soins, poursuivi à son tour, pour avoir à payer tous les frais du procès, mis à la charge du vainqueur. On dit que la justice est gratuite en France ; mais même en gagnant son procès, on doit en payer tous les frais, si l'adversaire est un indigent.

Plusieurs autres affaires sont l'objet de nos soins. Mort chloroformique, au cours de la réduction d'une luxation de l'épaule. Fracture de jambe n'ayant pas donné une *restitutio ad integrum*. Mise en cause d'un médecin, à l'occasion de la mort d'un enfant, attaqué par un chien enragé, alors que l'animal avait été déclaré sain par un vétérinaire.

De tout ce qui précède, il résulte que les affaires soumises au « Sou médical » sont aussi nombreuses que variées. Ce qui fait la supériorité de notre Ligue sur les sociétés d'assurances, c'est que nous nous occupons de tout ce qui touche le confrère, au lieu de nous cantonner à la seule défense de la responsabilité professionnelle. Médecins praticiens, composant le conseil d'administration du Sou, avocats spécialisés formant notre conseil juridique : voilà où réside le secret de notre force. Ces compétences professionnelles, tant médicales que judiciaires, nous permettent, mes chers confrères, de vous donner la sécurité, nécessaire pour pratiquer votre art en toute indépendance.

Exercez donc votre profession, sans arrière pensée : le « Sou médical » sera votre conseiller et votre soutien, chaque fois que vous serez menacés ou spoliés, dans vos légitimes intérêts. Défendus individuellement par nos soins, collectivement par votre syndicat, vous avez tout lieu d'espérer que la profession médicale saura sauvegarder son indépendance et sa liberté, dont elle est si jalouse, à juste titre, pour le bien que nous avons à faire auprès de l'humanité souffrante.

Dr Paul BOUDIN.

II

Rapport du trésorier sur l'exercice 1920.

Messieurs et Chers Confrères,

J'ai l'honneur de vous présenter le rapport financier du « Sou Médical » pour l'année 1920.

Le nombre des membres qui ont régulièrement versé leur cotisation a été de 2577, chiffre qui nous rapproche de celui d'avant-guerre et qui prépare la grande reprise de 1921.

Recettes.

Les recettes totales de l'exercice 1920 s'élèvent à 68.255 fr. 20, savoir :

Cotisations	64.440	»»
Intérêts	2.768	95
Dons	265	»»
Recouvrements	663	65
Remboursements d'indemnités	117	60
Total	68.255	20

Dépenses.

Les dépenses se sont élevées à 52.489.90, savoir :

Frais d'administration et d'entretien	7.003	70
Secrétariat général	7.372	85
Service des accidents du travail	2.000	»»
Service judiciaire et contentieux	22.133	95
Frais de défense générale et de propagande	4.122	80
Frais de réunions bimensuelles.	2.070	»»
	44.703	30

plus, pour ordre :

Versement à la Caisse de garantie	7.786 60
Total	52.489 90

Balance.

Avoir au 31 décembre 1919	39.131 07
Recettes de l'année 1920	68.255 20
	107.386 27
Dépenses de l'année 1920	52.489 90
Reste avoir :	54.896 37

représentés par :

1° Portefeuille :

600 fr. Rente française 6 %	10.000 »»
14 obligations Ch. fer P.L.M, 2,5 %	5.793 90
1 obligation de la Défense nationale de 1.000 fr.	950 42
9 Bons de la Défense nationale de 1.000 fr. à un an	8.550 »»
10 Bons de la Défense nationale de 1.000 fr. à six mois	9.775 »»
	25.069 32

2° Espèces :

En Caisse	2.529 42	19.827 05
A la Société générale	17.297 63	
Total égal		54.896 37

Vous voyez, Messieurs, que cette réserve que la force des choses elle-même nous a fait constituer nous permet de faire face à toutes les difficultés.

Caisse de garantie.

La Caisse de garantie possédait, au 31 décembre 1919, la somme de........... 65.300 fr. 50

Nous lui avons versé en 1920 :

Cotisations	7.728	9.601 54
Intérêts	1.873 54	
		74.902 04
Mais elle a dû verser, pour un confrère, une indemnité de		2.057 50

Il lui reste donc au 31 décembre 1920	72.844 54

somme représentée par :

1° Portefeuille :

450 fr. Rente française 5 %	7.861 25
10 obligations ch. fer Ouest, 3 % anciennes	4.597 10
10 obligations ch. fer Ouest, 3 % nouvelles	4.069 95
19 obligations ch. fer P.L.M, 3 % anciennes	7.942 38
12 obligations ch. fer P.L.M. 3 % nouvelles	4.826 75
18 obligations ch. fer Dauphiné 3 %	7.834 93
21 obligations ch. fer Ouest Algérie 3 %	9.075 87
10 obligations Gouv. gén. de Madagascar	4.637 50
8 obligations de la Défense nationale de 1.000 fr.	7.645 85
10 Bons de la Défense nationale de 1.000 fr. à un an	9.500 »»
4 Bons de la Défense nationale de 500 fr. à six mois	1.955 »»
	69.946 58

2° Espèces :

A la Société générale	3.058 51	2.897 96
Moins dû au trésorier	160 55	
Total égal :		72.844 54

La Caisse de garantie, comme vous le voyez, a eu à fonctionner en 1920 ; sa situation n'en est aucunement atteinte et elle reste telle que le Conseil d'administration n'a eu aucune hésitation pour vous proposer d'élever de 10.000 fr. à 20.000 fr. le chiffre maximum de la garantie qu'elle peut assurer.

L'an prochain, nous pourrons dire que toutes les difficultés de la période de guerre ne sont plus qu'un souvenir.

Le Trésorier,
Dr GASSOT.

Le Directeur-Gérant : Dr GASSOT.

CLERMONT (OISE). — IMP. DAIX ET THIRON,
(THIRON ET FRANJOU, SUCCESSEURS).
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

AVIS IMPORTANT

NOTRE PUBLICITÉ

Les lecteurs du Journal, toutes les fois qu'ils estimeront devoir prescrire un produit spécialisé, sont instamment priés de donner la préférence — lorsqu'elle s'accordera avec l'intérêt de leur malade — aux produits dont ils trouvent l'indication dans notre publicité et qui sont exclusivement français. Ils ne sauraient oublier le nom de ceux qui, par leurs annonces, nous apportent le moyen d'accroître l'action de prévoyance et de défense mutuelle inaugurée (et suivie avec un succès toujours croissant) par le CONCOURS MÉDICAL.

RECOUVREMENTS D'HONORAIRES MÉDICAUX

M. Louis AUDEBERT

Avocat, *Directeur du Contentieux des Syndicats Médicaux. Administrateur d'immeubles.*

5, rue des Saints-Pères, PARIS, Tél. Saxe 48-53.

Pour toute demande de renseignements écrire à Me Audebert, en joignant un timbre pour la réponse.

AVIS

Assemblées Générales

Les Assemblées Générales du « Concours Médical » et de ses filiales auront lieu le Dimanche 20 Novembre 1921.

(Voir détails en tête du numéro).

Envois de fonds.

Pour l'envoi des abonnements et des cotisations aux filiales, nous rappelons que le moyen le plus pratique et le plus économique est le versement au compte de chèques postaux dont voici les nos :

Concours Médical, Paris, 167-95.

Sou Médical, Paris 182-31.

Mutualité Familiale Paris, 182-32.

Caisse des pensions de retraites du Corps médical français. Paris, 271-46.

Changements d'adresses

Nous rappelons à nos lecteurs que toute demande de changement d'adresse doit être accompagnée de 1 fr. 75 pour frais de réimpression de bande.

dire les deux consultations à 8 fr. chacune *plus* les deux *certificats*. Et combien tarifer chaque certificat. N'y aurait-il pas lieu de ne demander que 5 fr. pour les deux, comme en matière d'accidents du travail régis par la loi de 1898 ?

Il me semble que la Compagnie doit payer le tout, et non pas le coût des certificats seulement.

D[r] G.

Réponse.

Puisque la Compagnie doit les frais de constatation de l'accident et de la guérison, il semble qu'on puisse soutenir qu'il ne s'agit pas seulement des certificats, mais encore des consultations qui sont évidemment nécessaires pour que le médecin ait pu délivrer lesdits certificats.

Nous sommes donc d'avis que, dans l'espèce, la Compagnie doit rembourser intégralement à son assuré les frais médicaux, puisqu'il n'y en a pas eu en dehors de la consultation initiale et de la consultation finale.

Comme il s'agit d'un accident de droit commun, et non de l'application de la loi sur les accidents du travail, c'est votre tarif local ou syndical qu'il y a lieu d'appliquer, tant pour les consultations que pour les certificats, et non le tarif Breton. Si c'était ce dernier, en effet, vous ne pourriez demander une rémunération pour le certificat final constatant la guérison pure et simple.

MEMENTO DE PHYTOTHÉRAPIE

Plantes indigènes,

Par le D[r] Ernest LIOTARD (de Ni e).

Le présent memento est une partie complémentaire à mon MANUEL MÉDICAL et à mon ouvrage sur les HUILES ESSENTIELLES *antiseptiques.*

AMBROISINE OU AMBROISIE

Chenopodium ambrosoïdes (Chénopodiées).

Petite plante du midi de la France où elle s'est naturalisée, elle est originaire du Mexique. Les fleurs sont disposées en panicules ; les feuilles, d'un vert clair quand elles sont fraîches, jaunissent en séchant.

La plante a une saveur chaude et balsamique ; elle fleurit de juin en septembre ; croît dans les lieux humides, près des ruisseaux. L'odeur agréable persiste dans la plante desséchée. On l'utilise en infusion dans certaines maladies nerveuses, dans les proportions de 8 gr. par litre.

Erigeron alpium (Composées).

C'est l'erigeron canadense naturalisé depuis un temps reculé dans toute la région méditerranéenne ; croissant dans les lieux cultivés.

Planté de 0 m. 40 de haut en capitules avec languette rouge pourpre ;fleurit de juillet à octobre.

Contient une huile essentielle à saveur aromatique et piquante ; densité égale à 0,845, pouvoir rotatoire

+ 45° à base de limonène et de terpinéol. Les sommités fleuries donnent 33 % de cette essence et sont utilisées comme astringent contre la diarrhée, les hémorrhoïdes, et surtout contre la dysurie chez les enfants. La plante s'emploie à la dose de 2 à 6 gr. par jour en infusion, l'extrait fluide, 2 à 3 gr. par jour.

Olivier-olea europea (Oloinées).

L'écorce desséchée donne 20 % d'extrait hydroalcoolique, dont on a retiré un composé phénolique, l'*olénitol*, $C^{14} H^{10} O^{6}$, qui, dissous, donne une fluorescence bleue.

Les feuilles desséchées à l'air rendent 30 % d'extrait contenant un alcool, l'*oleastérol*, $C^{20} H^{34} O$, avec un point de fusion égal à 174°.

L'écorce et les feuilles ont, en outre, un glucoside, l'*oleuropéine*, substance amère, soluble dans l'eau. Celle-ci est amorphe hygroscopique, avec un pouvoir rotatoire lévogyre égal à 127°.

Ses solutions dans l'eau se colorent en jaune par les alcalis, en rouge sang par l'acide sulfurique.

D'autre part, l'alcoolature de feuilles, à parties égales, précipite par l'eau et par le réactif de Bouchardat ; elle se prend à la dose de 40 gouttes 2 à 3 fois par jour. L'extrait mou hydro-alcoolique a, comme dose 0 gr. 50 à 1 gr. 50 par jour. Toutes les parties du végétal, fleurs comprises, sont amères et fébrifuges.

PASSERINE COTONNEUSE

Passerina hirsuta (Daphnacées).

Petit arbrisseau qui croît dans le midi de la France, en Corse et en Algérie, dans les lieux arides. Feuilles petites, coriaces ; comme imbriquées sur la tige. Fleurs monopétales, jaunes, tubulaires.

L'écorce de la tige a un suber brunâtre, sa face interne est de couleur jaune paille. C'est la partie intéressante, au point de vue thérapeutique.

J'ai obtenu un extrait éthéré d'aspect résineux, insoluble dans l'alcool et le chloroforme ; d'une saveur âcre, d'odeur nauséeuse. J'y ai caractérisé la présence de la *daphnine* et constaté ses propriétés vésicantes. (*Les Nouveaux remèdes*, n° 8, mai 1888.)

SAULE NOIR

Salix nigra (Amentacées).

Arbrisseau que l'on rencontre dans la région alpestre et montagneuse. Les feuilles sont lancéolées, alternes, dentées, velues, cendrées au-dessous, glabres au-dessus.

Son écorce contient 1 % d'un glucoside nommé *Salinigrine*, en aiguilles cristallines ; solubles dans l'eau, l'alcool et l'acétone.

Fondant à 195°, son pouvoir rotatoire est négatif, égal à —87° à 15° ; il a pour formule $C^{10} H^{16} O^{7}$.

L'extrait fluide du bois se prend à la dose de 1 à 2 gr. par jour. Le double en teinture.

Comme l'on sait, le saule noir est un sédatif général du système nerveux.

Scutellaria alpina (Labiées)

Petite plante qui croît dans la région alpestre ; feuilles ovales obtuses, de 3 cent. environ de long,

disposées sur un même plan à gauche et à droite de, la tige. Fleurs en épi court, violettes mêlées de blanc, bisannuelle, fleurit en juillet-août.

Les sommités fleuries sont utilisées contre les troubles du système nerveux, l'insomnie, les névralgies notamment.

Extrait fluide : 15 à 30 gouttes, dans la journée.
Teinture : 30 gouttes à 60 gouttes, dans la journée.

Viburnum opulus (Caprifoliaciées).

Arbuste de 1 à 2 mètres, à feuilles à 3-5 lobes profonds, presque glabres. Fleurs blanches en corymbe, se rencontre dans nos Alpes.

Le bois est la partie employée ; il a une surface interne brun clair strié longitudinalement, l'externe est gris foncé et ridée. Sa saveur est astringente et amère. Il donne 4 gr. de sucre réducteur, 4 gr. 75 de saccharose et 0 gr. 61 % d'un glucoside.

La poudre en nature se donne en décoction à raison de 2 à 3 gr. par jour ; l'extrait fluide, 1 à 2 gr. en 3 fois dans les 24 heures.

Son action se rapproche de celle du Viburnum prunifolium, comme antispasmodique et contre les crampes hystériques.

Violette. Viola odorata (Violariées).

Les parties employées sont la racine et les fleurs ; celles-ci font partie des espèces pectorales ; elles sont adoucissantes, béchiques ; on en fait un sirop.

Les rhizomes de la violette doivent leurs propriétés expectorantes et vomitives à la *violine*, glucoside se rapprochant de celui de l'iris. C'est une poudre âcre, très peu soluble dans l'eau, peu soluble dans l'alcool, insoluble dans l'éther.

Les feuilles donnent 2 gr. 50 % d'extrait mou, gras, insoluble dans l'eau, soluble dans les alcalis et plus léger que l'eau.

Doses de la racine en poudre ou en infusion :
Comme expectorant, de 1 à 2 gr.
Comme vomitif, de 2 à 4 gr.
Fleurs en infusion : 10 gr. pour 1 litre d'eau.

Ouvrages du Dr Ernest LIOTARD.

MANUEL MÉDICAL et *formulaire thérapeutique.* Prix : 4 fr. 75, franco recommandé. (Maloine, éditeur, à Paris, et *Laboratoire*, 2, rue de France, à Nice.)

DOCUMENTS OFFICIELS

A L'OFFICIEL

Service sanitaire maritime.

Est déclaré vacant au port de Saint-Nazaire l'emploi de directeur de la santé chargé de la direction de la 4e circonscription sanitaire maritime.

Conformément à l'article 2 du décret du 7 juin 1919,

les candidats sont invités à produire, dans le délai d'un mois, leur demande accompagnée de l'exposé de leurs titres et de toutes justifications utiles.

Les candidats devront faire valoir, notamment, leurs connaissances spéciales touchant l'épidémiologie des maladies exotiques, la bactériologie, la pratique des services sanitaires qu'ils auraient acquise en France, aux colonies, dans la marine ou dans l'armée, particulièrement en ce qui concerne la désinfection, l'application des règlements en vigueur et l'aptitude administrative que comporte cet emploi.

Ils devront justifier de la qualité de Français, du diplôme de docteur en médecine et joindre à leur demande un certificat de bonne vie et mœurs datant de moins d'un mois.

La liste sera close le 15 novembre 1921.

Avis de concours pour l'emploi d'inspecteur départemental des services d'hygiène et de la santé publique du Gers.

Un concours pour l'emploi d'inspecteur départemental des services d'hygiène et de la santé publique du Gers aura lieu à Paris ; le jury sera nommé par le ministre de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales.

Ce concours sur titres sera accompagné d'épreuves pratiques portant sur le programme suivant établi par le conseil supérieur d'hygiène publique de France :

Programme et énumération des matières principales.

1° Examen des titres professionnels ;

2° Epreuve de législation et réglementation sanitaire ; rédaction d'une note ou d'un rapport sur la législation sanitaire.

(Temps accordé : deux heures).

Articles 97 et 99 de la loi du 5 avril 1884 sur l'organisation municipale.

Articles 27 et 29 de la loi du 15 juillet 1893 sur l'assistance médicale gratuite.

Articles 169 à 172 et 177 à 179 de la loi du 22 mars 1890 sur les syndicats de communes.

Loi du 21 juin 1898 sur le code rural (livre III, sur la police rurale).

Loi sanitaire du 15 février 1902.

Règlements sanitaires communaux A et B.

Loi du 15 avril 1916 sur les dispensaires d'hygiène sociale.

Loi du 7 septembre 1919 et décret du 10 août 192 sur les sanatoriums.

Loi du 14 mars 1919 sur les plans d'extension et d'aménagement des villes.

3° Epreuve de bactériologie et de contrôle technique des mesures de prophylaxie des maladies infectieuses.

(Temps accordé : quatre heures pour l'épreuve et l'exposé des résultats).

Ensemencement d'un exsudat ou d'un liquide organique sur les milieux de culture usuels.

Recherche, coloration et diagnostic des bacilles de la tuberculose, de la diphtérie, de la bactéridie charbonneuse, des principaux microbes pyogènes, du gonocoque, du méningocoque, du vibrion cholérique, du bacille de la peste, du tréponème de la syphilis, des hématozoaires, du paludisme, des teignes et du favus.

Pratique du séro-diagnostic de la fièvre typhoïde et des paratyphoïdes A et B.

Pratique des réactions de fixation de Bordet-Gengou, Wassermann ; leur application au diagnostic des maladies infectieuses et, en particulier, de la syphilis.

Contrôle d'une opération de désinfection ou de désinsectisation.

Connaissance et mode d'emploi des appareils et procédés de désinfection autorisés par le conseil supérieur d'hygiène publique. Méthodes générales d'analyse des

eaux d'alimentation (chimique et bactériologique). Interprétation des résultats d'analyse.

Purification des eaux potables.

Contrôle de l'épuration des eaux usées. Recherche de l'ammoniaque.

4° Epreuve pratique d'hygiène sociale.

Enquête sociale dans une famille de tuberculeux. Etablissement des fiches.

Examen des enfants dans une école et établissement de fiches scolaires.

Interrogations sur l'organisation et le fonctionnement des œuvres de protection maternelle et de l'enfance.

Refuges de femmes enceintes, consultations de nourrissons, gouttes de lait, crèches, chambres d'allaitement d'usines ou d'ateliers.

Sur la lutte sociale contre la syphilis, chez les femmes enceintes, par les dispensaires spéciaux de prophylaxie.

Sur la lutte sociale contre l'alcoolisme, éducation et procédés de propagande.

Enquête sociale et mesures de prophylaxie sanitaire dans un cas de maladie infectieuse.

Les candidats devront être Français, âgés de moins de quarante ans à la date du concours et pourvus du diplôme de docteur en médecine.

Les demandes tendant à prendre part au concours, établies sur papier timbré, devront parvenir à la préfecture du Gers (cabinet du préfet) et être accompagnées :

1° De l'acte de naissance du candidat ;

2° D'un certificat d'aptitude physique, délivré par un médecin assermenté ;

3° D'une copie certifiée conforme du diplôme de docteur en médecine ;

4° D'un exposé des titres, comprenant les états de services et le résumé des travaux ;

5° D'un exemplaire de chacune des principales publications ;

6° De l'engagement, pour le cas de nomination, de résider à Auch, de renoncer à faire de la clientèle et de ne prétendre à aucune autre fonction ou mandat public.

Le registre portant inscription des candidatures sera clos trois mois après la date de la publication du présent avis.

Les candidats seront avisés par les soins du préfet du Gers, quinze jours au moins avant la date du concours, s'ils sont ou non admis à concourir.

Le candidat désigné en première ligne par le jury sera nommé au traitement de début de 14.000 fr. par an (pouvant s'élever jusqu'à 16.000 fr., par échelons de 1.000 fr., après trois ans d'ancienneté dans chaque classe). Les frais de déplacement de l'inspecteur départemental seront remboursés sur états justificatifs jusqu'à concurrence de 4.000 fr. ; et il lui sera alloué, en outre, une indemnité de bureau qui ne pourra être supérieure à 600 fr.

L'inspecteur départemental appartenant au cadre actif participera aux obligations et aux avantages de la caisse de retraites du département du Gers. Sa retraite pourra être liquidée à partir de cinquante-cinq ans d'âge et de vingt-cinq ans de services.

(*J. O.*, 15 octobre 1921).



APHORISMES

Le cabinet du médecin est un *kaléidoscope* où défilent toutes les tares physiques et morales de l'humanité souffrante.

Cette vue d'ensemble présente un tableau où l'art et le coloris sont bien misérables et l'âme qui est y cachée est plus misérable encore. Le confessionnal n'est qu'un écho, souvent infidèle, d'aveux plus ou moins exacts dictés par la peur du châtiment dans l'au-delà, avec ou sans regrets sincères. Le médecin juge *objectivement*, tandis que le confesseur ne peut apprécier que *subjectivement*.

Si l'homme est un *loup* pour l'homme, le médecin est souvent, hélas, un *tigre* pour le médecin. Dans le premier cas, c'est le fauve brutal et affamé ; dans le second cas, c'est le fauve conscient, raffiné et d'autant plus cruel.

Au vieux proverbe : *Bien faire et laisser dire*, les épicuriens modernes (ceux qui ne s'en font pas ! !) disent : *Bien vivre et laisser faire.*

Comme les grands arbres arrachés par l'orage, les *puissants* de la terre, en tombant sous la poussée de l'adversité ou de leurs fautes, causent autour d'eux beaucoup de désastres, ou bien, on s'arrache leurs dépouilles ! !

Lorsqu'on s'aperçoit qu'un confrère a été au-dessous de sa tâche, en soignant un malade auprès duquel on est appelé, on doit dire à l'entourage de celui-ci que le médecin traitant *a fait ce qu'il a pu* et non *ce qu'il a dû*. La nuance de l'expression sauvera les apparences et. . . . . la bonne confraternité ! !

La *chirurgie*, c'est le dénouement brutal et rapide, par l'attaque brusquée. La *médecine*, c'est la solution par l'association de la *stratégie* et de la *tactique*.

Dans les situations en vue, l'honnête homme doit tâcher d'être utile plutôt que de briller.

Dr E. Crouzel,
(Le Buisson).

QUARANTE-TROISIÈME AN  45 — DIMANCHE 6 NOVEMBRE 1921

Fondé en 1879 par Auguste CÉZILLY
Rédigé et dirigé par H. JEANNE (1900-1914),

LE CONCOURS MÉDICAL

ORGANE HEBDOMADAIRE DES PRATICIENS
Groupés dans la Société « Le CONCOURS MÉDICAL » et ses Filiales

ADMINISTRATION & PUBLICITÉ

C. BOULANGER, ADMINISTRATEUR

ABONNEMENTS :

France	24 fr.
Etranger	28 »
Etudiants (*France*)	12 »
Le numéro	50 cent.

Chèques Postaux Paris 167-95

DIRECTION

MM. les Drs A. GASSOT, *Directeur*; A. MAURAT; H. CEZILLY; J. NOIR; P. BOUDIN docteur en droit; M. VIMONT; G. DUCHESNE.

MM. P. CEZILLY, J. DUMESNY, licenciés en droit; C. BOULANGER.

RÉDACTION

Dr J. NOIR,
RÉDACTEUR EN CHEF

Drs P. LACROIX et G. DUCHESNE
SECRÉTAIRES DE LA RÉDACTION

N.-B. — Les manuscrits, publiés ou non, ne sont pas rendus.

Rédaction et Administration : 132, rue du Faubourg St-Denis, PARIS (10e). Téléphone : Nord 48-17

Quarante-troisième année. N° 45 6 Novembre 1921.

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

Office de Renseignements du « Concours »

Membres du Concours exerçant dans les stations hivernales

Nous rappelons à nos adhérents qu'il y a lieu de nous informer chaque année de leur désir de voir figurer leur nom sur cette liste.

MM. les docteurs :

Alger : Picard.
Antibes : Ribes.
Arguel (Doubs) : H. et J. Bon.
Bandol : Marçon.
Beaulieu : Ricoux, Bertier, Ubaud.
Beausoleil : Audoly, Pizard,
Biarritz : Berne, Clavel Pierre.
Cambo-les-Bains : Colbert, Hamant.
Cannes : Abadie, Argueyrolles. Baradat, Bayle, Caruette, Fournier, Kent-Gazet, Verdalle.
Cannet (Le), près Cannes : Comoy, Oudaille.
Cap-d'Ail : Lyons.
Chambon-de-Tence (Le) : Riou.
Fréjus : Turcan.
Grasse : Bossuet, Perrimond.
Hyères : La Bonnardière, Mauranges, Minelle, Pierrhugues, Vidal.
Juan-les-Pins-Antibes : Stef.
La Seyne : Grandjean J. M., Jaubert.
Menton : Coubard, P. de Langenhagen.
Monte-Carlo : P. Gasquet, Vivant.
Nice : Ardoin, Baillon, Pr S. Baudry (*oculiste*), Cauvin, Chatenoud, Auguste Colin, Constant, Delocque - Fourcaud, Dormoy, Gaudichon (*oto-laryng.*) Gruzu, Henry (*Rayons X*), Kent-Monnet, Larue, Leriche Em., Liotard, Noble J., Piétri, Sorel (*gyn. chir.*)
Oran : Paire.
Pau : Bajac, Carcy.
St-Raphaël-Valescure : Caldaguès, Vadou.
Toulon : Pignet (*urol. derm.*).

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum, aux* « demandes et offres ».

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne, qui est versé dans la caisse de la Société civile du Concours Médical). *Adresser un mandat ou mieux verser au compte de chèques postaux,* CONCOURS MÉDICAL, *Paris 167-95.*

Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse.**

No 532. — On désire acheter d'occasion voiture d'enfant en bon état pour deux jumeaux. Pressé.

No 533. — A louer à Paris dans bonne famille, deux pièces sur rue, confortablement meublées. Quartier de l'Europe.

No 534. — Torpédo Lion Peugeot 2 cyl. 10 HP, 4 places tous accessoires en bon état. Dr Armand à Mâcon.

No 535. — Une paire porte-cuisses nickelés neufs 30 fr. Une paire étaux bronze nickelés neufs 40 fr. Le tout s'adaptant à céder 70 fr.

No 536. — A vendre 1.000 fr., 1 canapé, 2 faut., 2 chaises Louis XVI, bois doré, soie, parfait état, visibles de 9 h. à 12 h. Dr Weissenbach, 26, rue Trémoille. Paris 8e.

No 537. — On demande à ach. neuf ou occ. : 17 traités. de dent. opér. (Kirch); 27 tr. dent. op. (Johnson), 37 tr d'orthod. (Jackson). Faire offres av. prix. Dr César, Culoz (Ain).

No 538. — A vendre ambulances automobiles, Panhard-Levassor, Fiat, Léon Bollée, Berliet, très bon état de marche, en service. Écrire Ambulances automobiles des hôpitaux de Grenoble.

No 539. — Ville sud-est, à céder, cause décès, cabinet oto-rhino-laryng. et médecine générale, appareils, mobilier, très belle situation.

No 540.—A vendre petite install. Rayons continus, Bobine, interrupteur mercure, ampoule Chabaud et tous accessoires, petit pied support 2 écrans.

N. 541. — Docteur marié habit. campagne (Isère) recevrait en famille personne de bonne éducat. qui voudrait aider aux soins du ménage.



N° 542. — A vendre cause double emploi voiture Sigma 10 HP. conduite intér. 4 places. Éclair. et démar. électriques, sort. de l'usine. Dr Brunet, Joigny (Yonne).

N° 543. — Cond. intér. Delahaye 10 HP 1919. Écl. élect. très bon état mécan. et carros. Dunkel, 77, bd Raspail, Paris. Saxe 04-68.

N° 544. — A vendre cause double emploi : Buchet 8-10 HP., 4 places, sortie de l'usine en janvier 1921. Dr Leclère, à Cambremer (Calvados).

CORRESPONDANCE

Contre-visite d'un blessé du travail.

Etant désigné, en vertu de l'art. 4, 5°, de la loi du 9 avril 1898, à l'effet de visiter, chaque semaine, un blessé soigné à l'hôpital, depuis le 2 août dernier, et de fournir au patron un rapport le renseignant sur la nature des lésions, l'état actuel du blessé et les conséquences de l'accident (certificat que n'a pas voulu lui fournir le médecin traitant), je vous serais reconnaissant de me fixer sur les points suivants ; qui peuvent, je crois, tous, nous intéresser.

1° La lettre recommandée est-elle nécessaire à chaque visite hebdomadaire (au cas particulier mon confrère, m'autorise à voir le malade chaque fois que je le désirerai) ;

2° Cette visite hebdomadaire est-elle obligatoire ou peut-elle être moins fréquente ? Dans ce cas, traitement de longue durée, consistant en massages articulaires, après fracture de cuisse et électrothérapie pour paralysie du bras.

3° A mon avis, mon rôle doit être purement passif et je n'ai nullement à intervenir dans le traitement, ni à renseigner le patron sur les modifications que je croirais utiles pour activer la guérison.

4° Enfin quel prix demander pour chaque visite, et pour les rapports à faire. Dr B.

Réponse.

Le médecin qui, par application de l'article 4, paragr. 5, de la loi du 9 avril 1898 modifié par la loi du 31 mars 1905, procède à la visite d'un blessé du travail, est le médecin du patron, et c'est du patron qu'il reçoit le mandat que le juge de paix ne fait que ratifier. La loi dit, en effet, que le médecin est désigné par le chef d'entreprise au juge de paix.

De là, découlent en partie les règles qui président à l'accomplissement de sa mission.

1° Et d'abord, la lettre recommandée est nécessaire lors de chaque visite, à moins, bien entendu, que le blessé ne renonce à bénéficier des ga-

ranties que la loi lui donne et n'accepte la visite du médecin contre-visiteur sans que son médecin ait été prévenu deux jours à l'avance par lettre recommandée.

Ce n'est pas au médecin traitant, au profit duquel la loi n'a pas été faite, à renoncer à cette formalité, mais, nous le répétons, au blessé, sauf au médecin traitant, s'il estime que cette renonciation de la part de son client porte atteinte à la considération qui lui est due, à refuser de continuer à lui donner ses soins.

La visite hebdomadaire n'est nullement obligatoire pour le chef d'entreprise ou le médecin contre-visiteur. Il est même loisible de ne procéder à aucune contre-visite, quelle que soit la durée de l'incapacité, sauf les déductions que pourrait tirer de cette absence de contrôle le tribunal devant lequel le patron viendrait ensuite contester l'utilité et même la réalité du traitement suivi, et la note d'honoraires qui en résulte. Une jurisprudence intéressante s'est formée sur ce point.

2° Le chef d'entreprise ne peut imposer au blessé plus d'une visite de son médecin par semaine. Mais le blessé peut accepter des contre-visites plus fréquentes, de même qu'il peut accepter que les formalités légales ne soient pas remplies, ainsi que nous l'avons vu.

3° Le médecin contre-visiteur a, en effet, auprès du blessé, un rôle passif, il doit se borner à regarder, et ne peut intervenir dans le traitement (voir à ce sujet, la consultation de Me Gatinean, reproduite dans l' « Agenda-Memento » de 1921, page 206).

Mais, à l'égard du chef d'entreprise, son mandant, rien ne s'oppose à ce qu'il lui donne tous avis que celui-ci lui demandera sur le traitement et sur toutes questions. Il n'est tenu, en effet, par aucun secret professionnel.

4° Il n'y a pas de tarif officiel pour les contre-visites, ni pour les rapports qui les suivent. C'est le droit commun qui joue en l'espèce, et le médecin est libre de s'entendre avec le chef d'entreprise (ou la Compagnie qui, le plus souvent, le représente), pour la fixation de ses honoraires.

A défaut d'entente préalable, ce serait le tarif de droit commun de la région qui serait applicable.

Déclarations des bénéfices professionnels

De nombreux médecins reçoivent en ce moment du percepteur, un questionnaire où il leur est demandé quel fut leur chiffre d'affaires en 1920, quelles sont leurs charges de famille (ces confrères ont pour tant fait avant avril une déclaration dont ils ont le récépissé), et s'ils « peuvent justifier par un extrait de leur comptabilité du tant pour cent (?) net moyen gagné par eux durant l'année en question »... A défaut de réponse ou de précisions suffisantes, le coef-

ficient maximum pourra leur être appliqué ; il est ajouté que les frais personnels ou les frais de maison ne sont pas à déduire comme frais généraux.

J'ai fait, au début de 1921, une déclaration très exacte, ayant déduit ce que je n'avais pas encore touché au 1er janvier 1921 et mes frais généraux (demi-loyer, moitié du coût de la bonne à tout faire, livres et éclairage, chauffage, instruments, abonnements, assurances, étrennes et cotisations, amortissement de mobilier médical et même d'un rachat de clientèle, locomotion, impôts de l'année précédente, frais de correspondance, de bureau, etc.).

En fait de livres de comptabilité, je n'ai que mon journalier (total à chaque page), très bien tenu, et qui contient des annotations de rappel à type confidentiel, et des fiches récapitulatives du compte de quelques rares clients qui n'ont pas payé comptant.

Naturellement, je me refuserai à déposer mon journalier entre les mains de qui que ce soit, mais puis-je offrir de le montrer moi-même au percepteur en cachant les noms ou les annotations qu'il ne doit pas voir ?

J'ai 15 jours pour répondre ; je suis d'avis qu'il faut le faire, mais que faut-il répondre.

Je sais qu'il a déjà été écrit pas mal de choses à ce sujet, mais comme j'ai lieu de croire que cette question intéresse en ce moment beaucoup de nos confrères, j'espère que vous voudrez bien encore une fois donner l'avis du *Concours* et du « Sou ».

Dr F.

Réponse.

Si le contrôleur de l'impôt sur le revenu vous a demandé le montant de votre chiffre d'affaires pour 1920, avec menace de l'application d'un coefficient maximum, c'est certainement par erreur. Lui, ou l'un de ses employés, aura confondu la cédule des bénéfices industriels et commerciaux avec celle des bénéfices des professions non commerciales. Nous en avons eu depuis peu maints exemples, par nos correspondants.

Puisque vous avez fait, en temps prescrit, la déclaration de vos bénéfices professionnels, vous n'avez qu'à le rappeler au contrôleur, en lui faisant observer que c'est certainement par erreur qu'il vous a envoyé une invitation à faire une déclaration qui ne peut concerner que les bénéfices des professions industrielles et commerciales et qui, par conséquent, ne peut s'adresser à vous.

En tant que de besoin, en rappelant votre déclaration précédente, vous pourrez lui indiquer à nouveau votre chiffre de bénéfices pour 1920, sans détail.

Le contrôleur est en droit de vous demander des justifications sur votre chiffre, s'il ne lui paraît pas acceptable. C'est alors que vous pourrez, si vous estimez que ce soit sans inconvénient au point de vue de l'obligation du secret professionnel, produire votre livre journalier, en cachant les noms et les annotations dont la divulgation pourrait constituer une violation du secret auquel vous êtes tenu.

Le babeurre.

Existe-t-il et à quelle adresse des maisons pouvant m'expédier du babeurre en boîte soudée, ou en tout cas assez rapidement préparé pour que la conservation en soit assurée.

Dr R.

Réponse.

Nous serions reconnaissants à qui pourrait renseigner notre correspondant de vouloir bien le faire.

La tuberculose pulmonaire est-elle contagieuse ?

Echos du cabinet d'un praticien,

Par le Dr COCHENIES,
Ancien interne des hôpitaux de Paris.

L., 31 ans, grand réformé de guerre pour T. P. contractée fin 1918, vient, la semaine dernière, faire établir l'ordonnance de ses médicaments usuels. L., es t père de famille, depuis quelques jours ; je lui demande des nouvelles de la santé de sa femme et de son enfant, et L. me répond : « Ma femme a une santé merveilleuse, elle nourrit son bébé qui augmente régulièrement de poids et à l'exception du dernier mois de sa grossesse, elle n'a jamais cessé de travailler.

— « J'en suis enchanté et je vous félicite », lui répondis-je, et immédiatement L. de me répliquer. « Nous l'avons tous le bacille de Koch et notre organisme, en des circonstances données, mais encore insuffisamment connues lui permet, associé ou non à d'autres agents pathogènes, de proliférer et de devenir nocif. Je suis très documenté sur la question, je suis un des membres de la Fédération des T. de guerre qui s'appelle : « Vivre ».

Cet homme, tout en expectorant dans son petit crachoir de poche, parlait avec un certain effort, mais avec conviction.

Cet épisode banal, qui n'a par lui-même aucune valeur, nous indique combien la contagion clinique de la T. P. est encore insaisissable, et il nous montre, d'autre part, l'insuffisance actuelle des données biologiques.

Cette question est d'autant plus troublante, que d'elle, dépend la déclaration obligatoire de la T. P. Si, cliniquement, la contagion de la T. P., n'est pas démontrée, la déclaration ne s'impose pas, et puisque cliniciens et biologistes ont des conceptions différentes de la contagion, il serait juste, en réponse aux notions si nettement émises par les biologistes, d'opposer les observations des cliniciens.

Un referendum sur la contagion clinique de la T. P. entre conjoints devrait être proposé à tous les praticiens, et sous la forme suivante.

(*Voir la suite page XXXV 3045*)

NOS ASSEMBLÉES GÉNÉRALES

Les Assemblées Générales du CONCOURS MÉDICAL et de ses FILIALES se tiendront le ***DIMANCHE 20 NOVEMBRE 1921***, dans l'ordre suivant :

I. — *A dix heures et demie du matin* : au SIÈGE SOCIAL, 132, rue du faubourg Saint-Denis.

CAISSE DES PENSIONS DE RETRAITE DU CORPS MÉDICAL FRANÇAIS

ORDRE DU JOUR :

1° Rapports du Secrétaire Général, du Trésorier et du Comité des Censeurs ;
2° Approbation des Comptes de l'exercice 1920 ;
3° Nomination d'un trésorier (Ratification) ;
4° Divers.

II. — Dans les SALONS MARGUERY, boulevard Bonne-Nouvelle.

A deux heures et demie.

MUTUALITÉ FAMILIALE DU CORPS MÉDICAL FRANÇAIS

I

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE ORDINAIRE

ORDRE DU JOUR :

1° Rapport du Trésorier sur l'exercice 1920 ;
2° Rapport des Commissaires aux comptes ;
3° Approbation des comptes de l'exercice 1920 ;
4° Renouvellement partiel du Conseil d'administration.
5° Nomination de trois Commissaires aux comptes pour une période de deux années.
6° Désignation des Membres du Conseil d'arbitrage.
7° Rapport du Secrétaire Général sur l'inventaire actuariel fait au 31 décembre 1921.
8° Modifications des barêmes des Combinaisons MA, P et R et B.
9° Questions diverses.

II

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE EXTRAORDINAIRE

ORDRE DU JOUR :

1° Création d'une Combinaison MAD donnant une indemnité quotidienne de vingt francs et une indemnité mensuelle de deux cents francs.
2° Modifications aux Statuts.

A quatre heures.

SOU MÉDICAL

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

ORDRE DU JOUR :

1° Rapport moral du Secrétaire Général.
2° Rapport du Trésorier sur l'exercice 1920.
3° Rapport des Contrôleurs.
4° Approbation des comptes de l'exercice 1920.
5° Modification des articles 2 et 13 des statuts et de l'article 2 du règlement de la Caisse de garantie, en vue de l'élévation à 20.000 fr. du maximum de la garantie.
6° Renouvellement partiel du Conseil d'administration.
7° Nomination de deux Contrôleurs.

SOCIÉTÉ CIVILE DU CONCOURS MÉDICAL

A cinq heures et demie.

ORDRE DU JOUR :

1° Rapport verbal du Conseil de Direction ;
2° Rapport du Trésorier sur l'exercice 1920 ;
3° Approbation des Comptes ;
4° Questions mises à l'étude :

I. Le service médical des hôpitaux. L'admission des malades aisés. La rémunération du médecin d'hôpital.
II. Les Assurances Sociales. Les soins médicaux aux assurés.

A sept heures et demie.

BANQUET (souscription : 30 fr. Le complément sera payé par la Caisse de la Société Civile).

A neuf heures et demie.

CIRCULAIRES ! CIRCULAIRES ! *Revuette en un acte, de* **G. DUCHESNE**, *avec le concours de :*

Mme Suzanne **DEHELLY**, *de la Compagnie Gémier* ;
Mme **Berthe G. GÉRARD** ;
Le Poète chansonnier **Georges GÉRARD** ;
*Le D^r^* **L. DESTOUCHES**, *de l'Orchestre Médical.*

Les femmes des Confrères qui prendront part au Banquet sont invitées à assister à la représentation de la Revue.

AVIS TRÈS IMPORTANT. — Les Confrères qui se proposent d'assister aux Banquet et à la Revue sont instamment priés de se faire inscrire avant le 15 Novembre, aux bureaux du *Concours Médical*, 132, faubourg Saint-Denis, PARIS.

PROPOS DU JOUR

La réalisation d'un projet. Le rôle du Syndicat des médecins sinistrés de la région du Nord. La création et le fonctionnement de la caisse des prêts pour venir en aide aux médecins sinistrés.

Répondant au désir de notre excellent confrère, le D Quivy, secrétaire général adjoint de l'Union des Syndicats médicaux, nous avons, dans le *Concours Médical* du 10 avril et dans celui du 8 mai, exposé les tristes conditions d'existence d'un certain nombre de praticiens de la région du Nord de la France qui, dans l'impossibilité d'aller s'installer de nouveau dans leur pays, le plus souvent parce que le bourg qu'ils habitaient avait été totalement détruit, attendaient misérablement le règlement des réparations qui leur sont dues pour tenter de refaire leur situation.

Pour que les commissions compétentes fixent le chiffre des sommes auxquelles ils ont droit comme réparations des dommages de la guerre, pour qu'ils puissent recouvrer leurs titres de créance au Crédit National, certains attendront des mois et des mois, *les uns plus de deux ans peut-être.*

Les parents, les amis leur ont fait jusqu'à ce jour des avances, mais ils ne veulent, ni ne peuvent frapper toujours à la même porte. Ils en sont donc réduits à s'adresser à des financiers parfois suspects, qui leur offrent de leur prêter, Dieu sait à quel taux.

Notre ami Quivy et nous-même, avons pensé que cette situation ne pouvait se perpétuer, qu'il fallait tenter quelque chose.

L'Association générale des médecins de France, liée par la loi de la mutualité, ne pouvait donner que son appui moral ; l'Union des Syndicats médicaux et les autres Associations professionnelles sont gênées par leurs statuts ou manquent de ressources pour réaliser la caisse de prêts nécessaire.

Après avoir longuement conféré, tant au Syndicat des médecins sinistrés et au Conseil général de l'Association, qu'à l'Union des Syndicats et au Concours Médical, il a été décidé de laisser l'initiative de la création et de la gestion de la Caisse de Prêts aux médecins sinistrés à leur propre Syndicat.

Le Bureau du Syndicat des médecins sinistrés de la région du Nord (1), approuvé par l'assemblée du Syndicat, réunie le jeudi 20 octobre, a décidé qu'il s'occuperait lui-même de la *répartition des fonds* qu'il recevra, prendra toutes les *garanties nécessaires, pour que le remboursement s'effectue en temps normal,* surveillera les paiements faits aux sinistrés par le Crédit National, en un mot gérera lui-même les fonds qui lui seront remis. *Ces fonds produiront l'intérêt commercial normal, intérêt qui sera réglé aux échéances fixées entre les prêteurs et les emprunteurs.*

Le remboursement s'effectuera dans un délai qui n'excédera pas cinq années et sera sans doute de beaucoup moins long.

Le bureau du Syndicat des médecins sinistrés s'engage à tout faire pour éviter aux prêteurs le moindre ennui.

Dans ces conditions, nous pensons que nous pouvons engager nos lecteurs à venir en aide à leurs confrères sinistrés.

Nous ne leur demandons pas un sacrifice, puisque leur argent leur produira un *intérêt normal* et qu'ils seront *remboursés* au fur et à mesure des versements faits aux sinistrés par le *Crédit National* ; puisque, d'autre part, les noms de ceux qui sont à la tête du Syndicat des sinistrés, l'appui moral de l'Association générale, de l'Union des Syndicats médicaux et du Concours Médical, offrent de suffisantes garanties.

Ils ne feront pas une affaire, car nous connaissons trop le Corps médical pour supposer qu'il soit en son sein des gens capables de vouloir tirer un profit réel de la détresse de nos confrères victimes de la guerre.

C'est tout simplement un acte d'*entr'aide confraternelle* que nous demandons.

Le *Concours Médical,* qui n'a pas hésité à répondre le premier à l'appel du Dr Quivy, est heureux de pouvoir s'inscrire aussi le premier en tête de la liste des souscripteurs:

(1) Ce bureau est composé d'un président : Quivy; de deux vice-présidents : Pauchet (d'Amiens) et Gallois ; d'un trésorier : Décréton et de deux syndics : Girard et Bruyelle.

Première liste de souscription pour la Caisse de Prêts aux médecin sinistrés

	Fr.
Le journal « *Le Concours Médical* » (co-propriétaires : MM. P. Boudin, C. Boulanger, A. Cézilly, P. Cézilly, G. Duchesne, J. Dumesny, A. Gassot, A. Maurat, J. Noir, M. Vimont)	5.000
Le Dr Bellencontre, Président de l'Association générale des médecins de France.	1.000
Le Dr Legras, Président de l'Union des Syndicats médicaux de France	1.000
Le Dr Quivy, Président du Syndicat des médecins sinistrés	1.000
Le Dr Pauchet, d'Amiens, vice-président du Syndicat des médecins sinistrés	1.000
Le Dr Gernez, chirurgien des hôpitaux de Paris	1.000
Le Dr Vimont, du Concours Médical	1.000
Le Dr Jean Mallet, 108, rue de Patay (Paris)	1.000
Le Dr J. Noir, du Concours Médical	1.000
Le Dr G. Duchesne, du Concours Médical	500
Le Dr Nollet, de Bougival	200
Le Dr Pamart, 47, rue des Mathurins Paris	100
Le Dr Franco	200
Total	13.000

Toutes les souscriptions, quel que soit leur chiffre, seront accueillies avec reconnaissance. Il convient de les adresser à *M. le Dr Quivy, président du Syndicat des médecins sinistrés de la Région du Nord*, 21, *avenue de Châtillon à Paris* (14e).

Nous sommes convaincus que le Corps médical français tiendra à honneur de ne pas laisser plus longtemps dans la détresse ceux de ses membres, victimes de la guerre, qui souffrent encore de l'impuissance où se trouve l'Administration des Régions libérées à leur accorder les réparations auxquelles ils ont droit.

J. NOIR.

PARTIE SCIENTIFIQUE

LA PRESSION ARTÉRIELLE

Conseils généraux de technique sphygmomanométrique (1),

Par le Dr Camille LIAN,

Médecin des hôpitaux de Paris.

(Consultation de l'Hôpital Tenon).

Les leçons précédentes consacrées aux diverses méthodes sphygmomanométriques vous ont montré que les chiffres obtenus varient avec les sphygmomanomètres. Pour pouvoir interpréter des chiffres de pression artérielle, il est donc indispensable de savoir avec quel appareil ils ont été obtenus. Mais cette condition n'est pas suffisante, et toute une série de détails techniques influent sur les résultats. Aussi, avant d'aborder franchement l'interprétation des valeurs sphygmomanométriques, il me paraît très utile d'attirer votre attention sur divers conseils généraux, qu'il est important de suivre, quel que soit le sphygmomanomètre employé. Faute de n'en pas tenir compte, on risquerait d'être conduit à des déductions cliniques erronées.

(1) 5me leçon, faite à l'Amphithéâtre des cours de l'Hôpital Tenon, le 28 février 1921, recueillie par M. Cahen, externe des hôpitaux, et revue par M. Lian. Les leçons précédentes ont été publiées dans les nos 6, 7, 9, 10, 12, 13, 21, 36, 37, 41 du *Concours Médical*, 1921.

L'attitude du malade a une importance considérable.

Sachez en effet que, dans le cours d'un même examen, selon que vous allez mesurer la pression artérielle humérale, le malade étant couché, puis debout, puis assis, vous allez trouver pour ces différentes attitudes des valeurs de Mx et de Mn qui risqueront d'être profondément différentes, la différence pouvant atteindre plusieurs centimètres de Hg.

Pour vous donner une idée de l'importance de ces variations de la pression artérielle selon l'attitude du malade, je vous donnerai quelques résultats puisés dans mes observations.

Ca.	Mx 13, Mn 9 couché Mx 15, Mn 10 debout	L.	Mx 13, Mn 7 couché Mx 14, Mn 9 debout
P.	Mx 13, Mn 9 couché Mx 13½, Mn 9 debout	C.	Mx 10½, Mn 7 couché Mx 11½, Mn 9 debout

Vous voyez que souvent, chez le sujet debout, Mx et Mn sont supérieures de 1 à 2 centim. à leurs valeurs chez le sujet couché.

Po.	Mx 16, Mn 10 debout Mx 16, Mn 10 assis Mx 14, Mn 9½ couché	Gi.	Mx 13½, Mn 9½ debout Mx 12½, Mn 9 assis Mx 12, Mn 7 couché
X.	Mx 15, Mn 9 debout Mx 15, Mn 10 assis Mx 14, Mn 10 couché	G.	Mx 13, Mn 9 debout Mx 13, Mn 9 assis Mx 13, Mn 8 couché
Li.	Mx 11, Mn 7 couché Mx 11, Mn 7 assis	Lo.	Mx 10½, Mn 6½ couché Mx 10½, Mn 6½ assis

Les différences sont moindres entre la position couchée et la position assise Chez le sujet assis,

les chiffres sont ou bien égaux, ou bien supérieurs d'environ 1 cm. à ceux obtenus chez le sujet couché. La position assise donne donc en général des chiffres intermédiaires entre ceux de la station debout et du décubitus.

En somme, pour que des chiffres de pression artérielle soient pleinement comparables d'un examen à l'autre, il est indispensable que le malade ait été examiné dans la même position.

Le mieux est d'adopter pour tous les malades le décubitus dorsal.

A mon avis, la meilleure position à adopter pour le malade est la position couchée. D'une part, le sujet étendu, le dos un peu surélevé par des oreillers, sera dans une excellente attitude pour garder l'immobilité. D'autre part, dans la position couchée, les contractions cardiaques sont plus lentes que dans la position debout, et vous avez intérêt à ce que le cœur ne soit pas trop rapide pour faire vos explorations.

Enfin, il y a une dernière considération qui doit intervenir. Quand vous verrez votre malade pour une exagération de ses phénomènes morbides, vous le verrez couché, et tôt ou tard, vous serez appelé à mesurer sa pression artérielle lorsqu'il sera dans le décubitus.

D'ailleurs, l'examen d'un cardiaque ne peut pas être complet si le sujet n'a pas été placé dans le décubitus. En effet, il est indispensable de palper le foie chez un cardiaque, ce qui nécessite le décubitus. Vous savez d'autre part combien fertile en renseignements précieux est l'auscultation du sujet dans le décubitus latéral gauche.

Comptez avec l'élévation post-prandiale de la pression artérielle.

Il y a encore une notion intéressante à envisager, c'est celle des variations de la pression artérielle suivant les moments de la journée.

Vous avez, après les repas, de grandes chances de trouver une augmentation qui atteindra 1 ou 2 cm. pour la maxima, 1/2 ou 1 cm. pour la minima. Par conséquent, vous devez considérer que les chiffres seront d'autant plus comparables qu'ils auront été obtenus dans les mêmes conditions, au même moment de la journée.

Mais vous n'êtes pas toujours maîtres de l'heure de votre examen. Comptez en particulier avec l'existence possible d'une légère élévation de la pression artérielle après les repas.

Placez au niveau du cœur le segment de membre exploré.

Il y a également une considération générale dont il faut tenir compte, c'est la situation, par rapport au niveau du cœur, du segment de membre exploré.

Si vous mesurez par exemple la pression artérielle à l'avant-bras, et si vous faites votre examen alors que le sujet a l'avant-bras un peu pendant, il y a de ce fait un certain degré de dénivellation entre le poignet et la région du cœur, région que vous pouvez considérer comme située sur un plan passant par le mamelon.

Vous devez donc tenir compte de cette notion, et savoir que lorsque le segment exploré est au-dessus du niveau du cœur, le chiffre trouvé est inférieur au chiffre réel. Inversement lorsque le segment exploré est au-dessous du niveau du cœur, le chiffre trouvé est supérieur au chiffre réel. L'erreur ainsi faite est de 1 cm. de Hg lorsque la dénivellation du segment de membre exploré est de 13 cm. Cela tient à ce que la densité du mercure est environ 13 fois supérieure à celle du sang.

Cette notion prend de l'importance lorsque vous mesurez la pression artérielle dans les membres inférieurs, et même cette remarque n'est pas indifférente pour la mesure de la pression à l'avant-bras.

Le bras est l'emplacement de choix pour l'application de la manchette sphygmomanométrique.

La remarque précédente montre combien il est simple et profitable de choisir le bras pour l'exploration de la pression artérielle. En effet, que le sujet soit debout, assis ou couché, le bras se place tout naturellement à la hauteur du cœur.

Il y a bien d'autres raisons qui militent en faveur du choix du bras comme segment de membre à adopter.

Envisageons, par exemple, les méthodes auscultatoire et palpatoire. Là, il n'y a pas de doute, le bras doit être choisi pour toutes sortes de motifs. D'abord, il est *grosso modo* cylindrique, et par conséquent sa compression est très facile à réaliser avec une manchette. D'autre part, l'humérale comprimée par la manchette est une grosse artère, facile à explorer, et par conséquent à ausculter. Enfin, si l'on voulait appliquer la manchette à l'avant-bras, on serait amené à placer le brassard compresseur dans les deux tiers supérieurs de l'avant-bras, c'est-à-dire dans une région conique où son application correcte est délicate.

Considérons maintenant la méthode oscillatoire que vous voyez appliquer couramment avec une manchette qui enserre le poignet. Il est encore préférable, à mon avis, d'explorer les oscillations au bras. En effet, il arrive que les oscillations au poignet soient très petites et mettent le médecin dans l'impossibilité de mesurer la pression artérielle. Cette éventualité est bien plus rare au bras, car les oscillations y sont plus amples qu'au poignet.

Enfin, on a toujours intérêt à appliquer simul-

tanément plusieurs méthodes d'investigation, de façon à pouvoir les faire se contrôler les unes les autres. Or, puisque la méthode auscultopalpatoire réclame le choix du bras, on a le plus grand intérêt à appliquer la méthode oscillatoire au bras, de façon à la faire bénéficier du contrôle des deux autres méthodes.

Prenez l'habitude d'explorer la pression toujours au même bras. En effet, il peut y avoir une légère différence d'un bras à l'autre, et en appliquant de parti pris le sphygmomanomètre toujours au même bras, par exemple le gauche, vous rendez plus comparables les chiffres obtenus.

Il ne faut pas faire une seule mesure, mais deux ou trois mesures successives.

Maintes fois, vous avez vu un médecin se contenter d'une seule mensuration pour déterminer la pression artérielle d'un sujet. Or, c'est une pratique déplorable à toutes sortes de points de vue. Je voudrais que vous gardiez dans votre mémoire cette formule qu'il ne faut jamais se contenter d'une seule détermination, et vous allez voir combien cette opinion est tout à fait justifiée.

D'abord, à ne faire qu'une seule mesure, vous vous heurtez à deux écueils, et il vous est impossible de les éviter tous les deux. Ou bien vous allez faire une mensuration très rapide, en descendant par exemple tantôt de 3 cm., tantôt de 2 cm. de Hg à la fois, et alors vous risquez à un moment donné de dépasser le chiffre de Mx. Par exemple, pour une maxima de 15, vous descendez de 22 à 20, de 20 à 18, de 18 à 16, de 16 à 14, et vous trouvez 14, ayant passé par dessus 15 : par conséquent, vous sous-estimez la valeur de Mx.

Ou bien vous vous astreignez à décomprimer le bras de centimètre en centimètre de Hg, et dans ce cas, vous faites une mensuration beaucoup trop longue. En évitant le premier écueil, vous vous êtes heurtés au second.

Il y a encore un autre côté de la question à envisager. Ainsi, en ce qui concerne la minima, vous savez que toutes les méthodes comportent une certaine difficulté d'application ; vous savez qu'il ne faut pas lire la minima à la 1re diminution d'amplitude, si petite soit-elle, mais à la 1re grande diminution d'amplitude. Vous devez comprendre qu'à vouloir lire du premier coup la minima, on risque dans certains cas de se tromper. Il faut donc se méfier d'une virtuosité qui conduit à commettre des erreurs. Cette remarque est encore plus importante pour les médecins qui mesurent la Mx par la méthode oscillatoire.

Il est donc vraiment indispensable de faire plusieurs mensurations, car il faut que les chiffres obtenus soient exacts et qu'on puisse tabler sur eux, sans aucune espèce d'arrière-pensée.

Il y a enfin un dernier argument à vous exposer : M. Gallavardin a insisté très justement sur ce fait que lorsqu'on mesure plusieurs fois de suite la pression artérielle maxima, on trouve en général des chiffres de plus en plus faibles, jusqu'à ce qu'on arrive à un chiffre qui ne change plus. Cette éventualité que j'ai maintes fois vérifiée est considérée comme se produisant exclusivement pour la maxima. En réalité, il m'est arrivé de la constater également pour la minima.

On suppose que, lors de la première mesure de la pression, il se produit une réaction spasmodique de l'artère comprimée par le brassard, et on pense que ce spasme cède peu à peu. Or, quand vous déterminez la pression artérielle d'un sujet, vous ne vous proposez pas de mesurer la pression artérielle vraie, additionnée d'une réaction spasmodique, passagère et variable d'un examen à l'autre. Ce que vous vous proposez de mesurer, c'est la pression artérielle elle-même, débarrassée de l'élévation produite par le spasme artériel local, c'est le chiffre résiduel, selon l'expression de M. Gallavardin.

Ce dernier considère que, pour être certain de mesurer la pression artérielle elle-même, la pression résiduelle, selon son expression, il faut faire pendant 5 minutes environ 5 à 6 mensurations successives. C'est évidemment un excellent conseil, mais un peu difficile à suivre à la lettre, et pour ma part, je me contente habituellement de faire 3 mensurations successives.

J'estime qu'en procédant de la sorte :

1) Vous ne tombez pas dans le travers d'une mensuration ou trop rapide ou trop lente ;

2) Vous êtes prémunis contre les difficultés que peut présenter la détermination de Mx ou de Mn ;

3) Vous évitez l'erreur due au spasme artériel lors du début de la compression par la manchette.

Il y a un *corollaire* qui découle de cette *nécessité de faire plusieurs mensurations successives*, c'est que *chacune des mensurations doit être rapide, et qu'à la fin de chacune d'elles, le brassard doit être maintenu complètement dégonflé pendant quelques secondes.* Il est même bon de demander au sujet de faire alors deux ou trois mouvements des doigts : cela aide à rétablir la circulation veineuse.

Dès mes premiers travaux sur la pression artérielle, je me suis rendu compte, dans l'application de la méthode palpatoire, que si l'on gonfle très fortement le brassard et qu'on le dégonfle centimètre par centimètre, on trouve pour la réapparition des pulsations artérielles un chiffre nettement inférieur à ce qu'aurait été le chiffre de cette réapparition, si l'on avait procédé très rapidement. Il y a donc intérêt à faire une mensuration rapide.

◆◆

La première détermination montre, à 1 ou 2 centimètres près par exemple, le chiffre probable de la maxima et de la minima. Et c'est dans le cours de la deuxième ou de la troisième détermination qu'on arrive au chiffre exact.

Enfin il faut chercher à atténuer les réactions émotives du malade.

Il y a une dernière recommandation à faire, c'est qu'il est bon que le sujet ne soit pas impressionné Il faut tâcher d'atténuer ses réactions émotives pendant la détermination de la pression. Il faut l'inviter à rester calme, tranquille, et à ne pas suivre des yeux l'aiguille du manomètre ou de l'oscillomètre. Promettez-lui au besoin que, pour satisfaire sa curiosité, vous lui montrerez dans quelques secondes le fonctionnement de l'appareil. Faites votre détermination correcte, et ensuite, laissez regarder le malade : peu importe alors puisque vous connaissez sa pression artérielle.

Habituez-vous à prendre ces précautions générales, et vous mesurerez aussi rapidement que correctement la pression artérielle.

Il est indispensable de connaître et d'appliquer ces recommandations générales pour faire une mesure sphygmomanométrique correcte, dont l'interprétation pourra ainsi être judicieuse et fructueuse. Cette leçon de conseils généraux constitue donc tout naturellement la transition entre la technique des diverses méthodes sphygmomanométriques que je vous ai exposée, et l'interprétation des chiffres de pression artérielle, qu'il me reste à envisager.

CLINIQUE OBSTÉTRICALE

Clinique Baudelocque : M. le Prof. COUVELAIRE. (Polyclinique).

I

Sur la grossesse gémellaire.

Femme entrée à la clinique Baudelocque et accouchée, après 8 heures 30 de travail, de deux enfants jumeaux pesant l'un 2 kilos 500, l'autre 2 kilos. L'accouchement s'est fait avant terme, vers la fin du 8e mois

La grossesse gémellaire est une des causes des accouchements prématurés, surtout si des précautions convenables ne sont pas prises. Le pronostic à porter pour les enfants, dans ces grossesses, est moins bon et l'accouchement avant terme en est une des raisons. Les femmes, dans ces conditions, doivent, pendant les deux derniers mois de la gestation surtout, se considérer comme des malades et se reposer. Plus que toute autre, une femme ayant une grossesse gémellaire a besoin de repos.

Quelle est la loi française sur le repos des femmes enceintes, et cette loi est-elle efficiente ? La loi a été établie en deux étapes. La première étape a donné à la femme qui travaille le droit de cesser son travail, pour se reposer, un mois avant la date présumée de l'accouchement et un mois après, sans que le patron puisse invoquer le prétexte de rupture du contrat de travail. En d'autres termes, une femme qui quitte son travail un mois avant son accouchement et le reprend un mois après doit retrouver ce même travail. Dans une deuxième étape (loi Strauss), il a été accordé à la femme, pendant cette période de repos, une allocation journalière, malheureusement minime, puisqu'elle atteint dans certaines localités 0 fr. 50 seulement. En admettant même qu'une allocation suffisante fut donnée, un effet utile serait-il obtenu contre l'accouchement prématuré ? M. Couvelaire ne le pense pas. La loi est inopérante, car la femme fait un accouchement prématuré souvent avant qu'elle puisse jouer. Le principe est excellent, mais si l'on veut obtenir des naissances à terme, il faut que la grossesse puisse arriver à ce dernier mois. Le minimum de repos devrait être des deux derniers mois. La plupart des accouchements prématurés, provoqués par le surmenage, ont lieu dans le 7e mois.

La loi prescrit, après l'accouchement, 4 semaines de repos, dans la double intention d'être utile à la mère et de permettre l'allaitement maternel durant le premier mois. Pour la femme, le but est atteint. Pour l'enfant, il n'en est rien. La femme, sachant qu'elle ne sera plus assistée après la quatrième semaine, prend généralement dès le début ses dispositions et place l'enfant en nourrice.

Sans incriminer le législateur, il faudrait, pour rendre la loi réellement opérante, augmenter la durée du repos avant l'accouchement et donner une allocation qui ne soit pas dérisoire.

La femme ayant une grossesse gémellaire doit, plus qu'une autre, se reposer. Elle sera l'objet, également, d'une plus grande surveillance. Elle est exposée plus particulièrement à la toxémie, à l'albuminurie.

La gestation gémellaire est unichoriale (œuf unique) ou bi-choriale (deux œufs séparés). La gestation unichoriale se traduit par un placenta unique. La bi-choriale par deux placentas, qui peuvent être accolés l'un à l'autre d'ailleurs, juxtaposés.

La gestation unichoriale est-elle pareille à la gestation bichoriale ? Nullement. Dans l'une, le sexe des deux enfants est toujours le même.

Dans l'autre, il peut varier. La différence capitale est la suivante : la gestation unichoriale gémellaire doit être considérée comme une grossesse anormale, probablement due à la fécondation d'un ovule par deux spermatozoïdes. C'est une grossesse pathologique, monstrueuse. Entre elle et les monstruosités, les inclusions fœtales, il y a tous les degrés. On peut y voir des inclusions de parties fœtales dans l'autre fœtus. Expérimentalement, Dareste a pu aussi créer des monstres, chez les animaux.

Pour produire expérimentalement un monstre, il faut faire pénétrer un ovule par deux spermatozoïdes. Normalement l'ovule n'accepte qu'un seul spermatozoïde Il est monogame. Dareste a montré que, pour le rendre polygame, pour annihiler sa défense naturelle contre une seconde introduction spermatozoïdienne (il se ferme une fois fécondé), il suffisait de peu de chose, une piqûre, l'exposition à des vapeurs d'éther ou d'acide acétique. Il perd alors sa propriété de monogame : d'autres spermatozoïdes peuvent le pénétrer et il en résulte une monstruosité. C'est ainsi qu'expérimentalement, chez les animaux, on arrive à produire des monstres.

La grossesse gémellaire bi-choriale tient à la fécondation de deux ovules. Elle est beaucoup plus régulière et plus avantageuse que la monochoriale. L'avenir des enfants, même d'apparence normale à la naissance, laisse plus d'inquiétude lorsqu'il s'est agi de grossesse gémellaire monochoriale que de bi-choriale

II

Rétrécissement du bassin.

Seconde femme accouchée la veille à la clinique Baudelocque dans les conditions suivantes : Femme petite de taille (1 m. 50), aux membres graciles, ayant marché tardivement, à l'âge de 2 ans. Entrée à la clinique en travail avec une tête fixée sur l'aire du détroit supérieur.

Le bassin est modérément rétréci. Le doigt, introduit dans le vagin, arrive sur le promontoire.

Pour pratiquer le toucher mensurateur du diamètre promonto-sous-pubien, il faut aller jusqu'au promontoire et repérer sur le doigt l'arcade pubienne. Un point important est, en sortant l'index mensurateur, de ne pas changer l'indication sous-pubienne. L'index droit, donc, appuyé sur le promontoire, l'index gauche marque avec l'ongle le point sous-pubien. Il faut alors retirer doucement le doigt et faire mesurer sans le remuer. Pour cela, sortir l'index toujours *rigide*, comme il est entré, sinon la longueur pourrait être modifiée.

Chez cette femme, le diamètre promonto-sous-pubien mesurait 10 cm 6, léger rétrécissement. Le doigt dans le vagin pouvait faire le tour du détroit supérieur : par conséquent, bassin généralement rétréci. Sacrum concave.

Le troisième procédé d'examen, le palper mensurateur, montrait une tête débordante. On avait tout préparé pour pratiquer une césarienne, si elle devenait nécessaire.

Quand on a une tête débordante et un bassin assez rétréci, de 9 centim., 9 cm 1/2, une grosse disproportion entre le bassin et la tête, on prépare et on exécute la césarienne. Ici, le rétrécissement du bassin était moins accusé : la tête semblait bien déborder, mais les membranes étaient intactes ; la tête n'avait pas encore bien pris contact avec le bassin. En pareil cas, le palper mensurateur ne donne pas un renseignement définitif. Il est bon d'attendre un peu. Effectivement, chez cette femme, une fois la dilatation complétée, les membranes rompues, l'engagement s'est fait et l'accouchement s'est terminé spontanément.

Leçon recueillie par le Dr P. Lacroix.

VOIES URINAIRES

L'hématurie, vue par le chirurgien.

M. Andrew Fullerton, chirurgien du Royal Victoria Hospital de Belfast, vient de présenter une intéressante étude de l'hématurie envisagée au point de vue chirurgical (*British med. Journal*, 25 juin 1921).

L'hématurie peut prendre sa source dans tous les points du tractus urinaire : rein, uretère, vessie, prostate, urèthre. Il n'est pas toujours simple de préciser son origine. A ce point de vue, la cystoscopie et la radiographie sont des moyens précieux de s'éclairer. Ils offrent cependant certains inconvénients et on doit s'appuyer le plus possible sur les procédés cliniques ordinaires, que la cystoscopie et la radiographie viendront compléter, le cas échéant.

Quand le sang est intimement mêlé à l'urine, il est probable que l'hématurie a une origine rénale. Cette règle, il est vrai, n'est pas absolue. L'augmentation de la fréquence des mictions fait penser à une hémorrhagie venant de la vessie ou de la prostate. Lorsque, à ces deux symptômes (fréquence des mictions et hématurie), s'ajoutent des douleurs, du ténesme, des brûlures pendant la miction, du pus ou du mucus dans l'urine, le diagnostic de cystite devient probable, mais il faut exclure les calculs et les tumeurs malignes par l'examen direct.

Des douleurs lombaires, rappelant ou non le syndrome de la colique néphrétique, dirigent l'attention vers une affection rénale du côté correspondant.

Une hématurie initiale vient, probablement, de l'urèthre. Une hématurie avec gros caillots est souvent d'origine vésicale, et aussi rénale (tumeurs). La forme et le volume des caillots peuvent être des

indications. Les caillots de l'uretère sont fins ; ceux de l'urèthre plus volumineux.

L'examen microscopique de l'urine est important, avec tous les renseignements qu'il peut donner.

Pour apprécier la fréquence des différentes étiologies de l'hématurie, M. Fullerton expose sa statistique personnelle ainsi composée :

Hématuries rénales :

Tuberculose du rein (et secondairement de la vessie, en général)	100 cas
Hématurie rénale de cause imprécise	47 —
Calculs du rein	44 —
Pyélite (ou pyélo-cystite)	32 —
Tumeurs du rein	21 —
Néphrite	19 —
Traumatismes rénaux	7 —
Colique néphrétique (cause ?)	5 —
Hydronéphrose	4 —
Rein mobile	3 —
Oxalurie	2 —

Hématuries urétérales :

Calculs de l'uretère	9 cas
Traumatisme de l'uretère	1 —

Hématuries vésicales :

Cystite	113 cas
Tumeurs vésicales :	
Papillomes	41 —
Tumeurs malignes	29 —
Fibro-myome	1 —
Calculs de la vessie	34 —
Ulcération de la vessie	10 —
Tuberculose vésicale (secondaire à une tuberculose de l'épididyme)	5 —
Rupture de vaisseaux de la vessie	4 —
Bilharzia et traumatisme	3 —

Hématuries prostatiques :

Hypertrophie et tumeurs malignes	50 cas

Hématuries uréthrales :

Papillomes et calculs	4 cas

Les 47 cas d'hématurie rénale de cause imprécise concernent des malades chez lesquels l'hématurie (reconnue d'origine rénale au cystoscope) ne s'accompagnait d'aucun autre symptôme. Les hémorrhagies étaient plus ou moins importantes, plus ou moins persistantes et s'échappaient d'un seul uretère. L'état général était bon et le rein ne semblait le siège d'aucune lésion appréciable. On ne pouvait émettre, à ce sujet, que des hypothèses : congestion passive, troubles vaso-moteurs, varices des veines rénales, néphrite, etc.

Les hématuries de la pyélite se sont montrées parfois abondantes, mais le plus ordinairement légères. Le bactérium coli en est l'agent habituel.

La tuberculose, les tumeurs malignes, les calculs du rein sont des causes bien connues d'hématurie. La néphrite hématurique est plus du domaine médical que du domaine chirurgical. L'hydronéphrose est susceptible de s'accompagner d'hémorrhagies, celles-ci n'étant pas un signe cardinal de la maladie toutefois. De même, pour certaines crises du rein mobile.

L'auteur a trouvé l'hématurie dans 113 cas de cystite. Toujours, elle était modérée, et quelquefois l'examen microscopique seul permettait de la déceler. Visible, elle affectait généralement le type terminal, apparaissant à la fin de la miction, sous forme de quelques gouttes de sang accompagnant les dernières gouttes d'urine. Dans certains cas, dans ceux, en particulier, connus sous le nom de cystite hémorrhagique, le sang était mêlé à l'urine, quoique plus abondant à la fin de la miction. Pendant la guerre, ce type de cystite hémorrhagique s'est montré commun, avec, pour origine principale, le bactérium coli, et avec association possible à la pyélite.

Les tumeurs de la vessie donnent souvent lieu à des hématuries importantes accompagnées de gros caillots. Au début cependant, les hémorrhagies sont plus légères. Les papillomes sont les néoplasmes les plus fréquents. Les tumeurs malignes viennent ensuite. Le fibro-myome est une exception.

Sur 46 cas de calculs vésicaux, la présence de sang a été reconnue 34 fois. L'hématurie est alors en général modérée et il n'est pas rare de trouver une cystite concomitante.

L'hématurie, dans l'hypertrophie de la prostate, est due à une cystite associée ou vient de la prostate elle-même. Elle est parfois extrêmement abondante, au point de remplir la vessie de caillots.

Comme traitement, l'auteur conseille dans tous les cas le repos et la morphine (s'il n'y a pas de contre-indication). On peut prescrire pendant quelques jours le chlorure de calcium et essayer l'ergotine, les injections de sérum, les inhalations d'acide carbonique (recommandées par Wright). La thérapeutique sera avant tout, évidemment, étiologique (calculs, tumeurs, tuberculose, etc.). L'hémorrhagie de la cystite sera traitée par les antiseptiques urinaires et les lavages de la vessie. L'hématurie rénale essentielle placera quelquefois le chirurgien en face de certaines interventions : section du rein, décapsulation, néphropexie, etc. La néphrectomie ne sera admissible que si la vie du patient est en danger. Contre l'hémorrhagie vésicale, on pourra recourir à l'injection d'adrénaline, de nitrate d'argent, et en cas d'insuccès, à l'incision de la vessie suivie du traitement de la lésion causale, d'irrigations chaudes. Le tamponnement de la vessie est un moyen peu satisfaisant : si on y a recours, il faudra ménager l'évacuation de l'urine et ne pas tamponner les orifices urétéraux. Dans quelques cas. l'élévation du pied

du lit est utile. Le saignement de l'urèthre antérieur peut être arrêté par compression directe ; celui de l'urèthre postérieur par compression sur le périnée. La médication des hémorrhagies en général (injection de sérum, transfusion, etc.) ne doit pas être oubliée.

P. L.

A TRAVERS LA PRESSE

Pathogénie de la paralysie générale.

Après avoir été longtemps considérée comme une affection para-syphilitique (Fournier), la paralysie générale est actuellement imputée nettement et directement à la syphilis. Les auteurs modernes en voient la preuve dans la présence souvent constatée du tréponème dans l'écorce cérébrale des P. G., et dans les résultats de la R. W. du liquide céphalo-rachidien de ces malades.

Toutefois, il est un point sur lequel ils s'accordent, tout en différant d'opinion sur son interprétation, c'est que, de toutes les syphilis viscérales, la paralysie générale est, pour ainsi dire, la seule qui demeure rebelle au traitement arsenical.

Or, voici que M. L. Marchand remet toute cette conception pathogénique en question. Les recherches qu'il a pu faire dans le domaine de l'anatomo-pathologie et dans la bactériologie de la P. G. lui ont montré que le processus inflammatoire se localise d'abord à la pie-mère, dans la paroi des vaisseaux et autour d'eux : ce n'est que tardivement que le tissu encéphalique est pris à son tour. Il est étrange qu'on ne trouve pas le tréponème dans les tissus primitivement touchés, non plus que dans le liquide céphalo-rachidien sécrété par certains d'entre eux.

De ces recherches, l'auteur conclut « qu'il semble bien que cette affection (la paralysie générale) apparaît principalement chez des syphilitiques, mais qu'elle est due à un autre agent infectieux que le tréponème. Le nouvel agent, probablement un virus filtrant ou invisible, se fixerait, grâce à un terrain spécial préparé par une infection antérieure, le plus souvent par l'infection syphilitique, acquise ou héréditaire, dans le tissu conjonctivo-vasculaire des méninges et du cerveau, pouvant gagner les autres parties du système nerveux central, car les lésions de la paralysie générale, loin de se localiser à la substance grise corticale, comme semblent le croire certains auteurs, peuvent s'étendre à tout l'axe cérébro-spinal. » (*Presse médicale*, 31 août 1921.)

Intoxication aiguë oxycarbonique. Survie.

Il a été longtemps de doctrine courante que l'hémoglobine formait avec l'oxyde de carbone une combinaison irréductible, et que le globule rouge atteint était irrémémdiablement perdu.

M. Nicloux s'est élevé précédemment contre cette conception. Il rapporte aujourd'hui une longue observation qui a pris toute la valeur d'une expérience de laboratoire, et qui lui permet d'affirmer que le globule rouge oxycarboné peut être débarrassé de son oxyde de carbone et rendu à la vie, par l'oxygène administré d'une façon méthodique et prolongée.

Le malade qui fait l'objet de cette observation est resté en état de mort apparente plus de 20 minutes après l'intervention des secouristes qui lui ont fait respirer artificiellement de l'oxygène. A l'hôpital où il fut ensuite transporté, l'oxygène fut administré avec un dispositif qui le conduit jusque dans la profondeur des alvéoles pulmonaires les plus lointaines.

Grâce à des prises de sang régulièrement effectuées, M. Nicloux a pu mettre en évidence la désintoxication progressive du globule rouge.

Cette observation démontre « quelle est aujourd'hui la puissance de nos moyens d'action contre l'intoxication oxycarbonique. Nous sommes loin, fort heureusement, de la conception du globule touché à mort, déchet sans valeur et comme tel, nuisible, que la saignée, logiquement, devait éliminer. » (*Presse médicale*, 3 septembre 1921.)

Complications oculaires de l'érysipèle de la face.

Annexes du globe, orbite et globe lui-même peuvent être atteints par le processus érysipélateux.

L'œdème inflammatoire, avec ou sans phlyctènes des paupières, qui est normal, peut se compliquer de phlegmon circonscrit, guérissable avec déformations cicatricielles possibles, entropion ou ectropion, ou de phlegmon diffus, gangréneux ou non, infiniment plus grave, et plus menaçant tant pour l'appareil de la vision que pour l'état général du patient.

A un moindre degré de gravité, on note, comme séquelles palpébrales de l'érysipèle, des blépharites, de l'alopécie ciliaire, des chalazions, des déviations et des renversements, de l'éléphantiasis.

La conjonctivite catarrhale, également normale, peut devenir pseudo-membraneuse ou purulente avec photophobie et douleurs.

Les voies lacrymales sont parfois atteintes : on note comme possibles des dacryocystites purulentes avec ou sans abcès.

Infiniment plus redoutable est le phlegmon de l'orbite par propagation de l'infection, et qui peut se juger par l'évacuation du pus, mais qui



laisse à sa suite assez souvent une perte fonctionnelle de l'œil, et aussi, qui est susceptible d'envahir la cavité crânienne et de provoquer une méningo-encéphalite mortelle.

La thrombo-phlébite des veines ophtalmiques est un autre aboutissant de l'extension du processus infectieux : elle s'annonce par l'élévation de la température, l'exophtalmie et des symptômes méningo-encéphaliques : la terminaison fatale est la règle.

Du côté du globe lui-même, on observe de la kératite ulcéreuse, avec perforation éventuelle, de l'iritis, de la choroïdite, de la paralysie de l'accommodation, des hémorragies rétiniennes.

Le nerf optique peut être atteint d'atrophie unilatérale ou bilatérale, avec perte de la vision.

Toutefois, et le fait mérite d'être retenu, au dire de l'auteu r de cet exposé, M. Prélat, l'évolution la plus fréquente de l'érysipèle de face se fait vers la guérison, sans complications oculaires. « Bien plus, il est des cas où il paraît influencer heureusement une affection oculaire « antérieure ; c'est ainsi qu'on a signalé des cas de « trachome, d'épithélioma, de lupus palpé- « braux, d'irido-choroïdite, et même de tumeurs « malignes de l'orbite, améliorés et même guéris « à la suite d'un érysipèle de face. » (*Paris médical*, 3 septembre 1921.)

Le chancre mou et son traitement.

On décrit communément, en vénéréologie, le chancre induré, accident primaire de la syphilis, le chancre mou, dit chancre simple, à bacilles de Ducrey, et le chancre mixte, qui débute comme un chancre simple, quelques jours après le coït infectant ; puis, au bout d'une quarantaine de jours, alors que le malade pouvait escompter la guérison, le chancre s'indure, se cartonne et se transforme en chancre syphilitique ; l'infection a été double et s'est manifestée successivement dans les délais classiques.

Mais ce qui est déroutant, ce qui est en opposition avec les notions généralement acceptées, ce sont des chancres, décrits par M. Chevallier, qui évoluent uniquement comme des chancres mous, et à la suite desquels apparaissent cependant des accidents de secondarisme. « Il existe « bien deux maladies distinctes ; deux agents « différents ont pénétré en même temps ; mais le « bacille de Ducrey n'a pas permis au spirochète « de se révéler avant sa généralisation cutanéo- « muqueuse. ..... Jamais un chancre mou, « typiquement mou jusqu'à sa guérison, ne per- « met d'exclure la préoccupation d'une syphilis. « Tout chancre mou peut annoncer la syphilis. »

Afin de dépister l'infection syphilitique, parallèle à l'autre, on aura recours, toutes les fois qu'on le pourra, aux examens répétés au microscope de la sécrétion du chancre, pour y rechercher le spirochète, et à la réaction de Wassermann.

Si le résultat en est malheureusement positif, et à plus forte raison, à défaut de ces examens, on n'hésitera pas à instituer le traitement spécifique avec les arsénobenzols, et à le prolonger.

On peut exceptionnellement rencontrer des chancres mous consécutifs à un rapport avec une femme atteinte uniquement de métrite du col.

Le traitement du bubon vise actuellement à éviter les grandes incisions, et utilise spécialement le drainage filiforme, donnant ainsi un tiers de guérisons rapides, contre deux tiers de guérisons pénibles et d'échecs. C'est qu'il existerait un bubon spécifique, qui évoluerait vers l'ouverture et la chancrellisation, et une adénite banale, guérissant presque spontanément dès que le pus est évacué par simple ponction.

A côté du drainage filiforme, l'injection iodoformée resterait la méthode de choix de traitement du bubon. C'est aussi l'avis de M. Barthélemy, qui conseille l'iodoforme aussi bien contre le cha ncre mou lui-même que contre le bubon.

Le chancre est d'abord insensibilisé avec le liquide de Bonain (menthol, acide phénique, cocaïne : ââ), on en déterge la surface, sur laquelle on pulvérise ensuite le liquide dont l'auteur formule ainsi la composition :

Iodoforme	5 gr.
Eucalyptol .... }	ââ 1 gr.
Gaïacol .... }	
Alcool à 95°	10 gr.
Ether, ...	q. s. p. 100

Le bubon réclame une toute petite incision pour l'expression du pus qu'il contient, et au besoin le débridement intérieur de sa cavité ; puis, l'injection de 1 à 2 cmc. de solution iodoformée. On recommencera une ou deux fois, jusqu'à ce que la poche soit bien aplatie, et au bout de trois jours, l'écoulement sera tari, la guérison étant obtenue en une semaine environ. (*L'Hôpital*, septembre 1921-A.)

Les abus du laboratoire.

Les Allemands ne font de médecine qu'à coup de laboratoire. En France, la clinique est demeurée longtemps prépondérante. Mais l'organisation sanitaire de la guerre, surtout dans les dernières années, en spécialisant les formations, les services et leurs chefs techniques, a donné au laboratoire une place prépondérante. Certaines affections suspectes justifiaient l'intervention des recherches expérimentales. Le champ de celles-ci s'élargit de plus en plus, et il n'y eut pour ainsi dire plus de cas pathologiques dont la solution ne fut demandée autant à la clinique qu'au laboratoire. Hémocultures, réactions de B. W., examens d'exsudats pharyngés, de liquides pleuraux, de crachats, d'urines : pas un n'était

négligé par le médecin traitant qui cherchait ainsi à mettre sa responsabilité à l'abri.

Ce sont là des constatations que j'ai faites personnellement et des procédés auxquels j'ai recouru moi-même, dans les formations à la tête desquelles je me suis trouvé placé.

Or, voici que M. N. Fiessinger vient de s'élever contre ce qu'il appelle les abus des laboratoires. Je ne saurais trop recommander la lecture de son article à tous les praticiens qui, ainsi qu'il l'écrit excellemment, doutent de la valeur d'un signe clinique, et ne doutent jamais de la valeur d'un renseignement de laboratoire, donnée scientifique précise.

« Le laboratoire est d'une incontestable utilité. C'est un guide précieux, mais il ne peut être utile que sur un excellent fond clinique. Le médecin doit demander à la clinique une orientation précise ; les symptômes d'abord, le laboratoire ensuite. »

On ne saurait mieux s'exprimer à mon avis. L'auteur illustre son argumentation de nombreux exemples qui montrent que, quand la clinique est suffisamment éloquente (phtisique cavitaire), le laboratoire est inutile. De même, quand le syndrome observé indique une intervention d'une urgence indiscutable (sténose pylorique).

L'auteur précise ce qu'il faut demander au laboratoire, ce que celui-ci peut dire. Il montre comment les résultats des recherches peuvent être faussés par des contingences indépendantes du malade : souillure, par exemple, des produits soumis aux examens.

« Le médecin doit toujours voir clair. La clinique est là, avec son faisceau d'arguments, avec sa force indiscutable, j'ajouterais presque insurmontable. Le médecin ne doit pas se décourager ; qu'il réfléchisse, et lorsqu'il y a discordance, qu'il reprenne son ouvrage et qu'il fasse aussi recommencer le laboratoire. » (*Journal des Praticiens*, 3 septembre 1921.)

Un nouvel excipient pour pommades ophtalmiques à base de vaseline cholestérinée.

M. Coppez fait remarquer que l'addition de lanoline à la vaseline facilite l'absorption des médicaments que renferme la pommade. Or, dans la lanoline, il n'y a guère que 10 à 15 % de principes émulsionnants, sous forme d'un complexe d'éthers cholestérinés, d'acides gras combinés à des alcools et de cholestérine libre. Seule cette combinaison est hydrophile ; le reste, 85 à 90 %, ne l'est pas.

Aussi conseille-t-il de se servir du corps cristallisé qui représente les principes émulsionnants indiqués, en ajoutant à la vaseline 3 % de cholestérine pour obtenir un mélange parfaitement hydrophile. (*La Clinique Ophtalmologique*, août 1921.) G. D.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

La fonction lipolytique du poumon.

(MM. Henri Roger et L. Binet. — *Académie de médecine.*)

Les expériences de Busquet et Vischniac ont montré que le poumon fixait facilement les graisses; celles de Mayer et Morel ont signalé l'existence d'une lipase, dans le tissu pulmonaire, capable de dédoubler ces graisses. Reprenant la question, MM. Roger et Binet concluent de leurs recherches que le poumon normal arrête les graisses déversées dans le sang par le canal thoracique et qu'il les dédouble, après emmagasinement, au point de leur faire perdre leur caractéristique chimique (fonction lipolytique du poumon).

La rœntgenthérapie des fibro-myomes utérins.

(M. Béclère. — *Académie de médecine.*)

On connaît la controverse des chirurgiens et des radiologistes concernant le traitement des fibromes de l'utérus, les premiers considérant l'intervention opératoire comme le traitement de règle dans cette affection, les seconds estimant que la radiothérapie peut remplacer avantageusement le bistouri dans la majorité des cas.

D'une série de 300 observations, M. Béclère déduit que la rœntgenthérapie est la médication de choix des fibro-myomes utérins; elle donnerait la guérison presque toujours, sans danger et sans douleur.

Coma diabétique et crises convulsives.

(MM. Rathery, Cambassédès et Welti. — *Soc. médicale des hôp.*)

L'existence de crises convulsives au cours du coma diabétique vrai est très discutée et le coma diabétique est généralement considéré comme ne s'accompagnant pas d'accès épileptique ni de paralysie. Cependant, quelques exemples en ont été publiés. M. Rathery ajoute une observation nouvelle de coma diabétique avec crises convulsives, dans laquelle on nota de l'acidose et, à l'autopsie, une hémorrhagie méningée.

Endocardite végétante à bacilles de Yersin.

(MM. Teissier, Gastinel et Reilly. — *Soc. méd. des hôpitaux.*)

Dans son service de l'hôpital Claude-Bernard, où furent soignés les malades atteints de peste bubonique au cours de l'épidémie de 1920, M. Teissier a constaté, chez une femme ayant succombé à la maladie, une endocardite végétante à bacilles de Yersin. L'endocardite ne s'était traduite par aucun

signe pendant les 48 heures passées par la malade à l'hôpital.

Vaccinothérapie anti-staphylococcique dans un cas d'entérite.

(MM. H. Dufour et Debray. — *Soc. méd. des hôpitaux*)

La vaccinothérapie intestinale a surtout utilisé l'entéro-vaccin coli-bacillaire (sans parler du vaccin éberthien). On a ainsi traité les coli-bacillopathies en général (entérites, coli-bacillurie, néphrocystites à coli-bacilles). D'autres affections intestinales microbiennes, du même genre, sont sans doute justiciables de la même vaccinothérapie. M. Dufour en cite un exemple concernant un malade atteint de furonculose et d'entérite (douleurs abdominales, diarrhée). Traité pour sa furonculose pa des auto-vaccins et du stock vaccin anti-staphylococcique, il guérit de sa furonculose et... de son entérite, le résultat thérapeutique semblant bien montrer qu'il y avait eu entérite à staphylocoques et furonculose par infection d'origine intestinale.

Vaccinothérapie antistaphylococcique dans un cas de bronchite.

(MM. Dufour et Ravina. — *Soc. méd. des hôp.*)

Poursuivant ses recherches sur les applications de la vaccinothérapie dans les affections chroniques, M. Dufour a soumis à l'auto vaccin anti-staphylococcique un malade emphysémateux sujet à de fréquentes poussées de bronchite asthmatiforme. L'examen bactériologique des crachats ayant montré une prédominance des staphylocoques, l'auteur fit préparer un auto-vaccin stérilisé par la chaleur à 60° pendant une heure. Le patient reçut, en 15 jours, 4 piqûres de 1/2 à 1 cent. c. Une amélioration notable s'en suivit. Depuis 3 mois, aucune nouvelle atteinte des voies respiratoires ne s'est produite.

Traitement du prolapsus rectal par le cerclage de Thiersch.

(M. Thévenard. — *Soc. des chirurgiens de Paris.*)

M. Thévenard a obtenu de la méthode de Tiersch trois succès dans trois cas de prolapsus du rectum. Le cerclage, procédé très simple, donne d'aussi bons résultats que les techniques beaucoup plus compliquées et plus graves préconisées dans le même but.

Le choix des anesthésiques en chirurgie.

(M. H. Brodier. — *Soc. des chirurgiens de Paris.*)

Laissant de côté l'anesthésie locale ou régionale, M. Brodier présente une étude sur le choix des anesthésiques généraux en chirurgie.

Tous les anesthésiques généraux ont leurs inconvénients et leurs dangers. Le chloroforme a, à son passif, plus de cas de morts que l'éther. Si l'on réunit les statistiques comparatives de Julliard, Gurlt, Yonkers, de Neuber, de Hammes, on arrive à un total de 6 morts pour 15.639 chloroformisations (1 pour 2614), et de 6 morts pour 54.159 éthérisations (1 pour 9.026). Certaines statistiques sont d'ailleurs beaucoup plus fâcheuses.

M. Brodier, dans un relevé personnel, note 2 décès sur 2.617 anesthésies chloroformiques. Il a observé un chiffre total de 4 accidents mortels par chloroforme, dont deux dans des services où il était interne soit : deux fois la *mort blanche initiale*, (contracture du muscle cardiaque), une fois la *mort bleue initiale* (cœur flasque en diastole) et une fois, la *mort tardive* (ictère, dégénérescence du foie).

La mort chloroformique dépend de causes très souvent mal établies. On a pu attribuer les accidents à la persistance de thymus, à l'altération du corps thyroïde, à l'état lymphatique, à l'insuffisance surrénale, à l'insuffisance ovarienne, aux altérations endocriniennes, à l'insuffisance hépatique chez les éthyliques, etc. Fréquemment, on ne trouve rien permettant d'appuyer une pathogénie. On voit survenir des accidents pour des opérations minimes, entre des mains expérimentées. On observe parfois aussi des accidents tardifs chez des sujets jeunes sans antécédents hépatiques (Aubertin).

M. Brodier préfère d'une manière générale l'éther, moins toxique, au chloroforme, mais il faut, dit-il, s'inspirer en cette matière, de l'état du malade. Avant de choisir l'anesthésique, on devra faire œuvre de clinicien, rechercher si le patient paraît capable de supporter l'agent anesthésiant. Le chloroforme est à rejeter chez les hépatiques et les insuffisants glandulaires. L'éther a également ses contre-indications connues. L'hypertension artérielle, l'insuffisance rénale, doivent faire éviter autant que possible l'anesthésie générale. L'anesthésie locale trouve alors une place de plus en plus grande.

M. Delaunay n'a pas d'anesthésique préféré et il s'inspire de l'état du patient. Si celui-ci est un cardiaque, un hépatique, un rénal, pas de chloroforme. Si c'est un vieillard, un bronchitique, pas d'éther. Si c'est un sujet peu résistant, il fait la rachi-cocaïnisation.

M. R. Bonneau emploie l'éther régulièrement. Pour prévenir les complications pulmonaires, il recommande une désinfection soigneuse du masque. Il lui a semblé que le masque pouvait être le vecteur de germes de grippe et de lésions broncho-pulmonaires.

Atténuation des vomissements post-anesthésiques.

(MM. Dartigues et Desjardins. — *Soc. des chirurgiens de Paris.*)

M. Léo a proposé dernièrement, dans le but de diminuer les vomissements que l'on observe après l'anesthésie générale, la compression de l'estomac

dans les heures qui suivent l'opération. M. Dartigues a expérimenté cette méthode avec succès dans un cas après éthérisation ; M. Desjardins, chez 4 sujets chloroformisés et soumis à la compression de la région gastrique, a observé l'absence de vomissements.

P. L.

REVUE DES CONGRÈS

XV[e] Congrès français de Médecine.

(*Strabourg*, 3-5 *octobre* 1921.)

Le XV[e] Congrès français de médecine s'est tenu à Strabourg les 3 4 et 5 octobre, sous la présidence du professeur Bard. Trois questions étaient à l'ordre du jour : *l'adaptation anatomique et fonctionnelle du cœur aux conditions pathologiques de la circulation* (rapports de Mlle E. Cottin, de Strasbourg, et de M. Meyer, de Bruxelles), les *glycémies* (rapports de MM. Ambard, Chabanier et de M. Baudouin) et *l'anaphylaxie* (rapports de MM. Widal, Abrami, Valléry-Radot et de M. Péhu.)

La lecture des rapports de Mlle Cottin et de M. Meyer, d'intérêt surtout scientifique, concernant la première question, a été suivie d'une série de communications sur la pathologie cardiaque.

L'adaptation du cœur des aviateurs.

MM. Etienne et Lamy, de Nancy, ont eu, au cours de la guerre, l'occasion d'étudier l'état cardiaque d'un grand nombre d'aviateurs. Ils ont constaté l'existence d'une hypertrophie constante précoce (nette déjà après 5 mois de vol), persistante, proportionnelle à l'altitude pratiquée par les sujets, progressive, portant surtout sur le ventricule gauche, et modérée d'ailleurs.

Le siège du souffle de l'insuffisance aortique.

MM. Trémolières (de Paris) et Caussade (de Nancy) montrent, d'après une statistique de 100 cas d'insuffisance aortique, que le siège du souffle de cette maladie varie selon l'ancienneté de la lésion. Dans la grande majorité des cas, le souffle diastolique, localisé d'abord à gauche du sternum, dans le deuxième ou troisième espace intercostal, se transporte, à mesure que l'affection devient plus ancienne, dans la région retrosternale, puis dans le deuxième ou troisième espace intercostal droit.

L'examen radioscopique permet de constater que ce transfert du souffle de gauche à droite du sternum est la conséquence des modifications subies par le cœur au cours de la maladie.

L'azote résiduel dans l'hypertension artérielle.

MM. Lian et Clogne font une communication sur la valeur séméiologique de l'azote résiduel du sérum dans l'hypertension artérielle.

L'élévation de l'azote résiduel du sérum réalise une *dys-azotémie* qui peut coïncider ou non avec une élévation de l'urée ou *hyper-azotémie*. Seule, la grande dysazotémie comporte un pronostic assez net dont la gravité est égale à celle de la grande hyperazotémie.

D'autre part, l'étude de la dysazotémie ne prendra toute sa valeur que lorsquelle cessera d'être uniquement quantitative pour devenir qualitative.

Les glycémies.

MM. Ambard et H. Chabannier, rapporteurs, étudient les glycémies normales et pathologiques.

Chez l'homme normal, la glycémie présente une valeur à peu près constante, voisine de 1 pour 1.000. Le régime, le travail ont une influence sur le taux du sucre, de sorte qu'il importe d'écarter le rôle de ces facteurs pour obtenir un chiffre moyen. La détermination du sucre du sérum sera dès lors faite dans des conditions optima le matin à jeun, après le repos de la nuit.

De nombreuses causes font varier la glycémie et cela, dans le sens d'une réduction et dans le sens d'une augmentation. L'hypoglycémie est peu fréquente et se note après les injections de phlorizine, l'hibernation, le jeûne, l'ablation des capsules surrénales. Beaucoup plus variées sont les causes de l'hyperglycémie. On l'observe expérimentalement à la suite d'apport de glycose, à la suite d'asphyxie, d'intoxications diverses, par intervention des glandes à sécrétion interne, du système nerveux, après ablation du pancréas. L'hyperglycémie expérimentale ainsi créée ressemble beaucoup au diabète humain. On admet qu'elle relève d'une insuffisance de la sécrétion interne du pancréas. Les surrénales paraissent également jouer un rôle.

Les hyperglycémies pathologiques se rapprochent des hyperglycémies expérimentales : diabète d'origine nerveuse, toxique, pancréatique. L'hyperglycémie diabétique constituerait, selon M. Ambard, une mesure de compensation pour contrebalancer le trouble du métabolisme des hydrates de carbone.

La glycémie peut être considérée dans ses relations avec l'acidose et la glycosurie. On nomme *glycémie critique* le taux glycémique qui correspond à l'apparition de l'acidose. On nomme *seuil du glycose* le taux auquel a lieu le passage du sucre dans les urines.

L'alimentation fait varier la glycémie. La suppression des hydrates de carbone, le jeûne, font tomber la glycémie et la glycosurie. Cette chute rapide est suivie d'un relèvement de la glycémie, la glycosurie restant absente ou basse. En cas de restriction progressive des hydrates de carbone, la glycémie diminue progressivement sans relèvement ultérieur. Les variations du « seuil » expliquent ces phénomènes.

Le diabète humain semble être de nature pancréatique.



Ulcus gastrique d'origine syphilitique.

MM. Cade et Morénas (de Lyon), considèrent le type ulcéreux comme le plus fréquent des types réalisés par la syphilis gastrique tertiaire. Cliniquement, il ne se différencie guère du tableau habituel de l'ulcus simplex, mais il ne s'améliore pas par le traitement de celui-ci. La réaction de Wassermann n'est pas toujours positive et le simple soupçon d'une origine syphilitique, dans un cas d'ulcère de l'estomac, doit conduire à la mise en œuvre du traitement spécifique.

Les troubles urinaires d'origine intestinale.

MM. Heitz-Boyer et Trémolières estiment qu'en présence d'une cystite, d'une pyélocystite dont l'étiologie n'est pas évidente, il faut toujours penser à une origine intestinale avant de supposer la gonococcie ou la tuberculose. L'indication thérapeutique primordiale est le traitement des troubles intestinaux.

La syphilis secondaire du cœur.

MM. Oddo et Mattéi font une communication sur la syphilis secondaire du cœur. Celle-ci peut revêtir une forme bénigne comportant seulement des troubles du rythme cardiaque, et une forme grave avec accidents asystoliques. Le traitement aura pour base la cure mercurielle par voie veineuse.

A propos d'une épidémie parisienne de typhus.

M. Teissier présente quelques remarques cliniques à propos d'une épidémie parisienne de typhus exanthématique observée à l'hôpital Claude-Bernard, en février-mai 1920.

L'auteur a noté des modifications du liquide céphalo-rachidien confirmatives de celles signalées par Devaux témoignant de l'intensité des réactions du virus typhique sur les vaisseaux cérébro-méningés et de la valeur thérapeutique, en pareil cas, de la ponction lombaire.

M. Teissier a recherché la para-agglutination au proteus XI_9, dite réaction de Weil-Félix. Son intérêt diagnostique lui a paru réel, l'apparition dans le sang et les humeurs des anticorps pour le proteus XI_9 se faisant à un moment donné de l'évolution du typhus exanthématique. Toutefois, cette réaction est moins absolue, plus inconstante et plus tardive dans les formes bénignes du typhus, formes dont le diagnostic est le plus délicat et où la réaction aurait le plus d'utilité.

(*A suivre.*)

P. L.

BIBLIOGRAPHIE CRITIQUE

Revue des Thèses

Lyon

Dr Lucien Artaud. — **Du spina ventosa des métatarsiens chez l'adulte.** Lyon, Imprimerie Vve P. Moraud, 1921.

Le spina ventosa, localisation osseuse diaphysaire de la tuberculose, est beaucoup plus fréquent chez l'enfant que chez l'adulte, où il lèse plus souvent les petits os longs de la main que du pied.

Parmi les métatarsiens, le premier est bien plus fréquemment atteint par le processus tuberculeux que les autres.

Les cas-type de spina ventosa sont facilement diagnostiqués. Pour les autres, on doit employer la radiographie et les moyens de laboratoire (examens bactériologiques et histologiques, inoculations au cobaye).

Lorsque le pus s'est collecté, on doit intervevenir chirurgicalement, soit par évidement de l'os, soit par désarticulation.

Montpellier

M. — Dr Bouveron. — **Influence de la sécrétion thyroïdienne sur les retards de consolidation des fractures.** (Imprimerie « L'Abeille » (Coopérative ouvrière), Montpellier, 1921.)

Les deux observations rapportées par l'auteur permettent d'affirmer l'action de la glande thyroïde sur le système osseux, et tout spécialement sur les retards de consolidation des fractures.

Elles apprennent en outre à avoir confiance dans le traitement opothérapique, dangereux souvent parce que mal conduit, les doses que l'on emploie couramment étant trop élevées. Le résultat très satisfaisant observé chez ses deux blessés fut obtenu avec une dragée de thyroïdine Bouty absorbée tous les deux matins. A ce traitement fut associé la tricalcine en cachets.

M. — Dr Raymond Mercier. — **Du rôle des lipoïdes dans l'anaphylaxie.** (Imprimerie « L'Abeille » Coopérative ouvrière, Montpellier, 1921.)

PARTIE PROFESSIONNELLE

CHRONIQUE HOSPITALIÈRE

A Strasbourg : le 2e Congrès des médecins et chirurgiens des hôpitaux.

Profitant des assises médicales de Strasbourg, l'Association professionnelle des médecins, chirurgiens et spécialistes des hôpitaux civils de France a tenu son 2e Congrès annuel.

L'an dernier, le Congrès de chirurgie avait été l'occasion d'une réunion constitutive de cette Association professionnelle et, sous la direction du Pr Reynès, chirurgien en chef des hôpitaux de Marseille, cette société a pu grouper un nombre imposant de confrères, nommés ou non au concours, comme docteurs d'hospices et hôpitaux.

Vraiment, pour qui connaît les traditions de désintéressement du corps médical, il était à se demander si pareille association avait sa raison d'être. De tout temps, les médecins ont soigné gratuitement, ou presque, les vaincus de la vie qui se réfugiaient à l'hôpital pour y recouvrer la santé, ou pour y mourir.

Certes, si l'hôpital était demeuré l'asile des pauvres, jamais une protestation ne se serait fait entendre du côté médical. Mais l'hôpital ne fait plus peur. Les pauvres n'y sont plus seuls admis. Bien au contraire, dans beaucoup de localités, l'établissement fait fonction de maison de santé. Qui peut payer, mais entend faire des économies, en se faisant soigner, opérer à des prix infimes, voire même à titre gratuit, n'hésite pas à solliciter son admission à l'hôpital, soit par ruse, par fraude, soit en bénéficiant de textes réglementaires trop peu sévères.

Ce sont ensuite les blessés du travail, qui envahissent les établissements hospitaliers, pour le seul profit des sociétés d'assurances.

Dans ces conditions, obligés comme tous autres à se défendre comme la vie chère, les médecins des hôpitaux ont présenté leur cahier de revendications.

1° Les commissions administratives des hospices et des hôpitaux, ayant la possibilité de fixer leur prix de journée d'après les dépenses effectives, ont toute latitude pour se faire rembourser les dépenses. En ce qui concerne l'hospitalisation des indigents, les dépenses incombent aux départements et aux communes, en vertu de la loi du 15 juillet 1896, sur l'assistance médicale gratuite.

Il en résulte que les médecins d'hôpitaux doivent toucher des honoraires, tout comme les confrères du département en reçoivent pour soins donnés à l'A. M. G.

Le tableau que j'ai publié dans le *Concours* prouve que les honoraires annuels, versés aux médecins et chirurgiens d'hôpitaux, ont été notablement relevés et c'est ce que constate le Congrès, par l'ordre du jour suivant :

Majorations des indemnités pour le service des indigents. — Le Congrès est heureux de constater le résultat de ses efforts auprès de presque toutes les administrations hospitalières de France, pour l'établissement ou la majoration raisonnable d'indemnités pour soins donnés aux indigents. Il regrette de relever de très rares exceptions (Bordeaux, Poitiers, Avignon).

2° En ce qui concerne l'admission des malades payants, le Congrès a pris acte de la décision du Conseil supérieur de l'Assistance publique qui, dans son assemblée générale de juin dernier, a voté des modifications importantes au règlement modèle des hôpitaux (voir *Concours médical*, 1921, page 2107). Le corps médical de chaque hôpital n'a donc qu'à s'inspirer de ce modèle officiel de règlement, pour obtenir de sa commission administrative un *modus faciendi* qui sauvegarde l'intérêt des malades payants, celui des indigents, celui de la commission administrative, tout en permettant aux médecins de l'établissement de gagner leur vie avec leur travail professionnel.

Le Congrès a voté la résolution suivante :

Honoraires des payants. — La gratuité des hôpitaux étant uniquement réservée aux indigents, le Congrès demande que dans les hôpitaux où les malades non indigents sont admis régulièrement, les médecins et chirurgiens touchent des honoraires pour soins et opérations.

3° En ce qui concerne la collaboration du corps médical avec les commissions hospitalières, nous rappelons la circulaire J.-L. Breton, alors Ministre de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociale (Voir *Concours médical* 1921, page 2648). Cette collaboration, entre le corps médical et la commission administrative, est véritablement souhaitable. Loin de diminuer l'autorité et l'autonomie de la commission hospitalière, ce travail en commun ne peut qu'être profitable aux deux parties. Des économies sérieuses peuvent être signalées par le corps médical, cependant qu'il rapportera les améliorations à apporter, soit pour le fonctionnement du service, soit pour de nouvelles créations dans l'établissement.

Quant aux administrateurs, ils pourront fréquemment montrer au corps médical que les idées les plus généreuses sont paralysée par un manque d'argent, ou par la nécessité de pallier d'abord à certaines dépenses très urgentes.

Personnellement, j'ai soutenu cette idée de collaboration devant le Conseil supérieur de l'Assistance publique, et le Congrès de Strasbourg de son côté a voté la résolution suivante :

Représentation du Corps médical hospitalier dans les Commissions administratives. — Conformément à de récentes circulaires ministérielles, appliquées dans beaucoup de centres hospitaliers, le Congrès demande à nouveau que le Corps médico-chirurgical hospitalier soit représenté par un de ses membres — honoraire ou en exercice — dans les Commissions administratives. Contrairement à une Commission (Bordeaux), et d'accord avec la doctrine ministérielle, le Congrès estime qu'il n'y a pas d'incompatibilité entre les fonctions d'administrateur et celles de médecin ou chirurgien des hôpitaux. Cette opinion a été mise en lumière, tout récemment, octobre 1921, par M. le professeur Walther, de l'Académie de médecine de Paris, au 30e Congrès français de chirurgie, à Strasbourg.

4° Accidentés du travail.

Inutile de revenir une fois de plus sur cette irritante question. Les chirurgiens d'hôpitaux ne veulent plus opérer, comme des indigents, c'est-à-dire gratuitement, des blessés dont la responsabilité des soins incombe à de puissantes sociétés d'assurances. La loi de 1905 a institué un prix forfaitaire, en laissant de côté les honoraires de chirurgiens : la loi doit être modifiée.

Déjà des démissions, des conflits, des résistances se sont produits un peu partout. Aussi souhaitons-nous voir aboutir bientôt les travaux d'une commission qui, à l'heure actuelle, étudie un texte modifiant celui du paragraphe 3 de l'article 4 de la loi du 31 mars 1905.

Le Congrès a voté l'ordre du jour suivant :

Accidentés du travail. — Dans l'intérêt collectif du Corps médical tout entier, des municipalités et des commissions hospitalières — les accidentés du travail n'étant pas des indigents — le Congrès estime que si les nécessités obligent à l'hospitalisation de cette catégorie de malades ou blessés, le Corps médico-chirurgical hospitalier a droit à des honoraires pour soins ou opérations.

La rédaction du paragraphe 3 de l'article 4 de la loi du 31 mars 1905, modifiant celle de la loi du 9 avril 1898 (tout compris), doit être revisée. Le nouveau Conseil de l'association fera toutes démarches utiles. Les médecins et chirurgiens se réservent de prendre, le cas échéant, en entente avec les autorités administratives, toutes mesures nécessaires.

5° Enfin le Congrès a discuté un très intéressant rapport du Dr Rocher, chirurgien des hôpitaux de Bordeaux. En voici les conclusions votées par le Congrès :

Assurances du Corps médico-chirurgical hospitalier. — Afin de protéger les médecins et chirurgiens des hôpitaux contre des plaintes injustifiées, ou des actions judiciaires pour des faits non fautifs, le Congrès estime que les Commissions administratives ou les Unions hospitalières, isolément ou collectivement, doivent mettre à l'étude un mode de protection ou d'assurances du Corps médico-chirurgical hospitalier pour tous accidents survenus à des hospitalisés au cours de soins ou d'opérations.

La question des assurances du corps médical des hôpitaux, contre les plaintes en responsabilité professionnelle, émanant d'hospitalisés mécontents, soulève de gros problèmes d'ordre essentiellement juridique.

Le docteur est chef souverain de son service d'hôpital, au point de vue des soins à donner à ses malades. Il ne reçoit aucun ordre de la Commission hospitalière, qui est incompétente dans l'art de guérir. Aussi, la jurisprudence (voir *Concours médical* 1921, page 915) ne considère les commissions hospitalières comme responsables que des négligences du corps médical pour des questions de régularité, d'inobservation du règlement, etc. et non pas pour les conséquences dommageables d'actes professionnels. Ces commissions n'exercent, en effet, sur les médecins et chirurgiens, aucune autorité ni contrôle, quant à la pratique de l'art médical.

Mais, il convient néanmoins de remarquer que beaucoup de confrères, s'inclinant devant les arrêts de la Cour de Cassation, se sont affiliés au « Sou médical » pour demander à cette Ligue de défense professionnelle son appui moral et pécuniaire, en cas d'ennui, de quelque sorte qu'il soit.

Dès lors, dans bien des cas, il a été possible, au conseil du « Sou médical », de s'entendre avec la Commission administrative de l'hôpital pour prendre en commun la défense d'un médecin injustement poursuivi en responsabilité professionnelle. Ce que demandait, dans ces cas, le conseil du « Sou » à la commission administrative, ce n'était pas une aide pécuniaire, mais un appui moral, un témoignage de solidarité, émanant d'hommes honorables, en contact journalier avec le médecin incriminé.

Peut-on aller plus loin et obtenir des commissions administratives des dépenses en vue du versement de primes à une compagnie d'assurance quelconque ?

Personnellement, nous ne serions pas partisan de ce mode, parce que les sociétés d'assurances ont un but uniquement commercial ; elles doivent faire des bénéfices, en fin d'exercice, pour le seul profit de leurs actionnaires. Aussi, dans toute af-



SÉRUM HÉMOPOÏÉTIQUE FRAIS DE CHEVAL

Flacons-ampoules de 10cc de Sérum pur
- A) *Sérothérapie spécifique des* **ANÉMIES** (Carnot)
- B) *Tous autres emplois du Sérum de Cheval* :
  - **HÉMORRAGIES** (P.E. Weill)
  - **PANSEMENTS** (R. Petit.)

Sirop ou Comprimés de sang hémopoïétique total
- ANÉMIES
- CONVALESCENCES
- TUBERCULOSE, etc.

Echantillons, Littérature

21 RUE D'AUMALE - PARIS


Argan — Au diable leurs clystères, Coquine !.. je ne puis aller !...
Toinette — Eh! pour "aller„ Monsieur, prenez de la THAOLAXINE !
MOLIÈRE — le Malade Imaginaire
Nouvelle Edition DURET et RABY
Marly le Roi - S. et O.

faire, les assureurs considèrent-ils avant tout leur seul intérêt, en cherchant à le concilier, si possible, avec celui de l'assuré.

A notre avis, les Unions hospitalières pourraient étudier cette question. Une mutuelle, uniquement composée d'hôpitaux, pourrait garantir tout le personnel, tant contre les accidents du travail, qu'à l'égard des poursuites en responsabilité.

Cette conception est généreuse, mais délicate comme application, car n'oublions pas que les hôpitaux ne sont pas des entreprises commerciales soumises au droit commun, mais des établissements publics, ressortissant de la tutelle préfectorale et du droit administratif.

Tout projet de cette nature serait donc soumis à l'approbation du conseil supérieur de l'Assistance publique.

Aussi, en attendant les quelques années nécessaires pour cette autorisation de former des assurances, conseillons-nous à nos confrères des hôpitaux de donner leur adhésion au « Sou médical ». Pour 25 francs de cotisation annuelle, ils seront couverts jusqu'à concurrence de 20.000 fr. contre la responsabilité professionnelle ; en plus ils ont droit aux consultations juridiques et à l'appui du « Sou » dans toute affaire d'ordre professionnel, tant à l'hôpital qu'en clientèle privée. C'est, en attendant, la meilleure solution.

Le journal *Les Hôpitaux de France*, organe officiel de l'Association professionnelle des médecins, chirurgiens et spécialistes des hôpitaux civils de France, a donné le compte rendu de ce Congrès de Strasbourg. Félicitons les dévoués professeurs Reynès, Patel, Rocher et *tutti quanti* d'avoir su grouper des médecins ayant des intérêts communs.

Par ces associations ou syndicats professionnels, tous les praticiens de France peuvent faire connaître les diverses modalités des besoins et des conceptions corporatives ; l'Union des syndicats médicaux peut donc, à juste titre, se dire le représentant de la somme des intérêts de toute la profession, et ainsi, parler au nom du corps médical tout entier.

Dr Paul BOUDIN.

LÉGISLATION FISCALE

A propos de l'impôt sur les bénéfices de guerre.

Par des lettres et par des visites de nos abonnés et des membres du « Sou Médical » nous avons appris que, de divers côtés, aussi bien en province qu'à Paris, les contrôleurs chargés de dépister les bénéficiaires de la guerre s'adressent aux médecins et les mettent en demeure de leur fournir la déclaration prescrite par l'article 5 de la loi du 1er juillet 1916, qui a institué la contribution exceptionnelle sur les bénéfices exceptionnels ou supplémentaires de guerre.

Aux uns, on demande leur déclaration s'appliquant à tous les exercices soumis à l'impôt, soit, du 1er août 1914 au 30 juin 1920, près de 6 années entières, dont les résultats doivent être produits sans compter ceux des trois exercices antérieurs au 1er août 1914, pour l'établissement du bénéfice normal.

Aux autres, et spécialement aux médecins qui ont été mobilisés, on ne demande que la déclaration afférente aux derniers exercices, ou même au dernier demi-exercice, du 1er janvier au 30 juin 1920.

C'est incontestablement le droit des contrôleurs puisque, contrairement aux engagements gouvernementaux et parlementaires les plus formels et les plus précis, le Conseil d'État a jugé que les médecins étaient assujettis à cette contribution spéciale, et que les bases de la contribution peuvent être fixées jusqu'au 30 juin 1922. Il faut espérer que si l'administration exerce son droit de regard un peu tardivement sur les médecins, qui avaient pu jusqu'ici, pour la plupart, se considérer comme indemnes, c'est après avoir fait rendre gorge, dans les limites de la loi précitée, à tous les mercantis, aux gros comme aux petits.

L'intérêt évident des médecins qui reçoivent l'invitation de produire leur déclaration est d'y déférer, et c'est le conseil que nous leur donnons toujours. Nous allons dire pourquoi et, pour mieux nous faire comprendre, sans analyser l'organisme très compliqué de la loi, il paraît utile d'indiquer maintenant ce qu'elle exige de l'assujetti et comment il peut éviter une taxation par trop arbitraire.

La contribution est établie (art. 2 de la Loi) en prenant pour base l'excédent du bénéfice net respectivement obtenu pendant les exercices au cours desquels joue la loi, sur le bénéfice normal constitué par la moyenne des produits nets réalisés au cours des trois exercices antérieurs au 1er août 1914.

Il sera souvent impossible aux médecins d'établir, même sans les justifier, les résultats des années 1911, 1912 et 1913 ; dans ce cas, le bénéfice normal sera évalué à 30 fois le principal de la patente, sans que cette somme puisse être inférieure à 5.000 fr. Comme, pour les médecins, le principal de la patente est égal au quinzième du loyer, le bénéfice normal sera donc du double du loyer, avec minimum de 5.000 francs (1).

Bien entendu, si le bénéfice réel moyen des 3 années était supérieur à cette somme, l'intérêt du contribuable serait de faire la déclaration de ce bénéfice normal, s'il le connaît.

Pour chaque exercice, l'impôt est calculé en appli-

(1) *Pour l'année 1920, l'art. 7 de la loi de finances* du 31 juillet 1920 a porté ce minimum à 10.000 fr. pour l'année entière, de sorte qu'il est de 5.000 fr. pour les six mois au cours desquels la taxe est applicable.

quant le taux de 50 % à la portion de bénéfices supplémentaires excédant 5.000 fr.

La loi du 25 juin 1920 a apporté diverses modifications à celle du 1er juillet 1916, en faveur des anciens mobilisés.

Elle a d'abord exonéré de la contribution, pour les bénéfices réalisés depuis le 11 novembre 1918, si elles n'ont pas antérieurement produit des bénéfices donnant lieu à l'application de cette contribution notamment : 1° les entreprises dont l'exploitant (ces termes s'appliquent, malgré leur impropriété en l'espèce, aux médecins comme aux autres contribuables) a été mobilisé depuis le 1er août 1914 pendant un an au moins ou a été réformé depuis cette date pour blessure reçue ou maladie contractée au service ; 2° les entreprises situées dans les régions envahies ou qui, s'étant trouvées dans la zone des opérations militaires, ont été arrêtées pendant six mois consécutifs au moins du fait des dites opérations ; 3° les entreprises dont le déficit par rapport au bénéfice normal, pour la période du 1er août 1914 au 31 décembre 1918, est supérieur aux bénéfices exceptionnels ou supplémentaires réalisés en 1919 et jusqu'au 30 juin 1920.

Elle a également exonéré, à partir du 1er janvier 1919, les contribuables qui ont été mobilisés dans les conditions du 1° qui précède et dont le bénéfice total annuel, à dater du 1er janvier 1919, n'a pas été supérieur à 30.000 fr.

Par contre, à la pénalité de 10 % établie par la loi du 1er juillet 1916 au détriment des contribuables qui n'avaient pas souscrit de déclaration dans les trois premiers mois suivant le 31 décembre de chaque année, la loi du 25 juin 1920 a ajouté, pour ceux qui, dans un nouveau délai de trois mois à compter de sa promulgation (26 juin 1920), n'avaient pas souscrit leur déclaration pour tous les exercices écoulés, une surtaxe de 25 % sur la contribution afférente aux exercices antérieurs à 1918, de 20 % sur la contribution afférente à l'exercice 1918, de 10 % sur la contribution afférente à l'exercice 1919.

Bien que le retard dans la déclaration n'entraîne pas actuellement de nouvelle surtaxe, toutes celles ci-dessus étant encourues, il est prudent d'obéir à la mise en demeure et de faire la déclaration, pour éviter la taxation qui serait établie par la commission du premier degré, « d'après les éléments dont dispose la Commission » (art. 9).

Or, ces éléments, pour le médecin, sont souvent inexistants, de sorte que c'est arbitrairement que la taxation peut être établie. Elle est alors notifiée à l'intéressé par lettre recommandée et le contribuable ne peut contester la taxation devant la Commission d'appel (commission supérieure), dans le délai d'un mois « qu'en apportant toutes les justifications de nature à faire la preuve du chiffre exact de ses bénéfices exceptionnels ou supplémentaires » (art. 10).

Si, au contraire, le contribuable a fait sa déclaration, la commission du premier degré peut lui demander des explications, faire procéder à des vérifications sur place en sa présence, l'entendre même en personne ; le contribuable peut faire parvenir à la commission ses observations.

Il n'y a pas lieu de reprendre ici, une fois de plus, la fameuse controverse sur le secret professionnel. D'après Me Gatineau, le médecin est tenu de le garder même à l'égard des agents du fisc, liés par la même obligation. Il a toujours le droit de mettre sa conduite d'accord avec cette obligation légale et avec sa conscience, car il ne saurait être contraint de produire sa comptabilité, même s'il en a une, alors qu'il estime que cette production peut constituer une violation du secret.

Le médecin, comme tout autre contribuable, a donc le droit de refuser à la Commission ou à ses délégués toute communication de livres ou de pièces quelconques, sous quelque forme que soient présentées les demandes. Il sera seul juge de sa conduite, qui sera dictée tant par son intérêt que par son devoir concernant l'obligation du secret professionnel.

Mais, nous le répétons, il sera exposé à ce que les Commissions officielles, tant celle du premier degré que la Commission supérieure, lui appliquent arbitrairement la taxe, et ce avec d'autant plus de sévérité qu'il se sera plus entièrement dérobé à leurs investigations.

J. DUMESNY.

HYGIÈNE PUBLIQUE

Congrès de l'Alliance d'hygiène sociale de Clermont-Ferrand.

(30 *septembre*, 1 *et* 2 *octobre*.)

La séance d'ouverture fut consacrée aux discours de M. le docteur Gautrez, inspecteur départemental d'hygiène du Puy-de-Dôme, de M. le professeur Léon Bernard, de M. Georges Risler président de l'Alliance d'hygiène sociale et de M. Leredu, ministre de l'hygiène.

M. Gautrez exposa l'état de l'hygiène publique et celui de l'hygiène sociale dans le département, avec compétence, clarté et courage, montrant combien plus les réalisations d'hygiène sociale l'emportaient dans celles de l'hygiène publique. M. Léon Bernard revint à la charge quant à la nécessité de la révision de la loi de 1902. Ces deux discours emportèrent l'approbation unanime des techniciens présents, et, eussent-ils été des rapports au lieu de discours, qu'aucune discussion ne se fût élevée, tellement chacun approuvait leurs auteurs.

M. Georges Risler rappela brièvement l'historique des Congrès de l'Alliance depuis Arras (1904), dont le cours fut interrompu par la guerre, remercia toutes celles et tous ceux qui

TROUBLES DE LA CIRCULATION DU SANG

RÈGLES Difficiles, Excessives, Insuffisantes

PUBERTÉ -:- MÉNOPAUSE -:- VARICES -:- HÉMORROIDES -:- PHLÉBITES -:- VARICOCÈLES

HÉMOPAUSINE du Docteur BARRIER

Hamamelis, Viburnum, Capsicum, Seneçon, etc.

ADULTES : 2 à 3 verres à liqueur par jour. || ENFANTS : 2 à 3 cuillerées à dessert par jour.

DOCTEURS : *Voulez-vous lutter contre la réclame vulgaire ?*

CONSEILLEZ : **l'HÉMOPAUSINE**

Laboratoire des Spécᵗᵉˢ du Dʳ BARRIER, Les Abrets (Isère) — ÉCHANTILLON SUR DEMANDE

INSTITUT MEDICO-PEDAGOGIQUE

Pour le traitement et l'éducation des enfants anormaux des deux sexes

ENFANTS DIFFICILES ET NERVEUX
ARRIÉRÉS A TOUS LES DEGRÉS
ÉPILEPTIQUES

FONDÉ EN 1892 PAR LE Dʳ BOURNEVILLE

Médecin en chef : Dʳ G. PAUL-BONCOUR ✻, ancien interne des hôpitaux. — G. ALBOUY, Directeur pédagogique.

L'**Institut médico-pédagogique** est destiné :

1° Aux enfants présentant de l'*instabilité mentale* et sujets à des *impulsions maladives* qui les empêchent quoique possédant un certain développement, de se soumettre à la règle des lycées ou des pensions, et qui ont, par conséquent, besoin à la fois d'une *méthode d'éducation spéciale* et d'une *discipline particulière* ;

2° Aux *enfants arriérés et idiots* ;

3° Enfin aux *enfants atteints d'affections nerveuses ou d'épilepsie* ;

Les enfants de ces diverses catégories forment des groupes tout à fait distincts.

Il est situé à **Vitry**, près Paris, 22, rue Saint-Aubin, au milieu d'un vaste parc admirablement planté. L'établissement, éclairé à l'électricité et isolé des propriétés voisines, est pourvu d'*écoles*, d'*ateliers*, de *gymnases*, de *bains*, d'un *service d'hydrothérapie*, de *salles de réunion*, etc.

S'adresser, 22, rue Saint-Aubin, à Vitry-sur-Seine, *téléph.* **96.** ou à M. le Dʳ G. PAUL-BONCOUR 164, Faubourg-Saint-Honoré, Paris, *téléph. Elysées* **32-36**.

PILULES DOUMER

DOSÉES à 5 cg. de BLEU DE MÉTHYLÈNE PUR

FÉBRIFUGE → **PALUDISME — FIÈVRE TYPHOÏDE**

ANTISEPTIQUE → **ENTÉRITE BACILLAIRE — GRIPPE — BLENNORRHAGIE**

ANALGÉSIQUE → **NÉVRITES, SCIATIQUE, ANGINE DE POITRINE**

Prescrire : 6 à 10 Pilules espacées dans la journée

Echantillons et Littérature

PHARMACIE BOMEL ANNONAY (Ardèche)

TUBERCULINOTHERAPIE

Immunisation active

NOVOPLASMINE

TUBERCULOSE PULMONAIRE, OSSEUSE GANGLIONNAIRE ET CUTANÉE

INJECTIONS SOUS-CUTANÉES INOFFENSIVES ET INDOLORES. ACTION EFFICACE ET RAPIDE

« *J'insiste de toute ma sincérité pour que le médecin en fasse un premier essai loyal.* »

H. Lindeux

LABORATOIRES **LINDEUX**
18, Avenue Daumesnil
PARIS (XIIᵉ)

INNOCUITÉ ABSOLUE

LITTÉRATURE ET AMPOULES SUR DEMANDE.

avaient répondu à son appel à Clermont-Ferrand, et souligna l'importance d'une des questions qui devaient être traitées au cours des séances de travail : la question de la natalité.

Enfin, le ministre prit la parole et termina son discours en déclarant que, dès la prochaine et très proche rentrée des Chambres, il allait déposer sur leur bureau un projet de remaniement de la loi de 1902. Bien qu'il n'ait pas prononcé le mot de révision ni celui de réforme, les praticiens doivent retenir cette importante déclaration. Une fois de plus, nous appelons leur attention sur la place chaque jour plus grande que prennent les préoccupations sanitaires et hygiéniques dans les milieux compétents. Il est indispensable qu'ils aient une idée nette des principaux problèmes d'hygiène et de sociologie posés à l'heure présente, qu'ils se rallient autour d'une solution et qu'ils aient autre chose à proposer aux Chambres et aux pouvoirs publics que des critiques stériles.

Les séances de travail consécutives furent consacrées aux caisses de compensation destinées à compléter les salaires des ouvriers par des allocations familiales (M. Bonvoisin, directeur du Comité des allocations proportionnelles aux charges familiales, rapporteur), à la crise de la natalité (Madame Douvreleur, agrégée de l'Université, rapporteur), au rôle de la Mutualité dans le projet de loi sur les assurances sociales (M. Louis Robelin, président du Comité directeur de la Fédération nationale de la mutualité, rapporteur), et à quelques communications relatives au même sujet.

Les caisses de compensation sont nées de la généralisation des indemnités spéciales accordées, avant la guerre, par certaines industries, à leurs employés ou ouvriers chargés de famille. La hausse excessive du coût de la vie, consécutive à la guerre, fit apparaître que la situation des ouvriers chargés de famille, défavorisée par rapport aux célibataires ou aux ménages sans enfants, était devenue beaucoup plus mauvaise encore. A cet égard, la hausse des salaires, loin d'apporter un remède à l'état de choses existant, avait tendance à l'aggraver.

Pour corriger cette rupture d'équilibre, des groupements patronaux ont pris l'initiative d'attribuer aux ouvriers pères d'une famille nombreuse ou s'accroissant, une rémunération indépendante de la valeur du travail fourni, et calculée à raison des charges de famille. Pour éviter que certains patrons embauchassent alors exclusivement des célibataires ou des ouvriers n'ayant que peu d'enfants, on créa les caisses de compensation, destinées à égaliser les charges entre les patrons.

Les adhérents à ces caisses fournissent périodiquement à leur caisse le relevé du montant global des salaires qu'ils payent et celui du montant total des allocations qu'ils ont distribuées. En totalisant, pour chaque établissement, ces deux sommes, on détermine le pourcentage moyen des allocations par rapport aux salaires. Ce pourcentage constitue le taux de la compensation pour la période considérée. Sur cette base, on calcule le montant de la cotisation de chaque adhérent. Il peut y avoir ristourne ou soulte.

Le système peut être professionnel ou régional. Les allocations sont mensuelles pour chaque enfant âgé de moins de 13 ans, elles comportent, de plus, des primes à la naissance et des primes à l'allaitement. Les caisses fonctionnent en cas de chômage.

Le 1er janvier 1920, il y avait 4 caisses ; il y en a aujourd'hui 76.

Le rapport de Madame Douvreleur sur la natalité est une mise à jour remarquable de tout ce qui a été tenté pour relever le taux de notre natalité, tant dans l'ordre matériel que dans l'ordre moral. Ce rapport mérite une étude plus détaillée qui allongerait trop ce modeste compte-rendu. Elle sera publiée ultérieurement, le travail de Madame Douvreleu a une extrême importance au point de vue hygiène, sociologie et même au simple point de vue médical.

Les mutualistes étaient venus en grand nombre pour entendre le rapport sur le rôle de la mutualité dans le projet de loi sur les assurances sociales, et les communications convergentes qui l'accompagnaient. Il y avait un gros état-major mutualiste et plusieurs distingués confrères du Puy-de-Dôme, mutualistes fervents et convaincus. Notons, en passant et sans commenter le fait, qu'en dehors de ces confrères du département, il y avait quatre médecins seulement.

Quels qu'aient été les termes employés par les orateurs mutualistes, tous, un excepté, ont poussé un vigoureux cri d'alarme, ils se sont plaints énergiquement de ce que le projet gouvernemental ne les mentionnait même pas, et, n'ont pas caché leurs craintes vives d'être éliminés dans le fonctionnement de la future loi.

Ils ont rappelé leur ancienneté, 60 ans, leur activité et leur nombre, 5 millions, leurs bienfaits : retraites, soins, accidents, etc., etc., leur fortune (dont 500 millions assurent le versement des rentes et 350 millions dorment improductifs, consacrés uniquement à l'achat de 3 %) ; ils ont fait valoir leurs capacités administratives et l'économie avec laquelle ils gèrent leurs caisses, mettant en relief le nombre de fonctionnaires que nécessiterait l'application de la nouvelle loi, et les charges budgétaires qui en résulteraient. Finalement, ils ont exprimé le désir de participer à l'application de la loi et de n'y pas être oubliés dans son texte.

Mais alors les syndicalistes du Puy-de-Dôme représentés par deux ou trois individualités des plus remarquables sont venus demander, avec beaucoup de tact, de pondération, de bonne hu-

meur et de force, en même temps, à n'être pas oubliés non plus, et, à participer, comme en Alsace, comme en Allemagne, à la gestion des caisses d'assurance, faisant remarquer que la simple abstention des syndicats avait provoqué l'échec complet de la loi de 1910 sur les retraites ouvrières.

Ces mutualistes et ces syndicalistes parlèrent avec autorité parce qu'ils étaient les délégués officiels de leurs groupements. Il n'y avait pas de représentant des syndicats médicaux.

Nul doute, et la chose a été dite, dans la discussion, que les mutualistes ne fassent, au moment voulu, un gros effort auprès du Parlement.

Les praticiens se laisseront-ils une fois de plus surprendre par les événements ?

R. M.

MUTUALITÉ FAMILIALE

Rapport du secrétaire général.

Mes chers Confrères,

Le rapport que je vous présente cette année est tout entier dominé par l'inventaire que vient de terminer et de nous remettre notre dévoué actuaire, M. Fleury.

Cet inventaire, dans le détail duquel il me semble inutile de vous entraîner, présente deux caractéristiques principales, l'une à laquelle vous vous attendez sûrement, l'autre qui sera pour vous une agréable surprise ; commençons, si vous le voulez bien, par la première.

M. Fleury a constaté par ses calculs et par l'étude de tous les documents accumulés depuis plus de dix ans par le Dr Gassot, votre trésorier dont l'éloge n'est plus à faire, que nos Caisses indemnités maladie n'étaient plus aujourd'hui dans une situation aussi satisfaisante qu'avant la guerre, et que nous devions inexorablement relever le taux de leurs primes si nous ne voulions pas les voir devenir progressivement incapables de suffire à leur tâche. Je le répète, ce résultat ne doit pas vous surprendre. Il y a longtemps, au Conseil, que nous le prévoyions.

Pour en expliquer les causes, il faut remonter jusqu'à l'époque de la fondation de l'Amicale. Quand, en 1894, Me Léon Marie, notre actuaire d'alors, eut à établir le tableau des primes des combinaisons A et B, il se trouva fort embarrassé ; il n'avait aucune donnée précise, aucune table sérieuse de morbidité sur laquelle il pût s'appuyer pour établir ses calculs. Il les fit, si j'ose dire, un peu de chic, se basant surtout sur sa profonde expérience de ces choses et, il faut le dire à sa louange, il ne s'en tira pas si mal puisque, depuis 27 ans, ce sont ses barèmes primitifs qui ont assuré la prospérité de nos Caisses ; et c'est là un résultat auquel lui-même ne s'attendait certainement pas, puisqu'il ne cessait de nous répéter que ses calculs étaient provisoires, sujets à révision et que nous devions suivre avec le plus grand soin les résultats de chaque inventaire afin d'être toujours prêts à relever des primes qu'il sentit très vite devoir être insuffisantes un jour : « L'infaillibilité, disait-il à l'Assemblée générale de 1897, n'étant le privilège de personne, pas même des actuaires, je demande que des inventaires fréquents nous donnent l'indication des modifications qui apparaîtront un jour comme nécessaires. »

Ce jour est venu, nous dit M. Fleury ; il est venu parce que voilà 27 ans que fonctionnent nos anciens tarifs et, qu'après un tel laps de temps, les conditions d'existence de nos Caisses, leurs charges croissantes, l'expérience acquise, montrent que les primes actuelles ne sont plus conformes aux besoins ; il est venu aussi, Messieurs, et ceci s'applique surtout à notre vieille combinaison B que M. Léon Marie ne voyait jamais d'un très bon œil, parce que le moment approche où il va falloir commencer à attaquer les réserves pour assurer les charges de la combinaison. Or, vous n'ignorez pas que notre portefeuille a subi de considérables moins-values et que s'il fallait vendre des valeurs nous y perdrions gros. M. Fleury a donc dû baser ses calculs, non pas sur le taux d'achat de nos valeurs, mais sur le cours actuel de la Bourse. De tout cela il résulte la constatation suivante, c'est que la prime actuelle de la combinaison B est notoirement insuffisante.

Cette insuffisance nous oblige à vous proposer d'augmenter les primes de B de 50 % : « Il est impossible, dit M. Fleury, de calculer un nouveau tarif qui demanderait des observations aux âges les plus élevés, observations dont nous ne disposons pas en assez grand nombre. « Aussi, l'augmentation de 50 % proposée est-elle une mesure générale de sécurité, un « ajustement » dit l'inventaire, permettant de faire face aux charges et évitant de voir un jour la Caisse vide en face d'adhérents encore en vie.

Il n'en est pas de même pour la combinaison MA dont l'action cesse à 65 ans et qui n'a pas à supporter la chronicité de la vieillesse. Aussi sa situation est-elle meilleure ; cependant cette situation est due non pas à une amélioration de la morbidité, mais au fait que, pendant la guerre, la caisse a été exonérée d'un certain nombre de risques et que, après la guerre, des adhérents, en se retirant, ont abandonné leurs réserves.

Ce n'est là qu'une situation momentanée et l'augmentation régulière des risques, qui porte surtout sur les têtes âgées, oblige encore d'ajouter aux cotisations un supplément qui puisse couvrir l'insuffisance actuelle.

Mais ici notre actuaire a pu s'appuyer sur une

table de morbidité portant sur 26 années et basée sur des âges précis d'entrée à partir de 24 ans et de sortie à 65 ans. Il a donc pu faire des calculs absolument indiscutables, desquels il résulte que pour établir définitivement et sans crainte d'avoir à y revenir d'ici fort longtemps, si ce n'est pour les baisser, les nouveaux barêmes de primes de la combinaison MA, il lui a suffi d'élever les taux actuels d'environ 25 % aux âges les plus jeunes, à 30 % aux âges les plus avancés. C'est ainsi qu'un confrère de 35 ans qui payait 65 fr. en payera désormais 84 fr. Nous sommes convaincus que pas un des membres de MA ne protestera devant une augmentation aussi légitime, sachant qu'on ne lui demande que ce qu'il doit et cela surtout *après avoir profité, depuis son entrée, de primes sensiblement inférieures à ce qu'elles auraient dû être.*

Quand nous avons, l'an dernier, ouvert la nouvelle combinaison MAD, vous vous rappelez que nous avons établi des primes provisoires en multipliant celles de MA par 2,5, et nous vous disions, à cette époque, que ce taux correspondait, à notre avis, à l'élévation attendue des primes de MA. Cependant, comme nous n'avions pas pu demander à M. Fleury d'établir ces primes nouvelles sur des calculs exacts, nous avons eu bien soin de vous prévenir qu'elles étaient absolument provisoires et révisables. M. Fleury vient de les revoir : ses calculs les lui ont montrées un peu trop faibles et l'ont amené à les élever de 10 à 20 fr. selon l'âge ; vous pourrez voir que c'est moins que la majoration de 2,5 appliquée aux cotisations nouvelles.

Nous allons maintenant passer à des nouvelles plus agréables. Les combinaisons retraite P et R se trouvent, elles, dans une situation tellement avantageuse que M. Fleury nous propose une diminution très importante des primes actuelles. Cette diminution pour la combinaison P, par exemple, ramène à 154 fr. la prime de 195 fr., à 320 celle de 372 ; pour la combinaison R, à 87 celle de 108 fr., à 256 celle de 278 fr. Voilà une économie qui fera plaisir à tout le monde et qui permettra à tous ceux qui avaient eu le soin de cumuler les combinaisons maladie et les combinaisons retraite de ne pas s'apercevoir de l'augmentation des premières.

Mais il y a mieux. Allant au-devant de vos vœux réitérés, M. Fleury nous autorise à vous proposer que les combinaisons P et R assurent désormais 20 parts au lieu de 10, ce qui permettra à tous ceux qui le voudront et le pourront de s'assurer à 60 ans une pension de 2.400 fr. et à 65 ans une seconde pension équivalente leur permettant d'avoir, sur leurs vieux jours, la possibilité d'une retraite de 4.800 fr. moyennant une prime de moins de 500 fr. pour un jeune médecin de 30 ans.

Quel dommage que je ne puisse vous en dire autant pour la combinaison V. A vrai dire, sa situation actuelle est excellente, mais M. Fleury regrette qu'elle ne compte qu'une cinquantaine de membres : « Si vous étiez cent, nous disait-il, vous pourriez, sans inconvénients, porter à 1.200 fr. la pension de vos veuves. »

Je sais que plusieurs de mes correspondants le désireraient vivement et attendent pour adhérer que cette pension de 1.200 fr. soit votée. Le seul moyen de démontrer le mouvement, c'est de marcher, disait un ancien, le seul moyen pour nous d'accorder 1.200 fr. de rente à nos veuves c'est de vous voir arriver en nombre à la combinaison V, y adhérer dès maintenant aux conditions actuelles, faire pour elle du prosélytisme, en un mot gagner vite le chiffre de 100 membres et ce jour-là, la pension à 1.200 fr. sera chose faite. Mais tout dépend de la volonté de ceux que l'affaire intéresse, nous ne pouvons rien sans le nombre et, si chaque candidat éventuel attend qu'on soit 100 pour entrer réellement, nous seront encore 50 dans dix ans.

Telles sont, mes chers Confrères, les observations que je voulais vous faire sur cet inventaire de 1921.

La conséquence qui en découle, c'est naturellement une révision de nos statuts. Puisque la nécessité nous obligeait à les retoucher, nous avons voulu les revoir à fond et les mettre une bonne fois à la hauteur de la situation actuelle.

Vous lirez dans le *Concours* le nouveau texte et le comparerez à l'ancien. Vous remarquerez un certain nombre de très légères modifications de rédaction dont l'expérience nous avait montré l'utilité ; elles sont suffisamment claires par elles-mêmes pour que je n'aie pas besoin d'y insister ; je ne m'arrêterai que sur les plus importantes.

Dans la première partie des statuts qui règlent les conditions générales de l'administration de la Mutualité familiale, nous ne vous proposons que peu de changements. A l'article 18 nous ajoutons que les comptes et rapports des Assemblées générales seront envoyés aux sociétaires qui ne sont pas abonnés au *Concours*. Il faut bien, en effet, que chacun de vous soit mis au courant de ces comptes et rapports. Pour simplifier et éviter de gros frais d'impression, nous les publions au *Concours* où la majorité de nos sociétaires qui sont abonnés peuvent les lire ; mais nous ne pouvons pas imposer cet abonnement à tous, quoique personnellement je regrette fort de voir beaucoup des nôtres ne pas lire ce journal et ne pas connaître ce que Gassot et moi nous y écrivons constamment au sujet de la vie quotidienne de notre société. Mais, puisqu'il en est ainsi, nous avons dû indiquer aux statuts

comment tous vous serez tenus au courant de nos actes.

Nous avons supprimé purement et simplement l'article 21 puisque nous n'avons et ne désirons pas avoir de sections locales qui n'ont pas de raison d'être.

Nous arrivons alors à la première section : *Caisse Indemnité maladie accidents*. Ici pour simplifier, pour fusionner les statuts provisoires de MAD avec ceux de A et de B, pour unifier et rendre plus claire toute cette partie, nous y avons opéré un remaniement complet.

Le nouvel article 34 y précise le but de cette première section. Permettez-moi d'y insister une fois de plus. Si nous nous reportons au jour de la fondation de l'Amicale, nous y voyons que les fondateurs n'ont jamais voulu assurer la maladie ou l'accident, indemniser le fait d'être malade ou blessé, mais, au contraire, indemniser le sociétaire du fait qu'il ne peut plus exercer sa profession parce que malade ou blessé.

Que de lettres épargnées, que de malentendus et de froissements évités, si tout le monde avait toujours compris cette différence essentielle ; c'est pour les éviter à l'avenir, que nous avons rédigé l'article 34 comme vous pouvez le voir.

L'article 36 précise et met au point la question des indemnités pour cure thermale qui nous attire chaque année tant de réclamations injustifiées.

L'article 37 précise une question importante aujourd'hui, le séjour de nos sociétaires à l'étranger. Il peut paraître sévère au premier abord, mais, après mûre réflexion, nous l'avons rédigé ainsi, parce que nous avons pensé que l'absence de tout contrôle autorisé sur les malades ou accidents survenus en voyage hors de France nous faisait un devoir d'en décliner la responsabilité ou la charge. D'ailleurs le sociétaire à l'étranger n'exerce pas et n'est pas exposé à l'incapacité de travail.

L'article 38, le fameux article qui depuis 6 ans a fait couler tant d'encre et a soulevé tant de récriminations a, lui aussi, été modifié et mis au point. M. Fleury nous a chaudement félicités d'avoir vigoureusement tenu la main à son application pendant la guerre. « Sans votre prudente énergie, nous a-t-il dit, la Caisse Indemnité-maladie n'existerait plus aujourd'hui. » Avec la nouvelle rédaction nous espérons que tout le monde comprendra la situation ; si la fatalité veut que nous revoyons les jours sombres de 1914, chacun saura ce qu'il a à faire et choisira au mieux de ses intérêts.

L'article 39 est l'acte officiel de naissance de la combinaison MAD ; il limite également les âges d'entrée à 50 ans pour MA et à 45 ans pour MAD. Il a semblé, en effet, à notre actuaire, qu'après 50 ans il n'y avait plus d'intérêt pour nous à accepter des candidats dont l'âge, ou la santé commençant à décliner, faisait courir à nos Caisses des risques hors de proportion avec les primes à demander : l'expérience de la combinaison B nous a suffisamment instruits. Quant à la combinaison MAD, M. Fleury nous conseille de ne pas dépasser la limite d'âge d'entrée de 45 ans.

L'article 44 prévoit le remboursement de la cotisation aux candidats provisoires qui ne seraient pas définitivement admis. Remarquez qu'il n'est pas parlé du remboursement de droit d'entrée : c'est que le candidat qui serait refusé en seconde lecture, le serait surtout parce qu'il aurait caché quelque tare à son premier examinateur ; il est donc bien juste qu'il en supporte la peine en payant par son droit d'entrée les honoraires dus à l'examinateur qui ne l'aurait pas fait admettre s'il eût été mieux documenté.

L'article 45 organise la combinaison provisoir 1/2 MAD réservée aux anciens membres de MA. M. Fleury ne voit aucun inconvénient à ce que, *pour ces vieux sociétaires la limite d'âge de passage de MA à* 1/2 *MAD soit reculée jusqu'à* 50 *ans* et à ce que nous donnions encore un délai de un an pour ce passage. J'en connais plus d'un à qui cette décision va faire plaisir ; on a donc jusqu'au 31 décembre 1922 et jusqu'à 50 ans pour passer de MA à 1/2 MAD. Qu'on se le dise !

L'article 51 règle un important détail d'administration. Je suis, à chaque trimestre, en conflit avec certains chroniques dont je ne puis obtenir de nouvelles en temps voulu ; il en résulte des retards, des correspondances fastidieuses, des envois faits irrégulièrement, soit à des confrères guéris et que je crois toujours malades, soit à des morts que je crois toujours vivants, et par conséquent des difficultés énormes pour le trésorier qui est obligé de régulariser après coup. Il est impossible que ces errements continuent ; il est donc bien entendu que désormais nul ne sera payé de son indemnité trimestrielle si je n'ai pas de nouvelles de lui dans les 10 jours qui précèdent la réunion du Conseil.

Voilà, mes chers Confrères, les points sur lesquels je voulais attirer plus particulièrement votre attention avant de vous demander de passer au vote de ces nouveaux statuts.

Je voudrais, mais c'est impossible, que chacun de vous pût se rendre compte du travail colossal, herculéen qu'a fourni votre trésorier pour arriver à établir tous les documents statistiques qui ont permis à M. Fleury de nous établir notre situation d'une façon si claire et si précise, grâce à laquelle nous pouvons mettre aujourd'hui notre société en état d'affronter l'avenir en toute sécurité. Je crois pouvoir affirmer qu'il y a peu de mutualités en France aussi sérieusement organisées que la nôtre et répondant mieux à tous les besoins de ses membres.

J'espère mes chers Confrères, qu'ainsi améliorée, notre Mutualité familiale va connaître un nouvel essor, va voir se combler les vides laissés par ses morts. J'espère surtout que chacun de vous va y travailler pour sa part autour de lui, par une propagande inlassable à laquelle nous nous préparons d'ajouter la nôtre. En le faisant, c'est le cas de le dire, vous appliquerez la vieille et belle devise :

Tous pour un et un pour tous.

Dr Mignon.

Modifications aux Statuts.

Rédaction ancienne.

Article 1er. — .... Les médecins de nationalité étrangère, qui, du fait de leur loi nationale, sont dans l'impossibilité d'obtenir leur naturalisation, pourront, s'ils sont présentés par deux membres de la Mutualité Familiale de leur département, être admis par le Conseil d'administration, sous réserve de la ratification par l'Assemblée générale.

II. Admissions. Démissions. Radiations.

Art. 5. — Pour être admis comme membre participant, tout candidat doit :

1° Justifier qu'il *appartient au corps médical français* ;

2° Fournir son bulletin de naissance (1).

Art. 18. — Les membres de la Société sont réunis en Assemblée générale ordinaire une fois chaque année, sur la convocation du Président et à l'époque fixée par le Conseil pour entendre la lecture des rapports qui leur sont présentés et statuer sur les comptes ainsi que sur les questions qui leur sont soumises par le Conseil.

Ces comptes et rapports sont publiés dans le *Concours médical* au moins quinze jours à l'avance.

VI. Sections locales.

Art. 21. — Les membres de la Société pourront se réunir, par départements, en sections locales, pour recevoir les communications du Conseil d'administration.

Dans chaque section, un Comité de trois sociétaires représentant :

Le premier, le Conseil d'administration.

Le second, la Société locale de l'Association générale des médecins de France.

Le troisième, le Syndicat ou la Fédération départementale.

Exercera les missions jugées utiles par le Conseil, assurera la propagande et les contrôles nécessaires. Il communiquera directement avec le secrétaire général.

Les membres des Comités seront nommés par le Conseil d'administration pour deux années. Leurs fonctions sont gratuites.

Article 27. — Au 5 février et, s'il y a lieu, au 5 août, le trésorier, sans autre avertissement, fait encaisser par la poste les cotisations qui ne lui sont pas parvenues. Dans ce cas, les quittances sont majorées, pour droits de recouvrements, de :

2 fr. jusqu'à 60 francs ;
2 fr. 50 de 61 à 100 francs ;
3 fr. de 101 à 200 francs ;
3 fr. 50 de 201 à 400 francs ;
4 fr. au-dessus de 400 francs.

VII. Commissaires aux comptes.

Art. 30. — Des commissaires aux comptes, *à raison de deux pour chaque section*, sont nommés par l'Assemblée générale pour prendre connaissance de la comptabilité et des placements, vérifier tous registres, et rendre compte de leur mission à l'Assemblée générale suivante.

Rédaction nouvelle.

Article 1er. — .... de nationalité étrangère, *exerçant en France*, qui, du fait.......

Article 5. — 1° Justifier qu'il *se trouve dans les conditions stipulées à l'article* 1er.

....

Les sociétaires sont tenus d'informer le secrétaire général de tout changement de résidence.

Article 18. — Ils sont adressés aux sociétaires qui ne sont pas abonnés.

Article 21 *supprimé.*

Article 26. — Ancien article 27.

....

Cette majoration est due, dans tous les cas, par tous les sociétaires auxquels le recouvrement postal a été envoyé.

Article 29. — Ancien article 30.

Des commissaires aux comptes, au nombre de six, sont nommés.....

IX. CAISSE AUXILIAIRE.

ART. 31. — Il est créé une caisse dite auxiliaire qui sera alimentée par le produit des amendes, abandons de pensions ou d'indemnité, dons sans affectation spéciale, etc.

Elle sera administrée par le Conseil d'administration.

Les fonds seront réservés à tous emplois utiles à la Société ou à ses adhérents, en dehors des prescriptions statutaires.

Article 30. — Ancien article 31.

Les fonds seront réservés à tous secours ou emplois...

NOTE. — *Les articles de la section I ayant été complètement remaniés, la concordance des articles n'existe plus.*

Combinaison MA.

ART. 35. — La combinaison MA sert à ses adhérents une indemnité journalière lorsqu'ils sont placés, soit par maladie, soit par accident, dans l'impossibilité d'exercer leur profession, soit temporairement, soit d'une manière permanente.

Elle est ouverte à tous les médecins français ou naturalisés français, diplômés dans une faculté française.

Elle n'admet les femmes que si elles sont pourvues du diplôme de docteur en médecine.

La limite d'âge pour l'entrée est fixée à 64 ans.

SECTION I

CAISSE DES INDEMNITÉS MALADIE-ACCIDENTS.

Article 34. — La Caisse des indemnités maladie-accidents sert à ses adhérents, une indemnité s'ils sont placés, soit par maladie aiguë ou chronique, soit par accidents, dans l'impossibilité d'exercer leur profession, soit temporairement, soit d'une manière permanente.

L'indemnité est quotidienne pendant 60 jours à partir du cinquième.

Le 5e jour est payé, mais il n'y a, en aucun cas, rappel des quatre premiers jours.

Au-delà du 60e jour et quelle que soit la durée de l'incapacité de travail, l'indemnité est mensuelle.

ART. 44. — En cas d'incapacité de travail dûment constatée, la Société alloue à ses membres une indemnité quotidienne de 10 francs pendant 60 jours à partir du 5e jour de la maladie. Le 5e jour est payé, mais il n'y a pas de rappel des quatre premiers jours.

Au-delà du 60e jour et quelle que soit la durée de la maladie ou de l'incapacité de travail, le sociétaire reçoit une indemnité de cent francs par mois (3 fr. 33 par jour).

En cas de rechute d'une même maladie, dans le délai d'une année après la reprise du travail, il ne sera alloué au sociétaire que l'indemnité mensuelle de cent francs, s'il a déjà antérieurement reçu l'indemnité de 10 fr. pendant soixante jours.

Article 35. — En cas d'une rechute de la même maladie dans le délai d'une année après la reprise du travail, il ne sera alloué que l'indemnité mensuelle si le sociétaire a déjà reçu l'indemnité journalière pendant 60 jours.

ART. 46. — Le sociétaire malade ne pourra toucher d'indemnité pour séjour aux eaux, à la campagne, aux stations balnéaires ou hivernales, même utile au traitement, que sur décision spéciale du Conseil d'administration, et sous les conditions expresses :

1° Que la cure thermale pour laquelle il demande une indemnité soit reconnue, par certificat, indispensable à la guérison ou à l'amélioration de la maladie pour laquelle il aura déja reçu une indemnité depuis moins d'un an.

2° Qu'il ne donnera pas de consultations pendant ce séjour.

L'indemnité accordée, dans ce cas, est de cent francs, pour la saison.

Article 36. — Le sociétaire malade ne pourra....... aux eaux, à la campagne, aux stations maritimes ou climatiques.......

1° Qu'il aura déjà reçu une indemnité pour la maladie qui motive ce séjour dans un délai qui ne sera pas supérieur à une année ;

2° Que la cure pour laquelle il demande une indemnité soit reconnue par le certificat indispensable à la guérison ou à l'amélioration de la maladie ;

3°.......

L'indemnité accordée dans ce cas est l'indemnité mensuelle.

ART. 43. — Les sociétaires sont tenus d'informer le secrétaire général de tout changement de résidence.

Tout sociétaire qui quitte la France perd ses droits à l'indemnité et cesse de payer sa cotisation annuelle. A son retour, il subit un nouvel examen médical, et, s'il est réadmis, il versera, non pas la totalité des primes impayées pendant son absence, mais seulement la réserve mathématique qu'il aurait accumulée pendant ce temps s'il avait payé ses primes.

Sa cotisation restera celle qu'il payait avant de quitter la France.

Il reste bien entendu que le Conseil d'administration conserve le droit de refuser la nouvelle admission si le sociétaire revient avec des tares morbides acquises pendant son séjour à l'étranger.

Article 37. — Tout sociétaire en voyage à l'étranger ou qui y séjourne momentanément est suspendu de son droit à l'indemnité.

S'il veut, à sa rentrée en France, reprendre ses droits dans leur intégralité, il doit continuer le paiement régulier de ses cotisations.

Tout sociétaire qui a quitté la France depuis plus d'une année cesse de faire partie de la caisse et n'y peut rentrer qu'à la faveur d'une admission nouvelle.

Le séjour en Algérie et en Tunisie est considéré comme séjour en France.

ART. 38. — Tout sociétaire tombé malade ou blessé sous les drapeaux et recevant de l'Etat les soins qui lui sont nécessaires renonce au droit à l'indemnité.

Article 38. — Tout sociétaire appelé sous les drapeaux, soit pour une période d'exercices, soit pour cause de mobilisation partielle ou générale et obligé, de ce fait,

Renoncent pareillement à ce droit à l'indemnité les femmes sociétaires pour l'incapacité de travail résultant de l'accouchement et ne dépassant pas 21 jours après cet accouchement.

Art. 36. — Tout candidat, pour être admis, doit :

1° Répondre à un questionnaire sur son état de santé et sur ses antécédents ;

2° Subir un examen médical devant un confrère que lui aura désigné le Conseil d'administration et qui enverra, directement au secrétaire général, le certificat qu'il aura rédigé à la suite de cet examen.

Art. 37. — L'admission part du 1er janvier, du 1er avril, du 1er juillet ou du 1er octobre de chaque année.

Mais le droit à l'indemnité ne commence que six mois après l'admission et après le paiement complet de la cotisation annuelle.

Il cesse le 1er janvier qui suit l'année où le sociétaire atteint 65 ans.

Art. 39. — Tout membre admis à la combinaison MA paye un droit d'entrée de 25 francs et une cotisation annuelle déterminée par son âge d'entrée (voir le tableau annexé).

L'âge d'entrée est celui que le sociétaire atteint dans l'année de son admission.

Les cotisations ne peuvent en aucun cas être contre-assurées.

de cesser l'exercice de sa clientèle, est suspendu de son droit à l'indemnité.

S'il veut, à son retour dans la vie civile, reprendre l'intégralité de ses droits, il doit continuer à payer régulièrement ses cotisations.

S'il a cessé momentanément le paiement de ses cotisations, il devra, pour reprendre ses droits, verser, outre la totalité des cotisations arriérées, un intérêt moratoire calculé à raison de 0 fr. 50 % par mois, plus les frais de correspondance, recouvrement et rappel.

S'il reste ou s'est remis en règle, il a droit à l'indemnité pour les incapacités de travail causées ultérieurement par les maladies, accidents ou blessures qui lui seraient survenus pendant la période de présence sous les drapeaux.

S'il ne se libère pas dans les délais fixés par le Conseil il est purement et simplement rayé de la Caisse des indemnités maladie-accidents, et n'y peut rentrer qu'à la faveur d'une admission nouvelle.

Fin de l'article 38 supprimé.

Article 39. — La Caisse offre à ses adhérents deux combinaisons :

1° La combinaison MA qui donne une indemnité quotidienne de 10 francs par jour et une indemnité mensuellie de 100 francs.

La limite d'âge d'entrée est fixée à 50 ans.

2° La combinaison MAD qui donne une indemnité quotidienne de 20 francs et une indemnité mensuelle de 200 francs.

La limite d'âge d'entrée est fixée à 45 ans.

Les femmes ne peuvent être admises que si elles sont elles-mêmes pourvues du diplôme de docteur en médecine.

Article 40. — Ancien article 36.

Article 41. — L'admission des membres est prononcée en deux fois par le Conseil d'administration. La première fois, elle n'est que provisoire : les noms des sociétaires ainsi admis sont publiés au journal *Le Concours Médical* et, pendant trois mois, tous les sociétaires ont le droit de formuler leurs observations. Le Conseil ordonne, s'il est nécessaire, un nouvel examen des candidats et statue d'une manière définitive dans la séance suivante.

Les admissions partent du 1er janvier, du 1er avril, du 1er juillet et du 1er octobre de chaque année.

Article 42. — Le droit à l'indemnité commence six mois après l'admission provisoire et après le paiement de la cotisation annuelle.

Il cesse le 1er janvier qui suit l'année où le sociétaire atteint 65 ans.

Article 43. — Tout membre admis paye, dès son admission provisoire, un droit d'entrée de 25 francs pour son examen médical et une cotisation annuelle........

....

Les cotisations se paient d'avance ; elles ne peuvent en aucun cas être contre-assurées.

Tableau des cotisations.

Age initial	Prime annuelle payable immédiatement et d'avance	Age initial	Prime annuelle payable immédiatement et d'avance
—	fr.	—	fr.
25 ans	54	45 ans	80
26 —	55	46 —	82
27 —	56	47 —	83
28 —	57	48 —	85
29 —	58	49 —	87
30 —	59	50 —	89
31 —	60	51 —	91
32 —	61	52 —	93
33 —	62	53 —	95
34 —	63	54 —	97
35 —	65	55 —	99
36 —	66	56 —	101
37 —	67	57 —	103
38 —	69	58 —	105
39 —	70	59 —	107
40 —	72	60 —	109
41 —	73	61 —	112
42 —	75	62 —	114
43 —	76	63 —	116
44 —	78	64 —	118

Toute cotisation versée demeure la propriété de la Société et ne peut faire l'objet d'une répétition quelconque, sauf la réserve formulée à l'article 51.

Il est loisible aux sociétaires de souscrire seulement une demi-prime pour s'assurer une demi-indemnité.

Après inventaire et sur avis favorable de l'actuaire, l'Assemblée Générale pourra décider un jour la possibilité de créer une combinaison nouvelle donnant une indemnité plus élevée moyennant une cotisation appropriée.

ART. 40. — Les membres admis au 1er avril versent les trois quarts de la cotisation annuelle au moment de leur admission.

Ceux qui sont admis au 1er octobre en versent seulement le quart.

ART. 41. — Tout sociétaire qui n'a pas versé sa cotisation le 31 janvier et, s'il y a lieu le 31 juillet, est suspendu de son droit à l'indemnité.

Il ne recouvrera ce droit qu'un mois après le jour où il se sera libéré.

Toutefois, ne seront pas suspendus les membres qui s'acquitteront lors de la présentation de la quittance par la poste en exécution de l'article 27.

Tableau des cotisations

Age d'entrée	Cotisation annuelle — Combinaison MA	Combinaison MAD
—		
25 ans	68 fr.	148 fr.
26 —	69 —	151 —
27 —	71 —	154 —
28 —	72 —	157 —
29 —	73 —	160 —
30 —	75 —	163 —
31 —	77 —	166 —
32 —	78 —	170 —
33 —	80 —	174 —
34 —	82 —	178 —
35 —	84 —	182 —
36 —	86 —	187 —
37 —	88 —	192 —
38 —	91 —	197 —
39 —	93 —	202 —
40 —	96 —	208 —
41 —	98 —	213 —
42 —	101 —	219 —
43 —	104 —	226 —
44 —	107 —	232 —
45 —	110 —	239 —
46 —	114 —	»
47 —	117 —	»
48 —	121 —	»
49 —	125 —	»
50 —	129 —	»

Article 44. — Toute cotisation versée demeure la propriété de la Caisse et ne peut faire l'objet d'une répétition quelconque ; toutefois, la cotisation est remboursée au membre qui n'aurait pas été admis définitivement.

Supprimé.

Après inventaire.....

Article 45. — Une combinaison 1/2 MAD est ouverte pour les membres actuels de la combinaison MA auxquels, elle est exclusivement réservée.

Il est accordé à ces sociétaires un délai d'une année (jusqu'au 31 décembre 1922) pour s'y faire inscrire. Passé ce délai, la combinaison 1/2 MAD sera fermée comme recrutement.

Les sociétaires de 1/2 MAD sont soumis, pour leur admission, aux mêmes règles que les sociétaires de MAD, mais ils ne payent qu'une demi-cotisation pour ne recevoir qu'une demi-indemnité qui s'ajoute à celle que leur donne la combinaison MA. La limite d'âge d'entrée est fixée à 50 ans.

Article 46. — Tout passage d'une combinaison à l'autre est interdit.

Article 47. — Ancien article 40.

Article 48. — Ancien article 41.

Cancers, Tuberculoses



et Maladies déminéralisantes : **Arthritisme, Entérites chroniques, Dyspepsies, Affaiblissement du Système nerveux**

TRAITEMENT par :

La DOLOMA et L'ŒNOPHOS

(*Hydro-carbonophosphate manganoso-magnésien*) (*Acide phosphorique organique*)

Selon la MÉTHODE de REMINÉRALISATION PHOSPHO-MAGNÉSIENNE des Professeurs DUBARD & VOISENET

2 Cures (10 jours de cure; puis s'arrêter pendant 10 jours et reprendre).

Cure Reminéralisante *Prendre dans la même journée*
- 1° au principal repas **ŒNOPHOS** (*Elixir ou Granulé*) 1 cuiller à café.
- 2° loin des repas **DOLOMA** (*Poudre ou Granulé*) 1 paquet ou 1 cuill à café.
- 3° dans la journée **DOLOMA** (*Ampoules*) 1 injection par jour.

Cure Antidyspeptique
- au principal repas en cas d'Hypoacidité **ŒNOPHOS** (*acide*) (*Elixir ou Granulé*) 2 à 3 cuillers à café.
- loin des repas en cas d'Hyperacidité **DOLOMA** (*alcalin*) (*Poudre ou Granulé*) 2 à 3 paq. ou cuill. à café.

(Communication à l'Académie de Médecine en Avril 1918)

LEB

LABORATOIRE d'ÉTUDES BIOLOGIQUES
DIRECTION COMMERCIALE : *Commandes, Littérature et Echantillons :* PARIS, 18, Boulevard Magenta. — TÉL. NORD 49-75.
DIRECTION SCIENTIFIQUE : *Préparation, Analyses chimiques, biologiques et bactériologiques.* — **DIJON, 29, Place Emile Zola.**

ISTITUTO NAZIONALE MEDICO FARMACOLOGICO — ROME

Bioplastina Serono

Emulsion aseptique de lécithine et lutéines (éthers de cholesterine) pour l'usage hypodermique diluée à 25 % dans le sérum physiologique.

La « **BIOPLASTINA** » est la substance fondamentale des noyaux cellulaires contenant la lécithine et les lutéines (éthers de la cholesterine), les substances phosphorées actives de l'embryon, à l'exclusion des sels, des albuminoïdes et des nucléines

La « **BIOPLASTINA** » est complètement absorbable étant administrée sous la forme identique à celle où ses constituants existent dans les noyaux cellulaires.

La « **Bioplastina Serono** » est vendue en
boîtes de **10 Ampoules** de 1.5 cc. et en
boîtes de **6 Ampoules** de 5 cc.

Les injections se font tous les jours ou tous les deux jours, dans la région fessière.

Pas d'intolérance, les injections sont absolument indolores.

Agiter l'ampoule avant de s'en servir.

Demander la littérature sur les propriétés physiologiques et les usages thérapeutiques de la « **Bioplastina Serono** » à M. SANTONI, 32, rue du Mont-Thabor, à PARIS (1er).

RECOUVREMENTS D'HONORAIRES MÉDICAUX

M. LOUIS AUDEBERT Avocat, *Directeur du Contentieux de Syndicats Médicaux. Administrateur d'immeubles.*

5, rue des Saints-Pères, PARIS, Tél. Saxe 48-53.

Pour toute demande de renseignements, écrire à Me Audebert, en joignant un timbre pour la réponse.

Stations hivernales

Nos lecteurs qui désirent voir leur nom figurer dans la liste que nous publions actuellement sont priés de nous en informer.

Envois de fonds

Pour l'envoi des abonnements et des cotisations aux filiales, nous rappelons que le moyen le plus pratique et le plus économique est le versement au compte de chèques postaux dont voici les nos :

Concours Médical, Paris, 167-95.

Sou Médical, Paris, 182-31.

Mutualité Familiale, Paris, 182-32.

Caisse des pensions de retraites du Corps médical français, Paris, 271-46.

Changements d'adresses

Nous rappelons à nos lecteurs que toute demande de changement d'adresse doit être accompagnée de 0 fr. 75 pour frais de réimpression de bande.

Art. 42. — Tout sociétaire en retard d'une année pour le paiement d'une cotisation cesse de droit de faire partie de la Société.

Il sera, au moins quinze jours à l'avance, mis en demeure par une lettre recommandée.

S'il se libère avant la fin de l'année, il devra, outre la cotisation arriérée, en payer les intérêts calculés à raison *de* 5 %, plus les frais de correspondance, recouvrement et rappel.

S'il ne se libère pas, il est rayé de *la Société* et n'y peut rentrer qu'aux conditions d'une admission nouvelle.

Art. 45. — L'incapacité de travail donnant droit à l'indemnité s'entend de l'impossibilité de sortir pour faire des visites.

Les consultations dans le cabinet restent autorisées, sauf pour les médecins qui bornent l'exercice de leur profession aux consultations. Pour ces derniers, il faut qu'il y ait impossibilité de tout travail.

Pour le médecin qui n'exerce plus la médecine, l'incapacité de travail s'entend de l'obligation de garder la chambre ou le lit, à moins de circonstances exceptionnelles appréciées par le Conseil d'administration.

Art. 47. — Une déclaration accompagnée d'un certificat du médecin traitant doit être adressée au secrétaire général dès le début de la maladie, afin que le contrôle puisse en être exercé en temps opportun.

Cette déclaration devra être faite dans un délai maximum de dix jours ; au-delà de ce délai, le début de la maladie sera considéré comme partant du jour de la déclaration, à moins de raisons majeures qu'appréciera le Conseil d'administration.

Même formalité doit être remplie, dans le délai de trois jours, au moment de la guérison et de la reprise du travail.

Le sociétaire malade devra, en outre, faire parvenir, tous les 15 jours, au secrétaire général, un compte rendu de son état, avec indication de la date probable de la guérison et visa du médecin traitant.

Dans chacun de ces cas, une amende de 2 fr. sera infligée par jour de retard.

Ces amendes sont versées à la Caisse auxiliaire.

Art. 48. — Le Conseil d'administration de la Société a toujours le droit de déléguer un médecin particulier pour procéder aux constatations qu'il jugera nécessaires.

Une indemnité pourra être accordée au médecin ainsi délégué.

Art. 49. — Tout sociétaire qui, par de fausses déclarations ou par sa résistance aux conseils des contrôleurs, abuserait ou tenterait d'abuser des avantages sociaux, pourra être privé par le Conseil de l'indemnité statutaire sauf appel devant l'Assemlbée générale.

Art. 50. — Le montant des indemnités est fixé par le Conseil d'administration dans chacune de ses réunions trimestrielles (fin mars, fin juin, fin septembre, fin décembre).

Ces indemnités sont immédiatement envoyées par le trésorier.

Elles parviennent aux intéressés exemptes de tous frais.

Les sociétaires doivent en accuser réception.

Art. 51. — Il existait antérieurement une combinaison B assurant la participation pendant la vie entière des sociétaires.

Cette combinaison a été fermée le 17 avril 1904 ; elle ne subsiste que pour les anciens sociétaires dont la situation n'est pas changée.

Article 49. — **Ancien article 42.**

.......en payer les intérêts calculés à raison de 0,50 % par mois plus les frais.....

............rayé de la Caisse indemnité maladie-accidents.

Article 50. — **Ancien article 45**

Article 51. — **Ancien article 47.**

.......sera infligée par jour de retard.

Le sociétaire devra, en outre, faire parvenir au secrétaire général, tous les 15 jours dans le cas de maladie aiguë, toutes les six semaines dans le cas de chronicité, un compte rendu de son état.....

Dans tous les cas, ce compte-rendu devra être envoyé du 15 au 25 des mois de mars, juin, septembre et décembre.

En cas de non exécution de ces prescriptions, la délivrance de l'indemnité sera renvoyée au trimestre suivant et une amende de cinq francs par jour de retard pourra être infligée au sociétaire négligent.

Ces amendes seront versées.....

Article 52. — **Ancien article 48.**

Article 53. — **Ancien article 49.**

Article 54. — **Ancien article 50.**

Article 55. — **Ancien article 51.**

Troisième paragraphe supprimé.

Toutefois le chiffre de la cotisation qu'ils versaient est modifié en conséquence de l'inventaire actuariel prévu par l'article 24.

Il est permis aux adhérents inscrits à la combinaison B d'entrer à la combinaison R de la Caisse des Pensions. La différence des primes entre la combinaison B et la combinaison A qui reste seule en vigueur, leur est alors remboursée à titre de ritsourne et en déduction sur la première cotisation de la combinaison R.

Tableau des cotisations de la combinaison B.

Age d'entrée —	Cotisation annuelle fr.	Âge d'entrée —	Cotisation annuelle fr.
25 ans	65	45 ans	101
26 —	67	46 —	104
27 —	68	47 —	106
28 —	69	48 —	109
29 —	70	49 —	112
30 —	72	50 —	114
31 —	73	51 —	117
32 —	75	52 —	120
33 —	76	53 —	123
34 —	78	54 —	126
35 —	80	55 —	129
36 —	82	56 —	133
37 —	84	57 —	136
38 —	86	58 —	139
39 —	88	59 —	143
40 —	90	60 —	146
41 —	92	61 —	149
42 —	94	62 —	153
43 —	96	63 —	157
44 —	99	64 —	165

Supprimé.

A partir du 1er janvier 1922, ces cotisations sont ainsi fixées :

Tableau des cotisations de l'ancienne combinaison B.

Age de l'entrée —	Cotisation annuelle	Age de l'entrée —	Cotisation annuelle
25 ans	98	45 ans	152
26 —	100	46 —	156
27 —	102	47 —	159
28 —	104	48 —	164
29 —	106	49 —	168
30 —	108	50 —	172
31 —	110	51 —	176
32 —	112	52 —	180
33 —	114	53 —	185
34 —	117	54 —	190
35 —	120	55 —	195
36 —	123	56 —	200
37 —	126	57 —	204
38 —	129	58 —	209
39 —	132	59 —	214
40 —	135	60 —	219
41 —	138	61 —	224
42 —	141	62 —	229
43 —	144	63 —	236
44 —	149	64 —	249

NOTA. — *L'article* 52 *devient l'article* 56 *et la concordance reprend avec cette différence de quatre dans la numération des articles.*

SECTION II

CAISSE DES PENSIONS DE RETRAITES.

Combinaisons P et R.

ART. 52. — La Caisse des pensions de retraite sert à ses adhérents une pension annuelle et viagère.

Elle est ouverte à tous les médecins français ou naturalisés français, diplômés d'une faculté française.

Elle admet les femmes des membres qui font eux-mêmes partie de la Société.

La combinaison R qui sert la pension à 65 ans. La limite d'entrée est de 50 ans.

Malgré cette limitation d'âge destinée au calcul des primes pour les retraites à 60 et 65 ans, il sera toujours possible d'entrer à la *Caisse à quelque âge que ce soit*, en versant une cotisation spécialement calculée par l'actuaire pour une pension qui sera servie 15 ans plus tard.

ART. 55. — Dans ces diverses combinaisons, la part de pension est de cent vingt francs.

Le sociétaire peut souscrire le nombre de parts qui lui convient, sans cependant que ce nombre puisse dépasser *dix* (*soit* 1.200 *fr. de pension*).

Sera considéré comme interruption le non-paiement d'une annuité.

Tout retard de plus d'un mois dans le paiement de la cotisation entraîne, pour le retardataire, le paiement d'une indemnité mensuelle complémentaire de 0 fr. 50 % *de la cotisation par mois représentant les intérêts viagers et les frais de correspondance et de rappel.*

ART. 62. — Le remboursement des cotisations contre-assurées est fait aux ayants droit sur la production des pièces justifiant leur qualité d'héritiers.

SECTION II

CAISSE DES PENSIONS DE RETRAITE

Combinaisons P et R.

Article 56. — Ancien article 52.
Suppression du deuxième paragraphe.

Article 58. — ....d'entrer à la combinaison R à quelque âge que ce soit......

Article 59. — ....que ce nombre puisse dépasser vingt parts (soit 2.400 fr. de pension).

Article 62. — ....le paiement d'intérêts moratoires calculés à raison de 0 fr. 50 % par mois, plus les frais de correspondance, recouvrement et rappel.

Article 66. — Ce remboursement comprend la totalité des cotisations versées pour la retraite et la contre-assurance à l'exclusion des sommes versées pour frais de gestion.

Ce remboursement comprend la totalité des primes versées pour la retraite et la contre-assurance, à l'exclusion des sommes prélevées pour frais de gestion.

Tableaux des cotisations

1° *Combinaison P. — Retraite à* 60 *ans.*
Prime annuelle à verser pour jouir d'une retraite de cent vingt francs.

Age d'entrée	Nombre de primes à verser	Primes simples	Primes contre-assurées
25 ans	35	14 90	18 60
26 —	34	15 70	19 60
27 —	33	16 50	20 60
28 —	32	17 40	21 80
29 —	31	18 40	23 »
30 —	30	19 50	24 30
31 —	29	20 60	25 70
32 —	28	21 90	27 20
33 —	27	23 20	28 80
34 —	26	24 70	30 60
35 —	25	26 30	32 50
36 —	24	28 10	34 60
37 —	23	30 »	36 80
38 —	22	32 10	39 30
39 —	21	34 50	42 10
40 —	20	37 10	45 10
41 —	19	40 »	48 50
42 —	18	43 30	52 20
43 —	17	47 »	56 40
44 —	16	51 20	61 10
45 —	15	55 90	66 50

En raison de la longévité plus grande, la cotisation est majorée de 5 % *pour les sociétaires femmes.*

2° *Combinaison R. — Retraite à* 65 *ans.*

Prime annuelle à verser pour jouir d'une retraite de cent vingt francs.

25 ans	40	8 40	11 40
26 —	39	8 80	12 »
27 —	38	9 20	12 60
28 —	37	9 70	13 20
29 —	36	10 20	13 90
30 —	35	10 80	14 70
31 —	34	11 40	15 60
32 —	33	12 »	16 40
33 —	32	12 70	17 30
34 —	31	13 50	18 40
35 —	30	13 40	19 40
36 —	29	15 10	20 50
37 —	28	16 10	21 80
38 —	27	17 10	23 10
39 —	26	18 20	24 60
40 —	25	19 50	26 30
41 —	24	20 80	28 »
42 —	23	22 30	29 90
43 —	22	23 90	31 90
44 —	21	25 70	34 20
45 —	20	27 80	36 80
46 —	19	30 »	39 60
47 —	18	32 60	42 80
48 —	17	34 60	46 30
49 —	16	38 80	50 30
50 —	15	42 60	31 80

Pour les sociétaires femmes, majoration de 5 % *de même qu'au tableau précédent.*

Tableaux des cotisations.

1° *Combinaison P. — Retraite à* 60 *ans.*
Cotisation annuelle à verser pour jouir d'une retraite de cent vingt francs.
Maximum 20 *parts.*

Age d'entrée	Nombre de cotisations à verser	Cotisations simples	Cotisations contre-assurées
26 ans	34	11 90	14 »
27 —	33	12 60	14 90
28 —	32	13 60	15 90
29 —	31	14 40	16 90
30 —	30	15 40	18 10
31 —	29	16 40	19 30
32 —	28	17 60	20 70
33 —	27	18 80	22 20
34 —	26	20 20	23 70
35 —	25	21 70	25 50
36 —	24	23 40	27 40
37 —	23	25 20	29 50
38 —	22	27 20	31 80
39 —	21	29 50	34 40
40 —	20	32 »	37 20
41 —	19	34 70	40 40
42 —	18	37 90	43 90
43 —	17	41 50	47 90
44 —	16	45 50	52 40
45 —	15	50 10	57 50

Suppression de la majoration pour les femmes.

2° *Combinaison R. — Retraite à* 65 *ans.*

Cotisation annuelle à verser pour jouir d'une retraite de cent vingt francs.

Maximum 20 *parts.*

Age d'entrée	Nombre de cotisations à verser	Cotisations simples	Cotisations contre-assurées
25 ans	40	6 40	7 90
26 —	39	6 80	8 40
27 —	38	7 20	8 90
28 —	37	7 70	9 50
29 —	36	8 20	10 10
30 —	35	8 70	10 80
31 —	34	9 30	11 50
32 —	33	9 90	12 30
33 —	32	10 60	13 10
34 —	31	11 30	14 »
35 —	30	12 10	15 »
36 —	29	12 90	16 10
37 —	28	13 90	17 20
38 —	27	14 90	18 50
39 —	26	16 »	19 90
40 —	25	17 20	21 40
41 —	24	18 60	23 »
42 —	23	20 10	24 90
43 —	22	21 70	26 90
44 —	21	23 60	29 10
45 —	20	25 60	31 60
46 —	19	27 90	34 30
47 —	18	30 50	37 40
48 —	17	33 50	40 90
49 —	16	36 90	44 80
50 —	15	40 80	49 30

Suppression de la majoration pour les femmes.

SECTION III

CAISSE DES VEUVES ET DES ORPHELINS.

Combinaison V.

ART. 69. — Tout retard de plus d'un mois dans le versement de la cotisation entraîne pour le retardataire le paiement d'*une indemnité mensuelle complémentaire de 0,50 % de cotisation par mois, représentant les intérêts et les frais de correspondance et de rappel.*

Article 73. — .... le paiement d'intérêts moratoires calculés à raison de 0 fr. 50 % par mois plus les frais de correspondance, recouvrement et rappel.

VARIÉTÉS

Les commandements du praticien sur les substances dites stupéfiantes.

Confrères, prenez garde !

Quelques semaines de prison, quelques milliers de francs d'amende, quelques années d'interdiction d'exercice de la médecine, tel est le bilan des peines qui devraient régulièrement orner mon casier judiciaire.

Et tout cela parce que j'ai omis, dans des ordonnances de stupéfiants, ou de prendre une de mes ordonnances à en-tête, ou d'indiquer le nom, ou le mode d'emploi, etc.

Un prétendu ami de Hermes, le sympathique Bastide, un peu effrayé des menaces de l'inspecteur de surveillance, m'envoya ce petit poulet destiné à me rappeler à la réalité des lois, et à affirmer sa réputation d'homme d'esprit.

Voici la chose :

Lorsqu'à ton client tu croiras,
Devoir prescrire un stupéfiant,
D'abord tu te rappelleras
Les lois et décrets menaçants.
Et pour le Potard écriras
Ton ordonnance prudemment.
Sur du papier qui portera
Ton patronyme et logement !
En toutes lettres tu mettras,
La dose du médicament.
Qui jamais ne dépassera
Au plus sept jours de traitement.
Le mode d'emploi tu joindras
En détail, puis de ton client,
Nom et domicile inscriras
Et presque son signalement.
Tu signeras et dateras
Avec soin et lisiblement.

Ce faisant, tu mériteras,
Du Potard les remerciements.
Et surtout tu t'épargneras,
Les foudres du Gouvernement !

A méditer, à un moment où les parquets donnent des ordres répétés aux inspecteurs pour leur amener des délinquants. Confrères ! prenez garde.

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations.

— La Société de secours mutuels et de retraites pour femmes et enfants de médecins, a tenu sa séance trimestrielle le jeudi 6 octobre au siège social, 5 rue de Surène, sous la présidence de Mme Butte, présidente, assistée du Dr Darras, président de la Société centrale de l'association générale des médecins de France. Mme Butte a fait appel au Corps médical et sollicité sa collaboration à une œuvre intéressante entre toutes, puisqu'elle est la seule unissant dans un même groupement les femmes, veuves et enfants de médecins.

Le but principal de la Société est de constituer à 55 ou à 60 ans une retraite de 360 francs pour tous ses membres participants qui cotisent pour la retraite : les primes varient suivant un barême établi par la Caisse nationale des retraites pour la vieillesse.

Il existe, en outre, une seconde catégorie de membres participants non cotisant pour la pension, qui ont droit — sauf la retraite — aux mêmes avantages, c'est-à-dire, en cas de besoin, à l'aide matérielle de la Société ; leur cotisation annuelle est de dix francs.

M. le Secrétaire général a exposé la situation de la Société et remercié les membres honoraires qui, par leurs souscriptions, contribuent à la prospérité de l'Œuvre sans participer à ses avantages.

La seule condition exigée des femmes, veuves (même remariées) et enfants de médecins, pour faire partie de la Société est d'être français ou naturalisé français et présenté par deux sociétaires.

Pour les adhésions, demandes de statuts et de renseignements s'adresser au Dr Abel Watelet, secrétaire général, 5 rue de Surène, Paris 8e.

Le Directeur-Gérant : Dr GASSOT.

Clermont (Oise). — Imprimerie DAIX et THIRON
THIRON et FRANJOU, Successeurs.
Maison spéciale pour publications périodiques médicales

« Avez-vous assisté à une évolution bacillaire chez l'époux survivant au conjoint mort de T. P. ?

Le *Concours médical* si répandu chez tous les praticiens, est, nous semble-t-il, qualifié pour procéder à un tel referendum.

L'opinion des médecins praticiens, aura une valeur incontestable, car elle sera faite d'après des observations consacrées par le temps.

Si la Clinique, art éminemment français, a encore quelque valeur, l'heure est venue de l'affirmer.

L'amygdalite cryptique maladie générale

Le *Concours médical* du 2 octobre dernier a publié l'analyse d'un article de M. Guisez, paru dans la *Gazette des Hôpitaux*, du 21 juillet 1921. Beaucoup de praticiens ont sûrement observé des troubles généraux au cours de l'amygdalite cryptique.

Pour ma part, j'en ai observé de nombreux cas dans ma clientèle et j'ai remarqué les symptômes que décrit si minutieusement M. Guisez.

Comme, quelquefois, les parents hésitaient devant l'intervention, comme d'autrefois les amygdales ne me paraissaient pas suffisamment hypertrophiées pour nécessiter un morcellement, j'ai appliqué un traitement médical fort simple et que je soumets à l'observation judicieése de mes confrères.

1° Nettoyage des cryptes tonsillaires, comme l'indique d'ailleurs, M. Guisez, enlever chaque jour les magmas qui s'accumulent dans les cryptes et se reforment rapidement ;

2° Le matin au réveil et le soir avant le coucher de l'enfant, gargarismes avec (pour un enfant de 6 à 9 ans), un demi-verre d'eau bouillie tiède additionnée d'une cuillerée à café d'eau de Salies-de-Béarn (employer les eaux-mères pour compresses), les gargarismes doivent être continués journellement, sans défaillance depuis les premiers froids jusqu'aux premières chaleurs.

3° En été, donner des bains salés à domicile avec friction stimulante après le bain, ou mieux faire une saison à Salies-de-Barn.

Comme l'amygdalite lacunaire caséeuse évolue sur un terrain lymphatique, il n'est pas étonnant de voir réussir une médication qui s'appuie sur les vertus des eaux de Salies-de-Béarn et qui m'a toujours donné des résultats.

Dr J. FICAT.

Moncrabeau (L.-et-G.).

La défense des stations françaises.

Bravo ! pour vos articles dans le *Concours médical* concernant les stations thermales. Je reviens de Vichy, enchanté et nullement estampé, ayant trouvé dans un hôtel de second ordre tout le confort et l'hy-

giène désirables. Tous ne reviennent pas avec ces sentiments des stations thermales boches, soit dans le pays occupé, soit en bochie non occupée. Et ils sont, hélas ! trop nombreux ceux de nos deux provinces qui mettaient le change au-dessus de leur patriotisme. Je connais Baden-Baden et Nauheim, naturellement d'avant l'armistice ; mais Vichy n'a vraiment rien à leur envier.

D. F.

NOTES DE PRATIQUE QUOTIDIENNE

La scoliose et la volonté.

On peut ce que l'on veut : cela est encore vrai pour le traitement de certaines scolioses. — Mademoiselle, tenez-vous droite ! — on a mille fois raison de faire appel à la volonté de la fillette, en attitude vicieuse. Mais cette injonction n'est suivie d'aucun résultat parce que la personne qui l'édicte n'a *aucune volonté* de succès, et que l'enfant à qui elle est adressée n'a *aucune conviction* de la nécessité du mouvement à exécuter.

En examinant systématiquement les enfants à nu, on a tôt fait de noter combien les scolioses d'origine musculaire sont fréquentes. *Or, tout muscle strié est soumis à la volonté.*

Donnez à ce muscle déficient le seul aliment physiologique qui lui convienne : le mouvement, et vous augmenterez sa valeur. Il faut donc *persuder l'enfant* qu'il lui est nécessaire de pratiquer certains mouvements qui lui seront indiqués. Il faut que ce soit *le médecin lui-meme* qui prenne la peine de les faire exécuter et que, durant tout le temps de la séance, pas un instant, le médecin ne cesse d'exercer une action constante, tant physique que psychique, sur le petit malade en traitement.

L'enfant étant à nu, une première manœuvre consistera à lui fai e exécuter *la marche sur la pointe des pieds*, les mains étant apposées sur la nuque, les bras en large abduction. Cette premiè e manœuvre donne des résultats de statique immédiats et des plus faciles à constater, même chez des enfants ayant une convexité de 2 à 3 cm. Pendant cette marche ainsi réglée, faire faire des mouvements d'inspiration profonde. Encourager l'enfant durant toute la durée de cette marche, corriger la moindre défectuosité en commandant une légère inflexion, soit à droite, soit à gauche.

Au bout de cinq minutes (ce qui est très long, faire allonger l'enfant en décubitus dorsal avec *inflexion latérale de correction.* Continuer les

inspirations profondes suivies d'une expiration lente.

Ayez une échelle verticale de deux mètres de hauteur, de 70 cm. de large et dont les barreaux présenteront un écartement de 15 cm. L'enfant doit gravir cette échelle de façon telle que, les deux mains étant sur un barreau différent, de même les deux pieds (mains et pieds ayant dans le sens horizontal le maximum d'écart permis par l'échelle), à un moment précis, *la scoliose apparaît comme complètement réduite*. A ce moment, vous faites contracter tous les muscles du petit malade, la partie antérieure du corps bien appliquée contre l'échelle. On commande dix inspirations profondes et l'on fait redescendre l'enfant aussi lentement qu'il est monté.

Dès ce moment, le médecin ne cesse d'encourager, de stimuler l'enfant. Puis, au moment même où l'enfant pose le pied sur le sol, il saisit vigoureusement à la taille et l'oblige à le maintenir contractés ses muscles de la masse lombo-dorsale. Aussitôt, l'enfant s'élève sur la pointe des pieds et replace ses mains derrière la nuque et la marche recommence.

Repos allongé en décubitus dorsal avec inflexion latérale de correction.

Une deuxième manœuvre consistera à faire pratiquer à l'enfant une série de mouvements tels qu'ils doivent être réalisés au moyen d'un levier à contre poids (type app. Sylvain Albert) Abduction, adduction, flexion, circumduction, etc., sont alors possibles et le contre-poids est gradué suivant l'effort à obtenir pour arriver à la correction totale. De plus amples développements nous feraient sortir du cadre familier de ses simples notes de pratique quotidienne.

R. MOLINÉRY.

DOCUMENTS OFFICIELS

A L'OFFICIEL

Vacance de directeur de Bureau d'hygiène.

Aux termes du décret du 3 juillet 1905 portant réglementation des bureaux municipaux d'hygiène, les directeurs de ces bureaux doivent être nommés par les maires parmi les personnes reconnues aptes, à raison de leurs titres, par le conseil supérieur d'hygiène puplique de France.

Conformément à cette disposition et aux prescriptions de la circulaire ministérielle du 23 mars 1906 destinées à en assurer l'application, la vacance de directeur du bureau muni-

cipal d'hygiène est déclarée ouverte pour la ville de Roanne (Loire).

Le traitement alloué est fixé à 16.000 fr. par an.

Les candidats ont un délai de vingt jours à compter de la présente publication pour adresser au ministère de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales (direction de la santé publique et de l'hygiène sociale, 2e bureau), leurs demandes accompagnées de tous les titres, justifications ou références permettant d'apprécier leurs connaissances scientifiques et administratives, ainsi que la notoriété acquise par eux dans des services analogues ou des fonctions antérieures. Cette candidature s'applique exclusivement au poste envisagé.

A la demande doit être jointe une copie certifiée conforme des diplômes obtenus ; l'exposé des titres doit être aussi détaillé que possible et accompagné d'un exemplaire des ouvrages ou articles publiés. Les candidats peuvent, en outre, demander à être entendus par la commission du conseil supérieur d'hygiène.

(*J. O.*, 22 *octobre* 1921.)

I

Questions et réponses parlementaires.

L'allocation des secours aux femmes en couches et des secours d'allaitement.

10305. — M. Chaussy, député, demande à M. le ministre de l'hygiène : 1° s'il est exact que le secours d'allaitement doit être refusé aux femmes qui le réclament lorsque celles-ci ont omis, par ignorance de la loi, de réclamer le secours de grossesse et de couches ; 2° s'il ne serait pas possible, par affiches rédigées brièvement et placées en évidence dans les mairies, d'instruire, les intéressées de leurs droits en cette matière. (*Question du* 18 *octobre* 1921.)

Réponse. — 1° La loi du 24 octobre 1919, qui a institué les allocations temporaires d'allaitement, a expressément subordonné l'octroi de ces allocations à l'admission préalable à l'assistance aux femmes en couches. En l'état actuel de la législation, il n'est donc pas possible d'accorder les allocations d'allaitement aux femmes qui, pour une raison quelconque, n'ont pas sollicité et obtenu le bénéfice de l'assistance aux femmes en couches. Une proposition de loi de M. Bernier, député, tendant à étendre le bénéfice de la loi du 24 octobre 1919 à toute Française privée de ressources suffisantes qui allaiter son enfant au sein, même si elle n'a pas été précédemment admise à l'assistance aux femmes en couches, a été adoptée par la Chambre des députés, dans sa séance du 14 juin 1920, mais est encore en instance devant le Sénat ; 2° des instructions ont été envoyées aux préfets pour assurer,

dans toutes les communes de France, la plus large publicité possible aux différentes lois d'assistance sociale, et notamment aux lois des 17 juin 1913 et 24 octobre 1919. D'autre part, le ministre de l'hygiène a encouragé la diffusion des affiches ou tracts dans les communes, destinés à renseigner la population sur leurs droits en matière d'assistance.

II

10306. — M. Delory, député, signale à M. le ministre de l'hygiène qu'une femme a dû abandonner, dès après ses couches, son enfant à l'assistance publique. Cette femme a fait une demande en vue de bénéficier des allocations prévues par la loi du 17 juin 1913 (femmes en couches) et elle présente par ailleurs les conditions requises pour être admise au bénéfice de cette loi ; demandant si le fait d'avoir abandonné son enfant à l'assistance publique est suffisant pour motiver un refus d'inscription sur la liste des bénéficiaires de la loi du 17 juin 1913 ou une radiation de cette liste, et s'il n'y aurait pas là une interprétation erronée de la loi, alors que celle-ci a voulu venir en aide aux femmes pour leur permettre de prendre, avant et après leurs couches, le repos nécessaire, alors surtout que la loi interdit aux femmes accouchées de travailler durant les quatre semaines qui suivent leurs couches, et ceci, quel que soit le sort de l'enfant. (*Question du 18 octobre* 1921.)

Réponse. — La loi du 17 juin 1913 a eu pour but principal la protection de l'enfant en fournissant à la mère le moyen de se reposer et de donner à son enfant tous les soins indispensables. Aux termes de l'article 4, *in fine*, de ladite loi, l'allocation « ne peut, à un moment quelconque, être accordée ou maintenue que si l'intéressée... prend, pour son enfant et pour elle-même, les soins d'hygiène nécessaires, conformément aux instructions que lui donnera, à cet effet, la personne désignée par le bureau d'assistance ». Une mère qui abandonne son enfant à l'assistance publique se trouve dans l'impossibilité matérielle de lui continuer ses soins, et, par suite, ne peut prétendre au bénéfice des allocations instituées par la loi, une des conditions essentielles de l'attribution ou du maintien desdites allocations faisant défaut.

(*J. O.*, 20 *octobre* 1921.)

Préfecture de la Seine.

DIRECTION
DE L'HYGIÈNE, DU TRAVAIL
ET DE
LA PRÉVOYANCE SOCIALE

LABORATOIRE D'HYGIÈNE
DE LA VILLE DE PARIS
1 *bis, rue des Hospitalières-Saint-Gervais*
PARIS (IVe)
Téléphone : *Archives* 20-73

Ouvert tous les jours, de 8 h. à 20 heures, dimanches et fêtes, de 10 h à 16 heures.

Paris, le 30 *septembre* 1921.

Honoré Confrère,

J'ai l'honneur de vous informer qu'en application d'une délibération du Conseil municipal de la Ville de Paris en date du 13 juillet 1921, il a été décidé qu'à *partir du* 1er *octobre* 1921 les examens bactériologiques et analyses effectués, sur la demande des médecins, par le Laboratoire d'hygiène de la Ville de Paris, seront soumis au paiement des redevances suivantes :

Examens bactériologiques :

10 francs pour toute opération ne réclamant qu'un examen microscopique direct sur lame après coloration ;

20 francs pour toute opération réclamant une culture, un séro-diagnostic, la recherche de la fixation du complément, l'homogénéisation des crachats ;

30 francs pour toute opération réclamant une inoculation.

Aucune redevance ne sera exigée pour les examens bactériologiques demandés :

a) Par les malades pourvus d'un certificat d'indigence délivré par le maire de leur domicile ;

b) Par les médecins des dispensaires publics ou privés, par les médecins des dispensaires de l'Assistance publique, de l'Office public d'hygiène sociale, par les médecins inspecteurs des écoles ;

c) Par toute personne signant une déclaration qu'elle n'est pas en mesure d'acquitter le montant de la redevance. Cette déclaration devra indiquer le chiffre du loyer et elle sera contrôlée, aux fins de recouvrement ultérieur, si elle est reconnue fausse.

Les frais d'envoi de ces résultats, par lettre ou par télégramme, restent, comme par le passé, à la charge des intéressés.

Le Chef de service,

Dr R. CAMBIER.

Le VIN GIRARD

IODOTANNIQUE PHOSPHATÉ

SUCCÉDANÉ DE L'HUILE DE FOIE DE MORUE

est le véritable

SPÉCIFIQUE DU LYMPHATISME

cnez les Enfants et les Adultes

Le **VIN GIRARD**, de l'aveu des milliers de praticiens qui le prescrivent journellement, est un des modes d'administration de l'iode les plus parfaits. L'iode, en combinaison avec le tanin, est facilement assimilable, très actif, et n'occasionne jamais ni irritation des voies digestives, ni accidents d'iodisme. D'un dosage rigoureux, d'une conservation parfaite, le **VIN GIRARD** est, de plus, d'un goût fort agréable et toujours pris avec plaisir.

Sa haute teneur en lacto-phosphate de chaux lui permet de lutter contre cette déminéralisation de l'organisme, dont le professeur ROBIN a montré le rôle prédisposant à la tuberculose.

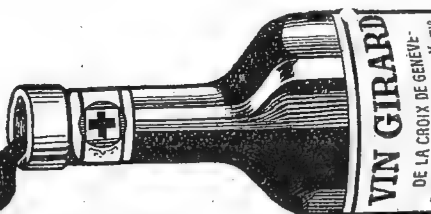
LYMPHATISME, MALADIES DE POITRINE

ENGORGEMENTS GANGLIONNAIRES

TUBERCULOSE



UN VERRE A MADÈRE AVANT LE REPAS



VIN GIRARD

48, Rue d'Alésia, PARIS

QUARANTE-TROISIÈME ANNÉE — N° 46 — DIMANCHE 13 NOVEMBRE 1921

Fondé en 1879 par Auguste CÉZILLY
Rédigé et dirigé par H. JEANNE (1900-1914).

LE CONCOURS MÉDICAL

ORGANE HEBDOMADAIRE DES PRATICIENS
Groupés dans la Société « **Le CONCOURS MÉDICAL** » *et ses Filiales*

ADMINISTRATION & PUBLICITÉ
C. BOULANGER, ADMINISTRATEUR

ABONNEMENTS :

France	24 fr.
Etranger	28 »
Etudiants (*France*)	12 »
Le numéro	50 cent.

Chèques Postaux Paris 167-95

DIRECTION
MM. les Drs A. GASSOT, *Directeur*; A. MAURAT ; H. CEZILLY ; J. NOIR ; P. BOUDIN docteur en droit ; M. VIMONT ; G. DUCHESNE.
MM. P. CEZILLY, J. DUMESNY, licenciés en droit ; C. BOULANGER.

RÉDACTION
Dr J. NOIR, RÉDACTEUR EN CHEF
Drs P. LACROIX et G. DUCHESNE, SECRÉTAIRES DE LA RÉDACTION

N.-B. — Les manuscrits publiés ou non, ne sont pas rendus.



...tion et Administration : 132, rue du Faubourg St-Denis, PARIS (10e). Téléphone : Nord 48-17

Quarante-troisième année. N° 46 13 Novembre 1921.

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

Office de Renseignements du « Concours »

Membres du Concours exerçant dans les stations hivernales

Nous rappelons à nos adhérents qu'il y a lieu de nous informer chaque année de leur désir de voir figurer leur nom sur cette liste.

MM. les docteurs :

Alger : Picard.
Antibes : Ribes.
Arguel (Doubs) : H. et J. Bon.
Bandol : Marçon.
Beaulieu : Ricoux, Bertier, Ubaud.
Beausoleil : Audoly, Pizard,
Biarritz : Berne, Clavel Pierre.
Cambo-les-Bains : Colbert, Hamant.
Cannes : Abadie, Argueyrolles. Baradat, Bayle, Caruette, Fournier, Kent-Gazet, Verdalle.
Cannet (Le), près Cannes : Comoy, Oudaille.
Cap-d'Ail : Lyons.
Chambon-de-Tence (Le) : Riou.
Fréjus : Turcan.
Grasse : Bossuet, Perrimond.
Hyères : La Bonnardière, Mauranges, Minelle, Pierrhugues, Vidal.
Juan-les-Pins-Antibes : Stef.
La Seyne : Grandjean J. M., Jaubert.
Menton : Coubard, P. de Langennagen.
Monte-Carlo : P. Gasquet, Vivant.
Nice : Ardoin, Baillon, Pr S. Baudry (*oculiste*), Cauvin, Chatenoud, Auguste Colin, Constant, Delocque-Fourcaud, Dormoy, Gaudichon (*oto-laryng.*) Gruzu, Henry (*Rayons X*), Kent-Monnet, Larue, Leriche Em., Liotard, Noble J., Pietri, Sorel (*gyn. chir.*)
Oran : Paire.
Pau : Bajac, Carcy.
St-Raphaël-Valescure : Caldaguès, Vadou.
Toulon : Pignet (*urol. derm.*).

DON. — Nous avons reçu à titre de don à la Société civile du *Concours médical*, de M. le Dr Bonnaud, de Ruffec (Charente), la somme de cinq francs pour bons offices du journal.

AVIS

Tout médecin sollicité par la municipalité de Bolbec (Seine-Inférieure) de s'installer dans cette ville sous la promesse d'un traitement municipal se refusera à faire le jeu de cette administration contre des confrères qui suffisent largement aux besoins de la population. Se renseigner auprès du Dr du Pasquier, président du Syndicat du Havre.

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum, aux* « demandes et offres ».

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne, qui est versé dans la caisse de la Société civile du Concours Médical). *Adresser un mandat ou mieux verser au compte de chèques postaux,* CONCOURS MÉDICAL, *Paris 167-95.*

Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse.**

No 545. — A vendre. Dynamo d'écl. « Phi » 12 v. 18 amp. av. Conj. Disp. et batt. accus. Eyquem. Carburat. Zenith no 36. Auto Brasier 10-12 HP, 1914, 2 pl. av. spider. exc. grimpeuse, rob. t. bon état. Prix intéressant.

No 546. — Jolie conduite intre Voisin 8-10 HP. 2-3 places modèle 1920, état neuf, à vendre 11.000 fr. Dr Garet, Aillant-s.-Tholon. (Yonne).

No 547. — Cause achat voiture plus forte, à vendre Charron. 6-8 HP. Ecl. dém., élect. Cond. Int. 3 pl. mod. 1921. Dr Roussel, 6, rue Chantilly, Paris (9e).

No 548. — Infirmière diplômée, médaille d'honneur, assistante pour chirurgiens et spécialistes, aiderait docteur, ferait piqûres, pansements, sondages, ventouses, massages, en ville.

No 549. — Poste vacant, suite de décès, libre immédiatement, Pas-de-Calais, environs de Saint-Omer, région industrielle, avec fixe d'un établissement important de l'Etat (poudrerie), et belle clientèle indépendante. On y fait également la pharmacie.

N° 550. — A vendre radium-bromure 50 milligr. Certificat Curie, 40.000 fr.

N° 551. — A vendre 30.000 fr. conduite intérieure Renault, 4 places, 12-15 HP. 1920, parfait état.

N° 552. — Infirmière diplômée, 33 ans, active, demande situation France ou Colonies. Références. Ecrire Mme Vve Josse, 26, rue Just-Viel, Le Havre.

N° 553. — Conduite intérieure, 2 places, carros. française très soignée sur Ford surbaissée. Ecl. et démarrage, phares et lanternes français. 5 roues détachables, 14.000 francs.

N° 554. — Infirmière cherche emploi dans clinique ou dans clientèle de médecin.

N° 555. — A vendre Peugeot 14 HP, 5 places, 15.000 fr. Dr Goujon, 156, cours Tolstoï, Villeurbanne.

N° 556. — Très bon poste campagne seul médecin faisant pharmacie. Clientèle très ancienne. Très gros produit. Petit rayon. Belle maison avec confort moderne. S'adresser Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris.

N° 557. — Région Est, poste seul médecin, pro-pharmacien. Rapp. 20.000 fr. sans pharm. Loyer gratuit. Très belle maison bourgeoise. Pays riche et agréable. On traite avec 5.000 fr. comptant. S'adresser Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris.

N° 558. — Occasion machine à écrire portative. Etat de neuf. S'adresser Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris.

CORRESPONDANCE

MUTUALITÉ FAMILIALE

AVIS

Aux Membres de la Combinaison M A.

Tous les membres de M. A. qui n'auront pas dépassé 50 ans en 1922, c'est-à-dire qui seront nés depuis le 1er janvier 1872, auront la faculté d'adhérer à la nouvelle Combinaison demi M. A. D., qui leur double les avantages de la Combinaison M. A., jusqu'au 31 décembre 1922.

Assujettissement à la loi sur les accidents du travail.

Je vous serais reconnaissant de vouloir bien me donner le renseignement suivant :

Un ouvrier maréchal-ferrant, victime d'un accident du travail, doit-il être assimilé pour l'établissement des tarifs aux ouvriers d'usine ou aux ouvriers agricoles ? Doit-on, en un mot, lui appliquer le tarif Breton ou le tarif local. Le patron a un ou deux ouvriers.

Dr S.

Réponse.

Un maréchal-ferrant n'est pas un agriculteur, mais un petit industriel, ayant légalement la qualité de commerçant, patenté, et il doit être assujetti à la législation spéciale sur les accidents du travail.

Il n'en serait autrement que s'il travaillait seul d'ordinaire et ne pouvait être considéré que comme un ouvrier, même s'il usait accidentellement de la collaboration d'un ou de plusieurs de ses camarades.

Comme le maréchal-ferrant dont il est ques-

tion dans votre lettre emploie habituellement un ou deux ouvriers, nul doute qu'il ne soit assujetti à la loi sur les accidents du travail et qu'il n'y ait lieu d'appliquer le Tarif Breton, en cas d'accident survenu à l'un de ses ouvriers, si c'est celui-ci qui vous a choisi.

Application du Tarif Breton.

I

Je vous serais très reconnaissant de bien vouloir me donner votre avis sur le cas suivant :

Un ouvrier reçoit un choc violent au niveau de la région fronto-pariétale. En raison de la violence du choc, et malgré l'absence de signes nets de fracture du crâne, j'ai des doutes et pratique une incision de la région traumatisée. L'examen et les touchés me montrent qu'il n'existe ni fracture ni fissure. Suture immédiate aux crins de Florence. Pansement aseptique.

Quel prix dois-je compter pour cette intervention que je ne trouve pas mentionnée au tarif Breton ?

Dr D.

Réponse.

En somme, vous avez fait une incision exploratrice que vous avez suturée ensuite. Je ne vois rien de semblable indiqué dans le tarif et cela s'explique. Comme « analogie », vous pourriez trouver, dans les « Avis » de l'arrêté Ministériel du 28 juin 1921 : « Incision d'hématome superficiel = 20 fr. ». C'est je crois le plus rationnel.

Dr F. Decourt.

II

Comme membre du « Sou médical », j'ai l'honneur de venir vous demander les renseignements suivants en matière d'accidents du travail.

Quels prix dois-je demander :

1° Pour une ponction d'hématome volumineux de la face antérieure de la cuisse (2 ponctions successives ont été nécessaires).

20 fr. ou 100 fr. ? Arrêté Ministériel du 28 juin 1921.

2° Un blessé présente trois plaies : une de la région fronto-sourcilière (3 points de suture), une de la paupière supérieure (2 points de suture), une de la paupière inférieure (1 point de suture).

Comment établir ma note d'honoraires pour ces 3 sutures faites dans la même séance ?

3° Un blessé présente un volumineux adéno-phlegmon de la région sus-épitrochléenne droite. L'incision étendue et profonde doit porter jusque sur le ganglion même. Dois-je compter pour cette intervention, ouverture d'abcès superficiel *ou* profond : 20 fr. ou 100 fr., art. 17. ?

4° Un autre blessé présente une hydrosadénite

profonde de l'aisselle droite ayant nécessité une recherche difficile du ganglion en vue de l'ouverture.

Même question que pour le blessé précédent.

Dr B.

Réponse.

A. Questions 1, 3, 4. — Combien vous m'embarrassez, confrère, avec ces trois questions. Comment voulez-vous, que, de loin, sans connaître les faits exacts, je puisse trancher ces questions techniques ? Essayons, cependant, d'en raisonner objectivement. Pour votre no 1, si l'hématome siégeait « à la face antérieure de la cuisse », il paraît superficiel par définition. De même pour votre no 3, où votre ganglion épitrochléen ne semble pas anatomiquement situé dans ce qu'on est convenu d'appeler une région profonde.

Quant à votre no 4, comment juger de loin la profondeur d'une hydrosadénite de l'aisselle ?

Pour moi, en tout cas, ce qui caractérise une région profonde, c'est qu'elle n'est pas en contact direct avec la peau et le tissu cellulaire sous-cutané. Pour la rejoindre, il faut aller plus loin, à travers les muscles par exemple. Voyez donc vous-même, techniquement, ce que vous devez penser de vos interventions suivant ce que vous aurez été obligé de faire.

B. Question no 2. — Au sujet de vos diverses sutures, le tarif en est indiqué Art. 17 « Réunion par sutures multiples : 25 frs » (1re catégorie).

Dr F. DECOURT.

III

Je vous serais très obligé de me donner les renseignements nécessaires pour établir ma note au sujet d'un accident survenu avant-hier à côté de chez moi. Le blessé, un camionneur, est tombé de son siège et s'est fait les blessures suivantes : Plaie contuse du cuir chevelu.

Plaie du front, 2 points de sutures, 1 agraphe.

Plaie du nez, 1 agrafe.

Plaie du tégument de la lèvre supérieure gauche (3 points).

Plaie du menton.

Fracture de côte (4e).

Vaste contusion de l'épaule et du côté avec emphysème sous-cutané.

J'ai donc fait les sutures sus-indiquées et un nettoyage de toutes les plaies avec pansement et une contention par bandage de corps de la fracture de côte, ainsi qu'une injection de sérum antitétanique.

J'ai revu le lendemain matin le blessé et ai demandé son transfert à l'hôpital. Que dois-je compter pour tout cela.

Dr P.

Réponse.

En 1re catégorie, vous comptez :

Le 1er jour : 1° Réunion par sutures multiples.......................... 25 fr.

2° Réduction et contention de fracture de côte.......................... 20 fr.

3° Injection de sérum antitétanique. 20 fr.

2° Certificat........................ 5 fr.

Total .... 70 fr.

Le 2e jour. Si aucun pansement, visite simple, si vous avez refait vos pansements de tête : pansements multiples de la tête 15 fr.

Dr F. Decourt.

IV

Je vous serais reconnaissant de vouloir bien m'indiquer quelle est la tarification à appliquer dans le cas suivant, accident du travail.

Vaste ulcère variqueux de jambe gauche, suite d'un accident du travail. Pansements spéciaux rigides emboitant la jambe du cou-de-pied au genou, à raison de un tous les 8 jours, traitement ayant duré du 18 déc. au 28 sept. 1921.

La Compagnie, prévenue par lettre recommandée que le traitement exigerait un certain nombre de pansements spéciaux supérieurs à cinq, s'est bien gardé de me répondre.

Suis-je en droit, par analogie aux brûlures, d'appliquer la tarification grande, moyenne, puis petite brûlure, ou dois-je me contenter de la consultation simple comprenant un pansement, ce qui me paraît un peu mesquin, en égard au travail fourni ?

Dr C.

Réponse.

En droit, le pansement d'ulcère de jambe n'est pas indiqué dans le tarif, ni assimilé aux pansements de brûlure ; donc vous ne pouvez faire cette assimilation.

En fait, au point de vue technique, et surtout pour un pansement destiné à durer huit jours, l'analogie s'impose avec : « Grande brûlure, pansement d'un membre ou surface comparable : 50 fr. (en 1re catégorie). Et cela durant les premiers pansements, puis (voir Avis Minist. du 28 juin 1921) diminuer les prix au fur et à mesure de la cicatrisation.

Mais la reconnaissance du fait est affaire d'arrangement amiable entre la compagnie et vous, en toute loyauté.

Dr F. Decourt.

V

J'ai soigné, ces temps derniers, un accidenté du travail atteint de phlegmon de la gaine des fléchis-

(*Voir la suite page XXXI 3107*)

NOS ASSEMBLÉES GÉNÉRALES

Les Assemblées Générales du CONCOURS MÉDICAL et de ses FILIALES se tiendront le **DIMANCHE 20 NOVEMBRE 1921**, dans l'ordre suivant :

I. — *A dix heures et demie du matin* : au SIÈGE SOCIAL, 132, rue du faubourg Saint-Denis.

CAISSE DES PENSIONS DE RETRAITE DU CORPS MÉDICAL FRANÇAIS

ORDRE DU JOUR :

1° Rapports du Secrétaire Général, du Trésorier et du Comité des Censeurs ;
2° Approbation des Comptes de l'exercice 1920 ;
3° Nomination d'un trésorier (Ratification) ;
4° Divers.

II. — Dans les SALONS MARGUERY, boulevard Bonne-Nouvelle.

A deux heures et demie.

MUTUALITÉ FAMILIALE DU CORPS MÉDICAL FRANÇAIS

I

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE ORDINAIRE

ORDRE DU JOUR :

1° Rapport du Trésorier sur l'exercice 1920 ;
2° Rapport des Commissaires aux comptes ;
3° Approbation des comptes de l'exercice 1920 ;
4° Renouvellement partiel du Conseil d'administration.
5° Nomination de trois Commissaires aux comptes pour une période de deux années.
6° Désignation des Membres du Conseil d'arbitrage.
7° Rapport du Secrétaire Général sur l'inventaire actuariel fait au 31 décembre 1921.
8° Modifications des barêmes des Combinaisons MA, P et R et B.
9° Questions diverses.

II

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE EXTRAORDINAIRE

ORDRE DU JOUR :

1° Création d'une Combinaison MAD donnant une indemnité quotidienne de vingt francs et une indemnité mensuelle de deux cents francs.
2° Modifications aux Statuts.

A quatre heures.

SOU MÉDICAL

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

ORDRE DU JOUR :

1° Rapport moral du Secrétaire Général.
2° Rapport du Trésorier sur l'exercice 1920.
3° Rapport des Contrôleurs.
4° Approbation des comptes de l'exercice 1920.
5° Modification des articles 2 et 13 des statuts et de l'article 2 du règlement de la Caisse de garantie, eu vue de l'élévation à 20.000 fr. du maximum de la garantie.
6° Renouvellement partiel du Conseil d'administration.
7° Nomination de deux Contrôleurs.

SOCIÉTÉ CIVILE DU CONCOURS MÉDICAL

A cinq heures et demie.

ORDRE DU JOUR :

1° Rapport verbal du Conseil de Direction ;
2° Rapport du Trésorier sur l'exercice 1920 ;
3° Approbation des Comptes ;
4° Questions mises à l'étude :

I. Le service médical des hôpitaux. L'admission des malades aisés. La rémunération du médecin d'hôpital.
II. Les Assurances Sociales. Les soins médicaux aux assurés.

A sept heures et demie.

BANQUET (souscription : 30 fr. Le complément sera payé par la Caisse de la Société Civile).

A neuf heures et demie.

CIRCULAIRES ! CIRCULAIRES ! *Revuette en un acte, de* **G. DUCHESNE,** *avec le concours de :*

Mme **Suzanne DEHELLY,** *de la Compagnie Gémier ;*
Mme **Berthe G. GÉRARD ;**
Le Poète chansonnier **Georges GÉRARD ;**
Musique d'accompagnement sous la direction du Dr **L. DESTOUCHES,** *de l'Orchestre Médical.*

Les femmes des Confrères qui prendront part au Banquet sont invitées à assister à la représentation de la Revue.

AVIS TRÈS IMPORTANT. — Les Confrères qui se proposent d'assister aux Banquet et à la Revue sont instamment priés de se faire inscrire avant le 15 Novembre, aux bureaux du *Concours Médical*, 132, faubourg Saint-Denis, PARIS.

PROPOS DU JOUR

A la veille de nos Assemblées générales. Quel est et sera le rôle du Concours médical ?

Comme nous l'avons plus d'une fois défini, le *Concours médical*, avec son journal, sa société d'études, ses œuvres professionnelles, est un laboratoire de sociologie médicale. Il cherche, expérimente, expose des faits, les groupe. Parfois il en tire une leçon, souvent il laisse à ses lecteurs le soin de conclure. Dans une large mesure, il réclame leur collaboration. Aussi voit-on dans ses colonnes exposer les opinions les plus diverses, parfois contradictoires. Ce qu'il exige : c'est la bonne foi et la courtoisie. Ce qu'il demande, c'est, dans la mesure du possible, la modération et l'opportunité. Et s'il lui est arrivé, assez rarement, de refuser de publier certaines lettres, ce fut toujours parce qu'il avait jugé que ces publications auraient pu semer la division et nuire à l'intérêt supérieur du corps médical.

S'il nous est permis d'avoir recours à une comparaison pour bien préciser le rôle que nous entendons tous donner à notre *Concours médical*, nous l'assimilerons à un phare.

Ses feux aident à guider l'esquif médical. Ils lui signalent le danger, les récifs qui bordent la côte, comme les passes où il peut s'engager pour arriver sans dommages au port.

Son éclat n'a pas toujours la même intensité. L'atmosphère peut être plus ou moins brumeuse, la nuit plus ou moins noire.

Aussi, ceux qui éclairent le phare n'ont-ils pas la prétention de diriger le navire : ils lui donnent simplement des indications pour faciliter sa route.

C'est à l'équipage, conduit par un capitaine expérimenté, gouverné par un pilote habile, d'assurer la manœuvre et de mener sain et sauf le bateau au port.

Il en est de même du *Concours médical* : il cherche à éclairer les praticiens, il ne veut en rien les conduire. Instrument d'études, il ne saurait devenir un organe d'action. Et nous n'avons pas appris, sans stupéfaction, que les articles de G. Duchesne sur la menace de fonctionnarisation du corps médical, et que les lettres de nombreux correspondants, émettant le désir d'éviter, *dans la mesure du possible*, l'intrusion de tiers entre le médecin et ses clients dans l'organisation menaçante des assurances sociales, avaient été considérés comme une campagne anti-syndicaliste.

Le *Concours médical* anti-syndicaliste ! Peut-on imaginer une absurdité pareille ? Grâce à Dieu et à nous tous, notre maison n'est pas devenue le royaume du Père Ubu.

C'est du *Concours médical* que sont sortis les syndicats médicaux ; c'est chez lui qu'est née l'Union des syndicats médicaux de France. Toujours sa direction et sa rédaction sont restées entre les mains de syndicalistes convaincus qui ont eu ou ont un passé de dévouement à la cause syndicale : Cézilly, Jeanne, Gassot, Duchesne et nous-même, pour n'en citer que ceux qui assumèrent ou assument la responsabilité à notre journal.

Que quelques confrères anti-syndicalistes, trompés sur nos intentions, aient pris leur désir pour les réalités, cela est bien possible. Que certains se soient efforcés, sous le couvert d'un anonymat habile, par des lettres plus ou moins violentes et adressées dans des milieux médicaux différents, d'éveiller la suspicion et de faire naître la discorde ; cela ne nous paraît pas douteux.

Mais ces tentatives ne sauraient nous émouvoir, ni changer notre règle de conduite. Comme cela a toujours été imprimé dans le journal : le *Concours médical* est et restera syndicaliste, et s'efforcera toujours d'assurer l'unité syndicale dans le corps médical français, unité réalisée par l'Union des syndicats médicaux de France.

Duchesne a exprimé maintes fois cette volonté. Nous croyons devoir aujourd'hui en faire de nouveau la déclaration avec toute la clarté et la netteté désirables. Désormais il ne saurait y avoir sur ce point la moindre équivoque.

Mais nous ne pensons pas que notre rôle, ni celui de nos collaborateurs doivent se borner à enregistrer et à approuver. Ils ont le droit d'avoir des opinions, de les exposer, de les défendre. Ces opinions, fussent-elles diamétralement opposées à nos propres convictions, nous serions les premiers à réclamer pour elles le droit de se produire, car pour nous, la liberté de discussion et la liberté de la

presse sont aussi nécessaires et aussi sacrées que la liberté de conscience et la liberté de confiance.

Nous sommes, au *Concours médical*, des syndicalistes, et des syndicalistes conscients, parce que notre raison et notre expérience nous ont démontré que le syndicat est le meilleur, même le seul moyen de défendre notre profession, de l'adapter sans la sacrifier à l'évolution sociale qui se précipite avec une rapidité que la plupart d'entre nous ne perçoivent pas ou perçoivent mal.

Nous sommes un peu, nous médecins, comme les réfugiés d'un radeau, entraîné par le courant d'un fleuve immense. Le radeau est pourvu de vivres, et ceux qui s'y trouvent, voyant dans le lointain des rives faiblement estompées dans la brume, ne se doutent pas du chemin qu'ils parcourent. Certains, dont la vue est basse, croient en regardant les objets qui les entourent qu'ils sont immobiles et immuables ; cependant l'implacable courant les entraîne. Tout à coup la traversée d'un rapide secoue le radeau dont la marche devient vertigineuse. Elle donne à tous le sentiment de la réalité méconnue. L'imminence du danger les réveille. Chacun s'arme de perches, on écoute les ordres des plus expérimentés et des plus adroits. Le courant entraîne toujours le radeau, mais ceux qui le montent s'efforcent d'éviter les obstacles. Ils savent maintenant qu'ils ne peuvent songer à remonter le fleuve, mais, au lieu de s'abandonner au hasard et de se laisser entraîner par le courant jusqu'au grand océan où ils seront fatalement engloutis, ils s'efforcent, en manœuvrant, de se rapprocher de la rive, d'y choisir en passant le point propice où ils pourront aborder sans dommage.

Tels les médecins praticiens entraînés par le terrible courant de l'évolution sociale ont longtemps flotté inconscients sur leur radeau professionnel. Le jour où une loi nouvelle est venue, comme les rapides du fleuve, leur donner conscience du courant qui les entraînaient, ils ont vu le danger. Au lieu de s'abandonner à la fatalité et d'attendre avec résignation la catastrophe finale, ils se sont groupés en syndicats, ont choisi des pilotes. Ils veulent se rapprocher de la rive et atterrir avec le moins de dommages possibles. Ils ont examiné de concert les manœuvres à tenter, les décisions à prendre, mais une fois ces dernières prises, plus de discussions, l'exécution exige la discipline et c'est seulement la discipline, volontairement consentie qui assurera le salut. Telle aussi sera la conduite du *Concours médical*. Lorsque les syndicats auront discuté et choisi la voie qu'il conviendra de suivre et qu'ils auront en toute liberté pris une décision à l'assemblée générale de l'Union des syndicats médicaux de France, tous nous devrons nous incliner, car c'est de la force de notre cohésion que dépendra notre liberté et notre sécurité dans l'avenir.

J. Noir.

PARTIE SCIENTIFIQUE

LES ENTÉROPATHIES

Hôpital Beaujon : M. le professeur Paul Carnot.

Les colites parasitaires : la coite amibienne.

Avant d'aborder l'étude des colites amibiennes — objet de ma leçon d'aujourd'hui — je désire, pour compléter ce que je vous disais hier sur les syndromes coliques, vous indiquer rapidement, dans leur physionomie générale, les principales réactions coliques.

Les réactions coliques (le mot est de Mathieu), peuvent se manifester sur différents organes. Les unes intéressent le tube digsetif, l'intestin, l'estomac, et d'autres se produisent sur l'appareil cardio-pulmonaire.

Le système nerveux, au niveau du côlon, joue un rôle considérable. Du côlon partent normalement des incitations allant toucher le duodénum et le pylore. Le réflexe colo-intestinal intervient également dans les états morbides et les phénomènes de colite arrivent ainsi à jouer un rôle dans la pathologie gastrique. Les colites, dans ces conditions, peuvent provoquer des stases, de l'hypersécrétion de la poche stomacale. Les colitiques ont tous des troubles gastriques, susceptibles de prendre la première place dans la symptomatologie. Le syndrome paraît gastrique alors, et il est en réalité colique, avec réactions sur l'estomac. Dans une consultation de maladies gastro-intestinales, nombre de malades deman-

dant conseil pour leur estomac sont des constipés ou des colitiques à réactions gastriques.

Il est d'autres réactions, à distance, des colites. Elles s'exercent sur la petite circulation et ont été bien mises en évidence par Potain. Elles se traduisent par des altérations de la tension artérielle, des palpitations, des tendances syncopales, de la dyspnée, des phénomènes pseudo-angineux. On les observe principalement dans les colites légères, les colites muco-membraneuses, les poussées de diarrhée, et non dans les affections graves du côlon, les dysentéries gangréneuses, par exemple. On voit des sujets atteints de poussées diarrhéiques être pris de malaise extrême, avec tendance syncopale, le tout disparaissant quand le côlon est soulagé. Il faut bien connaître ces réactions à distance. On y pensera dans certaines dyspnées asthmatiformes, certains accidents pseudo-angineux, cardiaques, mal caractérisés. Il suffit de traiter ici le côlon pour améliorer rapidement le malade.

J'arrive maintenant à l'objet de ma leçon d'aujourd'hui, les colites parasitaires, en tête desquelles se place la colite amibienne. Abandonnant la classification clinique, nous allons entrer dans la classification pathogénique. L'amibiase colique, en effet, revêt des aspects cliniques variés, allant des formes dysentériques, sanglantes, purulentes, aux formes plus légères, muco-hémorrhagiques, muqueuses, pouvant prendre l'apparence de la colite muco-membraneuse, d'une constipation avec ou sans débâcles diarrhéiques, pouvant aboutir à une sténose scléreuse tardive. Ainsi, une seule pathogénie se montre capable de créer des syndromes très divers et ce serait une mauvaise besogne que de classer les colites, non d'après les causes, mais d'après les effets, en ulcéreuses, purulentes ou muqueuses. Ce que je viens de dire pour l'amibe se retrouve d'ailleurs pour le bacille dysentérique et d'autres agents pathogènes.

Je vous décrirai un certain nombre de types de colite amibienne. Le premier est le plus représentatif de la colite aiguë et suraiguë. Ceux d'entre vous qui sont allés en Orient ont observé cette colite amibienne aiguë. Elle est rare en France où la maladie autochtone ne comporte guère ces formes graves aiguës. Il est nécessaire néanmoins de les connaître.

Le type aigu, qui est quelquefois suraigu, peut évoluer en quelques jours, ou quelques semaines. On a signalé, à Salonique, des cas terminés par la mort au 10e, 12e jour. Laissant de côté la question de savoir, s'il s'agissait d'une première atteinte ou d'un accès survenant sur une dysentérie antérieure, j'aborderai le tableau clinique. La gravité de ces colites se révèle par l'apparition rapide d'une fièvre intense et de phénomènes toxémiques qui font penser à la fièvre typhoïde. Ces accidents sont-ils dus à l'amibe ou relèvent-ils d'infections secondaires au niveau des ulcérations intestinales ? Dans certains cas, les infections surajoutées sont indéniables, mais bien souvent, il est difficile d'être fixé à ce sujet. On a trouvé des bacilles typhiques associés et, dans un autre cas, du streptocoque à l'hémoculture. D'autres fois, la culture a été négative et l'amibe a paru seule responsable.

Il y a du ténesme intense, des douleurs au côlon, une sensation de brûlure sur le côlon inférieur, quelquefois une diarrhée telle que le malade reste en permanence sur le bassin, rendant des glaires, des glaires sanglantes, voire du sang pur. Enfin, signe important, les selles ont une odeur fétide, sur laquelle on a insisté, odeur de gangrène, tenant à des débris sphacélés, éliminés dans les garde-robes : l'amibe *histolytica* détruit la muqueuse. A l'autopsie, on trouve des ulcérations larges, profondes, en carte de géographie. Il y a non pas seulement des abcès en bouton de chemise, mais des digestions de toute la muqueuse, de grands lambeaux pendants de muqueuse.

On a décrit à cette colite amibienne aiguë une variété algide avec tendance au collapsus (elle appartient aussi bien à la colite bacillaire qu'à la colite amibienne), et une variété surrénale, avec asthénie intense, soif inextinguible.

Une seconde forme de colite amibienne, qui succède parfois au type aigu précédent, est la forme à cachexie rapide. Elle est grave. A la suite d'accidents aigus, on voit le malade tomber dans la cachexie, se déshydrater. Il ne s'alimente plus, maigrit considérablement, son ventre s'excave, les phénomènes colitiques passant au second plan et n'étant pas toujours nettement accusés. Il existe du ténesme rectal, parfois du ténesme vésical, des selles à caractères pas toujours nets, sanguinolentes, glaireuses ou simplement diarrhéiques. La dysentérie s'est améliorée, mais l'état reste grave, des organes glandulaires, pancréas, surrénales, étant sans doute touchés. On n'arrive pas à remonter les malades, à les alimenter, et, progressivement, ils finissent par succomber. Ce sont là des cas de dysentérie, qui ne sont ni suraigus, ni aigus, tout en offrant une gravité particulière. J'en ai observé un certain nombre d'exemples chez des soldats retour de Salonique.

Je passe maintenant à la dysentérie que nous voyons habituellement dans nos climats, aux formes autochtones de cette maladie. Actuellement, en effet, la dysentérie est une affection que l'on rencontre chez nous. Il est des cas bien caractérisés et aussi toute une série d'autres larvés. Il nous arrive fréquemment d'observer des malades, soignés pour telle ou telle affection, chez qui l'examen rectoscopique et l'examen microscopique des selles révèlent une dysentérie amibienne. Les exemples d'amibiase intestinale pas-

sant inaperçus sont communs. Il s'agit bien de colite amibienne contractée dans nos climats et ce sont surtout ces cas-là dont je veux vous entretenir.

Prenons d'abord le type classique. Un individu s'est infecté, on ne sait où et à une date indéterminée. Un jour, brusquement, à l'occasion d'une cause adjuvante, fatigue, excès alimentaire, refroidissement, ou sans raison appréciable même, l'accès dysentérique éclate. Si un traitement approprié est institué, l'accès se calme rapidement ; sinon, il va se prolonger. Mais, une fois l'orage calmé, le malade n'est pas guéri. Vous voyez survenir de nouveaux accès, séparés par des silences de durée variable. Si bien que nous pouvons définir la dysentérie amibienne : une malade chronique à poussées aiguës successives, maladie dont on se débarrasse difficilement, et que l'on peut comparer, au point de vue évolutif, au paludisme ou, si vous voulez, à la syphilis.

Dans ce type classique, vous avez donc des accès comportant du ténesme, des épreintes rectales, souvent une sensation de corps étranger, une tension douloureuse, des coliques, des douleurs sur l'S iliaque, aux angles coliques, quelquefois à la région appendiculaire, des phénomènes douloureux irradiés, à distance, des lombalgies. On comprend, dans ces conditions, toutes les erreurs de diagnostic qui peuvent être faites.

Chez d'autres patients, les selles sont très fréquentes, parfois au nombre de 10, 15, 20, glaireuses, sanguinolentes. C'est la selle dysentérique, que l'on a comparée au frai de grenouille, et dans les cas plus sérieux, à la râclure de boyaux. D'autres fois, la teinte est sang rouillé et l'aspect celui du crachat pneumonique. Si vous examinez ces selles, dans leur partie bien glaireuse, vous y trouvez des amibes en quantité notable. Si vous faites l'examen (qu'il ne faut pas négliger), au rectoscope, vous apercevez des ulcérations typiques, des zones d'hyperémie, et quelquefois, chez les dysentériques anciens, un processus de sclérose.

La crise, soumise au traitement, à l'ipéca, à l'émétine, n'est qu'un feu de paille, qui s'éteint rapidement. Dès le lendemain ou le surlendemain, les douleurs s'amendent, les selles changent de caractère pour prendre un aspect fécal, moulé. En même temps, il y a détente de l'état général. Les sensations pénibles, d'endolorissement général, dont le malade se plaignait, disparaissent. Mais, ne croyez pas la partie gagnée. Regardez le rectum : vous y trouvez encore des ulcérations. Regardez les selles : vous y rencontrez encore des amibes. Le malade, enchanté, se croit guéri et reprend ses occupations, alors que l'affection continue.

Au bout d'un certain temps, quelques mois, quelques semaines, quelques jours parfois, une nouvelle poussée éclate. Elle s'explique par la persistance des ulcérations et des amibes. Nouveau traitement, nouvelle guérison apparente, et ainsi de suite. On s'aperçoit que l'émétine n'a pas suffi et qu'il s'agit d'une maladie chronique, qui reste chronique, même sans accidents, comme pour le paludisme et la syphilis. Ainsi, l'amibiase intestinale est une affection prolongée. Non soignée surtout, elle dure très longtemps, s'aggrave d'ulcérations sérieuses, quelquefois de phénomènes gangréneux, hémorrhagiques, quelquefois de complications, sur le foie en particulier. Je ne vous parlerai pas (cela m'entraînerait trop loin) des abcès, petits et grands, dysentériques du foie, de l'amibiase hépatique chronique. Toutes ces complications surviennent principalement chez les malades non traités.

A côté de ce type classique, il est des formes — très importantes — qui sont plus dissimulées. Ce sont les formes larvées, qu'il faut bien connaître parce qu'elles sont plus trompeuses. Voici d'abord un type avec douleurs à siège anormal, douleurs lombaires. Le diagnostic se pose avec les lésions du rein, les néphrites, les pyélo-néphrites, le rein mobile. Dans d'autres cas, vous avez à faire à des douleurs surtout gastriques. Je vous ai signalé déjà les réactions coliques du côté de l'estomac. Une autre catégorie de malades font penser à des affections hépatiques et biliaires. Quand les lésions se montrent dans la fosse iliaque droite, on songe à l'appendicite. Quelquefois, l'attention est entièrement fixée du côté du rectum, par le ténesme, les selles sanglantes, le rectum rigide. On s'arrête à l'idée de rectite, blennorrhagique ou spécifique, de néoplasme. Il arrive également que le caractère des selles incite à croire à une colite glaireuse, muco-membraneuse ou à une diarrhée banale. Nombreux sont les sujets soignés pour des colites diverses, pour des colites, indéterminées, qui sont en réalité atteints d'amibiase, reconnue à l'examen rectoscopique et microscopique. Il est important d'y penser.

En pareils cas, que faire pour fixer le diagnostic ? On aura recours à deux choses : la rectoscopie et l'examen microscopique des produits d'excrétion intestinale. En matière rectoscopique, une donnée est fondamentale. Il est exceptionnel, s'il n'y a pas d'ulcération amibienne au rectum, qu'il y en ait ailleurs. Dans l'amibiase le rectum est touché d'une manière prédominante. Chez un sujet suspect de colite amibienne, explorez donc la fin du tube intestinal dans toute la partie explorable, au restoscope. Si vous ne trouvez rien, il y a les plus grandes chances pour qu'il n'y ait rien également ailleurs. Si vous constatez des ulcérations amibiennes, typiques, avec un examen microscopique concordant, le diagnostic est fait.

Quelques mots de l'examen microscopique



des selles. La selle est liquide ou solide. Dans l'amibiase avec selles liquides, on trouve presque toujours des amibes. Si les selles sont solides, les amibes font place aux kystes amibiens. L'amibe a, en effet, des formes de résistance, caractérisées par des kystes qui en assurent la prolongation. S'il n'y avait que l'amibe, forme adulte, la guérison serait simple. Mais, lorsque l'amibe est touchée par l'action médicamenteuse, elle passe à la forme enkystée qui elle, est résistante, et donne ultérieurement de nouvelles formes adultes. On ne trouve plus d'amibes dans les selles solides parce que cette amibe y vivrait mal et aussi parce que la selle solide se produit quand le malade va mieux. Donc, selle liquide correspond aux amibes et selle solide aux kystes, d'une façon générale.

La recherche des deux types parasitaires s'effectue différemment . Pour l'amibe, il faut avoir la précaution de prendre une selle récente et chaude. L'amibe est facile à caractériser vivante, car elle remue, et difficile lorsqu'elle est morte. Vous prenez donc une selle récente : le mieux est d'apporter le microscope auprès du malade, et de faire déféquer ce dernier dans un vase chauffé. On préparera rapidement, en quelques minutes, les lamelles. On peut essayer, au besoin, si l'on n'a pas de selle tout à fait récente, de réchauffer la selle en employant, par exemple, le procédé de Ravaut, qui utilise une soufflerie chassant de l'air dans un tube métallique porté à une certaine température ; mais il vaut mieux ne pas avoir à réchauffer la selle. Sur la lamelle, vous trouverez des amibes. L'amibe est composée de deux parties, une granuleuse, foncée, et une autre partie claire, translucide. Lorsque l'amibe est vivante, vous voyez apparaître en un point de sa périphérie un prolongement, un pseudopode, qui grossit, devient volumineux, toute la masse finissant par s'y porter progressivement. Autre caractère : l'amibe contient souvent des corps étrangers, des hématies, qu'elle est en train de digérer.

Par conséquent, vous reconnaitrez l'amibe à trois signes : ses deux parties, claire et opaque ; les pseudopodes ; l'inclusion de globules rouges. Il importe de distinguer l'amibe dysentérique des autres amibes intestinales. *L'amœba coli*, qui n'est pas pathogène et se rencontre chez les sujets sains, a peu de pseudopodes, et pas d'inclusions. Toute amibe qui, avec un endoplasme granuleux et un ectoplasme hyalin, une mobilité nette, contient des globules rouges, est pathogène. Mais, il est des formes embarrassantes, difficiles à reconnaître (*amœba tetragena, nana*). En pareil cas, le mieux est de passer la parole à un parasitologue.

La recherche des kystes se fait dans des conditions différentes. Il n'est pas besoin de selles fraîches et chaudes, et vous pouvez envoyer les matières au laboratoire. Je vous conseille auparavant de les formoler dans une solution de formol du commerce à 5 pour 100. Les caractères des kystes amibiens sont les suivants : ils ont une double paroi et, à leur intérieur, d'une part des noyaux au nombre de 1 à 4, et d'autre part des formes réfringentes à aspect de bâtonnets (chromidium). Leurs dimensions sont de 10 à 14 ou 15 μ. Les kystes de l'*amœba coli* sont plus volumineux (17 à 25 μ), à double paroi également, avec plus de noyaux à leur intérieur (jusqu'à 8) et sans chromidium. Un grand kyste, ayant plus de 4 noyaux est sûrement non amibien. Au-dessous de 4 noyaux, on peut hésiter. Il existe, outre les kystes de l'*A. coli*, d'autres causes d'erreur : les kystes de flagellés, plus petits (7 μ); les kystes de Lamblia, etc. En présence d'un kyste de 10 à 15 μ, avec 1 à 4 noyaux et des chromidions, le diagnostic est fait. Si vous avez des doutes, il faut recommencer l'examen. Si vous ne trouvez rien, méfiez-vous quand même et au besoin faites une nouvelle épreuve après avoir provoqué une légère rectite, par un purgatif ou un lavement purgatif, par exemple.

Donc, je suppose, votre diagnostic est établi. Vous avez mis en évidence l'amibe ou le kyste dysentérique, et constaté des ulcérations au rectoscope. Quel traitement mettre en œuvre ?

Le traitement part de ce principe qu'il s'agit d'une maladie chronique, à poussées aiguës, et que l'amibe, cause de l'affection, a une forme adulte vulnérable, et une forme kystique résistante.

Un des meilleurs agents pour atteindre l'amibe est l'ipéca ou l'émétine. Lorsque vous employez l'ipéca ou l'émétine, vous touchez l'amibe adulte dans sa vitalité. Le processus s'arrête et l'amibe s'enkyste. Le traitement ne fait alors plus rien. Dans quelles circonstances agira-t-il à nouveau ? Lorsque le kyste repassera à l'état adulte. Le mieux est donc d'attendre ce moment, de laisser au kyste le temps de récupérer la forme amibienne et de prescrire alors seulement, à nouveau, l'ipéca ou l'émétine. C'est le traitement discontinu, repris de temps en temps.

En pratique, comment faire ? Voici une crise aiguë, une poussée aiguë au cours d'une amibiase chronique. Vous donnez l'ipéca ou l'émétine. Vous pouvez formuler l'ipéca en potion, l'ipéca à la brésilienne, les pilules de Segond, ou l'émétine.

La méthode brésilienne dure 3 jours. On prend 4 à 8 grammes de racines d'ipéca concassées, et l'on fait avec 250 gr. d'eau, une macération, qui est ingérée dans la journée par cuillerées. Le deuxième jour, on prépare avec ce qui reste de poudre une infusion, administrée de la même façon. Le troisième jour, avec le reliquat de pou-

dre, on fait une décoction, qui est prise pareillement. On arrête alors, quitte à recommencer.

Les pilules de Segond ont pour formule :

Poudre d'ipéca...........	0 gr. 05
Calomel	0 gr. 02
Extrait d'opium...........	0 gr. 01
Miel	q.s. pour 1 pilule

prendre 4 à 6 par jour.

L'émétine, principe actif de l'ipéca, s'emploie par voie buccale, rectale, sous-cutanée ou intra-veineuse. La voie sous-cutanée est la voie de choix, mais on peut aussi recourir aux voies buccale ou rectale. Il ne faut pas donner plus de 4 centigr. d'émétine, en une fois, par injection hypodermique. Si l'on veut arriver à 8 centigr., on fera deux injections. Il est nécessaire que la dose totale ne dépasse pas dix à douze centigr. L'émétine, en effet, est un toxique, à action dépressive, hypotensive, et il est même quelquefois utile de prendre la tension artérielle. A ces doses, l'émétine ne doit pas être employée plus de dix jours, la série ne devant pas dépasser 80 centigr. à 1 gramme. D'autre part, ce médicament s'altère un peu et n'est pas d'ailleurs très rigoureusement défini au point de vue chimique. J'ai observé quelques cas d'intoxication en série tenant à un échantillon altéré du produit.

On fera donc une injection de 4 centigr. matin et soir, ou une injection le matin complétée par une pilule de Segond le soir, pendant dix jours. On reprendra une nouvelle série après 15 jours, 3 semaines, un mois, Généralement, après 2 ou 3 jours de traitement, l'affection s'améliore et l'état aigu se trouve bientôt jugulé.

Il est des cas d'insuccès du traitement par l'émétine, surtout lorsque la maladie vieillit. On utilisera alors les arsénobenzols, en injections sous-cutanées, ou intra-veineuses (4 injections de 0 gr. 30 à 4 jours d'intervalle) ou la cure mixte de Ravaut. Elle comprend, le premier jour, une injection de quinze centigr. de novarsénobenzol, les deuxième, troisième et quatrième jours, des injections d'émétine de 0 gr. 04, 0 gr. 06, 0 gr. 08, le cinquième jour trente centigr. de novarsénobenzol, puis 3 jours d'émétine, puis de l'arsénobenzol. On peut imaginer, il va sans dire, d'autres types de traitement.

Autre chose. Le malade n'a pas de crise aiguë. Il a seulement des kystes et est en état de phase latente. L'émétine en ce cas n'a plus d'action. On a préconisé, alors, un médicament, l'iodure double d'émétine et de bismuth. Il arriverait, a-t-on dit, à faire disparaître les kystes. En réalité, c'est un traitement pénible, fatigant, qui s'accompagne de nausées, de vomissements, de diarrhée. La dose est de 0 gr. 05, 0 gr. 10, 0 gr. 15. Je n'ai pas encore trouvé de malade qui ait eu le courage de le continuer jusqu'au bout.

Autre cas encore. Il est des circonstances où vous avez besoin de faire un traitement prolongé, bien qu'il n'y ait plus de poussées aiguës. Vous substituerez ici la voie digestive à la voie intra-veineuse. Vous pourrez donner des capsules de novarsénobenzol, de l'ipéca par la bouche, par exemple la pâte bismuthée et émétinée ainsi formulée :

Sous-nitrate de bismuth.	} âã 100 gr.
Poudre de charbon......	
Glycérine	
Sirop de gomme........	
Poudre d'ipéca........	4 gr.

mélange à prendre par cuillerées, 3 ou 4 fois par jour.

On peut alterner cette pâte (un jour sur deux) avec l'arsénobenzol.

Leçon recueillie par le Dr P. Lacroix.

FAITS CLINIQUES

Le sérum antidiphtérique agit-il par la voie buccale ?

A côté des faits cliniques observés dans les hôpitaux — (les « officiels », pourrait-on dire), il y en a tout autant qu'observent les praticiens dispersés sur le territoire — (les « officieux », dirai-je donc).

N'est-il pas regrettable que, pour de multiples raisons, ces nombreux observateurs (dont beaucoup, on en conviendra, *savent* observer) ne fassent pas ou ne puissent faire de «communications ? La science y perd certainement.

Pourquoi faut-il alors que, si l'un d'eux, par aventure, prend la peine d'en faire une, ce soit parfois l'occasion contre lui, d'une levée de boucliers de la part des officiels ?

En voici un exemple récent : le Dr Dufour, de Fécamp, a publié un travail sur le traitement de certaines angines au moyen du sérum antidiphtérique *per os*.

Cela vient à la connaissance de certains maîtres : Ah, mes amis, le bel éreintement ! Ce fut au point que, récemment, un confrère, voyageur d'une spécialité pharmaceutique, qualifiait ceux qui recourent à ce mode de traitement de *criminels*... tout simplement !

Et pourtant... le Dr Dufour a-t-il tué ses malades, ou bien les a-t-il guéris ? Il me semble que cela est assez important.

Mais non ; c'est sans avoir vu ses malades, et au seul nom de la « théorie » qu'on le condamne.

Et voyez le principal argument : « Le sérum par voie buccale ne modifie pas la réaction de Schick, donc il ne peut être efficace sur le malade ».

Mais moi, modeste praticien des environs de Quimper-Corentin, je songe : « N'ai-je pas entendu proférer naguère cet *axiome* : Wassermann = syphilis ; syphilis = Wassermann. Or, qu'est donc devenue, aujourd'hui, cette vérité d'hier... de la théorie ?

Nous, praticiens éloignés, qui n'avons pas un laboratoire sous la main, il y a une « réaction » que nous connaissons surtout, c'est la réaction du malade. Celle-là ne saurait tromper. Expliquez-la, c'est votre devoir, *mais n'en préjugez pas*.

Et c'est pourquoi je crois devoir proclamer que je suis, moi aussi, de ceux qui ont obtenu d'excellents résultats du sérum antidiphtérique par voie buccale.

« Personne n'hésite plus aujourd'hui, nous dit-on, à recourir à l'injection de sérum. »

A cela, je réponds : « pardon ! le malade qui ne tient pas (mais là, pas du tout) à être piqué, s'il n'est pas certain d'avoir la diphtérie. »

Et c'est cela qui m'a amené souvent, dans des angines un peu douteuses, à conseiller, par précaution, l'ingestion de sérum ; ce qui m'a permis de constater souvent une action indiscutable du sérum ainsi donné des gorges : « nettoyées » en vitesse, des réactions fébriles brusquement arrêtées. Et d'ailleurs, n'a-t-on pas obtenu encore de bons résultats du sérum en applications locales, voire en pastilles (ces dernières préparées par l'Institut Pasteur, si je ne me trompe) ?

Mais, puisqu'il est si difficile d'être bien compris, il faut que je précise bien ceci : je ne traite pas des diphtéries par sérum donné par la bouche ; cela serait peut-être criminel ; non, mais je dis que, *donné par la bouche, le sérum produit* des résultats favorables *indiscutablement*, qu'il agit, en un mot.

Contrairement au Dr Dufour, j'exerce dans une région où la diphtérie sévit constamment, et est souvent grave ; les cas mortels (parce que non traités) sont fréquents ; je crois pouvoir dire que j'ai guéri tous les cas que j'ai vus en temps utile, et que j'ai traités toujours par piqûres (car je ne me risquerais pas à traiter par la bouche une diphtérie certaine, ne serait-ce qu'en raison de la plus grande rapidité et sûreté de la méthode hypodermique). Non, je ne parle pas de faire moins de piqûres, mais bien de faire des *ingestions en plus* à des malades angineux, que la plupart eussent traités par gargarismes ou collutoires, tout simplement.

Et je maintiens, malgré la réaction de Schick, et les autres, que cette pratique donne des résultats favorables, et manifestes.

Mais en revanche, je n'oublierai jamais que, à mes débuts en clientèle, il m'arriva de perdre une petite malade de la campagne ; je l'avais vue un dimanche, ne présentant qu'une rougeur légère des amygdales ; retournée à son village, je ne pus la suivre, mais rappelé le jeudi suivant, je la trouvai mourante de diphtérie... et je me dis toujours que si, en dépit de l'aspect bénin de son angine, je lui avais *systématiquement* administré du sérum *per os*... peut-être, ne serait-elle pas morte.

Voilà pourquoi, quand j'ai le moindre doute aujourd'hui, j'en fais avaler, ne pouvant pourtant pas piquer tous les malades à gorge rouge.

Et maintenant, que mes confrères jugent : Est-il criminel d'agir ainsi ?

Dr Eug. DAMEY.

A TRAVERS LA PRESSE

Données récentes sur le rôle du foie dans la nutrition.

Les recherches les plus récentes sur le fonctionnement du foie démontrent que cet organe exerce une action d'arrêt non seulement sur le sucre provenant de la digestion, mais encore sur les graisses et les protéides élaborées dans l'intestin, aussi bien que sur les composés uréiques circulant dans la veine porte.

Il en résulte que, lorsque le fonctionnement du foie est troublé plus ou moins fortement, la nutrition totale est elle-même perturbée. C'est ainsi qu'on peut assister à une élaboration parfaite des aliments au cours de la digestion, avec une absence presque complète d'assimilation.

Les insuffisances hépatiques peuvent d'ailleurs être partielles, électives, et c'est ce qui explique que certaines maladies de la nutrition, telles que la goutte, le diabète, les lithiases diverses, sont dues à une sorte d'intoxication générale produite par des substances incomplètement transformées par un foie malade.

« Si donc, dit M. BRODIN, lorsqu'il est sain, le « foie est le grand régulateur, de la nutrition, il « peut, lorsqu'il est lésé, devenir la cause d'une « auto-intoxication lente, mais continue, pouvant à la longue engendrer des affections variées. Une conséquence pratique en découle : « il faut en surveiller avec soin le fonctionnement « et remédier à une insuffisance partielle par un « régime approprié de manière non seulement « à permettre une amélioration rapide de son « fonctionnement, mais encore à diminuer les « conséquences souvent graves que peut avoir « une insuffisance partielle non traitée. » (*La Médecine*, septembre 1921).

De l'urétrite chronique d'emblée.

Les classiques s'accordent pour affirmer que

l'urétrite chronique succède toujours à une urétrite aiguë.

C'est ce que rappelle M. Œkonomos, qui fait état ensuite de 7 observations pour s'élever contre la doctrine courante.

A son sens, l'urétrite chronique d'emblée n'est pas niable. Elle peut s'expliquer tout à la fois par la résistance du sujet, s'il appartient surtout à la famille des neuro-arthritiques, par la bénignité du microbe (saprophyte), et enfin, par la diminution notable de la virulence d'un microbe normalement très virulent, cette virulence étant atténuée par l'usage des antiseptiques et par le vieillissement du germe.

Au demeurant, tout son exposé peut tenir dans les conclusions par lesquelles il le termine :

« A côté de l'urétrite chronique commune, « qui fait suite à l'urétrite aiguë, il y a une autre « forme clinique très rare, qui constitue l'urétrite « chronique d'emblée.

« L'existence de l'uréthrite chronique d'em- « blée est démontrée par des faits cliniques et « microscopiques indiscutables.

« La pathogénie de cette forme clinique est « encore obscure.

« L'urétrite chronique d'emblée est lente à se « montrer après contamination ; elle se caracté- « rise par une goutte purulente ou séro-puru- « lente, sans aucune douleur à la miction et à l'é- « rection . Elle évolue lentement et résiste beau- « coup à la guérison.

« Le diagnostic et le traitement de l'urétrite « chronique d'emblée ne diffèrent presque en « rien de ceux de l'urétrite chronique commune. » (*Paris médical*, 10 septembre 1921.)

Conception actuelle de la syphilis pulmonaire.

La syphilis du poumon simule toutes les formes de pneumopathies, et plus particulièrement la tuberculose pulmonaire. C'est précisément parce qu'elle se masque aisément derrière des syndromes connus qu'il est important d'en connaître les différentes manifestations, avec les signes spéciaux qui peuvent permettre de la dépister : la vie des malades dépend souvent, en effet, d'un diagnostic porté avec précision.

La notion d'ordre général qui, après avoir établi les classifications nosologiques sur la seule anatomie pathologique, les fait reposer à plus juste titre sur l'étiologie, la physiologie pathologique et l'évolution clinique, trouve une excellente occasion pour s'appliquer aux pneumo-syphiloses.

Celles-ci se présentent soit à l'état aigu, très rare, — soit à l'état chronique, infiniment plus fréquent.

Les formes aiguës revêtent le type bronchitique, le type broncho-pneumonique aigu, l'un et l'autre se montrant d'emblée ou succédant à des pneumopathies chroniques et ressortissant vraisemblablement à des infections surajoutées.

Les formes lentes, à marche latente habituellement, sont les formes bronchitiques avec signes de sclérose broncho-pulmonaire ; avec signes de dilatation bronchique ; les formes cavitaires (phtisie syphilitique) ; les formes pleurales (pleurésie tertiaire).

La phtisie syphilitique revêt souvent le type floride. Les malades gardent les apparences d'une bonne santé. Cette particularité permettra de les identifier.

D'une manière générale d'ailleurs, l'absence de bacilles de Koch dans les expectorations, dûment constatée au cours d'examens répétés, éveillera l'attention. Celle-ci sera aussi immédiatement sollicitée s'il existe, concurremment avec la pneumopathie, d'autres accidents dont la nature spécifique n'est pas niable, ou si les réactions humorales classiques actuellement se montrent positives.

En pratique, on se souviendra que la syphilis tertiaire se localise occasionnellement sur l'appareil respiratoire. Donc, en présence d'une affection broncho-pulmonaire qui ne fera pas immédiatement sa preuve, on devra songer à la syphilis, le traitement spécifique faisant en ce cas de véritables miracles et opérant d'inattendues résurrections. (*Journal de médecine et de chirurgie pratiques*, 10 septembre 1921.)

La fausse cystite en particulier chez la femme.

Il n'y a pas de cystite sans infection de la vessie. Or, lisons-nous dans le *Journal des Praticiens*, d'après Noguès, certains malades éprouvent subjectivement toute la symptomatologie des cystites, qui offrent à l'examen une vessie parfaitement saine et normale.

On peut déjà en faire la distinction en se souvenant que les troubles fonctionnels de la cystite vraie sont constants, tandis que, dans la fausse, ils sont intermittents.

Les causes de la fausse cystite sont nombreuses. Citons la modification chimique des urines (concentration forte au moment des chaleurs) ; certains médicaments (l'urotropine) ; les boissons, surtout la bière ; certains aliments (les crustacés, le cresson).

La lithiase rénale, surtout quand le calcul arrive à proximité de la vessie, détermine des accidents de fausse cystite. Il en est de même de certaines infections urétrales, l'infection de l'urètre, chez la femme, prenant naissance dans le vagin.

« Le traitement local comporte une règle ab- « solue : c'est l'abstention de toute médication « sur la vessie elle-même ; la médication sédative « locale doit être être paravésicale et non vési- « cale ».

S'il s'agit de lésion urétrale, on pourra tenter



une dilatation discrète, et l'application de topiques aussi peu irritants que possible (pommades ou crayons à l'argyrol, ou à l'oxyde de zinc et au bismuth).

Comme ces accidents se rencontrent souvent chez la femme, on ne peut manquer de faire intervenir, pour les expliquer, un terrain névropathique plus ou moins favorable.

Cette dernière notion justifie la prescription d'un traitement général : hydrothérapie, électrothérapie (électricité statique), les cures thermales (Néris, Saint-Sauveur, Bagnères-de-Bigorre, Lamalou). (10 septembre 1921).

Les fistules ombilicales par persistance de la perméabilité de l'ouraque.

MM. Baudet et C. Lefebvre ont opéré un jeune malade qui était porteur d'une fistule ombilicale d'origine ouraquienne. Ce leur est une excellente occasion de faire une petite revue de cette question.

Les fistules ombilicales sont ou d'origine pariétale, ou d'origine viscérale. Les premières résultent de phlegmons à localisation péri-ombilicale ou de cancers ombilicaux. Les autres succèdent soit à des péritonites localisées, soit à l'anus contre nature ou au phlegmon stercoral (fistules stercorales), soit enfin à une perméabilité persistante de l'ouraque.

Le diagnostic de celles-ci est généralement facile. Le suintement observé rappelle l'odeur urineuse. Et si le cathétérisme de l'ouraque est impossible, par contre, la méthode des colorants introduits dans la vessie ou dans la circulation générale signe habituellement l'affection.

La singularité qu'elle présente est l'époque de son apparition, qui peut être très tardive. Elle se justifie par la disposition valvulaire de l'ouraque qui peut pendant longtemps constituer une sorte de barrage.

Le seul traitement à mettre en œuvre est l'intervention chirurgicale, qui supprime radicalement l'ouraque, et la continuité établie par celui-ci entre la vessie et l'ombilic. C'est ce qu'ils ont fait pour leur malade avec un résultat aussi radical et aussi satisfaisant que possible. (*Toulouse médical*, 1er septembre 1921.)

Les ictères syphilitiques de l'enfance.

L'ictère s'observe assez fréquemment aussi bien chez les nouveau-nés et les nourrissons que chez les enfants plus âgés. Or, selon M. Blechmann, il semble que, dans l'étiologie de cette affection, quelle que soit la forme qu'elle affecte, il y aurait lieu de faire une place importante à la syphilis héréditaire.

Le nouveau-né et le nourrisson sont souvent atteints d'ictères dont les uns, dits idiopathiques, sont très communs ; dont les autres, plus rares, sont provoqués par obstruction, ou sont de nature toxi-infectieuse. Les ictères dits idiopathiques ressortiraient à l'action du refroidissement sur des globules rouges congénitalement fragiles, chez des débiles, des prématurés, des jumeaux, des nouveau-nés atteints d'œdèmes, de sclérème. Toutes ces anomalies reconnaissent communément pour cause la syphilis. On tiendra compte également d'atteintes possibles de la glande hépatique par des toxines maternelles au cours de la conception. Cette atteinte prédispose le foie à ressentir plus vivement les attaques nocives qui se porteront aussi bien sur le nouveau-né que plus tard, dans la suite des temps, sur le sujet plus âgé.

Dans certains cas, d'ailleurs, les stigmates hérédo-syphilitiques étaient indiscutables.

Les ictères par obstruction ont pour cause habituellement une compression par les ganglions hilaires, par gomme du foie, par des malformations, des anomalies de développement d'origine fœtale. Ils sont graves.

Les ictères toxi-infectieux tantôt affectent le type vulgaire, et ont été rencontrés chez des sujets nettement syphilitiques, tantôt revêtent la forme de la maladie bronzée hématurique, rapidement mortelle.

Pour dépister la nature syphilitique de ces ictères, on tiendra le plus grand compte de certaines particularités qui semblent pathognomoniques : en dehors de la découverte du tréponème et de la séroréaction positive, ces particularités sont le rachitisme précoce localisé au crâne, le ganglion épitrochléen bilatéral, les végétations adénoïdes précoces, la splénomégalie, les convulsions qui n'ont pas une cause organique connue, les vomissements habituels. « Poursuivie au cours de tous les ictères sans exception de la première enfance, concurremment avec l'examen systématique du sérum sanguin, des urines et des selles, cette recherche (de ces particularités) permettra de donner à la syphilis sa part, sans en étendre démesurément le champ. »

Chez les enfants plus âgés, les ictères ressemblent à ceux de l'adulte et reconnaissant pour cause la rétention, l'infection, les cirrhoses (cirrhose veineuse, cirrhose cardio-tuberculeuse cirrhose biliaire). Là encore, la syphilis peut être parfois incriminée.

Le pronostic des ictères infantiles syphilitiques est sombre. Le traitement sera prudemment conduit et comportera les injections arsenicales intra-veineuses par la méthode de l'auteur (veines jugulaires et épicrâniennes). (*Journal méd. franç.*, février 1920.) G. D.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

La palpation de l'appendice

(M. L. PRON. — *Académie de médecine.*)

La palpation de l'appendice a été étudiée à l'étranger par différents auteurs. M. Pron estime qu'elle est possible et qu'elle donne pratiquement un résultat positif chez un quart des sujets normaux.

La meilleure méthode à employer serait le procédé de glissement de Glénard, palpant par le bord radial de la main. La technique indiquée par M. Pron est la suivante : le patient étant dans le décubitus dorsal, les jambes allongées ou légèrement repliées, la main en demi-flexion, pouce en arrière, enserre la partie postérieure de la crête iliaque et se place parallèlement au pli inguinal. Se mettant en pronation forcée, la face palmaire tournée vers la racine de la cuisse, elle déprime fortement la paroi avec son bord radial et elle fait glisser la zone de compression sur le plan profond en lui imprimant de petits mouvements obliques, de haut en bas, dans la direction de l'aine. On sent, à un moment donné, un cordon ferme : c'est l'appendice.

La mortalité des enfants placés en nourrice.

(M. LEDÉ. — *Académie de médecine.*)

Sur un relevé de plus de 329.000 enfants placés en nourrice, M. Ledé a enregistré une mortalité allant de 5,88 % à 4,47 %, mortalité sensiblement moindre, par conséquent, que les taux indiqués par certains auteurs.

Obésité dans l'encéphalite épidémique.

(MM. ROGER et AYMÈS, de Marseille. — *Soc. méd. des hôp.*)

L'apparition d'une certaine obésité à la suite de l'encéphalite léthargique, a été signalée par Rivet et Nobécourt. Elle ne serait pas, toutefois, selon Netter, très fréquente. MM. Roger et Aymès l'ont observée chez deux malades à un degré modéré et avec un caractère transitoire.

Phénomènes généraux anaphylactiques, après cuti-réactions.

(MM. LENOIR, RICHET fils et RENARD. — *Soc. méd. des hôp.*)

Le groupe des maladies attribuées à l'anaphylaxie (asthme, eczéma, migraine, etc.) forme aujourd'hui un chapitre déjà important de la clinique journalière. Pour le praticien, se pose une question : comment reconnaître qu'une affection est bien d'ordre anaphylactique et quel est l'antigène en cause ? Dans le but de fixer ce point de diagnostic, différents procédés ont été proposés, les uns biologiques, les autres d'ordre clinique. Parmi ceux-ci, le plus communément utilisé est la cuti ou l'intradermo-réaction, d'un usage courant en Amérique, et qui permet de dépister la nature de l'antigène toxique, provocateur de l'asthme, de l'urticaire, des accidents divers dont se plaint le malade.

Les cuti-réactions en question ne comportent pas toujours uniquement la réaction locale, visible au point où l'antigène (pollen, substance alimentaire) a pris contact avec la peau scarifiée. Elles peuvent être suivies d'accidents (urticaire) à distance, ou même de phénomènes généraux anaphylactiques, sans réaction locale. MM. Le Noir, Richet fils et Renard appellent l'attention sur ces anaphylaxies générales après la cuti-réaction. Généralement les accidents produits sont précisément ceux dont se plaint le malade : urticaire, asthme, œdème de Quincke, diarrhée, etc.

Réaction de floculation avec l'élixir parégorique.

(M. TARGOWLA. — *Soc. méd. des hôpitaux.*)

Guillain, Laroche et Léchelle emploient pour la réaction de floculation du liquide céphalo-rachidien une préparation aqueuse de benjoin colloïdal. M. Targowla s'est servi dans le même but, d'élixir parégorique, médicament officinal qui renferme de l'acide benzoïque. L'auteur dilue le liquide céphalo-rachidien avec de l'eau distillée et ajoute dans le tube dix gouttes d'élixir parégorique. L'avantage de ce procédé est sa simplicité. Cette réaction, il est vrai, n'est pas toujours parallèle à celle du benjoin colloïdal. Mais positive, elle aurait la même signification.

Hémophilie traitée avec succès par l'hémato-éthyroïdine.

(MM. ODDO et MATTEI. — *Soc. méd. des hôp.*)

Les relations de la glande thyroïde et de la coagulation sanguine sont à la fois certaines et mal précisées. On connaît, en effet, des exemples où l'état hémorrhagique a été entretenu par l'hyperthyroïdisme, et d'autres où il était provoqué par l'hypothyroïdisme. On a signalé, à la fois, la fréquence des hémorrhagies (génitales en particulier) dans la maladie de Basedow et dans le myxœdème. La complexité physiologique de l'hyper et de l'hypothyroïdisme, l'état si commun d'instabilité thyroïdienne, ne permettent pas d'expliquer tous ces faits, qu'il est plus sage actuellement de se contenter d'enregistrer. Pour le praticien, il importe de savoir que certaines hémorrhagies ont pu guérir par l'administration du corps thyroïde, alors que d'autres cèdent à la médication anti-thyroïdienne. Dans ce dernier ordre d'idées, MM. Oddo et Mattéi rapportent une observation d'hémophilie sporadique ayant disparu par l'administration de l'hémato-éthyroïdine.

Diagnostic du goitre exophtalmique par le test de Bram, à la quinine.

(MM. Sainton et Schulmann. — *Soc. méd. des hôp.*)

La quinine a été employée en France il y a longtemps déjà, dans le traitement du goitre exophtalmique par Lancereaux, Huchard et Gaultier. Reprenant la question, un auteur américain, Bram, a proposé un test à la quinine comme moyen de diagnostic de la maladie de Basedow. Les basedowiens, selon Bram, auraient une tolérance particulière ponr les sels quiniques. Ainsi, en donnant pendant 4 jours, 3 cachets par jour de 0 gr. 65 de bromhydrate de quinine, on observerait l'absence de tout trouble chez le malade atteint de goitre exophtalmique, alors que le sujet normal, dès les premiers cachets accuse des bourdonnement d'oreille et de la plénitude gastrique.

MM. Sainton et Schulmann ont recherché quelle pourrait être la valeur de l'épreuve de Bram, qu'ils ont expérimentée sur 10 basedowiens et sur 2 malades témoins. Leurs résultats sont assez éloignés de ceux annoncés par l'auteur américain. Pour eux, la valeur de ce test serait des plus relatives.

Diabète transitoire post-ourlien.

(MM. Marcel Labbé et Debré. — *Soc. méd. des hôp.*)

On connaît les pancréatites développées au cours des oreillons. En général, elles se traduisent par des accidents aigus qui ne laissent pas de lésions du pancréas. En est-il toujours ainsi ? M. Marcel Labbé soulève le problème à propos d'un cas de diabète, d'ailleurs transitoire, établi à la suite d'une pancréatite ourlienne. Il s'agit d'un malade qui présenta six jours après le début des oreillons, des signes de pancréatite aiguë (crises douloureuses abdominales très violentes, rappelant le coup de poignard pancréatique de Dieulafoy, sans trouble gastrique). Quelques mois plus tard, une analyse d'urine, faite à l'occasion d'accidents cutanés, montra de la glycosurie. La glycosurie céda, il est vrai, rapidement, au régime.

Action antiseptique de quelques couleurs d'aniline.

(M. J. Bridré. — *Société de biologie.*)

M. Bridé a expérimenté, sur des cultures microbiennes diverses, le pouvoir antiseptique (antigénétique) de quelques couleurs d'aniline : le violet benzylé, le violet héxaméthylé, le vert brillant et le bleu de méthylène. Les cultures de staphylocoque ont été arrêtées par une dilution de bleu de méthylène à 1 pour 30.000, par le violet benzylé à 1 p. 500.000, le violet héxaméthylé et le vert brillant à 1 p. 1.000.000. La culture du bacille diphtérique a été également empêchée sous une dilution de violet benzylé à 1 pour 500.000, de vert brillant à 1 p. 1.000.000, et de violet héxaméthylé à 1 p. 5.000.000.

En résumé, le violet benzylé, le violet héxaméthylé et le vert brillant possèdent vis-à-vis de certains microbes (qui gardent la couleur par la méthode de Gram) une action antigénétique puissante dont l'effet est encore appréciable dans les dilutions poussées jusqu'à 1 pour 1.000.000, et même 1 pour 5.000.000 (violet héxaméthylé et bacille diphtérique). Ce pouvoir antigénétique est susceptible de varier suivant le milieu de culture employé. Il se montre moins actif dans les milieux additionnés de sérum.

P. L.

BIBLIOGRAPHIE CRITIQUE

Revue des Thèses

Montpellier

M. — Dr Albert Cat. — **Les talalgies. A propos de deux cas d'exostoses du calcanéum et de leur traitement chirurgical.** (Imprimerie «L'Abeille» imprimerie coopérative ouvrière, Montpellier, 1921.)

Bien des talalgies qu'on attribuait à des causeles plus diverses sont souvent dues à des exostoses sous ou rétro-calcanéennes, petites tumeurs faisant corps avec l'os, et constituées par de l'os sain ou de l'os avec des lésions inflammatoires, dont l'étiologie et la pathogénie sont encore mal connues.

La symptomatologie est bien nette, mais le diagnostic ne peut être fait que par la radiographie.

Quoique de pronostic bénin, elles constituent une véritable infirmité pour le malade, et il faut recourir à leur résection, seul traitement rationnel qui assure une guérison durable.

Cette intervention donne un résultat rapide et excellent, comme le montrent les observations de l'auteur. On a bien cité quelques cas de récidive, mais il semble, dans les cas qui ont en été publiés, que ces récidives étaient dues à des exostoses qui avaient échappé à l'examen radiographique et n'avaient pas été réséquées, car après une nouvelle intervention, les malades ont été radicalement guéris.

Aussi il semble qu'il serait préférable, au lieu de se borner à la simple résection de l'exostose, d'enlever une mince lame osseuse sur toute la surface plantaire du calcanéum, car ainsi on aurait beaucoup plus de chance d'obtenir une guérison complète, en enlevant des exostoses encore trop petites pour être décelables à la

radiographie et à la palpation, et qui risqueraient de rester méconnues et de nécessiter plus tard une autre intervention.

M. — Dr Charles BIDET. — **Deux cas d'imperforation de l'hymen.** (Imprimerie « L'Abeille » Coopérative ouvrière, Montpellier, 1921.)

M. — Dr Jean GARDES. — **Les réactions colloïdales dans le liquide céphalo-rachidien des paralytiques généraux et des tabétiques.** (Imprimerie Firmin et Montane, Montpellier, 1921.)

La réaction au benjoin colloïdal est plus sensible que la réaction de Bordet-Wassermann et que la réaction de l'or colloïdal. Elle est d'une spécificité absolue et d'une préparation facile et peu onéreuse. Elle a donc toutes sortes de raisons de rallier les préférences.

M. — Dr Pierre WATON. — **La septicité bucco-dentaire et la pathologie.** (Imprimerie Firmin et Montane, Montpellier, 1921.)

Il faut toujours penser à l'infection d'origine dentaire qui tient, en pathologie, une place importante ; éviter de conserver les dents trop infectées ; apporter une extrême minutie dans le traitement conservateur.

Il faut tenir compte de l'état général, indication de tout premier ordre, car il est certain que les infections à distance ne sont possibles que chez les sujets débilités, et surtout penser à la prophylaxie c'est-à-dire à l'hygiène buccale stricte, soins journaliers de la bouche, soins réguliers des dents.

M. — Dr Gaston MARCHADIER. — **Ectopie de l'artère vertébrale dans son trajet post-atloïdien.** (Imprimerie « L'Abeille » Coopérative ouvrière, Montpellier, 1921.)

M. — Dr André SIVADON. — **A propos d'un cas de mélanosarcome avec survie post-opératoire prolongée.** (« L'Abeille », Imprimerie coopérative ouvrière, Montpellier, 1921.)

M. — Dr Louis VIGNES. — **Recherches expérimentales sur la valeur du traitement médical dans la lithiase biliaire.** (Imprimerie du « Réveil du Beaujolais », Villefranche, 1921.)

La dissolution des calculs par une médication interne ne saurait être sérieusement admise. L'expulsion spontanée des calculs peut être recherchée par augmentation du courant biliaire (cholagogues) obtenue par hypersécrétion ou hyperexcrétion.

Deux seuls médicaments augmentent la sécrétion biliaire : le salicylate de soude et la bile, mais dans une proportion insuffisante pour chasser les calculs. Les cholagogues d'excrétion dont l'huile d'olives est le type n'ont donné expérimentalement que des résultats incertains et en tout cas une augmentation de pression trop faible pour être mesurée.

Il résulte de ces faits que le traitement médical de la lithiase biliaire ne saurait être curatif, mais doit se borner à être palliatif, en évitant les causes provocatrices des crises et l'infection des voies biliaires.

M. — Dr Yves BOREL. — **Du diagnostic par le facies de certains états et maladies chroniques.** (Montpellier, Imprimerie Firmin et Montane, 1921.)

Ce travail, orné de vingt croquis fort expressifs de l'auteur, et d'un croquis du regretté Dujardin-Beaumetz, est d'une fort attachante lecture, dont le résumé et la portée peuvent tenir dans cet alinéa des conclusions de l'auteur : « Le médecin qui sait être observateur acquerra rapidement le sens clinique qui impressionne si favorablement celui qu'on examine ; on évitera souvent ainsi de longues hésitations qui sont funestes à la santé du malade et à la réputation du médecin. »

M. — Dr Georges MAZEL. — **Ulcères gastro-duodénaux et syphilis.** (Montpellier, Imprimerie Firmin et Montagne, 1921.)

Cet intéressant travail inaugural, du fils de notre excellent confrère Mazel, de Nîmes, peut se résumer dans les propositions suivantes :

Tout ulcère gastro-duodénal qui ne fait pas sa preuve est d'origine syphilitique.

La liqueur de Donavan s'offre à nous comme un médicament facile à employer et souvent comme traitement d'épreuve.

Le pronostic de l'ulcère considéré comme étant le plus souvent d'origine syphilitique est très amélioré et le succès thérapeutique à peu près certain.

M. — Dr Jean DE MALBEC. — **A propos d'un cas de méniscite chronique post-traumatique.** (Imprimerie « L'abeille » Coopérative ouvrière Montpellier, 1921.)

PARTIE PROFESSIONNELLE

MÉDECINE SOCIALE

Le médecin et les lois sociales nouvelles.

L'étude que j'ai entreprise ne vaut qu'à la condition d'être menée impartialement. Aussi, publierai-je aujourd'hui, à côté de lettres ou de décisions syndicales nettement approbatives, des documents où la question du service médical des assurances sociales est traitée à un point de vue différent du mien.

***

Mon cher Confrère,

Je suis avec intérêt la très belle campagne que vous menez dans le *Concours médical*. Vous avez mille fois raison de donner l'alarme. Le régime du forfait ne servira ni les intérêts des malades, ni ceux des médecins. En revanche, il apparaît clairement qu'il servira ceux de l'Etat, en le déchargeant de la plus grande partie des frais de l'Assistance médicale gratuite.

Il ne servira pas les intérêts des malades ; l'exemple alsacien, souvent cité, l'a démontré. La médecine au rabais est une mauvaise médecine.

Il ne servira pas les intérêts des médecins. Et c'est un point sur lequel nous avons le droit, ce me semble, et sans fausse honte, d'insister.

D'après les calculs de notre confrère Boudin l'assurance-maladie devra rapporter à chaque médecin une moyenne de 25.000 fr. par an. Ce n'est là qu'une moyenne, mais admettons que ce chiffre représente un minimum. C'est un minimum insuffisant. Il est impossible à un médecin de faire face à ses charges, et de mener la vie suffisamment large, *à laquelle il a droit*, avec une ecette de 25.000 francs.

Qu'on ne m'objecte pas qu'à la recette des caisses, peuvent s'ajouter les honoraires de la clientèle privée. Celle-ci ne sera qu'un pourcentage infime dans la clientèle du médecin de campagne, ou de quartier ouvrier. D'autre part, la clientèle *libre* s'adressera de préférence au médecin *libre*. Et puis, le médecin des caisses sera assez absorbé par son triste métier.

Le fait brutal est là. Pour un *salaire* deux fois moindre, nous serons obligés, de fournir un travail trois et quatre fois plus considérable. Alors qu'à l'heure actuelle, et à la suite de quels efforts collectifs, un médecin de clientèle moyenne peut vivre dans une médiocrité à peine dorée, mais heureuse, s'il est dénué d'ambition, ce sera demain, pour tous, le surmenage physique et moral, et pour la plupart, la misère.

Prenons un exemple concret. Celui que je connais le mieux : le mien.

Je gagne, bon ou mal an, environ 50.000 fr., la pharmacie comprise. Déduction des frais, il me reste environ 35.000 fr. pour vivre. Et je n'ai pas d'autre fortune.

Je vois dix à vingt malades par jour. Je les examine à loisir, je les suis. Et sauf les jours de grande presse, il me reste encore quelques heures pour goûter la vie familiale, pour lire les ouvrages médicaux nouveaux, et même les ouvrages non médicaux, car le médecin doit conserver et accroître sa culture générale, en un mot pour cultiver mon jardin.

Avec le régime d'assurance-maladie, j'aurai cinquante ou soixante malades. Hâtivement, sans intérêt, sans goût. Tant pis pour les malades. Tant pis pour moi qui ne tarderai pas à ce régime à devenir une simple machine à ordonnances.

D'autre part, mes revenus s'abaisseront, je suppose, à 25.000 fr. Mais mes frais ne décroîtront pas. *Au contraire*. Ils augmenteront dans la proportion des kilomètres parcourus. Admettons cependant, pour être large, que, tout compte fait, il me reste en fin d'année un bénéfice de 10 à 15.000 francs.

Il y aura moins de beurre sur le pain et ma femme devra rapetasser d'une saison à l'autre ses vieilles robes. Et M. le maire, fermier qui « met de côté » chaque année quelques dizaines de billets de mille aura raison de me regarder comme un pauvre bougre.

Ce n'est certes pas cette belle perspective qui me déterminera à rester au milieu de mes croquants, braves gens, sans doute, mais dont la conversation ne suffirait pas à embellir mon existence. Je n'ai pas envie de faire un métier ingrat, pénible, un métier qui use son homme de toutes les façons, pour un salaire dont ne se contente pas le contre-maître de la scierie.

Alors, de deux choses l'une.

Ou j'achèterai un fond de boutique pour vendre quelque chose, du chocolat ou des savons. Cela me permettra d'aller au moins pêcher à la ligne le dimanche.

Ou j'irai grossir, toute honte bue, le bataillon croissant des « médecins de pissotière ». Je gagnerai beaucoup d'argent, j'irai à mon gré au théâtre ou au cinéma, et il se trouvera bien quelque jour, un ministre de la République pour me f..... la Légion d'honneur.

A moins que le futur projet ne m'applique le tarif syndical très modéré, en vigueur dans notre région, c'est-à-dire 5 fr. la consultation, 6 fr. la visite et 1 fr. le kilomètre parcouru.

Les caisses ne marcheront pas ? C'est leur affaire, et non la mienne. Pourquoi, en définitive, est-ce moi qui ferais toujours les frais des lois sociales ? L'hôpital, que la caisse fera bâtir avec l'argent qu'elle aura économisé sur ma sueur et sur ma peine, aura-t-il même une place pour moi dans mes vieux jours ?

Osons donc dire que notre caractère, nos études, notre science, notre travail, les services que nous rendons, nous donnent droit, en toute équité, à une vie largement dégagée de tout souci matériel. Et défendons, mais non pas par des moyens obliques, non pas avec je ne sais quelle fausse pudeur, notre dignité d'abord, notre bien-être ensuite.

Dr D.
(Eure-et-Loir).

Tous mes compliments pour votre campagne en faveur de la liberté dans la question assurance-maladie ; c'est la note juste, qui triomphera, grâce à vous et à l'imprégnation lente et suivie des cerveaux que vous pratiquez inlassablement.

Dr S.
Isère).

***

Nous lisons toutes les semaines dans le *Concours* les appréciations des confrères exprimées au sujet de la future loi sur l'assurance-maladie ; il ne nous échappe pas qu'il se forme un fort courant contre cette nouveauté ; il y a des appréhensions au sujet du libre choix; il y a de la répugnance à voir s'interposer un tiers entre le médecin et le malade, il y a la question de savoir comment on sera rémunéré, peut-être le soupçon de se voir

dupé. Il est fait allusion au mécontentement des médecins en Alsace-Lorraine au sujet des caisses, bref, on voit venir cette innovation d'un mauvais œil.

Pourtant, la loi sera votée ; il ne servira de rien de l'ignorer ; il faut, au contraire, l'examiner sous toutes ses faces, chercher à n'en tirer que des avantages pour couvrir et effacer autant que faire se peut ce que cette loi pourrait avoir de déplaisant pour certains caractères.

Nous nous mêlons aux débats parce que nous sommes des mécontents, avouons-le ; nous avons eu des désillusions, nous nous faisons entendre parce que nous chérissons l'espoir que la nouvelle loi nous sera appliquée et nous délivrera de l'autre qui est un fardeau écrasant. Nous estimons que c'est un devoir d'exposer les expériences que nous avons faites et de signaler les écueils qu'il faut éviter à toute force.

Tout d'abord, nous ferons remarquer que nous nous plaçons au point de vue du médecin de campagne et que c'est sous cet angle que nous examinons les choses. Nous avons constitué un syndicat auquel ne sont affiliés que des médecins de campagne.

Quand la loi sera promulguée, les caisses à créer feront des contrats avec les syndicats existant déjà. Ici, nous fixons un premier point : il faut que les médecins de campagne se groupent et fassent leur contrat séparément ; ils ont à régler la grosse question de l'indemnité kilométrique que leurs confrères de la ville ne comprendraient pas si bien. Les déplacements ! c'est à notre avis l'article du contrat qu'il faudra le mieux étudier là où le syndicat englobera les médecins de la ville et de la campagne environnante ; mais nous le répétons, nous préconisons la séparation de la ville et de la campagne ; on s'entend mieux quand on a les mêmes intérêts. Ces intérêts communs rapprocheront donc des confrères qui ne se connaissaient pas ou qui ne cherchaient pas à le faire, il y aura une caisse en face des médecins, cette caisse essayera d'imposer ses volontés et ses prix ; par ses prétentions, elle fera la cohésion entre les médecins. C'est là à notre avis un des grands bienfaits de la future loi, c'est qu'elle fera des familles de médecins, et que pratiquement, elle éliminera le médecin marron. Il faudra être syndiqué pour être admis à soigner des malades de caisse, seul le syndicat puisqu'il tient les cordons de la bourse aura le pouvoir d'agréer ou de refuser un confrère. La question du libre choix se résout d'elle-même, puisque le but primordial des syndicats est précisément le libre choix, et que là où il y a monopole ou accaparement de clientèle, nous voyons régulièrement à l'œuvre un non-syndiqué. Ces gens-là seront exclus sans formalités ; s'il leur venait à l'idée d'invoquer le principe du libre choix, on apaiserait leur soif de justice en leur demandant la promesse de se soumettre aux statuts et à la juridiction du syndicat.

Il va sans dire qu'à la campagne le libre choix ne peut pas être absolu ; quel serait l'état des finances si un assuré faisait venir un médecin de la ville éloignée, tandis que le médecin de campagne établi aux environs peut le voir à moins de frais ; cette vérité, si elle n'est pas évidente pour certains clients, doit l'être pour les médecins ; ils comprendront, sans grande explication, qu'une caisse ne consentira jamais à payer une indemnité de quinze kilomètres par exemple, quand un malade pouvait appeler un médecin résidant à cinq kilomètres de son domicile ; le cas échéant, il y aurait des marchandages avec la caisse, des discussions qu'il vaut mieux éviter. Le médecin ne doit avoir de rapports avec la caisse que par l'intermédiaire du syndicat. Le syndicat signifie sa décision à la caisse, celle-ci édifie ses assurés et leur indique les ou le médecin qu'ils doivent aller trouver en cas de maladie. Pratiquement voici comment nous verrons se passer les choses : les médecins d'un arrondissement se grouperont, avec esprit d'équité et soucieux des intérêts de tout le monde, ils délimiteront le champ d'action de chaque syndiqué, en portant toute leur attention sur les déplacements et les frais qu'ils occasionnent, ils arriveront soit à maintenir les postes actuels, soit à en créer d'autres qui seraient viables, qui rapporteront une somme qui pourra être fixée approximativement. Sachant pouvoir compter sur un fixe, sachant qu'une partie de la clientèle lui est acquise par la loi, plus d'un confrère se décidera à se fixer à la campagne avec la chance d'attirer à lui le reste de la clientèle si sa clientèle de caisse, satisfaite, en proclamant les résultats de sa thérapeutique, contribue à lui faire sa renommée.

Deuxième avantage de la future loi : la possibilité de créer de nouveaux postes viables à la campagne, avantages pour la population et pour le médecin.

Abordons maintenant la question épineuse de l'interposition de la caisse, entre le médecin et le malade. Les raisons qui détournent la sympathie de la plupart des médecins à l'égard de la future loi sont nombreuses. On prévoit l'immixtion de la caisse dans les occupations du médecin, là où jusqu'alors il était seul juge de ses actions. On lui demandera de formuler un diagnostic, alors qu'il veut se retrancher derrière le secret professionnel ; ses malades seront parfois examinés par le médecin de confiance de la caisse, d'où froissement d'amour-propre pour les caractères susceptibles ; on entravera sa liberté de prescrire les médicaments qu'il veut et comme il veut. Et après avoir passé en revue toutes ces tracasseries, il se demande comment la caisse le payera.

Il y aura des formalités à remplir, on ne peut concevoir de caisse fonctionnant sans comptabilité, sans bureau, sans écrivains ; au médecin incombera une partie de ces écritures, c'est inévitable et c'est précisément aux réunions des syndicats qu'il faut étudier ces questions et lors de l'élaboration du contrat ne pas se laisser l'obligation de noircir tout le papier que la fantaisie des bureaucrates nous enverra. On fera ce que le syndicat aura jugé nécessaire et tout travail fastidieux sera refusé ; au syndicat aussi à signifier son point de vue concernant le secret professionnel, la restriction des ordonnances, à lui de s'accorder avec la caisse sur le choix du médecin de confiance et sur les limites de ses attributions.

Tous ces points sont des détails, comparés à la façon et à la valeur de la rémunération de l'acte médical. Nous ne nous cachons pas de le dire, étant de ceux que croient que le médecin a le droit de vivre de l'exercice de la profession, la loi sera bonne et sera bien appliquée, si le médecin y trouve son avantage. Nous insistons donc sans fausse honte sur l'importance de la rémunération de l'acte médical, nous rappelons que nous envisageons les choses au point de vue du médecin campagnard ; celui-ci voit sa clientèle dans d'autres conditions que le confrère de la ville, il perd du temps et il fait du chemin ; or, il ne faut pas que sur les routes, il fasse de réflexions amères, suscitées par le calcul du profit (?) de sa journée. Lors de la conclusion des contrats, il faudra que les délégués des syndicats aient toujours devant les yeux l'image du médecin faisant effort pour surmonter le plus grand obstacle à l'exercice de sa profession : la distance ! Pour l'y aider, il faut lui en fournir les moyens : une bonne rémunération. Nous arrivons tout naturellement à la question du mode et de la valeur de la rémunération.

Dans les différents articles parus dans le *Concours*, nombre de modes de payement ont été préconisés, nous ne nous permettrons pas de les juger, ne les ayant pas expérimentés, nous ne parlerons que du système en vigueur chez nous : le forfait.

Nous ne nous dissimulons pas que le système du forfait a une très mauvaise presse, qu'il est très en défaveur et qu'il n'a pas encore trouvé de champion pour le défendre au cours des débats suscités par l'annonce de la future loi. Ajoutons que nous-mêmes sommes contre le forfait et que si nous ne craignons pas d'encourir le blâme de défendre un système condamné et odieux à tous, c'est qu'il n'est pas dans notre intention de rompre

une lance en faveur du forfait, mais d'indiquer qu'on peut tirer parti du système et de quelle façon il faut s'y prendre. Car, il n'y aura pas d'autre système de payement possible, au moins pour les premières années, à moins qu'on ne pousse de propos délibéré à l'aventure et qu'on ne désire voir sombrer les caisses en leur contestant le droit de fixer leurs dépenses en raison de leurs recettes. Si le forfait n'est pas dérisoire comme en Alsace-Lorraine, s'il n'est pas une prime au moindre effort, il peut assurer le bien des malades tout en ne ravalant pas la dignité du médecin.

Une petite digression pour expliquer le fonctionnement du payement des honoraires au syndicat de Metz-campagne. La caisse de Metz-campagne compte près de cinq mille assurés à raison de quinze francs par an, soit 75.000 fr. ; la caisse paye cette somme à la banque du syndicat, en versements trimestriels ; en chiffres arrondis 18.000. A la fin du trimestre, chaque confrère envoie au président du syndicat sa facture sur un formulaire spécial, où figurent le nom de l'assuré, la date et le nombre des visites, des consultations et des kilomètres parcourus. Nous sommes convenus de payer la visite six francs, la consultation quatre francs, le kilomètre double deux francs ; la somme des factures dépasse toujours 18.000 fr. ; il faut réduire ; c'est l'affaire de la commission, composée du président et de deux confrères qui changent chaque trimestre et se suivent par ordre alphabétique, de sorte que tous peuvent se rendre compte de la gestion des finances. Cette commission réduit la somme due pour les actes médicaux, par celle due pour les déplacements. Les rayons d'action sont inégaux en étendue, l'injustice serait criante, si le confrère qui fait des kilomètres voyait réduire sa facture aussi impitoyablement que celui qui reçoit ses clients dans son cabinet. Nous rappelons encore une fois, notre insistance sur la question des déplacements.

Nous avons fait de juillet 1920 à juillet 1921 pour 4.900 assurés :

3.190 visites à 6 fr.	19.140 fr.
11.072 consultations à 4 fr.	44.288 fr.
10.625 kil. doubles à 2 fr.	21.250 fr.
Total	84.678 fr.

La caisse nous a versé pour ces douze mois, la somme de 74.996 ; nous faisons un déficit d'environ 10.000 fr. En réalité le déficit est bien plus grand ; nous payons quatre francs par consultation, mais qu'un malade vienne nous dire qu'il a un tour de reins ou qu'il vienne se faire réduire une luxation de l'épaule ou se faire ouvrir un phlegmon, c'est toujours quatre francs ; nous ne pouvons pas payer les interventions et nous perdons encore une dizaine de mille francs de ce côté-là.

On nous dira ; voilà des raisons suffisantes pour faire rejeter le forfait ! Qu'on nous permette une autre démonstration. Fixons la consultation à 5 fr., la visite à 8 fr., le kilomètre double à 4 fr., nous obtenons :

	3.190 × 8 =	25.520
	11.072 × 8 =	55.360
	10.265 × 4 =	42.500
pour interventions	15.000	15.000
Total		138.380

soit en chiffres arrondis un forfait de trente francs par tête et par an. Le forfait de trente francs est-il suffisant ? Non ! L'année a été exceptionnellement favorable : en cas d'épidémie ou au cours d'une année rigoureuse trente francs ne permettraient pas de payer toutes les visites et tous les kilomètres. En outre, le nombre de nos visites et de nos consultations n'est pas exact ; comme nous ne pouvons pas faire tout payer, nous ne marquons que ce qui a chance d'être payé, nous faisons donc un nombre appréciable de visites qui ne figurent pas au compte ci-dessus ; il faudrait porter le forfait à 45 fr. par tête. Avec cette somme, les prétentions les plus légitimes des médecins même exigeants seraient satisfaites. Le forfait de 45 fr. ne serait plus l'iniquité criante qu'il est dans notre cas, ni le gouffre qu'il faut en tous cas éviter. Nous prions les adversaires du forfait de s'arrêter un moment à ces chiffres, de se recueillir et d'examiner ceci : il sera créé une nouvelle catégorie de clientèle, cette clientèle aura souvent recours au médecin, puisqu'elle n'aura pas à délier les cordons de sa bourse ; c'est la caisse qui payera pour cette clientèle, le médecin n'aura jamais de soucis quant au payement, il n'aura pas à craindre de pertes d'argent, il travaillera à raison de 5 fr. la consultation, 8 fr. la visite, ses déplacements lui seront comptés à raison de 4 fr. le kilomètre double, ses interventions d'après un tarif fixé par le syndicat. Rejettera-t-on sans examen un système qui peut donner de bons résultats s'il est bien appliqué ? Nous pouvons tous travailler au tarif indiqué, ce qu'il faut obtenir, c'est au moins 45 fr. par assuré. Si les familles doivent être assurées, il faut au moins doubler cette somme.

Les adversaires du forfait auront encore à tenir compte du fait que lors de la conclusion des contrats, il y aura deux parties, le syndicat médical et la caisse ; la caisse sera obligée de compter, ses dépenses ne pourront pas excéder ses recettes, il faudra qu'elle fasse la part des malades, la part des pharmaciens, la part des médecins. Qui contestera à la caisse son besoin de sécurité et son droit de l'assurer par des chiffres ? Quelle entreprise, ne connaissant que ses recettes, osera prendre l'engagement de faire face à des dépenses causées par trois inconnues ? Mais les médecins attendront-ils les propositions des caisses ou se présenteront-ils dans la position bien plus avantageuse de négociateurs sachant ce qu'ils demandent pour les services qu'on attend d'eux ? Il faudra qu'on arrive à une entente par des concessions, que les médecins accordent le forfait et la caisse les 45 fr. par tête, nous croyons que dans ces conditions on peut signer. Il y aura naturellement des protestations de la part des caisses, le prix de 45 fr. sera jugé excessif, on objectera qu'en Alsace-Lorraine, les médecins se contentent de quinze francs et même de 22 fr., quand ils soignent toute une famille ! Non, nous ne nous contentons pas, nous avons fait un contrat sans avoir aucune donnée et nous souhaitons que pareille mésaventure n'arrive pas aux confrères de l'intérieur ; qu'ils se tiennent sur leurs gardes, ils savent très bien que c'est sur le compte du médecin qu'on lésinera le plus. En Lorraine, aux patrons qui se plaignent des frais que leur occasionne l'assurance de leurs domestiques, la caisse répond invariablement : les médecins nous coûtent trop cher.

Ce que nous venons d'énoncer, nous n'avons pas la prétention de l'ériger en article de foi, le chiffre de 45 fr., nous ne voulons pas le faire passer pour le seul à adopter partout ; nous avons la modestie de reconnaître que notre bilan n'est que celui d'une année et d'un seul syndicat de médecins de campagne, il serait intéressant d'avoir le bilan des autres syndicats campagnards d'Alsace-Lorraine pour faire le calcul du forfait, qu'il faudrait exiger dans les autres arrondissements pour pouvoir payer 5 fr. la consultation, 8 fr. la visite et 4 fr. le kilomètre double. Ces calculs mettraient aussi en évidence, là où le syndicat englobe les médecins de la ville et ceux de la campagne, la nécessité proclamée plus haut de séparer, au moins au point de vue de la médecine de caisse, les syndicats de ville des syndicats de campagne, il y a les déplacements pour la campagne et les médecins de ville seraient enclins à ne pas en comprendre l'importance.

Nous serions heureux de rendre un service et notre but serait atteint, si dans le désordonnement des préférences et des répugnances des confrères, si dans l'incohérence des tendances manifestées dans le débat, notre proposition de retenir le chiffre de 45 fr. et de l'examiner

pouvait servir de point de repère et aider à fixer les exigences des médecins. C'est à eux à examiner, s'ils veulent travailler pour 5, 8 et 4 fr. et adopter provisoirement le forfait de 45 fr. qui leur assurerait ces honoraires.

Les adversaires du forfait objecteront encore que la somme de 45 fr. pourrait être insuffisante, soit par l'exigence désormais irrépressible de la clientèle ou par le zèle trop grand de confrères peu scrupuleux. Il n'y a qu'une réponse à cette objection, on n'obtiendra jamais plus de 45 fr. par tête ; on peut mettre sa clientèle au pas et la commission aura tous les moyens de refréner le zèle des confrères trop entreprenants.

Ne seront pas comprises dans les 45 fr. les visites de nuit et de dimanche, il faudra être intransigeant sur cette question ; si un assuré a la fantaisie d'appeler le médecin la nuit sans motif, et que la caisse déduise cette visite au malade, il ne sera pas porté à recommencer.

Les accouchements seront payés par la caisse et ne seront pas compris dans le forfait ; il en sera de même pour les examens de laboratoire et de radiologie.

Comme nous l'avons déjà indiqué, la lutte sera âpre pour obtenir une rémunération raisonnable. On fera valoir qu'en Alsace-Lorraine, les syndicats travaillent pour 15 fr., et 22 fr. quand il y a assurance des familles ; on fera entendre que la clientèle de caisse ne donnera pas beaucoup de mal, que l'exercice de la médecine de caisse se bornera souvent à la délivrance de feuilles de maladie et qu'il y a la ressource de l'hospitalisation pour les cas graves. Nous entendrons encore beaucoup d'arguments de ce genre qui seront des injures à notre dignité professionnelle. Si malgré tout, on arrivait à ébranler notre résolution d'être fermes, et à nous faire supposer un instant que le chiffre de 45 fr. par tête est exagéré, nous n'aurions qu'à nous rappeler que toutes les caisses en Alsace-Lorraine font des bénéfices. Il faudrait leur demander aux dépens de qui elles le font.

Pour terminer, nous nous excusons d'avoir produit le forfait sous un jour aussi favorable ; notre excuse est de l'avoir calculé assez fort pour couvrir tous les risques à la campagne et de permettre dans certains cas d'étayer la discusssion de chiffres précis. Mais nous le considérons comme un pis-aller et ne voudrions le voir adopter que comme mesure temporaire en attendant le jour où les caisses pourront rémunérer le travail aux pièces.

Dr L.

***

Union des Syndicats médicaux du sud-est.

Réunion du Comité directeur.

(26 juin 1921).

Le contrat collectif.

par le Dr Duby, de Bourg.

Messieurs, le contrat collectif est très prôné par l'Union des Syndicats Médicaux de France et par le *Concours médical* en vue de l'application de la loi sur l'assurance obligatoire « invalidité-maladie ». A l'Assemblée générale de l'Union du 5 décembre 1920, un vœu en faveur du contrat collectif était adopté à l'unanimité moins deux voix. Néanmoins la question reste ouverte et il n'est pas trop tard pour l'examiner de près. Je n'ai pas la prétention de faire ici une étude complète du contrat collectif, mais seulement d'en montrer les graves inconvénients. D'ailleurs, en dehors de la sécurité des recouvrements, j'avoue n'en pas voir les avantages en ce qui concerne notre profession.

La première difficulté qui se présente est celle de la conduite à tenir vis-à-vis des médecins non syndiqués. Les uns sont d'avis d'admettre au contrat ceux d'entre eux qui reconnaîtraient la juridiction du conseil de famille. Les autres, objectant que c'est leur laisser les avantages du syndicat sans ses charges, estiment qu'il faut les ignorer ; ils ajoutent qu'en présence de cette situation, les intéressés se verront contraints d'entrer au syndicat. Voilà donc dans cette hypothèse, le syndicat rendu obligatoire, non en droit, mais en fait et par nécessité matérielle. Mais qui ne voit qu'il y a là pour le syndicalisme médical une victoire portant un germe de mort. Actuellement, le syndicat se compose de membres plus ou moins convaincus, mais qui tous y sont venus volontairement, et qui tous le considèrent comme le gardien de leurs droits et de leurs intérêts, moyennant quelques concessions réciproques faites dans l'intérêt commun. Mais si vous le peuplez de gens contraints et forcés, il prendra fatalement à leurs yeux figure d'instrument d'oppression et deviendra odieux ; d'un centre d'attraction, vous aurez fait un centre de répulsion. Si d'ailleurs nous luttons contre la fonctionnarisation par l'Etat, ce n'est pas pour nous tyranniser nous-mêmes en ressuscitant l'antique corporation dans toute son étroitesse. Prenons garde de faire du syndicat une armature par trop rigide ne respectant pas le minimum d'individualisme indispensable à notre profession.

Je me bornerai à signaler en passant, comme conséquence fâcheuse de l'auto-fonctionnarisation syndicale par le contrat, l'énorme appareil de comptabilité, de paperasserie, qui pèsera sur les épaules du malheureux secrétaire, et finira par faire de lui un fonctionnaire appointé n'ayant plus du praticien que le nom.

Un des résultats les plus tristes de la loi sera certainement la mentalité de revendicateur qu'elle créera chez l'assuré. Celui-ci voudra en avoir pour son argent, il sera d'autant plus exigeant qu'il versera une plus forte cotisation. Il dérangera le médecin à chaque instant, jour ou nuit, pour un bobo insignifiant. Nous serons donc harassés par des visites et consultations multipliées, et mis dans l'impossibilité de faire de la médecine sérieuse. Mieux encore, l'assuré en viendra à croire que le droit aux soins médicaux implique le droit à la maladie, c'est-à-dire au repos payé. La médecine civile deviendra le digne pendant de la médecine militaire, où la première question à se poser est de savoir si l'on n'a pas affaire à un fricoteur ; — avec cette différence que le médecin civil n'aura pas l'indépendance de son confrère militaire, et que trop souvent il sera tenté d'être dupe du « candidat-malade » pour ne pas l'être du confrère moins scrupuleux que lui-même. Enfin, cette nécessité du « travail en masse », suivant l'expression du Dr Specklin, amènera un relâchement du rapport moral entre le médecin et la malade, qui risque de devenir un simple numéro. Les victimes d'une situation aussi fausse seront les vrais malades. Et alors celui qui voudra être examiné sérieusement donnera à son médecin un pourboire, le « trinkgeld » alsacien. « Catastrophe ! » s'écrie le Dr Batier, de Strasbourg. « Pauvre, pauvre médecine ! », ajoute le Dr Helme.

On a proposé comme remède, le ticket modérateur, c'est-à-dire que le médecin serait payé au moyen d'un ticket acheté par le malade à sa caisse d'assurance. C'est assurément une disposition fort intéressante, mais encore faut-il que la part payée par le malade soit suffisamment importante pour être réellement modératrice. Donc nous devons considérer comme purement ridicule l'alinéa de l'art. 26 du projet Vincent qui fixe la somme à débourser par le malade pour chaque visite à 0 fr. 25, 0 fr. 50 ou 0 fr. 75 suivant la classe. Et l'auteur du projet lui-même considère cette disposition comme tellement inopérante qu'il ajoute : « En cas d'abus commis par un assuré qui mande un médecin à son domicile sans motif légitime, ce dernier est tenu d'en aviser la caisse sans délai ». Quelle prétention insensée que de vouloir nous faire faire la police de nos malades ! D'ailleurs même si le ticket est vraiment modérateur, cela n'empêchera pas maint assuré d'en acheter un pour tâcher d'obtenir le petit congé auquel il croit avoir droit. Quoi qu'on fasse, le caractère démagogique de la loi portera ses fruits.

J'en arrive maintenant aux modalités de paiement

du médecin dans le contrat collectif. Très peu de voix se sont fait entendre en faveur du forfait, dont il est inutile de souligner ici l'injustice et l'immoralité. Presque tous se sont déclarés en faveur du tarif à la visite. Toutefois, il est bien certain que celui-ci ne saurait jouer intégralement. « Aucune organisation, dit le Dr Specklin, n'admettra de payer à l'infini des frais médicaux. Les caisses n'accepteront jamais la vacation à l'infini, sans limitation par le forfait. C'est à nous, à l'intérieur du forfait, de faire la vacation. Le médecin sera payé au prorata de ce que le forfait, versé au syndicat, peut permettre de faire ». C'est dire que le prix d'un acte médical donné sera variable suivant le nombre total d'actes médicaux effectués dans l'année, et d'autant plus faible que ce nombre sera plus élevé. Or, nous avons vu qu'un effet automatique de la loi était de pousser à la consommation. Donc le prix de l'acte médical tendra à être très faible, pour ne pas dire dérisoire. C'est ce qui se vérifie pleinement en Alsace, où la consultation rapporte 0 fr. 70 et la visite 1 fr. 50 ! Là encore, nous voyons l'intérêt qu'aurait le ticket modérateur, à condition que le client doive sortir de sa poche une somme suffisante pour mettre un frein à sa fureur de consommation médicale.

Mais il restera toujours un très gros obstacle : c'est la répartition de la somme forfaitaire entre les médecins. Sur quelle bases appréciera-t-on le travail fourni. Comment satisfaire à la fois les praticiens de médecine générale, les chirurgiens, les spécialistes, les titrés des Facultés et des hôpitaux. Quelles âpres discussions en perspective et que de mécontents ! D'autant que l'encombrement médical est plus grand en France qu'en Alsace. « Si nous avions dans nos villes, dit le Dr Specklin, le même pourcentage que chez vous, il nous serait impossible de vivre ».

Je n'ai envisagé jusqu'à présent que le contrat loyalement appliqué. Mais il faut compter avec les abus, ristournes, réclames, racoleurs, etc... J'entends bien qu'il y aura un contrôle, financier et syndical, Lafontaine ajoute même technique. Mais cela n'empêchera pas de voir en France des « gros lions des caisses » comme en Alsace, car un contrôle ne dépiste que les manœuvres les plus grossières, et reste impuissant contre les procédés douteux. « Il n'y a pas moyen, dit Specklin, de contrôler cette activité, pas moyen de voir pourquoi ces médecins voient les gens venir chez eux, il n'y a pas moyen d'intervenir dans ces choses-là ». Enfin, il faut prévoir la formation probable de syndicats médicaux dissidents, « marrons » ou simplement « jaunes », qui traiteront avec les caisses et tiendront en échec les syndicats honnêtes. C'est ce qui se passe actuellement à Limoges vis-à-vis de la Mutualité. Pour prévenir ces agissements, on a proposé que les caisses traitent non pas avec les syndicats, mais avec l'Union des Syndicats Médicaux de France. C'est là une centralisation vraiment excessive, dans laquelle les considérations d'intérêt régional ont bien des chances d'être sacrifiées.

Passons maintenant aux rapports de la loi avec l'organisation hospitalière, en partant de ce fait que l'assuré n'est pas un indigent. Quand il devra entrer à l'hôpital, ce sera comme payant. A ce titre, il aura droit à un certain confort qui est refusé à l'assisté. La catégorie « indigente » va d'ailleurs se trouver fortement réduite, puisque la classe sociale dans laquelle elle se recrute sera précisément soumise à l'assurance obligatoire. Donc, nécessité de procéder dans les hôpitaux à une réorganisation matérielle complète, puisqu'il ne s'agit de rien moins que de les transformer en maisons de santé. Jusqu'ici tout va bien, — tout au moins en principe. Mais, d'autre part, on ne voit pas pourquoi l'assuré, du fait qu'il entre à l'hôpital, cesserait d'avoir droit au libre choix. Du moment qu'il paye, il a le droit de choisir, et le mur de l'hôpital devenu maison de santé ne saurait constituer une barrière à l'exercice de ce droit. Dès lors, comment le contrat collectif tiendra-t-il compte des situations acquises par le Corps hospitalier recruté au concours. Il faut prévoir, avec le Dr Lenglet, des difficultés formidables entre ceux qui détiennent la puissance hospitalière et les simples praticiens. D'ailleurs, le Corps des hôpitaux, en défendant ses prérogatives, défendra également les nécessités de l'instruction clinique, donc l'intérêt général. Comment ne pas voir, en effet, l'impossibilité d'assurer l'enseignement au lit du malade s'il n'y a plus de services fixes, avec des chefs de service fixes et donnant des garanties de capacité. La simple transformation de l'indigent en payant rendra déjà la tâche bien délicate et imposera beaucoup de doigté tant aux maîtres qu'aux élèves. Mais si l'on supprime les maîtres, que restera-t-il ? On sera d'ailleurs logé à la même enseigne si, comme le propose le Dr Boudin, on restreint l'hôpital à l'usage des indigents, pour cette bonne raison qu'il n'y aura presque plus d'indigents. Donc, ou bien suppression des instructeurs, ou bien disparition des sujets d'enseignement, tel est le dilemne auquel on se heurte. J'admets bien que la loi pourra produire ces mêmes effets sans le contrat collectif, mais du moins le Corps médical aura-t-il dans ce cas dégagé sa responsabilité et conservé sa bonne harmonie.

Enfin, il est à présumer que l'assurance invalidité-maladie absorbera probablement les accidents du travail. En d'autres termes, à la responsabilité patronale se substituera celle de l'Etat. Nous ne pouvons qu'y perdre, parce que dans la loi sur les accidents du travail il y a un tarif ferme pour tout acte médical, tandis que dans le contrat collectif il y aura, nous l'avons vu, limitation par le forfait global.

En somme, on est obligé de constater que la loi sur l'assurance obligatoire aura pour l'exercice de la médecine des conséquences néfastes, moralement et matériellement, tant au point de vue du médecin qu'à celui du malade, — exception faite en ce qui touche la modernisation des hôpitaux qui devrait en découler. Il me paraît impossible que le Corps médical renonce bénévolement à la liberté et accorde sa collaboration à cette loi par le contrat collectif, sous peine de prêter la main à son propre étranglement. Le contrat collectif, qui nous est donné par Lafontaine comme le seul moyen d'échapper à la fonctionnarisation, m'apparaît comme un véritable guêpier, et je crois que ce serait suivre la politique de Gribouille que de le prendre pour sauveur. La vraie solution, à mon avis, serait de continuer à nous arranger directement avec nos clients, tout en leur signant les papiers nécessaires pour leur permettre de toucher les indemnités prévues. Telle est d'ailleurs, la manière d'agir préconisée par les syndicats d'Orléans, de Beaune et de Dijon. Ce n'est pas là, quoi qu'en dise Lafontaine, une position de combat, puisque nous acceptons de signer certains papiers administratifs.

Si, cependant le contrat collectif nous était imposé, nous devrions du moins exiger absolument la participation maxima du client aux frais médicaux sous forme du ticket modétrateur. Il importe aussi qu'il soit bien entendu que nous nous opposons résolument à la constitution à nos dépens d'une nouvelle et immense catégorie de privilégiés, et que le prix du ticket devra être équivalent aux prix fixés par le tarif syndical minimum pour la clientèle libre... s'il en reste. Je proposerai des conclusions.

M. le Dr Bolliet a la parole.

Il sait, dit-il, que des confrères, à propos de l'assurance-maladie obligatoire, demandent le régime de la liberté, qui place le médecin directement en face de son malade, sans intervention entre eux d'aucun organisme Ces confrères veulent ignorer les caisses d'assurance et continuer à n'avoir affaire qu'au malade qui les aura librement choisis et qui les payera comme un client habituel, l'assuré complétant de sa poche l'indemnité allouée par la Caisse. Le Dr Bolliet n'est pas opposé, sauf dans certains cas, à l'emploi de ce système. Au surplus



ÉCHANTILLON GRATUIT
A MESSIEURS LES MÉDECINS
POUR LEURS ESSAIS CLINIQUES

LABORATOIRES DORANTOWICZ 17bis Avenue Parmentier. PARIS (XIe)

---

(2)



DIABETE
PAIN FOUGERON
AVEC MIE — FRAIS — EXQUIS
37, rue du Rocher. — PARIS

TÉLÉPHONE 111

PRODUITS PHYSIOLOGIQUES
A. DE MONTCOURT
49, Avenue Victor-Hugo, BOULOGNE-PARIS

EXTRAIT Gstrique MONCOUR Hypopepsie *En sphérulines dosées à 0 gr.125* De 4 à 16 sphérulines par jour.	EXTRAIT Hépatique MONCOUR Maladies du Foie Diabète par anhépathie *En sphérulines dosees à 30 c/gr. en doses de 12 gr. En suppositoires dosés à 3 gr.* De 4 à 16 sphérulines par jour. De 1 à 4 suppositoires par jour.	EXTRAIT Pancréatique MONCOUR Diabète par hyperhépathie *En sphérulines dosées à 20 c/gr. En suppositoires dosés à 1 gr.* De 2 à 10 sphérulines par jour. De 1 à 2 suppositoires par jour.	EXTRAIT Entéro-Pancréatique MONCOUR Affections intestinales Troubles dyspeptiques *En sphérulines dosées à 25 c/gr.* De 1 à 4 sphérulines par jour.	EXTRAIT Intestinal MONCOUR Constipation Entérite muco-membraneuse *En sphérulines dosées à 30 c/gr.* De 2 à 6 sphéruline par jour.
EXTRAIT de Bile MONCOUR Coliques hépatiques Lithiase Ictère par rétention *En sphérulines dosées à 10 c/gr.* De 2 à 6 sphérulines par jour.	EXTRAIT Rénal MONCOUR Insuffisance rénale Albuminurie Néphrites, Urémie *En sphérulines dosées à 15 c/gr.* De 2 à 16 sphérulines par jour.	CORPS Thyroïde MONCOUR Myxœdème, Obésité Arrêt de Croissance Fibrômes *En bonbons dosés à 5 c/gr. En sphérulines dosées a 35 c/gr.* De 1 à 4 bonbons p. j. De 1 à 6 sphérulines p. j.	POUDRE Ovarienne MONCOUR Aménorrhée Dysménorrhée Ménopause Neurasthénie féminine *En sphérulines dosées à 20 c/gr.* De 1 à 3 sphérulines par jour.	AUTRES Préparations MONCOUR Extrait de Muscle lisse Extrait de Muscle strié Moelle osseuse Myocardine Poudre surrénale Thymus, etc., etc.

Toutes ces préparations ont été expérimentées dans les Hôpitaux de Paris. Elles ne se délivrent que sur prescription médicale.



les confrères qui en feraient usage ne tarderaient probablement pas à voir quels honoraires ils toucheraient de la part de certains assurés. Cet individualisme, qui présuppose la cohésion complète du corps médical, est possible dans les localités où il n'y a qu'un médecin. Il est possible également dans les villes où n'exercent qu'un petit nombre de médecins et où ne s'installe un médecin que tous les 8 ou 10 ans. Il peut y avoir dans ces conditions une entente confraternelle assez forte et loyale pour permettre d'obtenir, sans contrat collectif, une rémunération suffisante. Toutefois, le principal inconvénient de ce système, en dehors de la possibilité du *non paiement* par l'assuré, réside dans *la présence ou l'arrivée de confrères dissidents qui, le cas échéant, pourront accaparer les soins au rabais.* D'après le Dr Specklin (de Mulhouse), l'individualisme a presque disparu en Alsace et « la vie syndicale, du fait du contrat collectif avec les assurances, a pris une intensité insoupçonnée de ceux qui ignorent cette institution ».

Quant aux grandes villes et particulièrement aux villes de Faculté comme Lyon, où il y a 500 médecins, plus 50 dans la banlieue, où 340 docteurs ont été reçus en 1920, où une moyenne de 25 à 30 nouveaux confrères s'établissent chaque année, l'entente verbale entre médecins y est à peu près impossible à réaliser et ne pourrait certainement pas durer. L'individualisme ramènerait forcément et à brève échéance, à Lyon, le régime que le Syndicat des Médecins du Rhône a eu tant de peine à démolir en 1902, c'est-à-dire le forfait, la sous-enchère et la course des visites au rabais. On voyait, autrefois, le prix d'une visite aux mutualistes être payé fréquemment au prorata de 40 ou 50 centimes. Il est bon de rappeler aux anciens et aux jeunes confrères lyonnais, que c'est la signature par le Syndicat, en 1902, d'un contrat collectif avec les mutualistes, que c'est aussi la création d'un service syndical autonome, absolument indépendant des collectivités, qui ont été le point de départ du développement considérable du Syndicat des Médecins du Rhône et du relèvement de nos tarifs à Lyon.

Les partisans du système de la liberté des soins aux assurés, considérés comme des clients ordinaires, peuvent essayer de faire insérer — ce qui ne sera probablement pas une tâche facile — ce principe dans le texte de la loi. Mais il y a lieu, d'autre part, de prévoir le cas où le régime de la liberté n'étant pas adopté, la loi avec le contrat collectif nous serait imposée, une fois votée. Il importe donc d'examiner dès maintenant quel serait, dans cette dernière alternative, le meilleur moyen de protéger nos intérêts.

Alors même que, d'après la loi, les Caisses d'assurance-maladie recevraient, pour rémunérer les médecins, une somme forfaitaire par tête d'assuré, la signature d'un contrat collectif ne serait nullement incompatible avec le tarif à la visite, du moment surtout qu'à cette somme forfaitaire viendrait s'ajouter dans tous les cas le montant des tickets « modérateurs » préalablement délivrés aux frais de l'assuré par les Caisses d'assurance.

Le *modus faciendi* serait, en somme, identique au « système lyonnais », auquel fait allusion l'exposé du projet de loi. En effet, le mutualiste lyonnais paye à sa Société, sous forme de cotisation, un forfait mensuel de 2 fr., 3 fr., 4 fr., etc. Notre Syndicat ne se préoccupe pas de ces considérations économiques d'ordre intérieur. Il dit aux Mutualistes, comme il dira plus tard aux Caisses d'assurance, nos tarifs sont les suivants : consultation, 6 ou 8 fr. ; visite, 8 ou 10 fr. Pour chaque consultation, vos assurés remettront au médecin un ticket valant 6 ou 8 francs, et pour chaque visite un ticket valant 8 ou 10 francs. Vous fixerez pour le prix d'achat de ces tickets le chiffre que vous jugerez utile à l'équilibre budgétaire de votre caisse. A Lyon, beaucoup de Sociétés demandent pour l'achat d'un ticket *la moitié* de la valeur portée sur notre contrat, c'est-à-dire 3 fr. pour le ticket de consultation, 4 fr. pour le ticket de visite. De cette façon, le ticket jouera, dans le service des caisses, un rôle non seulement « modérateur » des abus de visites, mais il pourra être suffisamment « rémunérateur » pour que les caisses d'assurance accordent aux médecins le tarif à la visite, sans crainte d'aléas pour elles. Et les médecins qui payent déjà, comme contribuables, une quote-part très élevée dans la répartition des impôts nécessaires à l'application des lois sociales, ne seront pas obligés, encore, dans l'exercice de leur profession, de faire aux « possibilités financières », aux « prévisions budgétaires », etc., d'injustes sacrifices de leurs intérêts moraux et matériels, sacrifices qui ne sont demandés qu'aux médecins.

Je propose des conclusions dont le président, M. le prof. Patel vous donnera lecture.

Dans la discussion qui a suivi, les docteurs Goujon (L.), Vigne et Bertoye viennent corroborer l'exposé fait par le docteur Bolliet du système lyonnais avec contrat collectif.

A la suite de la discussion, l'Assemblée adopte, à l'unanimité, les vœux suivants, synthèse des idées exprimées par les docteurs Duby et Bolliet :

VŒUX :

Le Comité directeur de l'Union des Syndicats Médicaux du Sud-Est, dans sa réunion du 26 juin 1921,

est d'avis,

Que le Corps médical a un intérêt moral et matériel à n'avoir affaire qu'aux individus, plutôt qu'aux collectivités ;

Néanmoins, elle accepte — en ce qui concerne l'assurance-maladie obligatoire — de traiter avec les Caisses par le contrat collectif,

sous les réserves :

1° *Que le libre choix du médecin soit nettement inscrit dans la loi ;*

2° *Que le tarif à la visite soit le seul mode de payement, sans aucune restriction par le forfait global.*

Elle déclare exiger le ticket « modérateur » avec participation personnelle du client aussi élevée que possible, la valeur totale du ticket devant être conforme au tarif syndical minimum.

L'Union du Sud-Est demande aussi :

3° *Que les Syndicats médicaux et Fédérations soient représentés dans tous les organismes chargés de la préparation et de l'application de la loi ;*

4° *Que l'entente sur les modalités d'application locales se fasse directement entre les caisses d'assurances locales et les Syndicats médicaux.*

***

Fédération des Syndicats départementaux du Nord.

(16 octobre 1921.)

(Extraits.)

Projet de loi assurance-invalidité-maladie. — Comme conclusion d'une étude du projet de loi assurance-invalidité-maladie, le Dr Jules Leclercq (de Lille) a proposé l'ordre du jour suivant qui a été adopté par tous les syndicats :

« La Fédération des Syndicats médicaux du Nord, après étude et discussion du projet de loi sur les assurances sociales, déposé par le Gouvernement sur le bureau de la Chambre des députés, le 22 mars 1921, reconnaît la nécessité de développer les lois sociales et approuve l'initiative gouvernementale. Mais il estime qu'il ne peut souscrire à la transformation complète et dangereuse de la profession médicale prévue dans ce projet. Il ne pourra accorder la collaboration loyale et entière qui lui est demandée que si les principes essen-

tiels suivants, qui ménagent à la fois les intérêts des assurés et des médecins, et qui garantissent au Corps médical sa liberté et son indépendance traditionnelles et nécessaires, sont intégralement respectés :

1° Liberté absolue pour l'assuré, et sans restriction aucune, du choix du médecin.

2° Rémunération directe à la visite, par le malade lui-même.

3° Maintien de l'orientation syndicale actuelle. Les Syndicats médicaux doivent demeurer de simples organes de défense professionnelle et ne peuvent devenir des rouages administratifs.

L'assemblée approuve à l'unanimité les propositions du Dr Leclercq et demande qu'elles soient transmises à l'Union des Syndicats médicaux, au rapporteur de la Loi, au *Concours médical*, aux Fédérations, médicales, etc.. Le Dr Decherf, au cours d'un récent séjour à Strasbourg, a eu l'occasion de se rendre compte du fonctionnement de l'assurance-invalidité en Alsace-Lorraine ; les médecins y déplorent cette institution qui procure aux malades des soins insuffisants et fonctionne surtout au détriment du Corps médical.

* * *

Je commence par m'inscrire en faux contre le début du rapport du Dr Duby, de Bourg, à l'Union des Syndicats médicaux du Sud-Est, quand il dit que le *Concours Médical* prône le contrat collectif.

Rien n'est moins exact. Gassot et Noir ont nettement précisé que les articles qui paraissaient dans nos colonnes sous la signature de l'un de nous n'engageaient que leur auteur, et que la Direction du Journal n'avait pas donné d'opinion.

Boudin s'est longuement étendu sur cette forme de tractation qui, je le sais, lui paraît avoir de réels avantages.

Moi-même, j'en ai parlé le 12 juin dernier. page 1699, dans les termes suivant : « *Le contrat collectif, je le vois destiné à assurer la garantie, la tutelle du Syndicat au régime de la liberté que j'ai défini plus haut* ».

Tout cela n'est qu'opinion personnelle.

Cette mise au point faite, j'ai à cœur de rappeler, pour ceux qui seraient tentés de l'oublier, sur quelles bases très précises j'ai entendu étayer ma thèse.

Dans ce même numéro du 12 juin, j'ai proclamé que : « *la condition* sine qua non *de la possibilité d'application généralisée du régime de la liberté c'est l'entente ; l'union aussi parfaites que possible entre tous les membres du corps médical* ».

Quant au régime lui-même, je l'ai défini dans les termes suivants : « *Régime de la liberté, dans la mesure où elle peut et doit exister déontologiquement*, SOUS LA PROTECTION ET LA GARANTIE DU SYNDICAT ».

J'insiste de la manière la plus rigoureuse sur ces propositions, qui résument exactement la thèse que je soutiens.

Je me refuse énergiquement à accepter de paraître faire ici figure d'anti-syndicaliste. Je me suis déjà expliqué une fois à ce sujet ; il y a plus de vingt-cinq ans que je suis venu au Syndicat, et je continue à être un syndiqué convaincu. Je n'ai pas l'habitude de mettre mon drapeau dans ma poche, ni de m'affubler d'un faux nez.

C'est donc, je ne cesserai de le répéter, *dans le cadre syndical que j'escompte que pourra fonctionner le régime de la liberté.*

Mon rôle ici n'est pas de défendre l'idée syndicale. Elle se suffit à elle-même. Si le Syndicalisme n'a pas encore donné sa pleine mesure, c'est qu'il comporte un certain esprit d'abnégation dont tous ne sont pas susceptibles ; c'est qu'il réclame une foi que tous ne possèdent pas au même degré. Mais je prétends que, *seul*, il est capable de réaliser l'union et l'entente que je préconise comme indispensables au triomphe de nos revendications.

Je pense que cette profession de foi suffira à situer la position que j ai voulu prendre, et que je me refuse à laisser interpréter comme une campagne contre qui que ce soit. Le *Concours Médical* veut être une tribune où toutes les idées peuvent se manifester, où toutes les discussions peuvent se poursuivre, sans que cela devienne nécessairement de la polémique passionnée.

* * *

Ces précisions, qui m'ont paru nécessaires aujourd'hui, me mettent complètement à mon aise pour revenir sur l'organisation des soins médicaux aux futurs assurés sociaux, et notamment sur un argument que je retrouve à la suite du rapport de Duby auquel je faisais allusion plus haut, dans la bouche du Dr Bolliet. D'autres l'ont déjà servi. Selon ces confrères, l'un des gros risques pour le médecin libre, en présence du malade, libre également, c'est de n'être pas payé, celui-ci employant à d'autres usages l'allocation que l'assurance lui verserait.

Vraiment, c'est puéril. A qui fera-t-on croire que des malades qui honorent actuellement leur médecin sans la moindre difficulté, cesseraient de le faire du jour au lendemain, quand une organisation sociale leur fournirait des ressources dont ils ne disposent pas encore ?

J'ai d'ailleurs publié des lettres de praticiens qui, comme moi-même, ont fait bonne justice de cette crainte.

Un autre argument contre le régime de la liberté a été tiré du conflit médico-mutualiste de Limoges. L'assurance, a-t-on dit et me répète-t-on, trouvera toujours des médecins rabaisiens pour accepter ses propositions, quelles qu'elles soient.

C'est possible, si le corps médical manque de cohésion, s'il est divisé ; non, s'il se montre étroitement uni, sinon dans son unanimité ce qui n'est guère réalisable, mais dans sa grande majorité. Mais même et encore, ce n'est pas possible partout. Voyez-vous, ce qu'il faut éviter c'est

de généraliser à outrance. Vouloir comparer l'exercice de la médecine à Paris, avec l'exercice de la médecine dans les grandes villes ; vouloir comparer à ce point de vue ces villes, avec les petits centres franchement ruraux, c'est faire fausse route, et ce qui a pu ou pourrait se passer dans une importante agglomération, serait absolument impossible, ou du moins, extrêmement difficile, à la campagne.

***

Au demeurant, qu'est-ce que je désire ? C'est qu'on fasse l'essai loyal du système que je recommande. Je ne saurais prétendre qu'il est parfait et qu'il ne comporte pas d'inconvénients : c'est le propre de toutes les entreprises humaines.

Mais ce que je soutiens, c'est que ces inconvédients sont moindres que ceux du système opposé.

Les inconvénients de celui-ci, nous les connaissons parfaitement. Nous ne discutons pas dans le vide. Nous ne procédons ni par hypothèses gratuites, ni par prévisions fantaisistes. Nous avons, pour nous édifier, la façon dont joue la loi en Alsace-Lorraine. Les faits qui nous y sont révélés, et que nous pourrons sans doute exposer en détail prochainement, les exemples qui nous sont fournis, ne sauraient donner au plus déshérité d'entre nous l'envie d'en tâter. Ou alors, je le plaindrais sincèrement.

A ce point de vue, la cause est entendue.

Aussi bien ne manquera-t-on sans doute pas de me dire : « Mais nous sommes d'accord avec vous. Mais, comme vous, nous nous refusons à accepter une organisation étatique de soins médicaux ».

Bien ! Mais sera-ce au Syndicat que vous songerez, pour se substituer à l'Etat dans cette organisation ?

Ici, je demande des précisions. Car, je me refuse de la façon la plus énergique à devenir un fonctionnaire, quel que soit l'organisme qui me ferait fonctionner.

Oui, je suis syndiqué ; oui, je crois avoir l'esprit syndical. Mais je ne renie rien de ce que j'ai écrit précédemment contre ce que j'ai appelé le joug syndical, la dictature syndicale, la tyrannie syndicale.

Je ne crois pas soutenir là une opinion subversive, et si le reproche m'en était fait cependant, j'espère que je ne manquerais pas d'être en excellente et nombreuse compagnie, ce qui serait pour moi une suffisante consolation, et même une absolution.

Contrôle technique, surveillance... De tout cela non plus je ne veux pas. *Pas plus que de la création d'un Service de Santé civil à l'image de l'autre, avec une hiérarchie, des sanctions, une subordination inacceptables.*

De subordination je n'en comprends qu'une, c'est celle que je dois à la loi sur l'exercice de ma profession.

Ma liberté, dans les limites relatives où ma nature et les contingences me permettent de me dire libre, j'y tiens beaucoup. Mais je ne crois pas y renoncer ni m'asservir, le jour où je me joins à mes confrères de bonne volonté pour étudier avec eux les problèmes que posent toutes les faces de l'exercice de la médecine.

Et, à ce point de vue, j'accepte en outre une certaine discipline, en vertu de laquelle, en complet accord avec mes pairs, je m'engage à faire ou à ne pas faire quelque chose.

Cette certaine discipline, c'est évidemment au sein du Syndicat, expression légale de l'organisation professionnelle, qu'elle peut le mieux et le plus utilement prendre naissance, se développer et donner son plein rendement. Et voilà comment la doctrine syndicale peut parfaitement s'accorder avec le régime de la liberté.

Et je terminerai derechef, ainsi que je l'ai fait précédemment : vis-à-vis de tout individu qui, malade, reçoit des secours d'une collectivité quelconque, j'entends, après m'être soumis aux règles déontologiques, demeurer libre de lui demander des comptes, comme je dois lui en rendre à l'occasion. Mais je me refuse formellement à devenir un fonctionnaire, même syndical. Or, une tarification imposée, un contrôle technique, une bureaucratie, une besogne de paperasserie, surajoutée à la noble tâche médicale, c'est de la fonctionnarisation. Cela, jamais ! !

G. DUCHESNE.

LA VIE SYNDICALE ET PROFESSIONNELLE

Les techniques nouvelles du syndicalisme.

Depuis la guerre on parle beaucoup de révolution. Les uns craignent de voir l'expérience bolcheviste russe être tentée en France ; les autres souhaitent une transformation radicale dans les rapports entre le capital et le travail. Certains sont intransigeants sur la lutte de classes, alors que d'autres mettent leur espoir dans une collaboration, grâce au syndicat.

Qu'il me soit permis de faire une comparaison entre le syndicalisme médical, celui de ma profession, et les directives indiquées dans un livre tout récent : « Les techniques nouvelles du syndicalisme », de Maxime Leroy.

En parcourant cet ouvrage, je me reportais à quelques années en arrière, lorsque je préparais ma thèse de Doctorat en Droit, sur le syndicalisme médical; et je puis dire, actuellement, une fois de plus, que les médecins ont été des précurseurs. Bien que catalogués dans la « classe bourgeoise », les docteurs ont vu juste, dans l'é-

volution et l'utilisation sociale des groupes professionnels et corporatifs. Le livre de Maxime Leroy le prouve parfaitement.

L'auteur compare deux dates, soit du côté de la bourgeoisie, soit du côté ouvrier.

En 1884, en votant la loi sur les syndicats, le parlement a entendu limiter le groupement corporatif à l'étude et à la défense des questions purement professionnelles : encore n'est-il pas permis à tous les travailleurs de se grouper librement, sous l'empire de la nouvelle loi : la meilleure preuve, c'est que les médecins ont dû attendre la loi du 30 novembre 1892, pour avoir le droit de former des syndicats. Beaucoup se rappellent encore les difficultés qu'éprouvèrent nos défenseurs, pour obtenir un vote favorable, tant à la Chambre qu'au Sénat.

De plus, le législateur de 1884 voulait les syndicats pauvres, alors que celui de 1920 les veut riches, ayant toute liberté pour posséder et administrer les biens de la collectivité corporative. Peut-être a-t-on espéré assagir les syndicats, en leur permettant d'être propriétaires et « capitalistes ».

Du côté ouvrier, le syndicat n'a été qu'un moyen, permettant de se concerter en vue de la lutte contre l'employeur. Par la grève, bien préparée, puis par la solidarité entre corps de métiers, on peut réduire le patronat et l'obliger à causer. Ne faut-il pas que la classe ouvrière lutte, collectivement, pour les salaires ?

Dans notre profession médicale, l'idée d'association, de groupement, s'est fait jour, pour essayer de relever les honoraires. Qu'il suffise de se reporter à la collection du *Concours Médical* de 1879, 1880, etc.

Mais alors que jusqu'à ces derniers temps, les syndicats ouvriers ne voyaient dans la C. G. T. qu'un moyen d'aboutir à une révolution complète, grâce à la grève générale, les syndicats médicaux ont plus vite évolué : ils ont compris que leur intérêt corporatif était trop étroit, trop égoïste. Les médecins, en tant que techniciens, doivent apporter leur concours dans l'organisation de la lutte sociale contre la maladie; les groupes corporatifs médicaux doivent être consultés par les pouvoirs publics pour tout ce qui touche l'assistance et l'hygiène publique.

Aussi, dès les congrès de 1906-1907, les praticiens ont-ils inscrit dans leurs programmes la lutte contre l'exercice illégal de la médecine afin de protéger le public contre les empiriques. De même, le malade doit avoir, dans tous les cas, le droit de choisir librement son docteur, parce que la liberté de confiance est le premier facteur de la guérison.

Maxime Leroy fait remarquer que ce n'est que dans ces dernières années que le syndicalisme ouvrier, par ses projets de nationalisation, a réclamé, pour la classe des travailleurs, le droit de conseil, de contrôle et même parfois de direction.

Aussi, pouvons-nous dire, avec l'auteur, que si le syndicalisme a eu, au début, des tendances nettement destructives, il devient actuellement nettement constructeur.

Ce but d'organisation, de reconstruction sociale constitue, à mes yeux, un des plus importants rôles que le syndicalisme doit jouer dans la société.

1. L'individualisme des individus, proclamé, ordonné même par les premières lois issues de la Révolution française, a bientôt montré au travailleur les dangers de l'isolement. Ouvriers, comme médecins, ont formé des associations plus ou moins occultes, pour pouvoir s'entr'aider. Dans notre profession médicale, ne voyons-nous pas, en 1845, un essai de groupement de défense corporative dans les projets de création d'un ordre des médecins, projet repris par le ministre de l'instruction publique d'alors et qui fut emporté par la Révolution de 1848.

L'Association générale des médecins de France groupant les associations locales sous un prétexte de bienfaisance, puis, en 1879, la société civile du *Concours médical*, ne furent que des syndicats déguisés.

La loi du 21 mars 1884, et plus tard, celle du 30 novembre 1892 donnèrent aux ouvriers d'abord, puis aux médecins, le droit de se grouper en syndats.

L'individualisme des individus faisait place désormais à l individualisme des associations. Luttes entre syndicats, voire même ce qu'on appelle lutte de classes (sans trop définir ce qu'il faut entendre par classe), luttes des syndicats contre l'Etat, ou contre des collectivités privées; toujours la lutte pour défendre des intérêts légitimes, certes, mais intérêts égoïstes et restreints à une seule corporation.

La C. G. T., groupant les syndicats des seuls salariés, est un commencement d'organisation syndicale. Nous voyons, de suite, les programmes de revendications et d'action déborder le seul objectif corporatif : on parle de nationalisation, de conseil économique du travail, cependant que chez les médecins, on s'occupe plus de la protection de la santé publique que des problèmes d'honoraires.

Actuellement la C. T. I. vient de naître, cherchant à grouper les travailleurs intellectuels, qui ne pouvaient trouver asile au sein de la C. G. T.

Et ce n'est plus pour la bataille stérile que ces groupes veulent agir; c'est pour l'organisation. Le législateur, l'administrateur commettent des fautes multiples, lourdes, préjudiciables à l'intérêt commun. Les techniciens, groupés en syndicats, émettent la prétention d'être les conseillers autorisés des dirigeants de la chose publique.

L'heure n'est pas éloignée où se réalisera le

TRAITEMENT RADICAL DE LA COQUELUCHE

par les GOUTTES de

SULFO-BENZOL

Éther Ethyl-Sulfo-Benzoïque

(Absolument inoffensif)

EXPÉRIMENTÉ AVEC PLEIN SUCCÈS A L'HOPITAL DES ENFANTS-MALADES

Doses. — *Adultes* : 30 gouttes toutes les 2 heures. — *Enfants* de 5 à 10 ans : 20 gouttes toutes les 2 heures ; — de 2 à 5 ans : 20 gouttes toutes les 3 heures ; — de 1 à 2 ans : 10 gouttes toutes les 3 heures.

Laboratoire du SULFO-BENZOL, G. Vaurs, pharmacien de 1re cl., 239, Fg St-Honoré, PARIS (8e)

ET TOUTES PHARMACIES.

URACÉTOSE

GRANULÉE

Lycétol, Hexaméthylènetétramine. (Syn. Urotropine) Sels de Lithine, etc.

Le plus complet dissolvant de l'ACIDE URIQUE

et le plus puissant des Diurétiques antiseptiques

(2 à 6 cuillerées à café par 24 heures)

ÉCHANTILLONS ET LITTÉRATURE :

Laboratoires de l'URACETOSE, 26, Rue de Sévigné, PARIS

BRONCHITES

ASTHME · TOUX · GRIPPE

GLOBULES du Dr DE KORAB A L'HÉLÉNINE

EXPÉRIMENTÉS DANS LES HOPITAUX DE PARIS

2 à 4 par jour

L'HÉLÉNINE DE KORAB calme la toux, les quintes même incoercibles, tarit l'expectoration, diminue la dyspnée, prévient les hémoptysies. Stérilise les bacciles de la tuberculose et ne fatigue pas l'estomac

CHAPÈS 12, RUE DE L'ISLY **PARIS**

TUBERCULOSES CATARRHES GRIPPES, BRONCHITES

de 3 à 6 cuill. à café par jour dans du lait ou du bouillon.

EMULSION MARCHAIS

Phospho-Créosotée

Calme la TOUX, relève l'APPÉTIT et CICATRISE les lésions.

Bien tolérée — Parft absorbée.



PEPTONATE de FER ROBIN

DÉCOUVERT

PAR L'AUTEUR EN 1881

Admis officiellement dans les Hôpitaux de Paris

ET PAR LE MINISTÈRE DES COLONIES

Guérit **ANÉMIE**

CHLOROSE

DÉBILITÉ

Ne fatigue pas l'Estomac, ne noircit pas les Dents, ne constipe jamais

Ce Ferrugineux est entièrement assimilable

Vente en Gros : *13, Rue de Poissy, PARIS.* — Détail : ***Principales Pharmacies.***

vœu que je formulais, en 1919, dans mon travail sur le syndicalisme médical, la création d'une nouvelle section au sein du Conseil d'Etat, section professionnelle, dont les membres seraient désignés par les syndicats et associations professionnelles.

Le voilà bien, le syndicalisme constructeur, conscient de son rôle, de son devoir social. Les travailleurs, tant manuels qu'intellectuels, réclament leur part de responsabilité dans la conduite des affaires publiques. La philosophie de la politique découle en ligne directe de l'économie politique. Cette dernière ne doit pas avoir comme directives le seul intérêt de quelques privilégiés, mais le désir de toute une nation travailleuse vers un mieux-être, vers une meilleure répartition des produits du travail.

Le livre de Maxime Leroy constitue une apologie du travail : il montre la nécessité impérieuse d'organisation de ce travail. Le corps médical est donc dans la droite ligne, lorsqu'il se refuse à accepter une organisation défectueuse des soins à donner aux réformés de guerre, ou lorsqu'il étudie de près les modalités d'application de la future loi assurance-maladie. Le travail social du médecin est de guérir le producteur, le travailleur, dans le plus bref délai possible. Le législateur doit donc se placer en dehors des contingences de vile réclame électorale et a le devoir de s'inspirer des conseils des syndicats compétents.

Dr Paul BOUDIN,

CAISSE DES PENSIONS DE RETRAITE
DU CORPS MÉDICAL FRANÇAIS

Rapport du trésorier sur l'exercice 1920.

Mes Chers Confrères,

J'ai l'honneur de vous présenter le rapport financier de la Caisse des Pensions de Retraites du Corps médical français pour l'exercice 1920 :

Recettes de l'année 1920.

Cotisations	25.987 30
Intérêts	30.158 25
Divers	331 54
	56.477 09

Dépenses de l'année 1920

Pensions	61.029 50
Frais de gestion	1.446 19
	62.475 69

Compte de profits et pertes

Recettes	56.477 09
Excédent de dépenses	5.998 60
	62.475 69
Dépenses	62.475 9

Fonds social

Le fonds social s'élevait au 31 décembre 1919 à	1.025.989 09
Excédent de dépenses	5.998 60
Fonds social au 31 décembre 1920	1.019.990 49
représenté par :	
En caisse	3.986 50
Crédit Lyonnais	9.764 72
Société Française de Reports et Dépôts	26.465 87
Portefeuille	979.773 40
	1.019.990 49

Portefeuille au 31 décembre 1920 (1)

2805 fr. de rente 3 % amortissable	86.541 13
50 obligations Est 3 % nouvelles	22.750 »»
275 obligations P.L.M. 3 % fusion anciennes	127.762 51
250 obligations Midi 3 % anciennes	112.783 74
73 obligations Midi 3 % nouvelles	33.591 76
115 obligations Orléans 3 % anciennes	49.253 11
50 obligations Orléans 3 % nouvelles	22.462 60
14 obligations Nord 3 % anciennes	5.866 70
196 obligations Ouest 3 % nouvelles	85.668 39
121 obligations Foncières 1883 3 %	48.884 50
496 obligations Banque hypothécaire de France 1880 3 %	292.262 68
64 obligations Banque hypothécaire de France 1881 3 %	29.446 28
Bons de la Défense nationale	62.500 »»
	979.773 40

Le Trésorier,
Dr G. DUCHESNE.

(1) Ont été remboursées en 1920 : 3 obligations Midi anciennes ; 4 obligations Ouest nouvelles.

VARIÉTÉS

Autour du Congrès de Varsovie.

Carnet d'un voyageur,

D'autres, plus compétents et plus qualifiés, rendront compte, au point de vue scientifique et technique, du Congrès médical franco-polonais qui s'est tenu à Varsovie, en septembre 1921. D'autre part, j'ai l'intention de publier, dans le *Bulletin* de l'Union, « Le Médecin Syndicaliste », un aperçu général ethnique et politique, voire même médical, sur ce que j'ai constaté de *visu* et *auditu*. Ce que je désire ici, c'est de donner, à nos amis du *Concours Médical*, un croquis anecdotique de cette randonnée d'une « équipe » médicale française, à travers la Pologne, et de leur faire partager les impressions par lesquelles j'ai passé durant mon voyage. Pour cela, j'ai pensé que le

mieux serait de transcrire simplement mes notes et de les livrer ainsi toutes nues, toutes vibrantes des sensations ressenties, sans retouches, ni fioritures...

Mais auparavant, c'est pour moi un agréable devoir de remercier ceux de nos confrères français qui furent à la peine, alors que nous étions aux honneurs ; ceux qui préparèrent minutieusement ce complexe voyage et nous entourèrent, jusqu'au dernier jour, d'une sollicitude grandement appréciée. Remercions d'abord le secrétaire général du Congrès à Paris, notre confrère Hufnagel, qui nous évita toutes démarches préliminaires de billets, de passeports, de visas... et nous servit « toutes rôties » les pièces nécessaires. Merci également au médecin-major Roudouly, « poznanien » depuis 18 mois, qui nous accueillit dès la frontière polonaise et nous fit les honneurs de « sa » ville. Merci encore au médecin-major Baron qui s'occupa de mille détails pour notre bien-être et surtout, (oh ! surtout !) au médecin-principal Gauthier, directeur du Service de Santé français, là-bas, qui, inlassablement, s'occupa de nous durant tout le voyage et, avec Madame Gauthier et leurs deux fils, nous accompagna jusqu'aux confins orientaux de la Pologne et nous facilita ce voyage de Lwow qui, à la demande de quelques insatiables d'entre nous, dont je fus, s'ajouta à la tournée officielle précédemment fixée. Merci, enfin à la mission militaire française tout entière qui tint à nous envoyer, pour nous recevoir dans les villes, ses représentants les plus éminents et mit gracieusement ses véhicules à notre disposition.

Nous devrions aussi remercier nos excellents confrères polonais dont quelques-uns sont devenus pour nous de véritables amis... A quoi bon ? Le récit même de notre voyage ne sera envers eux, qu'un long témoignage de reconnaissance et de gratitude.

Et maintenant, fermant cette parenthèse « introductive », j'ouvre tout bonnement mon carnet de voyage.

En route

— *Samedi*, 10 *septembre* 1921, 18 *heures*. — Nos places retenues à l'avance, nous n'avons qu'à nous caser dans ce long train Paris-Cologne-Berlin-Varsovie, que nous ne quitterons qu'à la frontière polonaise. Voici déjà de vieux amis retrouvés, puis quelques « grosses légumes », à commencer par notre chef de file, le doyen de la Faculté, des maîtres des hôpitaux, des professeurs de Paris et de province (Lille, Nancy, Lyon)..... Beaucoup d'entre nous sont accompagnés de leurs femmes ou de leurs filles qui jettent une note ensoleillée dans la file des congressistes et parent notre mission comme rose au corsage. Le train s'ébranle bientôt. On s'installe. Puis la nuit commence à apparaître. C'est l'heure du wagon-restaurant où se fait le premier contact d'ensemble. Nous ne sommes là qu'une soixantaine (sur 120 congressistes dont une quarantaine de dames). C'est que le reste ne partira que dans deux jours pour se rendre directement à Varsovie en brûlant Pozen..... pardon ! Poznan. Après dîner, retour au bercail, et, chacun dans son coin, c'est la douce somnolence dans le bercement monotone du long convoi.

— *Dimanche* 11. — La nuit fut courte, quant au sommeil, troublée par les passages de multiples douanes, bien discrètes cependant. Ce matin, au soleil levant, voici Cologne et son majestueux Dom, si proche de notre gare où voisinent nos gais poilus avec les raides Anglais. Puis Dusseldorf, Duisbourg et la Ruhr où fument des milliers de cheminées dans le labeur incessant des usines. Puis le Hanovre et bientôt la large plaine de l'Allemagne du Nord. A 6 heures du soir, Berlin que notre train traverse lentement dans sa grande largeur, sur un viaduc, comme le métro à Barbès. Et ceci me permet d'en désigner les principaux monuments à ma fille et à mon fils aîné venus avec moi. Mais bientôt, la plaine monotone reprend entre Berlin et la frontière polonaise la nuit tombe à nouveau et nous nous efforçons de sommeiller.

« Stentschal, tout le monde en bas avec les bagages ! » C'est la douane allemande de sortie. Il est onze heures et en voilà pour près de deux heures à piétiner dans la nuit, sous des hangars largement ventilés, et sous l'œil dur et hautain de boches qui fouillent nos bagages à fond, scrutent minutieusement nos passeports en nous inspectant, nous dévisageant comme des criminels, avant de daigner imposer le cachet libérateur. Quelques-uns d'entre nous, quelques-unes même, sont déshabillés et palpés en cabine..... Mieux encore : à la sortie des hangars, des employés nous réclament de l'argent pour franchir la distance entre les deux villages-frontière, alors que celle-ci est comprise dans le voyage total. Nous alignons nos marks, et ce vol qualifié n'est interrompu que par l'arrivée d'un haut galonné qui fulmine, devant nous, contre les employés félons — mais seulement quand, presque tous, nous avons été rançonnés. Allons, Messieurs les Boches, la défaite ne vous a pas changés ; c'est toujours le coup des pendules, quand l'occasion se présente. Fourbus, indignés, nous remontons dans le train. Un quart d'heure de roulement et nous voici enfin en la gare polonaise de Zbaszyn. De nouveau, on nous crie : « Tout le monde en bas, avec les bagages ! »....

Même décor, mais quel changement d'attitude ! Sur le quai, des employés souriants, des médecins polonais et français qui nous accueillent à bras ouverts ; des soldats respectueux qui portent nos bagages. Devant nous, un « train sanitaire », tout battant neuf, aux multiples croix rouges, qui nous tend ses accueillantes couchettes, dans de longs wagons que des rideaux séparent en chambrettes aux deux lits en vis-à-vis. « Pas de douane pour les Congressistes, se hâte-t-on de nous dire. Montez dans ce train qui sera vôtre durant votre séjour en Pologne. Choisissez vos lits, faites porter vos bagages. Couchez-vous et dormez tranquillement. Demain, à 8 heures, nous nous réveillerons dans la gare de Poznan ».

POZNAN

— *Lundi* 12. — Ainsi fut fait, sauf que, dès 7 heures, chacun de nous était déjà éveillé, dans la joie de l'arrivée. A huit heures précises, le train stoppe sous le hall de la gare. Nous descendons de wagon au son de la *Marseillaise* jouée par une musique militaire devant une haie de soldats. Discours de bienvenue en latin, polonais et français. Réponse du doyen Roger qui inaugure la longue liste de discours (une vingtaine !) qu'il égrènera le long de notre route. Mais, dès le premier, nous sentons, avec plaisir, qu'il sera le « right man » comme président de mission. Voilà qui va bien. On nous remet nos « billets de logement » et, tandis que disparaissent nos bagages portés par les soldats à nos adresses, nous arrivons sur le devant de la gare où nous attend une file d'autos. Vivats de la foule sous des arcs de triomphe en branchages, les chapeaux s'agitent, des fleurs nous sont jetées — dont une gentille gerbe que je reçois au tournant d'une rue. Nous répondons de notre mieux à ce chaleureux accueil durant le court trajet, rapidement franchi par nos autos, jusqu'à nos domiciles respectifs où nos bagages nous attendent déjà.

Mais, on n'est pas ici pour se reposer. Dès 10 heures, les autos sont reprises pour visiter la ville. On nous fait visiter (n'oublions pas que nous sommes un Congrès médical), des établissements de culture physique des hôpitaux bien aménagés, des cliniques somptueuses, où il doit faire bon d'être malade, et même un stade où des sous-officiers en caleçon font, en plein air, de la gymnastique, genre Hébert. Puis, vient le tour des monuments : l'Université, le château ex-impérial, la cathédrale et nous rentrons enfin, vers une heure, déjeuner au « Bazar », l'un des grands hôtels de la ville. Après le café, j'ai le plaisir d'avoir une conversation intéressante avec Korfanty, le célèbre chef Haut-Silésien, un grand blond, au sourire doux et bon enfant, mais à l'œil énergique qui dénote une volonté. La question brûlante fut naturellement le sujet de notre causerie..... Mais, je ne voudrais pas jouer à l'interviewer : nous en causerons plus tard, quand je parlerai autre part, en bloc, des Polonais en général.

L'après-midi, solennelle séance scientifique, dans la grande salle de l'Université. Le soir, banquet offert par les médecins de la ville et la municipalité dans l'ancien château de l'ex-empereur. Là, dans la salle même où se dresse le double trône, en marbre blanc, où siégeaient le doux Guillaume et son auguste épouse, nous mangeons dans sa propre vaisselle, cadeau de l'empereur de Chine, et nous buvons dans ses verres, marqués à son chiffre. ..... Mais, avant de continuer, il convient, une fois pour toutes, de conter ce qu'est un repas, en Pologne, quand on reçoit des hôtes,. Tout d'abord, on offre les « Zakonski », c'est-à-dire qu'on nous place devant un long buffet, comme à un lunch parisien. Là se trouvent de multiples piles de sandwichs au jambon, au roastbeef, au poisson, aux légumes, au fromage, aux confitures, ainsi que des fruits et des pyramides de gâteaux. Pendant une demi-heure, debout, tout en causant, on nous fait manger de tout, en nous comblant de petits verres de « vodka » (prononcez voudka), fines eaux-de-vie à parfums et couleurs diverses. Quand nos estomacs français semblent être « au complet », on nous prévient que ce ne sont là que les hors-d'œuvre et on nous conduit à la salle même du banquet où la soupe nous attend. Le repas commence alors..... et les discours aussi qui débutent au potage et ne se terminent qu'au dessert, après les multiples plats inhérents à une grande réception — cependant que, dans les intervalles de silence oratoire, la musique militaire se fait entendre en sourdine, dans la pièce voisine. Et quels discours, quels toasts ! Portés par les Polonais ou les Français, tous sont en notre langue qui résonne joyeusement dans cette grande construction boche. En fermant les yeux, on se croirait à Paris. Et combien on est touché, attendri, ému, de cette fervente sympathie pour la France qui fermente dans ces nobles cœurs polonais. Nous ne sommes plus ici au milieu d'étrangers : on se sent « entre soi »..... Il est une heure du matin quand nous quittons ce vaste schloss germanique, à la construction lourde, massive, « kolossale », qui avait voulu attester la puissance de la force et l'ampleur du talon boche, implanté en terre polonaise.

— *Mardi* 13. — Aujourd'hui, départ dans les wagons-salons d'un train de luxe ex-boche, pour aller visiter le *château de Kurnik*, chez le comte Zamoijski. C'est une princière demeure d'aspect féodal avec sa ceinture de fossés remplis d'eau et cet intendant botté et en costume de haut-style qui s'avance respectueusement à l'orée du parc. Que de splendides collections de toutes sortes, d'armes entre autres et surtout de ces larges ceintures polonaises, aux artistiques dessins, tissées d'or et d'argent. Mais le plus intéressant, c'est encore le comte qui, assisté de sa sœur, se fait aimablement notre guide. Belle et noble figure, cet ancien officier de l'armée française, toujours exilé de sa patrie tant qu'elle fut esclave, dont le charme s'accroît encore lorsqu'on entend sa parole enjouée et caustique et qu'avec sa haute stature, il mime de ses gestes, les récits des tours joués aux Allemands quand il voulait, au moins quelques heures, respirer l'air du pays.

Cependant, le temps passe : des voitures nous reconduisent à notre luxueux train et nous arrivons à la nuit à Poznan. Juste le temps de passer l'habit et nous voici au raout offert par nos confrères polonais avec accompagnement de musique, de violon et de chants, où se fait entendre la belle voix de la comtesse Z.... A 11 heures, nous quittons la salle. En costume de soirée, ainsi que les dames, nous sommes directement conduits à notre train sanitaire où, amenés par le Saint-Esprit, nous attendent nos bagages, aux pieds de nos lits. Puis, tandis que le train démarre, nous tirons les rideaux, changeons de costume et, sous les rires argentins des jeunes filles calfeutrées

dans leur dortoir qui tient la moitié de mon wagon, je m'allonge voluptueusement dans ma couchette. Peu à peu, tandis que l'immense convoi roule à travers la plaine polonaise, les bruits s'apaisent, les lumières s'éteignent et chacun s'endort.

Nous emportons un souvenir inoubliable de cette grande ville de 300 mille habitants, capitale d'une province prospère, si récemment délivrée de l'emprise allemande et où nous fûmes reçus avec une véritable tendresse : « Tout ce qui est français, me confiait ce soir une Poznanienne, étudiante en médecine, nous semble parfait, même vos défauts ! » Le fait est que nos officiers se sentent là-bas comme dans leur propre patrie. Certains parlent déjà le polonais et on se rend compte de leur intimité morale avec les habitants. Citerais-je un exemple ? Notre confrère Roudouly avait fait au banquet d'hier un assez long speech en polonais pour remercier « ses camarades et vieux amis de Poznan » de la réception qu'ils nous faisaient. Il fallait voir combien nos hôtes étaient heureux de l'entendre parler leur langue, apprise avec ardeur, et ils nous le faisaient remarquer avec un attendrissement manifeste. Ce soir, en quittant la ville, nous nous disions : « Je ne sais comment nous serons reçus à Varsovie, mais l'être mieux qu'ici, c'est impossible ».

(*A suivre*). F. DECOURT.

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations.

— Voyage hydrominéral du cours Gilbert. — Les professeurs et élèves de la clinique médicale de l'Hôtel-Dieu, dirigée par M. le professeur Gilbert, ont visité, les 24 et 25 septembre, les sources et les installations thermales de Vichy. Ils ont manifesté leur admiration pour le haut degré de perfectionnement des établissements et ateliers de la Compagnie fermière.

Ils furent ensuite conviés à un banquet offert par la Compagnie à l'Hôtel Majestic, à l'issue duquel des toasts chaleureux ont été prononcés à l'honneur de Vichy, de ses sources bienfaisantes et de l'hospitalité cordiale et traditionnelle qui est offerte aux médecins français et étrangers.

M. le Pr agrégé Villaret, dans une spirituelle improvisation, vanta le charme et l'attirance de Vichy, où la fée des Eaux préside aux réceptions de la Compagnie fermière en protégeant ses hôtes contre les risques des somptueux festins.

Il termina son toast en citant un passage charmant de Claude Fouet, médecin ordinaire du roy, qui déja célébrait au XVIIe siècle la grâce et les attraits incomparables de la « Reine des Eaux Françaises ».

L'après-midi, la caravane médicale est allée passer à Châtel-Guyon trois heures qui ont été consacrées à la visite des sources des établissements, qui ont été également fort appréciées.

Consacré tout spécialement aux affections du tube digestif, ce cours de vacances ne pouvait plus élégamment se terminer et se compléter que par un voyage aux deux grandes stations dont les eaux répondent, par leurs propriétés, aux principales indications de la pathologie gastro-intestinale : Vichy pour l'estomac, le foie et certaines maladies de la nutrition (diabète), Châtel-Guyon pour l'intestin, le foie également à certains points de vue (atonie) et l'arthritisme.

Les organisateurs de ce cours méritent d'être félicités et remerciés pour cette heureuse et intelligente initiative.

— **Hôpital d'urologie et de chirurgie urinaire** (156 *bis*, avenue de Suffren, XVe arrond. (Métro Sèvres). Chef du service : M. le Dr F. CATHELIN. Assistants titulaires : Docteurs BOULANGER, GRANDJEAN et FRIGAUX. — Assistants adjoints : Docteurs BRULÉ et LÉVY-WEISSMANN. — Chefs des laboratoires : MM. GAUVIN, BEAUVY, DETOT et LOBLIGEOIS.

Enseignement complet de la chirurgie urinaire et des techniques urologiques modernes. Semestre d'hiver à partir du mardi 8 novembre 1921.

Programme : Consultations, tous les jours, sauf le vendredi, de 9 heures à 11 heures.

Opérations et lithotritie, les vendredis à 9 heures, au Pavillon-annexe.

Cystoscopie et cathétérisme des uretères, les mardis et samedis à 9 heures et demie.

Leçon clinique avec présentation de malades, de pièces anatomiques et de planches, les jeudis à 10 heures 1/2.

Injections épidurales et électricité (haute fréquence), les mercredis à 9 heures 1/2.

Urétrites, examen des gouttes et radiographies, les lundis à 10 heures.

Traitements, tous les jours, le matin, de 8 heures à midi.

Le Musée, la Bibliothèque et les Laboratoires sont ouverts tous les jours aux élèves. Les cours particuliers sont annoncés par des affiches spéciales. Des certificats seront délivrés à la fin de chaque semestre aux élèves et aux médecins étrangers les plus assidus.

Sont seuls admis les docteurs en médecine français et étrangers et les étudiants immatriculés. — S'adresser tous les matins chez le concierge, 156 *bis*, avenue de Suffren.

Le Directeur-Gérant : Dr GASSOT.

Clermont (Oise). — Imprimerie DAIX et THIRON
THIRON et FRANJOU, Successeurs.
Maison spéciale pour publications périodiques médicales

RECOUVREMENTS

D'HONORAIRES MÉDICAUX

M. LOUIS AUDEBERT Avocat, *Directeur du Contentieux de Syndicats Médicaux. Administrateur d'immeubles.*
5, rue des Saints-Pères, PARIS, Tél. Saxe 48-53.

Pour toute demande de renseignements, écrire à Me Audebert, en joignant un timbre pour la réponse

---

Changements d'adresses

Nous rappelons à nos lecteurs que toute demande de changement d'adresse doit être accompagnée de 0 fr. 75 pour frais de réimpression de bande.



seurs du pouce que j'ai dû faire inciser par un chirurgien. Le malade ne s'étant pas fait hospitaliser j'ai continué le traitement par des grands bains antiseptiques chauds.

Combien dois-je compter par pansement ? La somme de huit francs me paraît notoirement insuffisante.

Dr D.

Réponse.

Je ne vois aucun article du tarif sur lequel vous puissiez vous appuyer pour demander autre chose que le pansement compris dans le prix de la visite. C'est un cas mauvais pour vous, qui se compense par d'autres consultations où vous n'aurez eu que peu à faire et qui sont comptées à ce même prix de moyenne.

Dr F. DECOURT.

VI

Puis-je me permettre de vous demander un renseignement ?

J'ai un accidenté du travail auquel j'ai fait, il y a 2 jours, une incision pour abcès face dorsale, main droite, au niveau de la tête de la 2e phalange.

Aujourd'hui, je suis obligé de faire une nouvelle incision, toujours sur la face dorsale, mais cette fois-ci près du poignet et je mets un drain caoutchouc communiquant d'une ouverture à l'autre. Que dois-je compter pour cette intervention ?

Dr K.

Réponse.

Première Incision. Incision d'un panaris de la gaine = 35 fr. (en 1re catégorie). Deuxième Incision. Incision d'abcès superficiel = 20 fr.

Dr F. DECOURT.

VII

En qualité de membre du « Sou », j'ai l'honneur de vous demander le renseignement suivant : comment dois-je établir ma note d'honoraires accident dans le cas que voici ?

Un dimanche, je suis appelé auprès d'un ouvrier qui venait de recevoir un coup de pied de cheval sur la face.

Je fais *une suture* (trois points) d'une plaie temporale. *Une suture* (trois points) de la lèvre supérieure. Je pratique une *injection de sérum antitétanique*, *deux ou trois injections de caféine*, spartéine, et j'évacue immédiatement sur l'hôpital, avec un *certificat d'admission d'urgence*, ce blessé qui présentait aussi une fracture du maxillaire supérieur, après lui avoir fait, bien entendu, un *grand pansement* de la tête.

Puis-je cumuler toutes ces interventions et quelle majoration peuvent-elles subir du fait que j'ai été appelé d'extrême urgence un dimanche ?

Dr R.

Réponse.

A. Vous avez pratiqué :

1° A la tête une réunion par sutures multiples (Art. 17) .... 25 fr.

2° Une injection de sérum antitétanique .... 20 fr.

3° Le certificat initial à .... 5 fr.

Total (en 1re catégorie) .... 50 fr.

B. La majoration de 50 % pour le dimanche (Art. 3, parag. L) n'est indiquée que pour visite ou consultation, mais non pour les actes opératoires, dont la majoration de 25 % n'est indiquée (Art. 8) que pour la nuit.

Dr F. Decourt.

VIII

Je vous serais très obligé de bien vouloir me donner les renseignements suivants, au sujet de l'applitation du tarif Breton :

1° Accident G. (brûlure des deux mains et des deux avant-bras dans toute leur étendue) soignée pendant 3 mois à raison de un pansement tous les 2 ou 3 jours. Quel prix dois-je réclamer ? (41 consultations).

2° Accident C. (brûlure des 2 jambes) Quel prix ? (19 cons.).

3° Accident G. (brûlure de la main, des doigts et du pied. Quel prix ? (15 consultations).

4° Accident R. (brûlure des orteils et du pied) (10 consultations).

5° Accident M. (brûlure de la partie inférieure de la cuisse et de toute la jambe) en traitement depuis deux ans à raison de 2 ou 3 pansements par semaine. (150 pansements environ).

Dr V.

Réponse.

Il est impossible de fixer des prix uniformes pour toute la durée des pansements de brûlures. Voyez les Avis insérés dans l'Arrêté Ministériel du 28 juin 1921 (in *Concours médical* du 24 juillet 1921), où il est dit : « Au fur et à mesure que la plaie diminue, il va de soi que la brûlure passe de la catégorie de « grande brûlure » dans celle de « moyenne », puis de « petite brûlure au fur et à mesure des progrès de la cicatrisation. »

Nous vous donnons les *prix des premiers jours*, d'après vos *trop succincts* renseignements. Il vous appartiendra de faire les diminutions « au fur et à mesure », comme il est dit dans les Avis.

1° Accidents G. : 15 + 15 = 30 fr. par consultation.

2° Accident C. : idem.

3° Accident G. : idem.

4° Accident R. : 15 fr.

5° Accident M. : 50 fr.

Prix de 1re catégorie : à déduire 25 % pour la seconde.

Dr F. Decourt.

IX

Je vous serais très reconnaissant si vous pouviez me donner quelques renseignements au sujet d'un cas d'accident du travail.

Voici : un ouvrier, à la suite d'une chute, se fait une fracture bimalléolaire de la jambe ; vu son âge (60 ans) et la déformation énorme du membre, j'estime nécessaire son transport immédiat dans une clinique, où le blessé est porté en automobile, faute d'autres moyens de transport.

La fracture est réduite le soir même, après 9 heures, donc la nuit ; elle est radiographiée le lendemain sous appareil plâtré, et le blessé rentre chez lui après 6 jours de séjour à la clinique.

D'après les notes reçues, les frais occasionnés sont les suivants :

Transport auto	200 fr.
Réduction fracture	800 fr.
Radiographie	60 fr.
6 jours à la clinique	120 fr.
Total	1.180 fr.

Je voudrais savoir quel est le total que l'assurance aura à payer sur ces frais ; à mon avis, la note devrait s'établir ainsi :

Transport auto	200 fr.
Séjour de clinique	120 fr.
Réduction fracture	150 fr.
Deux aides	100 fr.
Opération de nuit	75 fr.
— un dimanche	37 fr. 50
Radio-sous-plâtre	80 fr.
	762 fr. 50

La différence devrait être à la charge du blessé ou de son patron.

Ayez l'obligeance de me dire si mes calculs sont exacts, notamment en ce qui concerne les frais incombant à l'assurance.

Dr V.

Réponse.

Vous parlez d'opération *de nuit*. A quelle heure a eu lieu l'accident, quelle fut la durée du transport et enfin quelle fut l'*urgence* vu l'appareil provisoire pour transport, de faire, de nuit, l'intervention ? Il y a là tout une discussion qui est une affaire de contentieux et sur laquelle je ne puis naturellement me prononcer de loin. Je réserve donc ce point.

Vous parlez de majoration du *dimanche*. Outre que vous ne pouvez pas déjà cumuler, comme vous l'écrivez, la majoration du dimanche avec celle de nuit, le prix de 50 francs pour appareil provisoire, pas plus que le prix de l'opération ne comportent la majoration du dimanche qui n'existe que pour les visites et consultations seu-

lement (art. 3 B.)

..., Et c'est tout ! .... Je ne vois pas autre chose noté sur le tarif. Quant au transport en auto et au séjour à la clinique, ce n'est plus affaire de tarif Breton. C'est là une question de droit commun à traiter entre les intéressés : d'un côté, ouvrier, patron ou assurance ; de l'autre, voiturier ou directeur de clinique. Il n'y a plus rien de médical en ces questions.

Dr F. DECOURT.

Réponse sur le Tarif Breton.

Au Dr V. à X.

Votre exposé est assez complexe et a besoin d'être réparti entre les divers chefs de frais et en suivant pas à pas le tarif Breton.

1° *Pour vous.* — comme il est probable qu'avant de l'envoyer à la Clinique vous lui avez fait un appareil provisoire, vous pouvez demander, d'après les *avis* insérés dans l'arrêté ministériel du 28 juin 1921, qui disent :

« Par analogie etc......, il y a lieu de tarifer au prix de 50 *francs* en 1re catégorie, les soins d'urgence donnés, dans ces cas, par le médecin et la pose de l'appareil provisoire, en vue d'une réduction ultérieure par un autre médecin.

2° *Pour le chirurgien.* — ART. 18 : « Réduction et contention d'une fracture de Dupuytren : 150 *francs* » plus les visites consécutives.

3° *Pour le radiographe.* — ART. 26. I : radiographie du cou-de-pied, axe et profil : 60 *francs.*

4° *Pour les deux aides* (seulement s'ils sont docteurs en médecine ou officiers de santé : ART. 11) chacun d'eux est en droit de réclamer 50 fr., soit pour les deux : 100 *francs.*

NOTES DE MÉDECINE PRATIQUE

Traitement de l'incontinence d'urine chez l'adulte.

Elle peut être liée à un phimosis congénital, et, dans ce cas, il faut intervenir chirurgicalement. Elle est, parfois aussi, la conséquence d'une parésie vésicale. Il y aura alors à vider la vessie, plusieurs fois par semaine et à en réveiller la contractilité par une médication élective appropriée. On emploiera, par exemple, dans ce but, la poudre fraîche d'ergot de seigle, à raison de trois prises de 0 gr. 30 centigr. par jour, à prendre 4 jours sur sept et à jour passé. On peut également prescrire le sulfate d'atropine au demi-milligramme, associé au protoxalate de fer, comme ceci par exemple :

Protoxalate de fer	0 gr. 15
Sulfate neutre d'atropine ..	1/2 milligr.

Pour un cachet, f.s.a., 12 semblables.

La thérapeutique ci-après m'a donné plein succès, chez un ancien verrier, âgé de 58 ans, qui, atteint depuis 18 mois d'incontinence considérable, devait changer de chemise plusieurs fois par jour :

1° Extrait de belladone....		0 gr. 01
Bromure de camphre...		0 gr. 10
Valérianate d'ammoniaque	ââ	0 gr. 05
Castoréum		

Pour une pilule : f.s.a. 20 semblables, une à 10 h., une à 16 h.

2° Teinture de rhus radicans..		8 gr.
Glycérophosphate de chaux	ââ	2 gr. 50
— de fer...		
Sirop de groseilles framboisé................		300 gr.

une cuillerée à bouche matin et soir.

3° Extrait de belladone......	0 gr. 01
Beurre de cacao.........	5 gr.

pour un suppositoire f.s.a. 6 semblables, un chaque soir.

4° Racines de gentiane q. s. (soit 50 gr. par litre); faire macérer 24 heures à froid et boire à volonté.

5° Chaque matin, une douche froide sur les lombes.

6° Le matin, en se levant, *à jeun*, un lavement *froid* de 1/4 de litre d'eau bouillie, à conserver 15 minutes,

Le soir, même lavement, *avant le souper*.

Il y aura lieu de prescrire, concurremment, une diététique sévère en interdisant, particulièrement, la bière, le vin, le café, le lait, les liqueurs, le tabac, la charcuterie, les conserves, les épices, les poissons et crustacés, le vinaigre, la moutarde, l'oseille, les tomates, le citron, les oranges, les câpres et les cornichons. Boire des macérations légères de gentiane, de quassia et de chicorée.

Dr GALAND.
(de Cambrai).

DOCUMENTS OFFICIELS

A L'OFFICIEL

Tarif des déplacements pour soins aux mutilés de guerre (*Suite*).

L'arrêté interministériel du 6 juin 1921, fixant le tarif des indemnités de déplacement auxquelles peuvent avoir droit les médecins appelés à

donner des soins à domicile aux bénéficiaires de l'article 64 de la loi du 31 mars 1919, est complété comme suit :

....

....

2° Pour les déplacements, par tous autres moyens, le tarif par kilomètre effectivement parcouru est le suivant :

1 fr. dans les départements ci-après : Pyrénées-Orientales, Aveyron.

1 fr. 25 dans le département ci-après : Lot.

1 fr. 50 dans le département ci-après : Basses-Pyrénées.

(24 octobre 1921).

(*J. O.*, 27 octobre 1921).

1 fr. dans les départements ci-après :

Maine-et-Loire, Saône-et-Loire.

(2 novembre 1921).

(*J. O.*, 4 novembre 1921).

1 fr. dans les départements ci-après : Bouches-du-Rhône, Var.

(14 novembre 1921).

(*J. O.*, 6 novembre 1921).

ANTHOLOGIE MÉDICALE

Sonnets Hippocratiques.
IX. La Cataracte.

Il faut nous occuper de cette cataracte.
Elle est mûre à souhait. D'ailleurs, tout est normal :
Les cils, la conjonctive et le sac lacrymal ;
L'iris réagit bien ; la rétine est intacte.

Opérons. Prélude : cocaïne. Un entr'acte,
Puis, plaçons l'écarteur. Premier temps, capital :
Fixant, tout près du limbe, un point sclérotical,
Taillons un grand lambeau de façon très exacte.

Iridectomisons. Le kystitome en main,
Fendons bien largement le sac du cristallin.
L'instant est solennel. Retenons notre haleine,

Et regardons surgir, en pressant sur cet œil,
Un gros disque tout blanc, montrant, avec orgueil,
Sa panse qui reluit comme une lune pleine !

Dr Émile JUNÈS,
de Sfax (Tunisie).

QUARANTE-TROISIÈME ANNÉE — N° 47 — DIMANCHE 20 NOVEMBRE 1921

Fondé en 1879 par Auguste CÉZILLY
Rédigé et dirigé par H. JEANNE (1900-1914).

LE CONCOURS MÉDICAL

ORGANE HEBDOMADAIRE DES PRATICIENS
Groupés dans la Société « Le CONCOURS MÉDICAL » et ses Filiales

ADMINISTRATION & PUBLICITÉ
C. BOULANGER, ADMINISTRATEUR

ABONNEMENTS :

France	24 fr.
Etranger	28 »
Etudiants (*France*)	12 »
Le numéro	50 cent.

Chèques Postaux Paris 167-95

DIRECTION
MM. les Drs A. GASSOT, *Directeur*; A. MAURAT; H. CEZILLY; J. NOIR; P. BOUDIN docteur en droit; M. VIMONT; G. DUCHESNE.
MM. P. CEZILLY, J. DUMESNY, licenciés en droit; G. BOULANGER.

RÉDACTION
Dr J. NOIR, RÉDACTEUR EN CHEF
P. LACROIX et G. DUCHESNE SECRÉTAIRES DE LA RÉDACTION
N.-B. — Les manuscrits publiés ou non, ne sont pas rendus.

Rédaction et Administration : 132, rue du Faubourg St-Denis, PARIS (10e). Téléphone : Nord 48-17

Quarante-troisième année. N° 47 20 Novembre 1921.

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

Office de Renseignements du « Concours »

Membres du Concours exerçant dans les stations hivernales

Nous rappelons à nos adhérents qu'il y a lieu de nous informer chaque année de leur désir de voir figurer leur nom sur cette liste.

MM. les docteurs :

Alger : Picard.
Antibes : Ribes.
Arguel (Doubs) : H. et J. Bon.
Bandol : Marçon.
Beaulieu : Ricoux, Bertier, Ubaud.
Beausoleil : Audoly, Pizard,
Biarritz : Berne, Clavel Pierre.
Cambo-les-Bains : Colbert, Hamant.
Cannes : Abadie, Argueyrolles. Baradat, Bayle, Caruette, Fournier, Kent-Gazet, Verdalle.
Cannet (Le), près Cannes : Comoy, Oudaille.
Cap-d'Ail : Lyons.
Chambon-de-Tence (Le) : Riou.
Fréjus : Turcan.
Grasse : Bossuet, Perrimond.
Hyères : La Bonnardière, Mauranges, Minelle, Pierrhugues, Vidal.
Juan-les-Pins-Antibes : Stef.
La Seyne : Grandjean J. M., Jaubert.
Menton : Coubard, P. de Langenhagen.
Monte-Carlo : P. Gasquet, Vivant.
Nice : Ardoin, Baillon, Pr S. Baudry (*oculiste*), Cauvin, Chatenoud, Auguste Colin, Constant, Delocque-Fourcaud, Dormoy, Gaudichon (*oto-laryng.*) Gruzu, Henry (*Rayons X*), Kent-Monnet, Larue, Leriche Em., Liotard, Noble J., Piétri, Sorel (*gyn. chir.*)
Oran : Paire.
Pau : Bajac, Carcy.
St-Raphaël-Valescure : Caldaguès, Vadou.
Toulon : Pignet (*urol. derm.*).

DON. — Nous avons reçu à titre de don à la Société civile du *Concours médical*, de M. le Dr Damian, à Nîmes (Gard), la somme de dix francs pour bons offices du journal.

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum, aux* « **demande et offres** ».

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne, qui est versé dans la caisse de la Société civile du Concours Médical). *Adresser un mandat ou mieux verser au compte de chèques postaux,* Concours Médical, *Paris 167-95.*

Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse.**

No 559. — Dr de Saint-Cyr, méd. consult. résid. à La Roche-Posay (Vienne) St. Eaux Min. réputée, pays tr. sain et agréab. prendr. en pens. enf. de 3 ans au moins ou enf. arr.

No 560. — Dr au courant clientèle cherche collaboration en vue succession dans bonne clientèle. Paris ou province. Dr Desanges, 104, rue Lauriston. Paris.

No 561. — Charente-Inf. très bon poste médical à prendre dans chef-lieu canton, seul médecin, pas de sage-femme. Urgent.

No 562. — Infirmière radiologiste est demandée sér. réf. exigées. Écrire Institut de radiologie, 58, av. Malakoff. Paris.

No 563. — Torpédo 4 pl., 12 HP, 1914 Clément Bayard écl. élect. parf. ét., n'ayant pas roulé guerre, mod. 1921, à vend. 10.000, cause doub. empl. essai sur tous parcours Dr Hartemann Saulxures-s-Mosselotte. Vosges.

No 564. — On désire reprendre clientèle demi-repos ou cabinet spécialiste, pays agréable, install. confortable. Dr Klein, St-Vivien (Gironde).

No 565. — Dr banlieue demande à Paris situation médicale ou paramédicale. Poste fixe.

No 566. — Jeune docteur, actif, désire acheter clientèle importante, banlieue Paris ou Méditerranée.

No 567. — Bourgogne (Saône-et-Loire) Pays de chasse et de pêche. Château de Dampierre à louer ou à vendre, 28 chambres, servirait pour transformation en maison de santé.

No 568. — Charronnette 6 HP torpédo 2/3 places 1920. Eclair. dém. élect. Excel. état 8.000. Dr Chevalier Lagny (S-et-M.).

No 659. — Jeune Dr ayant 2 ans d'intern., au cour. client., prend suite client. inter. de préf après rempl. Paris ou banlieue.

N° 570. — A céder à Paris clinique dentaire pouvant convenir à médecin stomatologiste. Beau rapport, ouverte l'après-midi seul. S'adresser Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris.

N° 571. — A céder région centre. Ancien poste seul médecin. Rapp. 50.000 fr. Nombreux fixes transmissibles. Grde et belle habitation, Facilités paiement. S'adresser Breitel et Goret, 1 rue Dante. Paris.

Menton. — Réouverture de l'Hermitage. Maison de cure climatique (Docteurs Gallot et Coubard) Conval., lymph., malades du tube digestif et de la nutrition ni contagieux, ni mentaux. Cure d'air, héliothérapie, régimes, etc.

CANCER. — L'action puissamment antinévralgique du **Pyréthane**, donné aux doses de 25, 50, 80 gouttes, en eau bicarbonatée, à renouveler, permet de garder en main médicale l'emploi de la morphine, d'en diminuer la dose ou de l'espacer.

CORRESPONDANCE

Mutualité Familiale.

J'ai vu sur le *Concours médical* les nouveaux barèmes des cotisations qui sont soumis au vote de l'Assemblée générale : il est un point sur lequel je désirerais une réponse. Les âges indiqués correspondent ils à l'âge actuel ou bien à l'âge d'entrée ?

Je suis né en 1880 et suis entré à MA en 1908, à 28 ans par conséquent, et payais une cotisation de 57 francs la cotisation nouvelle sera-t-elle celle de 41 ans (mon âge actuel) soit 98 fr. ou celle de 28 ans (mon âge d'entrée) soit 73 fr. Dr B.

Réponse.

Pour toutes les combinaisons les chiffres nouveaux sont ceux de l'âge d'entrée : votre cotisation sera donc de 73 francs.

Vous vous souvenez qu'en 1912 le Ministre avait mis la Mutualité Familiale en demeure d'augmenter ses cotisations qu'il jugeait insuffisantes. Sur une lettre de M. Fleury affirmant que la Société fonctionnait sous le contrôle actuariel, l'administration consentit à attendre le nouvel inventaire, et l'Assemblée générale avait adopté le principe d'un inventaire fin 1913. Cet inventaire était en cours quand la guerre éclata ; force fut de le remettre à fin 1920 après apuration de la situation.

C'est le résultat de cet inventaire qui nécessite la modification des barèmes des cotisations.

A. G.

Sou Médical.

La lettre qui m'annonce mon inscription au « Sou Médical » porte : A l'avenir, la cotisation de 25 fr. devra m'être envoyée, chaque année, avant le 1er mars. Or, je suis adhérent du mois de septembre devrai-je quand même envoyer la cotisation de 1922

avant le 1er mars ? Ou bien ma cotisation de 1921 est-elle valable jusqu'en septembre 1922 ? Je désirerais être fixé sur ce point.

Dr M.

Réponse.

La cotisation du « Sou Médical » n'est valable que pour l'exercice annuel en cours et doit être intégralement versée, quelle que soit l'époque de l'admission. Il convient de remarquer que les nouveaux adhérents profitent immédiatement de l'organisation créée par le « Sou Médical » et des réserves qu'il a amassées, que de plus ils sont immédiatement couverts contre la responsabilité civile.

Donc la cotisation que vous avez versée en septembre n'est valable que pour l'exercice 1921 et vous devrez envoyer, avant le 1er mars prochain la cotisation de 1922. Les adhésions qui se produisent après l'Assemblée générale de novembre sont d'office reportées au 1er janvier suivant.

A. G.

Application du Tarif Breton

J'ai fait à un blessé, avec un chirurgien, un corset plâtré. J'ai aidé ce dernier, car vous savez qu'il n'est pas très commode de faire seul un grand plâtre. Le chirurgien a droit à la somme de 112 fr. 50 portée au tarif, mais je me demande ce à quoi j'ai droit : consultation ou aide effective ? Le tarif est muet.

Cependant si, la veille, je veux bien considérer que j'ai fait le déplacement et les visites aux confrères dans un but d'instruction personnelle, ce jour-là j'ai perdu 3 heures à aider le confrère et ai mis la main à la pâte pour faire le corset. J'ai même dû, le surlendemain, faire à l'appareil les rectifications nécessaires (dégagement des trochanters, des sous-bras) qui n'avaient pu être faites le 1er jour, le malade trouvant à ce moment-là son corset très bien, mais s'en plaignant deux jours après à ces niveaux.

Enfin, à propos d'une fracture du tiers inférieur du radius accident du travail, que dois-je faire ?

L'accident arrive à un charretier à 10 kilom. d'ici. Il est vu sur place par mon excellent confrère et ami R. qui réduit, plâtre et m'adresse le blessé.

Or, le lendemain, ce dernier se plaint de sa main qui est très gonflée, j'essaye de dégager le poignet, mais je ne puis le faire de façon suffisante, la main est très enflée, violette, bref le plâtre est trop serré, je le coupe, laisse le bras se désenfler et refais un nouvel appareil.

Dois-je compter réfection d'appareil ou réduction de fracture ? Il est évident que la déformation s'était reproduite dès l'appareil enlevé et accentuée pendant le temps que j'ai dû laisser le poignet libre (24 heures).

Bien entendu, je vous demande la solution qui ne lèsera en aucune façon mon confrère,, dussè-je abandonner mes honoraires pour le 2 plâtrage.

Dr C.



Réponse.

1° « Puisque vous ave z aidé le chirurgien dans une intervention lui donnant droit *à lui*, à la somme de 112 fr. 50, vous êtes dans la situation de l'*aide* noté à l'article 11, dont la rémunération est fixée à 50 francs.

2° Pour la fracture radiale, vous avez dû refaire un nouvel appareil, intervention notée en toutes lettres dans le tarif à l'article 18, *in fine* et tarifée 50 fr. Il va sans dire que la réduction de fracture ne peut être payée deux fois. *Non bis in idem.*

Dr F. DECOURT.

ERRATUM

Une erreur de mise en page rend incompréhensible ma réponse au Dr V. de X., parue dans le *Concours* du 13 novembre 21, page XXXIII-3111.

Le début de la réponse commence au verso (p. 3112) par ces mots : « Votre exposé est assez complexe... » -jusqu'à « ...pour les deux : 100 francs ».

Puis elle continue page 3111 (où elle a l'air de commencer) par ces mots : « Vous parlez d'opération de nuit... » jusqu'à « ...rien de médical en ces questions » ce qui est alors légitimement suivi de ma signature pour *le tout*.

Je crois nécessaire cette rectification pour ceux de nos confrères qui veulent bien se donner la peine de suivre avec intérêt le flot, souvent fastidieux, de mes si nombreuses réponses.

Dr Fernand DECOURT.

Déontologie.

Quand un médecin soigne un malade à domicile, ce malade ne peut changer de médecin sans avoir « honoré » le premier, sans être en règle avec lui. Sur ce point notre code déontologique est formel, mais il n'est pas moins formel quand il ajoute qu'au contraire *le cabinet* du médecin est toujours un terrain neutre. Le cabinet, terrain neutre, c'est, très sagement, la garantie du libre choix ou même du libre contrôle que tout médecin honnête ne doit pas contester à un malade.

Dans cet ordre d'idées, je voudrais avoir l'avis nu *Concours* sur le cas concret ci-après exposé.

Dans une ville où exercent au moins trente docteurs en médecine, une malade vient consulter un chirurgien à son cabinet.. Elle est parfaitement inconnue de lui, elle vient à la consultation *sans aucun pansement*, sans aucun *appareil d'immobilisation*. Une tumeur blanche du poignet cliniquement et radiographiquement très grave, particulièrement douloureuse pour la malade, est diagnostiquée par ce chirurgien. Le soir même celui-ci immobilise dans un plâtre le poignet malade.

Or, il paraîtrait que cette femme n'a payé aucun des confrères antérieurement consultés, en particulier le chirurgien en chef de l'hôpital qui depuis 40 jours soigne chez elle cette femme par des massages alternés avec les fours résineux et l'immobilisation (tantôt l'un, tantôt l'autre !)

Au point de vue de la stricte déontologie :

a) Peut-on reprocher au dernier chirurgien d'avoir traité cette cliente *de cabinet*, inconnue de lui, *sans rechercher préalablement si elle était en règle avec les autres confrères de la ville* ?

b) Peut-on aussi lui reprocher de... n'avoir pas demandé en consultation le premier chirurgien dont et justement la malade — pour ne parler que d'elle — n'appréciait ni le diagnostic, ni les traitements, puisque pour cette raison même, elle allait en consulter un autre ?

Si, comme c'est mon avis, les médecins sont faits pour les malades, si le cabinet de consultation est, pour nous et nos clients, un terrain neutre, les deux reproches ci-dessus ne sauraient être justifiés. Qu'en pense le *Concours* ? Dr. X.

Réponse

Le cabinet du médecin étant considéré, déontologiquement, comme terrain neutre où chacun est libre de recevoir tout venant (voyez l'article XIX des Principes de déontologie de P. Delmas), *strictement* aux deux questions que vous nous posez, il convient de faire la même réponse, qui est *non*.

Strictement, disons-nous : il n'est pas douteux toutefois qu'il soit de bonne confraternité, en présence d'un cas comme celui que vous nous soumettez, où il s'agit d'une affection chronique dont il est présumable qu'un ou plusieurs autres confrères ont déjà eu à s'occuper, de bonne confraternité, disons-nous, de se refuser à entendre les critiques que le malade formule souvent à l'égard de ses précédents médecins et de prendre même leur défense, si ces critiques prennent le caractère nettement malveillant et injuste.

Le médecin, nouvellement consulté, doit-il exiger que ses prédécesseurs soient d'abord réglés, ou réclamer une consultation avec eux ?

Questions de fait, de localités, d'habitudes corporatives.

Il faut d'abord proclamer bien haut le droit absolu que possède tout malade de changer de médecin, comme bon lui semble. Quelque douloureux que ce puisse être pour notre amour-propre, nous devons convenir que le malade en traitement ne nous appartient pas. Aucun contrat, ni aucun mandat ne nous lie l'un à l'autre. Le client a tort de changer de docteur plutôt que de réclamer de consultation entre confrères, mais il a le droit d'agir ainsi, si bon lui semble.

En présence de ce droit absolu de disposer de soi-même, que pouvons-nous, si nous dési-

(*Voir la suite page XXXIII 3181*)

NOS ASSEMBLÉES GÉNÉRALES

Les Assemblées Générales du CONCOURS MÉDICAL et de ses FILIALES se tiennent aujourd'hui **DIMANCHE 20 NOVEMBRE 1921**, dans l'ordre suivant :

I. — *A dix heures et demie du matin* : au SIÈGE SOCIAL, 132, rue du faubourg Saint-Denis.

CAISSE DES PENSIONS DE RETRAITE DU CORPS MÉDICAL FRANÇAIS

II. — Dans les SALONS MARGUERY, boulevard Bonne-Nouvelle.

A deux heures et demie.

MUTUALITÉ FAMILIALE DU CORPS MÉDICAL FRANÇAIS

A quatre heures.

SOU MÉDICAL

A cinq heures et demie.

SOCIÉTÉ CIVILE DU CONCOURS MÉDICAL

A sept heures et demie.

BANQUET (souscription : 30 fr. Le complément sera payé par la Caisse de la Société Civile).

A neuf heures et demie.

CIRCULAIRES ! CIRCULAIRES !

Revuette en un Acte

de G. DUCHESNE

DISTRIBUTION

La Directrice L'A. D. R. M. L'Académie de Médecine	Mme Suzanne DEHELLY, de la Compagnie Gémier.
L'Infirmière La Morphine La Mutualité Familiale	Mme Berthe G. GÉRARD.
Le Planton L'Expert Le Concours Médical	Le Poète chansonnier Georges GÉRARD.
Le Médecin chef Le Syndiqué	L'Auteur.

Musique d'accompagnement sous la direction de **L. DESTOUCHES**, *de l'Orchestre Médical.*

Les femmes des Confrères qui prendront part au Banquet sont invitées à assister à la représentation de la Revue.

PROPOS DU JOUR

L'hygiène publique en province. Dans le département de l'Oise. Toujours à propos de la prophylaxie anti-tuberculeuse.

Dans un de nos derniers propos, nous avons fait allusion au très intéressant rapport du Dr Ch. Ott sur le fonctionnement des services d'hygiène en Seine-Inférieure. Il avait constaté un revirement complet dans l'attitude du corps médical de ce département. Ce dernier avait, en effet, accueilli tout d'abord avec une réserve, parfois hostile, l'organisation de la lutte anti-tuberculeuse ; mais peu après, les médecins praticiens lui avaient donné leur plus large collaboration dès qu'ils se furent aperçus de l'esprit que le Dr Ott y faisait régner. Notre distingué confrère, inspecteur départemental d'hygiène, ajoutait : « Il y a lieu de s'applaudir de cette cordialité de plus en plus grande entre le corps des médecins traitants et les organismes de prophylaxie créés par l'office publique d'hygiène sociale.

L'œuvre sociale entreprise par le Conseil général en bénéficiera pour le plus grand bien de la population. »

Ce qui s'est passé en Seine-Inférieure se passe en Côte-d'Or avec le Dr Mallard, inspecteur départemental. Il en est de même dans l'Oise où le Dr P. Paquet, membre du *Concours médical* et inspecteur départemental de la santé et de l'hygiène publiques, « attire notre attention sur les résultats qu'il a pu obtenir grâce à une collaboration constante et active avec la presque unanimité du corps médical. »

Le Dr Paquet nous adresse son très intéressant mémoire intitulé : *Situation sanitaire du département de l'Oise de* 1911 *à* 1920 *et recherche des principaux foyers épidémiques*.

« Les membres du corps médical vont du reste recevoir communication de ce même travail et tous seront invités à collaborer avec les commissions sanitaires au point de vue de l'enquête minutieuse envisagée dans les conclusions du travail. »

Voilà qui est bien, très bien. Comme il serait facile d'organiser l'hygiène publique en France si chaque département avait à la tête de leurs services d'hygiène des inspecteurs comme les Drs Ott, Mallard et Paquet et des préfets à l'esprit assez large et assez averti pour leur laisser la faculté de mener à bien leur tâche délicate de collaboration cordiale avec les médecins praticiens. C'est par ces méthodes de franchise, de confiance, de courtoisie, de persuasion, que l'on obtient des résultats et non par des mesures policières, des tracasseries et des poursuites.

Il ne doit pas y avoir lutte, mais cordiale entente entre les médecins traitants et les inspecteurs d'hygiène, si l'on envisage l'intérêt publique. Malheureusement, un tiers à peine de nos départements sont pourvus d'inspecteurs d'hygiène et tous ne veulent, ou plutôt ne peuvent, appliquer les méthodes des Drs Ott, Mallard et Paquet.

***

L'étude sanitaire du département de l'Oise, pendant les dix dernières années, est des plus intéressantes.

Jusqu'en 1911, les mesures d'hygiène avaient été prises dans l'Oise avec une évidente bonne volonté, mais sans méthode, sans coordination des efforts, avec des moyens insuffisants.

En 1911, fut nommé un inspecteur départemental d'hygiène médecin qui, avec l'appui du préfet, organisa les services sanitaires. L'inspecteur centralisa les déclarations des maladies transmissibles, se chargea de toutes les enquêtes sur les épidémies. Il donna des instructions précises et détaillées pour lutter aussi efficacement que possible contre la contagion, fit compléter le matériel des postes de désinfection, obtint la spécialisation des chefs de postes relevant du service des ponts et chaussées, surveilla la vaccination jennérienne, stimula le zèle des Commissions sanitaires, fit multiplier et étudier les projets d'adductions d'eaux potables, améliorer les adductions existantes, ainsi que les projets de construction des égouts. Sans la guerre, ce vaste programme eût été sans doute complètement réalisé. Il vient de faire décider la création d'un laboratoire de bactériologie et de chimie, ce qui donne satisfaction à l'unanimité du corps médical de ce département.

L'accord devint parfait avec les médecins praticiens. La statistique par canton des déclarations des maladies transmissibles montre que ces déclarations sont moins nombreuses à la périphérie du département parce que les relations de l'inspecteur avec les praticiens des départements voisins qui viennent exercer dans les communes limitrophes de l'Oise sont moins étroites. Enfin il put avec le concours d'une œuvre privée et l'appui des praticiens entreprendre sérieusement la lutte anti-tuberculeuse.

Malgré la guerre, et bien que l'Oise ait été longtemps le siège des hostilités et le lieu de passage et de cantonnement des armées alliées, l'état sanitaire y a été satisfaisant.

Dans ces dix dernières années, l'on n'a constaté dans l'Oise aucun cas de typhus, de variole, de choléra, de peste, de fièvre jaune. Les enquêtes, après déclaration des cas suspects, n'ont pas vérifié le diagnostic, resté du reste, en suspens. La scarlatine a été surtout fréquente de 1912 à 1914, la rougeole y a été, elle aussi, à l'état endémo-épidémique, apparaissant par poussées qui, tous les cinq ans, prenaient plus d'importance.

Un cas isolé de suette, 231 cas de dysenterie, la plupart d'origine militaire et étrangère (Kabyles et prisonniers), 28 cas isolés de fièvre puerpérale, 51 dispersés de méningite cérébro-spinale, 6 cas de poliomyélite sans gravité, de nombreux cas de coqueluche signalés seulement pour les épidémies scolaires,

4.832 déclarations de grippe en 1918, qui permettent d'affirmer que vraisemblablement le 1/5e de la population a été atteinte ; quelques cas d'érysipèle, 136 déclarations d'oreillons, toujours à propos d'épidémies scolaires ; aucune déclaration de lèpre, de teigne, de conjonctivite purulente, tel est le bilan sanitaire des 10 dernières années dans l'Oise en exceptant la fièvre typhoïde, la diphtérie et la tuberculose qui font l'objet d'études plus approfondies.

La *fièvre typhoïde* a donné lieu depuis 1911 à 1.207 déclarations *dans la population civile*.

Des foyers locaux (Nogent-sur-Oise, Creil, Cramoisy, Coye, Montataire, Verneuil, Avrigny, Choisy-la-Victoire, Epineuse, Clermont; Boullarre, Arcy, Etavigny, Ferrières, Sery-Marqueval, Estrées St-Denis, etc.), ont été constatés et il a été démontré pour tous l'influence étiologique des eaux d'alimentation. Un fait important à constater, c'est la diminution progressive des cas de fièvre typhoïde dans le département de l'Oise depuis 10 ans, malgré les conditions défavorables causées par la guerre.

M. le Dr Paquet l'attribue d'abord à la vaccination antityphoïdique des hommes qui ont passé à l'armée et de la population entière dans les régions qui subirent l'occupation allemande. Mais il ne faut pas oublier non plus l'heureuse influence des mesures prises pour assainir les foyers contaminés, les adductions d'eaux potables, l'éducation hygiénique de la population due « au concours assidu et effectif des médecins traitants. »

Enfin les foyers épidémiques constatés ont donné lieu à de sérieuses enquêtes qui amèneront leur assainissement progressif.

La *diphtérie*, au contraire, est devenue plus fréquente surtout depuis 1914. Cette recrudescence, d'ailleurs, n'est pas particulière au département de l'Oise, mais se constate dans toute la France, même à Paris. Il est à signaler que les villes sont relativement indemmes par rapport aux campagnes, et que les régions basses et humides sont les plus atteintes (vallées de l'Avelon, du Thérain et de l'Oise). M. Paquet a remarqué que si la diphtérie offrait un caractère endémique et une plus grande fréquence dans les vallées humides, les cas observés sur les plateaux, bien que rares, offraient un caractère de gravité plus grande. La prophylaxie de la diphtérie, surtout d'ordre scolaire, a donné d'excellents résultats. La cause principale de la diffusion de la maladie est la difficulté de l'isolement dans la population ouvrière, et l'esprit de solidarité de la classe ouvrière, qui, malgré le danger, incite les mères des familles voisines de la maison contaminée à visiter les petits malades. et à aider leurs parents à les soigner.

La *tuberculose* paraît s'être multipliée dans le département de l'Oise. Il est difficile d'établir des statistiques car nombreuses sont les communes dont les archives ont disparu durant la guerre. Cependant, M. Paquet, se basant sur les déclarations spontanées très nombreuses, faites par les médecins avec l'assentiment de leurs malades, peut établir que la maladie est aussi fréquente dans les communes rurales que dans les villes et les centres industriels. Il est bon de souligner cette constatation qui est absolument en désaccord avec des opinions datant de longues années et trop facilement transformées en dogmes.

Au premier rang des causes de cette aggration de la tuberculose le Dr Paquet met *l'alcoolisme*. M. G. Baudran a établi irréfutablement que, dans l'Oise. la mortalité tuberculeuse est en relation directe avec le nombre des débits de boissons et la quantité d'alcool consommé par tête d'habitant.

L'alcoolisme, proclame M. Paquet avec raison, engendre le taudis.

Nous pourrions dire, réciproquement, que le taudis engendre, lui aussi, l'alcoolisme dans les villes. L'ouvrier qui entre après son travail dans un logement malpropre et malsain, le quitte le plus tôt possible, se réfugie chez le « bistro » où la femme et les enfants, trop souvent, ne tardent pas à venir le rejoindre, et très sagement M. Paquet proclame : « Pour lutter contre la propagation de la tuberculose, il faut donc à la fois combattre l'alcoolisme de l'homme (et parfois de la femme et des enfants) et faire l'éducation de la jeune fille, future mère. »

A côté de l'alcoolisme, si fréquent dans les campagnes, il existe dans l'Oise une cause locale : *le travail à domicile dans des conditions hygiéniques défavorables*. L'industrie du bouton (nacre, os) à Noailles et à Méru, l'industrie de la chaussure (Liancourt, Mouy), la fabrication des brosses (Beauvais, Auneuil), des instruments d'optique qui transforment le logement en atelier mal organisé et donnent lieu à des poussières irritantes, favorisent l'inoculation et la contagion des individus sains dès qu'un tuberculeux pénètre dans la famille. Les ré-

gions basses et humides sont encore pour la tuberculose plus atteintes que les plateaux, et le retour au pays des originaires de l'Oise qui sont allés travailler à Paris et y ont contracté la phtisie, est encore un facteur étiologique important.

Dès 1913 un dispensaire intituberculeux type Calmette fut créé à Clermont par le sénateur Cuvinot. Le Comité d'assistance aux militaires tuberculeux de l'Oise fut reconnu un des plus actifs de France. De nombreux dispensaires, dont six subsistent encore, furent créés. En automne 1920, la Mission Rockefeller commença l'éducation de la population dans les campagnes par les procédés les plus pratiques avec des projections cinématographiques. Un Office d'Hygiène sociale a pris aujourd'hui en main la prophylaxie antituberculeux et ne faillira pas à sa tâche.

Mais M. le Dr P. Paquet, dont personne ne contestera la grande compétence, insiste en terminant sur la nécessité de la lutte contre le taudis, contre le surpeuplement des habitations, contre l'alcoolisme, contre le travail à domicile dans les industries à poussières. Ce sont ces causes-là qui sont responsables de l'accroissement redoutable de la tuberculose dans l'Oise. Et l'Inspecteur départemental d'hygiène conclut en demandant l'éducation hygiénique de la population en ce qui concerne l'individu et la famille, en réclamant qu'on stimule le zèle des organisations antituberculeuses, qu'on fasse une propagande active en faveur des habitations à bon marché, des petites propriétés rurales, du bien de famille insaisissable, des jardins ouvriers, de tout ce qui peut accroître le mieux-être de la famille ouvrière et éloigner du cabaret meurtrier.

Nous citons presque textuellement les conclusions de M. le Dr Paquet, parce qu'elles sont celles d'un homme expérimenté, qui comprend que la prophylaxie exige un sage éclectisme et avant tout une forte dose de bon sens.

Il ne faut pas, pour faire œuvre utile se laisser éblouir par le dogme de la contagion. Personne ne la nie, mais s'il est absolument indispensable de la combattre, il faut songer que l'on ne peut y réussir qu'en tenant surtout compte des conditions étiologiques multiples qu'il convient de modifier, la suppression absolue du microbe étant *jusqu'à nouvel ordre* une impossibilité, pratiquement démontrée.

J. Noir.

***

Caisse de Prêts aux médecins sinistrés.

Nous rappelons à nos lecteurs que, sous le patronage de l'Association générale des médecins de France, de l'Union des Syndicats médicaux de France et du *Concours médical*, le Syndicat des médecins sinistrés de la région du Nord (président, Dr Quivy, vice-présidents, Docteurs Pauchet, d'Amiens, et Gallois ; trésorier, Décréton, et syndics, Girard et Bruyelle) a fondé une caisse de prêts aux médecins sinistrés.

Cette caisse administrée par le bureau du Syndicat, acceptera avec reconnaissance toute souscription qu'on voudra bien lui envoyer.

Les fonds prêtés produiront l'intérêt commercial normal qui sera réglé à échéances fixes.

Les remboursements seront effectués au fur et à mesure des versements faits aux sinistrés par le Crédit national et dans un délai qui n'excédera certainement pas cinq années.

Le *Concours médical* qui, en tant que journal, s'est inscrit pour 5.000 francs à la souscription, fait un chaleureux appel à ses lecteurs et les prie instamment de venir en aide aux confrères sinistrés dont un trop grand nombre attendent encore le règlement des dommages qui leur sont dus.

J. Noir.

DEUXIÈME LISTE DE SOUSCRIPTION.

Un médecin parisien sinistré	2.000 fr.
Dr André Fasquelle, directeur de l'Institut vaccinal, 8, rue Ballu..........	1.000 fr.
Dr Noury, de Rouen..................	1.000 fr.
Dr Georges Noir, de Cluny............	300 fr.
Dr Lop, de Marseille.................	250 fr.
	4.550 fr.
Report de la première liste............	14.000 fr.
Total........	18.550 fr.

Les fonds doivent être adressés directement au Dr Quivy, avenue de Châtillon, 21, Paris.

PARTIE SCIENTIFIQUE

SÉMÉIOLOGIE CLINIQUE

Le drame abdominal.

Par M. J.-P. TOURNEUX,
Chirurgien des Hôpitaux de Toulouse.

Un malade ressent brusquement une douleur aiguë dans le ventre, douleur atroce, angoissante, excruciante, véritable coup de poignard abdominal (*Dieulafoy*), qui ne tarde pas à s'accompagner de vomissements, de prostration et de tendance à la syncope. L'état général est très altéré, le faciès est grippé, le pouls fréquent et petit, les extrémités sont froides, la respiration courte et superficielle ; il n'y a ni gaz, ni selles, à peine ou peu d'urine. Le ventre, où le moindre attouchement exaspère la douleur, est dur, rétracté par la contraction des muscles abdominaux qui se défendent, ou au contraire tympanisé par la distension des anses intestinales paralysées.

En présence d'un pareil tableau clinique, à quel diagnostic doit s'arrêter le praticien ? La question est assurément délicate. S'agit-il d'une péritonite par perforation (ulcère de l'estomac ou du duodénum) ou encore d'une appendicite perforante aiguë ? Se trouve-t il en présence d'un étranglement interne, d'une pancréatite aiguë, de la torsion brusque du pédicule d'une tumeur ou de la rupture d'une grossesse tubaire ?

Ainsi que le dit Lejars, toutes ces hypothèses doivent se présenter à l'esprit du praticien, et il doit réserver une place pour d'autres encore, qu'il n'aperçoit pas, qui sont la plupart du temps des surprises, mais qu'il devrait prévoir.

Assurément, les surprises sont fréquentes dans la chirurgie abdominale d'urgence et bien souvent, il faut savoir prendre une résolution sans attendre un diagnostic précis, car il ne le devient malheureusement que lorsqu'il ne peut plus servir à rien.

Certes, l'examen attentif du malade, et l'analyse judicieuse de ses antécédents, fournissent dans la plupart des cas des probabilités suffisantes en faveur de tel ou tel diagnostic, mais il n'en reste pas moins que, dans bien des circonstances, l'interprétation des faits reste des plus douteuses et qu'on ne sait en définitive en présence de quelle lésion on se trouve. Devant de pareils cas, il faut savoir passer outre et intervenir rapidement, car dans cette chirurgie d'urgence, les minutes sont des heures, et les heures ne sont que des moments.

Le drame abdominal peut être réalisé par un très grand nombre de lésions organiques : nous en avons déjà énuméré quelques-unes, et nous croyons utile, avant d'en arriver à la discussion du diagnostic différentiel, d'énoncer successivement toutes les affections qui peuvent, soit régulièrement, soit dans certaines de leurs formes cliniques, et cela, bien entendu, avec des fréquences diverses, présenter la symptomatologie précédemment décrite.

Ce sont : d'abord les *perforations du tube digestif*, perforations de l'appendicite ou d'un ulcère siégeant sur l'œsophage abdominal, l'intestin, le duodénum, ou le gros intestin ; les *pancréatites aiguës, la thrombose des vaisseaux mésentériques, l'occlusion intestinale aiguë, l'inversion utérine aiguë.* Ce sont également les *torsions brusques* du grand épiploon, de la rate, des kystes de l'ovaire, des fibromes utérins, des annexes saines ou atteintes de salpingo-ovarite kystique, comme ce sont encore les *ruptures* de kystes du pancréas, de la rate, du mésentère, du foie, de l'ovaire, de la cholécystite aiguë, du duodénum, des salpingites, de la trompe et de l'utérus gravide. Enfin, certaines crises douloureuses, de l'hydronéphrose, du rein mobile, de la colique néphrétique, de la colique hépatique, du tabès ou du saturnisme, peuvent dans leur forme suraiguë se rapprocher de ces accidents.

Au cours du diagnostic différentiel que le praticien cherchera à poser, il devra donc tenir compte de toutes ces affections : mais il est bien évident que sa pensée devra s'attacher tout d'abord à certaines d entre elles, plus fréquemment observées, et que ce n'est que par élimination successive qu'il arrivera à songer à certaines lésions, soit qu'elles soient exceptionnelles, soit que l'obscurité symptomatique ne rende leur diagnostic des plus incertains.

De même, le praticien devra tenir le plus grand compte, étant données les difficultés du problème, de tout ce qui pourra lui fournir une indication utile : c'est ainsi que l'anamnèse, les affections antérieures, l'âge, le sexe, parfois la profession, pourront le mettre dans un certain nombre de cas, sur la voie de l'affection dont il a été appelé à constater les complications.

Un praticien se trouve donc appelé auprès d'un malade présentant les différents symptômes que nous avons énumérés en tête de notre article ; après examen clinique, interrogatoire du sujet, de ses proches, à quoi doit-il et peut-il songer ?

A) Il est bien certain que, dans quelques cas, où il existera un ensemble de renseignements:



suffisants pour permettre de se rendre compte de l'affection causale, le diagnostic n'offrira guère de difficultés.

Ainsi, s'il s'agit d'un malade atteint de *fièvre typhoïde*, chez lequel la crise douloureuse coïncide avec une accélération du pouls et avec un abaissement notable de la température, à laquelle succède bientôt de l'hyperthermie, le diagnostic de perforation devra être porté immédiatement.

Chez une femme ayant accouché depuis quelques jours, une douleur atroce, s'accompagnant d'une sensation de déclanchement abdominal, survenue à la suite d'un effort brusque, répond toujours à une *inversion suraiguë de l'utérus* : le toucher vaginal confirmera le diagnostic porté, en révélant la présence d'une grosse tumeur.

De même, on reconnaîtra facilement une *rupture utérine* spontanée ou post-traumatique, car, à côté de l'existence de phénomènes généraux intenses, on relèvera des symptômes tout à fait spéciaux tels que : hémorragie vulvaire, changement de forme de l'utérus, palpation du fœtus dans l'abdomen, sensation de crépitation neigeuse.

Chez des malades à antécédents lithiasiques, soit du côté du rein, soit du côté du foie, il sera presque toujours aisé de rapporter l'effet à sa cause, c'est-à-dire de reconnaître l'existence d'une *colique néphrétique* ou *hépatique* évoluant avec une intensité toute particulière.

Les *crises gastriques du tabès*, dans leur forme suraiguë, s'accompagnent de vomissements incessants : elles s'observent surtout au cours de la période préataxique où l'abolition des réflexes, les troubles de la pupille et le signe de Romberg, permettent aisément le diagnostic.

Le *saturnisme* peut également présenter des crises douloureuses extrêmement violentes, parfois atroces : mais là encore, il existera un ensemble de signes suffisants (troubles nerveux, tremblement, liseré gingival) pour ne pas commettre d'erreur.

Le *rein mobile* et l'*hydronéphrose* se traduisent rarement par des phénomènes douloureux aussi marqués, et ce n'est qu'exceptionnellement que l'on observera la douleur paroxystique dont la signification sera reconnue par son point de départ lombaire, ses irradiations particulières, ainsi que par la perception d'un rein augmenté de volume.

Enfin, nous ne ferons que signaler, sans nous y arrêter, *les ruptures du duodénum et de l'estomac* consécutives aux traumatismes abdominaux.

Dans certains cas, ce n'est que secondairement que la rupture, d'abord incomplète, aboutit à une perforation : on ne devra donc pas hésiter sur la signification du tableau clinique, étant donnée la notion du traumatisme initial.

B) En dehors des cas qui viennent d'être énumérés, cas où l'affection causale est en somme relativement facile à reconnaître, car il existe toujours suffisamment de signes particuliers pour permettre d'élucider la signification de l'élément douleur, il est beaucoup plus malaisé de porter un diagnostic. A quoi peut-on tout d'abord rapporter les premiers symptômes du drame abdominal ? A une péritonite par perforation du tube digestif, à une pancréatite aiguë, à une cholécystite ulcéreuse, à la rupture d'une grossesse tubaire, à la torsion du pédicule d'un kyste ovarique, à une appendicite perforante d'emblée, à un étranglement interne. Telles sont les affections auxquelles on doit, par suite de la similitude symptomatique et de leur fréquence, songer tout d'abord.

Le praticien se trouve donc en présence d'un malade qui a ressenti brusquement une douleur atroce dans l'abdomen, qui est pâle, froid, abattu, angoissé, prostré, en proie aux vomissements, et dont le ventre est en général ballonné, tendu et sonore, sans zones de matité ni d'épaississement, (dans quelques cas, au contraire, il est rétracté). S'il sait, ou s'il apprend que depuis quelque temps le sujet était atteint de douleurs gastriques, de vomissements après les repas et parfois d'hématémèses, le diagnostic s'impose presque d'emblée : il s'agit de la perforation d'un *ulcère de l'estomac.*

Quand tout renseignement antérieur fait défaut, la chose devient beaucoup plus délicate. Il faut alors se baser sur les symptômes présentés, sur la brusquerie, sur l'intensité et sur la localisation de la douleur pour établir son diagnostic. La brusquerie et l'intensité de la douleur constituent deux signes que l'on observe surtout au cours de la perforation des ulcères latents : c'est en pleine santé, sans prodromes, sans que rien n'ait annoncé la chose, que la douleur a éclaté, soudaine, terrible, atteignant d'emblée toute son intensité. Cette douleur a son point de départ dans la région sus-ombilicale et a ensuite diffusé dans tout l'abdomen ; mais en examinant attentivement le ventre, on remarque que la douleur provoquée par la palpation et par la pression, que la défense musculaire, et que l'hyperesthésie ont leur maximum d'intensité dans la région sous-hépatico-gastrique, au-dessus et à droite de l'ombilic. C'est donc dans cette zone que doit siéger la lésion : en l'absence de symptômes hépatiques, qui ne feraient pas défaut dans ce cas, on ne peut songer à une perforation de la vésicule biliaire : il ne peut s'agir alors que d'une *perforation* d'un *ulcère latent de l estomac ou du duodénum.* Peut-on poursuivre le diagnostic plus loin, et se rendre compte s'il s'agit de l'estomac ou du duodénum? Cette affirmation est bien souvent impossible : les signes de la perforation sont identiques dans les deux cas, et ce n'est que lorsqu'il existe des symptômes préexistants (douleur tardive, faim douloureuse, vomissements rares, mœléna) que

LABORATOIRE MUNICIPAL DE CHIMIE
DUPLICATA Analyse quantitative N° 972

Le Directeur du Laboratoire Municipal certifie que l'échantillon déposé sous le n° 583 par Messieurs LAMBIOTTE & Cie comme "UROMETINE en COMPRIMÉS" contient, pour 100 grammes d'échantillon

Hexaméthylènetétramine 100 00
Matières minérales toxiques .... néant

La conservation du produit parait assurée

Paris le ... 1916
Le Directeur du Laboratoire Municipal

Toute personne qui userait de ce bulletin pour nuire à la réputation d'autrui commettrait le délit de diffamation

Antisepsie urinaire

Quadruple action : bactéricide, antitoxique, antiurique, diurétique.

UROMETINE

LAMBIOTTE FRÈRES

(Urotropine Française)

doses moyennes : 2 à 6 comprimés par jour.



Littérature et Échantillons
PRODUITS LAMBIOTTE FRÈRES
3, Rue d'Édimbourg, Paris-8e

l'on pourra songer exclusivement au duodénum.

Il existe une autre lésion du tube digestif, mais que nous ne ferons qu'indiquer, c'est la *perforation d'un ulcère de l'œsophage abdominal* : il s'agit là d'une affection exceptionnelle et qui ne peut être diagnostiquée, car elle se confond absolument par sa symptomatologie avec les perforations précédentes.

Il y a encore dans cet ordre d'idées, un dernier diagnostic à envisager, c'est celui *d'ulcère du gros intestin*, affection assez rare et qui peut se présenter sous deux formes, l'une d'ulcère chronique, avec des signes de colite (constipation, douleur, hémorragie intestinale) et l'autre, d'ulcère latent, encore dit aigu, dont la perforation et la péritonite consécutive sont le signal symptôme.

Si, dans le premier cas, étant donnés les troubles en évolution depuis un certain temps, il est relativement aisé de reconnaître la signification de la complication qui vient de se produire et de la rapporter à la lésion qui existait au niveau du gros intestin, il n'en est pas de même dans le second, où en l'absence de tout indice, on doit penser à une perforation d'un ulcère de l'estomac ou du duodénum, car ces affections sont infiniment plus fréquentes que les lésions ulcéreuses du cæcum ou des côlons.

Les *pancréatites aiguës* présentent à peu près les mêmes signes cliniques. Comme dans les cas que nous venons d'exposer, on trouve également une douleur brusque, subite, extrêmement vive, terrible, angoissante ; et comme elle siège, elle aussi, dans la région sus-ombilicale, il est donc particulièrement délicat de la différencier. Dans quelques cas, malheureusement trop rares, le siège initial de la douleur et de la défense musculaire peuvent être bien précisés par la palpation, et l'existence d'un point maximum épigastrique, entre l'ombilic et l'appendice xiphoïde, permet de songer au pancréas. Mais le plus souvent, la douleur n'a pas tardé à diffuser dans la région, l'hyperesthésie est considérable, et il est impossible de relever une localisation nette. On songe alors plutôt à une perforation de l'estomac, et seuls, des antécédents de lithiase biliaire peuvent attirer l'attention du côté de la pancréatite, à laquelle on ne songe pas assez.

Les *perforations des cholécystites ulcéreuses aiguës* peuvent être rapprochées par leur symptomatologie des cas précédents ; mais ici, la difficulté du diagnostic est presque toujours bien moins considérable. car on trouve de précieux indices dans les différents phénomènes hépatiques qui ont précédé la crise aiguë, ainsi que dans la localisation exacte de la douleur, dont le maximum d'intensité se trouve dans la région sous-hépatique.

S'il s'agit d'une jeune femme ayant eu une absence de règles pendant deux ou trois mois, et présentant des signes d'hémorragie interne grave, chez laquelle le ventre est un peu volumineux sans être tendu, mat dans la zone déclive (fosses iliaques et hypogastre), où le toucher vaginal montre un col mou, saignant, légèrement entr'ouvert, avec un utérus un peu gros, sans rien d'appréciable dans les culs-de-sac, et dont l'état général n'a été que momentanément relevé par des injections de sérum. on doit porter immédiatement le diagnostic de *rupture d'une grossesse intra-utérine*. Les symptômes physiques, l'absence de règles, les signes d'hémorragie interne, succédant à l'explosion soudaine des accidents douloureux, constituent un ensemble d'indices très suffisants pour reconnaître l'affection et pour indiquer l'extrême urgence d'une intervention chirurgicale.

Lorsque le malade, après avoir présenté au début les mêmes phénomènes très graves, voit au contraire son état général s'améliorer sous l'action de la thérapeutique employée, il devient alors possible de palper le ventre, car il a perdu sa tension initiale et une partie de sa sensibilité.

Si, par cet examen, on découvre une volumineuse tumeur occupant la région sous-ombilical et remontant vers un des hypochondres, on est en droit de conclure à une *torsion brusque du pédicule d'un kyste ovarique*. La notion antérieure d'une tumeur pelvienne, et la constatation de l'augmentation subite du volume de cette tumeur, à l'examen du ventre et au toucher, constituent un renseignement de valeur capitale, que vient souvent renforcer l'existence d'un certain nombre de petites crises douloureuses atténuées (torsion lente et incomplète) qui ont presque toujours précédé la torsion brusque et serrée.

Il est une affection du tube digestif qui n'est presque jamais diagnostiquée, c'est la *thrombophlébite mésentérique*. Elle débute, elle aussi, par une douleur atroce dans la région ombilicale, douleur en tous points semblable à celle d'une perforation intestinale, et ne tarde pas à s'irradier à l'épigastre, aux hypocondres, et aux régions lombaires. Peu de temps après, surviennent des vomissements, parfois sanguinolents, et, signe des plus importants, il existe une diarrhée profuse, liquide, aqueuse, qui fera bientôt place à une constipation opiniâtre.

Il y a encore un autre signe, qui permettrait presque à lui seul de porter le diagnostic exact, c'est l'entérorragie : malheureusement, bien qu'elle soit constante, le sang est presque toujours retenu dans l'anse dilatée et n'est pas rejeté au dehors. En l'absence d'hémorragie visible, la constatation d'une diarrhée intense, succédant presque immédiatement à la crise douloureuse, doit faire songer à la possibilité de la thrombophlébite mésentérique, que quelques symptômes accessoires, comme la coexistence d'une embolie dans un territoire quelconque, des taches pur-

puriques cutanées et des lésions cardiaques, peuvent venir confirmer.

L'appendicite à forme suraiguë (perforante d'emblée) s'annonce exceptionnellement avec la brusquerie et l'intensité des perforations du duodénum et de l'estomac : presque toujours le début se caractérise par une sensation de pesanteur, de gêne, de tension dans la fosse iliaque droite, et ce n'est qu'au bout d'un certain temps, une ou plusieurs heures, que la douleur brusque en coup de poignard apparaît nettement. Cette soudaineté, beaucoup plus apparente que réelle, constitue un premier caractère des plus importants. De plus, la localisation même de la douleur fournit au diagnostic un appoint considérable, car bien que tout le ventre du malade soit douloureux, on arrive néanmoins, grâce à une exploration méthodique et attentive, à localiser la région où ce phénomène a éclaté et le lieu d'élection où il a acquis sa plus vive intensité. C'est dans la région cæco-appendiculaire (point de Mac-Burney) que débute la douleur de l'appendicite, c'est là que par la palpation on constate son maximum d'intensité, c'est là qu'une légère pression permettra de sentir la défense musculaire, c'est là enfin que par le chatouillement de la peau, on provoque une hyperesthésie plus vive qu'ailleurs, se traduisant par des mouvements réflexes dans la paroi du ventre et des régions voisines.

C'est en se basant sur le caractère de la douleur, qui n'acquiert toute son intensité qu'après une periode de gêne, et sur sa localisation précise, qu'on évitera une erreur de diagnostic e qu'on ne prendra pas une appendicite pour une perforation de l'estomac ou du duodénum.

Dans certains cas, une douleur atroce survient brusquement en un point quelconque de l'abdomen, douleur que l'on voit suivie presqu'aussitôt de hoquets et de vomissements, d'abord alimentaires, puis bilieux, parfois féealoïdes. En même temps, l'abdomen ne tarde pas à se ballonner, en un point bien précis tout d'abord ; puis la dilatation intestinale se généralise, coïncidant avec un arrêt absolu des matières et des gaz. L'état général s'aggrave rapidement, pendant que la douleur, bien localisée elle aussi au début, tend à s'irradier d'une manière intermittente sous forme de coliques atroces réveillées par les contractions intestinales. Ici, le diagnostic qui devra être porté, c'est celui *d'occlusion intestinale aiguë*, et l'on devra se baser pour cela, non plus sur la brusquerie d'apparition, ou sur la localisation de la douleur, caractères qui ne présentent cette fois rien de spécial, mais sur les modalités des symptômes de réaction péritonéale. Un premier bon signe sera fourni par l'arrêt des matières et des gaz, qui non seulement est très précoce, mais est, de plus, absolu d'emblée ; en second lieu, la douleur demeure bien localisée en un point pendant un certain temps et ne se généralise que secondairement ; enfin, on observe presque dans tous les cas l'existence de mouvements péristaltiques de l'intestin. Signes qui ont également une certaine importance, le ventre ne présente pas une très grande dureté et la contraction pariétale n'est pas très prononcée. Ce sont là un ensemble de signes suffisants pour différencier l'iléus par obstruction, de l'iléus paralytique de la péritonite généralisée des perforations intestinales.

Mais ces différentes affections, qui sont celles que l'on rencontre le plus souvent, ne sont pas les seules à présenter le tableau clinique du drame abdominal, et il en existe encore d'autres qui peuvent offrir cette évolution ; mais, par suite de leur rareté, ou de l'absence de tout signe spécial apte à les faire reconnaitre, on n'y songe pour ainsi dire presque jamais, elles ne sont pas diagnostiquées et constituent presque toujours de simples trouvailles opératoires. Leur liste est encore assez longue, et il importe de les connaître, afin de pouvoir envisager leur possibilité et parfois d'éviter une cause d'erreur,

Ce sont surtout des accidents de torsion d'organes ou de tumeurs, ainsi que de ruptures de collections liquides qu'il y a lieu d'envisager.

La torsion du pédicule de la rate s'accompagne, dans sa forme aiguë, d'accidents douloureux extrêmement violents, survenant brusquement, avec vomissements et degré plus ou moins marqué de péritonisme, rappelant tout à fait le syndrome que nous avons exposé à plusieurs reprises. Le diagnostic exact n'a jamais été porté que lorsqu'il s'agit d'anciens paludéens, ou de malades chez lesquels l'attention avait déjà été attirée sur une tumeur splénique. Quand la crise douloureuse est survenue pour une rate simplement ectopiée, on a pensé à toute autre chose, à une torsion de kyste ovarique ou à une tumeur du mésentère. Ce n'est que par un examen attentif et une exploration minutieuse du sujet, qne l'on pourra envisager l'hypothèse d'une torsion splénique.

Le grand épiploon peut présenter des accidents de *torsion abdominale aiguë*, se manifestant par une douleur atroce, un état syncopal, du hoquet, des sueurs froides et des vomissements. A l'examen clinique, on trouve une volumineuse tumeur accolée à la paroi abdominale et offrant une sensation d'empâtement. Comme elle siège ordinairement à droite, on pense presque toujours, chez la femme, à une torsion de kyste de l'ovaire (erreur bien difficile à éviter, bien que la tumeur se prolonge en général dans la partie supérieure de l'abdomen), et, chez l'homme, à une appendicite. Pourtant, dans ce dernier cas, si l'on songe qu'une tumeur aussi développée devrait présenter des réactions lo-

RECOUVREMENTS

D'HONORAIRES MÉDICAUX

M. LOUIS AUDEBERT Avocat, *Directeur du Contentieux de Syndicats Médicaux. Administrateur d'immeubles.*

5, rue des Saints-Pères, PARIS, Tél. Saxe 48-53.

Pour toute demande de renseignements, écrire à Me Audebert, en joignant un timbre pour la réponse

---

Envois de fonds

Pour l'envoi des abonnements et des cotisations aux filiales, nous rappelons que le moyen le plus pratique et le plus économique est le versement au compte de chèques postaux dont voici les nos :

Concours Médical, Paris, 167-95.

Sou Médical, Paris, 182-31.

Mutualité Familiale, Paris, 182-32.

Caisse des pensions de retraites du Corps médical français, Paris, 271-46.

cales et générales (pouls et température) plus accentuées, on se rend compte qu'il ne peut s'agir de collection appendiculaire. Lorsque la torsion abdominale est combinée à une torsion sacculaire, l'existence de deux tumeurs, l'une herniaire (épiplocèle douloureuse), et l'autre abdominale, réunies par la corde épiploïque de Velpeau, rend l'interprétation des faits plus facile, et permet alors de porter le diagnostic de *torsion en masse du grand épiploon.*

Les mêmes accidents, et par suite la même symptomatologie, peuvent relever, chez la femme, de torsions des organes génitaux internes portant sur les annexes ou sur l'utérus.

La torsion des annexes libres dans l'abdomen débute par une douleur atroce, siégeant à droite ou à gauche de la ligne médiane, et s'accompagnant de contracture, de défense de la paroi, de vomissements, d'où état général grave avec de la fièvre et de l'accélération du pouls. Au toucher vaginal, on constate dans un des culs-de-sac une tuméfaction douloureuse et tendue. Le diagnostic n'a jamais été fait jusqu'ici : il s'agit d'ailleurs d'une lésion très rare qu'on a toujours confondue avec une appendicite ou avec une salpingite.

La torsion aiguë des salpingites kystiques se caractérise, elle aussi, par une douleur vive en coup de poignard et par un syndrome de réaction péritonéale avec vomissements, ballonnement du ventre, accélération du pouls, altération du facies. Au toucher vaginal on note l'augmentation du volume et de la sensibilité de la tumeur. Le diagnostic n'a presque jamais été fait ; si on a la notion d'un hydro-salpinx (car ce ne sont pas exclusivement ces tumeurs qui se tordent) on pense à une complication inflammatoire, et dans le cas contraire, on a plutôt l'esprit porté vers le kyste ovarique.

La torsion aiguë des fibro-myomes utérins présente un début brutal comparable à celui de l'hématocèle pelvienne : douleur abdominale excessive, vomissements, accélération très grande du pouls, contrastant avec l'absence d'élévation thermique, ballonnement du ventre. Puis, les accidents aigus se calment un peu et permettent la palpation. Le diagnostic n'est possible que lorsqu'on connaît l'état antérieur de la tumeur, et en constatant qu'elle a changé de position, qu'elle est devenue plus volumineuse et parfois plus molle, on doit songer alors à une torsion, qui peut porter sur une tumeur sous-séreuse (torsion pédiculaire) ou sur l'utérus lui-même (torsion axiale de l'utérus fibromateux).

Le diagnostic de *rupture des collections liquides enkystées*, complication que l'on tend à observer de moins en moins actuellement, non parce qu'elles ne puissent pas se produire, mais par suite de la précocité plus grande du diagnostic et des interventions chirurgicales, ne peut être établi que si l'on possède la notion préexistante d'un kyste, ce qui est d'ailleurs le cas le plus général, car en dehors de la question d'un traumatisme, la déchirure d'un kyste par distension et affaiblissement progressif de la paroi ne survient jamais que lorsque la tumeur a acquis un grand développement. Qu'il s'agisse donc de *kyste du mésentère, du foie, du pancréas, de l'ovaire ou de la rate*, on observera toujours les mêmes symptômes cliniques au moment de la rupture, et ce n'est qu'en se basant sur l'apparition subite d'une douleur atroce en un point de l'abdomen, coïncidant avec la disparition soudaine de la tumeur qui y existait, que l'on pourra envisager un diagnostic précis.

Il en sera de même pour les *ruptures des abcès du foie* et des *pyo-salpinx* : leur évolution se sera presque toujours signalée par un certain nombre de signes cliniques, et il sera en somme assez aisé de rapporter à leur véritable cause, c'est-à dire à l'ouverture de la collection purulente, les différents symptômes qui se sont manifestés subitement. Mais s'il s'agit au contraire d'abcès ayant évolué insidieusement, sans signes ayant attiré l'attention sur eux (ce qui se voit quelquefois), le diagnostic devient beaucoup plus difficile, et on peut presque dire qu'il n'est guère porté qu'au cours de l'intervention.

Nous venons ainsi de passer successivement en revue toutes les affections susceptibles de présenter au cours de leur évolution le tableau clinique du drame abdominal : un certain nombre d'entre elles sont faciles à reconnaître, d'autres le sont moins, certaines même n'ont jamais encore pu être diagnostiquées.

Dans cette question extrêmement complexe, il est un point qu'il faut bien se garder de perdre de vue, c'est que la plupart de ces affections, ou plutôt, des complications qu'elles présentent, presque toutes même, reconnaissent les mêmes indications thérapeutiques, c'est-à-dite une intervention d'urgence. Aussi, l'important, est-on presque tenté d'ajouter, ne paraît peut-être pas résider tant dans la recherche du diagnostic exact de la lésion, que dans l'affirmation d'une complication grave nécessitant une intervention immédiate.



OPHTALMOLOGIE

Contribution à l'étude des affections de l'appareil visuel d'origiue dentaire,

Par M. S. BAUDRY,

Professeur honoraire à l'Université de Lille.

J'apporte la relation résumée de trois cas d'affections de l'appareil visuel dont l'origine dentaire m'a paru nettement établie. Ma communication n'a, d'ailleurs, d'autre prétention que de juxtaposer quelques faits à l'appui de l'étiologie dentaire d'un certain nombre de lésions et de troubles fonctionnels ; question qui est presque d'actualité, puisqu'elle a été inscrite à l'ordre du jour du 17e Congrès international de Médecine tenu à Londres en 1913 (1).

PREMIER CAS

Paralysie de l'orbiculaire des paupières.

Juliette C..., 23 ans, de constitution robuste et sans antécédents morbides personnels. Deux sœurs mariées et mères de famille, bien portantes. Père alcoolique.

En septembre dernier, elle constate qu'elle ne peut plus fermer complètement les paupières droites, que son œil droit pleure et que sa figure se déforme.

La deuxième molaire inférieure droite, qui a été obturée il y a huit jours, continue à la faire souffrir. Sur mon conseil, elle retourne chez le dentiste qui procède à l'extraction de la dent suspecte. Dès le lendemain, une amélioration se produit et, le dixième jour, la guérison de la parésie est complète sans autre médication.

DEUXIEME CAS

Zona ophtalmique.

Mlle Marie P... Pas d'antécédents héréditaires ni de maladie grave antérieure. Très déprimée par trois années de services comme ambulancière.

En novembre 1920, je suis appelé en consultation par le médecin traitant pour une inflammation de l'œil droit au cours d'un zona de la face. Vésicules caractéristiques sur la paupière supérieure, le front, le nez et la voûte palatine à droite. État fébrile léger. Trois vésicules, dont l'une en voie d'ulcération à la partie supéro-interne de la cornée avec la réaction habituelle (photophobie, larmoiement, blépharospasme).

Mlle P... se plaint surtout de souffrir de deux dents de la mâchoire supérieure droite que nous trouvons le siège d'une carie avancée. Le traitement prescrit est le suivant : soins à donner d'urgence par le dentiste ; poudre de talc stérilisée et feuille de taffetas pour protéger les parties malades du contact de l'air. Lavages et collyre au cyanure d'hydrargyre ; collyre faible à l'atropine et pommade antiseptique. Amélioration rapide des lésions et guérison le vingtième jour.

TROISIEME CAS

Glaucome subaigu de l'œil gauche

Jacques B..., 54 ans, dessinateur. Polyarthrites alvéolo-dentaires et multiples accès de goutte, de 35 à 45 ans. Porte depuis l'âge de 12 ans des verres correcteurs d'astigmatisme hypermétropique qu'il a changés à diverses reprises. Un verre sphérique + 1 d. 50 = cyl. à 90° + 2 d. 50, lui donne en 1913 V = 7/10. Il est obligé de renoncer fréquemment à son travail à cause de névralgies périorbitaires très douloureuses et de troubles de la vision. Pas d'hypertension ni d'artério-sclérose. Je lui conseille le repos absolu des yeux pendant une quinzaine de jours et, s'il est possible, un changement de profession.

En mai 1913, Jacques B..., me fait appeler pour une inflammation de l'œil gauche et des douleurs de tête qu'il attribue à une violente migraine.

La veille, il a dû dessiner plusieurs heures consécutives pour terminer un travail urgent. La vision de l'œil gauche s'est troublée et il a vu les objets comme à travers une fumée épaisse. Depuis une semaine, il souffre d'une poussée aiguë d'arthrite des deux premières molaires supérieures gauches. Je constate une injection périkératique, une dilatation de la pupille et une augmentation de la tension intra-oculaire. L'acuité visuelle est réduite à 2/10. Je conseille un collyre à l'ésérine, des cachets de bromhydrate de quinine et la désinfection des dents douloureuses qui est pratiquée dans la matinée. Le surlendemain, la névralgie périorbitaire a cessé, la tension intra-oculaire redevient normale et l'infection périkératique s'efface peu à peu. Un collyre au chlorhydrate de pilocarpine est continué pendant un mois. Le malade est revu à plusieurs reprises jusqu'en juillet ; la vision est égale à 7/10 et le champ visuel est normal. Jacques B... succomba cinq ans plus tard, en 1917, à une pneumonie infectieuse sans avoir eu un nouvel accès de glaucome et sans avoir changé de profession.

***

Le système dentaire a été longtemps rendu responsable d'un grand nombre de troubles fonctionnels et de maladies diverses. Les *dents* avec les *vers* résumaient l'étiologie infantile ; chez l'adulte, la *dent de l'œil* était une sorte de *noli me tangere*, dont l'extraction pouvait être suivie de cécité, de convulsions, etc. L'avènement et le triomphe de l'ère microbienne, subordonnant la pathologie à l'infection, effacèrent à peu près complètement le rôle étiologique des affections dentaires. Puis, vint le réquisitoir

(1) ROUSSEAU-DECELLE. — Les troubles réflexes et fonctionnels d'origine dentaire.

de Magitot, établi sur des données expérimentales peu concluantes, qui supprima du cadre nosologique les accidents réflexes de la dentition. Cette réaction eut sa répercussion chez l'adulte et particulièrement sur la pathogénie des troubles et affections oculo-dentaires. Là, avec la fin du 19e siècle, des idées nouvelles se font jour. La notion d'infection apparaît moins simpliste et le rôle du système nerveux dans l'évolution des phénomènes biologiques est mis en lumière par les travaux de Head et de Jacquet sur les répercussions cutanées d'origine dentaire.

En ce qui concerne l'appareil visuel, l'étude des relations entre les affections bucco-dentaires et celles de l'appareil visuel comprend deux périodes distinctes. Dans la première, ophtalmologistes et stomatologistes recueillent et publient une série d'observations plus ou moins probantes. Dans ce groupe figurent : 1e des troubles fonctionnels rapidement et intégralement curables, tels un larmoiement, une asthénopie accommodative, un spasme de l'orbiculaire ; 2o des lésions infectieuses aboutissant à la perte de la vision d'un œil et parfois à la mort. Mais, si dans quelques-uns de ces cas, l'origine bucco-dentaire est indiscutable, il s'en trouve de plus nombreux dans lesquels cette origine reste problématique, l'amélioration ou la guérison de l'affection bucco-dentaire n'ayant eu aucune influence sur l'évolution de l'affection oculaire.

A partir de 1892, les publications embrassent la pathologie des sinusites orbito-dentaires, l'origine sinusienne des phlegmons de l'orbite, l'étude des phlébites orbito-crâniennes, les infections d'origine buccale, et font avancer la question. La pathogénie de ces affections s'éclaire, d'ailleurs, grâce aux rapports anatomiques. Rappelons que le trijumeau, qui innerve l'appareil visuel et le système dentaire, est, par ses noyaux centraux, en rapports intimes avec les noyaux de presque tous les autres nerfs crâniens. Sa longue racine inférieure, en traversant la protubérance, le bulbe et la moelle cervicale, entre en connexion avec le *facial*, l'auditif, le glosso-pharyngien, le pneumogastrique et les deux premiers nerfs cervicaux. Dans sa portion périphérique, il s'anastomose avec le *facial*, par la branche ophtalmique de Willis, avec les nerfs moteurs de l'œil et avec le grand sympathique. Le rameau orbitaire du maxillaire supérieur donne un filet lacrymo-palpébral anastomosé avec la branche lacrymale de l'ophtalmique de Willis. Le nerf maxillaire supérieur innerve la région périoculaire par les filets orbitaires nés du ganglion sphéno-palatin.

La cavité de l'orbite est en communication avec le système dentaire des différentes portions du maxillaire supérieur. Sa paroi inférieure, d'une minceur presque translucide, est encore amincie par le canal sous-orbitaire duquel se détache le canal dentaire antérieur. D'après Parinaud, un canalicule irait de la canine à un orifice prélacrymal à travers la branche montante, d'où les abcès prélacrymaux.

Rappelons aussi que le nerf trijumeau est un des nerfs les plus réflexogènes de l'organisme et que l'on retrouve cette action réflexogène si spéciale à la suite des irritations oculaires et nasale. Quant au trijumeau dentaire, il doit être le point de départ de troubles réflexes d'autant plus nombreux que, de tous les organes innervés par la cinquième paire, les dents par leur situation et leur rôle sont les plus exposées aux irritations chimiques, traumatiques ou infectieuses.

Les irradiations oculaires au cours d'irritations dentaires et péridentaires sont fréquentes et consistent en lésions et en troubles fonctionnels.

La *paralysie faciale* au cours de lésions dentaires est d'ordre réflexe comme dans notre première observation. Elle peut aussi résulter de la propagation d'une névrite de la cinquième paire à la septième (facial). Dans un certain nombre d'observations (Galezowski, Terrier, etc.), l'extraction de la dent malade a été suivie de guérison rapide de cas de blépharospasme ou de paralysie de l'orbiculaire.

Un *larmoiement* permanent s'observe à la suite de lésions alvéolaires des canines, compliquées ou non de sinusite, et disparaît sans autre traitement que celui de la lésion dentaire (cas d'Abadie, Terson, etc.). Dans le premier cas, nous avons affaire à une inflammation du canal lacrymal du sinus maxillaire ; s'il n'y a pas de sinusite, le larmoiement est d'origine réflexe et s'explique par l'anastomose du rameau orbitaire du maxillaire supérieur avec le nerf lacrymal.

Desmarres, Galezowski, Gayet, etc., ont publié des observations d'*amblyopie* et d'*amaurose* apparaissant avec la pose d'une dent à pivot, après l'obturation d'une dent et disparaissant après l'ablation ou la désobturation de la dent, sans doute par action réflexe vaso-motrice des centres nerveux optiques.

Des irritations pulpaires ou alvéolaires, une dent de sagesse en poussée éruptive, ont fréquemment produit une *mydriase unilatérale* par excitation du grand sympathique, lequel s'anastomose avec le trijumeau par le ganglion de Gasser et l'ophtalmique, mydriase qui disparaissait avec l'irritation causale.

Parmi les *lésions* de l'appareil visuel d'origine dentaire, il faut citer le *zona ophtalmique*, la *kératite neurotrophique* ou *zona fruste*, c'est-à-dire sans symptômes cutanés.

Le zona dans le domaine du nerf maxillaire supérieur (front, nez, œil) s'observe à la suite de lésions alvéolaires des canines et des molaires supérieures et disparaît après extraction des dents malades ou guérison de l'arthrite (obs. 2).

Pour un certain nombre d'auteurs, une névralgie dentaire pourrait, au même titre que des coliques néphrétiques ou hépatiques, être le point de départ d'une poussée hypersécrétoire de l'œil d'un sujet prédisposé au glaucome, comme l'était le malade de la 3e observation. Il s'agirait d'un œdème aigu intra-oculaire par irritation des nerfs ciliaires (de Grœfe, Danders) ou d'une excitation des filets vaso-dilatateurs du sympathique cervical, d'où hypersécrétion intra-oculaire.

En résumé, les diverses altérations du système dentaire peuvent déterminer une irritation du nerf trijumeau et être le point de départ de troubles fonctionnels et de lésions variables.

Le pouvoir réflexogène des lésions alvéolo-dentaires varie suivant la nature, le siège des lésions et l'état général du sujet ; c'est ainsi que l'irritation pulpaire aiguë, violente mais courte, ébranle le trijumeau jusque dans ses expansions terminales et donne lieu à des troubles réflexes passagers, névralgies, larmoiement, herpès, parésies, etc., tandis que les lésions alvéolaires, arthrites chronique sou infectieuses, par leur continuité ou leur répétition, produisent une irritation prolongée, latente qui troublera la vie organique d'une façon profonde.

Le siège de l'irritation dentaire conditionne la localisation des troubles réflexes : les répercussions oculaires s'observent presque exclusivement à la suite des irritations dentaires antéro-supérieures, tandis que les molaires ont leur répercussion sur l'appareil auditif.

Enfin, la réflectivité n'est pas la même chez tous les sujets ; névralgies, spasmes, parésies, etc., relèvent d'un réflexe irritatif, processus d'inhibition sur un organisme plus ou moins prédisposé. Ce serait, en quelque sorte, un processus hystéro-traumatique chez les sujets prédisposés par des antécédents nerveux héréditaires ou acquis, par une intoxication chronique (alcoolisme, syphilis), par une maladie infectieuse, du surmenage physique, un état momentané de déséquilibre nerveux, ce qui explique pourquoi une lésion dentaire ne donnera lieu à des réflexes qu'à certains moments chez le même individu. Des examens plus nombreux nous permettront sans doute un jour d'expliquer pourquoi la répercussion oculaire se traduit tantôt par de l'amblyopie, de la mydriase, des parésies, un zona, etc.

Les affections graves de l'orbite relevant d'une infection dentaire seront prévenues par des soins réguliers, par l'ablation des dents malades des deux mâchoires. On n'oubliera pas qu'une infection de la mâchoire inférieure peut se propager aux sinus caverneux par le plexus ptérygoïdien et la veine du trou ovale (1).

(1) *Communication à la Société de médecine de Nice.*

A TRAVERS LA PRESSE

Diagnostic et traitement des épanchements pleuraux.

M. Saint-Girons expose les notions les plus récentes que nous possédons actuellement sur certaines formes cliniques des épanchements pleuraux, ainsi que sur des signes nouvellement découverts, et enfin sur la thérapeutique de ces affections.

En premier lieu, il décrit la pleurésie bloquée. Entendez par là une collection pleurale qui ne s'évacue pas, ou s'évacue très partiellement, parce que le blindage des parois ne permet pas à la pression atmosphérique d'exercer son action sur la masse liquide. Vous ponctionnez avec une seule aiguille : rien ne sort ; c'est la ponction blanche. Laissez cette première aiguille en place ; ponctionnez avec une seconde aiguille ; le liquide sert sous la poussée de l'air qui pénètre par la première.

La pleurésie à épanchement antérieur des agriculteurs est insidieuse. Elle s'observe chez des malades qui travaillent penchés en avant. La pesanteur collecte le liquide pleurétique dans la région sous-claviculaire où les signes sont particulièrement nets.

Dans la symptomatologie, on notera le signe des spinaux, contracture réflexe destinée à immobiliser le thorax et la plèvre. Les muscles se présentent avec une dureté anormale, une saillie exagérée et un élargissement anormal. Ce signe, précoce et persistant, peut se rencontrer chez les sujets musclés, chez les lordosiques, et aussi en cas de lésion douloureuse de la région.

Le signe du sou est classique. Il est caractérisé par un timbre différent selon qu'il s'agit du poumon normal (bruit sourd, de bois) ; de pneumothorax (bruit d'airain) ; d'un épanchement pleural (bruit argentin). On sait qu'il est obtenu en auscultant en arrière, tandis qu'un aide percute avec une pièce de monnaie une autre pièce posée à plat sur la paroi antérieure. On retiendra comme cause d'erreur la percussion de l'extrême base droite, au niveau du foie, et la percussion de la zone de matité cardiaque absolue.

Le signe de la matité axillaire s'observe, en cas d'épanchement moyen, dans la région sous-axillaire, la région axillaire étant par contre le siège d'un skodisme plus ou moins marqué. Quand on déplace le malade, la zone mate se modifie soit en hauteur, soit en largeur. Avec un épanchement abondant, la matité axillaire est totale.

Les réactions de Rivalta, de Gangi, la réaction au collargol, permettent de distinguer les exsudats (inflammation), des transsudats (extravasation passive). Il en est de même de la réaction

de Bourquelot et du dosage de l'albumine et des acétoglobulines.

Au point de vue thérapeutique, l'injection d'air dans la plèvre, la création de ce qu'on appelle la pneumo-séreuse, permet de préciser le diagnostic et apparaît comme le traitement de choix. Après avoir évacué 300 cmc. de liquide, on utilise la pompe de l'appareil Potain comme pompe foulante, et on injecte de l'air dans la cavité pleurale, en ayant soin de ne pas dépasser une pression de 2 cmc mesurée à l'aide d'un manomètre.

J'ai, personnellement, injecté de l'air involontairement dans la plèvre d'un malade que je ponctionnais, il y a trois ans. J'ai été surpris, dans la suite, de la rapidité de la résorption du liquide demeuré ou reproduit dans la plèvre, et de la guérison définitive. (*Bull. méd.*, 10 sept. 1921).

Les localisations aortiques de l'endocardite rhumatismale des enfants.

La localisation aortique pure de l'endocardite rhumatismale des enfants est rare. Elle se rencontre au contraire fréquemment associée à une lésion mitrale.

MM. Nobécourt et de Toni font suivre leur étude approfondie de cette question des lignes suivantes qui la résument parfaitement :

« Chez les enfants porteurs d'une localisation « mitrale légère et d'une insuffisance aortique « prédominante, on peut espérer une lon ue « tolérance ; le pronostic est relativement bénin « s'ils sont soumis à une bonne hygiène. Chez « les malades qui sont surtout des mitraux, « certes, l'hygiène peut avoir une influence « heureuse, mais l'avenir est plus sombre, car « l'asystolie est une éventualité fréquente. » (*Presse méd.*, 14 sept. 1921.)

L'hypertonie du sympathique dans l'angoisse.

L'angoisse comporte à la fois des manifestations psychiques et physiques bien connues. Elle peut être accidentelle et peut accompagner une violente émotion, chez des sujets parfaitements normaux. Ou bien, elle fait partie de certains syndromes mentaux (mélancolie anxieuse), psychasthéniques (obsessions), ou organiques (angine de poitrine).

Quoi qu'il en soit, ce qu'il faut retenir de l'exposé de MM. Euzière et Margarot, c'est le rôle important que joue le sympathique dans les manifestations physiques.

On sait que la physiologie et la physiopathologie, longtemps obscures, de cette partie du système nerveux, s'éclaire un peu plus chaque jour, et qu'on peut rapporter certains troubles, certains symptômes, tantôt à l'hypertonie, tantôt à l'hypotonie du grand sympathique.

D'après les auteurs précités, 1) l'hypertonie du sympathique est « fréquente dans les états « anxieux; 2) elle est en rapport direct avec le « degré de l'anxiété présenté par les malades. « Elle suit une évolution parallèle à celle du « syndrome anxieux ; 3) dans les états anxieux « eux-mêmes, elle se rattache plus étroitement « encore à l'élément physique de l'anxiété, « c'est-à-dire, à l'angoisse... Les troubles sub- « jectifs et les manifestations objectives de « l'angoisse s'expliquent par une hypertonie « du sympathique. L'angoisse, phénomène lié à « une activité momentanée du sympathique, se « produit surtout chez ceux qui ont le sympa- « thique plus excitable, c'est-à-dire chez ceux « qui présentent des signes permanents d'une « prépondérance de ce système. » (*Languedoc médical*, 10 sept. 1921.)

La médication hypophysaire en obstétrique.

Revenons encore une fois à l'emploi de l'hypophyse en obstétrique, avec M. Vermelin, qui donne une bonne revue d'ensemble de cette question. Si les propriétés de cette glande sont enfin confirmées, quelle précieuse ressource ne constitue-t-elle pas pour le praticien, souvent immobilisé auprès d'une parturiente dont le travail traîne en longueur ?

De cette glande, le lobe postérieur est seul actif, en extrait liquide, injecté généralement une fois, par la voie sous-cutanée. Une seconde injection n'est en effet habituellement pas plus efficace qu'une première demeurée inactive.

Dans l'avortement, l'hypophyse demeure sans action, soit pour le provoquer, soit pour l'accélérer, soit enfin, pour le terminer quand l'expulsion de l'œuf est incomplète.

Au cours de l'accouchement, on n'attendra rien de l'hypophyse pour provoquer le travail, pas plus que pour éveiller les contractions après la rupture prématurée des membranes.

Le travail étant déclenché, s'il se ralentit, l'hypophyse se comportera différemment selon qu'il s'agit d'une primipare ou d'une multipare, pendant la dilatation.

Dans le premier cas, l'effet de l'hypophyse n'est pas plus marqué que celui des ocytociques habituels (sucre, quinine). Chez la multipare au contraire, l'injection « apparaît, en cas d'inertie « relative, comme le coup de baguette magique « et il n'est pas exceptionnel alors de voir en « quelques instants, se produire, suivant l'ex- « pression de Hoffbauer, une véritable tempête « de contractions et l'accouchement s'effectuer « dans les minutes suivantes. »

Lorsque la dilatation est complète et que la période d'expulsion est atteinte, la médication hypophysaire donne son maximum de rendement, sans dispenser toutefois, chez certaines



primipares à tissus particulièrement résistants, de recourir à une instrumentation manuelle ou instrumentale.

Comme hémostatique dans les hémorragies du travail et de la délivrance, l'action de la glande est douteuse.

La parésie vésicale qui s'observe souvent à la suite de l'accouchement serait heureusement vaincue par la médication qui nous occupe.

L'hypophyse n'étant pour ainsi dire pas toxique, ne provoque pas d'accidents généraux. Localement par contre, elle peut tétaniser l'utérus et en provoquer la rupture. C'est pourtant exceptionnel. Si le fœtus naît étonné ou en état d'apnée, il ne faut pas se hâter d'incriminer la médication ; la lenteur de l'accouchement, puis la vigueur et le rapprochement des contractions, suffisent à expliquer ces faits sans incriminer une action toxique.

Les contre-indications maternelles sont les cardiopathies, les affections pulmonaires et rénales, l'albuminurie, l'hypertension artérielle, de quelque nature qu'elle soit. Les causes mécaniques de dystocie, la mobilité de la tête au-dessus du détroit supérieur, la gemelléité en sont d'autres.

Les contre-indications fœtales sont les présentations vicieuses, la souffrance du fœtus, ses malformations.

« On peut conclure que l'efficacité de ce médi« cament est d'autant plus grande que l'on se « rapproche de la période terminale du travail « et que souvent alors, on évitera, grâce à l'ex« trait hypophysaire, l'intervention obstétri« cale, dans les cas où seule l'inertie utérine est « cause du retard dans la marche normale du « travail de l'accouchement. » (*Revue méd. de l'Est*, 15 sept. 1921).

Angine de Vincent et spirillose intestinale.

Se référant à une observation qu'ils ont recueillie, MM. Bouchet et Leroux établissent que le spirille, qui est l'agent pathogène de l'angine de Vincent, peut se localiser dans l'intestin et y provoquer l'apparition d'une entérite à syndrome dysentériforme.

« Tout l'intérêt du fait que nous venons de « relater est d'attirer l'attention sur la coexis« tence possible de pyorrhée alvéolo-dentaire, « d'angine chancriforme, à association fuso« spirillaire et de spirillose intestinale. Le dia« gnostic de cette dernière est rendu facile par « l'examen des selles. On évitera ainsi de met« tre à un régime sévère, pendant des mois, un « malade qui guérit en six semaines par le trai« tement arsenical. » (*Prog. méd.*, 17 sept. 1921.)

G. D.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

Une épidémie de diphtérie chez le nouveau-né.

(M. Brindeau. — *Académie de médecine.*)

M. Brindeau a observé chez le nouveau-né une petite épidémie de diphtérie, qui a porté sur 9 enfants et a présenté la même forme clinique, le coryza. Tous les petits malades, sauf un, moururent en quelques jours malgré le traitement sérothérapique, employé chez 5 d'entre eux. Des injections préventives pratiquées chez les nouveau-nés du service, dès la naissance, à la dose de cinq centimètres cubes, enrayèrent immédiatement l'épidémie. Il s'est agi en somme de diphtérie épidémique grave, frappant de tout jeunes enfants, dans un service d'accouchements. La manifestation clinique en fut le coryza et la sérothérapie préventive suffit à arrêter rapidement l'extension de la maladie. Aucun accident sérique n'a été noté.

Tuberculose et cirrhose. L'anergie hépatique.

(MM. N. Fiessinger et P. Brodin. — *Soc. méd. des hôpitaux.*)

Les relations de la tuberculose et de la cirrhose dite alcoolique du foie constituent une question de pathologie hépatique encore à l'étude.

MM. Noël Fiessinger et Paul Brodin apportent une nouvelle donnée sur ce sujet en publiant une statistique des cuti-réactions à la tuberculine qu'ils ont effectuées chez des malades atteints de cirrhose ou d'affections hépatiques non cirrhotiques. Il résulte de leur travail que presque toujours la cuti-réaction est négative au cours des affections qui traduisent un trouble sérieux du fonctionnement du foie. Au début des cirrhoses, alors qu'il n'existe aucun signe net d'insuffisance hépatique, la cuti-réaction est encore positive. Elle devient négative quand l'insuffisance se développe.

Faute d'autre explication plausible, les auteurs attribuent cette absence de cuti-réaction à la tuberculine à l'existence chez les hépatiques d'un état anergique, d'une *anergie hépatique*, analogue à celle observée dans la rougeole et la fièvre typhoïde. Cette anergie expliquerait les raisons des explosions granuliques terminales au cours des hépatites chroniques. Elle pourrait aussi aider à comprendre comment l'alcoolisme favorise le développement de la tuberculose, le foie jouant certainement un rôle dans la lutte contre le bacille de Koch.

Les otites du nourrisson : leur rôle dans l'athrepsie et les diarrhées infantiles.

(M. Maurice Renaud. — *Soc. médicale des hôp.*)

La fréquence des lésions de l'oreille du nourrisson a frappé beaucoup d'observateurs. Mais ces

« otites latentes » du tout jeune enfant ont été généralement considérées comme des lésions sans grande importance. Tel n'est pas l'avis de M. Maurice Renaud. Pour lui, les suppurations otiques en question constituent un phénomène de premier plan et la cause même de la mort de ces nourrissons athrepsiques.

Pendant les mois d'août et septembre, à l'hôpital Bretonneau, l'auteur a pratiqué l'autopsie de 70 nourrissons ayant succombé à des diarrhées infantiles et à l'athrepsie. Constamment il a trouvé des suppurations étendues, de l'une ou des deux oreilles. L'autopsie complète lui a montré : une presque intégrité du tube gastro-intestinal, des altérations constantes du foie, des reins, de la rate et des poumons, de la congestion encéphalique (expliquant l'agitation et la torpeur) et des suppurations étendues des oreilles et des rochers. La gouge, introduite dans le rocher, fait sourdre le pus abondamment. Les tympans sont souvent peu atteints, les lésions passant facilement inaperçues pendant la vie. Il y a ostéomyélite du rocher développée autour des cavités de l'oreille.

Quels sont les rôles respectifs de ces différentes lésions ? M. Renaud estime que la suppuration des rochers doit être placée en tête comme facteur essentiel de la maladie. De cette suppuration découlerait tout le reste de la symptomatologie, les phénomènes encéphaliques par altération de voisinage, et les troubles viscéraux par infection générale. Les états athrepsiques, les diarrhées infantiles graves, qui causent si souvent la mort des nourrissons auraient ainsi une cause particulière : les otites et les suppurations du rocher, constantes et dans nombre de cas latentes, chez ces petits malades.

M. Guinon est d'accord avec M. Renaud sur la fréquence des infections de l'oreille chez les nourrissons hospitalisés. Mais les rapports de ces infections avec l'athrepsie sont une question plus discutable.

M. Ménétrier partage la même opinion. Le diagnostic des otites des nourrissons n'est pas toujours aisé et il peut être utile parfois, dans un état fébrile de cause mal déterminée, de pratiquer une paracentèse du tympan, même sans certitude : fréquemment, l'écoulement du pus précise le diagnostic. Comme prophylaxie de ces otites, il a paru utile à M. Ménétrier de conseiller aux nourrices d'allaiter les enfants dans la position verticale pour éviter la pénétration du lait dans la trompe, au moment d'un mouvement de déglutition.

M. Comby remarque qu'il s'agit là d'otites bien des fois latentes, pouvant se révéler tout à coup par une mastoïdite. Il faut y penser et inciser le tympan si l'on a des doutes. Quant au rôle de l'otite dans les diarrhées infantiles et l'athrepsie, il est beaucoup plus difficile à préciser.

M. Tixier montre l'influence majeure de l'hospitalisation dans la genèse des otites du nourrisson. Le nourrisson qui entre dans une salle commune d'hôpital, est voué au parasitisme, à l'adénoïdite, à l'otite, à la broncho-pneumonie, à la septicémie.

M. Louis Martin trouve aussi la prophylaxie de ces otites (comme de l'infection en général) dans l'isolement individuel des enfants.

Pour M. Lesné, l'otite suppurée, dans l'athrepsie est une infection banale. Les petits athrepsiques n'ayant aucun moyen de défense organique, sont facilement contaminés. D'où, l'importance de l'isolement. Mais admettre que l'otite est la cause de l'athrepsie semble exagéré.

Même avis de M. Ribadeau-Dumas. La fréquence des otites du nourrisson doit être rappelée. Elle résulte du danger de l'infection hospitalière.

M. Pr. Mercklen voit également dans l'otite non la cause, mais la conséquence de l'athrepsie. Celle-ci permet l'éclosion de la suppuration d'oreille ainsi que de toute autre infection secondaire, d'ailleurs.

La chirurgie du diabète.

(M. Paul Delbet. — *Soc. des chirurgiens de Paris.*)

La chirurgie du diabète est une question importante, encore discutée, et souvent embarrassante pour le praticien. La présence du sucre dans le sang et les tissus favorise la culture microbienne et l'infection. Partant de là, on a érigé comme règle l'institution d'un traitement anti-glycosurique avant toute opération chez un diabétique. Pour M. Paul Delbet, cette conduite est souvent désastreuse et fait tomber d'un petit danger dans un grand.

La glycémie favorise l'infection, mais ne la crée pas. Si l'opération est aseptique, quel que soit le degré de glycémie, il n'y a pas d'infection. Donc, opérer d'abord les diabétiques avec une aseptie absolue. La réduction de la glycémie par régime pauvre en hydrocarbones, par contre, exagère la tendance à l'acidose. Or, l'acidose est la grande menace post-opératoire pour le diabétique. La déglycémisation, avant l'opération, serait à la fois inutile (grâce à l'asepsie) et dangereuse. M. P. Delbet en cite des exemples. Ayant à opérer un malade diabétique avec 20 gr. de sucre et pensant le mettre dans des conditions optima de guérison, il lui fait suivre un régime de cure. Au bout de 3 jours, la glycosurie est ramenée à zéro. Le malade est amputé : le soir l'acidose commence et le patient y succombe le lendemain.

L'auteur conclut que dans toute intervention chirurgicale reconnue indispensable chez un diabétique, opération pouvant être pratiquée en terrain aseptique, on ne doit pas chercher à abaisser la glycémie ; qu'il faut au contraire maintenir une assez forte ration hydro-carbonée, ce régime pré-

venant l'acidose, qui est pour ces malades la complication la plus redoutable.

M. LE FUR ne conseille un régime (prudent d'ailleurs) anti-glycosurique, avant l'opération, que chez les diabétiques ayant une glycosurie assez forte (50 à 60 gr.), Dans les petits diabètes, il n'y aurait pas lieu de chercher à réduire la glycosurie avant l'intervention. L'acidose et l'acétonurie sont bien plus importantes à considérer, en pareil cas, que la glycosurie.

P. L.

REVUE DES CONGRÈS

XI[e] congrès français de médecine

(*Suite et fin*).

L'anti-anaphylaxie.

MM. F. WIDAL, ABRAMI et PASTEUR-VALLÉRY-RADOT passent en revue les principaux procédés d'anti-anaphylaxie. Il convient de distinguer, d'abord, disent-ils, la simple préservation du choc et la désensibilisation véritable du sujet. La première prévient la production des phénomènes anaphylactiques au moment où elle est mise en œuvre, alors que la seconde procure le même bénéfice d'une façon plus prolongée. L'absorption d'une petite quantité de l'aliment nocif, au cours d'une anaphylaxie digestive, suffit souvent par exemple à préserver du choc, alors que pour désensibiliser le malade, on doit recourir à une autre technique : l'administration répétée de petites doses de la substance nocive.

Autre chose encore est le traitement lui-même des accidents anaphylactiques. L'adrénaline, le sulfate d'atropine, certains extraits hypophysaires, peuvent alors donner de bons résultats.

Les auteurs montrent les incertitudes de ces questions. Les méthodes anti-anaphylactiques ne sauraient prétendre à la rigueur d'une thérapeutique spécifique. Il faut bien des fois les utiliser successivement les unes après les autres pour obtenir des effets satisfaisants sans que nous sachions trop pourquoi.

Dans ce domaine à peine défriché de l'anaphylaxie, où tout a été, dès l'origine, inattendu, où la vérité n'apparaît que par fragments et où les faits observés n'apportent pas encore de solutions complètes, l'heure n'est pas aux interprétations systématiques. Il faut se borner à recueillir les faits. C'est beaucoup déjà d'avoir à enregistrer tant de résultats acquis pour le traitement d'états pathologiques dont l'intérêt en médecine va sans cesse grandissant.

M. PÉHU rappelle que le terme d'anti-anaphylaxie a été créé par Besredka, qui a donné son nom à la méthode préventive des vaccinations à dose minime. En pathologie humaine, les notions sur l'anti-anaphylaxie ne sont pas encore aussi bien assises qu'au point de vue expérimental. Des études nouvelles sont nécessaires pour compléter nos moyens de reconnaître et de combattre l'anaphylaxie clinique.

Pouvoir anti-anaphylactique des eaux de Royat et de la Bourboule.

Après avoir démontré le pouvoir anti-anaphylactique *in vivo* des eaux de Royat employées en injections quotidiennes pendant vingt et un jours entre l'injection préparante et la déchaînante, MM. BILLARD, FERREYROLLES et MOUGEOT ont pu vérifier leur pouvoir *in vitro* par mélange avec l'antigène. L'addition d'eau de Royat ou d'eau de la Bourboule à l'antigène protège contre les chocs anaphylactiques

Anti-anaphylaxie par les eaux de Vichy.

L'injection d'eau de Vichy, Grande-Grille et Hôpital, est capable, comme l'ont observé MM. ARLOING et VAUTHEY, d'atténuer ou de supprimer un choc anaphylactique sérique déchaîné par injection intra-crânienne. L'action désensibilisante des eaux de Vichy serait due à des phénomènes d'ordre physique s'opposant à la floculation du choc colloïdal, par modifications de la viscosité sanguine en particulier.

Action curative de transfusions sanguines dans un cas d'hémophilie.

M. JOLTRAIN rapporte l'histoire d'un enfant de onze ans qui fut pris d'hémorragie à la suite d'une opération de végétations adénoïdes. Il s'agissait d'un hémophile dont la coagulabilité sanguine était considérablement retardée. On eut recours, sans résultat, à différents traitements : tamponnement, injection de sérum de cheval, d'hémostyl, de sérum de Dufour. Seule, l'injection sous-cutanée de 20 cent. c. d'eau peptonée à 5 p. 100 fut suivie d'un arrêt momentané de l'écoulement sanguin, qui ne tarda pas à reprendre malgré la continuation de l'eau peptonée. L'anémie était extrême et l'état très inquiétant. L'auteur pratiqua alors une première, puis une seconde transfusion sanguine, qui non seulement modifièrent l'état général, mais encore provoquèrent une hypercoagulabilité du sang et l'arrêt de l'hémorragie. Les transfusions ont été suivies d'un véritable choc hémoclasique.

L'anaphylaxie dans l'épilepsie.

M. PAGNIEZ n'accepte pas la conception qui veut faire de la crise épileptique un phénomène d'anaphylaxie pure. On ne trouve, après la crise comitiale, ni leucopénie, ni chute de pression, ni aucun autre signe du choc hémoclasique. Quelquefois, cependant — mais très rarement — on rencontre des

chocs hémoclasiques dans l'épilepsie. Ils s'observent alors longtemps avant l'accès comitial et consécutivement à l'ingestion d'aliments nocifs. L'attaque épileptique éclate ensuite.

Tumeur de l'hypophyse guérie par les rayons X.

MM. WEILL et GUNSETT rapportent un nouveau cas de tumeur de l'hypophyse guéri par les rayons X. Le traitement fut poursuivi plusieurs mois et amena la disparition presque complète des symptômes oculaires.

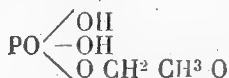
P. L.

THÉRAPEUTIQUE APPLIQUÉE

Propriétés thérapeutiques et posologie de l'acide monoéthylorthophosphorique,

Par M. DROUET.

L'acide monoéthylorthophosphorique possède une fonction éther et deux fonctions acide.



L'acide phosphorique du Codex possède trois fonctions acide : une des fonctions, très forte, comparable à *l'acide sulfurique chlorhydrique*, l'autre, de force moyenne, analogue à celle de *l'acide acétique*, enfin la troisième faible, comparable à celle de *l'acide borique, carbonique.*

L'acide monoéthylphosphorique résulte de l'action de l'anhydride phosphorique $P^2 O^5$ sur l'alcool $CH^2 CH^3 OH$.

Pelouze, le premier en France, parle des acides éthylphosphoriques qui furent ensuite étudiés par Belugou et Chevalier.

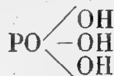
Mais toutes ces études restèrent des procédés de laboratoire, donnant des rendements beaucoup trop faibles pour permettre leur emploi thérapeutique, sans parler de leurs propriétés physiologiques et de leur posologie qui n'avaient pas été étudiées. L'acide monoéthylphosphorique répondait cependant en grande partie à l'idéal donné par Joulie, qui s'exprimait ainsi :

« L'idéal serait de livrer au clinicien un corps capable de régénérer l'acide phosphorique à la surface des cellules, après destruction de la molécule organique combinée ».

C'est pourquoi il était intéressant et utile de préparer l'acide éthyl-phosphorique et de le livrer au commerce pharmaceutique dans des conditions telles que son prix ne soit pas un obstacle à sa prescription.

L'acide monoéthylorthophosphorique est décomposable au-dessus de 38°. C'est pourquoi toute préparation à base de cet acide ne doit pas être chauffée au delà de 38° maximum. Aussi ne doit-on jamais le faire prendre dans un *liquide chaud.*

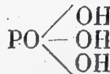
Introduit dans l'organisme, il se dissocie avec mise en liberté d'acide phosphorique :



L'acide éthylphosphorique ne peut pas être concentré au-delà d'une certaine limite, il se dissocie. Les solutions étendues sont, au contraire, inaltérables.

L'acide monoéthylorthophosphorique ne coagule pas l'albumine, il est très diffusible et admirablement supporté par l'estomac, beaucoup mieux que l'acide phosphorique officinal. Il ne renferme pas d'acide sulfurique, dont la présence est toujours constante dans l'acide phosphorique du Codex.

1 gramme d'acide éthylphosphorique correspond à 0,55 d'acide phosphorique tri-hydraté ;



soit 1 gramme 10 de la solution d'acide phosphorique du Codex.

Sa toxicité est nulle : des doses de cet acide correspondant à 20 grammes d'acide phosphorique officinal ont été administrées pendant 6 mois à des chiens. Les animaux n'ont pas présenté la moindre indisposition; sacrifiés, les coupes microscopiques et macroscopiques des reins et du foie étaient absolument normales.

Les injections intraveineuses, à des doses élevées, provoquent une excitation, une demi-ébriété qui disparaît rapidement. A la dose de 0,50, ce mode d'administration est bien toléré et très énergique.

C'est un puissant antiputrescible : un morceau de viande altéré immergé dans une solution d'acide monoéthylorthophosphorique perd rapidement son odeur.

Administré par voie gastrique, il exerce une très heureuse action sur les sécrétions gastro-intestinales et hépatiques. Il augmente la diurèse et la teneur en urée de l'urine. Il amplifie l'action de la digestion hépatique dans de nombreux cas ; il régularise l'assimilation, favorise la digestion des matières grasses.

L'acide éthylorthophosphorique, en entravant les fermentations stomacales, diminue l'acidité urinaire pathologique, mais augmente l'acidité phosphorique, acidité physiologique, acidité normale urinaire et sanguine.

Il agit très favorablement sur les fermentations gastro-intestinales et vésicales. On constate, en effet, la disparition des éthers sulfo-conjugués, tant dans les urines que dans les matières féca-

les, produits de la putréfaction gastro-intestinale.

L'action antiseptique stomacale, en rapport avec l'acidité du contenu stomacal, est spécifique, capitale, sur l'action des microbes de la putréfaction gastro-intestinale. Or, ces putréfactions sont à l'origine de tous les troubles nutritifs et des affections diathésiques.

Notons, en passant, que si l'acide éthylphosphorique exerce une action antiseptique considérable sur les microbes de la putréfaction, et probablement sur les microbes pathogènes, Von Rost a montré, au contraire, que l'administration des doses de bicarbonate de soude, neutralisant l'acidité gastrique, provoque une augmentation des éthers sulfo-conjugués en proportion d'autant plus grande que les doses sont plus élevées.

En résumé, l'acide monoéthylorthophosphorique rétablissant la normalité de la réaction sanguine et humorale, entravant les fermentations gastro-intestinales, excitant la fonction hépatique et tous les émonctoires, se montre donc un excellent correcteur des troubles nutritifs et des états pathologiques en hypoacidité.

Les doses moyennes d'acide monoéthylorthophosphorique sont comprises entre 2 et 4 grammes; doses fortes, 5 à 10 grammes; doses faibles, 1 à 2 grammes. (Travaux effectués au Laboratoire de biologie et physiologie appliquées de Rueil) France.

BIBLIOGRAPHIE CRITIQUE

Revue des Thèses

Montpellier

M. — Dr A. Joulin. — **L'ectopie testiculaire, son traitement par le procédés d'Ombrédanne.** (Montpellier, « L'Abeille », imprimerie coopérative ouvrière, 1921.)

L'ectopie testiculaire, affection essentiellement congénitale, résultant d'un arrêt de migration d'un testicule, ou des deux, chez le fœtus, peut déterminer, chez tout enfant qui en est atteint, des troubles graves qui se manifestent par des symptômes généraux et des syndromes pouvant déterminer sur l'organisme physique et sur l'être moral des phénomènes morbides caractéristiques de l'état ectopique, qui sera opéré le plus rapidement possible.

Le procédé d'Ombrédanne a paru le meilleur et le plus pratique de tous. Sa pratique opératoire est des plus simples. De plus, le pivot même d'où résulte le succès de l'intervention (la cloison des bourses) est le point d'appui le plus solide que l'on pouvait imaginer.

M. — Dr Jean Manieux. — **Des tumeurs mélaniques et leur généralisation dans le xéroderma pigmentosum de Kaposi.** (Imprimerie du « Réveil du Beaujolais », Villefranche, 1921.)

M. — Dr Jacques Knebelmann. — **Un cas de gros abcès amibien du foie d'origine autochtone.** (Montpellier, « L'Abeille, imprimerie Coopérative Ouvrière, 1921.)

M. — Dr Ernest Berthuit. — **A propos d'un cas de mort subite dans la rubéole.** (Montpellier, « L'Abeille », imprimerie coopérative ouvrière, 1921.)

M. — Dr Louis Jourdan. — **Paralysies des quatre dernières paires de nerfs crâniens.** (Montpellier, imprimerie Firmin et Montane, 1921).

Parmi les associations de paralysies réunissant plusieurs nerfs craniens, l'une des plus fréquentes, peut-être, est celle qui comprend la paralysie des quatre dernières paires.

Le glosso-pharyngien commande les mouvements du constricteur supérieur du pharynx et sa paralysie unilatérale se traduit par le mouvement de rideau ; ses fibres sensitives donnent le goût. Le pneumogastrique paraît un nerf exclusivement sensitif. Le spinal innerve le voile du palais, le larynx, le trapèze. La paralysie de l'hypoglosse se traduit surtout par une hémiatrophie linguale.

A cette paralysie des quatre dernières paires s'associe souvent une atteinte du sympathique (ganglion cervical supérieur) : c'est le syndrome de Cl. Bernard-Horner.

A côté des paralysies des quatre derniers nerfs crâniens d'origine périphérique par traumatisme du cou, il existe des paralysies des quatre dernières paires par lésions méningées ou bulboprotubérantielle.

M. — Dr Auguste Andrieux. — **Quelques cas de cirrhoses traitée par le mercure.** (Montpellier, imprimerie coopérative d'éditions d'art, 1921.)

Dans toute cirrhose du foie avec ascite, il faut penser à une syphilis ancienne en évolution. La cirrhose « ascitogène » doit de prime abord être soupçonnée de syphilis.

En présence d'une cirrhose atrophique, hyperrophique ou mixte, il faudra toujours penser à la possibilité d'une syphilis tertiaire, celle-ci pouvant revêtir indifféremment une de ces formes. Il est probable que, dans toute hépatite chronique, l'action du mercure peut donner de bons résultats.

PARTIE PROFESSIONNELLE

MÉDECINE SOCIALE

Je cède aujourd'hui la place à notre confrère et ami P. LACROIX, *qui commence, par une sorte de préface, la publication de son enquête sur :*

L'assurance-maladie obligatoire en Alsace-Lorraine, « telle, *dit-il,* **que je viens de la voir ».**

G. D.

Retour d'Alsace, où je me suis rendu à la demande du Conseil de direction du *Concours médical,* pour étudier sur place l'assurance-maladie obligatoire, mes premiers mots seront un tribut de remerciements aux confrères d'Alsace-Lorraine qui, si aimablement et si cordialement, m'ont guidé au cours de mon enquête. Je ne puis traduire l'accueil profondément confraternel et souvent fraternel qui m'a été fait tout le long de mon voyage. Merci, au nom du *Concours médical,* à Wennagel, à Specklin, à Jules Müller, en particulier, qui n'ont pas hésité à me consacrer des journées entières pour me documenter et me faire documenter. Merci au professeur Bard et au prof. Paul Blum, de la Faculté de Strasbourg, qui ont étendu mes recherches dans un ordre d'idées très instructif.

Mon enquête avait pour but de voir fonctionner, en Alsace, l'assurance-maladie obligatoire. Elle réclamait la visite de nombreux confrères alsaciens-lorrains, les uns favorables à l'assurance, les autres défavorables au régime actuel, la visite des hôpitaux, des caisses (j'y ai été reçu toutes portes ouvertes), de leur installation, de leur organisation, du service de contrôle des malades, du contrôle aussi des médecins, la discussion devant des médecins compétents des différents systèmes applicables à l'assistance-maladie et de bien d'autres points dont nous aurons à parler. Désireux d'entendre le plus de voix possible, il m'est arrivé d'entrer, au hasard de ma route, chez des confrères auprès desquels je n'avais aucune introduction, dans le but de connaître des opinions offrant, pour moi, tout le prix de l'imprévu : chaque fois, une main cordiale m'a été tendue.

Je ne saurais présenter, dans ce premier article, une étude complète de l'assurance-maladie obligatoire : les documents à mettre en ordre, les notes à compulser, les impressions à contrôler, les opinions à peser, m'obligent d'attendre un peu. Je remets à une date prochaine l'exposé détaillé du sujet et ne veux donner maintenant qu'un aperçu d'ensemble, sommaire, de ce que j'ai pu observer : en un mot, poser la question plutôt que la résoudre.

***

La loi d'assurance-maladie obligatoire, loi allemande de 1883-1884, a modifié profondément la pratique médicale en Alsace-Lorraine. Les médecins allemands et alsaciens-lorrains de cette époque, n'ayant pas prévu les effets de la loi, ne tardèrent pas à être en lutte avec les caisses de maladie et durent subir leurs exigences. Puis, devant la chute progressive des honoraires, — la consultation était tombée à 30 centimes (25 pfennigs), — ils commencèrent une réaction, une longue série de luttes qui aboutirent, après des péripéties diverses, en 1918-1919, à l'état actuel. Réunis en groupements syndicaux, aujourd'hui très puissants, les médecins alsaciens-lorrains obligèrent les caisses-maladie à céder, à accepter le libre choix, et finalement à régler les honoraires dans un contrat syndical.

Les caisses-maladie, ou, pour employer le terme consacré, les caisses de malades, sont des organismes, créés par la loi allemande, qui règlent tout ce qui concerne l'assurance : inscription des assurés, recettes, dépenses, créations sanitaires diverses, services de contrôle, etc. Elles ont des bureaux, qui sont généralement, dans les grandes villes d'imposants immeubles, où toute l'administration est centralisée. L'acceptation du libre choix a enlevé aux caisses leur service médical autonome. Tout médecin peut être médecin de caisse, à condition de le demander, non à la caisse, mais au syndicat médical desservant celle-ci. Les syndicats ont pris, en effet, le monopole du service médical, en ce sens qu'ils reçoivent les sommes forfaitaires allouées par les caisses à ce service et qu'ils distribuent ces honoraires entre les médecins, suivant des systèmes divers, les uns au prorata des visites, d'autres au nombre de malades, etc. Nous reviendrons sur ces systèmes d'indemnisation qui ne sont que provisoires, semble-t-il, favorisant des abus, souvent une répartition faussée des honoraires, et ont nécessité un contrôle syndical du *travail* médical.

La bureaucratie des caisses fonctionne avec régularité et méthode. Chaque assuré a une fiche, un dossier-maladies où tout est noté depuis l'admission, dossier très utile sans doute, mais bien dangereux pour le secret médical.

Malgré les imperfections et les impedimenta de l'assurance, malgré ses abus et ses inconvénients

— qu'ils déplorent — nos confrères alsaciens se déclarent pour la plupart (95 %, d'après un referendum) partisans et même *grands partisans* de cette organisation sociale (avec les honoraires actuels améliorés). Les ouvriers, disent-ils, peuvent ainsi se soigner et nous n'y perdons rien. Dans la pensée, même, de beaucoup d'entre eux, l'extension à toute la France de l'assurance-maladie serait un bienfait que l'Alsace Lorraine libérée et reconnaissante est heureuse d'apporter à la mère-patrie. Cette opinion — qui a, en Alsace d'ailleurs, des adversaires de qualité — doit être discutée avec toute l'attention qu'elle mérite. Nous l'exposerons avec impartialité, sous ses différentes faces, notre travail étant avant tout un travail de documentation.

***

Au hasard des moments, j'ai vu se succéder devant mes yeux successivement les bons côtés (il y en a), les avantages (ils existent) des caisses de maladie, leurs difficultés parfois insolubles, leurs inconvénients (souvent graves), les dangers par conséquent de son implantation dans notre milieu français de l'*intérieur* (j'emploie là un terme familier en Alsace-Lorraine). J'ai vu des consultations de praticiens, visité divers hopitaux, des services techniques. Les hôpitaux en Alsace, on le sait, sont bons, quelques-uns même sont luxueux, et les assurés y vont volontiers. Ils coûtent d'ailleurs cher aux municipalités. Mais, que dire des soins non hospitaliers, qui comprennent des consultations souvent hâtives — nous verrons pourquoi, malgré tout le dévouement médical —, peu de visites à domicile relativement ; que dire de ces malades dont la famille doit chercher, la nuit, parfois 3, 4 médecins, avant d'en rencontrer un, les visites de nuit étant peu attrayantes pour un praticien surmené par 40, 50, 60 consultations de jour ; que dire des soins aux chroniques, que l'assurance rejette au bout de six mois, avec ou sans une allocation minime d'invalidité, dans l'assistance médicale gratuite, peu désireuse de les accueillir ! Faut-il parler des humiliations du contrôle pour les malades, fatalement réunis en groupe, des difficultés du contrôle des médecins, de leurs ordonnances, de leurs diagnostics, de leurs feuilles comptables (par les Syndicats payeurs) ; et cependant, un contrôle *rigoureux* est indispensable pour les caisses et pour les syndicats médicaux, car il y a des abus, qui se multiplieraient encore sans cela. Infiniment plus grave, en outre, irrémédiable même apparemment est l'abolition du secret professionnel : chiffon de papier déchiré sans espoir, avec tous les inconvénients des bulletins de diagnostic, des fiches de maladies, susceptibles (dans les petits centres et dans les petites caisses principalement) de tomber sous des yeux indiscrets : comment surveiller tant de papiers, malgré la meilleure volonté.

Et que devient l'individualisme du malade qui n'aime pas, chez nous, le traitement collectif, et celui du médecin, si apprécié dans notre profession *libérale* ? On comprend que nos confrères alsaciens-lorrains, moins imbus de cet individualisme (que l'administration étatiste allemande a toujours cherché à écraser), ruinés jadis par la rapacité des caisses, ayant vécu un prolétariat médical misérable (la consultation à 6 sous) se félicitent aujourd'hui d'avoir rendu leur profession meilleure, grâce à une organisation syndicale sévère et se déclarent légitimement satisfaits. Mais, un tel syndicalisme, s'il devenait nécessaire, pourrait-il se constituer chez nous, étant donné le nombre plus grand de médecins, partant de dissidents, dans les grandes villes surtout, étant donné l'esprit d'individualisme du praticien français de l'intérieur, et aussi, il faut bien le reconnaître, les exigences de ce syndicalisme nouveau ? Accepterions-nous d'exécuter *tous et toujours* les sortes d' « ordres de service » émanant du syndicat, ordres de service presque aussi fréquents dans certains centres en Alsace que l'étaient les circulaires fameuses du service de santé pendant la guerre, ordres de service qui peuvent avoir parfois un caractère regrettable (il faut bien tout dire : on nous en a cité un exemple) et inciter certains esprits à parler de tyrannie syndicale ? De telles coutumes, malgré les avantages — la nécessité peut-être — de ce syndicalisme intégral, pourraient-elles être implantées dans la France métropolitaine ?

***

Le problème est trop vaste pour être résolu sans un examen complet. Nous le reprendrons en détail. Mais, dans son ensemble, j'ai l'impression que l'assurance-maladie, du moins telle que je viens de la voir fonctionner en Alsace, n'a pas beaucoup de chances d'être viable chez nous, actuellement et *avant une longue période de préparation*. Le principe de l'assurance-maladie obligatoire est excellent. Pour des raisons diverses, l'assurance fonctionne en Alsace à la satisfaction des malades et des médecins : *gardons-nous, pour l'Alsace-Lorraine, d'y changer quelque chose*, sauf de l'améliorer. Par contre, je me demande si nos malades d'ici s'accommoderaient de soins au cabinet et à domicile incomplets, de séjours *obligatoires* dans des hôpitaux tristes et sans confort (va-t-on abattre nos hôpitaux et en construire d'autres, *avant* la loi, et avec quels milliards : qu'en pense notre Ministre des Finances ?) et se plieraient au contrôle nécessaire mais quelque peu humiliant des caisses. On peut douter que malades et médecins acceptent la *renonciation au secret professionnel.*

Les médecins trouveraient-ils dans l'assurance une rémunération suffisante ? C'est possible : je n'en sais rien. En Alsace, le médecin touche des caisses

une moyenne de 12.000 frs à Strasbourg, de 20.000 frs à Colmar, de plus de 20.000 frs à Mulhouse. Ce sont là des chiffres qui, probablement, seront améliorés encore. La situation matérielle du praticien est donc ou sera assez bonne. Elle comporte, il va sans dire, des inégalités assez considérables. Mais le praticien étant par le régime des caisses incité à ne soigner que les petites affections, à envoyer à l'hôpital les maladies importantes, on peut craindre que le prestige, la considération et même, à la longue, le niveau scientifique du médecin soient appelés à s'en ressentir. J'ajoute que, chez nous, les avantages matériels s'atténueraient du fait du nombre (proportionnel) plus grand des médecins et d'autres raisons que j'expliquerai.

En résumé, la question se montre complexe et délicate. Quand on a *vu* l'assurance-maladie en Alsace-Lorraine, on reste embarrassé et il apparaît présomptueux de vouloir formuler, sans un long examen, des conclusions définitives. A ces conclusions, *tous* les médecins devront prendre leur part, car il s'agit d'une transformation complète de notre profession. Le régime alsacien passe, en effet, au médecin et au malade des « menottes » dont il ne peut se dégager. L'assurance-maladie obligatoire, telle qu'elle m'est apparue en Alsace, a du bon, du mauvais, et aussi certainement beaucoup de « façade ». C'est une institution intéressante, impressionnante même, qui *éblouit* un peu, au premier abord, par ses avantages indiscutables au point de vue social, par ses honoraires faciles au point de vue médical. J'ai toutefois l'impression nette, appuyée sur les raisons que j'ai données ci-dessus, que son application serait difficile dans le reste de la France, dangereuse peut-être, du moins avant longtemps sans doute.

En tout cas, le médecin doit suivre de très près le projet de loi soumis au Parlement, l'assurance étant destinée à englober la presque totalité de nos clientèles de praticiens. L'organisme assurance-maladie obligatoire est une puissante machine qu'il ne faut pas laisser construire sans nous. Le corps médical, qui serait nécessairement de ce Temple nouveau le *pilier fondamental*, doit avoir voix à son élaboration. L'esprit altruiste et foncièrement dévoué au bien public du médecin français est une garantie qu'il apportera une collaboration féconde.

Je n'ai eu aujourd'hui pour but que d'apporter, à mon tour, après l'Union des syndicats, après Lafontaine et Quivy, après Duchesne, après Gassot, après Boudin, après nombre d'autres, une contribution à l'étude de cet important sujet de médecine professionnelle et de pousser un *cri d'alarme*. J'y reviendrai plus en détails bientôt.

Dr P. Lacroix.

Continuons maintenant à cueillir dans notre courrier tout ce qui traduit l'opinion quelle qu'elle soit, favorable ou défavorable à notre thèse, de nos amis et de nos correspondants. G. D.

Un autre son de cloche.

Les voyages ne forment pas que la jeunesse. Quand périodiquement on fait le même trajet de chemin de fer, on rencontre forcément un certain nombre de personnes avec lesquelles on finit par causer et desquelles souvent on apprend quelque chose. Un parlementaire m'avait fait entrevoir un état d'esprit tout spécial chez certains de nos législateurs : j'ai trouvé près d'industriels une autre mentalité.

L'un d'eux, chef d'une usine importante en même temps que maire d'une grosse commune rurale, se trouve en relations avec des ouvriers de catégories bien distinctes. Écoutons-le :

On prétend que l'opinion publique pousse au vote de la loi d'assurances sociales... quelle plaisanterie ! Je vois pas mal d'ouvriers ; eh bien, je n'en connais pas un seul qui se préoccupe de cette question, et je puis bien vous dire que, le jour où *on imposera cette loi* à ces gens-là, cela n'ira pas tout seul.

Vous vous souvenez de la loi sur les retraites ouvrières, cette loi qui était attendue avec une impatience non moins grande : les ouvriers n'en ont point voulu ou tout au moins, ils n'ont pas voulu payer... et on n'a pas osé les contraindre. Laissez-moi vous conter une histoire :

Un jour, je vois arriver chez moi l'Inspecteur départemental du travail qui me fait observer que mes ouvriers ne font pas de versements et me déclare que je devrais les contraindre. — Ma foi, lui répondis-je, je n'en ai pas les moyens. Mais vous, Monsieur l'Inspecteur, vous feriez sans doute parfaitement la chose et sauriez obtenir ces versements : c'est précisément jour de paie, voulez-vous que je fasse défiler devant vous tout mon personnel ? — Oh, non, je ne veux pas, je dois partir.

Il partit, et fit bien, car s'il eût seulement fait mine de retenir deux sous sur le salaire des ouvriers, ceux-ci l'auraient assommé à coups de pelles. Il n'en serait pas sorti vivant.

Pareille chose arrivera pour la loi d'assurances sociales si ardemment souhaitée.

— Mais, il paraît qu'on se doutait de la chose. D'ores et déjà on entrevoit que l'ouvrier ne paiera pas et on songerait à charger le patron de la retenue et du versement.

— Grand merci, nous ne le ferons pas, parce que cela nous sera impossible.

— Aussi on compterait sur l'action syndicaliste, sur les grèves pour forcer le patron à payer et sa part, et celle de l'ouvrier.

— C'est une solution simpliste, mais l'industrie a trop de charges pour pouvoir endosser celle-ci encore. Comment ! On voudrait voir le coût de la vie diminuer et on ne trouverait rien de mieux que

d'augmenter les prix de revient par l'application à jet continu de mesures dont la nécessité n'est rien moins que démontrée !

D'ailleurs, versements patronaux et ouvriers seraient loin de suffire, et il faudra que l'État intervienne. Sans être pessimiste, ne peut-on pas se demander où, quand et comment il trouvera l'argent nécessaire ?

C'est encore là une loi mal venue qui ne fonctionnera pas. Médecin, je partagerais vos craintes, mais avec l'idée de derrière la tête que la loi n'est pas près d'être votée et encore moins appliquée : nous ne sommes pas sous la botte allemande !

Nous ne serions d'ailleurs en aucune façon partisans de la conception du médecin fonctionnaire ; elle nous répugnerait à nous autant qu'à vous-mêmes, et ce n'est pas ce que nous savons de ce qui se passe à l'étranger qui nous ferait changer d'idée.

Je gagerais que ni les députés qui les institueraient, ni les membres des conseils des caisses qui les nommeraient ne recourraient à eux !

... Intéressant, n'est-ce pas ?

A. Gassot.

***

La lecture du *Concours* à propos des futurs statuts de la profession médicale, me suggère les réflexions suivantes :

Nous sommes, à n'en pas douter, sur le point de devenir fonctionnaires, mais fonctionnaires des plus infimes, ce qui n'est pas acceptable pour une profession intellectuelle difficile et onéreuse à acquérir.

Notre indépendance est chère à beaucoup d'entre nous et je fais partie d'un syndicat qui, dans la loi des mutilés, ne voulait avoir affaire qu'à un client ordinaire, à qui l'État aurait versé une indemnité lui permettant de se soigner. Nous avions, comme précédent, ici, les mutualistes que nous traitons aussi comme des clients ordinaires, qui nous règlent eux-mêmes au prix syndical et à qui nous nous contentons de signer les papiers leur permettant de se mettre en règle avec leur société.

Cette façon de faire n'a pas prévalu dans la loi pour les mutilés. Il en est advenu :

1° La division du corps médical en 3 catégories, ce qui est idiot, l'acte médical étant le même à Carpentras ou à Marquise ;

2° Un tarif inférieur pour les interventions de petite chirurgie qu'on a fait passer lestement avec le reste, passez muscade ;

3° Le drainage par certains, plus ou moins consciencieux, de la clientèle des mutilés comme cela s'était fait pour celle des assurés ; voyez cliniques des accidents du travail où l'on glissait la pièce aux rabatteurs ;

4° Un précédent néfaste pour la future loi.

Nous voici donc, d'autre part, avec un tarif pour l'assistance médicale, un autre tarif pour les accidents du travail, encore un autre tarif pour les mutilés, un tarif pour les actions judiciaires et on va bientôt nous en imposer un autre pour les assistés obligatoires. Est-ce tout et ne nous imposera-t-on pas : tarif pour les employés, tarif pour les commerçants, tarif pour les fonctionnaires, tarif pour les ouvriers, etc., etc., et toujours tarifs de plus en plus bas. Vous direz que j'exagère. Je l'espère bien, mais le raisonnement est logique.

Donc, si le corps médical veut rester indépendant, ce qui, à mon avis, est la méthode de choix, il est grand temps qu'il oppose à l'Etat oppresseur une barrière définitive, ou bien il sera domestiqué.

Mais s'il préfère la fonctionnarisation ? Eh bien alors qu'il n'accepte qu'une situation de fonctionnaire en rapport avec sa valeur intellectuelle et sociale. Précisons.

Chaque médecin recevra un salaire de 20.000 fr. payable par trimestre de 5.000 fr. Il y aura en France un médecin par 2.000 habitants, ce qui fait 19.000 médecins, pour une population de 38.000.000 d'habitants. Cela fait aussi 10 fr. par an et par tête, ce qui n'est pas exagéré certes. Mais il y a toute une nouvelle répartition médicale à faire ? Oui ! Par exemple, pour une ville de 70.000 habitants où il y a 80 médecins, 35 seulement seraient nommés fonctionnaires par ordre d'ancienneté, d'établissement dans ladite ville. Les autres ou bien resteraient à leurs risques et périls ou bien iraient ailleurs où le besoin se ferait sentir. (Je parle d'une façon désintéressée puisque je ne suis que depuis 3 ans à D...).

Les malades auraient le libre choix.

Alors, direz-vous, les uns auront beaucoup à faire, les autres peu. Oui et il en est déjà ainsi. Mais dans l'éventualité qui nous occupe, celui qui fera beaucoup touchera autant que celui qui fera peu de travail. Il y a là, en effet, quelque chose qui choque et à quoi il faudrait trouver remède. Mais cela ne choque que les non-fonctionnaires : faut voir comme on roupille dans l'Administration, dit la chanson.

Aussi je m'arrête, ce système me dégoûte et la papearasserie, avec laquelle j'ai fait connaissance pendant l guerre, encore plus. Je conclus pour l'indépendance.

Dr B.
(Côte-d'Or).

***

Ne vous « lassez pas d'adjurer les lecteurs » du *Concours*, qui a tant fait pour le corps médical avant et pendant la guerre. De grâce, continuez, Monsieur, à mener le bon combat contre le forfait médical. Le système au forfait, c'est le métier d'esclave, de brute, de « bête de somme ».

Le système au forfait place le médecin bien au-dessous du photographe, de l'épicier, du boucher, etc. Forfait ! oui ! le jour où le marchand de chaussure, le menuisier, le boulanger, etc., voudront nous servir également avec le même système... Ah ! combien M. Haquin s'illusionne : « Si je ne me fais illusion, dit-il, on ne verra plus, « avec le forfait médical, à la campagne particulièrement, « des pneumoniques réclamer 2 à 3 visites seulement, les « typhiques 3 ou 4, les malades atteints de panaris, « d'anthrax, de gros phlegmon, de volumineux abcès du « sein, recourir aux empiriques,

Que ce collègue vienne faire un petit tour, avec tous les partisans du forfait, dans nos régions où, après avoir pratiqué le système à la mesure de blé pour l'année et pour toute la famille, on vit actuellement sous le régime à l'abonnement. Avant la guerre, il nous fallait soigner toute une famille (grand'père, grand'mère, père, mère, enfants, etc.), pour 10 fr. dans l'année. Depuis la guerre, le prix de l'abonnement a à peine doublé ou triplé. Avec ce sale système de « tant par an et par famille » (abonnement, forfait), il nous faut faire pour un pneumonique 10, 15, 20 visites, pour un typhique, 20, 25, 30 visites, sinon plus. Pour les chroniquards, on n'en finit plus, Seigneur Dieu ! ! Si, à la visite, on nous appelle trop peu souvent, en revanche, à l'abonnement, on vous réclame pour un rien, pour un mal aux dents, une larme qui tombe, un excès de plaisir nocturne ou diurne, pour un cheveu qui choit, etc. Je n'exagère pas. Et tout cela, pour le même prix dans l'année. Il arrive fréquemment de faire plus d'une cinquantaine de visites en 10, 12 mois, à une seule famille, pour la modique somme de 10 fr.

Parfaitement. Inutile de songer à satisfaire les clients qui trouvent que vous ne revenez jamais assez tôt et assez souvent. Il faudrait coucher avec le malade pour arriver à le contenter ainsi que son entourage.

D'où insultes, mépris, etc., etc. On vous prend pour une « bête de somme », ni plus, ni moins. « On vous presse, on vous menace ; on a droit au médecin qu'on paye au forfait et on ne veut pas attendre ». Comme

AVIS

Accidents du Travail

Note d'honoraires médicaux ;
Mémoires de fournitures pharmaceutiques ;
Certificats ;
Mémoires d'expertises ;
Mémoires de frais de justice criminelle;
Feuilles de comptabilité ;

Nous tenons à la disposition de nos lecteurs les imprimés suivants :

1° **Notes d'honoraires médicaux.**

2° **Mémoires de fournitures pharmaceutiques** prévues par l'arrêté ministériel du 8 juillet 1920.

3° **Certificats.** — Certificats pour blessés d'accidents du travail.

4° **Mémoires d'expertises. — Accidents.** — Mémoires d'expertises médicales concernant les accidents du travail.

Justice criminelle.

5° **Mémoire de frais de justice criminelle** (honoraires). **Mémoires des frais de justice criminelle** (fournitures).

Ces imprimés sont établis d'après le format officiel.

6° **Feuilles de comptabilité**, servant à établir le compte de chaque client.

Modèles se trouvant dans l'Agenda-Memento du Praticien, édition 1920).

Ces différents imprimés sont envoyés au prix de franco :

Les 50..........	5 fr. »»
Les 100.........	8 fr. »»
Les 500.........	35 fr. »»
Les 1000........	60 fr. »»

Adresser les commandes accompagnées du montant à M. C. Boulanger, administrateur du Concours Médical, 132, *faubourg St-Denis, Paris.*

vous le dites si bien : « Ce fonctionnement, ce n'est pas de « la médecine à la grosse, ce n'est même pas de l'art « vétérinaire ; c'est de l'automatisme pur et simple»; c'est la *triple galère* et pour y résister, il faut être fort comme un roc. Ah qu'il est beau le système au forfait. On turbine comme 36 négros sans satisfaction aucune. On roule toute la journée, et on revient les poches vides. Ah oui ! que c'est beau d'être payé à l'année, de fonctionner au forfait. A la fin de l'année, avant la guerre, on arrivait à gagner très péniblement 3, 4 à 5.000 fr. *au maximum*, somme à peine doublée actuellement ; or, on est jugé comme ayant une très belle clientèle, très étendue. Inutile de songer à faire son métier en auto, il faut rouler en vélo ou en moteur à crottin.

Ah ! ces pauvres médecins de campagne (TROISIEME et dernière catégorie) ont un sacré mérite ! Médecins « de la grande brousse », il nous faut courir 14 à 16 heures, sinon plus, par jour, sous un soleil de plomb ou par les temps de pluie et de neige. Quel sacré mérite égal à celui des médecins de grande ville (PREMIERE catégorie).

Que le *Concours médical* continue la campagne pour la liberté de la profession, qui ne nourrit bientôt plus son homme.

Dr D.,
(Hautes-Pyrénées).

JURISPRUDENCE

COUR DE CASSATION (Ch. crim.).

Audience du 16 avril 1921.

I. MÉDECIN. — HOMICIDE PAR IMPRUDENCE. — ARTICLE 319 DU CODE PÉNAL. — APPLICABILITÉ. — II-III. DOMMAGES-INTÉRETS. — TRIBUNAUX RÉPRESSIFS. — MOTIFS. — APPRÉCIATION SOUVERAINE.

I. *L'article 319 du code pénal s'applique aux médecins qui, par des fautes, des négligences, des omissions volontaires, indépendantes de toute erreur de diagnostic, ont causé la mort d'un malade auquel ils donnaient leurs soins.*

II. *Les juges de répression ne sont pas tenus de donner des motifs spéciaux pour justifier une condamnation à des dommages-intérêts, ceux-ci trouvant leur base dans le délit même reconnu constant à la charge du prévenu.*

III. *En matière de dommages résultant d'un délit, les juges de répression apprécient souverainement, dans les limites des conclusions de la partie civile, l'indemnité qui lui est due, sans être tenus de spécifier sur quelles bases ils ont évalué le montant de l'indemnité allouée.*

Sur le pourvoi de C. et de L. contre l'arrêt de la Cour d'appel de Paris du 18 décembre 1920 qui les a condamnés solidairement à payer à la dame D... : 1° une somme de 25.000 francs en son nom personnel ; 2° une somme de 25.000 francs au nom de son enfant mineur à titre de dommages-intérêts, la Chambre criminelle, au rapport de M. le conseiller Emile Bourdon, sur les plaidoiries de Me *de Lapanouse* et *Marcille*, avocats, et les conclusions de M. l'avocat général Depeiges, a statué en ces termes :

« La Cour ;

« Sur le premier moyen tiré de la fausse application de l'article 319 du Code pénal et de l'article 1382 du Code civil, et de la violation de l'article 7 de la loi du 20 avril 1810, pour contradiction de motifs et défaut de base légale, en ce que l'arrêt attaqué a déclaré un médecin responsable de la mort d'un de ses clients, par le seul fait que cette mort serait due à des phénomènes méningés consécutifs à des injections intraveineuses d'arsénobenzol pratiquées sur ce client, tout en reconnaissant que des accidents mortels peuvent se produire au cours d'un tel traitement en dehors de toute faute du médecin traitant, et sans constater qu'en l'espèce, la mort soit imputable à une défectuosité du traitement et ne se serait pas produite si le médecin traitant n'avait commis aucune faute :

« Attendu que des constatations du jugement, dont l'arrêt attaqué a adopté les motifs, il résulte que L., docteur en médecine, a fondé à Paris, pour le traitement des maladies secrètes, deux cliniques où, en réalité, avec le concours de médecins placés sous ses ordres, ayant la situation et le traitement de simples employés, il poursuivait exclusivement un but commercial ; que le sieur D..., croyant avoir contracté une maladie vénérienne, alors que vraisemblablement il n'en était pas atteint, s'est rendu à l'une de ces cliniques, à la direction de laquelle L. avait préposé C. docteur-médecin ; que, dans cette clinique, il n'existait aucun des instruments nécessaires pour diagnostiquer l'affection dont D... se croyait atteint ; que, cependant C. lui prescrivait, après un examen superficiel et vain, le traitement que, sur l'ordre de L., il ordonnait automatiquement à tous les malades, soit sept piqûres successives d'arsénobenzol ; que, bien que ces piqûres fussent de nature à comporter des risques de mort, D... n'a été l'objet d'aucun examen, ni avant la première piqûre, à l'effet de savoir si sa constitution lui permettait de supporter le traitement, ni avant chacune des piqûres suivantes, à l'effet de constater si celles-ci devaient être continuées ; que ces imprudences et négligences graves ont été volontaires de la part de L. et de C. dont l'unique préoccupation était d'accroître les recettes de leur entreprise en pratiquant un plus grand nombre d'opérations lucratives ; qu'il est établi enfin que D... a succombé à des phénomènes méningés, consécutifs aux injections intraveineuses d'arsénobenzol, phénomènes qui se sont produits après la quatrième piqûre ; que c'est par suite de la série de fautes, de négligences, d'omissions volontaires plus haut relatées que la mort de D... est survenue, sans qu'il soit possible de l'attribuer à une simple erreur de diagnostic ;

« Attendu que de ces constatations souveraines ressort la preuve, affirmée par les juges du fait, d'une relation directe de cause à effet entre le traitement défectueux, institué par L. et C. avec une négligence et une imprudence coupables, d'une part, et la mort de D... qui en a été la conséquence, d'autre part ;

« Qu'ainsi le moyen n'est pas fondé ;

« Sur le deuxième moyen, tiré de la violation des articles 1382, 1384 du Code civil, et de l'article 7 de la loi du 20 avril 1810, en ce que l'arrêt attaqué a condamné dans son dispositif les docteurs L. et C. à des dommages-intérêts envers la veuve D... et son enfant mineur, sans s'expliquer dans ses motifs sur l'importance, ni même sur l'existence d'un préjudice subi tant par l'une que par l'autre des deux bénéficiaires de la condamnation ;

« Attendu que des constatations du jugement et de l'arrêt attaqué, il appert que D... dont la mort a été le résultat de la faute commune de L. et de C. était employé de chemin de fer et qu'il laisse une veuve et un enfant mineur ;

« Attendu que les juges du fait ont pris soin de déclarer qu'ils possédaient tous les éléments d'appréciation nécessaires pour déterminer l'importance du préjudice causé à la veuve D... et à son enfant ;

« Attendu, d'une part, que, pour justifier la condamnation des demandeurs à des dommages-intérêts, la Cour d'appel n'était pas tenue de donner des motifs spéciaux ; que cette condamnation trouvait ses motifs dans le délit même d'homicide par imprudence et négligence reconnu constant à la charge de L. et de C. ;

« Attendu, d'autre part, qu'en matière de dommages provenant d'un délit, les juges de répression apprécient souverainement, dans les limites des conclusions de la

partie civile, l'indemnité qui lui est due ; que l'article 51 du Code pénal confie à leurs lumières et à leur justice la détermination de cette indemnité et qu'ils ne sont pas tenus de spécifier sur quelle base ils en évaluent le montant ;

« Et attendu que l'arrêt est régulier en la forme ;

« Par ces motifs ;

« Rejette ».

(*Gazette des tribunaux*, 19 juin 1921.)

COMMENTAIRES.

Que nos confrères ne se laissent pas trop effrayer par l'arrêt ci-dessus. La question de fait et de circonstances domine ce procès en responsabilité professionnelle et le point de droit passe au second plan.

Les juges du tribunal correctionnel de la Seine (10 janv. 1920 *Gaz. du Pal.* 21 mars 1920) s'étaient montrés sévères, tout en appliquant la loi d'amnistie, au point de vue d'une condamnatiou pénale. Les conseillers à la Cour d'appel et ceux de la Cour de cassation ont adopté les motifs des premiers juges. Ils ont surtout voulu atteindre les médecins qui ont des cliniques spéciales qu'ils font connaître à grand renfort de publicité dans les urinoirs.

Pour les juges, cette médecine commerciale est à séparer nettement de la médecine, telle que la pratiquent la plupart des docteurs.

Nous avons sous les yeux le rapport d'expertise, comme toutes les pièces, interrogatoires, dépositions et autres, constituant le dossier.

Or, ce qui est reproché au médecin, ce n'est pas d'avoir eu un cas malheureux, en traitant un syphilitique par des injections intraveineuses : c'est d'avoir pratiqué ce traitement, sans avoir posé un diagnostic certain de syphilis véritable et sans avoir pris toutes les précautious d'usage avant d'entreprendre une cure comportant de gros dangers.

En effet, l'expert déclare baser son opinion sur des probabilités : « Il semble, écrit-il, que quel que soit le malade, quelle que soit la forme de la maladie, les dits médicaments sont administrés toujours aux mêmes doses et suivant un rite toujours semblable, sans d'ailleurs que des examens quelconques soient pratiqués pour s'assurer du traitement, ni de la nécessité de la continuation... Il est à présumer, étant donné le matériel existant à la clinique du Docteur L... et les déclarations faites par le Dr D... qu'il n'est jamais pratiqué d'examen bactériologique des ulcérations et que ce traitement est appliqué à tous les malades porteurs d'une ulcération des organes génitaux, qui se présentent à la clinique ; dans le nombre, il doit s'en trouver qui ne sont pas atteints de syphilis. »

L'expert conclut que le traitement employé est le traitement rationnel de la syphilis, mais que « le peu de soins avec lequel les malades semblent être examinés et suivis à la clinique du Dr L..., permet de considérer comme très vraisemblable qu'aucune attention n'ait été prêtée à ces phénomènes prémonitoires, qui ne semblent pas avoir été recherchés par le médecin. » Cette omission d'examen engagerait la responsabilité du médecin traitant.

D'habitude, l'accusé bénéficie du doute. Dans le cas présent, c'est le contraire et ce doute s'est transformé en certitude, tant dans l'esprit des juges du tribunal correctionnel, que dans celui des conseillers de la Cour d'appel, voire même de la Cour de cassation.

Jugement, comme arrêts, stigmatisent d'ailleurs cette médecine commerciale et réclamiste ; ils s'élèvent contre ces usines à soins, où les malades sont tous traités pour la même maladie, avec le même traitement, pour un prix payable à forfait et d'avance.

La condamnation est donc plutôt due à l'opinion défavorable, produite par la personnalité de l'accusé, alors que l'analyse des faits reprochés laisse une impression très dubitative de culpabilité démontrée.

Nous laisserons de côté la discussion du rapport de l'expert, en remarquant cependant une fois de plus, comme nous l'avons fait pour le procês Mazel, qne l'expert unique, au criminel, peut faire absoudre ou poursuivre un confrère, selon sa propre opinion personnelle.

Certains médecins avaient prétendu qu'on avait eu surtout à l'esprit la condamnation des injections intraveineuses, faites au cabinet du médecin praticien. Quelques-uns de mes confrères pensaient qu'il ne serait désormais plus possible de faire des intraveineuses chez soi et que les malades, justiciables d'un tel traitement, devraient entrer soit dans un service hospitalier *ad hoc*, soit dans une clinique.

Il n'en est rien : il ne faut retenir du procès ci-dessus que la recommandation de faire un examen précis du malade, avant d'entreprendre le traitement par l'arsénobenzol. Jamais un praticien ne sera recherché s'il peut faire la preuve que les urines ont été examinées par un pharmacien, ou par un laboratoire (il est prudent de conserver la feuille d'analyse) et s'il est possible de préciser, autant que le secret professionnelle permet, que le foie, le cœur, les reins ont été examinés par le praticien.

N'oublions pas — et ce procès en apporte une fois de plus la certitude — qu'en cas de présomption d'homicide par imprudence, le docteur bénéficie d'un non-lieu, lorsque la mort est le résultat de l'application de théories, ou de méthodes médicales, appartenant exclusivement au domaine scientifique. Si l'intérêt du malade l'exige, le médecin peut, sans engager sa responsabilité, entreprendre un traitement délicat, dangereux même ; il peut, si les notions scientifiques usuelles lui paraissent inopérantes, innover un mod

PHYTOL

(3)

VITELLINATE
ARGENTO - CUPRIQUE
OU
ARGYRO - CUPROL

—:◎:—



ANTISEPTIQUE
DES MUQUEUSES
SPÉCIFIQUE
DE LA BLENNORRAGIE

—:◎:—

TRAITEMENT DES URÉTHRITES CHRONIQUES & PROPHYLAXIE DE LA BLENNORRAGIE

par les Tubes-Seringues de GLYCO-PHYTOL

Par sa richesse en argent, LE PHYTOL a une action spécifique sur le gonocoque qu'il détruit en quelques injections.
Par l'action combinée du cuivre et de l'argent à l'état colloïdal il est aussi efficace contre les associations microbiennes si fréquentes au cours de la gonorrhée.
LE PHYTOL est indolore et fait immédiatement disparaître la sensation de brûlure à la miction.
LE PHYTOL n'est ni toxique, ni caustique et il a une action kératolytique remarquable sur l'épithélium des muqueuses enflammées.

LE PHYTOL est présenté sous les formes suivantes :

A. **COMPRIMÉS DE PHYTOL.**
B. **AMPOULES-SERINGUES DE PHYTOL** à 10 et 20 % et d'ELECTRO-PHYTOL dosées et prêtes pour l'injection qu'on pratique à l'aide d'un embout à collerette obturatrice.
C. **TUBES-SERINGUES DE GLYCO-PHYTOL**, prophylaxie de la blennorragie et traitement des uréthrites chroniques.
D. **TUBES-SERINGUES DE GYNÉCO-PHYTOL**, s'adaptant à un injecteur breveté permettant d'introduire le topique dans la cavité utérine sans traumatisme et sans dilatation préalable du canal cervical. Traitement des métrites.

Toute blennorragie doit être traitée sans délai.
Tout médecin doit pouvoir traiter comme il faut les blennorréens qui viennent le consulter.

Le **GLYCO-PHYTOL** est du **PHYTOL** dans un excipient gélatineux.





Tube de Glyco-Phytol et embout à collerette obturatrice.

Cet excipient gélatineux forme un enduit qui maintient en contact intime le topique et les lésions.

De consistance semi-fluide, il facilite la pénétration du **PHYTOL** dans les replis et les diverticules de la muqueuse.

Introduit en quantité suffisante dans le canal de l'urèthre, le **GLYCO-PHYTOL** permet l'expression digitale des glandes sans provoquer l'irritation traumatique consécutive aux massages sur béniqué.

MODE D'EMPLOI

URÈTHRE ANTÉRIEUR. — A l'aide de l'embout à collerette obturatrice, bien remplir le canal de GLYCO-PHYTOL.

Obturer le méat en comprimant le gland entre le pouce et l'index d'une main, tandis que de l'autre, on massera l'urèthre (région pénienne et périnéale) pendant une à deux minutes.

Faire, suivant les cas, un massage tous les jours ou tous les deux jours.

Si les lésions sont très indurées, lubréfier copieusement une bougie ou un béniqué de **GLYCO-PHYTOL** et faire sans brutalité un massage tous les deux jours. Il importe de pratiquer les massages par séries de 7 ou 8 en laissant le malade au repos 8 à 10 jours après chaque série.



Embout à collerette adapté sur le tube de Glyco-Phytol.

URÈTHRE POSTÉRIEUR. — Injecter avec une sonde du **GLYCO-PHYTOL** dans la région du véru-montanum. Faire prendre au malade la position génu-pectorale et masser les vésicules et les lobes de la prostate. Faire uriner le malade et injecter à nouveau à plein canal du **GLYCO-PHYTOL** en recommandant au malade de s'efforcer d'uriner afin que le topique puisse ainsi franchir le sphincter béant et pénétrer dans la région prostatique.

PROPHYLAXIE DE LA BLENNORRAGIE

Dans l'heure qui suit les rapports sexuels, injecter dans le canal deux centimètres cubes de **GLYCO-PHYTOL** et maintenir le topique 1 à 2 minutes en contact avec la muqueuse.

Préparés par ***L. LAPORTE****, Pharmacien de 1re classe, ancien Interne des Hôpitaux de Paris.*

SE TROUVENT DANS TOUTES LES BONNES PHARMACIES

Tél. : **Auteuil 36-81** — Laboratoire P. ALBARRAN, 3, rue Chanez, PARIS-AUTEUIL — Adr. tél. : **Labalbarran**

de traitement: s'écartant même des procédés connus et habituellement employés.

Mais avant tout, pour sauver une vie en danger, la tentative du praticien doit être consciencieuse, appliquée avec méthode, la gravité de la maladie ou l'urgence de l'opération devant justifier les dangers de la tentative de cure.

Cette excuse professionnelle, permettant au médecin une grande liberté thérapeutique, découle de l'octroi du diplôme de docteur en médecine. En nous forçant à nous instruire dans ses facultés comme dans ses hôpitaux, en nous faisant interroger par ses professeurs, l'Etat nous donne une consécration officielle ; nous sommes habilités à exercer la médecine, nous sommes présumés avoir la science nécessaire pour secourir nos concitoyens malades, sans cependant que notre titre scientifique soit une garantie absolue de réussite et de guérison pour chaque cas pathologique.

Il faut, par conséquent, que notre acte, présumé imprudent et dommageable parce qu'il n'a pas été couronné de succès, soit accompli dans un but curatif et qu'il ne soit entaché d'aucune négligence, d'inobservation des règles de prudence, ou de bon sens que tout homme de l'art doit connaître, ni donnant la preuve d'une impéritie manifeste. La jurisprudence est très abondante sur ce point, précisant que, pour qu'il y ait responsabilité, une faute doit être commise. A l'expert unique, au criminel, la tâche redoutable — et malheureusement, beaucoup ne se rendent pas suffisamment compte de la gravité de leur mission —, d'établir les circonstances et les motifs scientifiques constituant la faute. A l'expert de dire, si comme médecin praticien, se trouvant lui-même en pareille occurrence de danger, ayant à sauver une vie humaine, il aurait pu agir comme son confrère, en laissant, bien entendu, absolument de côté, toute discussion d'école.

L'expert ne doit pas s'ériger en juge, ni en adversaire scientifique, car si nous étudions notre ancien droit et la jurisprudence de la Cour de cassation, nous voyons que la Cour suprême a condamné jadis des médecins, pour imprudence et erreurs professionnelles, à cause des méthodes thérapeutiques, qui, actuellement, sont du domaine scientifique courant.

Le rôle de l'expert consiste à dire si le médecin poursuivi a agi avec discernement ; s'il n'a commis aucune imprudence, en omettant de suivre les règles du plus élémentaire bon sens.

Or, dans le cas particulier du traitement de la syphilis par injections intraveineuses, dans le cabinet du médecin, le docteur ne sera jamais rendu responsable d'un accident mortel, survenu à la suite de la piqûre, si le praticien démontre que le traitement institué n'a été entrepris qu'après examen sérieux du malade et que toutes les règles d'asepsie ont été respectées.

Ce qui a motivé la condamnation ci-dessus, c'était le désir du Parquet de frapper les cliniques commerciales, dans lesquelles les malades sont soignés en série, tous pour les mêmes maladies, bien que le diagnostic ne soit pas scientifiquement, ni cliniquement confirmé. Tous ces patients doivent être traités de la même manière, également en série, par des interventions répétées, pour rendre plausibles les honoraires réclamés et versés d'avance.

Ajoutons que, dans le procès actuel, des médicaments secrets, revêtus de noms de fantaisie et livrés par un seul pharmacien de la ville, ont été saisis et soumis à l'analyse.

En somme, nos confrères n'ont pas à s'effrayer de cette condamnation : il s'agit plus d'un procès de tendance que d'une affaire véritable de responsabilité professionnelle. Il fallait condamner un « médecin d'urinoir ». On s'est contenté, non pas de preuves absolues, mais de présomptions. Sur le rapport de l'expert, qui est plein de doutes, qui ne conclut pas nettement à la culpabilité, pour défaut d'examen et absence de précautions, les juges ont frappé sévèrement un médecin qui vit en marge des règles de la déontologie actuellement établies. C'est la seule conclusion à tirer de cet arrêt de cassation.

Dr Paul BOUDIN.

MUTUALITÉ FAMILIALE

Réunion du Conseil d'Administration.

27 *septembre* 1921.

Présents : MM. MAURAT, *Président* ; NOLLET, VIMONT, MIGNON, GASSOT, NOIR, DUCHESNE et PAMART.

Excusé : M. DE LA ROCHEFORDIÈRE.

En l'absence du Dr BOUDIN, M. PAMART remplit les fonctions de secrétaire.

Le Conseil fixe au jeudi 6 octobre, à deux heures, la séance de vérification des comptes de l'exercice 1920.

Le Président convoquera le Conseil pour la préparation de l'assemblée générale dès que M. Fleury aura déposé son rapport.

Le Conseil décide que le numéro du *Concours médical* portant convocation de l'assemblée générale et renfermant les rapports du secrétaire général et du trésorier sera envoyé à tous les membres de la Mutualité Familiale qui ne sont pas abonnés.

INDEMNITÉS MALADIE

Sur le rapport du secrétaire général, le Conseil alloue les indemnité suivantes à MM. :

25	Armand	Savoie	14 jours	140 »
31	Calmels	Aveyron	14 jours chr	46 60
38	Sorel	Alpes-Maritimes	60 j. + un mois et 12 jours chr.	740 »
61	Force	Puy-de-Dôme	34 jours	340 »
80	Pardoux	Paris	3 mois	300 »
100	Coquerет	Aube	3 mois	300 »
106	Roger	Ille-et-Vilaine	3 mois	300 »
111	Fabre	Rhône	45 jours	450 »
112	Amblard	Gard	34 jours	340 »
142	Duclaux	Alpes-Maritimes	3 mois	300 »
154	Poirson	Jura	3 mois	300 »
164	de Grissac	Seine-et-Oise	3 mois	300 »
171	Laguens	Gironde	6 mois	600 »
173	Gaucherand	Ardèche	2 mois et 20 jours chr	266 65
176	Voyer	Loire-Inférieure	1 mois cure thermale	100 »
186	Collinet	Charente-Inférieure	3 mois	300 »
205	Breucq	Basses-Pyrénées	12 jours	120 »
206	Puitg	Pyrénées-Orientales	2 mois et 6 jours chr	220 »
209	Decléty	Pas-de-Calais	un mois cure thermale	100 »
236	Herland	Côtes-du-Nord	28 jours	280 »
255	Demmler	Oise	3 mois	300 »
260	Jacquot	Oise	3 mois	300 »
311	Bouvier	Isère	3 mois	300 »
357	Mathieu	Paris	3 mois	300 »
359	Scheydt	Hérault	60 jours + 26 jours chr	693 25
390	Bournhonet	Eure	25 jours + un mois et 18 j. chr	409 95
416	Chabert	Gard	52 jours	520 »
429	Siguan	Bouches-du-Rhône	3 mois	300 »
440	Capitrel	Orne	3 mois et 23 jours chr	376 60
444	Patet	Saône-et-Loire	1 mois cure thermale	100 »
475	Arnould	Meurthe-et-Moselle	60 jours + 3 mois et 27 j. chr	989 90
490	Vincens	Alpes-Maritimes	3 mois	300 »
590	Laisné	Indre	3 mois	300 »
596	Grando	Pyrénées-Orientales	3 mois	300 »
611	Morel	Haute-Savoie	3 mois	300 »
630	Chapuis	Isére	29 jours	290 »
671	Juif	Saône-et-Loire	22 jours	220 »
710	Rey	Haute-Garonne	3 mois	300 »
748	Bougon	Eure	1 mois cure thermale	100 »
770	Caudron	Paris	3 mois	300 »
779	Baradat	Alpes-Maritimes	44 jours	440 »
796	Vabre	Aveyron	25 jours	450 »
808	Thiénot	Eure-et-Loir	10 jours	100 »
835	Golaz	Sarthe	60 jours + 26 jours chr	686 60
837	Bécour	Nord	3 mois	300 »
840	Monestié	Tarn	1 mois cure thermale	100 »
861	Laugier	Alpes-Maritimes	3 mois	300 »
878	Sallé	Somme	3 mois	300 »
893	Souleyre	Constantine	3 mois	300 »
900	Duclos	Loire-Inférieure	3 mois	300 »
954	Paumès	Haute-Garonne	3 mois	300 »
961	Lafage 1/2	Haute-Garonne	3 mois	150 »
982	Ambrois 1/2	Isère	56 jours	280 »
985	Flu	Maine-et-Loire	16 jours chr	53 30
992	Chatenier	Drôme	32 jours	320 »
1055	Dorizon	Loir-et-Cher	23 jours	230 »
1056	Étienne	Haute-Garonne	3 mois	300 »
1184	Gardiol	Basses-Alpes	48 jours	480 »
			A reporter	18.832 95

	Report		18.232 95
1216 Allanic	Maine-et-Loire	60 jours + 10 jours chr	633 25
1243 Battarel	Oran	3 mois	300 »
1277 Brumaud des Houlières	Haute-Vienne	60 jours + 2 mois et 28 j. chr.	893 25
1323 Loiselet	Aube	60 jours + 5 jours chr	616 65
1331 Peytard	Isère	19 jours	190 »
1363 Bernard	Maine-et-Loire	3 mois	300 »
1408 Grandou	Eure	3 mois	300 »
1411 Vigen	Charente-Inférieure	34 jours	340 »
1479 Lecomte	Aisne	26 jours	260 »
1520 Pouliquen	Finistère	36 jours	360 »
1556 Kouindjy	Paris	28 jours	280 »
1698 Jambon 1/2	Ille-et-Vilaine	21 jours	105 »
1725 Lassance	Paris	13 jours	130 »
1741 Le Pipe	Morbihan	3 jours	30 »
1743 Pons	Var	60 jours + 4 mois et 2 j. chr.	1006 65
1754 Fabre	Gard	57 jours	570 »
1756 Mme Mosnier	Gard	3 mois	300 »
1815 Sanerot	Saône-et-Loire	60 jours + 20 jours chr	666 65
1820 Priouzeau	Maine-et-Loire	40 jours + 3 jours chr	410 »
1852 Lucasse	Pas-de-Calais	36 jours	360 »
1919 Vareillaud	Charente	12 jours	120 »
1976 L. Lafont	Basses-Pyrénées	26 jours	260 »
		Total	26.664 40

Le Secrétaire général se plaint des irrégularités qui recommencent dans les déclarations et les envois de nouvelles : ces derniers envois doivent être faits du 15 au 20 décembre, mars, juin et septembre.

Le Conseil décide de revenir aux amendes si ces irrégularités continuent.

Pensions aux veuves

Le Conseil alloue 150 fr. à Mmes Vves Lepage et Bauxis-Lagrave, 60 fr. à Mme Vve Valot pour leurs pensions du 3e trimestre 1921.

Ces sommes leur seront versées sur la présentation d'un certificat de vie au 30 septembre 1921.

Rectifications d'admissions

Le Conseil prononce l'admission définitive à la Combinaison MAD de MM. les docteurs Bouquet, Coirin, Etchepare, Hernette, Forestier, Soulagne et Laugier ;

Et à la combinaison 1/2 MAD de MM. les docteurs Vitet, Satre, Lafourcade, Collet, Trifaud, Decousser, Logues et Olivier.

Admissions

Sur le rapport du secrétaire général, le Conseil prononce les admissions suivantes :

Combinaison MA

M. le Dr Richard, du Perreux (Seine).

Combinaison P

Mme Hervé, de Talence (Gironde).

Combinaison R

MM. les docteurs :
Hervé, de Talence (Gironde).
Bouvier, d'Albens (Savoie).
Raoult, de Vernon (Eure).

Combinaison V

M. le Dr Bouvier, d'Albens (Savoie).

Admissions provisoires

Combinaison MAD

MM. les docteurs :
Babiaud, de la Rochelle.
Maitre, de Besançon.
Lefèvre, de Petite-Synthe.
Juillan, de Verdun-sur-le-Doubs (Saône-et-Loire).
Rey, de Cransac (Aveyron).
Nougaret, de Port-Saint-Louis-du-Rhône (Bouches-du-Rhône).

Combinaison 1/2 MAD

MM. les docteurs :
Guillemin, de Cormatin (Saône-et-Loire).
Sage, de Saint-Marcellin (Isère).
Ducret, de Lunéville (Meurthe-et-Moselle).
Deumié, de Saint-Étienne

PICOT, de Sancerre (Cher).
LEROUGE, de Norrent-Fontès (Pas-de-Calais).
LAURANS, de Châteaubriant (Loire-Inférieure).
MARSAT, de Lathus (Vienne).
PHILIPPET, de Paris.
CHARLES, de Quiévrechain (Nord).
JUIF, de Matour (Saâne-et-Loire).

Les admissions définitives seront prononcées dans la séance de fin décembre.

Le Conseil décide de tenir une séance supplémentaire d'admissions pour la combinaison 1/2 MAD le mardi 27 décembre 1921.

L'ordre du jour étant épuisé, la séance est levée.

Le Secrétaire, Dr L. PAMART. *Le Président,* Dr A. MAURAT.

VARIÉTÉS

Autour du Congrès de Varsovie.

Carnet d'un voyageur (1),

(*Suite*)

VARSOVIE

— *Mercredi* 14. — Il est onze heures quand notre train s'arrête dans la gare principale de Varsovie, au son de la *Marseillaise.* Sur le quai, les autorités civiles et militaires, ainsi que la mission française, général en tête. Les acclamations retentissent de toutes parts. Tapis, fleurs, haies de soldats, discours, présentations, distribution de cartes de logements, la plupart d'entre nous trouvant aussitôt leurs hôtes venus les chercher à la gare. Sur la place, énorme foule en haie. Vivats populaires, autos. Nous logeons, mes enfants et moi, presque en face la gare. Quelques tours de roue et nous retrouvons, au seuil, nos hôtes se hâtant. Nous voici dans une magnifique clinique privée, aux vastes et confortables chambres touring-club. Bref nettoyage et nous nous trouvons devant un excellent déjeuner offert par nos hôtes pour sceller la bienvenue. Le confrère ne parle guère français, mais sa femme fort bien ainsi que leurs filles et leur fils. Quant à sa sœur, elle est..... docteur ès-lettres de la Faculté de Paris.

L'après-midi, avec nos aimables hôtes, nous prenons un premier aperçu de cette immense cité d'un million d'habitants. Varsovie offre l'aspect, en son centre du moins, d'une ville relativement neuve. Elle a de grandes rues droites, de beaux boulevards plantés d'arbres traversant des quartiers qu'on sent prospères, malgré le change actuel si désastreux. Voyez plutôt : on nous donne, pour 3 francs, un billet de mille marks polonais qui vaudrait 1.250 francs au pair. Sans doute, les prix courants sont en proportion de cette baisse : un journal coûte 20 marks, un dîner dans un bon restaurant, 600 marks ; mais, nous n'en dînons pas moins pour trente sous de notre monnaie. Et cela depuis peu : il y a deux mois, le change était de moitié meilleur ; il y a deux ans, notre franc ne valait pas plus de 5 ou 6 marks. Il paraît que ce sont là manœuvres boches pour empêcher l'expansion polonaise. Soit ! Mais la Pologne est un pays riche en matières premières : il faudra bien, tôt ou tard, qu'elle fasse son trou dans le monde, malgré les boches.... et d'autres encore. J'ai maintenant pleinement confiance en son avenir économique.

Les rues (prononcez Oulitzu) sont propres et animées, les églises nombreuses, quelques-unes à coupoles russes, la plupart dans le style « baroque », au dehors comme au dedans, avec son ornementation lourde et surchargée. L'artère centrale de Varsovie, celle où il y a le plus d'animation, est la rue Krakowskie Przedmiescie (ouf !), sur l'emplacement de l'ancien faubourg de Cracovie, bordée, çà et là, de vieilles résidences seigneuriales dont les façades, en style baroque, rococo ou classique, suivant les cas, présentent une riche ornementation, contrastant avec les maisons banales, à boutiques semblables à celles de toute grande ville européenne. Notons encore, comme grande rue commerçante, la longue Ulica Marczalkowska. Toutes d'ailleurs sont sillonnées d'autobus, d'incessants trams électriques et de multiples fiacres..... mais passons, je tourne au Bœdeker.

Le soir, à 5 heures, réception des congressistes à l'Hôtel de Ville. Foule intense dans de grandes salles splendidement décorées. Discours. *Marseillaise* et *Hymne polonais.* Lunch. Chacun de nous bavarde avec le Tout-Varsovie et cela d'autant mieux que tous parlent français et beaucoup avec fort peu d'accent. Je cause, par hasard, avec le « Président de la ville », M. Drzewiecki, qui est comme qui dirait le préfet de la Seine, le « Président du Conseil municipal » étant M. Balinski, le maire de la ville, comme M. Herriot à Lyon. Nous parlons quelque temps, quand soudain, M. Drzewiecki, se levant, me prend aimablement par le bras, me conduit dans d'autres salles vides de monde celles-là, m'explique les tableaux, les portraits de ses prédécesseurs depuis plusieurs siècles, dans la salle du Conseil, et enfin dans son cabinet particulier où s'entassent les paperasses sur son vaste bureau, tandis que grincent les plumes de ses secrétaires. Il m'explique alors que le Conseil municipal nomme le maire, comme en France, mais que c'est lui encore qui nomme le « ministre de la ville », le pouvoir exécutif, alors qu'en France, la préfet est nommé par le pouvoir central, ce qui est moins démocratique.

Il est huit heures maintenant. Le Grand théâtre de Varsovie (qui contient plusieurs salles de specta-

(1) *Concours médical*, n° 46.

cle : opéra, tragédie, vaudeville), s'allume en face de nous. Et voilà que, gentiment, nous est offerte la loge « ministérielle » pour entendre « Tristan et Yseult » dont la représentation va commencer. Et voilà que, mes enfants et moi, nous quittons la réception, qui tire d'ailleurs sur sa fin, et que nous traversons la place pour aller entendre la musique de Wagner, exécutée par un orchestre de premier ordre, avec de fort bons chanteurs et dans de splendides décors... Je vous raconte là, confrères, ma petite aventure théâtrale personnelle, mais chacun de nous pourrait vous faire des récits analogues, tant nous fûmes toujours l'objet des plus délicates prévenances.

— *Jeudi* 15. — Ce matin, début du Congrès. Séance solennelle d'ouverture, en présence du chef de l'Etat, le maréchal Pilsudski. Nombreux discours : d'une part des ministres, recteur et professeurs polonais, d'autre part de nos « as », Roger, Babinski, Achard, Comby, Lemierre..... L'après-midi, séance de *travail* — oui, de travail, car on fit aussi de la « Science médicale » dans notre Congrès et nous entendîmes des choses fort intéressantes. Avouons toutefois que cette année la « science » fut plutôt le prétexte que le but du voyage. En réalité, ce fut une manifestation de sympathie réciproque et d'union politique et ethnique. Nous étions la *première* mission française *civile* apparaissant en Pologne depuis la guerre de libération. C'était bien la science française que fêtaient nos amis polonais mais aussi, et surtout, la nation française tout entière. Et ce fut, pour nous, un grand honneur et de douces émotions.

Le soir, banquet analogue à celui de Poznan, mais en plus grand, car nous sommes bien 500 personnes à table. Toujours le même enthousiasme. A noter une ovation faite au général Haller qui incarne si bien l'union franco-polonaise. Autre ovation à notre doyen..... et d'ailleurs chacun de nous fêté, choyé, entouré par ses voisins, ne sait plus comment répondre à ces phrases de sympathie et de cordialité qui débordent du cœur de nos hôtes. L'hospitalité polonaise se surpasse encore pour nous. Et ce n'est pas peu dire chez une nation qui a ce touchant proverbe : « Gosc w dom, Bog w dom ». (Hôte à la maison, Dieu à la maison).

— *Vendredi* 16. — 3e séance de travail, ce matin. Je suis inscrit au début et, à 9 heures, je dégoise ma communication sur le syndicalisme médical. « C'est la première fois, me fait remarquer un de nos « as », qu'on parle de syndicalisme dans un Congrès scientifique. — Mais je pense bien que ce ne sera pas la dernière », lui répliquai-je en souriant. L'après-midi, 4e séance, tandis que les dames (et quelques congressistes « lâcheurs » dont je suis) vont à un garden-party, offert par les dames polonaises au parc Agricola, sorte de Bois de Boulogne, non loin de la large Vistule qu'on ne franchit plus sur le pont, long d'un kilomètre, car lui manquent plusieurs arches, sautées dans les affres de la guerre. Le soir, gala au grand théâtre, avec une superbe pantomime en 3 actes : Pan Twardowski. Aux deux entr'actes, discours du « maire », de sa loge, puis réponse de notre doyen, de la sienne. Le tout avec les applaudissements de circonstance.

— *Samedi* 17. — Le matin, 5e séance. L'après-midi séance de clôture de ce Congrès de Varsovie où tout fut prévu dans les moindres détails, grâce au Comité d'organisation et à son président, le Dr Polack, qui nous avait reçus à la frontière et ne nous quittera plus durant toutes nos excursions à travers le pays uni. Entre les séances, et même en mordant quelque peu sur elles, nous visitons séparément ce qui nous reste à voir dans la ville. C'est ainsi que nous parcourons le vieux Varsovie, avec sa grande place carrée aux portes multicentenaires curieusement conservées à quelques maisons. Puis, nous pénétrons dans le quartier juif.....

Ah là, arrêtons-nous un peu, confrères qui voulez bien lire ces notes : nous touchons à une plaie vive de la Pologne. Je n'ai jamais rien eu de l'antisémite et possède même de bons amis français, de la race d'Israël, mais combien je comprends maintenant l'aversion des Polonais pour *leurs* juifs. Rien qu'à Varsovie, la ville la mieux « servie » sous ce rapport, il est vrai, on en trouve 300 mille, dont les ancêtres arrivèrent en Pologne grâce à la bienveillance et à la bonté de la nation et de son roi imprévoyant. Aujourd'hui, c'est une race toujours distincte, formant à Varsovie une cité dans la cité et, dans toute la Pologne, un peuple campé chez un autre, implanté dans sa chair et se nourrissant de sa substance. Manifestement, ce sont bien là des *étrangers* insaisissables et inassimilables, étrangers par l'atavisme, par les passions, par l'intérêt, par l'esprit et par le cœur. Dans ce quartir juif de Varsovie, nous les voyons défiler par milliers, coiffés de leurs chapeaux plats ou de leurs toques de velours, les longs cheveux en tire-bouchons, la longue lévite noire, lamentable redingote qui descend jusqu'aux talons, luisante de graisse et de crasse. Et toutes ces petites boutiques, ces échoppes louches, aux façades frontées de lettres hébraïques, tout ce fouillis de petit, tout petit commerce — en apparence. Et tous ces colloques en langue étrangère au pays, tous ces yeux sournois qui, sous la toison noire, vous lancent un éclair oblique, tous ces gestes obséquieux et félins qui vous frôlent au passage. Et tous ces arrière-fonds noirs et puants où rampe et grouille une marmaille olivâtre, au nez révélateur, au milieu de grosses maritornes dépoitraillées, hirsutes, sales, pouilleuses..... Ah ! toutes ces pieuvres pompant le sang polonais, *sans rien produire*, combien elles sont — heureusement — inconnues en notre France où, sincèrement, n'existe *aucun* spécimen de cet être sordide, fourbe et cauteleux, le juif oriental.

Le soir, grand bal offert à nos hôtes Varsoviens par le chef de notre mission, le doyen Roger, qui fit grandement les choses. Soirée réussie où nous pûmes

admirer, à côté de nos danses parisiennes actuelles, diverses danses polonaises du plus gracieux effet. A 3 heures du matin, les derniers infatigables dansaient encore.

— *Dimanche* 18. — Départ à 10 heures par petit train local à Wilanow, demeure seigneuriale des environs qui fut celle de Jean Sobieski, le héros populaire. Sorte de Versailles en miniature, au milieu d'un parc aux splendides futaies où pointent des arbres immenses. A trois, les bras étendus, nous n'arrivons pas à encercler l'un d'eux. Le soir, dîner d'adieu chez nos aimables hôtes particuliers, de la clinique, que nous sommes bien tristes de quitter ainsi, pour poursuivre notre randonnée. Ils nous promettent leur venue en France, dès que le change le permettra. Ce sera une joie pour nous de les recevoir à notre tour. A 20 heures, départ pour Cracovie, dans notre train sanitaire : nous avons jusqu'à demain matin pour dormir. Ce n'est pas du luxe.

CRACOVIE

— *Lundi* 19. — Arrivée à Cracovie, à 10 heures, après avoir longtemps côtoyé la frontière (?) de la Haute-Silésie. Réception à la gare. Discours du recteur M. Novak et réponse de notre doyen. Autos qui nous conduisent..... à la *Maison des médecins*, bel immeuble à deux étages où, dans des salles spacieuses, nous attend un sérieux petit déjeuner servi — touchante attention — par les femmes même de nos confrères Cracoviens. Mais vite, en route : cérémonie de passage de thèse d'un jeune docteur, en robe noire devant les professeurs en robes analogues à celles de chez nous. Puis, visite de la ville, en quelques groupes, dont le nôtre conduit par un élégant officier de cavalerie, le comte Puslowski qui parle admirablement notre langue et se révèle un véritable érudit. Cracovie est la capitale artistique et littéraire de la Pologne, dont elle fut longtemps la capitale politique. C'est « le cœur de la nation », nous dit-on. Visite à la splendide église Notre-Dame, à la longue flèche cerclée en son milieu d'une large couronne dorée, vaste église, haute de nefs, au style gothique pur et d'une richesse intérieure remarquable à tous égards. Puis, c'est le château, sur sa hauteur, et la cathédrale qui l'avoisine, avec les tombeaux des anciens rois de Pologne et où sont entassées tant de merveilles qu'on y passerait des journées. A 13 heures, déjeuner à la maison des médecins. L'après-midi, continuation de la visite de la ville et de quelques autres églises..... à notre choix, car il y en a plus de 80 ! Le soir, concert et bal, toujours à la Maison des médecins..... Ah ! Confrères, nous n'en sommes pas encore là, en France. *Où est notre immeuble à nous ?* même à Paris, alors que les grandes villes de Pologne ont toutes leur Maison des médecins. Oh ! les individualistes impénitents et à courte vue que nous sommes !

— *Mardi* 20. — Avec mes enfants, ainsi que l'ami Ducosté et sa fille venus directement de Paris à Varsovie en avion, nous visitons ce matin l'Hôtel de Ville, la Halle aux draps..... avec l'aide d'un « professeur de langue romane à l'Université » qui s'est obligeamment offert à nous comme cicerone. Visite fort intéressante au musée Czartoriska, aux pièces rares et originales : autographes de Napoléon, épinette de Gabrielle d'Estrées, tableaux, armures ciselées, ceintures merveilleuses. A 11 heures, nous assistons à l'arrivée du cortège de mariage, à Notre-Dame, du comte Branicki, où nous admirons les costumes anciens du comte et de ses garçons d'honneur bottés, ceinturés et empanachés. Rapide et sommaire visite ensuite, du quartier juif, analogue à celui de Varsovie.

L'après-midi, après déjeuner (toujours à la Maison des médecins et toujours servis par les gracieuses compagnes de nos excellents confrères Cracoviens), nous partons visiter, à vingt minutes de chemin de fer de là, les fameuses MINES DE SEL DE WIELICZKA. Descente, par bennes, d'abord jusqu'à 80 mètres de profondeur En bas, petite chapelle tout en sel. Dix minutes de marche dans des galeries d'un gris sombre, presque noir, où pointent, de place en place, des ampoules électriques allumées en notre honneur. Soudain, nous débouchons dans une vaste salle de fête, de théâtre, où une bonne et copieuse musique se fait entendre. Un autre quart d'heure de marche et voici, après d'interminables escaliers descendus, une immense église, de style gothique, semble-t-il, d'une « envergure » analogue à l'intérieur de la Madeleine à Paris. Tout est en sel, les murs, naturellement, et les piliers, les rampes, les balustrades, les escaliers, tout jusqu'à la chaire, les lustres, les autels et les statues qui les ornent. Et tout cela brille, sous la lumière électrique aux lampes de diverses couleurs, tandis que l'orchestre se fait de nouveau entendre. Nous reprenons notre route dans les galeries qui descendent, tantôt en pente douce, tantôt par des séries d'escaliers d'où, à certains endroits, on aperçoit bien bas, tout en bas, les torches de nos guides qui sont en tête de file. Puis, d'autre salles encore, puis aussi de sombres excavations biscornues qui se perdent dans le lointain et où la lueur des torches laisse percevoir des fonds mystérieux. Là, sur une passerelle, nous traversons un lac aux eaux noirâtres, sinistres, puis nous continuons à descendre, nous enfonçons toujours plus bas dans ce sel inépuisable, traversant de noires travées perpendiculaires qui se perdent dans la nuit, galeries innombrables d'où l'on extrait des blocs d'un granit noir qui est du sel qu'on amène par wagonnets sur rails. Et nous marchons toujours. Depuis une heure passée, nous allons ainsi ; les jambes se fatiguent, la file s'allonge avec des retardataires qui soufflent et avancent péniblement, découragés en songeant au retour, à la remontée..... quand soudain apparaît une immense salle où la musique fait rage, où la lumière éblouit et où sont dressés environ 300 couverts sur de multiples tables garnies de fleurs et de tout ce que comporte un substantiel lunch.....

Ouf ! quels soupirs de soulagement d'abord, puis d'allégresse ! On s'assied, on mange, on boit, les yeux rieurs, la fatigue oubliée. On contemple les grands lustres de sel aux pendeloques à mille reflets. On rit, on chante. Quelques laïus : Vive la France, vive la Pologne. Mais voici que l'orchestre joue une valse ; bientôt la jeunesse franco-polonaise se met à danser sur ce sol de sel uni comme un parquet bien ciré, tandis que résonnent d'innombrables « bans ». Et tout cela à 300 *mètres* sous terre, exactement.

Il faut pourtant songer au départ. Les mines s'allongent. Que va être « la remontée » ? Mélancoliquement, on prend la galerie indiquée. Quelques minutes de marche. Une barrière qui s'ouvre..... et voici de bienheureuses bennes qui se présentent à nos yeux charmés. Bientôt, c'est le retour au jour, sous un radieux soleil couchant qui salue notre ascension. Une heure plus tard, nous sommes de retour à Cracovie.

Vite habits et costume de soirée. A 7 h. 1/2, le Grand-Théâtre, où nous entendons (traduction à la main) un acte de Fredro, le Molière polonais, puis, vite, au banquet offert par la Municipalité dans la longue salle de Tir, décorée des portraits de tous les « rois annuels ». A minuit, coucher, après bouclage des bagages, car départ de Cracovie, demain matin.

F. Decourt.

(A suivre).

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations.

— Cours complémentaire de 20 jours sur la **tuberculose des ganglions, des os, des articulations, du péritoine, des poumons, du tube digestif, du système nerveux, de la peau et de l'appareil urinaire,** du 21 novembre au 11 décembre 1921, par les professeurs Auguste Broca et Louis Rénon à l'hôpital des Enfants-Malades et à l'hôpital Necker.

Leçons théoriques. — Tuberculose chirurgicale, tous les jours, à 16 heures, à l'hôpital des Enfants-Malades.

Etude générale des tuberculoses ostéo-articulaires : Etiologie. Evolution anatomique. Attitudes vicieuses et ankyloses. Evolution clinique selon les âges. Diagnostic précoce.

Etudes des localisations spéciales : Adénopathies tuberculeuses. Péritonite tuberculeuse. Spina ventosa. Tuberculoses du genou, de la hanche, du pied, du rachis et du membre supérieur. Tuberculose testiculaire.

Toutes ces leçons seront faites par le professeur Broca, et accompagnées de projections radiographiques.

Tuberculose médicale, tous les jours, à 17 h 15, à l'hôpital Necker. Conception générale de la tuberculose (professeur L. Rénon).

Tuberculose pulmonaire : Esquisse des formes cliniques (professeur Rénon). Diagnostic clinique (M. E. Géraudel). Diagnostic biologique (M. R. Mignot). Diagnostic radiologique (M. Petit). Associations morbides : grippe, diabète sucré, syphilis (M. Lœderich). Traitement (5 leçons) : vie, alimentation et hygiène du tuberculeux ; chimiothérapie, pneumothorax artificiel ; questions pratiques de traitement (mariage des tuberculeux, la tuberculose et la grossesse) ; guérison du tuberculeux (professeur L. Rénon). Tuberculose du nourrisson et de l'enfant (M. L. Tixier). Tuberculose de la peau (MM. Louste et Thibaut). Tuberculose du système nerveux (M. Monier-Vinard). Tuberculose du tube digestif (MM. Charles Richet et André Jacquelin). Tuberculose de l'appareil urinaire (M. Verliac).

Leçons pratiques. — **Hôpital des Enfants-Malades, les mardis, jeudis, samedis, à 9 heures du matin. — Hôpital Necker, les lundis, mercredis, vendredis, à 9 heures du matin.**

Visites hospitalières. — **Visite du dispensaire de M. Kuss. Visite du sanatorium de M. Guignard, à Bligny.**

Le prix d'inscription pour ce cours est de 150 francs.

Se faire inscrire au secrétariat de la Faculté (guichet n° 3), les jeudis et samedis, de midi à 3 heures.

— **Programme des conférences du Dr Leredde.** — Première leçon. La nature syphilitique et le traitement de l'épilepsie vulgaire. 2e leçon. Syphilis et goitre exophtalmique. 3e leçon. Syphilis et ulcère de l'estomac. 4e leçon. Hémo-diagnostic de la syphilis. 5e leçon. Syphilis et maladies familiales. 6e leçon. La crypto-syphilis. 7e et 8e leçons. Les accidents de l'arsénobenzol. Sur un cas de réaction de Herxheimer prolongée. 9e et 10e leçons. La stérilisation de la syphilis initiale. Les résultats. 11e et 12e leçons. Le traitement de la syphilis héréditaire.

— **Prix de la Société des chirurgiens de Paris.** — Le prix annuel, de mille francs en espèces, sera décerné au meilleur travail original et inédit envoyé à la Société des Chirurgiens de Paris avant le 31 décembre 1921. Le prix n'est pas divisible.

Conditions à remplir : Etre Français. Envoyer ce travail, soit imprimé, soit dactylographié en deux exemplaires, au Secrétaire général de la Société, 44, rue de Rennes. Paris.

— **Le syndicat général des médecins des stations thermales et climatiques tiendra sa réunion**

générale dans la seconde quinzaine de novembre. La date en sera prochainement fixée.

— **Institut de puériculture de la Maternité, 119, boulevard de Port-Royal, 119.** *Année 1921-1922.* Directeur : Dr Potocki professeur agrégé à la Faculté, accoucheur en chef de la maternité. Collaborateurs : Dr Schreiber, ancien chef de clinique adjoint de la Faculté ; Dr Godlewski, ancien interne des hôpitaux ; Mlle Mossé, sage-femme en chef de la maternité.

I. — Enseignement théorique

(L'enseignement *théorique* est réservé aux élèves sages-femmes, aux sages-femmes, aux dames attachées à l'Assistance publique ou s'intéressant aux œuvres d'assistance privée).

Le Dr Schreiber a commencé le cours théorique, le samedi 22 octobre, à 16 heures, à l'amphithéâtre de la Maternité et le continuera les samedis suivants à la même heure.

§ 1. — **Puériculture médicale.**

1. — 22 octobre 1921 : La morti-natalité et la mortalité infantiles. Causes et remèdes.
2. — 29 octobre : Physiologie du Nouveau-né et du Nourrisson.
3. — 5 novembre : La digestion chez le Nourrisson.
4. — 12 novembre : Le lait et les différents modes d'allaitement.
5. — 19 novembre : L'allaitement au sein et l'allaitement mixte.
6. — 26 novembre : L'allaitement au sein. Difficultés et contre-indications.
7. — 3 décembre : L'allaitement artificiel. Le bon lait. Procédés de conservation du lait.
8. — 10 décembre : L'allaitement artificiel, sa technique, ses difficultés.
9. — 7 janvier : Le sevrage.
10. — 14 janvier : Le prématuré et son alimentation.
11. — 21 janvier : Troubles de la digestion et de la nutrition chez le nourrisson.
12. — 28 janvier : Les régimes alimentaires du nourrisson malade.

§ 2. — **Puériculture sociale.**

A. — *Les lois.*

13. — 4 février : Loi Paul Strauss sur le repos des femmes en couches. Loi de protection pour les femmes enceintes et les mères-nourrices travaillant dans les usines. Loi d'assistance aux familles nombreuses. Loi sur la protection de l'allaitement maternel.
14. — 11 février : Loi Roussel sur la Protection des enfants du premier âge. Législation des enfants assistés et abandonnés.

B. — *Les œuvres.*

15. — 18 février : Les consultations de nourrissons. La Mutualité maternelle. Les asiles d'allaitement. Les cantines maternelles.
16. — 25 février : La crèche. La chambre d'allaitement. La pouponnière.
17. — 4 mars : Le dispensaire d'hygiène infantile office de renseignements et centre de lutte contre la mortalité infantile.
18. — 11 mars : Les unions d'œuvres d'assistance. Les permanences sociales. Les services sociaux.

§ 3. — **Hygiène appliquée à la puériculture.**

Par Mlle Mossé

19. — 18 mars : Hygiène de la femme en état de gestation.
20. — 25 mars : Hygiène du nouveau-né et du nourrisson.
21. — 1er mars : Hygiène de la nourrice.
22. — 29 avril : Hygiène générale : organisation et tenue de la maison. La femme au foyer. Son rôle moral et social.
23. — 6 mai : Hygiène privée : Soins et culture physiques.

II. — Enseignement clinique

A. — Consultations des nourrissons : **Dr Potocki, Dr Godlewski**

Les consultations ont lieu à l'Institut de puériculture de la maternité, les lundi, mercredi, vendredi, à 9 h. 1/2

B. — Stages d'application : **Dr Potocki.**

1° Toute l'année, surveillance des femmes en état de gestation et soins journaliers aux nouveau-nés du service d'accouchement.

2° Stage d'un mois dans le pavillon des nourrissons normaux et des nourrissons débiles. Démonstrations pratiques concernant le mode d'alimentation et les soins à donner aux enfants jusqu'à l'âge de deux ans.

3° Stage de quinze jours à la laiterie-goutte de lait de la maternité.

III. — Enseignement pratique

(L'enseignement *pratique* est ouvert aux médecins et aux étudiants.)

§ 1. — **Travaux pratiques de diététique.**

Le Dr Schreiber *commencera les travaux pratiques le 4 mai, à 16 heures, à l'Institut de puériculture et les continuera les jeudis suivants à la même heure.*

1. — *Manipulations concernant le lait.* Administration du lait de femme en dehors du sein. Stérilisation du lait. Procédés correctifs du lait de vache. Maternisation du lait. Homogénéisation du lait. Lait condensé. Lait desséché. Farines lactées et produits similaires.
2. — *Préparations des laits modifiés.* Lait écrémé. Babeurre. Lait caillé. Képhir. Lait peptonisé. Lait hypersucré, etc.
3. — *Diète hydrique.* Eau de riz. Eau d'orge. Eau d'avoine. Eau albumineuse. Eau salée. Eau sucrée. Bouillons de légumes et décoctions végétales.
4. — *Les bouillies.* Bouillies au lait, à l'eau, au bouillon de légumes, au babeurre. Bouillies maltosées. Panades.
5. — *La viande chez le nourrisson.* Bouillon de viande. Soupe au pain et à la viande. Viande crue. Jus de viande frais et conservé. *Le régime sec* : Fromages frais. Pâte de lait sec. Pâte de lait condensé.
6. — *Les associations alimentaires et les régimes de transition.* Lait de femme et babeurre. Eau de riz et Lait. Bouillon de légumes et bouillie maltosée. Babeurre et bouillie maltosée. Lait et bouillie maltosée, etc.

2. — **Visites aux œuvres sociales de puériculture**

Des visites-conférences des Institutions de protection de la première enfance seront organisées au courant du mois de juin, sous la direction du Dr Schreiber.

Le Directeur-Gérant : **Dr GASSOT.**

Clermont (Oise). — Imprimerie DAIX et THIRON
THIRON et FRANJOU, Successeurs.
Maiso s éciale pour publications périodiques médicales

MICTASOL

SPÉCIFIQUE DU

PROSTATISME

EST UN DÉCONGESTIF EXTRÊMEMENT PUISSANT, UN ANTISEPTIQUE ÉNERGIQUE ET UN SÉDATIF CERTAIN ET IMMÉDIAT. SA TOLÉRANCE EST PARFAITE ET SON INNOCUITÉ ABSOLUE. SANS CONTRE-INDICATION.

IL EST TOUT INDIQUÉ DANS LES

BLENNORRAGIES — URÉTHRITES
CYSTITES — PYÉLO-NÉPHRITES
URETÉRITES — CONGESTIONS RÉNALES
AVEC OU SANS ALBUMINURIE —
HYPERTROPHIE DE LA PROSTATE.

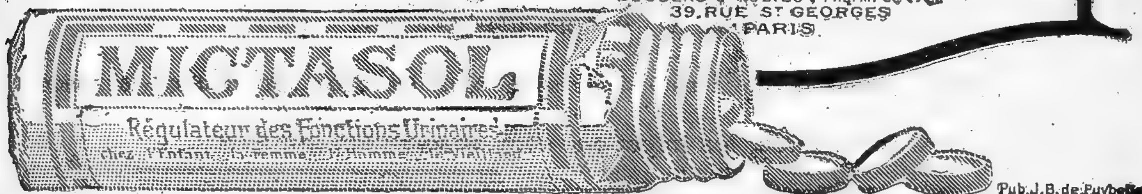
Littérature et échantillons sur demande
LABORATOIRES JOCYL
COUDERC & ROZIÈS, Pharm. de 1re cl.
39, RUE St GEORGES
PARIS

CHAQUE COMPRIMÉ TITRE :

Camphre monobromé	0,02
Héxaméthylènetétramine	0,05
Noix de Sterculia purpuéra pulv.	0,25
Sucre vanillé	Q.S.

MODE D'EMPLOI :
CROQUER 6 COMPRIMÉS PAR JOUR
MATIN — MIDI — SOIR

PRIX : 8 FRANCS LE FLACON



Pub. J.B. de Puybelle



Médication Infantile

ANÉMIE
SCROFULE
RACHITISME
ÉTATS GANGLIONNAIRES

STHÉNOPHYL VIGAN

Granulé fondant

(très supérieur aux huiles de foie de morue et sirops iodotanniques)

Doses
- Enfants au-dessous de 5 ans : 1/2 cuillerée à café avant chaque repas.
- Enfants au-dessus de 5 ans : 1 cuillerée à café.
- Adultes : 2 cuillerées à café avant chaque repas.

Goût exquis - Efficacité constante

Echantillon et Littérature : Laboratres VIGAN, 103-105, Rue St-Lazare, PARIS (IXe)

ISTITUTO NAZIONALE MEDICO FARMACOLOGICO — ROME

Bioplastina Serono

Emulsion aseptique de lécithine et lutéines (éthers de cholesterine) pour l'usage hypodermique diluée à 25 % dans le sérum physiologique.

La **" BIOPLASTINA "** est la substance fondamentale des noyaux cellulaires contenant la lécithine et les lutéines (éthers de la cholesterine), les substances phosphorées actives de l'embryon, à l'exclusion des sels, des albuminoïdes et des nucleïnes

La **" BIOPLASTINA "** est complètement absorbable étant administrée sous la forme identique à celle où ses constituants existent dans les noyaux cellulaires.

La **" Bioplastina Serono "** est vendue en
boîtes de **10 Ampoules** de 1.5 cc. et en
boîtes de **6 Ampoules** de 5 cc.

Les injections se font tous les jours ou tous les deux jours, dans la région fessière.

Pas d'intolérance, les injections sont absolument indolores.

Agiter l'ampoule avant de s'en servir.

Demander la littérature sur les propriétés physiologiques et les usages thérapeutiques de la " **Bioplastina Serono** " à M. SANTONI, 32, rue du Mont-Thabor, à PARIS (1er).

Prescrire

LE FUMIGATOR GONIN

Cartouche auto-productrice d'aldéhyde formique, c'est s'assurer par avance d'une

DÉSINFECTION EFFICACE

éprouvée, simple, discrète et peu coûteuse



EN VENTE DANS TOUTES PHARMACIES

ainsi que tous PRODUITS, PROCÉDÉS et APPAREILS de DÉSINFECTION

en surface, en profondeur et par lavages ou trempages

DES ETABLISSEMENTS **GONIN**

FLUOFORMOL GONIN

ETUVES de tous chauffages, fixes et transportables, à basse température, sans pression, utilisant le **Fumigator.**

Adresser toute la Correspondance à M. GONIN

Ad. Télég. : FUMIGATOR-PARIS | 60, rue Saussure, PARIS, 17e | Téléphone : Wagram 17-83

rons rester dans la stricte observance de la saine déontologie ?

Faire tous nos efforts, pour que le malade retourne au précédent confrère, ou qu'il veuille bien consentir à une consultation. Mais vient-il à refuser que nous n'avons pas le droit de refuser nos soins. *Hodie tibi, cras mihi.*

Devons-nous aller plus loin et obliger le malade à donner la preuve qu'il a soldé intégralement les honoraires de tous les médecins qui ont précédé ? C'est bien difficile à appliquer dans de grandes villes, alors que ce système est plus commode dans les petites localités. Mais, encore rien d'absolu ici.

En somme, ce sont là questions de fait, qui ne peuvent être solutionnées que par un syndicat local et ne peuvent pas être érigées en textes de lois professionnelles.

Calcul des rentes des blessés du travail.

Appelé fréquemment, après avoir donné mes soins à des victimes d'accidents du travail, à leur donner des renseignements sur l'évaluation de leurs rentes, je vous serais bien reconnaissant de me fixer les règles du calcul à faire en vertu de la loi du 5 août 1920, pour les salaires dépassant les 4.500 fr. de première mise.

Dr D.

Réponse.

Il résulte du texte de l'article 2, § 2 de la loi du 9 avril 1898, modifié par la loi du 5 août 1920, que les ouvriers dont le salaire annuel dépasse 4.500 fr. n'ont droit, pour le surplus, et jusqu'à 15.000 fr. qu'au quart des rentes stipulées à l'article 3 ; au delà de 15.000 fr., ils n'ont droit qu'à un huitième. Le tout, à moins de conventions contraires élevant le chiffre de la quotité.

Exploitation de l'officine d'un pharmacien par sa veuve.

Une veuve de pharmacien décédé pendant la guerre a trouvé un prête-nom, lequel consent à être officiellement responsable, le travail de l'officine étant assuré régulièrement par un élève en pharmacie ayant les titres et inscriptions suffisants. La pharmacie doit-elle être fermée le 1er novembre ou peut-elle continuer à rester ouverte dans les conditions ci-dessus exposées. Le prête-nom est, naturellement, un pharmacien reçu et diplômé.

Dr X.

Réponse.

La veuve d'un pharmacien a, en effet, aux termes de la loi du 9 février 1918, le droit de con-

tinuer à tenir l'officine ouverte pendant un délai d'un an, à la condition de présenter à l'agrément de l'École ou Faculté dont dépend l'inspection de l'officine, un étudiant majeur et pourvu d'au moins 8 inscriptions; en même temps qu'un pharmacien diplômé, pour la direction des opérations de l'officine sous sa responsabilité.

Ce délai d'un an, suspendu pendant la guerre, a été remplacé par un nouveau délai de deux ans, ayant comme point de départ le 1er novembre suivant la date à laquelle la loi fixant la cessation des hostilités a été promulguée au siège de l'École ou Faculté dont dépend l'inspection de l'officine.

Ce délai a donc commencé à courir le 1er novembre 1919, puisque la loi qui a mis fin aux hostilités a été promulguée le 24 octobre précédent, et doit par suite expirer le 1er novembre prochain.

A compter de cette date, la pharmacie devrait donc être fermée, ou cédée à un pharmacien diplômé.

Conditions de fonctionnement des sanatoriums.

Je vous serais obligé de bien vouloir me faire savoir si le ministre de l'Intérieur a signé le décret prévu aux paragraphes 1er et 2 de l'article 4 de la loi du 7 septembre 1919 instituant des sanatoriums spécialement destinés au traitement de la tuberculose et fixant les conditions d'entretien des malades dans ces établissements.

Ce décret doit déterminer :

1° Les conditions techniques et hygiéniques d'établissement et de fonctionnement que devront remplir les sanatoriums publics ;

2° Les conditions dans lesquelles s'exercera sur ces établissements la surveillance de l'autorité publique.

Dr G.

Réponse.

Le Décret prévu par l'article 4 de la loi du 7 septembre 1919 a été publié au *Journal Officiel* du 15 août 1920 et dans le *Concours médical* du 19 septembre 1920, page 2327. Il porte la date du 10 août 1920.

Taxe de luxe sur les autos.

Je vous serais bien reconnaissant de vouloir bien me renseigner sur le cas suivant :

1° Un médecin qui achète une auto neuve, doit-il payer la taxe de luxe ou bien en est-il exonéré ?

2° S'il achète une auto d'occasion, est-il astreint de payer la taxe de luxe, cette auto ayant déjà supporté la taxe, quand elle fut vendue comme neuve ?

Chaque vente entraîne-t-elle une nouvelle taxe de luxe ? Je sais bien que maintenant la taxe n'est pas à la charge de l'acheteur, en plus du prix de vente de la machine et qu'elle est comprise dans le prix global de vente. Mais pratiquement cela revient au même.

Un exemple : je veux acheter la Renault 1921 cataloguée 18.500 (taxe comprise.) Dois-je, moi médecin, payer 18.500 ou 18.500 moins la taxe.

Voici maintenant mon cas :

Cette auto, achetée 18.500 par un propriétaire, m'est revendue comme occasion 16.000 (toujours taxe comprise, puisque la taxe est à la charge du vendeur) dois-je payer, moi médecin, 16.000 ou 16.000 moins 1.600. Le propriétaire qui me la vend, me dit : si je ne dois pas payer de taxe de luxe pour la vente de mon auto à un médecin, et bien ce sera autant de moins pour vous à payer.

Cela, expliqué en termes plus concis, pourrait, je crois, dans la correspondance du *Concours*, intéresser plus d'un praticien. Dr X.

Réponse.

La taxe de luxe est due sur toutes les ventes d'automobiles servant au transport des personnes, sans aucune exception à raison de la personnalité de l'acheteur. Par conséquent, elle est due, même lorsque ce dernier est un médecin et que la voiture est destinée à l'exercice de sa profession.

Mais le mode de perception est différent selon que le vendeur est un commerçant ou un simple particulier.

Dans le premier cas, c'est, en réalité, l'impôt sur le chiffre d'affaires (de 10 % en l'espèce), qui est perçu sur le prix des ventes du commerçant. L'acheteur n'est pas responsable de ce paiement, et le montant du prix de vente comprend, sauf convention contraire, l'impôt sur le chiffre d'affaires, ou, si vous préférez, la taxe de luxe.

Lorsque, au contraire, la vente a eu lieu entre non-commerçants, la taxe de 10 % doit être acquittée par l'apposition de timbres mobiles sur la quittance du prix, dont la délivrance est obligatoire. Les timbres doivent être oblitérés par la signature de celui qui donne quittance.

Toute personne qui a participé à une vente, soit comme acquéreur, soit comme vendeur, sans qu'une quittance ait été délivrée et que la taxe ait été acquittée, doit être punie personnellement d'une amende égale au triple de la taxe qui n'aura pas été payée, avec minimum de 100 fr.

Les parties peuvent convenir que la taxe de 10 % sera à la charge de l'une ou de l'autre d'entre elles, mais, à défaut de convention, elle serait à la charge de l'acheteur et viendrait s'ajouter au prix principal.

Base de la patente.

Je vous serais reconnaissant de vouloir bien me dire la conduite à tenir pour le cas suivant :

Exerçant à X., je reçois une feuille d'impôt concernant le droit proportionnel de la patente. Ceci est légal.

Mais j'ai sur la même commune une petite propriété où je demeure l'été, mais où je n'ai pas de cabinet de consultation, pas de plaque et où je n'exerce pas la médecine. On veut me faire payer sur cette propriété le droit proportionnel de la patente. A-t-on le droit de me le faire payer ? Est-ce légal ?

Dr M.

Réponse.

Si, d'après l'article 12 de la loi du 15 juillet 1880, le droit proportionnel est établi sur la valeur locative tant de la maison d'habitation que des locaux quelconques servant à l'exercice de la profession, il est bien spécifié, dans l'article 14 de la même loi, que «si, indépendamment de la maison où il fait sa résidence habituelle et principale et qui... doit être soumise au droit proportionnel, le patentable possède, soit *dans la même commune*, soit dans des communes différentes, une ou plusieurs maisons d'habitation, il ne paye le droit proportionnel que pour celles de ces maisons qui servent à l'exercice de sa profession. »

C'est donc à tort que le droit proportionnel de votre patente a été établi également sur la maison de campagne que vous possédez et habitez l'été à X. Vous pouvez réclamer contre cette imposition dans la forme indiquée au dos de l'avertissement, c'est-à-dire par voie de demande en réduction adressée, sur papier timbré, au Préfet, dans les trois mois de la publication du rôle.

NOTES DE PRATIQUE QUOTIDIENNE

Hygiène et régime des arthritiques,

Vie au grand air, le plus possible, mais sous la protection de vêtements chauds et sous réserve d'une certaine prudence dans les périodes pluvieuses et humides.

Hydrothérapie tiède.

Bains de Hammam, pour provoquer la sudation. Balnéation fréquente, avec grands savonnages.

Douches chaudes sulfureuses.

Pas de bains de mer.

Frictions sèches ou à l'alcoolat de Fioravanti.

Sports, marche, gymnastique.

Usage plus que modéré du tabac.

Éviter la suralimentation habituelle et pro-

longée : *cure de réduction alimentaire*, quatre ou cinq semaines par an, sous forme de régime lacto-végétarien exclusif.

En tout temps, *prédominance lacto-végétarienne.*

Les épices, les sauces, les aliments irritants, le café, l'alcool sont prohibés.

Aliments qui devront composer principalement le régime :

a) Le lait et ses dérivés (kéfir, yoghourt, crème fraîche, fromages frais, lait caillé).

b) Les légumes frais, les salades crues ou cuites, les fruits de toutes sortes, en particulier le raisin, l'orange et le citron.

c) Les céréales diverses sous forme de graines (riz, grains d'avoine, blé vert), de flocons, de farines, de biscottes ou d'entremets (flans, crèmes renversées, soufflés, puddings).

Aliments à n'utiliser qu'avec grande modération :

Les légumes secs, et spécialement les lentilles ; les viandes, de toute nature, y compris le poisson.

Aliments à proscrire :

Certains légumes : oseille, rhubarbe, haricots verts, asperges, pois chiches.

Les truffes, les champignons, les condiments et épices ; le gibier, le charcuterie, la laitance de poisson, la gelée et le bouillon de viande ; les abats : foie, rognons, ris de veau, tripes.

Boissons :

Eau et infusions diurétiques ; exceptionnellement : bière, cidre, poiré, vin de Bordeaux ; ni vin de bourgogne, ni apéritifs, ni liqueurs.

Dr SATRE.

DOCUMENTS OFFICIELS

A L'OFFICIEL

Proposition de loi tendant à modifier l'article 2 de la loi du 12 juillet 1916 concernant l'importation, le commerce, la détention et l'usage des substances vénéneuses, notamment l'opium, la morphine et la cocaïne, présentée par MM. Emile Vincent (Côte-d'Or) et Amédée Peyroux, députés. — (Renvoyée à la commission d'hygiène.)

EXPOSÉ DES MOTIFS.

Messieurs, l'emploi abusif de l'opium, de la morphine et de la cocaïne avait pris de telles proportions dans les années qui ont précédé la guerre, que l'opinion publique s'en était émue et que, soutenus par elle, les pouvoirs publics s'étaient décidés à entreprendre la lutte contre le mal.

De là, le décret du 1er octobre 1908 concernant l'opium et ses dérivés, la loi du 12 juillet 1916 modifiant la loi du 19 juillet 1845 en ce qui concerne l'importation, le commerce, la détention et l'usage des substances vénéneuses, notamment l'opium, la morphine et la cocaïne, et enfin le décret du 14 septembre 1916 rendu en application de cette dernière loi.

Avant la guerre, la morphine et la cocaïne nous venaient plus particulièrement d'Allemagne ; le g -

vernement de ce pays, tout en ayant soin de protéger ses nationaux contre l'abus de ces dangereux poisons, ne voyait pas d'un mauvais œil son industrie en inonder les pays voisins.

Pendant les hostilités, il a semblé à tous que la loi du 12 juillet 1916 avait donné de bons résultats, le mal ayant paru diminuer.

En réalité, la diminution de la consommation de ces substances provenait simplement de leur absence sur le marché. Les frontières étaient bien difficiles à franchir et, d'autre part, les usines de produits chimiques de tous pays, absorbées par les fabrications de guerre, produisaient à peine la morphine et la cocaïne nécessaires pour les usages médicaux.

Depuis la cessation des hostilités, la consommation augmente, les abus reparaissent. Mais alors qu'autrefois le mal était localisé à certains quartiers de la capitale et de divers centres maritimes, qu'il n'exerçait ses ravages que dans certaines sphères de la société, aujourd'hui l'intoxication s'étend à d'autres quartiers des grands centres, elle gagne la province.

Le fait s'explique facilement : les fabrications de paix ont remplacé les fabrications de guerre. En Allemagne, la production a repris toute son intensité et l'industrie allemande peut inonder ses voisins de la drogue dangereuse. La morphine èt plus spécialement la cocaïne entrent clandestinement chez nous, soit par les pays voisins, soit par la zone d'occupation.

Le change déprécié de l'Allemagne rend, pour les mportateurs et pour les débitants, l'opération des plus fructueuses, les incite à courir le risque de se voir appliquer les pénalités prévues à l'article 2 de la loi du 12 juillet 1916.

Pour mettre un terme à ces abus, nous avons pensé qu'il y avait lieu d'aggraver considérablement les peines prévues à l'article 2 et nous vous proposons d'adopter la proposition de loi suivante :

PROPOSITION DE LOI.

Article unique. — L'article 2 de la loi du 12 juillet 1916 est modifié de la façon suivante :

« Seront punis d'un emprisonnement de un à cinq ans et d'une amende de 3.000 à 30.000 francs ou de l'une de ces deux peines seulement, ceux qui auront contrevenu aux dispositions de ces règlements concernant les stupéfiants tels que : opium brut et officinal, extraits d'opium, morphine et autres alcaloïdes de l'opium (à l'exception de la codéine), de leurs sels et de leurs dérivés ; cocaïne, ses sels et ses dérivés ; haschich et ses préparations.

« Seront punis des mêmes peines ceux qui auront usé en société desdites substances ou en auront facilité à autrui l'usage à titre onéreux ou à titre gratuit, soit en procurant dans ce but un local, soit par tout autre moyen.

« Les tribunaux pourront, en outre, prononcer la peine d'interdiction des droits civiques pendant une durée de deux à dix ans. »

[(Documents Parlementaires, Chambre, *S. O*, 1921, *J. O.* 7 novembre 1921.)

Le VIN GIRARD

IODOTANNIQUE PHOSPHATÉ

SUCCÉDANÉ DE L'HUILE DE FOIE DE MORUE

est le véritable

SPÉCIFIQUE DU LYMPHATISME

cnez les Enfants et les Adultes

Le **VIN GIRARD,** de l'aveu des milliers de praticiens qui le prescrivent journellement, est un des modes d'administration de l'iode les plus parfaits. L'iode, en combinaison avec le tanin, est facilement assimilable, très actif, et n'occasionne jamais ni irritation des voies digestives, ni accidents d'iodisme. D'un dosage rigoureux, d'une conservation parfaite, le **VIN GIRARD** est, de plus, d'un goût fort agréable et toujours pris avec plaisir.

Sa haute teneur en lacto-phosphate de chaux lui permet de lutter contre cette déminéralisation de l'organisme, dont le professeur ROBIN a montré le rôle prédisposant à la tuberculose.

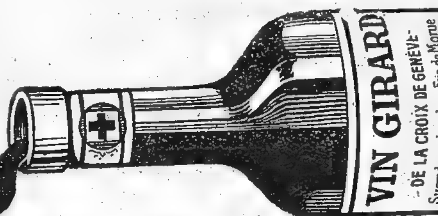
LYMPHATISME, MALADIES DE POITRINE

ENGORGEMENTS GANGLIONNAIRES

TUBERCULOSE



UN VERRE A MADÈRE AVANT LE REPAS



VIN GIRARD

48, Rue d'Alésia, PARIS

QUARANTE-TROISIÈME ANNÉE N° 48 DIMANCHE 27 NOVEMBRE 1921

Fondé en 1879 par Auguste CÉZILLY
Rédigé et dirigé par H. JEANNE (1900-1914).

LE CONCOURS MÉDICAL

ORGANE HEBDOMADAIRE DES PRATICIENS
Groupés dans la Société « Le CONCOURS MÉDICAL » et ses Filiales

ADMINISTRATION & PUBLICITÉ
C. BOULANGER, ADMINISTRATEUR

ABONNEMENTS :

France	24 fr.
Etranger	28 »
Etudiants (France)	12 »
Le numéro	50 cent.

Chèques Postaux Paris 167-95

DIRECTION
MM. les Drs A. GASSOT, Directeur ; A. MAURAT ; H. CEZILLY ; J. NOIR ; P. BOUDIN docteur en droit ; M. VIMONT ; G. DUCHESNE.
MM. P. CEZILLY, J. DUMESNY, licenciés en droit ; C. BOULANGER.

RÉDACTION
Dr J. NOIR,
RÉDACTEUR EN CHEF
Drs P. LACROIX et G. DUCHESNE
SECRÉTAIRES DE LA RÉDACTION

N.-B. — Les manuscrits, publiés ou non, ne sont pas rendus.

Rédaction et Administration : 132, rue du Faubourg St-Denis, PARIS (10e). Téléphone : Nord 48-17



Quarante-troisième année. N° 48 27 Novembre 1921.

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

Office de Renseignements du « Concours »

DON. — Nous avons reçu à titre de don à la Société civile du *Concours médical*, de M. le D[r] SERFATY, de Paris, la somme de dix francs pour bons offices du journal.

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum, aux* « demandes et offres ».

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 1 fr. 50 la ligne, qui est versé dans la caisse de la Société civile du Concours Médical). *Adresser un mandat ou mieux verser au compte de chèques postaux,* CONCOURS MÉDICAL, *Paris 167-95.*

Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse.**

N° 572. — D[r] 40 ans très actif, dés. acheter client. à Arcachon ou envir. raison de santé pour famille.

N° 573. — Cond. int. châssis Ford. carr. franç. luxe rad. coupe-vent démarr. écl. élec., continu écon. essence, contact sûreté Yale. Falconnet, 58, av. Malakoff, Paris.

N° 574. — Poste pro-pharmacien, pas de sage-femme, à prend. de suite en Indre-et-Loire, rapport : 18.000 fr.

N° 575. — On désire entrer en relations avec D[r] possédant quelques capitaux et client. pour exploit. exclus. d'un procédé médic. de 1[er] ordre, exploité plus. années par méd. mort à la guerre. Ecrire J. E. P., 2, square Arago, Paris.

N° 576. — Poste de début à céder, seul médecin, petit loyer, légère indemn. région Sud-Ouest.

N° 577. — On demande grand dictionn. Larousse (17 vol.) ou Nouveau Larousse illustré. Faire offres : D[r] Anquez, à Bourbourg (Nord).

N° 578. — A vendre Renault 8HP, 2 cyl. pas roulé guerre, 2 pl., capote neuve, phare, pneus, en exc. état de marche, arrière transform. 5.000 à 7.000, suivant condit. D[r] Dangers, à Bruère (Cher).

N° 579. — D[r] ach. d'occasion 1° pied porte-ampoule du D[r] Belot ; 2° appareil de Küss (pneum. artif.).

N° 580. — Cause achat voit. plus forte, à vendre Buchet 6-10 HP 2-3 places, mod. 1920 écl. Magondeaux, 8.000 fr. D[r] Gaudot, La Ferté-Milon (Aisne).

N° 581. — A louer à Paris, dans bonne famille, deux pièces sur rue, confortablement meublées, quartier de l'Europe.

N° 582. — D[r] Colbert, sanatorium Cambo (B.-Pyr.), serait acquéreur d'un tableau Cautère-Lumière, 110, volts alternatif en bon état.

N° 583. — D[r], 36, ans cherche poste Sud-Ouest, Centre ou Midi.

N° 584. — D[r] assez libre, au cour. dermato-vénéréol. (inj. intra-vein.), voies urin. et gynécologie, ayant dirigé Centre vénér. aux armées, accept. être empl. Paris dans cliniq. sérieuse ou aider. confr. dans cabinet.

N° 585. — Ap. décès à vend. arsenal chirurgic. (gynéc. en partic.), 1 table à lavag. 1 spiroscope de Pescher, 1 forceps Tarnier, 1 boîte à amput. Dubois, 1 porte sonde, six tubes av. jeu complet et grand nomb. d'instr. div. de liste envoy. sur dem. Mme Faraggi, 22, r. Fourcroy.

N° 586. — Poste important à céder chef-lieu canton Sud-Est, rapport 52.000 e n progress. appréciable. Bons tarifs, grande habitation. S'adresser Breitel et Gorel, 1, rue Dante, Paris.

N° 587. — Poste bord. mer (littoral océan), peu de frais de locomotion. Rapport 50.000 fr. belle habitation indemn. avantageuses. S'adresser Breitel et Gorelt, 1, rue Dante, Paris.

CORRESPONDANCE

Application du Tarif Breton.

I

Un renseignement, s'il vous plaît, à propos du Tarif Breton :

Celui-ci compte :

Empyème	150 fr.
Estlander.................	400 fr.

L'empyème = incision simple faite à travers espace intercostal.

J'ai opéré récemment une pleurésie purulente, avec *résection d'une côte*. J'ai fourni ma note à la Compagnie d'assurance indiquant : estlander (ce qui n'est pas exact, je le reconnais = 400 fr.

La Compagnie me le fait remarquer et m'offre : empyème (ce qui n'est pas non plus exact, puisque n'indiquant qu'une partie de l'opération faite) = 150 fr.

Le tarif Breton est donc incomplet puisqu'il n'indique pas : empyème *avec* résection costale.

Quelle somme dois-je donc réclamer à la Compagnie d'assurance ?

Dr D., à D.

Réponse.

On lit dans la *Chirurgie d'urgence de Lejars*, à propos de l'opération de l'EMPYÈME qu'il y a deux procédés :

1° *Incision intercostale simple* : à la fin de la description de ce premier procédé, il ajoute : « Ce procédé de l'incision intercostale pure et simple, suffisant lors d'un empyème récent, ne l'est plus dans les formes complexes et graves... C'est à ces désiderata que répond la résection costale primitive et vraiment cette excision d'un segment de côte complique si peu l'intervention, elle rend de tels services qu'elle est, à notre sens, toujours préférable, au moins chez l'adulte. » Et il décrit alors :

2° *Résection costale primitive,* comme deuxième procédé de l'opération de l'empyème.

C'est en vue de l'*un ou l'autre* procédé que le tarif Breton a tarifé 150 *francs* l'opération de l'empyème, ce prix ne s'expliquant pas pour une simple incision et pose de drain, par rapport aux

autres interventions du tarif. Celui-ci n'est donc pas « incomplet », mais a pris (sur ce point comme sur beaucoup d'autres) une *moyenne*, dans les différents cas d'espèce.

Dr Fernand Decourt.

II

Je lis avec intérêt sur le *Concours médical* les demandes de confrères et vos réponses concernant le tarif Breton ; j'aurais voulu, surtout pour vous éviter un surcroît de travail, y trouver ce pourquoi je suis embarrassé et m'excuse de venir vous importuner :

Un ouvrier boulanger, en maniant du bois, s'est enfoncé dans la paume de la main, et profondément, une écharde longue de 2 centimètres ; il a cherché à l'enlever lui-même et n'a réussi qu'à arracher la partie qui affleurait la plaie et à me rendre l'extraction difficile ; en effet, nécessité de débrider pour avoir une bonne prise. Ce n'est pas là une grosse intervention, mais de même que pour l'extraction d'une aiguille, ce n'est pas toujours chose facile.

Je ne crois pas que l'on puisse considérer cette petite intervention comme une « régularisation, épluchage et suture d'une plaie contuse superficielle ou d'une petite plaie de la main ou du pied », je n'ai rien régularisé, rien épluché et encore moins suturé.

Je ne pense pas non plus que cette extraction laborieuse doive être comptée comme une simple visite avec pansement.

Alors ?

Voudriez-vous avoir l'amabilité de me donner votre opinion ? En examinant à nouveau le tarif Dubief, je constate que là non plus, je n'aurais pu que difficilement trouver l'alinéa se rapportant à mon cas, ce n'est « ni une extraction facile » art. 13 B, et il ne s'agit pas d'« un corps étranger sous la peau » art. 12 B.

Si cette consultation peut intéresser les lecteurs du *Concours*, je l'y lirai avec plaisir.

Et pour terminer tous mes compliments et mes remerciements pour l'œuvre que vous avez menée à bien à la commission du tarif Breton. Puisse l'assurance maladie ne pas nous être plus préjudiciable que le tarif Breton.

Dr B.

Réponse.

Dans les « Avis » insérés dans l'arrêté ministériel du 28 juin 1921, vous trouverez : « Extraction de corps étrangers superficiels = 20 fr. », ce qui répond à votre question.

III

Le nommé L., chaudronnier, était atteint le 12 septembre de brûlures très étendues, au 1er degré, quelques points au 2e degré ; sur la face et particulièrement du côté gauche ; oreille, cou, paupières, épaule, avant-bras, main gauches, et avant-bras droit, par de la résine bouillante.

Il s'est présenté au cabinet de mon confrère le Dr

G. qui lui fit un pansement d'urgence et l'envoya à l'Hôtel-Dieu.

Le lendemain, le blessé, ne se trouvant pas bien, quitta l'Hôtel-Dieu, réclamant mes soins à son patron, qui me l'envoya avec le bulletin ci-inclus.

Je lui ai fait 22 pansements excessivement douloureux et très longs, par suite des difficultés à décoller les dits pansements. Les 10 premiers duraient chacun une heure et 1/2. Ensuite, ils allaient en diminuant de durée, mais jamais moins de 3/4 d'heure.

Hier samedi, presque toutes les brûlures étaient guéries, bien qu'avec une cicatrisation encore délicate. L'oreille gauche, qui a été la plus profondement touchée, laisse beaucoup à désirer ; mais mon client m'a déclaré qu'il voulait absolument travailler à partir de demain lundi, avec un pansement sur la dite oreille. J'ai dû m'incliner devant sa décision formelle, et lui ai remis mon certificat final avec des réserves, lui proposant de lui faire un pansement gratuit, le soir après son travail, chaque deux jours.

Je suis fort en peine pour établir ma note d'honoraires, et vous prie, cher confrère, de m'éclairer.

Dr S.

Réponse.

Les 10 premiers pansements à 50 fr. pièce, en 1re catégorie. Les suivants, comme « moyenne brûlure », à 15 fr..

Dr F. Decourt.

IV

Je viens, en qualité de membre du « Sou », vous soumettre le cas suivant qui m'embarrasse un peu, et vous demander un conseil éclairé.

Il y a une quinzaine, un bonhomme se prend la main droite dans un engrenage à l'usine. Le médius, l'annulaire et le petit doigt sont écrasés. Je fais l'amputation totale de l'annulaire et l'amputation partielle du médius et du petit doigt en conservant la dernière phalange.

Mais malheureusement les lambeaux ayant été faits avec des chairs contuses et déchiquetées, dès que j'ai enlevé les points de suture, muscles et peau se sont rétractés et je me suis vu obligé aujourd'hui d'enlever définitivement les 2 dernières phalanges qui restaient.

Comment établir ma note d'honoraires ? Il y a en réalité, 2 interventions à 15 jours d'intervalle pour lesquelles, bien entendu, mon confrère anesthésiste demandera à avoir ses 2 anesthésies réglées. Quant à moi, dois-je établir ma note comme si, au premier coup, j'avais pratiqué l'ablation totale des 3 doigts sans demander une rémunération pour la seconde intervention ; ou bien dois-je demander un tant pour :

1° Ablation totale de l'annulaire ;

2° Ablations partielles du médius et du petit doigt.

Et puis 15 jours après, tant pour :

Ablation totale des phalanges restantes.

Votre réponse m'intéressera d'autant plus que c'est un cas qui arrive fréquemment. On tâche de conserver le plus possible et bien souvent, hélas ! on est obligé de refaire une nouvelle amputation pour ce que l'on s'est donné la peine de conserver.

D[r] M.

Réponse.

« Il me semble que vous devez compter :

1° Le premier jour : Ablation totale de l'annulaire, ablations partielles du médius et du petit doigt, comme vous le faites ; mais alors 15 jours après :

2° Ablation *partielle* et non totale, car autrement vous compteriez pour un même doigt l'ablation de la *totalité* de ce doigt *plus* une partie de ce même doigt, ce qui serait plutôt étrange mathématiquement et logiquement.

D[r] F. Decourt.

V

En ma qualité de membre du « Sou médical », je viens vous demander de vouloir bien me faire connaître quel prix je puis compter chez un accidenté du travail, pour une réduction et contention de luxation de l'extrémité externe de la clavicule (par méthode non sanglante).

D[r] G.

Réponse.

Toujours d'après la méthode des « analogies » (qui a été suivie dans les Avis de l'Arrêté minist. du 28 juin 1921) il me paraît rationnel d'assimiler une réduction et contention de luxation de l'extrémité externe de la clavicule (par méthode non sanglante) à réduction et contention de fracture de la clavicule : 50 fr. en première catégorie (Art. 18).

D[r] F. Decourt.

VI

Permettez-moi encore une question sur l'inépuisable interprétation du tarif Breton :

L'art. 17, tarife 15 fr. les pansements multiples sur un même segment de membre, *autre que doigts et orteils* en cas de plaies très superficielles.

D'autre part, le commentaire de l'art. 14 dit que le membre supérieur a 3 segments : bras, avant-bras, main.

Faut-il conclure que les lésions graves de plusieurs doigts d'une même main doivent être comptées comme autant de choses différentes, ou bien peut-on soutenir (comme le fait contre moi une Compagnie) que, dans un cas comprenant une fracture compliquée à un doigt et à deux autres des plaies déchiquetées et profondes nécessitant l'épluchage, on ne doit compter qu'une seule opération le premier jour, et plus tard qu'un seul pansement à chaque séance, comme s'il s'agissait d'un même segment de membre ?

D[r] L.

(*Voir la suite page XXXIII 3253*)


ΙΟΔΟΓΕΝΟΛ
ΠΕΠΙΝ
εστ
επαθαντ
RENÉ VINCENT
DRAEGER

PROPOS DU JOUR

Echos des assemblées générales

Dimanche, se sont tenues, dans leur forme accoutumée, les assemblées générales de la Société civile du Concours médical et de ses filiales.

D'abord, celle de la Mutualité familiale du corps médical français qui, cette année, avait une importance exceptionnelle. Il s'agissait en effet d'entendre les conclusions que son actuaire, M. Fleury, avait rédigées à la suite de son inventaire qui, décidé en 1913, n'avait pu être fait qu'au 31 décembre 1920 ; ensuite de prendre les décisions que commandaient ces conclusions, d'où nécessité de modifier un certain nombre des articles des statuts.

Les propositions du Conseil d'administration ont été adoptées à l'unanimité par les membres présents.

L'assemblée du « Sou médical » vint ensuite. La garantie contre la responsabilité civile a été portée de 10.000 à 20.000 fr. à partir du 1er janvier 1922.

Enfin l'Assemblée de la Société civile du Concours médical.

Après l'éloge, par Noir, du docteur Mignen récemment décédé, Boudin exposa les réformes apportées par le Conseil supérieur de l'assistance publique dans le règlement modèle des hôpitaux. Puis, Duchesne traita la question des assurances sociales. Divers points de vue furent exposés sur cette question brûlante et la discussion se termina par l'adoption du vœu unanime que l'union se fît complète dans le corps médical pour revendiquer les mesures propres à sauvegarder l'indépendance et la dignité du médecin.

Enfin, ce fut le banquet avec son animation traditionnelle et les toasts habituels.

Vimont, président, remercia, au nom de tous, les nombreux invités qui s'étaient fait un devoir d'apporter au Concours leur témoignage d'estime et d'affection et l'affirmation de leur désir de maintenir toujours l'unité d'action des divers groupements médicaux.

Allocutions applaudies du professeur Hartmann, du sénateur Chauveau, de Decourt, de Levassort.

Et, les affaires sérieuses étant terminées, l'assistance, accrue par l'arrivée d'un certain nombre de dames, vint applaudir la spirituelle revuette de Duchesne qui remporta un succès bien mérité de franche et de sereine gaîté (1).

Il était plus de minuit quand on se sépara avec cordiales poignées de main et engagement de se retrouver l'an prochain, avec témoignages de fidélité et d'estime pour ce vieux Concours qui compte maintenant 42 ans d'existence, qui n'a jamais dévié du rôle qu'il s'était tracé dès sa fondation et dont l'autorité morale n'a jamais cessé d'augmenter.

Bonne journée, qui récompense largement le Conseil de direction de ses efforts et de son zèle.

A. Gassot.

(1) La Revue sera publiée dans le *Concours* à partir du numéro 49.

Le Dr Gustave MIGNEN

Fondateur du Premier Syndicat Médical de France
Syndicat de Montaigu en Vendée
1848-1921.

Le Dr Gustave Mignen, fondateur du premier syndicat médical de France, président d'honneur de l'Union des Syndicats médicaux, vient de mourir à Montaigu en Vendée.

C'est avec une profonde émotion que nous annonçons ici la perte de notre vénéré confrère, car Mignen fut et resta toujours l'ami dévoué, cordial et sincère de notre maison.

Ce fut dans les colonnes du *Concours médical* où Margueritte, du Havre, avait émis le premier, le 28 octobre 1879, le projet de la création des Syndicats médicaux, où Champeaux, Beraud (de Charlieu), Cauchy (de Bapaume) avaient jeté les bases de notre organisation syndicale, que Mignen, médecin praticien à Montaigu en Vendée, puisa l'idée qu'il réalisa le 6 mars 1881.

Que de chemin parcouru en quarante ans par le syndicalisme médical ! Ceux qui, comme nous, ont suivi depuis trente ans sa lente progression, se rappellent qu'alors l'Union des syndicats médicaux comprenait à peine 1.200 adhérents et disposait de ressources infimes, ceux-là, disons-nous, ne peuvent sans fierté constater la prospérité de notre Fédération avec ses 16.000

adhérents, c'est-à-dire la presque unanimité des médecins praticiens Français. Honneur à ceux qui ont conçu cette œuvre d'union, qui ont compris qu'il était nécessaire de relever par une étroite solidarité la dignité défaillante des médecins français !

Honneur surtout à celui qui le premier fit jaillir l'étincelle et alluma le flambeau du syndicalisme médical, qui éclaire désormais notre route !

Honneur à Mignen, le réalisateur que nous ne voulons pas pleurer aujourd'hui, mais dont nous voulons célébrer l'apothéose !

Dans la Grèce antique, le fondateur de la Cité était considéré comme un Dieu, il était l'égal du premier ancêtre, de celui qui avait allumé le Feu sacré du foyer familial ; de même au *Concours médical* nous entretenons le culte de nos Anciens, de ceux qui nous ont montré l'idéal que nous devons poursuivre et atteindre.

La fondation du premier syndicat médical de France se fit en toute simplicité comme toutes les grandes choses. Le Christ naquit dans une pauvre étable à Bethléem en Judée : le premier syndicat médical de France eut son berceau à Montaigu, bourgade perdue en plein Bocage vendéen.

Lorsque le 16 mai 1906, nous fûmes avec le regretté Gairal, et notre si dévoué ami, Barbanneau, célébrer à Montaigu le vingt-cinquième anniversaire de son syndicat, Mignen, dont nous nous souviendrons à jamais du fraternel accueil, nous conta lui-même dans toute sa simplicité la fondation de l'œuvre à laquelle son nom restera à jamais attaché.

« Partageant les craintes sur l'avenir de notre « profession que nous trouvions si nettement exposées dans le *Concours médical*, nous dit-il en propres « termes, mon confrère Gouin et moi, nous entreprîmes de nous mettre à l'œuvre et ce fut en sortant « d'une consultation auprès d'un malade que nous « décidâmes de tenter les démarches nécessaires. « Je me rappelle notre chevauchée commune à « travers notre région, frappant à toutes les portes « des confrères et trouvant partout, même chez les « plus âgés, un encouragement et une promesse « ferme d'adhésion. Il nous était donc facile d'aboutir, et, le 16 mai 1881, nous nous réunissions pour « la première fois : le syndicat médical de Montaigu, « premier de France, était fondé. »

« Il est certain, a écrit Maeterlinck, que l'altruisme demeurera toujours le centre de gravité des âmes nobles, mais les âmes faibles se perdent dans les autres, tandis que les âmes fortes s'y retrouvent. Voilà la grande différence. »

Mignen fut une de ces âmes nobles, de ces âmes fortes. Il sut imprimer la vie à son syndicat et, au lieu de se perdre au milieu de confrères trop portés naturellement à la passivité et à l'indifférence, il sut les animer et leur transfuser son énergie.

Né le 8 décembre 1848 à Montaigu où il devait passer sa vie entière, Gustave Mignen, était issu d'une famille vendéenne, originaire de Saint-Etienne-du-Bois.

Il fit au Lycée de La Roche-sur-Yon, ses études secondaires, y puisa la curiosité des choses de la nature, le goût des sciences, l'amour de l'histoire. La mort de son père l'incita à se destiner à la profession scientifique la plus abordable pour lui et il entra dans la carrière médicale.

Brillant élève de l'Ecole de médecine de Nantes, interne des hôpitaux de cette ville, il soutint devant la Faculté de Paris, le 23 novembre 1873, une thèse de doctorat intitulée : « Essai sur les vertiges au point de vue du diagnostic ».

Un vieil ami de sa famille, M. Laisant, grand oncle de l'ingénieur député, l'engagea à venir s'installer dans sa ville natale.

Il y fut et, homme sans ambition, il mena à Montaigu la vie simple, active et pénible, mais saine et utile du médecin de campagne, se dévouant à sa famille et à ses malades.

Il consacra ses rares heures de loisir au syndicalisme médical, aux questions professionnelles dont il poursuivit la solution, tant dans son propre syndicat, que dans les Conseils de l'Union des syndicats médicaux de France, et des œuvres du *Concours médical* dont il fut un zélé collaborateur.

Véritable érudit, esprit curieux comme beaucoup de médecins, il se passionna encore pour l'étude historique de sa ville natale, sur laquelle il publia de savantes monographies. Il avait entrepris en outre des recherches anthropologiques et préhistoriques sur le Bocage vendéen. Il trouva là un charme précieux pour oublier les inévitables tristesses de la vieillesse et une consolation des deuils cruels qui vinrent le frapper.

Telle fut la vie simple, noble et utile de Gustave Mignen, praticien modeste, libre enfant du peuple, qui, dans une petite ville de campagne, présida à la première manifestation du grand mouvement de réorganisation professionnelle de la médecine en France.

Après Cézilly, Le Baron, Jeanne, Gairal et beaucoup d'autres, il entre aujourd'hui dans notre Panthéon. Nous les unissons tous, ces vaillants, dans le même culte, le culte de nos précurseurs, de nos héros, et nous répéterons avec la poètesse des « Vivants et des Morts » :

Je m'éloigne de tout ce qui vit et qui sert.
Je pense à vous : mon but, mes frères, mon exemple,
La Mort vous a groupés dans son grave concert
Et sa sombre unité nous la chantons ensemble.

J. Noir.

PARTIE SCIENTIFIQUE

LA PRESSION ARTÉRIELLE

Les valeurs normales de la pression artérielle (1).

Par le Dr Camille LIAN

Médecin des hôpitaux de Paris (Consultation de l'Hôpital Tenon).

J'ai longuement insisté dans les leçons précédentes sur la technique de la mesure de la pression artérielle. C'est qu'en effet, étant donnée l'importance considérable, au point de vue clinique, de la valeur de la maxima et de la minima, il est indispensable de mesurer ces chiffres aussi corrrectement que possible.

Il nous reste maintenant à envisager l'interprétation des résultats obtenus. Je poursuivrai cette étude dans un esprit clinique, n'ayant d'autre but que de montrer les déductions pratiques qu'autorisent les chiffres trouvés pour Mx et Mn dans l'établissement du diagnostic, du pronostic et du traitement.

Il nous faut pour cela, dans un premier temps, passer en revue quelles sont les valeurs normales de la pression artérielle obtenues par les diverses méthodes.

Il n'y a pas chez l'homme adulte un chiffre normal de pression artérielle, mais il y a une gamme de chiffres normaux.

Vous avez lu certainement différents travaux donnant un chiffre comme représentant la valeur normale de la pression artérielle, et ce chiffre est exprimé en centimètres, voire même en millimètres de Hg.

A mon avis, il n'y a pas en réalité *un* chiffre de pression artérielle qu'on puisse exprimer en centimètres ou en millimètres. Il n'y a pas un chiffre étalon au-dessus duquel commence immédiatement l'hypertension, et au-dessous duquel commence immédiatement l'hypotension. Mais il y a des chiffres normaux de pression artérielle ; il y a toute une gamme de valeurs normales ; il y a des variations physiologiques dans les chiffres de la pression artérielle.

D'ailleurs cette façon d'envisager la question est tout à fait logique : il n'y a pas non plus, si nous prenons un terme de comparaison, une taille chez l'homme adulte qui puisse servir de taille étalon. Vous n'allez pas dire par exemple que la taille de l'homme adulte est de 1 m. 68, ou tout autre chiffre, et qu'au-dessus de ce chiffre le sujet est un géant, tandis qu'au-dessous il est un nain. De même qu'il y a une gamme de tailles normales, de même il y a pour la pression artérielle toute une gamme de valeurs qu'on peut considérer comme normales. Et *parmi ces valeurs normales, il y a des chiffres faibles, des chiffres forts et des chiffres moyens*, les chiffres faibles font la transition avec l'hypotension, et les chiffres forts, avec l'hypertension.

I. — *Chez l'homme adulte.*

La gamme des chiffres normaux pour la méthode auscultatoire.

Après cet aperçu général, je vais vous indiquer quelles sont à mon avis les différentes valeurs normales pour la méthode auscultatoire, et si je la prends comme type, c'est parce que je vous ai montré qu'elle est la méthode sphygmomanométrique de choix.

Avec cette méthode, on peut considérer comme *chiffres faibles* : 11 1/2 pour Mx, 6 1/2 pour Mn ; comme *chiffres moyens* : 12 et 13 pour Mx, 7 et 8 pour Mn ; comme *chiffres forts* : 14 pour Mx, 9 pour Mn.

Par conséquent, quand vous prendrez pour la première fois la pression artérielle d'un sujet, si vous trouvez chez lui une des valeurs qui rentrent dans ce cadre, vous ne serez pas autorisés, du point de vue de la pression artérielle, à le considérer comme un malade.

La notion d'hypertension relative et l'utilité de mesurer la pression de parti pris.

Cependant, il n'est pas difficile de concevoir que, si vous trouvez chez un sujet Mx 14 et Mn 9 à un premier examen, il puisse s'agir cependant d'une *hypertension relative*. Il est possible que si vous aviez pris quelques mois auparavant la pression de ce sujet, vous eussiez peut-être trouvé Mx 12, Mn 7 ; et alors ce chiffre de 14/7 constitue une véritable hypertension par rapport aux chiffres antérieurs.

Mais, lorsque vous trouvez Mx 14, Mn 9 chez un sujet lors d'un premier examen, vous en êtes réduits à le considérer comme n'étant pas sorti de la gamme des valeurs normales. D'ailleurs, même s'il y a une hypertension relative sous l'influence d'un processus pathologique, il n'en reste pas moins que l'affection a bien peu troublé l'équilibre circulatoire, puisqu'elle n'a pas entraîné une élévation nette de la pression artérielle.

(1) 6e leçon faite à l'Amphithéâtre des cours de l'Hôpital Tenon, le 14 mars 1921, recueillie par M. Pierre Cahen, externe des hôpitaux, et revue par M. Lian. Les leçons précédentes ont été publiées dans les nos 6, 7, 9, 10, 12, 13, 21, 36, 37, 41, 45, du *Concours médical* 1921.

Retenez donc de ces considérations que vous aurez toujours le plus grand intérêt à mesurer de parti pris la pression artérielle chez les sujets qui viennent vous consulter, alors même qu'ils ne paraissent avoir aucun trouble cardio-vasculaire. Vous aurez ainsi un document, une fiche signalétique de cet état cardio-vasculaire, et vous pourrez ultérieurement constater des variations même minimes, vous pourrez découvrir un processus pathologique relativement léger.

Mais, en tout cas, pour un premier examen, je vous conseille de vous conformer au tableau que je vous ai indiqué. Si vous vouliez en effet sortir de ce cadre et admettre un seul chiffre de pression comme valeur normale, vous vous exposeriez à rencontrer à chaque pas, chez une quantité considérable de sujets sains, des chiffres que vous seriez conduits à considérer comme des chiffres d'hypertension ou d'hypotension. Ainsi vous appliqueriez ces diagnostics à des gens qui ont toutes les allures d'une bonne santé, et vous feriez perdre à ces mots la signification pathologique qu'ils ont acquise à juste titre.

Les chiffres normaux pour la méthode palpatoire.

Voyons maintenant quelles valeurs va donner la méthode palpatoire.

Vous savez que la palpation et l'auscultation ne sont que deux modalités d'application de la méthode de Riva-Rocci, à tel point que je vous ai conseillé d'adopter une technique ausculto-palpatoire qui combine ces deux procédés. Vous ne serez donc pas surpris de m'entendre dire que la méthode palpatoire donne sensiblement les mêmes chiffres que la méthode auscultatoire.

Il y a cependant une petite différence, c'est que par la méthode palpatoire, la mesure donne assez souvent pour Mx un chiffre inférieur de 1/2 cm. à celui de la méthode auscultatoire. Donc par la méthode palpatoire, les valeurs normales seront :

Comme *chiffres faibles* : 11 pour Mx, 6 1/2 pour Mn ; comme *chiffres moyens* : 11 1/2 à 12 1/2 pour Mx, 7 et 8 pour Mn ; comme *chiffres forts* : 13 1/2 pour Mx, 9 pour Mn.

Toutefois, comme il y a des cas dans lesquels la palpation donne les mêmes chiffres que l'auscultation, il est donc prudent, même avec la méthode palpatoire, de ne pas considérer comme hypertendu un sujet dont Mx ne dépasse pas 14.

Rappel de l'importance de divers facteurs (attitude, hauteur du brassard, etc.).

Ces chiffres que je viens de vous donner comme normaux ont été obtenus chez des sujets couchés, et avec un sphygmomanomètre dont le brassard a 12 cm. de haut. Ces détails ont une certaine importance. La position du malade influe sur les chiffres trouvés, comme je vous l'ai indiqué dans la précédente leçon. D'autre part, si vous vous serviez d'un brassard d'une hauteur inférieure à 12 cm. d'un brassard de 9 cm. de haut par exemple, vous devriez vous attendre à rencontrer de ce fait des chiffres un peu plus élevés, par exemple de 1 cm. pour Mx, et 1/2 cm. pour Mn.

Les chiffres normaux pour la méthode oscillatoire.

Si nous envisageons maintenant la méthode oscillatoire, il va devenir beaucoup plus délicat de vous donner des repères précis pour Mx. C'est que pour déterminer la Mx oscillatoire, il y a de grandes difficultés qui sont fonction de l'amplitude du pouls.

La Mx oscillatoire.

Je vous rappelle comment je vous ai schématisé cette technique de détermination : quand vous avez affaire à un *pouls de faible amplitude*, vous lisez la Mx à la 1[re] oscillation de l'aiguille. Lorsque vous avez affaire à un *pouls de moyenne amplitude*, vous lisez la Mx oscillatoire au moment où, après une phase d'oscillations qui sont petites et égales entre elles, se produit une série d'oscillations d'amplitude croissante. Enfin, si vous avez affaire à un *pouls de grande amplitude*, les conditions vont encore changer : vous avez ici une 1[re] zone de petites pulsations égales, puis une 2[e] zone de pulsations faiblement croissantes, et enfin une 3[e] zone de pulsations fortement croissantes. Dans ces pouls amples, je vous rappelle que la maxima se lit non pas quand les oscillations commencent à augmenter d'amplitude, mais quand elles commencent à augmenter beaucoup d'amplitude, au début de la 3[e] zone, au début de la zone des oscillations fortement croissantes.

Dans ces conditions, vous comprenez toute la difficulté de la détermination de cette maxima oscillatoire. Il faut tenir compte aussi de ce fait que la plupart des médecins ignorent ces détails, suivent la règle faite pour les pouls d'amplitude moyenne, sans tenir compte du correctif qu'il faut faire intervenir dans les cas où le pouls est ample.

Aussi les chiffres normaux arrivent-ils à présenter une gamme très étendue suivant les sujets et suivant les médecins.

Il est donc impossible de vous donner des valeurs précises comme chiffres normaux de la maxima oscillatoire.

Vous pouvez considérer qu'*en moyenne, la maxima oscillatoire est supérieure de 2 cm. environ à la maxima auscultatoire ou palpatoire, de sorte que*, grosso modo, *on peut considérer comme chiffres extrêmes le chiffre 13 qui serait une valeur faible, et le chiffre 16 qui serait une valeur forte.* Mais en réalité il y a certains auteurs qui considèrent

qu'avec la méthode oscillométrique, les chiffres de 17 ou 18 pour Mx sont encore normaux. Inversement, dans des travaux récents, il semble que les chiffres normaux de la Mx oscillatoire se rapprochent beaucoup de ceux de la méthode auscultopalpatoire.

C'est ainsi que dans des travaux récents de M. Delaunay, professeur agrégé de physiologie à Bordeaux, vous verrez des courbes qui paraissent être données comme des courbes types, ayant été recueillies sur des sujets normaux, et dans lesquelles la maxima oscillatoire est de 12.

Vous voyez ainsi que *la méthode oscillatoire n'est pas bonne pour diagnostiquer une élévation légère de la Mx. Or ce diagnostic est des plus importants à poser, car le médecin est bien mieux placé pour donner des conseils efficaces que lorsque l'hypertension est très marquée.*

La Mn oscillatoire.

Cette critique ne s'adresse pas à la minima obtenue par la méthode oscillatoire, car elle est la même que la Mn obtenue par la méthode auscultatoire ou palpatoire. Ces trois méthodes obéissent aux mêmes règles quand il s'agit de déterminer la minima.

Il faut cependant ici tenir compte du point où vous faites votre exploration : si vous appliquez une manchette de 12 cm. autour du bras, la Mn humérale oscillatoire sera la même que la Mn humérale auscultatoire ou palpatoire. Elle pourra cependant être supérieure de 1/2 cm ; somme toute, il ne s'agit là que d'une nuance infime. Mais si vous déterminez la minima oscillatoire antibrachiale dans la région du poignet où il est d'usage d'appliquer la petite manchette de l'oscillomètre Pachon, là vous avez des chances de trouver une minima qui soit supérieure d'1/2 ou même d'1 cm. à cette minima humérale.

Il est vraisemblable que cette différence est surtout fonction des petites dimensions de la manchette de l'oscillomètre Pachon, et il est probable que cela est également fonction de la dénivellation de l'extrémité inférieure de l'avant-bras par rapport au cœur, dénivellation qu'il faut toujours corriger comme je vous l'ai dit, mais qu'on oublie bien souvent, de sorte qu'elle intervient dans une certaine mesure pour troubler les chiffres obtenus. Il faut tenir compte aussi de ce fait que bien des médecins appliquant la méthode oscillatoire lisent la minima lors de la 1re diminution d'amplitude des oscillations, si minime soit elle, et n'attendent pas de constater une forte diminution d'amplitude.

La Mn anti-brachiale mesurée avec l'oscillomètre Pachon est donc égale à 7 comme chiffre faible, 8 et 9 comme chiffres moyens, 10 comme chiffre fort.

PHTISIOLOGIE

La contagion de la tuberculose. La prophylaxie.

Notre confrère Brunon, mal renseigné sur la façon dont la contagion tuberculeuse est comprise par les Sociétés de défense contre la tuberculose, leur a prêté, dans un article publié dans le *Concours médical* du 28 août, une conception et des pratiques qui ne sont pas leurs, et de nature à porter préjudice à ces sociétés dans l'opinion médicale. Aussi, j'estime qu'il est de mon devoir, comme secrétaire général de la Fédération des Œuvres Grancher et membre du Comité National de défense contre la tuberculose, de remettre les choses au point dans l'intérêt général, et notamment dans celui des lecteurs du *Concours médical*.

Le Dr Brunon a déclaré que « faire reposer la prophylaxie sur la lutte antimicrobienne, c'est se payer de mots. La lutte dévorera des milliards et sera illusoire ».

Partant de cette idée, il a fait la déclaration suivante : « La contagion, telle qu'elle est considérée actuellement, c'est-à-dire découlant du caractère inoculable de la maladie est une vue de l'esprit acceptant une conclusion en apparence logique. La logique n'a rien à faire en médecine ».

Avant d'entrer dans le fond du débat, je tiens à déclarer tout d'abord que si l'enseignement donné à l'Ecole de médecine de Rouen n'a rien à voir avec la logique, il en était tout autrement à la Faculté de Strasbourg, ainsi que je l'ai rappelé au Congrès de médecine qui vient de se tenir en Alsace, et où cette affirmation du Dr Brunon a soulevé des murmures, montrant que nos confrères avaient conscience d'exercer leur profession logiquement.

L'opinion actuelle sur la prophylaxie de la tuberculose a été exposée, lors de l'Assemblée générale de notre Comité national de défense contre la tuberculose à Rennes, par le président, le Dr Calmette, qui a déclaré que c'était surtout une *question d'éducation*. « Il faut éduquer surtout les parents, leur apprendre la façon de préserver l'enfance de la tuberculose ; éduquer les grandes personnes, leur faire savoir comment elles peuvent être atteintes. » Le lendemain, le Dr Follet, directeur de l'Ecole de médecine, disait : « Nous sommes en possession d'une certitude. Nous savons qu'en séparant la graine, nous sauvons l'espèce. C'est aussitôt que possible qu'il faut trier la graine ».

Et ce triage se fait ainsi : les enfants encore sains sont placés à la campagne dans des familles par l'Œuvre Grancher ; ceux dont l'état général est défectueux sont dirigés sur un préventorium ; ceux qui sont déjà touchés par la tuberculose sont conduits dans un sanatorium.

Cette ligne de conduite n'appartient pas seulement à notre Comité National de défense contre la tuberculose ; elle a été adoptée par les Congrès des

Sociétés Savantes, de l'Association pour l'Avancement des Sciences, de Médecine, de la Natalité, des institutions d'assistance et d'hygiène sociale, etc.

De plus, cette conception de la défense contre la tuberculose, loin de n'être admise qu'en France, est devenue mondiale, car, lors de la réunion à Paris du Congrès International des sociétés de lutte contre la tuberculose, il y a eu unanimité pour reconnaître la contagion comme origine de la tuberculisation des populations, et la nécessité d'organiser les moyens de défense contre cette contamination. C'est, du reste, aussi l'idée directrice de l'Association internationale organisée par la Croix-Rouge pour lutter contre la tuberculose.

M. le Dr Brunon est le seul médecin français, à notre connaissance, qui combatte cette conception mondiale, et les raisons qu'il invoque sont faciles à réfuter.

La première, c'est qu'il n'a vu dans sa pratique qu'un seul cas de contagion familiale. Cette affirmation, qui a eu lieu au Congrès de Rouen, a amené immédiatement nombre d'auditeurs à protester en s'appuyant sur leur pratique personnelle.

La seconde, c'est que « dans les prisons, où l'isolement devrait supprimer la contagion, la tuberculose sévit. « Personnellement, j'ai été médecin d'une prison, où n'était pas appliqué le régime cellulaire, et la tuberculose n'y sévissait point, parce que dès qu'un détenu paraissait suspect de tuberculose, je l'envoyais à l'hôpital.

Voici la troisième : « Chez les religieuses d'hôpital qui, théoriquement, devraient être contaminées, les cas sont rares, plus rares que dans la population urbaine ». Or, les religieuses, comme tout le personnel hospitalier d'un service bien tenu et où les précautions nécessaires sont prises, doivent être indemnes et non pas contaminées.

En définitive, le Dr Brunon est parti en guerre contre l'opinion actuelle sur la prophylaxie de la tuberculose, parce qu'il s'en est fait une opinion fausse, qui s'affirme dans ce passage de son article : « Dans tous les cas, le bacille resterait le seul agent de la maladie. Ceci est tellement vrai, qu'on en arrive à passer sous silence les conditions de résistance du malade, de peur de détourner l'attention du but essentiel : le microbe. » C'est le contraire qui a lieu, puisque c'est d'après l'état de santé de l'individu soustrait à la contagion que son placement, ainsi que nous l'avons dit, est fait soit dans une famille, soit dans un préventorium, soit dans un sanatorium, etc.

Une autre erreur du Dr Brunon est l'affirmative suivante : « En se basant sur l'observation de certains animaux et en considérant l'ubiquité fatale du bacille, on peut admettre que l'enfant est *inoculé* dès les premiers jours, ou les premières heures de sa naissance. »

Pareille opinion est contredite de la façon la plus formelle par les résultats de la tuberculination pratiquée chez les enfants. Le Dr Calmette vient de les rappeler au Congrès de l'Union internationale de défense contre la tuberculose, tenu en juillet dernier à Londres. « Dans les grandes villes comme Paris, Vienne, Prague, 20 % des enfants sont déjà contaminés à l'âge de 2 ans ; 55 % à 5 ans ; 90 % au-delà de 15 ans ; 97 % des adultes réagissent positivement à la tuberculose. » Par contre, dans un village de la Manche « Burnet, soumettant à l'épreuve tuberculinique 77 enfants de zéro à dix ans, nen trouve qu'un seul infecté à 5 ans, 2 à 6 ans, 4 à 7 ans, et 9, à la dixième année ».

En somme, nous croyons avoir démontré que les critiques portées par le Dr Brunon contre l'idée directrice qui guide, tant dans notre pays qu'à l'étranger, la défense contre la tuberculose ne sont pas fondées, et tiennent à ce que notre confrère a cru à tort qu'on ne s'occupait pas des conditions de résistance des organismes soustraits à la contagion.

Mais, il y a en faveur de la prophylaxie suivie des arguments irréfutables : ce sont les résultats obtenus. C'est ainsi que les enfants du milieu ouvrier parisien laissés au contact de leurs parents tuberculeux le deviennent dans la proportion de 60 %, tandis que les petits pris dans ce même milieu et confiés à l'Œuvre Grancher n'ont que 0,6 % de morbidité tuberculeuse.

De Saint-Etienne, on nous écrit à propos d'une visite des enfants placés à la campagne : « Pour nous, la bonne surprise quand les petits campagnards dont, au passage, nous venons d'admirer la gaieté et la bonne mine, se trouvent être nos enfants, ceux-là même que nous amenions quelques mois auparavant tristes, chétifs, pâlots. »

Même note en Alsace d'où le Dr Hoeffel dit dans son rapport : « C'est avec satisfaction que je constate à chacune de mes visites, le bénéfice que les pupilles retirent déjà au bout de quelques semaines de séjour à la campagne. La réfection corporelle est manifeste, appuyée sur la bonne alimentation et l'éducation physique ; mais, en outre, les enfants prennent goût à la vie champêtre, et les résultats moraux et intellectuels, de l'avis de certains parents nourriciers, ne sont pas moins réconfortants que les résultats physiques ».

Il en est ainsi dans toutes les Filiales de l'Œuvre de Préservation de l'enfance contre la tuberculose, comme il nous a été donné de le constater depuis près de 20 ans que nous collaborons à l'Œuvre Grancher. C'est là, à notre avis, le meilleur argument en faveur de la découverte de Villemin, si bien appliquée par Grancher et notre Comité National de défense contre la tuberculose, qu'elle est devenue le guide de toutes les nations dans la lutte sociale contre la tuberculose, et cela au grand honneur de la science médicale française.

Dr GRANJUX.

***

Autre son de cloche.

Nous lisons dans *Savoir* (1), journal que dirige le Dr

(1) 29 octobre 1921.



MODE D'EMPLOI
5 Perles par jour, une à une à tout moment de la journée
Pour les Enfants de une à quatre Perles par jour
PERLES TAPHOS
LAMBIOTTE FRÈRES
GUÉRISON
des Rhumes, Toux, Bronchites, Coqueluche, Maladies des Voies Respiratoires
DANS TOUTES LES PHARMACIES
TRAITEMENT
des Rhumes, Toux

RENOUVELLEMENT DES ABONNEMENTS

Pour éviter les frais de recouvrement nous prions nos abonnés de vouloir bien nous adresser le montant de leur abonnement, soit 24 fr., par versement à notre compte de chèques postaux PARIS 167-95, versement qui peut être fait dans tous les bureaux de poste

G. Bardet et dont le Dr Henri Bouquet est rédacteur en chef, la note suivante :

La segrégation des tuberculeux.

La segrégation des tuberculeux, c'est-à-dire leur isolement et, à proprement parler, cet isolement réalisé dans des conditions semblables à celles qui sont appliquées aux lépreux, a été envisagée, paraît-il, par quelques esprits empreints d'un radicalisme impitoyable. A ceux-ci, le *Lancet*, de Londres, répond par quelques chiffres que l'on estime devoir rafraîchir un peu leur enthousiasme pour les mesures de ce genre.

L'auteur de cet article établit d'abord que, si l'on suppose que les décès par tuberculose représentent le dixième des tuberculeux vivants, il faudrait imposer l'isolement forcé à quatre cent soixante-trois mille tuberculeux actuels en Angleterre, sans compter les cas qui se manifesteraient ultérieurement, puisqu'il s'est produit, en 1919, 43.000 décès par tuberculose dans ce pays. Si, d'autre part, on prend pour critérium la réaction positive à la tuberculine, c'est quelque chose comme 90 % des adultes qu'il faudrait enfermer dans ces tuberculoseries, au moins à un moment de leur existence.

Il n'est pas mauvais de mettre, de temps en temps, les utopistes en face des réalités. On évite ainsi que des personnes de bonne foi se laissent prendre à leurs fantaisies.

***

Voici, d'autre part, les réponses que nous avons reçues à la question posée par le Dr Cochenies, *le 6 novembre dernier :*

J'ai lu avec intérêt l'article du Dr Cochenies : « La tuberculose est-elle contagieuse ? » et j'approuve hautement son idée de proposer un referendum à tous les praticiens sur la contagiosité de la tuberculose.

Mais il faudrait que les praticiens qui y prendront part aient un certain temps de pratique pour s'être débarrassés des idées emportées de l'école et avoir une suffisante expérience pour que leur opinion soit bien le reflet de la réalité, et non l'expression d'idées théoriques. Pour ma part, je n'hésite pas à répondre à ce referendum.

J'aurai 31 ans de pratique bientôt, et j'affirme que je n'ai pas encore vu un cas de contagion de la tuberculose entre époux. J'ai vu à la vérité, rarement, des époux survivants succombant à la tuberculose. Mais, ces époux, cela était connu de moi, étaient tuberculeux avant le mariage et, en vertu d'une loi d'affinité bien connue, s'étaient mariés entre tuberculeux. Ils n'avaient rien à se communiquer.

En revanche, que de cas plaident contre la contagion et affirmant l'hérédité !

Je pense en écrivant ces lignes à tel tuberculeux, marié, malgré mes conseils, à une femme ardente et saine, ayant 5 enfants d'elle, les 4 premiers mourant tuberculeux, le 5e survivant (alors que les testicules du père légal étaient farcis de fistules et de noyaux tuberculeux : concluez, n'est-ce pas). Le mari mort, la femme se remarie. Elle a 4 enfants de son second mari. Tous, elle comprise, superbes et débordants de santé.

Je pense à un autre cas, 5 enfants, le 5e seul survivant. Comment se défendre de prendre négativement l'axiome latin : *Pater est quem nuptiæ demonstrant* ?

Et que d'autres cas où la pathologie vient faire éclater la bâtardise ! C'est un jeune homme qui va mourir. Seul, dans sa famille, il est tuberculeux. Oui, mais, me murmure la *vox populi*, vous savez quel est le vrai père ? Un tel ? Et Un tel est mort tuberculeux. Dame, c'est que quand on veut faire observation scientifique, il faut savoir ne pas s'arrêter aux apparences. Il faut aussi surtout avoir le courage de ses opinions. Combien de médecins pensent comme moi, que la tuberculose n'est pas cliniquement contagieuse, mais n'osent pas le dire, car le dire, c'est se mettre en travers de l'opinion du Dr X, Y, exprimée dans le *Matin* ou le *Journal*, c'est s'exposer à laisser croire au client qu'on n'est pas au courant.

Il y a une lâcheté médicale, comme il y a une lâcheté civique. On garde pour soi son opinion médicale, comme on n'ose pas affirmer son opinion politique, par peur de ne pas être avec ceux qui crient le plus fort, et ceux qui crient le plus fort en médecine, ce sont les biologistes de laboratoire.

Je ne fais pas fi de ceux-ci et je les consulte toutes les fois que je le peux. Ils guident souvent mon pronostic et même mon traitement. Mais qu'ils ne sortent pas de leur domaine pour nous doter d'une loi odieuse, inopérante et d'ailleurs inapplicable, la déclaration des cas de tuberculeose.

Dr M.

***

Ci-dessous liste intégrale des T. P., mariés, soignés par moi depuis mon installation dans ce pays (1903), avec état consécutif du conjoint.

Femme B, morte T. P., 1903. Mari bien portant, perdu de vue en 1913 (55 ans environ).

C. D., mort T. P., 1902. Femme bien portante actuellement remariée (40 ans).

Femme L., morte T. P., 1902 ; 2e femme L., morte T. P., 1904. Mari actuellement bien portant (45 ans environ).

G., mort T. P., 1905. Femme (36 ans) actuellement bien portante, remariée.

V., mort T. P., 1906. Femme (40 ans), actuellement bien portante.

D., père, mort T. P. 1907. Femme (60 ans), bien portante.

D., fils, mort T. P. 1910. Femme (35 ans) bien portante, remariée.

D. X., mort T. P., 1910. Femme (45 ans) actuelle

ment bien portante (*pleurésie séro-fibrineuse un an après le décès de son mari*).

T., mort T. P., 1913. Femme (39 ans) actuellement bien portante.

Femme M., morte T. P., 1912. Mari (60 ans environ) bien portant.

M. G., mort T. P., 1913. Femme morte en 1920 de kyste hydatique du poumon (cachexie hydatique), après kystes multiples, cuisse, abdomen, abcès.

C., mort T. P. en 1909. Femme 35 ans environ, bien portante. Remariée.

Femme V., morte T. P., 1914. Mari bien portant, 48 ans.

Femme L., morte T. P., 1914. Mari bien portant, 55 ans.

L., mort T. P., 1914. Femme bien portante, 35 ans.

Femme C., morte T. P., 1915. Mari asthmatique depuis sa jeunesse. Aujourd'hui asthmatique sans plus, 48 ans.

D., mort T. P., 1920. Femme bien portante, quoiqu'elle-même de famille tuberculeuse (sœur morte en 1915) (30 ans).

D., mort T. P., 1919. Femme actuellement bien portante (45 ans).

K., mort T. P., 1921. Femme bien portante (40 ans).

Aucun de ces conjoints survivants, à part les particularités signalées à quelques cas, n'a présenté de manifestations tuberculeuses. Tous font encore partie de ma clientèle et je les coudoie pour ainsi dire tous les jours. Cette modeste statistique n'est pas favorable à la notion de la contagion conjugale.

Et si celle-là n'existe pas .... ! Alors !

Je n'aurais jamais osé, moi infime, produire au grand jour les opinions subversives qui se sont formées sournoisement dans mon sein et que j'ai toujours soigneusement celées, tel un vice contre nature ! ! !

Dr Gilbert.

* * *

Permettez-moi de répondre à votre question du *Concours médical* du 6 novembre : « Avez-vous assisté à une évolution bacillaire chez l'époux survivant au conjoint mort de T. P. » ?

Les cas de contamination entre époux sont fréquents. Je dirai même que c'est l'histoire de tous les jours. Il n'y a que celui qui n'exerce pas qui n'a pas vu cela.

Dr Fau.

* * *

Au sujet de la contagion de la tuberculose pulmonaire, question soulevée par le Dr Cochenies, je me permets de vous donner mon opinion, car j'ai déjà une certaine expérience là-dessus.

A l'instar du réformé du Dr Cochenies, je suis persuadé que c'est le *terrain favorable* qui permet l'éclosion de la T. P. et que la contagion est au 2e plan. Mais, pour répondre à la question posée sur la contagion entre conjoints, je déclare avoir observé plusieurs fois la contagion d'un époux sain antérieurement, c'est-à-dire de famille indemne jusque-là, par l'autre conjoint malade, et, dans ces cas, la T. P. contractée est très virulente et active. J'ai aussi observé plusieurs fois ceci :

Un malade bacillaire ouvert vient habiter à la montagne chez un parent, ou un ami ayant des enfants en bas-âge : après quelques mois de cohabitation, apparition de méningite tuberculeuse rapide chez un et même deux des enfants. C'est lamentable ; mais je l'ai vu plusieurs fois. Cela s'explique parce que le terrain de l'enfant est très réceptif à l'égard des infections et, en particulier, de la tuberculose.

Dr Roux.
(Saint-Gervais).

* * *

Il est bien difficile de conclure fermement. C'est le cas, ou jamais, où Hippocrate dit *oui*, tandis que Galien dit *non*.

Je connais un confrère de mes amis dont la première femme est morte tuberculeuse il y a une dizaine d'années ; jusqu'au dernier jour de cette malheureuse, son mari a cohabité avec elle et partagé son lit. *Il n'est pas tuberculeux*.

D'autre part, mon jeune frère est mort tuberculeux en 1901 ; sa femme, atteinte à son tour, l'a suivi dans la tombe deux ans après. Un enfant survivant est décédé l'an dernier de méningite bacillaire, malgré tous les soins les plus judicieux dont il a été entouré.

Cette discordance dans les faits est des plus troublantes. Elle s'explique cependant si l'on veut bien considérer, et c'est mon opinion formelle, que, dans l'éclosion et l'évolution de la tuberculose, le *terrain est tout*. La contagion n'est pas niable, à la condition que la bacille rencontre un sol où il puisse s'ensemencer et cultiver.

Semez du blé sur une grand'route, il ne lèvera jamais.

G. Duchesne.

RADIOTHÉRAPIE

Les ressources actuelles de la radiothérapie

(Suite de causeries pratiques),

1re *causerie* : Fibrome utérin.

Par les Docteurs E. Lacaille et Gibert.

Nous nous proposons, dans une série d'articles, d'étudier, en dehors de toute considération technique, les principales indications thérapeutiques des Rayons X, d'indiquer les résultats que le malade est en droit d'en attendre, et dont l'importance est encore souvent oubliée ou méconnue.

Sans doute la radiothérapie n'est plus ignorée à l'heure actuelle d'aucun médecin, mais comme toute autre méthode thérapeutique, elle a ses cas favorables et défavorables, ses avantages et ses inconvénients, ses succès et ses insuccès. Aussi, nous paraît-il utile d'examiner les divers cas de la pratique médicale où l'on doit escompter une guérison, ou seulement un effet palliatif.

Quels que soient les progrès réalisés dans cette thérapeutique par les radiations, il faut bien d'ailleurs reconnaître qu'elle est loin d'avoir pris l'extension qu'elle mérite et qu'elle est encore conseillée avec timidité, au moins dans notre pays.

Sans vouloir présenter la radiothérapie comme une panacée, nous pouvons toutefois dire, en rappelant l'action cyto-caustique des radiations sur la cellule vivante, que d'une manière toute générale, cette méthode peut être appliquée quand on cherche à détruire une néo-formation, bien entendu avec une technique spéciale à chaque cas.

Les applications si variées des Rayons X en médecine, et plus particulièrement en thérapeutique, ne peuvent être bien connues que d'un certain nombre de spécialistes, car elles exigent de longues études auxquelles le praticien n'a forcément plus le temps de se consacrer. C'est pourquoi nous nous efforcerons en quelques pages de présenter des notions utiles et précises sur les principales affections qui sont à l'heure actuelle justiciables de la radiothérapie. Chemin faisant, nous verrons les avantages que nous croyons pouvoir faire ressortir en faveur de cette thérapeutique.

Traitement du fibrome utérin.

L'*innocuité* et l'*efficacité* de la radiothérapie des fibromes utérins étant maintenant généralement admises, quels sont les fibromes qu'il faut irradier ? On avait cru tout d'abord que la radiothérapie resterait indiquée seulement chez les femmes ayant dépassé la quarantaine, comme un adjuvant en quelque sorte de la régression physiologique au moment de la ménopause naturelle. Il n'en est rien. Chez la femme jeune, le fibrome se manifeste très souvent par des métrorrhagies abondantes ; et c'est précisément ici que la radiothérapie nous paraît faire merveille, puisqu'elle est capable de mettre un terme à ces hémorrhagies par une ménopause artificielle.

Il n'y a pas de contre-indications concernant le siège et le volume de ces tumeurs. Il en existe toutefois qu'il faut bien connaître et nous allons les signaler.

La première est la présence d'un polype du col qui fait saillie par l'orifice et dont l'exérèse s'impose, car ce polype peut être l'origine d'accidents septiques et gangréneux, et lui-même la cause d'hémorrhagies.

De même toute dégénérescence épithéliale ou même suspecte du col sera traitée chirurgicalement.

Enfin une contre-indication très importante, c'est la coexistence de lésions salpingiennes dont le diagnostic est souvent très malaisé.

En effet, sous l'influence d'une irradiation intensive (qu'il s'agisse d'ailleurs de rœntgen ou de curiethérapie) ces foyers microbiens peuvent se réveiller et produire une assez vive poussée inflammatoire. Dans ces cas, il convient alors de suspendre *momentanément* les irradiations, et de ne les reprendre qu'avec une grande prudence.

Mode d'action. La radiothérapie a une action directe sur le fibrome, par destruction et disparition des cellules néoplasiques. De plus, l'action destructive des Rayons X doit s'étendre aux cellules normales des follicules de l'ovaire qui paraît être le centre trophique du fibrome.

Résultats thérapeutiques. Dès les premières séances, parfois dès la 2e, *le fibrome diminue de volume* ; cette réduction de la tumeur s'accentue progressivement au cours du traitement, se manifestant par la disparition des symptômes de compression des organes voisins. La suppression des métrorrhagies est aussi très rapide ; en particulier, les métrorrhagies parfois très tenaces des femmes jeunes diminuent dès la première séance, puis tarissent rapidement. Enfin le dernier résultat obtenu est la suppression des règles qu'accompagnent les bouffées de chaleur. A ce moment, les séances peuvent être suspendues. Cependant il arrive exceptionnellement que cette ménopause n'est pas définitive, et que quelques mois après, des règles reparaissent qui commandent la reprise immédiate de quelques irradiations.

Enfin il ne faut pas oublier que chez les femmes jeunes, on peut essayer de conserver la fonction ovarienne et permettre dans certains cas une grossesse ultérieure ; l'un de nous d'ailleurs en a publié deux cas.

Mode et durée de traitement. — La *méthode* actuellement employée en France *des doses fractionnées* de rayons pénétrants (filtre d'aluminium de 5 à 10 millimètres) présente l'avantage d'éviter le seul danger possible : la radiodermite et les malaises des irradiations massives.

La durée du traitement est variable suivant la grosseur de la tumeur et l'âge de la malade. Actuellement, avec les ampoules Coolidge permettant d'obtenir un rayonnement plus pénétrant et d'augmenter l'intensité des doses, l'action thérapeutique est plus rapide. C'est ainsi que pour des fibromes de grosseur moyenne, le traitement demande 12 à 15 séances hebdomadaires, soit 2 à 3 mois.

Nous pouvons ajouter qu'avec des appareils et une technique en voie de perfectionnement, on abaissera certainement, un jour, la durée de ce traitement à quelques semaines.

En résumé, la radiothérapie des fibromes offre sur la chirurgie l'avantage de ne présenter aucun danger (actuellement avec une bonne technique la radiodermite doit être évitée), de permettre dans



certains cas une grossesse ultérieure, de ne s'accompagner d'aucune douleur, et enfin de ne gêner en rien la vie habituelle des malades.

A TRAVERS LA PRESSE

Il ne faut pas prescrire sous le nom d' « urotropine » l'héxaméthylène-tétramine.

En effet, l'appellation d'urotropine est d'origine et de marque essentiellement allemandes, et elle a permis jusqu'ici à l'industrie chimique allemande de monopoliser la fabrication et la vente de l'héxaméthylène-tétramine. L'urotropine allemande a donné lieu, d'ailleurs, par ses impuretés ou par sa mauvaise conservation, à des déboires thérapeutiques. Les journaux professionnels, le *Concours médical* en particulier (numéros **11** et **15**) ont relevé les observations de médecins praticiens se plaignant des effets obtenus par l'emploi de l'urotropine : gastrites, hématuries, nausées, diarrhée, etc.

Il ne faut cesser de se rappeler que l'hexaméthylène-tétramine, découverte par le Polonais Butherow, élève du chimiste français Wurtz, fut étudiée et expérimentée par Trillat et Bardet sous le nom de formine. Accaparée ensuite par les Allemands, elle fut baptisée par eux urotropine. Mais, au préalable, ils avaient déposé ce mot dans le monde entier comme marque de fabrique, de telle façon dit M. Helme (Voy. *Progrès médical*, **25** mai **1921**), que « chaque fois que nous employons ce mot, ne croyant y voir qu'un vocable scientifique, nous favorisons, sans nous en douter, une marque de fabrique allemande ». Et il engage ses confrères à bannir définitivement ce mot de leur littérature et de leurs prescriptions ; et à le remplacer par celui d'uroformine, vocable bien français, désignant un produit fabriqué par des pharmaciens français, patronné par l'élite du corps médical, et offrant les plus grandes garanties de pureté et d'efficacité.

Dans l'article signalé, M. François Helme passe en revue les propriétés physiologiques et thérapeutiques de l'uroformine et fait un résumé magistral de la thérapeutique générale de ces dernières années. (*Paris médical*, 6 août **1921**.)

Traitement moderne de l'asthme.

M. G. Lyon passe en revue les différentes ressources qu'offre la thérapeutique, dans le traitement de l'asthme.

[Cer]taines sont connues depuis longtemps et [on]t leur preuve. C'est la morphine en injec[tion]s-cutanées d'un centigr. Ce sont les préparations opiacées et belladonées, la jusquiame, le datura.

Voici deux formules que l'auteur recommande :

Éther sulfurique........	1 gr.
Ext. de belladone.......	0 gr. 05
Eau distillée de laurier-cerise	10 gr.
Sirop d'éc. d'or. am.......	40 gr.
Eau distillée...q. s. pour	150 cmc.

ou bien :

Ext. de datura	0 gr. 05
Sirop de codéine.........	30 gr.
Eau de laurier cerise.....	10 gr.
Eau distillée.... q. s. pour	150 cmc.

une cuill. d'heure en heure jusqu'à effet.

Les fumigations de solanées, de nitrate de potasse, qui forment le fond des poudres anti-asthmatiques, les cigarettes, le papier nitré, sont recommandables.

Les inhalations d'éther, de chloroforme, d'iodure d'éthyle, peuvent rendre des services.

Le lendemain de la crise, on prescrira avantageusement du bromure de potassium ou une association de valérianate de caféine (0.05) et de théobromine (0,20) en cachets : 2 à 4 par jour.

Le benzoate de benzyle calmerait la dyspnée persistante.

Les ventouses sèches ou scarifiées agiront sur l'élément bronchitique s'il existe. Les expectorants seront utiles dans les formes sèches (polygala, ipéca du sirop Desessartz, marrube blanc).

Le médicament de choix de l'accès d'asthme est l'adrénaline associée à l'hypophyse.

Le traitement général, en dehors des accès, recourra à l'iodure de potassium ou de sodium, sauf chez les hypertendus ; à l'arsenic sous toutes ses formes, et notamment dans les cures thermales du Mont-Dore, de la Bourboule, de Saint-Honoré.

La gymnastique respiratoire, l'hydrothérapie chaude ou écossaise, la climatothérapie (altitude) sont recommandables.

Si l'asthme reconnaît une cause dépistable, on combattra celle-ci comme il convient, dyspepsie, auto-intoxication intestinale, appendicite, lésions pulmonaires, lésions rhino-pharyngées.

L'anaphylaxie étant considérée comme un des éléments fondamentaux de l'asthme, on essayera de vacciner le sujet contre la protéine pour laquelle il est sensibilisé, ou de le désensibiliser. A cet égard, on pourra prescrire l'autosérothérapie intra-veineuse, la peptonothérapie.

L'asthme infantile ne diffère pas sensiblement de celui de l'adulte. Peut-être la dyspnée de l'accès est-elle plus impressionnante. L'adrénaline reste le médicament de choix (5 à 10 gouttes par la bouche, suivant l'âge ; une goutte en injection sous-cutanée dans 5 cmc. de sérum physiologique). Le sirop d'éther associé au sirop de codéine, la poudre de Dower, l'antipyrine à l'intérieur, la pyridine en inhalations trouvent leurs indications. (*Bull. méd.*, 17 sept. 1921).

Technique des lavages de l'urètre.

M. M. Sée revient en détail sur cette très intéressante question de pratique, laquelle est à la portée de tout praticien, en tous temps et en tous lieux.

On sait du reste ce qui distingue l'injection du lavage, celui-ci faisant pénétrer le liquide jusque dans la vessie, d'où il est expulsé, à la faveur d'une miction, de telle sorte qu'il exerce son action à l'aller et au retour.

L'agent le plus communément employé, au cours des lavages urétraux, est le permanganate de potasse, en solution variant de 0,10 à 1 pour 1000.

Les lavages sont surtout indiqués dans les formes aiguës, quand les lésions sont diffuses en surface, et facilement accessibles. Dans les formes chroniques, où la muqueuse est plus ou moins profondément infiltrée, ils sont moins efficaces. On les commencera le plus tôt possible et on les pratiquera régulièrement chaque jour pendant plusieurs semaines. En tous cas et au moins au début de la période dite de maturité. Ils réclament comme instrumentation la canule bien connue de Janet et un récipient dont le bock représente le type le plus commun ; une pince appliquée sur le tuyau permet de régler l'écoulement du liquide.

Pratiquement, on se trouvera bien d'avoir à l'avance une solution mère de permanganate dont il suffira de verser une quantité déterminée (une cuillerée à soupe) dans l'eau bouillie du bock pour obtenir la solution définitive au taux requis.

Le malade étant soit assis sur une chaise, protégé contre les taches par un imperméable percé d'un trou par lequel passe la verge, soit allongé sur un lit, avec un plat bassin entre les jambes, soit encore, ainsi que personnellement je le fais, quand c'est possible, couché dans une baignoire vide. On commence par vider sa vessie. Le gland et le méat sont savonnés et lavés ; un premier lavage de l'urètre antérieur est effectué avec le liquide du bock placé à faible hauteur (0,50 au-dessus du plan du siège). Puis, le bock est élevé à un mètre, voire 1 m. 50, la canule est insinuée entre les lèvres du méat que les doigts de l'opérateur maintiennent appliquées sur elle. Le liquide pénètre habituellement dans la vessie, sa pression forçant la résistance du sphincter. Si celle-ci n'y réussit pas, on recommande au malade de faire quelques mouvements d'expulsion, ainsi qu'il est de règle à la fin d'un miction normale.

Il est rare que ce tour de main ne donne pas un résultat satisfaisant. L'urètre s'habitue ensuite à la manœuvre qui devient de plus en plus facile.

Dès que la vessie est pleine et que le malade ressent le besoin d'uriner, on enlève la canule et il « pisse » le contenu de celle-ci.

Toutefois, il peut arriver que l'urètre demeure réfractaire au lavage au bock. On peut alors se servir d'une seringue contenant 100 cmc., terminée par un bec analogue à celui de la canule de Janet, et avec laquelle l'opérateur peut graduer la pression et profiter immédiatement du moindre relâchement du sphincter.

J'ajoute que j'ai l'habitude, quand l'écoulement paraît tari, de continuer les lavages soit avec de l'eau boriquée, soit avec une solution faible d'oxycyanure de mercure à 1 pour 1.000 ou 2.000. (*L'Hôpital*, septembre 1921 B.)

Phlegmatia alba dolens.

Depuis que l'asepsie et l'antisepsie sont entrées dans les mœurs obstétricales, la phlegmatia alba dolens s'observe moins fréquemment que jadis. Cependant, elle n'a pas encore entièrement disparu du cadre de la pathologie de la grossesse et de l'accouchement. M. Vignes, dont nous avons à plusieurs reprises analysé d'intéressants travaux sur l'obstétrique, en fait une étude très complète, qu'il termine par un exposé d'un traitement prophylactique et curatif qui mérite d'être retenu par les praticiens.

Préalablement, il procède, dans sa description, par de véritables aphorismes qu'il développe et commente ensuite. Voici les principaux de ceux-ci : « La phlegmatia alba dolens est une « phlébite qui se produit au cours d'une forme « atténuée d'infection puerpérale,... qui se traduit « par un œdème blanc, dur, douloureux,... qui se « complique volontiers d'embolies, et qui laisse « habituellement des séquelles au niveau du « membre atteint... Les lésions de la P.A.D. « consistent en une inflammation de la paroi de « la veine qui détermine une coagulation et des « troubles circulatoires consécutifs : la phlébite « est primitive, la thrombose secondaire... La « P.A.D. est causée par une infection et s'observe surtout dans des cas d'infections atténuées « d'emblée ou en voie d'atténuation... L'attention est attirée en général vers le milieu « de la deuxième semaine... L'embolie pré-« phlébitique est souvent un symptôme de « début... A la période d'état, on voit l'œdème « caractéristique... Dans un tiers des cas, les

« poussées phlébitiques sont multiples... Des « complications locales ou générales peuvent « se produire... Lorsque la P.A.D. et les signes « d'infection ont disparu, tout n'est pas fini, « car il reste des séquelles qui peuvent être « graves... »

La prophylaxie de la P.A.D. réside dans une asepsie aussi rigoureuse que possible, afin d'éviter l'ensemencement des voies génitales par le streptocoque. « Le jour où toutes les manœuvres se feront avec des gants, il n'y aura plus guère de phlegmatia ». Le citrate de soude, administré préventivement pour diminuer la coagulabilité du sang, a une action très limitée en durée et en portée.

Le traitement curatif consiste à immobiliser le membre surelevé et en extension, au moyen d'un coussin de balle d'avoine, le pied étant maintenu à angle droit sur la jambe à l'aide d'une planchette. Un cerceau écartera les draps du membre et des orteils.

Contre la douleur, on pourra recourir à l'aspirine à l'intérieur, à la pommade au collargol ou aux compresses de chlorhydrate d'ammoniaque en applications locales. Les petites doses d'hydrastis canadensis rendent quelques services comme vaso-constrictives.

La mobilisation du membre devra être commencée trois semaines après la chute de la température. Elle sera progressive, lente et prudente. Le lever ne sera autorisé, avec la même prudence, qu'après quinze jours de mobilisation. Les bas et les bandes élastiques sont inutiles. Les séquelles réclament ultérieurement le massage, les bains salés, les boues radio-actives, la cure de Bagnoles-de-l'Orne. (*Journ. des Prat.*, 17 sept. 1921.)

Le pronostic sphygmomanométrique de la grande hypertension artérielle permanente.

Étude très documentée de MM. Lian, P. Broca et J. Clément, dont les conclusions sont à citer *in extenso* :

« Les renseignements fournis pour le pronostic de la grande hypertension artérielle « par le sphygmomanomètre ne peuvent que « gagner à être complétés par un examen clinique. D'ailleurs, comme nous l'avons dit, la « mesure de Mx et de Mn n'est qu'un des temps « de cet examen. De plus, les données pronostiques formulées ici ne sont valables que si « l'hypertension est permanente, et que si la « grande hypertension minima persiste malgré « le traitement. C'est dire que, *comme dans l'interprétation des lois du professeur Widal sur « le pronostic de la grande azotémie, il faut tenir « compte des circonstances cliniques dans lesquelles le sphygmomanomètre a fourni les chiffres « qu'on doit interpréter.*

« En outre, l'examen clinique et biologique « pourra fournir certaines données qui augmenteront la précision du pronostic sphygmomanométrique. Ainsi, lorsque le malade ayant une « grande hypertension minima présente aussi « du pouls alternant, c'est une raison de plus « pour penser que la survie ne dépassera pas « quelques années, etc.

« *Le pronostic sphygmomanométrique ne se « substitue donc pas aux autres éléments d'appréciation pronostique fournis par la clinique et « le laboratoire. Il s'ajoute à eux. Mais lorsque le « sphygmomanomètre montre une grande hypertension permanente minima, ne cédant pas au « traitement, il apporte déjà ainsi à lui seul des « données non pas mathématiques, mais comportant une certaine précision pour l'établissement « du pronostic.*

« *a*) Chez les malades du milieu hospitalier, et « par conséquent dans les milieux ouvriers des « grandes villes, une grande hypertension minima permanente ne cédant pas au traitement « ne laisse guère espérer qu'une survie maxima « de cinq à six ans. La survie sera le plus souvent « inférieure, elle ne sera qu'exceptionnellement « supérieure.

« *b*) Chez les malades de la clientèle urbaine, « obéissant mieux aux prescriptions, pouvant « se reposer plus facilement, étant placés dans « de meilleures conditions d'hygiène, il y a lieu « d'espérer une plus longue survie que dans le « milieu hospitalier. Néanmoins, le pronostic « reste sérieux, et il est probable qu'une survie « supérieure à six ans ne sera pas fréquente. « L'avenir nous fixera sur ce dernier point. « (*Presse médicale*, 17 sept. 1921.)

G. D.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

Paris

L'anémie cancéreuse.

(MM. Albert Robin et Bournigault. — *Académie de médecine.*)

Pour expliquer l'anémie cancéreuse, certains auteurs invoquent les hémorragies néoplasiques, avérées ou occultes ; d'autres font intervenir des troubles de digestion ou d'assimilation. Quelques-uns font jouer un rôle à l'infection des surfaces cancéreuses ulcérées ou à l'intoxication par des toxines hémolysantes émanées de la tumeur. On a invoqué enfin l'insuffisance de la réparation sanguine, c'est-à-dire la rupture de l'équilibre entre une déglobulisation accrue et la reconstitution globulaire.

MM. Albert Robin et Bournigault ont cherché à préciser cette dernière hypothèse et ils pensent y

RECOUVREMENTS

D'HONORAIRES MÉDICAUX

M. LOUIS AUDEBERT Avocat, *Directeur du Contentieux de Syndicats Médicaux. Administrateur d'immeubles.*

5, rue des Saints-Pères, PARIS, Tél. Saxe 48-53.

Pour toute demande de renseignements, écrire à Mᵉ Audebert, en joignant un timbre pour la réponse

AVIS

—

Envois de fonds

Pour l'envoi des abonnements et des cotisations aux filiales, nous rappelons que le moyen le plus pratique et le plus économique est le versement au compte de chèques postaux dont voici les nᵒˢ :

Concours Médical, Paris, 167-95.

Sou Médical, Paris, 182-31.

Mutualité Familiale, Paris, 182-32.

Caisse des pensions de retraites du Corps médical français, Paris, 271-46

Changements d'adresses

Nous rappelons à nos lecteurs que toute demande de changement d'adresse doit être accompagnée de 0 fr. 75 pour frais de réimpression de bande.



être parvenus, en constatant la déminéralisation ferrugineuse du sang et des tissus chez les cancéreux. Selon eux, les différentes causes mises en avant pour expliquer l'anémie cancéreuse sont susceptibles d'intervenir, mais il semble plausible d'admettre que l'élément dominant, primitif ou secondaire, dans cette anémie, est l'insuffisance de la réparation sanguine, *la déminéralisation ferrugineuse* du sang surtout, d'où la justification de la médication ferrugineuse. Le protocarbonate de fer (pilules de Vallet) pour les cancers non saignants, et le perchlorure de fer pour les cancers hémorrhagiques ont paru, à MM. Robin et Bournigault, les préparations les plus recommandables pour améliorer, au moins temporairement, l'anémie cancéreuse.

Sur l'asthme hydatique

(MM. L. Rénon et A. Jacquelin. — *Académie de médecine.*)

L'étiologie de l'asthme et sa pathogénie sont des questions à l'ordre du jour. Aux causes actuellement admises — et elles sont nombreuses — de l'asthme, M. Rénon se demande s'il ne conviendrait pas d'en ajouter une autre : l'échinococcose. Chez un de ses malades porteur de kyste hydatique du foie, l'auteur a vu apparaître des crises d'asthme qui ont bien paru être sous la dépendance du kyste. Chez les sujets atteints d'accès d'asthme, il conviendrait donc de penser à l'échinococcose et de la rechercher.

Traitement de l'angine de poitrine par la résection du sympathique.

(M. Th. Jonnesco (de Bucarest). — *Académie de médecine.*)

Au mois de juillet dernier, M. Jonnesco présentait à l'Académie une seconde observation d'angine de poitrine traitée chirurgicalement par la résection du sympathique cervico-thoracique. L'auteur indique aujourd'hui l'état de son malade quatre mois après l'opération. Cet état est satisfaisant. L'amélioration qui s'est produite immédiatement après l'intervention s'est accentuée de plus en plus. Les phénomènes douloureux ont disparu, la respiration est devenue libre ; la marche, les ascensions sont possibles sans sensation d'oppression. Le sujet a, en un mot, repris sa vie normale.

Le shock post-partum.

(M. P. Guéniot. — *Académie de médecine.*)

Nous avons publié, il y a quelque temps, une leçon clinique du professeur Bar sur les accidents lipothymiques parfois observés consécutivement à l'accouchement. Ces accidents, dans certains cas très graves, à peine mentionnés dans les ouvrages d'obstétrique, doivent être connus et ont suscité différentes explications pathogéniques.

M. Guéniot en rapporte un exemple. Il concerne une femme qui fut prise, peu après un accouchement sinon normal (version podalique) du moins à peu près régulier, sans perte de sang, de phénomènes lipothymiques, pouls à 140, refroidissement général, état de shock très inquiétant, qui dura sept heures, et céda finalement à la suite d'une injection intra-veineuse de sérum adrénaliné, aidé d'aspersions d'air chaud. On pensa à une rupture utérine dont aucune trace clinique ne put être décelée et l'on s'arrêta finalement au diagnostic de shock *post-partum.*

A quoi attribuer ce *shock* chez des femmes qui n'ont pas saigné et ne présentent pas d'effraction génitale sérieuse ? Wallich a soulevé l'hypothèse de fissures utérines provoquées par des dilatations brusques du col ou le passage de gros enfants. Mandel et Bar attribuent les accidents à une déplétion brusque de l'utérus, entraînant une ischémie bulbaire liée à la dérivation intense du sang vers les organes abdominaux (Bar conseille la compression abdominale dans cet état morbide). M. Guéniot pense à une résorption de produits toxiques tenant à une attrition des tissus, en conformité avec la thèse du shock émise par Quénu et Pierre Delbet. Il assimile ce shock post-partum au shock des grands blessés ou des opérés.

Le forceps à grandes guides.

(M. Demelin. — *Académie de médecine.*)

Le forceps à grandes guides de M. Demelin est un forceps avec deux lacs souples, d'une longueur inaccoutumée, de 1 m. 1/4 à 1 m. 1/2 (grandes guides), dont l'avantage est de permettre des tractions éloignées qui laissent une meilleure direction à la partie fœtale et atténuent les inconvénients de la traction. L'effet des grandes guides paraît assez comparable à ce qui se passe lorsque, le long d'un canal, des chevaux traînent un chaland, attelés à une longue corde très oblique par rapport à la direction du canal.

La légende de la guérison de la syphilis après érythrodermie arsenicale.

(M. Gougerot. — *Société médicale des hôpitaux.*)

Depuis quelque mois, la notion semble admise par certains auteurs (Buschke, Freymann, Bruck), en Allemagne, qu'un syphilitique atteint d'érythrodermie post-arsénobenzolique est guéri de sa syphilis au moins pour longtemps, et que sa séro-réaction est et restera négative. Il en résulte, comme sanction pratique, la possibilité de cesser en pareil cas tout traitement. L'explication de cette « guérison » se trouverait dans une imprégnation arsénicale intense ou encore dans un phénomène analogue à la pyrétothérapie de Pick. La pyréto-



thérapie de la syphilis repose, on le sait, sur cette donnée qu'une fièvre élevée, naturelle ou provoquée, semble agir sur le spirochète et protéger notamment contre l'évolution d'une syphilis nerveuse.

Que faut-il penser de l'opinion mise en avant par les auteurs allemands, quant aux suites de l'érythrodermie arsenicale ?

La première impression, dit M. Gougerot, est favorable à l'idée de guérison. Chez les syphilitiques, qui ont eu des accidents érythrodermiques à la suite d'une cure arsenicale, on ne trouve pas effectivement d'accidents en activité et le Wassermann se montre négatif. Ceci est fréquent. Mais lorsqu'on suit ces malades, on voit que cette soi-disant règle comporte d'assez nombreuses exceptions. M. Gougerot cite des exemples de récidives sérologiques et de récidives cliniques après une érythrodermie arsenicale, même intense.

Par conséquent, dit-il, il faut détruire la légende de la guérison de la syphilis après érythrodermie post-arsénobenzolique, car c'est une légende dangereuse. Les malades dans ces conditions doivent être surveillés et traités comme les autres. Bien entendu, il n'est pas possible de leur redonner de l'arsenic, mais on leur administrera du mercure, qu'ils supportent bien, en général, et dès que l'érythrodermie se sera atténuée.

M. Apert rapproche ces rechutes de syphilis à la suite d'une éruption due à l'arsénobenzol, des rechutes de la diphtérie à la suite d'une éruption sérique. Lorsqu'un diphtérique a présenté une éruption sérique, l'immunité conférée par le sérum, au lieu de s'atténuer lentement comme elle le fait d'ordinaire, disparaît brusquement. La clinique le montre comme l'expérimentation. Les récidives de diphtérie sont particulièrement fréquentes après les éruptions sériques, ce qui, évidemment, est doublement fâcheux, car la sérothérapie expose alors à des accidents anaphylactiques sérieux.

Etude et thérapeutique expérimentales du coup de chaleur.

(M. Ch. Richet fils. — *Société de Biologie.*)

Expérimentant sur des souris et des rats, M. Ch. Richet fils est arrivé aux conclusions suivantes :

1° Dans la mort par insolation, ce qui tue, ce sont non les rayons lumineux, mais les rayons thermiques ;

2° Les souris jeunes résistent moins que les adultes, qui résistent moins elles-mêmes que les souris adolescentes ;

3° En dehors des médications physiques (ventilation, affusions d'eau tiède, etc.), certains médicaments peuvent retarder la mort dans le coup de chaleur. L'huile camphrée et la caféine prolongent la vie des animaux de 40 pour 100 environ.

P. L.

Lyon.

Société nationale de médecine et des sciences médicales

Néphrectomie, suivie de néphrostomie sur le rein restant pour anurie calculeuse.

M. de Chabanolle présente, au nom du Dr Giuliani, une malade à qui ce dernier fit en 1913 une néphrectomie (rein gauche) pour pyonéphrose. Cette malade ayant eu un mois après de l'anurie et la radiographie ayant révélé un point au niveau du bassinet droit, M. Giuliani pratiqua une néphrostomie du rein droit. Actuellement, la malade est dans un état florissant et n'a plus présenté, depuis, aucun signe de lithiase. M. Giuliani a opéré depuis, en 1919, une autre malade dans des circonstances analogues.

Chancre syphilitique ulcéreux de la région temporale inférieure.

MM. Jean Lacassagne et Gaté présentent un homme atteint de cette lésion, dont le diagnostic est confirmé par l'existence d'une roséole très nette et par l'ultra-microscope. Ces chancres sont exceptionnels ; ils seraient, plus souvent que les chancres génitaux, suivis de tabes ou de paralysie générale.

Tuberculose bilatérale des capsules surrénales.

MM. J. Chalier et Barret présentent deux capsules surrénales, l'une volumineuse, transformée en une poche purulente, l'autre, de volume normal, remplie de nodules caséeux. Les signes cliniques consistèrent en : douleurs lombaires, vomissements, asthénie, hypotension artérielle. Pas de phénomènes intestinaux ni de pigmentation des muqueuses. La malade avait eu une tuberculose de l'os malaire et de l'ischion gauches et présentait des lésions tuberculeuses assez discrètes des poumons. L'évolution fut rapide.

Contusion abdominale. Eclatement de la rate. Splénectomie.

MM. Cotte et Wertheimer présentent l'observation d'un homme qui fut frappé, au niveau de la base du thorax gauche, par le tampon d'une remorque de tramway. Entré à l'hôpital le soir de l'accident, il ne présente aucun symptôme de lésion viscérale et on surseoit à toute intervention.

Le lendemain, le blessé est pâle, agité ; pouls rapide, narines pincées, abdomen contracturé et douloureux. Intervention : beaucoup de sang dans le ventre, on sent à la palpation la rate broyée ; splénectomie ; évacuation des caillots. Suites opératoires simples, mais deux jours après, délire violent suivi de l'apparition d'un foyer pneumonique à la base gauche. A noter l'intervalle libre écoulé entre le traumatisme et l'apparition des douleurs abdominales et le bon résultat opératoire malgré l'intervention tardive.

Traitement des porteurs de germes diphtériques par l'air chaud.

M. Robert Rendu a étudié en 1912 et 1913 le traitement de la diphtérie par l'air chaud et signalé à cette époque la possibilité d'appliquer cette méthode en vue de poursuivre la stérilisation des porteurs de germes. Depuis, il a eu l'occasion de l'appliquer avec succès, mais sur un nombre trop limité de cas pour en tirer des conclusions. Or, cette méthode vient de donner à Paris, à MM. L. Martin et Dujarric de La Rivière, d'excellents résultats : sur 50 cas, trois à cinq séances d'insufflation d'air chaud suffirent à faire disparaître

les bacilles. La méthode pourra échouer chez les sujets porteurs de végétations ou d'hypertrophie amygdalienne ; l'adénotomie ou l'amygdalotomie seront alors indiquées.

Injections sous-cutanées de lait dans le traitement des bubons.

MM. L.-M. BONNET et REBOUL ont essayé ce traitement chez deux malades porteurs de bubons chancrelleux. Les résultats ont été satisfaisants, avec diminution immédiate de la douleur et des phénomènes inflammatoires. Cette méthode nous vient d'Allemagne où elle a été employée dans de très nombreuses affections : typhus, tuberculose, arthrites, néoplasmes, bubons, etc.

Société médicale des hôpitaux.

Deux cas d'hémoptysies graves traitées par le pneumothorax artificiel.

MM. Paul COURMONT et ARDISSON présentent deux observations de malades atteints d'hémoptysies graves arrêtées par le pneumothorax artificiel. Chez le premier, le succès fut rapide et complet au point de vue de l'arrêt des hémorrhagies et de la fièvre. Chez le second, dont l'état était très grave, l'hémorrhagie fut arrêtée mais le malade emporté par une granulie du poumon opposé, dont l'évolution semble bien avoir été hâtée par l'intervention. Il est nécessaire d'injecter de fortes quantités de gaz dans la plèvre pour obtenir le résultat cherché, de manière à avoir une pression positive qui provoque l'immobilisation du poumon et l'arrêt de la circulation pulmonaire.

Myxœdème congénital soumis pendant 18 ans au traitement thyroïdien.

MM. GARDÈRE, GIGNOUX et J. BARBIER présentent un malade actuellement âgé de 18 ans, atteint de myxœdème congénital et, depuis l'âge de 9 mois, soumis très régulièrement, par périodes de huit jours, séparées par des périodes égales de repos, au traitement thyroïdien. Ce traitement était donné sous forme d'iodothyrine Byla, à la dose d'un demi-comprimé, puis d'un, de deux et enfin de quatre comprimés de 0 gr. 075. Le malade a retiré de ce traitement un certain bénéfice, surtout au point de vue du développement du squelette : il est plus grand et mieux proportionné qu'un myxœdémateux non traité. Il est également mieux développé au point de vue génital. Ses échanges azotés et hydrocarbonés sont normaux. Par contre, il est resté très arriéré au point de vue intellectuel (ne sait ni lire, ni écrire, passe son temps à s'amuser indéfiniment avec le même objet ou reste immobile sans s'occuper à rien), sa dentition est incomplète, ses cartilages de conjugaison non soudés.

Etiologie du rhumatisme chronique déformant.

MM. REBATTU, BONAFÉ et LEBEUF ont recherché chez trente malades atteints de rhumatisme chronique polyarticulaire déformant les circonstances étiologiques susceptibles d'être incriminées pour expliquer la genèse de cette affection et sont arrivés aux conclusions suivantes :

1° Dans 11 cas, ils ont pu rattacher nettement le rhumatisme chronique à un facteur unique, savoir : à la goutte (uricémie) 4 fois ; aux troubles endocriniens (insuffisance thyro-ovarienne) 4 fois ; à la tuberculose, 3 fois.

2° Chez 17 malades, ils ont trouvé une conmbinaison de ces trois facteurs ainsi groupés : goutte et tuberculose, 2 fois ; goutte et troubles endocriniens, 5 fois ; tuberculose et troubles endocriniens, 5 fois ; les 3 réunis, 5 fois.

3° Enfin, deux cas semblent devoir être rattachés au rhumatisme déformant primitif ou trophoneurotique (absence de toute autre étiologie, symétrie des lésions, symptômes nerveux surajoutés).

Noter que dans aucun cas les auteurs n'ont relevé le rhumatisme articulaire aigu franc.

Quant à l'évolution, c'est le rhumatisme d'origine tuberculeuse qui aboutit le plus souvent à des ankyloses des grandes articulations confinant le malade au lit.

De la tension artérielle dans le rhumatisme chronique déformant.

MM. REBATTU, BONAFÉ et LEBEUF concluent de leurs recherches que l'hypertension est à peu près constante dans le rhumatisme goutteux, la tension généralement normale dans le rhumatisme endocrinien, normale ou abaissée dans le rhumatisme tuberculeux. C'est le rhumatisme primitif ou trophoneurotique qui donne les tensions les plus basses, ce qui est en faveur de l'opinion d'après laquelle il n'est qu'une modalité du rhumatisme tuberculeux. Au point de vue pronostique, l'hypertension accompagne des formes peu ankylosantes, compatibles avec un bon état général, l'hypertension au contraire se voit dans les formes ankylosantes et cachectisantes.

Résultats obtenus avec les auto-vaccins.

MM. ARLOING, BOCCA et LANGERON ont obtenu par les auto-vaccins préparés suivant la technique de Wright des résultats constants dans les **infections à staphylocoques**, inconstants, mais cependant à retenir dans les **streptococcies**, intéressants dans les **infections à coli-bacille**. Par contre, dans les infections **typhoïdes** et **paratyphoïdes**, les résultats ont été peu encourageants. Cette thérapeutique est d'application facile, inoffensive et ne contre-indique aucun traitement, médical ou chirurgical.

Réunion obstétricale et gynécologique.

MM. FABRE et RHENTER ont observé, à la Clinique obstétricale de Lyon, 12 cas de **bassin à diamètre antéro-postérieur prédominant**, et sur 7 d'entre eux le dégagement se fit en occipito-sacrée.

Les mêmes auteurs ont vu un **accouchement spontané normal chez une femme ayant eu auparavant un décollement prématuré du placenta**, cas qui milite en faveur du traitement obstétrical et conservateur du décollement placentaire.

Les mêmes auteurs relatent un cas de **dilatation aiguë de l'estomac après un accouchement** et attribuent cet accident à l'auto-intoxication intestinale.

MM. GONNET et VORON relatent un cas d'**éclampsie à évolution rapide** : mort en 24 heures avec contractures généralisées et coma.

MM. COMMANDEUR et BOUGET présentent l'observation d'un **nouveau-né prématuré syphilitique** présentant, entre autres lésions, une **pancréatite interstitielle**. Le pancréas était réduit à une masse conjonctive. Peut-être les lésions du pancréas expliqueraient-elles les troubles d'assimilation que présentent habituellement les nouveau-nés syphilitiques.

MM. VORON et PALIARD présentent deux observations confirmant l'opinion actuelle des syphiligraphes sur **l'excellence des injections intra-veineuses de néosalvarsan dans la syphilis du nouveau-né et du nourrisson**.

M. GUILLERMIN (de Chambéry) relate un cas d'**ichthyose fœtale** ; l'enfant succomba au bout de huit jours.

MM. FABRE et BARBIER ont observé une malade chez laquelle le développement rapide de trois fibromes s'accompagnant de phénomènes douloureux pendant une grossesse nécessita la césarienne et l'hystérectomie à terme.

MM. TRILLAT et EMERY relatent un cas **de rupture utérine pendant la grossesse**. C'est le seul cas semblable observé à la Charité de Lyon sur 36.000 grossesses, et le 32e cas dans la littérature. La malade avait eu antérieurement un avortement provoqué avoué et deux autres fausses couches suivies de curettage.

M. PLANCHU présente un cas de **placenta prævia central** : la femme accoucha après un travail de six jours d'un enfant mort, **sans hémorrhagie**.

MM. VORON et RHENTER relatent un cas de **fibrome prævia avec accouchement spontané**.

M. TRILLAT préconise dans l'**endométrite puerpérale** l'irrigation utérine pratiquée au moyen d'un drain recourbé en crosse laissé à demeure (méthode de Planchu) et dans lequel on fait passer toutes les deux ou trois heures une solution antiseptique, telle que le liquide de Dakin.

MM. BOUGET et GARDON ont observé un cas d'**hydrocéphalie et de spina bifida** chez le 5e enfant d'une femme ayant eu auparavant quatre enfants bien constitués et dont le mari, à l'époque de cette dernière conception, buvait du vin avec excès.

M. RHENTER présente un cas de **décollement du placenta normalement inséré** ; c'est le quatrième cas observé en un peu plus d'un an, d'un accident généralement considéré comme assez rare.

M. PLANCHU relate un cas de **kyste dermoïde de l'ovaire** chez une femme enceinte, pour lequel il fit, avec M. Durand, d'abord la césarienne, puis l'ablation du kyste. L'intervention fut pratiquée au voisinage du terme et les suites furent excellentes pour la mère et pour l'enfant.

MM. FABRE et BARBIER ont vu deux femmes ayant accouché spontanément et deux autres par césarienne qui expulsèrent les jours suivants des ascaris, expulsion accompagnée de fièvre et de vomissements.

A. C.

REVUE DES CONGRÈS

XXXe Congrès de l'association française de chirurgie.

Le XXXe Congrès de l'association française de chirurgie, qui s'est tenu les 4-5 octobre à Strasbourg, a eu à son ordre du jour trois questions : le *traitement de l'épilepsie consécutive aux traumatismes crâniens* (rapport de MM. H. BILLET et LENORMANT), la *vaccinothérapie dans les affections ostéo-articulaires* (rapports de M. L. DEBREZ, de Liége, et de M. R. GRÉGOIRE, de Paris), et *les résultats éloignés de la chirurgie du cancer du sein* (rapports de MM. FORGUES et WALTHER).

Traitement de l'épilepsie consécutive aux traumatismes crâniens.

La question de l'épilepsie traumatique a pris une grande importance avec la guerre, l'épilepsie se montrant comme séquelle dans 10 à 20 p. 100 des blessures du crâne. MM. Billet et Ch. Lenormant (de Paris) envisagent successivement les formes cliniques de cette affection, les indications thérapeutiques et la technique des interventions.

L'épilepsie jacksonienne est loin de résumer toute l'épilepsie traumatique. Celle-ci comprend, en effet, les formes suivantes : *a*) l'épilepsie généralisée, de symptomatologie bien connue, avec sa perte brusque de connaissance, ses convulsions toniques et cloniques, généralisées ; *b*) l'hémiépilepsie ; *c*) l'épilepsie partielle, du type brachial, facial, ou crural, qui ne s'accompagne pas de perte de connaissance et débute toujours par l'aura (signal symptôme) renseignant sur le siège de la lésion causale ; *d*) les équivalents comitiaux, de deux types (Béhague) : équivalents généraux qui se rattachent à l'épilepsie généralisée (vertiges, absences, fugues, vomissements, etc.) et les équivalents partiels liés à l'épilepsie partielle (troubles moteurs, sensitifs, thermiques, etc.) ; *e*) les formes complexes enfin. Elles consistent soit dans une évolution de l'épilepsie partant de l'équivalent comitial pour aboutir à la crise généralisée, soit dans la généralisation d'une crise localisée, soit dans l'alternance des différentes formes. Le type le plus fréquent est l'épilepsie traumatique généralisée, (2/3 des cas) ; vient ensuite l'épilepsie partielle ; viennent enfin, les équivalents comitiaux.

L'alcoolisme, la syphilis peuvent jouer un rôle déterminant dans cette épilepsie. Le traumatisme est, bien entendu, le facteur principal. Les blessures les plus épileptogènes sont celles de la région pariétale. Les corps étrangers, l'infection, interviennent souvent. Le traitement préventif, la régularisation du trauma, a une valeur prophylactique indéniable.

L'épilepsie débute généralement de quatre à dix mois après la blessure crânienne, mais elle peut être beaucoup plus tardive. Elle tend plutôt à l'aggravation pour aboutir à l'état de mal et à la mort.

L'épilepsie traumatique est-elle justiciable d'un traitement chirurgical. Les avis sont encore partagés. On peut espérer, semble-t-il, cependant, de la chirurgie, des améliorations durables. Le traitement médical et la radiothérapie ne doivent pas être, non plus, oubliées. L'intervention se guidera un peu sur les lésions rencontrées et à défaut de lésions appréciables, pourra comprendre l'extirpation du centre épileptogène.

L'opération ne paraît pas particulièrement dangereuse (8 à 10 % de mortalité). Elle est souvent utile, rarement tout à fait curatrice et il est légitime d'y avoir recours dans les cas rebelles à la cure médicale.

M. BÉHAGUE, s'appuyant sur une large expérience (plus de 4.000 cas), estime que la latence dépasse exceptionnellement 18 mois. Passé dix-huit mois, après la blessure, un traumatisé du crâne qui n'a pas présenté de manifestations comitiales, n'en aura vraisemblablement jamais. D'autre part, les

épileptiques sans traitement ne semblent pas forcément voués à l'aggravation : selon l'auteur, un tiers s'améliore spontanément et un tiers reste stationnaire. D'où le peu d'intérêt, en général, de l'intervention opératoire en cas de plaie encéphalique ou méningée ayant entraîné l'épilepsie.

MM. Leriche et de Martel discutent sur l'état du cerveau au moment de l'accès épileptique. M. Leriche a constaté, chez deux malades opérés pendant la crise, de l'ischémie. M. de Martel a vu au contraire le cerveau, pâle avant la crise, se congestionner au moment de la crise. Pour lui, le traitement le plus important est l'opération préventive, faite aussitôt après le traumatisme.

Séro et vaccinothérapie dans les affections ostéo-articulaires.

M. L. Debrez (de Liège) étudie la vaccinothérapie chirurgicale dans ses caractères généraux et M. Grégoire (de Paris) l'envisage surtout dans ses résultats cliniques.

Les sérums sont fournis par les Instituts. Les vaccins peuvent être préparés dans tout laboratoire. D'où la multiplité des formules et la variabilité des résultats. L'atténuation de la virulence des germes est obtenue de différentes façons, par vieillissement (Delbet), par des agents chimiques (éther, chloroforme), par des agents physiques (rayons ultra-violets), par la chaleur surtout. Pour la bactériothérapie, l'action, considérée d'abord comme spécifique, n'est peut être que para-spécifique et voisine de la protéinothérapie.

M. Debrez rappelle les résultats de la séro et de la vaccinothérapie dans l'ostéite typhique (Chevrier, Sicard, Robineau), dans l'arthrite gonococcique (Wright, Nicolle et Blaizot, Le Moignic), et dans les affections ostéo-articulaires strepto et staphylococciques.

M. Grégoire, passant rapidement sur la sérothérapie en chirurgie, s'étend principalement sur la vaccinothérapie dont les résultats sont ici plus importants. La technique vaccinothérapique consiste en injections sous-cutanées, faites aseptiquement, d'une quantité déterminée de corps microbiens. Les uns injectent des doses massives (Delbet. 14 milliards), les autres des doses croissantes (Grégoire, de 2 millions au début à plusieurs milliards). Les injections sont répétées tous les 3, 4 ou 5 jours allant à 6 ou 8 injections.

Discutée pour d'autres infections, la vaccinothérapie est fertile en résultats heureux dans l'infection staphylococcique, dans l'ostéomyélite en particulier. Dans les formes septiques, toutefois, il faut opérer de suite. Dans les formes aiguës et subaiguës la vaccinothérapie est indiquée, sauf lésions myocardiques ou rénales. Dans certains cas le vaccin peut suffire, dans d'autres il faut trépaner (séquestres à enlever, par exemple) et vacciner.

MM. Sencert et Ferry (de Strasbourg) considèrent la vaccinothérapie, employée selon la technique de Grégoire, comme une méthode anodine, efficace, et un adjuvant important du traitement chirurgical.

M. Portmann préconise, en oto-rhino-laryngologie, les stocks-vaccins dans les affections aiguës et les auto-vaccins dans les suppurations chroniques.

Pour M. Bérard (de Lyon), la vaccinothérapie est un traitement très encourageant, quoique non infaillible. On l'appliquera le plus près possible du début de l'infection, après évacuation du pus, s'il en existe collecté.

M. Mouchet considère la vaccinothérapie comme une arme thérapeutique adjuvante, précieuse, dans l'ostéomyélite. Cette affection cependant, dit-il, doit rester une maladie chirurgicale.

P. L.

BIBLIOGRAPHIE CRITIQUE

Revue des Livres.

Librairie FÉLIX ALCAN. Paris.

Ch. Richet, Professeur de physiologie à la Faculté de Médecine de Paris, membre de l'Académie des sciences et de l'Académie de médecine, et Ch. Richet fils, chef de travaux de pathologie expérimentale, ancien chef de clinique à la Faculté de Médecine de Paris. — **Traité de physiologie médico-chirurgicale.**

Cet ouvrage en deux volumes n'est pas seulement le reflet et le développement du cours classique de physiologie ; son esprit semble différent de celui qui caractérise la plupart des autres traités, tant en France qu'à l'étranger.

Il est écrit spécialement pour les étudiants en médecine, les médecins, les candidats aux différents concours ; c'est dire que, sans négliger la physiologie générale, les auteurs insistent surtout sur la physiologie de l'homme à l'état de santé ou à l'état de maladie. Aussi les incursions de la physiologie en territoire pathologique y sont-elles particulièrement nombreuses, sans que les auteurs aient craint d'être accusés par les physiologistes d'avoir fait œuvre médicale et par les médecins d'avoir fait œuvre physiologique.

On ne peut mieux le comparer dans son plan et ses développements qu'aux divers traités d'anatomie médico-chirurgicale où tant de générations ont appris à la fois l'anatomie et les grands principes de chirurgie.

Ce sera le livre indispensable aux médecins et aux chirurgiens qui aiment à comprendre ce qu'ils observent.

A. MALOINE et FILS, éditeur.

Dr G. Devimeux. — **Le traitement de la scoliose**, avec 18 fig.

Nos lecteurs se souviennent de l'intéressant article publié par le Dr G. Devimeux dans le *Concours médical* du 15 mai 1921 sur *la cure d'assouplissement dans le traitement des scolioses.* Notre confrère a, dans un opuscule des plus intéressants, exposé comment il comprend le traitement de la scoliose. De nombreuses figures ajoutent à la clarté de ses explications. Avec la cure d'assouplissement, Devimeux préconise le corset, non le corset plâtré inamovible qui atrophie la musculature et expose à de nombreux ennuis, mais un corset de celluloïd amovible construit d'une façon personnelle à l'auteur et sur laquelle il donne toutes les explications désirables, qui permet de continuer la cure d'assouplissement selon les indications spéciales à chaque malade.

Devimeux insiste sur l'utilité de la gymnastique respiratoire dans le traitement de la scoliose. Il se sert du spiroscope du Dr Pescher, de celui du Dr Lance ou d'une simple éprouvette remplie plus ou moins d'eau dans laquelle il plonge un tube en verre s'adaptant à un tube en caoutchouc muni d'une embouchure. Il cite, à l'appui de sa conviction de l'utilité de la gymnastique respiratoire dans le traitement des scolioses, les remarquables constatations expérimentales faites par Pescher et relatées dans son très intéressant livre sur l'*Entraînement respiratoire*. Bien que comptant plus sur la gymnatique respiratoire que sur la gymnastique générale, Devimeux qui, comme tout bon praticien, est loin d'être exclusif, conseille d'avoir aussi recours à cette dernière et indique par des figures le genre d'exercices qui convient à chaque forme de scoliose. Enfin, il constate que le massage aussi est loin d'être inutile.

L'auteur conclut en ces termes :

« Il est possible de redresser une scoliose même rigide mais non synostosée en insistant sur les séances prolongées d'assouplissement et en faisant porter au sujet un corset véritablement actif. Les formes moyennes donnent de bons résultats à condition de conduire leur traitement avec présévérance et énergie. Les formes avancées et anciennes dépassent bien entendu nos ressources.

Mais il faut savoir que le traitement est toujours long. Après avoir obtenu le redressement, il faut continuer à maintenir le rachis pendant longtemps, quelquefois plusieurs années.

De plus, il ne faut rien négliger des ressources que peuvent fournir une hygiène et un traitement médicamenteux bien compris.

Il y a plus à compter sur la gymnastique respiratoire que sur la gymnastique générale même correctement appliquée, celle-ci devant toutefois ne pas être négligée.

Enfin, il y a lieu d'éviter au rachis l'action de la surcharge prolongée en insistant sur le décubitus horizontal aussi souvent que celui-ci est possible. »

Nous conseillons vivement de lire cette courte étude sur le traitement de la scoliose, elle émane d'un médecin consciencieux qui, très au courant des travaux publiés sur le traitement des scolioses, a cherché lui-même à apporter des améliorations, basées sur sa propre expérience, guidées par un esprit méthodique et judicieux.

J. N.

Revue des Thèses

Paris

P. — Dr J. Louineau. — **La méthode de l'intra-dermo-réaction et ses récentes applications.** (Ollier-Henry, Paris, 1921.)

L'auteur termine le chapitre de ses conclusions par les propositions suivantes qui semblent délimiter assez exactement le champ de ses recherches :

Les résultats annoncés par les auteurs italiens dans l'intra-dermo-diagnostic de l'échinococcose demandent confirmation.

En général, une intra-dermo-réaction demande, pour être interprétée, le contrôle répété d'intra-dermo témoins, où l'on fait varier à la fois l'antigène et le sujet.

L'intra-dermo-réaction n'a donné, jusqu'à ce jour, aucun résultat dans le diagnostic du cysticercus tenuicoelis, parasite du mouton.

P. — Dr Émile Durand. — **Etude physiologique et clinique du di-éthyl-iso-valériamide (valimyl).** (Paris, Vigot frères, éditeurs, 1921.)

Médicament antispasmodique par excellence, la valériane comporte des difficultés réelles dans son emploi ; notamment l'odeur ou le goût extrêmement prononcés, et l'irrégularité des préparations.

Les progrès de la chimie de synthèse ont permis d'obtenir, au moyen de l'acide valérianique, et sous la forme de diéthylisovalériamide, un produit qui agit à faibles doses et qui a donné des résultats satisfaisants dans les cas où l'on emploie la valériane : dans l'hystérie même grave et dans certains cas de neurasthénie et d'hypochondrie ; dans les névroses traumatiques ; dans

les névralgies telles que l'hémicrânie, névralgies sciatiques ; dans les troubles de la menstruation ; dans les troubles au moment de la gravidité et au moment de la ménopause ; dans les bourdonnements d'oreilles de l'otosclérose. Les indications du diéthylisovalériamide ou Valimyl sont multiples ; il peut être considéré comme un bon régulateur de l'action nerveuse et par conséquent, comme un sédatif dans les cas où le système nerveux est excité, et dont l'action reste constante.

P. — Dr André Champion. — **Contribution à l'étude de l'isobromyl** (**α monobromisovalérylurée**). (Paris, Jouve et Cie, éditeurs, 1921.)

Des recherches et des expériences de l'auteur, il résulte et on retiendra que l'α monobromisovalérylurée (Isobromyl), douée de propriétés hypnotiques, se prescrit habituellement aux doses de 30 à 60 centigrammes par vingt-quatre heures, lesquelles, dans beaucoup de cas, peuvent être largement dépassées.

L'Isobromyl provoque un sommeil qui débute de cinq à vingt-cinq minutes après l'ingestion et dure de trois à cinq heures, est calme avec une respiration profonde et régulière, n'a pas d'action sur la pression artérielle.

Le réveil est normal et le malade ne se plaint jamais d'aucun des inconvénients tels que maux de tête, lourdeur dans les membres, si fréquemment déterminés par d'autres hypnotiques.

La toxicité de ce médicament est faible et les produits de désintégration à l'intérieur de l'organisme que l'on retrouve dans les urines sont dénués de toute toxicité.

La tolérance gastro-intestinale est parfaite, l'élimination rapide. Il n'y a point d'accoutumance. L'isobromyl peut être administré à toutes les catégories de malades, y compris les enfants et les vieillards.

Lyon

L. — Pélissier. — **Le citrosalicylate de pipérazine ; étude pharmacodynamique, physiologique et clinique.**

Le cytrosalicylate de pipérazine est un composé nouveau, défini, stable, soluble, à 17° dans l'eau, à raison de 3 gr. 75 pour 100. D'après ce que l'on sait de la théorie de l'uricémie, chacun de ses constituants est apte à jouer un rôle dans le traitement de cette diathèse. L'expérimentation pharmacodynamique montre que le citrosalicylate de pipérazine (urazine) augmente l'excrétion d'acide urique chez l'animal rendu artificiellement uricémique.

Les résultats cliniques sont du même ordre : chez les malades où le citrosalicylate de pipérazine a été expérimenté, P. a trouvé les résultats suivants : amélioration de l'état général ; dans le sang, diminution ou même disparition de l'acide urique ; dans l'urine, au début de l'administration du médicament, décharge d'urée et d'acide urique, puis diminution notable.

Le citrosalicylate de pipérazine a toujours été bien toléré jusqu'à la dose de 1 gr. 40 par jour, pris pendant 8 jours ; P. n'a observé aucun trouble digestif, aucun accident urinaire, même chez les néphrétiques. La forme en comprimés ou granulés lui a paru la meilleure, les granulés offrant l'avantage de faire absorber, en même temps que le médicament lui-même, une assez grande quantité de liquide.

L. — P. Champalbert. — **Sur un nouvel anesthésique local insoluble : le paraforme.**

Le paraforme est l'éther butylique normal de l'acide para-amino-benzoïque ; il est pratiquement insoluble dans l'eau et beaucoup plus soluble dans les dissolvants des lipoïdes. Sa toxicité peut être regardée comme nulle ; en particulier, il ne provoque pas la formation de méthémoglobine. Il exerce une action anesthésiante marquée supérieure à celle des autres corps qui appartiennent aux mêmes groupes chimiques ou pharmacodynamiques.

De 14 observations, C. conclut que le paraforme mérite d'être employé comme anesthésique sans danger, à action durable et très localisée. C'est surtout en rhino-laryngologie que le paraforme a été employé. Le mélange suivant :

Paraforme	20 gr.
Lactose	80 —

a donné des résultats très satisfaisants. L'anesthésie ainsi obtenue est extrêmement rapide, soit qu'on l'emploie sur la muqueuse nasale, sur la muqueuse pharyngée, amygdalienne ou laryngée. Il a été employé en outre, en pathologie gastrique, pour combattre les douleurs des ulcérations.

L. — Dr Henri Dollet. — **Les voies de sortie au pôle postérieur oculaire du mélanome choroïdien.** (Lyon, La Source, G. Neveu et Cie, 1921).

PARTIE PROFESSIONNELLE

MÉDECINE SOCIALE

Le médecin et les lois sociales nouvelles.

Notre ami P. Lacroix a commencé, dans le dernier numéro du *Concours médical*, l'exposé de l'enquête à laquelle, sur notre demande, il vient de se livrer en Alsace, sur le fonctionnement de l'assurance-maladie.

Une première conclusion se dégage de cette enquête, et elle confirme ce que nous savions déjà par Wennagel, aussi bien que par Lafontaine et Quivy : les malades sont singulièrement soignés, ou pas soignés du tout, sauf quand ils entrent, de gré ou de force d'ailleurs, à l'hôpital, dont l'organisation, par contre, confine à la perfection. Ils ne s'en plaignent d'ailleurs pas, géralement.

Les médecins tirent de l'assurance des ressources qui, assez souvent, acquièrent une certaine importance. Il en est même, ceux qu'on désigne sous le nom pittoresque de *lions des Caisses*, qui font de véritables fortunes. Mais à quel prix !

Peut-on dire qu'ils exercent une profession libérale ? Que non pas. Est-ce seulement un métier ? Pas même. Ils ne font pour ainsi dire pas de visites à domicile. Tout, ou presque, se passe dans leur cabinet, où, en bons fonctionnaires qu'ils sont devenus, ils se tiennent à des heures déterminées, par exemple, de 9 h. à midi et de 2 h. à 5 h. Pendant tout ce temps, les clients y défilent en rangs compacts. Parmi eux, se trouvent les *tire-au-flanc*, comme à la visite régimentaire ; avec cette différence toutefois que la pratique civile ne comporte pas les sanctions de la discipline militaire, dont la crainte est, pour le troupier, souvent le commencement de la sagesse.

Les médecins font donc à peine un métier de fonctionnaires. Fonctionnaires de qui ? *De leur Syndicat*, lequel de son côté, dispose à leur égard, de sanctions qui n'ont rien d'illusoire : amendes pouvant aller jusqu'à 5.000 francs ; exclusion du Syndicat et du service médical de l'assurance ; rupture de toutes relations confraternelles et mise au ban de la corporation. C'est joyeux, ne trouvez-vous pas ?

Il est bon que toutes ces choses-là soient rappelées, à l'heure où l'on insinue dans la grande presse, quand on ne le déclare pas formellement, que le régime alsacien-lorrain a la faveur du Parlement et du Gouvernement, qui voudraient l'acclimater en vieille France.

Il faut les rappeler avec insistance, et conclure que, nonobstant cette faveur, qui sent la démagogie d'une lieue, notre corps médical ne se résoudra jamais à s'y soumettre : 1° parce qu'il a avant tout le souci des malades, dont les intérêts sont primordiaux, aussi bien comme malades que comme êtres humains ; 2° parce qu'il se refusera, je veux le croire, à subir une fonctionnarisation qui n'est, au demeurant, qu'un asservissement, une aliénation de soi-même, incompatibles avec la haute idée qu'il se fait de son rôle et de son rang dans la Société.

J'espère donc que le Corps médical organisé, dans les grandes assises qu'il tiendra prochainement, sera unanime à repousser d'un bloc le régime alsacien-lorrain, même s'il prend parfois le caractère alléchant des présents d'Artaxerxès.

***

Je doute qu'il se prononce avec la même unanimité en faveur du régime de la liberté que j'ai défendu depuis quelques mois et pour lequel je bataille, non sans recevoir quelquefois des horions ? Ne m'a-t-on pas traité, ici, de réactionnaire, là, de bolchevique, ce qui, en passant, démontrerait qu'on ne s'entend guère sur la signification de ces deux épithètes ?

De cela, je n'ai cure. Mon intérêt personnel en l'espèce est des plus minces. Je ne cherche pas plus à me tailler une popularité tapageuse, parmi les confrères qui partagent ma manière de voir, que je ne m'émeus, ni ne me fâche de la critique facile qui me représente comme me livrant, pour mon plaisir, à des exercices de style. Trente années de vie médicale m'ont donné quelque expérience des choses de la médecine professionnelle. Cette expérience me permet, — du moins, je le pense, — de discerner les périls qui menacent le médecin dans la Société de demain. Et je m'efforce, en toute bonne foi, de mettre ces périls en relief et de montrer comment, à mon modeste sens, on pourrait peut-être les éviter.

Tant qu'une réglementation et une tarification des soins médicaux a été limitée aux accidentés du travail aussi bien qu'aux indigents, ces périls étaient eux-mêmes restreints et pouvaient, dans une certaine mesure, être traités en quantité négligeable. Mais, voilà que réglementation et tarification officielle sont en passe d'être appli-

cables à la plus grande partie de l'exercice professionnel, puisqu'on nous dit que les assurés sociaux représenteront environ 75 % de la clientèle des médecins. Alors, cela mérite que nous nous en préoccupions davantage, afin que nos dispositions soient prises de manière à ne pas nous trouver désemparés devant le fait accompli.

***

Ces dispositions, telles que je les conçois, ne représentent nullement une innovation. Des correspondants nous ont signalé que, dans certaines localités, des ententes ont été passées entre mutualités et groupements médicaux organisés, selon lesquelles le médecin ignore la Mutualité en tant que responsable des honoraires médicaux et traite directement avec son malade, considéré comme un client ordinaire.

Et ce système fonctionnerait à la satisfaction générale.

Je ne demande pas autre chose pour l'assurance sociale. Est-ce donc impraticable dans ce cas, alors que cela marche bien dans certaines Mutualités ? La réponse ne me paraît pas douteuse.

Quoiqu'il en soit, des documents qui me sont parvenus, ainsi que de conversations que j'ai eues ces jours-ci, il résulterait qu'un courant se dessine fortement en faveur d'un régime que j'appellerai mixte, selon lequel le Syndicat traiterait localement avec l'Assurance sur les bases irréfragables du libre choix absolu et de l'honoraire calculé acte médical par acte médical, en dehors de toute tractation forfaitaire. En outre de la part mise à la charge de l'assurance, l'assuré participerait au paiement, des honoraires au moyen du ticket modérateur.

Ce régime supprimerait-il les abus que commettent très habituellement les malades soignés aux frais d'un tiers, et aussi ceux que commettent certains médecins ? Il faudrait, en ce cas, que la part mise à la charge de l'assuré soit assez forte pour qu'il y regarde à deux fois avant de se livrer à des appels fantaisistes et injustifiés.

Quoiqu'il en soit, les médecins ne peuvent pas dire à cette heure qu'ils ne sont pas éclairés. Ils connaissent le pour et le contre des différents systèmes qui leur sont proposés. A eux de savoir s'ils sont assez étroitement unis pour faire prévaloir celui qui finalement aura leur préférence.

Quand ils se seront prononcés en majorité, je m'inclinerai devant leur verdict, quitte, s'ils ont à souffrir et à se repentir un jour de la décision qu'ils auront prise, à leur dire, si je vis encore : « Tu l'as voulu, Georges Dandin, tu l'as voulu ».

G. DUCHESNE.

***

Syndicat des médecins de l'arrondissement de Beaune (37 syndiqués sur 37).

(6 novembre 1921).

I

Projet de loi « assurance-invalidité- maladie ».

Les médecins de l'arrondissement de Beaune réunis en assemblée générale le 6 novembre 1921, après avoir examiné la situation que leur ont créée les contrats passés pour les accidents du travail, pour les soins aux mutilés et que leur créera la loi « assurance-invalidité-maladie » ;

Considérant que les contrats font descendre le corps médical au rang d'employé pour aboutir progressivement et fatalement au fonctionnarisme ;

Considérant qu'il est temps de revenir à la saine définition de notre profession dite libérale, c'est-à-dire profession où domine le travail de l'esprit qui unit l'homme de science à l'artiste intellectuel ;

Considérant que cette profession ne peut être liée par des contrats qui entravent et enchaînent son indépendance, sa liberté ;

Considérant que persister dans la voie suivie jusqu'à ce jour serait faire preuve d'un aveuglement funeste à toute la corporation médicale ;

Déclarent qu'ils subissent à regret les tarifications qui leur ont déjà été imposées, et, que voulant conserver leur indépendance et leur liberté, caractéristiques de leur profession, ils s'opposent énergiquement à tous contrats, à tous forfaits, sauf en ce qui concerne les indigents.

Déclarent, au sujet du projet de loi « assurance-maladie-invalidité », déposé le 22 mars 1921 sur le bureau de la chambre par M. Daniel Vincent, qu'ils n'accepteront de traiter avec les caisses d'assurances par le contrat collectif qu'avec les réserves formelles suivantes :

1° Que le libre choix soit nettement inscrit dans la loi,

2° Que le tarif à la visite soit le seul mode de paiement, sans aucune restriction forfaitaire ou autre,

3° Que soit mis en vigueur, par le ticket « modérateur», la participation personnelle du client, participation de 1/2 ou de 1/3 minimum, la valeur totale du ticket devant être conforme au tarif syndical minimum.

4° Que l'entente sur les modalités d'application locales se fasse directement entre les caisses d'assurances locales et les syndicats médicaux,

5° Que les syndicats médicaux et fédérations soient représentés dans tous les organismes chargés de la préparation et de l'application de la loi.

***

Les beautés quotidiennes du système administratif et étatique doivent, je l'espère, faciliter la campagne que vous poursuivez pour défendre notre liberté médicale déjà sensiblement compromise.

A la moindre organisation de l'Etat s'ajoute une telle paperasserie, et toujours le même état d'esprit de pseudo-surveillance, en pratique vexatoire, superficiel et inutile en fait, que les meilleures volontés d'entente pour une amélioration hypothétique sont rapidement réfrénées.

La lutte officielle contre la tuberculose, organisée dans ce département, me paraît faire faillite.

Depuis qu'elle existe, les seuls bénéfices qu'en aient retiré mes clients sont, du temps des Américains, qui étaient plus actifs et plus larges, des services et des hospitalisations qui ont évité des contaminations intrafamiliales et actuellement quelques séjours au bord de la mer (Berck), pendant les vacances, d'enfants suspects ou malingres. Le rendement paraît faible, les confrères faisant de leur mieux. C'est encore beaucoup de bruit pour une façade derrière laquelle n'existe qu'une petite masure.

Son utilité, à la campagne, est très limitée.

Pour l'administration, voici ce qui m'arrive. Ayant reçu récemment un nouveau titre de pension de deux ans comme V. G., je vais à la perception pour en recevoir le montant trimestriel. Le percepteur qui, jusque-là, sur présentation du premier titre provisoire, me payait immédiatement, m'a fait faire successivement les déplacements suivants :

1° Premier déplacement ci-dessus ;

2° et 3° A la mairie pour demander une carte d'identité et la reprendre quelques jours après ;

4° Nouveau voyage à la perception, à son jour naturellement, avec cette carte ;

5° Je dois y retourner dans un mois à six semaines pour toucher.

Enfin, à chaque trimestre ultérieur, je dois déposer mon titre, puis huit jours après émarger.

Je trouve cela honteux pour les quelques millions d'individus qui doivent faire comme moi et se plier aux exigences bureaucratiques.

Comme l'a indiqué le *Concours*, le procédé à appliquer, le meilleur pour l'assurance-maladie obligatoire, me paraît être le système lyonnais. Si la loi n'était formelle, ce serait une façon de limiter *utilement* les dépenses exagérées de l'A. M.

N'avons-nous pas intérêt aussi à continuer à lutter pour arriver à uniformiser les prix des visites (S. S. M., V. G. assurance-maladie), et à supprimer les trois catégories qui nous classent en trois valeurs de médecins aux yeux de la clientèle, et ne répondent pas à la différence imaginaire du prix de la vie et des frais professionnels à la ville et à la campagne.

D[r] G.,
(Eure-et-Loir).

***

Je me permets, vieil abonné du *Concours* (depuis 1907), de vous féliciter pour vos articles sur l'assurance-maladie.

Si j'ai bien compris, il se présente, en somme, deux solutions au problème :

1° Accepter le projet de loi Vincent, calqué sur la loi alsacienne. Je ne crois pas que beaucoup de confrères français le feront, pour peu qu'ils se soient donné la peine de lire le *Concours* et l'étude en cours publiée par le « Médecin Syndicaliste ».

2° Ignorer totalement ces assurances sociales, c'est-à-dire laisser l'Etat constituer ces caisses, et les assurés se débrouiller avec elles ; ne considérer les assurés que comme des clients ordinaires, ne recevoir paiement que d'eux-mêmes et leur en délivrer un reçu qu'ils présenteront aux caisses pour s'en faire indemniser comme ils en auront convenu ensemble, sans que nous, médecins, ayons à nous en mêler.

C'est la conduite que nous observons par ici avec les Sociétés de Secours mutuels. C'est évidemment celle qui nous donnerait le mieux la liberté et la paix que nous réclamons qu'on nous laisse. Mais, croyez-vous vraiment que, d'une part, nous serons assez unis pour l'adopter tous en bloc et partout en France ; que, d'autre part, le Parlement ne nous obligera pas à participer à la loi nouvelle en nous accusant de vouloir refuser, de parti pris, d'y coopérer ?

Tout en acceptant entièrement vos arguments pour que liberté entière nous soit laissée et qu'un tel sacrifice ne nous soit pas imposé à nous seuls médecins, je vous demande s'il ne serait pas, par suite, plus sage — et plus « politique » aussi — de ne pas nous refuser à toute coopération : et ce, en acceptant une 3[e] solution qui nous est justement proposée par la Fédération des Syndicats médicaux du Sud-Est (v. *Avenir médical*, novembre 1921, p. 197-200), et qui semble bien sauvegarder entièrement notre liberté et nos intérêts tout en limitant au minimum la paperasserie. Ce serait le « système lyonnais » : contrat collectif passé par chaque syndicat avec les caisses locales et instituant : libre choix, tarif à la visite et ticket modérateur avec contribution personnelle de l'assuré aussi élevée que possible, la valeur totale du ticket devant équivaloir au tarif syndical.

Les paperasses seraient réduites à un bordereau relevant chaque semestre les honoraires dus ; son envoi, avec les tickets modérateurs remis par les malades, à la caisse qui se serait engagée à régler au plus tôt.

Qu'en pense-z-vous ?

Autre chose : Le D[r] P. (Indre-et-Loire), *Concours médical*, 30 octobre 1921, p. 2963, attire votre attention sur la campagne de presse organisée par les promoteurs de la loi. C'est, à mon avis, à fort bon droit.

Un peu partout et dans tous les milieux, on étudie ce projet de loi ; si j'osais, je dirais même qu'on l'y étudie peut-être plus et mieux que dans bien des Syndicats médicaux pris chacun en particulier. Je sais qu'ici les syndicats ouvriers, le conseil des prud'hommes, la Chambre de commerce, en ont parlé.

J'ai lu, dans un numéro de juin dernier de la *Revue scientifique* (elle-même ?) un article sur la loi des assurances sociales signé par un M. Chervin, directeur de la Statistique (? ?) : article encensant le projet de loi français, la loi alsacienne, etc..., mais n'envisageant en rien quel serait exactement le rôle dévolu aux médecins.

Dans mes conversations en différents milieux (universitaire, commerçant....), j'ai constaté l'ignorance totale de ce rôle médical.

Mes interlocuteurs ne se doutaient même pas de son importance, ou bien nous croyaient d'accord avec les promoteurs de la loi — médecins, ô ironie ! Ils ne voyaient pas qu'en somme nous serons les chevilles ouvrières de la loi ; et par suite, en lisant un résumé de la question que j'ai fait paraître dans une revue médicale locale, ils ont bondi d'étonnement, je dirai même d'indignation, en apprenant et la main mise sur nous et la médecine insuffisante, entravée qui nous serait imposée et ce qu'il risquait d'en cuire aux assurés. Tous m'ont dit d'eux-mêmes : « Vous ne pouvez pas accepter cela ».

Et ils ont ajouté : « Mais pourquoi gardez-vous pour vous tous ces détails et ces critiques et objections au projet de loi ? Pourquoi n'en feriez-vous pas juge le grand public qui pense et réfléchit et qui, en somme, est intéressé à la question tout particulièrement puisque sa « peau » y doit être soignée. Ce public pourrait alors faire corps avec vous pour faire valoir le bien-fondé de vos critiques et au point de vue médical et au point de vue financier, puisque le produit des impôts paraît devoir être surtout entamé par les traitements de moult nouveaux fonctionnaires. Et ne craignez pas que vos arguments aient ainsi trop l'air *pro domo*. Voyez ce qui se publie dans les grandes revues au sujet d'autres projets de loi, par exemple sur la réforme de l'enseignement secondaire : *Revue des Deux-Mondes*, *Revue de Paris*, *Revue politique et parlementaire*, *Grande Revue* publient exposé sur exposé d'opinions différentes émises par différentes personnalités et des compétences. Pourquoi n'en feriez-vous pas autant pour cette ques-

tion qui intéressera tout le monde encore plus vivement puisque la maladie est en cause ?

Voilà, mon cher confrère, ce que j'ai entendu, et avec instances, je me permets de vous le dire et de vous demander s'il ne vous serait pas possible, à vous qui connaissez si bien la question et savez si bien l'exposer, de faire publier, par une — ou plusieurs — des grandes revues ci-dessus, la critique claire et raisonnée du projet de loi en instance.

Pourquoi ne l'accepteraient-elles pas ?

La *Revue politique et parlementaire* étudie lois et projets de loi. La *Grande Revue* a publié jadis des « enquêtes » ouvertes à tous, entre autres sur des sujets médicaux : enseignement médical, internat, service de santé, etc. Le *Temps* a un feuilleton médical que le Dr Helme pourrait peut être vous prêter ? La *Revue de France* du 1er novembre 1921 publie un article du prof. J.-L. Faure sur « le cancer » ; de par ailleurs, elle a toute une rubrique de « commentaires ».

Et vous n'ignorez pas que les lecteurs de la *Revue des Deux-Mondes* sont mis au courant des travaux du professeur Widal par........ l'astronome Nordmann. Est-il sûr, pour autant, que si l'un de vous envoyait la critique d'un projet de loi intéressant et bouleversant la santé publique, elle la refuserait ?

De toute façon, les personnes instruites et influentes sur l'opinion, — voire les parlementaires — seraient ainsi documentées à un point de vue — le nôtre — qu'elles ignorent tout à fait, dont elles n'ont même aucune idée ; point de vue que les promoteurs de la loi n'ont pas du tout l'air de vouloir faire connaître, mais bien plutôt de vouloir cacher.

L'intérêt général (santé et finances publiques et liberté de chacun) en retirerait grand profit, et pour le moins autant que notre intérêt particulier à nous médecins.

Et grâces vous seraient rendues !

Dr T. (Doubs).

***

Je lis avec beaucoup d'intérêt les articles des docteurs Duchesne et P. Boudin sur la future loi assurance-maladie.

Comme eux, je suis partisan de la *liberté complète des rapports* de médecin à *client*, même au prix de quelques sacrifices pécuniaires.

La grande objection faite au système Duchesne est la suivante : l'assuré-malade peut faire de l'argent reçu, un usage autre que celui prévu par la loi *et ne pas payer son médecin.*

Cette objection a son importance, elle est même justifiée ; il n'est cependant pas impossible d'améliorer le système Duchesne, et *à la liberté complète des rapports de médecin à client, il est facile d'ajouter la garantie du paiement des honoraires médicaux.*

Comme dans le projet de loi, l'assuré-malade recevrait une indemnité quotidienne ; appelons-la *indemnité de chômage.* Il recevrait, en outre, et séparément, une indemnité de maladie à titre de dédommagement des frais médicaux qui restent entièrement à sa charge.

Cette dernière indemnité forfaitaire ou proportionnelle aux frais avancés serait payée aux intéressés *contre remise du reçu des honoraires médicaux.* Dans les maladies de courte durée l'indemnité maladie serait réglée après guérison, dans les affections chroniques, elle pourrait être payée tous les quinze jours.

Puisque l'Etat nous offre la garantie du paiement des honoraires dans le projet de loi, il peut bien nous maintenir cette garantie dans le système des libres rapports.

Pour éviter les abus et faire de sérieuses économies, il suffirait de laisser entièrement à la charge de l'assuré les indispositions de très courte durée, nécessitant une ou deux consultations ou visites. Dans ce cas, l'assuré toucherait seulement l'indemnité de chômage.

Dr L.-C. (Tarn).

***

J'ai étudié, un jour de grippe, le projet de loi sur l'assurance obligatoire et la loi alsacienne. J'ai été frappé par plusieurs de ses dispositions :

1° Disparition de la liberté individuelle. Le malade est une sorte de hochet, que des médecins et des contrôleurs se passent l'un à l'autre ;

2° Marchandage organisé ;

3° Disparition du secret professionnel ;

4° Fini le rôle moral des médecins. L'homme est un automate dénué de nerfs, de sensibilité. A qui fera-t-on croire que deux hommes atteints de la même maladie (je dis la même mathématiquement, ce qui ne peut être), l'un d'un moral énergique, d'un entourage sympathique, etc., l'autre facile à décourager ou mal entouré, guériront avec un même nombre de visites, il en faudra trois fois plus à l'un qu'à l'autre.

Si vous voulez faire à la loi une résistance utile, ne vous placez pas sur le terrain de *notre* intérêt, mais sur celui de l'intérêt *exclusif* du malade, qui est, somme toute le seul en question.

Montrez, par la presse, par des CONFÉRENCES, faites bien entendu par des *non-médecins*, que le projet lèse gravement les intérêts moraux et matériels du malade.

Là est le filon.

Jouer de l'indépendance de caractère qui est le fond du tempérament français et montrer aux masses que cette caporalisation leur fera payer bien cher quelques menus avantages matériels problématiques.

Ainsi présentée, la loi est vouée à un échec pour l'organisation des services médicaux.

Un seul système est applicable, qu'il s'agisse des A. M. G., assurances, secours mutuels :

La collectivité alloue aux individus, pour frais de maladie, tant par jour ; à eux de se débrouiller ; moins ils auront usé du médecin et du pharmacien, plus ils en auront mis dans leur poche. Cela limite les risques de la Société et sauvegarde parfaitement l'indépendance de tout le monde (et économise 10 à 12 % de frais de contrôle ! ! ! !)

Dr R.,
(Loire-Inférieure).

***

Les erreurs du projet de loi invalidité-maladie.

C'est avec le plus vif intérêt que j'ai lu ce qui a été écrit sur le projet de loi d'invalidité-maladie : articles de journaux, lettres de confrères et surtout *Bulletins* de l'Union.

Malgré le nombre d'articles, malgré les critiques serrées des confrères, ce projet de loi renferme *des erreurs* qui n'ont pas toutes été relevées. Les mettre en évidence est indispensable.

Mes confrères dans leurs critiques se sont placés au point de vue professionnel, ce sont les médecins qui ont parlé.

Moi, je me place surtout au point de vue social, et c'est le citoyen qui veut argumenter ce que ce projet de loi renferme d'injuste et de dangereux, en présentant les arguments de mes confrères sous une autre forme : j'effleurerai la politique, le sujet l'impose.

Ce projet renferme *les erreurs* suivantes :

1° Le forfait obligerait le médecin à travailler sans connaître à l'avance son salaire, et sans que ce salaire ait pour base ses frais généraux et le capital qu'il a engagé !

2° Le taux de ce salaire diminuerait aux époques où le médecin serait forcé de fournir 12 et 15 heures de travail

par jour ! Quel est l'ouvrier terrassier qui accepterait un tel contrat ?

3° La totalité de la France va-t-elle se soumettre au régime qui sévit en Alsace-Lorraine ? La France, dont la mentalité est de formation celtique et latine, va-t-elle adopter un système né d'esprits germains ?

4° On estime *approximativement* à huit millions les bénéficiaires de la loi. Pourquoi approximativement ?

L'Administration n'a-t-elle pas en main les déclarations d'impôt sur le revenu ainsi que les résultats du dernier recensement ?

A qui fera-t-on croire que sur 36 millions de Français, 28 millions gagnent plus de 10.000 francs par an !

Peut-on faire un travail sérieux sur des bases aussi peu sérieuses !

5° *Un essai* de forfait, *dans l'inconnu*, est proposé *pour cinq ans* ! Pendant cinq ans, les médecins auront la perspective de mourir de faim ! C'est long.

Ce que nous avons encaissé depuis deux ans pour soins donnés aux mutilés est là (*c'est le vide*) pour prouver que je n'exagère pas.

6° Le fonctionnement d'un tel système — qui n'est que de la médecine d'infirmerie militaire — doit amener fatalement un abaissement de la valeur professionnelle du médecin qui l'accepterait ; son temps serait tout juste suffisant à remplir et signer de multiples paperasses.

7° A l'ouvrier français, un tel système offrirait, imposerait, une *médecine d'assistance*, une médecine pour pauvres, la juste expression employée. Je crois connaître assez l'ouvrier français pour dire qu'il n'appréciera pas d'être traité comme une chose.

8° Que penser du *fortifiant* de la caisse ! et des *spécialités* lancées par elle !

9° Nous sommes des citoyens exerçant une profession libérale à l'égal des avocats, des professeurs, etc. Ce projet de loi sur l'invalidité-maladie mettrait certains médecins au rancart de la Société, car, tandis que la loi a imposé au commerçant le repos hebdomadaire et à l'ouvrier la loi de huit heures (cela est-il un bien, cela est-il un mal, je n'apprécie pas, je constate le fait), cette loi spéciale imposerait, *non pas aux médecins*, mais *aux citoyens*, acceptant d'être *fonctionnaires de caisses*, un travail de jour et de nuit, sans leur garantir une base de salaires, créant ainsi une catégorie spéciale de citoyens auxquels seraient refusés les droits communs.

***

Je ne sais si je me suis clairement expliqué.
Une loi allemande n'a pas à être copiée par la France.

***

La nécessité de la mise en application d'une assurance maladie ne fait pas de doute. Mais le vote d'un texte de loi n'assurera pas cette mise en application.

Les progrès de la science médicale, plus encore que l'évolution sociale, imposent une transformation importante dans les habitudes traditionnelles des malades et des médecins.

Ces transformations se feront, mais il faut *beaucoup d'argent*. Je ne crois pas à l'efficacité d'un texte de loi même s'il met la charge sur le dos du médecin.

L'Etat a-t-il de l'argent ? Tout est là.

Tenter de mettre sur pied le projet de loi actuel serait gros de mécomptes et de mécontentements.

Si le corps médical acceptait le *modus vivendi* dudit projet, c'en serait fait de sa liberté.

Si un projet d'invalidité-maladie était voté sans que fût assuré tout l'argent nécessaire à son application, je ne vois qu'un bouleversement social qui ne serait en rien supérieur à ce qui existe et fonctionne aujourd'hui, à moins qu'une telle loi n'aille rejoindre la loi sur les retraites pour la vieillesse.

Dr CHALLAMEL
(Paris).

MUTUALITÉ FAMILIALE

Pourquoi a-t-il fallu relever les cotisations ?

Si nos lecteurs veulent bien se reporter au procès-verbal de l'Assemblée générale ordinaire de la Mutualité Familiale (*Concours médical*, 1913, page 2846) ils pourront lire la communication suivante que je faisais au nom du Conseil d'administration.

Messieurs,

Lorsque, dernièrement, nous fîmes le dépôt légal des statuts de la Mutualité Familiale, le Ministre du Travail, nous demanda de modifier le barème des cotisations-maladie qui y figure dans le rapport de 1 à 3/2. Nous répondîmes que ce barème avait été établi, il y a vingt ans, par M. Léon Marie, alors actuaire de la Compagnie *Le Phénix* ; qu'un inventaire mathématique était fait périodiquement avec calcul des réserves de chaque membre ; que le dernier inventaire établi au 31 décembre 1911 par M. Fleury montrait que la Société fonctionnait dans des conditions normales et que la réserve financière égalait le total des réserves mathématiques ; qu'enfin, dans ces conditions, nous ne jugions pas nécessaire le relèvement des cotisations qui se trouvaient dorénavant débarrassées des frais de gestion. Nous ajoutions que les statuts prévoyaient formellement la possibilité d'élever les cotisations en cas de nécessité démontrée par les calculs de l'actuaire et que, si ces calculs l'exigeaient, nous étions prêts à nous soumettre à l'injonction ministérielle. Sous ces réserves, le Ministre n'insista pas.

Mais nous sommes obligés de constater actuellement que la situation a changé : l'exercice 1912 a entamé nos réserves, dans une faible proportion, il est vrai, mais les résultats des trois trimestres écoulés de l'exercice 1913 nous font prévoir que le mal sera, cette année, beaucoup plus sensible. Nous avons, en effet payé, pour ces neuf mois, une somme sensiblement égale à celle que nous avions payée pour l'année 1912 tout entière. Nous ne pourrions donc plus faire au Ministre la réponse que nous lui faisions. Nous constatons que la table de morbidité qui a servi à l'établissement des calculs est au-dessous de la réalité et que nous devons désormais tabler sur les résultats donnés par notre propre expérience.

Je vous rappelais que lors de la création de notre Société, en 1894, il n'existait aucune table pour la morbidité médicale, que M. Léon Marie avait dû en adopter une par approximation (0,75 Kinkelin) et que par conséquent, c'était notre Société qui devait par son expérience propre, établir cette table. Il n'y avait donc rien d'étonnant à ce que cette expérience montrât que la morbidité médicale fût supérieure à celle de l'hypothèse initiale.

Et l'Assemblée générale, à l'unanimité, décidait de charger M. Fleury du soin d'établir une table de morbidité nouvelle et, s'il y avait lieu, de faire de nouveaux calculs basés sur cette table.

En conformité de cette décision, je préparais au commencement de 1914, les éléments d'un nouvel inventaire que je remettais, fin juin, à M. Fleury.

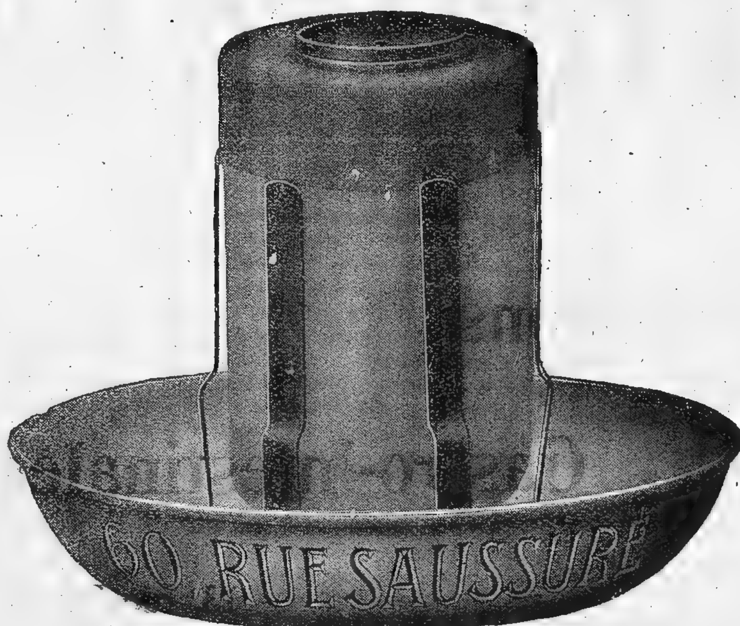
Celui-ci se mettait à l'œuvre immédiatement, mais il fut interrompu par les événements.

La guerre finie, le Conseil d'administration jugea qu'il fallait d'abord régulariser la situation de tous

(1)

Après les Maladies Contagieuses

Fumigator N° 4 pour 20 m3



Fumigator N° 3 pour 15 m3

Le Fumigator Gonin

DÉSINFECTE sans rien abîmer
ÉCONOMIQUEMENT
DISCRÈTEMENT

il est autorisé par le Ministère de l'Intérieur pour

Toutes Désinfections de Locaux

Rappelons que chacun a le droit d'exécuter par ses soins ou de faire exécuter par un service privé **LA DÉSINFECTION DE SES LOCAUX** pourvu que ce soit à l'aide d'un procédé autorisé

comme

le Fumigator Gonin

(Article 17 du décret du 10 juillet 1906)

ETABLISSEMENTS GONIN, 60, rue Saussure, PARIS

Téléphone : Wagram 17-23  *Télégraphe : FUMIGATOR-PARIS*

les adhérents, savoir qui restait et qui s'en allait, mettre en un mot, les écritures en bon ordre. L'inventaire fut donc renvoyé à fin 1920.

Les documents de 1913 avaient été perdus, il fallut les rétablir ; il fallut ensuite y joindre ceux qui correspondaient à la période 1914-1920. Je pus remettre ce travail à M. Fleury au mois de juin et celui-ci nous apporta ses conclusions fin septembre.

Elles furent telles qu'il fallait s'y attendre.

Après examen, M. Fleury résolut de laisser de côté les résultats par trop irréguliers de la période 1914-1920 et s'en tint pour l'établissement de la table de morbidité aux résultats de fin 1913.

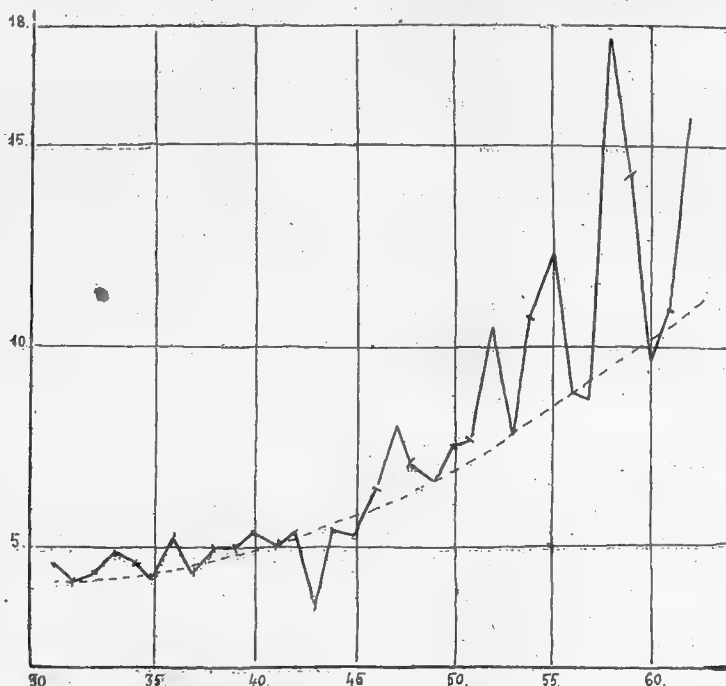
Voici comparés aux chiffres de la table initiale, les chiffres donnés par notre propre expérience pour la combinaison MA,

Nombre de journées de maladie pour une année aux différents âges,

Journées payées à tarif plein, trois journées payées à 100 francs par mois comptant pour une journée à tarif plein (dix francs).

Age —	Table initiale (0,75 Kinkelin) —	Table de la Mutualité Familiale	Age —	Table initiale (0,75 Kinkelin) —	Table de la Mutualité Familiale
30	4.095	4.67	47	6.229	6.41
31	4.129	4.17	48	6.454	7.51
32	4.174	4.37	49	6.694	6.95
33	4.230	4.88	50	6.946	6.67
34	4.298	4.28	51	7.208	7.46
35	4.380	4.59	52	7.482	7.60
36	4.474	4.21	53	7.767	10.50
37	4.576	5.01	54	8.063	7.61
38	4.688	4.24	55	8.371	10.65
39	4.816	4.90	56	8,689	12,29
40	4.954	4.95	57	9.019	8,80
41	5.100	5.30	58	9.364	8.64
42	5.258	4.99	59	9.717	17.74
43	5.430	5.03	60	10.081	14.19
44	5.614	3.97	61	10.459	9.49
45	5.809	4.78	62	10.845	10,13
46	6.015	4.74	63	11.243	15.80

Ce tableau peut être traduit en un graphique qui parle mieux aux yeux.



Il est facile de constater que la concordance entre les lignes n'existe plus du tout à partir de 45 ans et qu'alors la morbidité est de beaucoup supérieure aux prévisions.

Le fonctionnement normal de la Société devenait impossible dans ces conditions.

M. Fleury prit alors pour base les chiffres mêmes de la Mutualité familiale et établit une table de morbidité nouvelle qui naturellement se trouva plus élevée que la table initiale.

Le tableau suivant donne les chiffres des deux tables :

Age —	Table ancienne (0,75 Kinkelin) —	Table nouvelle Mutualité Familiale	Age —	Table ancienne (0,75 Kinkelin) —	Table nouvelle Mutualité Familiale
23	4.174	4.42	33	4.230	4.54
24	4.126	4.38	34	4.298	4.62
25	4.092	4.35	35	4.380	4.72
26	4.073	4.34	36	4.474	4.82
27	4.062	4.33	37	4.576	4.94
28	4.062	4.34	38	4.688	5.06
29	4,073	4.35	39	4.816	5.21
30	4.095	4.38	40	4,954	5.36
31	4.129	4.42	41	5.100	5.52
32	4.174	4.48	42	5.258	5.70

Age	Table ancienne (0,75 Kinkelin)	Table nouvelle Mutualité Familiale	Age	Table ancienne (0,75 Kinkelin)	Table nouvelle Mutualité Familiale
—	—	—	—	—	—
43	5.430	5.89	54	8.063	9.81
44	5.614	6.09	55	8.371	10.40
45	5.809	6.30	56	8.689	11.03
46	6.015	6.53	57	9.019	11.71
47	6.229	6.80	58	9.364	12.42
48	6.454	7.13	59	9.717	13.15
49	6.694	7.51	60	10.081	13.87
50	6.946	7.89	61	10.459	14.60
51	7.208	8.32	62	10.845	15.39
52	7.482	8.76	63	11.243	16.25
53	7.767	9.26	64	11.652	17.10

Et sur cette table nouvelle, avec un taux de capitalisation à 4,5 % au lieu de 3,5 % et la table de mortalité de la Caisse nationale des Retraites, M. Fleury calcula un barème de cotisations nouvelles, en demandant que la limite d'âge pour l'entrée fût ramenée à 50 ans.

Voici ce tableau :

Tableau des cotisations payables annuellement et d'avance.

Age d'entrée	Cotisation	Age d'entrée	Cotisation
—	—	—	—
23 ans	66 fr.	37 ans	88 fr.
24 —	67 —	38 —	91 —
25 —	68 —	39 —	93 —
26 —	69 —	40 —	96 —
27 —	71 —	41 —	98 —
28 —	72 —	42 —	101 —
29 —	73 —	43 —	104 —
30 —	75 —	44 —	107 —
31 —	77 —	45 —	110 —
32 —	78 —	46 —	114 —
33 —	80 —	47 —	117 —
34 —	82 —	48 —	121 —
35 —	84 —	49 —	125 —
36 —	86 —	50 —	129 —

Si on compare ce tarif au tarif précédemment en vigueur, on constate certainement une augmentation notable.

A 30 ans, le sociétaire paiera 75 fr. au lieu de 59.

A 35 ans	—	84 fr.	au lieu de	65.
A 40 ans	—	96	—	72
A 45 ans	—	110	—	80
A 50 ans	—	129	—	89

Cette augmentation n'atteint cependant pas le rapport de 1 à 3 /2 que réclamait le ministre en 1913, elle n'est que de 25 % à 30 ans et n'atteint pas 45 % à 50 ans. Et, dans ses chiffres, M. Fleury tient compte d'une surcharge nécessitée par l'insuffisance des réserves mathématiques calculées avec le tarif nouveau.

Ce tarif est applicable à partir du 1er janvier 1922 aussi bien pour les anciens sociétaires que pour les nouveaux, l'âge indiqué étant pour les uns comme pour les autres, l'âge à l'entrée dans la combinaison.

Et M. Fleury ajoute :

L'adoption d'un tarif plus élevé ne doit cependant pas avoir pour conséquence un relâchement dans la surveillance exercée par le Conseil. C'est d'après les résultats obtenus par cette surveillance que le tarif a été établi ; si les règles de gestion venaient à être modifiées, on ne pourrait plus compter sur l'application des bases de calcul adoptées.

Le tarif qui avait été établi à l'origine était un tarif d'attente dont l'emploi a pu durer 27 ans sans que la situation soit compromise et sans que l'augmentation que l'on est obligé de faire subir aux cotisations présente un caractère prohibitif.

Je crois que le nouveau tarif peut se promettre une longue carrière : il est le résultat de l'expérience même de la Société et chaque adhérent peut se dire légitimement qu'on lui demande exactement ce qu'il doit.

Ces résultats, je le répète, sont ceux qu'il fallait attendre : pour ma part, je n'ai jamais manqué de répondre aux confrères qui me questionnèrent que l'augmentaiton serait d'au moins 25 ou 30 %. On sait que les cotisations sont intégralement versées au compte de la combinaison, on sait qu'il n'y a pas d'autres dépenses que les indemnités-maladie, nous pouvons donc conclure que l'augmentation est, non seulement nécessaire, indispensable, mais qu'elle est encore absolument légitime.

A. GASSOT.

VARIÉTÉS

Autour du Congrès de Varsovie.

Carnet d'un voyageur (1),

(*Suite et fin*).

ZACOPANÉ

— *Mercredi* 21. — Départ à 9 heures pour Zacopané, dans notre train sanitaire. A midi, déjeuner au buffet de Zucha. Notre train devient ensuite d'une gaîté folle. On bavarde, on rit, on chante, on joue... et à 16 heures, on arrive à destination, sans s'être aperçu de la longueur du trajet. Depuis plus d'une heure pourtant, les Carpathes se profilaient à l'horizon. A Zakopané, nous sommes dans une large vallée où s'étale, en X double, sans centre marqué, la petite ville balnéaire la plus recnommée de la Pologne. Par groupes, nous sommes logés dans de vastes hôtels de cure d'air et de lumière, où la municipalité nous offre des chambres . Et, le soir, nous déambulons à travers les rues bordées uniformément de chalets de bois, comme dans les villages suisses. Montagnards aux costumes bariolés, aux pantalons « à pieds d'éléphants », très serrés du haut et soutachés de ganses multicolores. Les montagnes sont toutes proches maintenant, ou plutôt nous sommes au milieu d'elles. Il nous semble être dans nos Pyrénées.

(1) V. *Concours Médical*, Nos 46 et 47.

— *Jeudi* 22. — Départ en autos-cars militaires pour MORSKIÉ-OKO, « l'œil de mer », à 32 kilomètres de Zakopané. Montées âpres, aux tournants vertigineux. Temps magnifique. Pas un nuage dans le ciel bleu : sites de plus en plus sauvages. Nous touchons, à un col, la frontière tchéco-slovaque où des soldats montent la garde. A midi, après des défilés de plus en plus serrés, la vallée s'évase soudain et nous arrivons devant un vaste lac entouré de montagnes abruptes. Arrêt. Descente. Hôtel. Déjeuner. A pied, nous contournons le grand lac pendant un bon kilomètre, puis nous grimpons lacets et escaliers et arrivons au « lac noir », petit lac supérieur d'où notre « jeunesse » trouve moyen de grimper encore pour aller jusqu'à un gros « névé » où les tentent des « grottes de glace ». A 4 heures et demie, départ de l'hôtel pour le retour. Au milieu de chants français ou polonais, descentes raides et tournants rapides, prudemment virés par nos chauffeurs imperturbables. La nuit tombe quand nous arrivons à Zacopané, tout gris de poussière. Vite à l'hôtel. Nettoyage. Habit. Banquet offert par les confrères. Il est une heure du matin, quand nous rentrons chez nous, après dix minutes de chemin, à pied dans la nuit noire, au milieu de sapins qui embaument, apportant leurs effluves salutaires aux poitrines faibles venues ici chercher la guérison.

— *Vendredi* 23. — Nouveau départ en autos-cars pour aller visiter d'abord, le sanatorium du Dr Dluski. Zakopané est déjà à 900 mètres d'altitude ; le sanatorium est à 1.050. C'est, au flanc de la chaîne des Tatras, dans les Hautes-Carpathes, un grand établissement, genre Davos, avec de longues galeries de cure où sont étendus les malades, devant un cirque de montagnes à la base verdoyante et aux sommets dénudés et déchiquetés. On nous offre à déjeuner dans la grande salle à manger aux murs ripolinés en clair, puis nous redescendons dans la vallée de Koscieliska et nous remontons la rivière jusqu'à sa source, à une dizaine de kilomètres. Cette vallée, large d'abord, se resserre de plus en plus. Nous devons parfois franchir de véritables portes taillées en plein roc, et parfois aussi descendre d'auto à cause des ponts branlants. Un kilomètre à pied et nous voici à la source même qui sort d'un rocher où sont marquées, depuis des siècles, les vagues empreintes d'un chevalier couché (?). Site sauvage où, soudain, dans un véritable petit oasis, nous entendons des « violoneux » et voyons évoluer une quinzaine de garçons et fillettes, en costume du pays, qui ont été postés là pour nous danser les pas des montagnards de Galicie. Tandis que, sur place, tourne éperdument la fille, le garçon évolue autour d'elle, en une sorte de mazurka, les bras en amphore, avec de nombreux appels sonores du pied. Puis, chacun s'empare de sa danseuse, ils valsent, les hommes s'agenouillent, se redressent en cadence, le tout de très gracieux effet.

Mais il faut se hâter de partir : nous, du moins, c'est-à-dire le petit groupe de 43 infatigables qui se rendent à Lwow, tandis que le reste rejoint directement Varsovie. *C'est la première dislocation du Congrès,* la fin du voyage officiellement préparé. Les adieux se font brièvement sur la route. Les « grosses légumes » parisiennes nous lâchent, tandis que la jeunesse, c'est-à-dire les quelques internes venus de Paris au Congrès tiennent bon. Les professeurs de province restent aussi et Collet (de Lyon) sera désormais notre chef de file, assisté de Guermonprez (de Lille), de Lucien (Nancy), Turlais (Angers), etc..... Mais, désormais, plus de train sanitaire ! Il repart pour Cracovie et Varsovie avec « le gros de la troupe ». Nous n'aurons plus maintenant que les trains ordinaires..... Seulement, le Dr Gauthier a pris soin de faire réserver à notre usage deux wagons à couloir qu'on attachera tout bonnement aux trains commerciaux. L'aimable directeur du Service de Santé français, à Varsovie, ne nous abandonne d'ailleurs pas. Avec sa famille, il nous accompagnera fidèlement jusqu'au bout, continuant à nous aplanir toute difficulté. C'est ainsi qu'il a déjà télégraphié, à Lwow, notre venue et qu'un confrère de là-bas est déjà arrivé ici, au devant de nous.

LWOW (LÉOPOL, LEMBERG).

Samedi 24. — Tout en regrettant nos bien regrettées couchettes du train sanitaire, nous n'avons pas trop mal dormi dans nos nouveaux wagons. A 6 heures du matin, nous traversons une grande ville. C'est le fameux Przemysl (prononcez simplement Pchémisl (rz = ch), qui ne semble pas trop endommagé, pas plus que les environs, malgré les longs sièges et les combats acharnés. On voit que l'A. L. G. P. n'existait guère sur ce front de la petite rivière San qui serpente près de nous. Au reste, devant nos yeux qui, à travers les vitres du wagon, contemplent la campagne depuis si longtemps déjà (nous sommes loin maintenant de cette frontière allemande quittée le 11), c'est toujours l'immense plaine polonaise, précurseur des steppes interminables de Russie et de cette Ukraine au bord de laquelle nous voici parvenus. Et toujours ces paysans courbés sur le sol : hommes, en costume sombre, verdâtre ; femmes en casaquins clairs, souvent rouges, qui arrachent, en ce moment, des pommes de terre comme en France, se plaignant sans doute, comme chez nous, de la maigre récolte due à la sécheresse persistante. Des villages passent : les uns, modestes hameaux aux humbles chaumières ; les autres, plus cossus, aux claires maisonnettes où grimpent parfois de coquettes floraisons. Les charrues tracent lentement leurs sillons dans la terre grise, ocre ou brune. Charrues primitives, au soc unique, longuement emmanché, qui fait songer aux vieilles estampes. On sent qu'il faudrait infuser, à ces travailleurs de la terre, un esprit nouveau, générateur de progrès. Parfois des usines, aux hautes et multiples cheminées, battant neuf, pourvues d'un entourage de maisons ouvrières en briques, uniformes, également

neuves, démontrent que l'esprit occidental a pénétré dans l'industrie polonaise. D'ici quelques années, en ces pays où tant de richesses sont encore enfouies dans la terre, et non exploitées, la prospérité se dessinera..... Un peu de patience, amis polonais, votre mark est bien bas mais « Paris ne s'est pas fait en un jour », dit notre vieux proverbe. Il n'y a pas encore un an que vous êtes en paix avec vos voisins, et encore ?..... Courage ! Vous avez les matières premières, « l'huile de bras » ne vous manque pas avec vos 25 millions d'habitants. Ce qui vous fait défaut, ce me semble, c'est peut-être plutôt les directions techniques. Vos maîtres allemands, russes, autrichiens bottés et casqués, ont regagné leurs pays — mais, avec eux, leurs administrateurs et leurs techniciens. Peut-être, restez-vous trop seuls ?..... N'avez-vous pas des amis en Europe ? Demandez-leur des avis, des conseils, des directives, lorsque vous en sentez le besoin et que vous le jugez bon. N'est-ce pas d'ailleurs votre intention et ne nous l'avez-vous pas répété, sous mille formes, durant notre voyage ?.... Patience, courage et confiance en vous-mêmes, un bel avenir vous attend.

Il est huit heures du matin quand nous arrivons à Lwow (prononcez : Lvouf). Sur le quai comme toujours, la municipalité, les officiers polonais, le général français et sa suite, ainsi que nos confrères polonais. Le professeur Collet répond aux allocutions. Des autos nous attendent, escortées de camions pour nos bagages. Nous sommes rapidement conduits à l'extrémité de la ville, dans une belle clinique toute neuve, presque vide, aux proportions majestueuses, aux vastes couloirs clairs, aux chambres ripolinées et aux salles de bain multiples, si précieuses pour nous. Dès 10 heures, départ pour visite de la ville. Monuments et musées quelconques. Rues larges, propres, fort animées. Après-midi, excursion à un parc surélevé, d'où vue magnifique sur la ville avec ses églises et ses coupoles. A 5 heures, séance solennelle à l'Université. Discours. Du côté français, Collet est parfait, ainsi que le directeur, à Paris, du Comité France-Pologne. M. Bienaimé, à la parole ardente d'un homme qui connaît à fond « le terrain ». A 8 heures, Raout offert par les médecins de la ville.

— *Dimanche* 25. — Aujourd'hui, inauguration de la « *Grande foire orientale de Lwow* » pour laquelle chacun de nous reçoit des invitations nominales gravées sur un large bristol. Elle a lieu sous la présidence du maréchal Pilsudski. Nous nous en faisions une fête, croyant y trouver quelque chose d'oriental, de non déjà vu : une foule bigarrée se pressant dans la plaine, des Galicéens en costume, des paysans ruthènes et l'assaisonnement obligatoire de Juifs à tire-bouchons..... Et voilà que, les barrières aisément franchies, grâce à nos coupe-file, nous voyons de neuves bâtisses blanches, des pavillons de plâtre décorés de drapeaux, des allées tirées au cordeau, des pelouses, peignées et rasées, des haies de soldats, une foule endimanchée..... On se croirait à une exposition coloniale au bois de Vincennes. Cependant, voici l'heure de l'inauguration. Le « voïvode » de Lwow, suivi de son conseil, s'avance. Tous sont en costume vieux-polonais, aux ceintures flamboyantes, l'aigrette à la toque, au flanc le large sabre recourbé. Ils se rangent sur le perron d'honneur auprès duquel nous sommes groupés, privilégiés entre les privilégiés. Les troupes présentent les armes. Voici Pilsudski avec sa face pâle et sa moustache tombante, puis l'évêque, les chefs polonais, la mission militaire française, le consul français, en habit chamarré d'or, le consul anglais, en simple kaki. Discours polonais. Ouverture de la foire. Eparpillement de chacun vers les multiples pavillons.

Midi s'approche. Nous sortons. Un tram nous conduit au centre de la ville, sur la grande place où nous pénétrons, à quelques-uns, dans un restaurant luxueux, étant « libres » jusqu'à 5 heures. Foule énorme, toutes tables prises, mais on nous fait place, çà et là, avec de gracieux sourires quand on entend le parler de France. Le long repas commence, avec la lenteur de là-bas, où tout Polonais grille une cigarette entre chaque plat. A toute minute, on entend l'inévitable « Proché, pana », ou du moins c'est ce que perçoivent nos oreilles françaises de leur « s'il vous plaît, monsieur » dont ils assaisonnent chaque phrase. Ou bien, c'est le « merci, madame » qui fait résonner à nos oreilles quelque chose comme « Génicouyé, panié ». Ah ! nous sommes devenus très fort en polonais. Nous savons fort bien demander au garçon du pain ou de la bière, du « kleg » ou du « pivo », du moins tel que nous le prononçons. Assez doux parler, en somme, que le polonais, n'ayant que très rarement les assonnances rauques et gutturales de l'allemand.

Le reste de la journée, nous baguenaudons dans la ville. Certains font quelques achats. A dîner, on nous apprend l'attentat qui vient d'avoir lieu. Pilsudski n'a rien, le voïvode n'est pas gravement blessé. Tout va bien.

— *Lundi* 26. — Départ pour les MINES DE PÉTROLE DE BORYSLAW, après avoir pris congé de nos charmants confrères de Lwow qui, ce matin encore, nous offraient, dans la clinique, un copieux petit déjeuner, après nous avoir hébergés durant notre court séjour et nous avoir fait visiter divers hôpitaux de la ville, fort bien aménagés. Après 3 heures de chemin de fer, nous voici de nouveau au pied des Carpathes, mais, cette fois, tout à fait à l'est de la Pologne, entre celle-ci, la Russie bolchevique, la pointe orientale de la Tchéco-Slovaquie et la frontière roumaine, non loin de Czernowitz qui est à quelques heures d'ici.

A la gare de Boryslaw, nous sommes accueillis par un groupe d'ingénieurs français qui ont aménagé des autos-camions à notre usage, car nous avons 2 kilomètres de traversée de ville. Rues pittoresques, pistes plutôt, bordées de trottoirs en bois, élevés sur pilotis, à cause de la boue et de la neige où l'on enfonce ici en hiver. Maisonnettes en bois, d'aspect provisoire. Constructions légères, sans étages, comme celles des

« fortifs » de Paris. On se croirait transporté dans une des villes primitives du Far-West américain. Les fondrières de la piste nous font sauter dans nos camions. Nombreux fils électriques de chaque côté sur des perches, car tout est relié par téléphone. Foule grouillante, hétéroclite, aux vêtements à couleurs voyantes chez les femmes (vert-pomme, rouge vif, jaune-serin) et sombres chez les hommes, tous en costume du travail qu'ils viennent de quitter à midi. Le tout donnant l'impression d'une propreté très relative. Bientôt nous arrivons devant une maison de bois où flottent les couleurs françaises. C'est le centre du Comité français des ingénieurs de Boryslaw, où les 4/5 des mines sont de direction française.

Une table en fer à cheval est dressée où nos couverts sont mis. De nombreux jeunes gens nous accueillent, heureux de nous recevoir et d'entendre le parler natal, depuis un an, 18 mois, qu'ils ont quitté la France.

Après déjeuner, nous regrimpons dans nos camions pour la visite des puits..... de quelques-uns seulement, car nous apprenons qu'il y en a près de mille ! Descente dans un premier clos : voici un puits. Rien d'impressionnant de prime abord. Supposez un forage en train de se faire : pilon ou cuiller, suites de tiges vissées l'une dans l'autre, poulie dans le haut manœuvrée électriquement par un ouvrier placé dans une chambre plus loin. On s'étonne bientôt en apprenant que cette banale cuiller et ces tiges aboutées descendent ainsi parfois jusqu'à 1.200 mètres et plus. Il arrive de travailler un an, 2, 3 ans, avant d'arriver à la couche de pétrole, avec tous les aléas de forage bouché, de tige cassée ou même d'abandon du puits parce que foré à faux, hors de la couche pétrolifère. Voici d'autres puits où, sous les vapeurs profondes, le pétrole afflue en jets puissants par intermittences précises. Et d'autres, et d'autres. Nous parcourons ainsi diverses concessions, grimpons en autos, par des lacets serrés, le long de contreforts montagneux. En haut, superbes vues sur l'ensemble de cette vallée aux mille puits dont chacun ressemble à une pyramide aiguë coiffée d'une boîte cubique, le tout d'une hauteur d'une maison sans étage. La pyramide c'est le trépied de support de la poulie ; la boîte, sa chambre même..... Et tout cela, quoique en plein air, dans une atmosphère saturée d'effluves de pétrole qui ruisselle sur les poutres noires de goudron, sur le sol aux coulées noires et huileuses qu'il faut largement enjamber. Aspect grandiose d'une vaste ruche humaine, silencieuse et au labeur caché, chaque abeille restant dans sa cellule. Toute la vallée est ainsi piquetée, à plusieurs kilomètres à la ronde, de pyramides coiffées de cubes. On en découvre toujours d'autres plus loin et d'autres encore, s'étageant aux flancs des collines en cirque et pointant encore, même aux sommets.

On nous conduit ensuite à la gare d'arrivée. Vingt minutes de wagon et nous voici devant une immense raffinerie de pétrole, aux multiples bâtiments que nous visitons pour remonter définitivement dans le train qui nous conduit désormais dans la direction de la France.

A Przemysl, au buffet de la gare, dernier dîner en commun des 43 qui vinrent en Pologne orientale. Légère mélancolie que la nuit tombante augmente alors que chacun remonte en wagon. Les adieux se font, car un petit groupe va nous quitter vers minuit pour traverser les Carpathes demain et revenir par Buda-Pesth et Vienne. Un autre, demain à 8 heures, essaimera à Cracovie, pour revenir par Prague et de là, quelques-uns directement en avion à Paris. Le reste, une vingtaine, dont nous sommes, arrivera demain à 16 heures à Varsovie, pour en repartir à 20 heures pour Berlin et Paris. C'est donc bien, ce soir, la dislocation définitive. Notre inoubliable voyage à travers la Pologne est, dès maintenant, virtuellement terminé.

***

Y a-t-il lieu, en fermant mon carnet de route, de tirer une conclusion sur cette randonnée à travers les plaines polonaises où nous vîmes choses et gens comme à travers un kaléidosope ? J'ai raconté sans phrases, au courant de la plume, ce que j'ai vu et ressenti. Que le lecteur en tire lui-même sa conclusion.

Mais les mots me furent impuissants pour rendre cette sensation constante d'une Pologne fraîchement libérée, triomphant enfin d'un destin qui lui fut si longtemps cruel et toute pleine d'amour et de reconnaissance pour notre pays — pour la France qui, *seule* de toutes les nations, l'a constamment soutenue, moralement et matériellement aussi, dans la mesure du possible, au milieu des angoisses que, même la guerre mondiale terminée, elle eut encore à ressentir, lors de l'invasion bolchevique.

C'est pourquoi nous ne fûmes pas reçus là-bas comme des visiteurs étrangers, mais comme des parents, comme des frères. Et c'est le cœur rempli de gratitude sincère pour un si affectueux accueil, que nous revenons de cette Pologne dont nous avons senti battre le cœur fidèle et où nous a paru renaître un nouveau coin de France.

Dr Fernand DECOURT,
Vice-président
de l'Union des Syndicats médicaux
de France.

LA SOLIDARITÉ CONFRATERNELLE

Souscription en faveur de Madame le Dr M. Brès.

Nous recevons de Madame le Dr Alice Sollier, qui a pris la généreuse initiative de venir au secours de Madame Brès, la première femme docteur française, octogénaire et aveugle, la lettre suivante :

Cher Monsieur et honoré confrère,

Je viens vous adresser l'expression de toute ma gratitude pour le cordial accueil fait, dans les colonnes de votre estimable journal *Le Concours médical*, au projet de souscription en faveur de notre intéressante et infortunée doyenne, Madame le docteur Madeleine Brès, souscription que je considère comme terminée, notre dernier souscripteur étant du 22 août dernier.

C'est en janvier 1921 qu'un article de Madame Huguette Garnier, dans l'*Excelsior*, me révéla la profonde détresse de Madame le Docteur Madeleine Brès, détresse qui me causa une douloureuse et profonde émotion, et me donna l'idée de faire appel au généreux concours du Corps médical pour venir en aide à notre confrère, si cruellement éprouvée, et qui, après l'hospitalité temporaire, offerte par l'abbé Jouin, trouva une hospitalité généreuse et désintéressée auprès d'un ancien ami de sa famille, le Dr Magnier de la Source, l'expert au Tribunal Civil de la Seine, lequel eut, pour la pauvre déshéritée, des soins et un dévouement d'une abnégation parfaite, — que son état de santé et les conditions matérielles de la vie actuelle ne lui permirent pas de continuer plus longtemps.

En fin août, grâce à l'extrême obligeance du docteur Mourier, directeur de l'Assistance Publique, nous avions obtenu, pour Madame Brès, son entrée à Ivry, où elle devait être hospitalisée, en attendant son admission dans la Maison de Retraite de la Rochefoucauld.

Toutes les formalités étaient remplies ; le montant de l'entrée versé entre les mains de l'Assistance, quand, pour un motif futile, nous eûmes à compter avec la volonté formelle de Madame Brès de ne pas accepter l'offre de l'Assistance Publique.

Par ses relations personnelles, Madame le Docteur Brès entra en pourparlers avec M. Berger, président de « l'Amitié des Aveugles de France » qui la plaça, comme pensionnaire, chez Madame Chauveau, 20, avenue de la République, à Montrouge, où elle est actuellement et où elle reçoit tous les soins que comporte son état rendu si douloureux par sa cécité.

Je considère donc mon très modeste rôle comme terminé.

Si quelques généreux donateurs pensent devoir être utiles à Madame Brès, ils pourront, à l'avenir, adresser leurs dons à M. Berger, président de « l'Amitié des Aveugles de France », 13, boulevard du Montparnasse, entre les mains duquel je remets la somme de six mille deux cents francs quarante-cinq centimes montant de la souscription, due aux généreux donateurs dont les noms suivent, à charge à la Société « l'Amitié des Aveugles de France », de pourvoir aux besoins de Madame Brès et de s'occuper d'elle, dans l'avenir. En outre, neuf cent cinquante-sept francs, ont été remis directement à Madame Brès : le 15 juin 1921, 427 fr. ; le 16 juillet, 210 fr. ; le 2 août, 320 fr., ce qui portait le montant total de la souscription à sept mille cent cinquante-sept francs quarante-cinq centimes.

Avec mes remerciements, veuillez agréer, Monsieur et cher confrère, l'expression de mes meilleurs sentiments.

Dr Alice SOLLIER.

Reçu pour la souscription......	960 fr.	
	1.760 »	
	1.012 »	
	1.685 »	
	1.740 45	
		7.157 45
Remis à Madame Brès :		
Le 15 juin 1921.........	427 fr.	
Le 16 juillet 1921.......	210 »	
Le 2 août 1921..........	320 »	
		957 »
Le 2 octobre. Reste à la souscription :		6.200 45

Liste de souscription en faveur de Madame le docteur Madeleine Brès.

M. le Dr Julien Noir....................	50 »
M. le Dr Genouville, au nom de l'Association des médecins du département de la Seine.	200 »
Société Civile du *Concours médical*.........	50 »
Le Concours médical....................	50 »
Madame le docteur Alice Sollier...........	100 »
M. le Docteur Lecène (Le Havre)..........	20 »
M. le Docteur Delherm...................	40 »
M. le Docteur Plateau....................	10 »
M. le Docteur Huguet et Madame (Saint-Pourçain)	20 »
Madame Jeanne..........................	50 »
M. le Docteur X., anonyme...............	10 »
M. le Docteur Max Sainmont (Sonzay)......	10 »
M. le Docteur P. Noury (Rouen)...........	20 »
M. le Docteur Maillet (Amiens)............	50 »
M. le Docteur H. Perreau (Ivry-sur-Seine)..	20 »
Madame le docteur Chadzinska (en souvenir du docteur Jean Chadinzski)...........	100 »
M. le Docteur Volpert (Forbach)...........	10 »
M. le Docteur Perrault (Nueil-s.-Aubiers)...	20 »
M. le Docteur Charier (Thouars)...........	20 »
M. le Docteur Serrey (Nicé)...............	20 »
MM. les docteurs Bouvat, père et fils (Saint-Peray)	20 »
M. le Docteur Donatien Saquet (Nantes) ...	50 »
M. le Docteur Fraysse....................	20 »
M. le Docteur Coutin (Montmédy)	50 »
M. le Docteur et Mme Courgey (Ivry-sur-Seine)	40 »
M. le Docteur Léon-Joseph Brasse (Rouen)..	100 »
M. le Docteur Henri Ducroux (Bourg-la-Reine)	20 »
M. le Docteur C. Balmelle (Fondettes)......	20 »
A reporter	1.160 »

Rreport .... 1.160 »
M. le Docteur Louis Gabriault (Luzignan)... 20 »
M. le Docteur Edmond Garipuy (Toulouse). 20 »
Madame Alix Despeignes (Chambéry)...... 20 »
M. et Mme Jean Bourdeau (Paris)......... 100 »
M. le Docteur Edgar Leroy (St-Remy-de-Provence) .... 20 »
M. le Docteur Jean Louis (Mâcon)......... 10 »
M. le Docteur et Mme Demorque (Rochefort-sur-Mer) .... 50 »
M. le Docteur Debauge (Saint-Genis-sur-Guiers) .... 50 »
Mme Harriett H. Woolley................ 500 »
M. le Docteur Jules Sourice (Saint-Florent-le-Vieil) .... 20 »
M. le Docteur Morat (Boulogne-sur-Seine).. 25 »
Madame D. Morat (Boulogne-sur-Seine) ... 10 »
M. le Docteur Gilbert (Brégy, Oise)........ 5 »
MM. Félix, Emile, Abraham Dreyfus (Saint-Nom-la-Bretèche) .... 100 »
M. le Docteur Lautie (Bédarieux).......... 20 »
M. le Docteur Plantier (Annonay)......... 100 »
M. Masson (*Presse médicale*).............. 100 »
M. le Docteur Guelpa.................... 100 »
M. le Docteur Arrou...................... 50 »
Madame le docteur Francillon-Lobre....... 50 »
Madame Bouvry (Monaco)............... 50 »
Madame Camille Tollu (Paris)............ 10 »
Madame le Docteur Ch. Collard (Salies-de-Béarn) .... 50 »
M. le Docteur Marion.................... 50 »
M. le Docteur Louis Boivin............... 5 »
M. le Docteur Henry Borst............... 20 »
Madame Louis de Moussac (Boismorand)... 100 »
M. Paul Guibourg (Boulogne-sur-Seine) ... 50 »
M. Georges Billet (Paris)................ 100 »
M. Edmond Le Noble (Fontenay-sous-Bois). 100 »
Madame le docteur Hermine English (Ezauville) .... 20 »
M. le Docteur Vernet (Nice).............. 10 »
M. le Docteur Mesley (Gijon, Espagne)..... 20 »
Madame Georges Dieulafoy............... 100 »
Mademoiselle Jacqueline Duhem.......... 2 »
Madame le Docteur Pissot-Masson (Versailles) .... 10 »
M. Dessaux (Paris)...................... 100 »
M. le Docteur Hébert.................... 20 »
M. le Docteur Henri Caussade (Rouen)..... 10 »
M. le Docteur Vivant (Monte-Carlo)........ 20 »
M. le Docteur et Madame Julliard (Châtillon de-Michaille) .... 15 »
M. le Docteur Hémery (Bruay)............ 20 »
M. le Docteur Fillassier (Suresnes)......... 25 »
M. le Docteur Roger Nougaret (Port-St-Louis) .... 20 »
M. le Docteur X., anonyme............... 5 »
M. le Docteur et Madame Paul Courbon-Sollier (Stephansfeld-Strasbourg).......... 20 »
M. le Docteur André Roblot.............. 20 »
Madame Ruais (Quarré-les-Tombes)....... 20 »
M. le Docteur Arnaud (Vanves).......... 50 »
M. le Docteur Lefort (collecte des internes de la salle de garde de l'hôpital Saint-Joseph) 80 »
M. le Docteur Vignaud (Vanves)........... 50 »
M. le Docteur Bertrand-Lauze (Alais)...... 50 »
Madame le Docteur Lambert (Tournan).... 10 »
Madame le Docteur Broïdo (Rabat) .... 100 »
Madame le docteur Sosnowska............ 20 »
M. le Docteur Molinéry et ses enfants (Saint-Mandé) .... 30 »
Un vieil étudiant qui a entendu l'argumentation de la thèse de Madame Brès par le doyen Wurtz .... 10 »

A reporter.............. 3.952 »

Report................ 3.952 »
M. le Docteur X., anonyme............... 20 »
Madame la comtesse Mattéini (Florence).... 500 »
Madame Edouard Kann (Paris)........... 100 »
M. le médeci-major Forgues (Gabès)....... 20 »
M. le docteur et Madame René Semelaigne.. 20 »
L'Association générale des Etudiantes de l'Université de Lyon, envoi de Madame le docteur Lucien Mangini................ 100 »
Mademoiselle Gauthier-Villars, étudiante en médecine (Paris) .... 50 »
Madame Villaret (Ivry-sur-Seine).......... 20 »
M. le Docteur A. Peyre, au nom de l'Association des médecins de la Gironde (Bordeaux) .... 100 »
M. le Docteur Paul Farez................. 20 »
Madame le Docteur Blanche Edwards-Pilliet) .... 100 »
M. le Docteur René Ravaud.............. 200 »
Madame Gilles (Paris).................... 25 »
M. le Docteur Pallier (Saint-Servan)........ 20 »
M. le Docteur Bugeau (Surgères)........... 75 »
M. le Docteur Bordenave (Léognan)........ 10 »
M. le Docteur François (Bohain)........... 20 »
Madame le Docteur Lydie Jespersno (Michigan .... 65 »
M. le Docteur Dubourd (Roquemaure)..... 10 »
M. le Docteur Fütz-B. Talbot (Boston)..... 120 45
M. le Docteur André Breau (Angers)....... 20 »
M. Louis Freyssinger.................... 10 »
M. le Docteur J. Thomas (Nantes)......... 10 »
M. le Docteur Bardon (Brive)............. 20 »
M. le Docteur Lesieur.................... 100 »
M. le Docteur R. Penel (Ajaccio).......... 20 »
Mademoiselle le Docteur E. Abramovitch (Annecy) .... 10 »
Madame X., veuve et mère de médecins.... 200 »
M. le Docteur Choudens (Saint-Jean-de-Gouville) .... 5 »
Madame le Docteur Marie Gosset.......... 100 »
Syndicat des Médecins de Nîmes.......... 50 »
M. le Docteur H. Legrand (Tunis)......... 20
M. le Docteur Martinet (Valdampierre)..... 15
Société du Sanatorium de Boulogne-sur-Seine .... 100 »
M. le Docteur Paul Sollier (Boulogne-sur-S.). 100 »
Madame L. F. Raymond (Paris)........... 300 »
M. le Docteur Calmé (Guémené-sur-Scoff) 20 »
M. le Docteur Charles Cotaz (Vichy)........ 50 »
M. le Docteur Julliard (Châtillon-de-Michaille)................................ 20 »
M. le Docteur X..., anonyme............ 20 »
Madame le Docteur Nellie N. Barsners..... 200 »
M. le Docteur Bietrix(Blanzy-sur-Bourbince) 20 »
M. le Docteur Casteran (Asfeld)........... 100 »
Mademoiselle le Docteur Hamilton (Bordeaux) .... 50 »
Madame le Docteur Alice Weld Tallant (Philadelphie) .... 50 »

7.157 45

SOU MÉDICAL

Les membres du Sou médical sont instamment priés de bien vouloir régulariser leur situation en envoyant la cotisation de l'année 1921 au trésorier Dr Gassot, à Chevilly (Loiret).

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations.

— **Institut de médecine légale et de psychiatrie.** — MÉDECINE LÉGALE. — *Cours théorique de médecine légale.* — Ce cours sera professé les lundis, mardis, mercredis, vendredis et samedis, de 6 heures à 7 heures, pendant le semestre d'hiver : 1° médecine légale, toxicologie et déontologie, par M. le professeur Balthazard et M. Duvoir, agrégé ; 2° législation et jurisprudence médicales, par M. le professeur Garçon, de la Faculté de droit.

Cours théorique complémentaire de médecine légale. — Accidents du travail et maladies professionnelles (lois des 9 avril 1898 et 25 octobre 1919), par M. le professeur Balthazard, assisté d'agrégés, de médecins et chirurgiens des hôpitaux, les lundis, mercredis et vendredis, de 6 heures à 7 heures (pendant les mois de mars et avril).

Cours pratiques. — 1° Autopsies à la Morgue, pendant le semestre d'hiver, de 1 h. 1/2 à 3 heures ; le jeudi, par M. le professeur Balthazard ; le mardi, par M. Duvoir, agrégé ; le samedi, par M. Dervieux, chef des travaux. Pendant le semestre d'été, les élèves procéderont eux-mêmes aux autopsies et seront exercés à la rédaction des rapports, les mêmes jours, de 4 heures à 5 h. 1/2 ; 2° travaux pratiques de médecine légale, (application des méthodes de laboratoire à la pratique médico-légale), les samedis, de 1 h. 1/2 à 3 h. 1/2, sous la direction de M. Dervieux et de M. Piédelièvre, chef de laboratoire (semestre d'été) ; 3° travaux pratiques de toxicologie, sous la direction de M. Kohn-Abrest, chef des travaux toxicologiques, au laboratoire de toxicologie, à la préfecture de police, tous les vendredis, de 4 heures à 5 h. 1/2 (semestre d'été) ; 4° expertises d'accidents du travail, sous la direction de M. le professeur Balthazard, assisté de MM. Duvoir et Dervieux, le jeudi, à 2 heures (semestre d'été, laboratoire de médecine légale).

PSYCHIATRIE. — *Cours de psychiatrie médico-légale.* — M. le professeur N... fera le cours tous les lundis, à la clinique des maladies mentales de Sainte-Anne, de 1 h. 1/2 à 3 h. 1/2, pendant le semestre d'été. (Présentation de malades après chaque cours).

Cours clinique de psychiatrie. — Le cours aura lieu pendant le semestre d'été (mars et avril), les mercredis et vendredis, de 1 h. 1/2 à 3 h. 1/2, dirigé par M. le professeur N..., assisté des chefs de clinique, à l'asile Sainte-Anne.

Examens de malades et rédaction des rapports. — M. Logre, ancien chef de clinique, et MM. Gourioux, Heuyer, chefs de clinique, dirigeront ces exercices à la clinique des maladies mentales, à l'asile Sainte-Anne, tous les jeudis, de 4 heures à 6 heures (semestre d'hiver) et les mercredis, de 3 h. 1/2 à 5 h. 1/2 (semestre d'été).

Tous les cours et conférences ont lieu l'après-midi ; la présence des élèves y est obligatoire.

Conditions d'admission aux cours et conférences de l'Institut de médecine légale et de psychiatrie. — Les docteurs en médecine français et étrangers, les étudiants en médecine français et étrangers (titulaires de 16 inscriptions), sont admis à suivre les cours et conférences de l'Institut de médecine légale et de psychiatrie, après s'être inscrits au secrétariat de la Faculté (guichet n° 3), les mardis, jeudis et samedis, de midi à 3 heures. Les titres et diplômes et de plus, pour les étrangers, l'acte de naissance, doivent être produits au moment de l'inscription. Les droits à verser sont : 1 droit d'immatriculation, 20 francs ; 1 droit de bibliothèque, 10 francs ; 4 droits trimestriels de laboratoire à 100 francs, soit 400 francs ; 1 droit d'examen, 100 francs.

— **Cours pratique d'orthopédie de M. Calot** (douzième année) en sa clinique de Paris, 69 quai d'Orsay, du *lundi* 23 *janvier* au 29 *janvier* 1922.

En une semaine, à raison de 5 heures de travail par jour, de 2 h. à 7 h. du soir. Enseignement de *l'orthopédie indispensable aux praticiens.*

Avec *exercices pratiques individuels.*

1° *Tuberculoses externes : abcès froids, adénites cervicales, tuberculoses de l'épididyme et du testicule. Mal de Pott, coxalgie, tumeurs blanches, ostéites,*

2° *Affections orthopédiques : scoliose* et son traitement moderne ; *luxation congénitale* de la hanche, *pied bot, tarsalgie, paralysie infantile, maladie de Little, torticolis, ostéomyélite, déviations rachitiques.* De *l'ostéochondrite* (preuve faite que c'est une subluxation congénitale).

3° *Fractures* : Comment les praticiens doivent les traiter. Notions indispensables sur l'interprétation de radiographies de fractures.

Pour médecins et étudiants français et étrangers. Explications en espagnol et en anglais. Droits d'inscription, 150 fr. Le nombre des places étant limité, s'inscrire d'avance, en écrivant au Dr Colleu à la Clinique-Calot, 69, quai d'Orsay, Paris, ou au Dr Fouchet à l'Institut Calot à Berck-Plage (Pas-de-Calais).

Le programme détaillé sera envoyé sur demande.

Le Directeur-Gérant : **Dr GASSOT.**

Clermont (Oise). — Imprimerie DAIX et THIRON
THIRON et FRANJOU, Successeurs.
Maison spéciale pour publications périodiques médicales

Réponse.

L'article 17 signifie que, si les plaies des doigts sont superficielles, on ne doit compter qu'un pansement simple, soit le prix de la visite. Si, au contraire, ces plaies sont profondes, comme en votre cas, on doit compter des pansements multiples à 15 fr. bien que les dites lésions soient situées sur les doigts. Vous devez donc ici compter non pas 10 fr., mais 15 fr. par séance.

Dr F. Decourt.

NOTES DE PRATIQUE QUOTIDIENNE

Traitement des fissures de l'anus par le permanganate de potasse à saturation

La dilatation chirurgicale, nécessitant l'anesthésie locale ou générale, et présentant les dangers classiques de la syncope, est encore considérée comme le seul traitement curatif des fissures de l'anus ; je crois utile de signaler les heureux résultats que j'ai obtenus depuis 10 ans, avec un traitement des plus simples et purement médical (1).

Au cours de mes missions en Orient (1908-1909-1910) et plus particulièrement d'une étude sur les Leischmanioses cutanées (ulcère nasal du chien à piroplasmes), j'ai été amené à étudier l'action du permanganate de potasse, soit en poudre fine, soit en solution concentrée dans le traitement des ulcérations rebelles.

La cautérisation des ulcérations caractéristiques de la fissure anale par une solution de permanganate de potasse à saturation ou au 1/30, m'ayant donné des succès inattendus, j'en ai poursuivi l'expérimentation depuis 1910.

Ma statistique porte actuellement sur 137 cas ; 22 ont été plus ou moins améliorés ; mais j'ai dû finalement me résoudre à la dilatation chirurgicale. Les autres sont, à ma connaissance, définitivement guéris ! Cependant, il faut admettre que sur ces 115 cas, des rechutes ont pu se produire sans que les malades soient venus me consulter. Parmi les 22 insuccès, 2 cas ont présenté, malgré le traitement au permanganate, l'un 3 et l'autre 5 récidives, après un temps de guérison apparente, variant entre 2 et 6 mois !

Dans les 115 cas favorables, j'ai relaté 7 rechutes au bout de quelques mois, mais la guérison s'est maintenue définitive après une nouvelle application du traitement.

Les insuccès et les récidives se sont toujours produits chez des malades atteints concurremment d'hémorroïdes assez volumineuses.

(1) L'emploi du chauffage localisé à l'air chaud, qui a donné des succès incontestables, est d'un emploi difficile.

***

Voici à quelle méthode je me suis définitivement arrêté :

Dès le diagnostic posé, je prescris le régime lacto-végétarien. avec absorption d'huile de paraffine en quantité suffisante pour avoir des selles toujours molles avec émissions d'huile en excès.

Les cautérisations ne doivent être commencées qu'après évacuation complète des matières assez dures pour blesser la muqueuse souvent très fragile.

Ce résultat obtenu, j'écarte avec douceur les plis de l'anus en priant le malade de pousser et en administrant localement une douche de permanganate à 0 gr. 25 0/00 aussi chaude que possible. Avec un peu de patience, on parvient à pratiquer sans souffrance un examen méthodique. Dès qu'on a bien précisé le siège de la ou des ulcérations, on les touche rapidement avec un coton monté sur une tige mince et flexible, imbibé d'une solution de permanganate de potasse à saturation ou au 1/30. Le malade éprouve une brûlure assez vive, mais immédiatement disparue et suivie d'un soulagement indéniable.

Les cautérisations sont renouvelées tous les jours jusqu'à disparition complète des douleurs, puis espacées progressivement.

Pour éviter les récidives, il est prudent de badigeonner chaque semaine la muqueuse dans tous ses replis avec une solution de permanganate de potasse au 1/50 pendant 2 mois environ après guérison.

Dès que l'ulcération sera complètement cicatrisée, le malade pourra reprendre le régime normal, mais il se trouvera bien, surtout s'il est hémorroïdaire ou constipé de nature, de continuer l'usage de l'huile de paraffine pour éviter une nouvelle déchirure de la muqueuse.

Dans les cas où le spasme aurait été particulièrement rebelle, il pourra être utile de pratiquer, avant ou après les dernières cautérisations, une légère dilatation digitale, mais sans pousser jusqu'à la douleur, donc sans anesthésie (dilatation médicale).

Cette dilatation légère permet seule un déplissement complet de la muqueuse et la cautérisation des petites ulcérations souvent minimes, qui ont pu échapper à l'examen jusque-là, et pourraient être l'amorce de récidives ; mais il ne s'agit de toute façon que d'une manœuvre exceptionnelle et sans laquelle la plupart des guérisons précitées ont été obtenues

Depuis quelque temps, j'emploie avec succès contre l'élément douloureux (crises spasmodiques du début, évacuation des selles constipées, déplissement de la muqueuse avant les premières cautérisations) le paraminobenzoate

de butyle mélangé au 1/10e avec du talc ou de la vaseline.

Cette nouvelle méthode de traitement des fissures anales peut éviter à nombre de malades les dangers et les ennuis d'une dilatation sous anesthésie, tout en leur apportant un soulagement immédiat.

Dr André COMBAULT.
Docteur ès sciences.

JURISPRUDENCE

I. Indemnité journalière non due en cas de rechute après que la victime, étant guérie, a repris son travail.
II. Les frais médicaux et pharmaceutiques ne sont pas payés après consolidation.

COUR DE CASSATION. — *Chambre civile*, 6 juin 1921.
(*Recueil spécial des accidents du travail*)
Août 1921.

L'indemnité journalière cesse d'être due à partir du jour où la victime, complètement guérie, a repris son travail. En cas de rechute ou d'aggravation, c'est à la procédure de révision qu'il y aura lieu de recourir.

Besombes contre Société nouvelle de Manutention maritime.

La Chambre civile, saisie d'un pourvo: contre une décision du juge de paix de Cette, en date du 12 février 1914, a, sur le rapport de M. le Conseiller Sachet et les conclusions de M. l'avocat général Trouard-Riolle, statué comme il suit :

La Cour,

Sur le moyen unique :

Attendu que Besombes, v ctime d'un accident du travail le 23 octobre 1913, a touché l'indemnité journalière jusqu'au 19 janvier suivant, date à laquelle il a été déclaré guéri de sa blessure et a repris son travail ; que, prétendant avoir éprouvé une rechute le 29 du même mois de janvier, il a cité son patron, la Société nouvelle des Manutentions maritimes, en nouveau paiement du demi-salaire à partir du jour de la rechute alléguée jusqu'à complète guérison ;

Attendu qu'en déclarant cette demande irrecevable le jugement attaqué n'a violé aucun des textes visés au pourvoi ; qu'en effet l'indemnité journalière cesse d'être due à partir du jour où la victime complètement guérie a repris son travail, qu'en cas d'aggravation ou de rechute, c'est à la procédure de révision qu'il y a lieu de recourir ;

Par ces motifs,

Rejette le pourvoi.

Commentaires.

Que nos confrères prennent bien garde aux conséquences de l'arrêt ci-dessus : ils risquent, dans certains cas, de ne pas pouvoir se faire

payer leurs soins, donnés après consolidation de la blessure.

En effet, lorsque, par certificat de reprise de travail, le docteur déclare son blessé consolidé ou guéri, le droit à l'indemnité temporaire cesse, pour l'ouvrier, faisant place au droit à une indemnité pour incapacité permanente partielle de travail, si cette incapacité est reconnue. La compétence est désormais enlevée au juge de paix, pour être attribuée, d'après la loi de 1898, au tribunal civil.

Or, si le blessé n'a pas d'incapacité permanente de travail et qu'il soit atteint d'une complication éloignée de sa blessure, ou d'une récidive (abcès tardif, ouverture d'une fistule, etc). le chef d'entreprise, comme son assurance, sont complètement déchargés et de l'indemnité temporaire et des frais médicaux et pharmaceutiques. Ceux-ci doivent rester à la charge du blessé. Le juge de paix est incompétent, puisqu'il y a eu consolidation de la blessure ; le tribunal civil est également incompétent, puisqu'il ne peut connaître que d'une demande de révision de la rente, qui ne peut être allouée, puisqu'il n'y a pas d'incapacité permanente de travail.

Mais, admettons qu'il y ait eu lieu, au moment de la consolidation, à l'octroi d'une rente pour incapacité permanente. Il y a rechute. Le blessé ne peut que demander une augmentation de sa rente et non pas le remboursement des frais médicaux et pharmaceutiques. (Cour de Cassation, civ. 8 fév. 1911 ; 10 janvier 1912 ; 8 mai 1912 ; 6 juin 1921.)

Le secrétaire du Conseil judiciaire de l'Union des syndicats ouvriers de la Seine nous a écrit pour nous signaler toute l'importance de ces arrêts. Non seulement l'intérêt de nos confrères se trouve engagé, mais encore celui des blessés, qui se voient obligés de payer de leur poche, soins médicaux, frais d'opérations, de pansements, alors que le plus élémentaire bon sens et la saine logique demanderaient que ces dépenses puissent incomber au chef d'entreprise responsable.

Il ne reste plus à l'ouvrier que de se faire admettre à l'hôpital : une fois de plus, le budget des pauvres sera grevé au seul profit des compagnies d'assurances.

M. Quillent nous donne le conseil de ne déclarer guéris que les blessés pour lesquels nous avons la certitude qu'aucune complication tardive ou éloignée n'est possible. Le certificat final pourrait spécifier que le blessé paraît en état de reprendre son travail, sous toutes réserves de complications ultérieures, provenant de la blessure.

Nous proposerions la formule suivante :

« *Je soussigné déclare que M. X. ouvrier de M. Y., blessé dans son travail le..., me paraît en état de reprendre son travail ; sa blessure est*

suffisamment consolidée, sous toutes réserves de complications ultérieures, éloignées, provenant de l'accident primitif, complications impossibles à prévoir actuellement. Certificat délivré en vertu de la loi du 9 avril 1898. »

Avec cette rédaction, le blessé ne pourra pas être juridiquement considéré comme guéri : en cas de rechute, il pourra demander l'octroi de son demi-salaire au juge de paix du lieu de l'accident et, comme il y aura demi-salaire, les frais médicaux et pharmaceutiques (qui, selon la jurisprudence de la Cour de Cassation, sont l'accessoire de l'indemnité temporaire) pourront être alloués.

Dr Paul Boudin.

DOCUMENTS OFFICIELS

A L'OFFICIEL

Tarif des déplacements pour soins aux mutilés de guerre (*Seine*).

L'arrêté interministériel du 6 juin 1921 fixant le tarif des indemnités de déplacement auxquelles peuvent avoir droit les médecins appelés à donner des soins à domicile aux bénéficiaires de l'article 64 de la loi du 31 mars 1919 est complété comme suit :

....

....

2° Pour les déplacements par tous autres moyens, le tarif par kilomètre effectivement parcouru est le suivant :

1 fr. 50 dans le département ci-après : Corse. (10 novembre 1921.)

(*J. O.*, 11 *novembre* 1921.)

Questions et réponses parlementaires.

L'allocation des secours aux familles nombreuses et aux femmes en couches.

I

10512. — M. Mieller, député, demande à M. le ministre de l'hygiène de ne pas faire entrer en compte, dans l'application des lois d'assistance aux familles nombreuses et aux femmes en couches, les pensions des mutilés et des veuves de guerre pour le calcul des ressources totales des familles, ces pensions représentant en effet une partie de la réparation due envers ceux qui ont assuré le salut de la patrie. (*Question du* 25 *octobre* 1921.)

Réponse. — Pour déterminer la qualité de privé de ressources suffisantes à laquelle est subordonné l'octroi de l'assistance aux familles nombreuses ou aux femmes en couches, aucun texte de loi n'autorise actuellement les autorités administratives à déduire du montant des ressources totales dont peuvent disposer les postulants, les pensions des mutilés et des veuves de guerre. C'est du reste la jurisprudence adoptée par le conseil d'État qui a annulé un certain

nombre de décisions de commissions cantonales qui, en matière d'assistance aux femmes en couches, avaient voulu de leur propre autorité, opérer cette déduction. Il convient d'ailleurs de remarquer que chaque cas particulier doit être examiné séparément par les autorités qui statuent sur les demandes d'assistance. Quand les circonstances sont telles que l'ensemble des ressources de la famille, y compris les pensions des mutilés ou des veuves de guerre, ne constituent pas des ressources suffisantes au sens légal du mot, l'assistance est accordée. C'est là une question de fait qu'ont toute latitude pour apprécier les municipalités et les préfets compétents pour prononcer ou refuser les admissions.

(*J. O.*, 16 *novembre* 1921.)

II

10591. — M. DELORY, député, demande à M. LE MINISTRE DE L'HYGIÈNE, comme suite à la réponse écrite nº 10306 (1), s'il y a lieu d'admettre au bénéfice de la loi du 17 juin 1913 une mère ayant accouché d'un enfant mort-né; ajoutant que la situation de cette mère, est, au point de vue des soins à donner à l'enfant, analogue au cas précédemment soulevé ; que, dans les deux cas en effet, la mère se trouve dans l'impossibilité matérielle de continuer ses soins à son enfant et que, dans les deux cas, fait défaut une des conditions essentielles de l'attribution des allocations, à savoir : les soins d'hygiène à donner à l'enfant. (*Question du 28 octobre 1921.*)

Réponse. — Malgré la similitude apparente des deux situations envisagées dans les questions écrites nº 10306 et nº 10591, il y a cependant des considérations qui justifient des solutions différentes. Dans le cas d'abandon par la mère de son enfant à l'assistance publique, il y a lieu de remarquer qu'on se trouve en présence d'un acte contraire non seulement aux sentiments maternels les plus naturels, mais encore au but même et de la loi du 17 juin 1913 et de la loi du 24 octobre 1919 sur l'allaitement maternel qui visent principalement toutes deux à la préservation de l'enfant par les soins et, si possible, par l'allaitement maternels. En cas d'accouchement d'un enfant mort-né, il s'agit tout au contraire d'une circonstance malheureuse, indépendante de la volonté de la mère et, le plus souvent, décevant son espoir. Donc, à moins d'une faute grave de la mère impliquant de sa part la négligence absolue des mesures d'hygiène et de repos prescrites par la loi du 17 juin 1913 et confirmées par la loi du 24 octobre 1919, mon administration a toujours été favorable à l'attribution du bénéfice de l'assistance aux femmes en couches toutes les fois que les autres conditions sont remplies. Il paraîtrait contraire au désir du législateur de faire subir à la mère les conséquences d'un accident qui ne lui est pas imputable.

(*J. O.*, 16 *novembre* 1921.)

(1) Voir *Concours Médical*, 6 novembre 1921, p. 3049.

QUARANTE-TROISIÈME ANNÉE — N° 49 — DIMANCHE 4 DÉCEMBRE 1921

Fondé en 1879 par Auguste CÉZILLY
Rédigé et dirigé par H. JEANNE (1900-1914),

LE CONCOURS MÉDICAL

ORGANE HEBDOMADAIRE DES PRATICIENS
Groupés dans la Société « **Le CONCOURS MÉDICAL** » *et ses Filiales*

ADMINISTRATION & PUBLICITÉ
G. BOULANGER, ADMINISTRATEUR

ABONNEMENTS :

France	24 fr.
Étranger	28 »
Étudiants (*France*)	12 »
Le numéro	50 cent.

Chèques Postaux Paris 167-95

DIRECTION

MM. les Drs A. GASSOT, *Directeur*; A. MAURAT; H. CEZILLY; J. NOIR; P. BOUDIN docteur en droit; M. VIMONT; G. DUCHESNE.

MM. P. CEZILLY, J. DUMESNY, licenciés en droit; C. BOULANGER.

RÉDACTION

Dr J. NOIR,
RÉDACTEUR EN CHEF

Drs P. LACROIX et G. DUCHESNE
SECRÉTAIRES DE LA RÉDACTION

N.-B. — Les manuscrits publiés ou non, ne sont pas rendus.

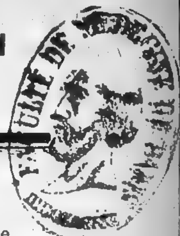
Rédaction et Administration : 132, rue du Faubourg St-Denis, PARIS (10e). Téléphone : Nord 48-17



Quarante-troisième année. N° 49 4 Décembre 1921.

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN



SOMMAIRE

Office de Renseignements du « Concours »

AVIS

AGENDA MEMENTO DU PRATICIEN

Notre édition 1922 va paraître dans quelques jours, et l'expédition en sera commencée aussitôt par colis postal.

Les souscripteurs auront donc satisfaction avant la fin du mois.

Comme les années précédentes, un grand nombre de lecteurs nous ont adressé leur souscription après sa clôture, et nous avons été mis dans l'obligation, afin de satisfaire les intéressés, d'en faire un tirage complémentaire qui a occasionné un suplément de dépenses.

Comme conséquence, à partir d'aujourd'hui, notre volume ne pourra être envoyé qu'au prix de 15 fr. au lieu de 12 fr.

Verser au compte de chèques postaux: **Concours Médical**, *Paris* 167-95.

DON. — Nous avons reçu à titre de don à la Société civile du *Concours médical*, de MM. les docteurs MAZEN de Saint-Pol (Nord), QUÉZAC, de Millau (Aveyron), LEMOINE, de Mortagne (Orne) la somme de quinze francs pour bons offices du journal.

Membres du Concours exerçant dans les stations hivernales

Nous rappelons à nos adhérents qu'il y a lieu de nous informer chaque année de leur désir de voir figurer leur nom sur cette liste.

MM. les docteurs :

Alger : Picard.
Antibes : Ribes.
Arguel (Doubs) : H. et J. Bon.
Bandol : Marçon.
Beaulieu : Ricoux, Bertier, Ubaud.
Beausoleil : Audoly, Pizard,
Biarritz : Berne, Clavel Pierre.
Cambo-les-Bains : Colbert, Hamant.
Cannes : Abadie, Argueyrolles. Baradat, Bayle, Caruette, Fournier, Kent-Gazet, Verdalle.
Cannet (Le), près Cannes : Comoy, Oudaille.
Cap-d'Ail : Lyons.
Chambon-de-Tence (Le) : Riou.
Fréjus : Turcan.
Grasse : Bossuet, Perrimond.
Hyères : La Bonnardière, Mauranges, Minelle, Pierrhugues, Vidal.
Juan-les-Pins-Antibes : Stef.
La Seyne : Grandjean J. M., Jaubert.
Menton : Coubard, P. de Langenhagen.
Monte-Carlo : P. Gasquet, Vivant.
Nice : Ardoin, Baillon, Pr S. Baudry (*oculiste*), Cauvin, Chatenoud, Auguste Colin, Constant, Delocque - Fourcaud, Dormoy, Gaudichon (*oto-laryng.*) Gruzu, Henry (*Rayons X*), Kent-Monnet, Larue, Leriche Em., Liotard, Noble J., Piétri.
Oran : Paire.
Pau : Bajac, Carcy.
St-Raphaël-Valescure : Caldagues, Vadou.
Toulon : Pignet (*urol. derm.*).

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum, aux* « **demandes et offres** ».

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à fr. 50 la ligne, qui est versé dans la caisse de la Société civile du **Concours Médical**). *Adresser un mandat ou mieux verser au compte de chèques postaux* **Concours Médical**, *Paris 167-95.*

Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse.**

N° 588. — Centre Ouest Poste de propharmacien ds campagne riche et agréab. Pêche et chasse. Gare, élect, chiff. d'aff. 30.000, à céder pr très légère indemn. à débattre, urgent.

N° 589. — Veuve de docteur désire emploi de bureau ou surveillante dans un hôpital.

N° 590. — Achèterai thermocautère de poche, occasion, bon état. Bock laveur avec support. Dr Reboul, 3, rue Cléberg, Lyon.

N° 591. — Dr Renoul, à Loroux-Bottereau (Loire-Inf.) cherche 1° Relieur pr class. rap. et sol. feuil. mob. comptab. perm. ouver. larg. pr travail sans échapp. feuil. 2° étuis poc. pr 12 amp. 1 c.c. 3° app. chauf. bois con, hyg. prop. adapt. à chemin nfs. ou occ. off. ou simp. indicat.

N° 592. — A vendre : boîte de verres d'essai, ophtalmoscope, règle pour skiascopie.

N° 593. — A vendre Paris, de Dion 9-12 HP 1914 belle conduite intérieure 4 places excellent état.

N° 594. — A vendre conditions avantag. bibliothèque médic- contemporaine 150 volumes, dont dict. Jaccoud 40 vol. Liste sera communiquée.

N° 595. — Dr sérieux, 37 ans, célibat., au courant clientèle, cherche collaborat. en vue de success. ds bonne clientèle. Paris, banlieue, province.

N° 596. — Dr, ancien interne hôpitaux, spécialisé chirurgie urinaire, gynécologie, intra-veineuses, électrothérapie désire emploi assistant de clinique ou chez confrère.

N° 597. — A céder banlieue immédiate de Paris. très bonne clinique, accidents du travail. S'adr. M. Chomet, syndicat des médecins, 28, rue Serpente, Paris. T. p. r.

N° 598. — Infirmière cherche emploi ds clinique ou clientèle médicale. Bonnes références.

N° 599. — A vendre : 3 chaises, 2 tabl. en fer, gd salon, ch. à coucher, s. à manger. Dr Chevrolet 107, av. de Villiers, Paris.

N° 600. — A céder banlieue immédiate clinique (A. T. et médecine générale) grand pavillon av. jardin, affaire susceptible d'une grosse augmentation au point de vue médecine générale. S'adresser Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris.

N° 601. — Excellent poste de petite ville à 3 h. 1/2 de Paris, sur grande ligne Rapport 57.000 fr. Belle villa très confortable, élect. et chauf. centr. affaire très sérieuse. S'adresser Breitel et Goret, 1, rue Dante Paris.

N° 602. — A vendre œuvres Voltaire (25 vol.), Lamartine (8 vol.), J.-J. Rousseau (25 vol.), coll. Revue Deux-Mondes (20 années), Dr Carret, à Crémieu (Isère).

Les Laboratoires Emile LOGEAIS, 37, avenue Marceau, à Paris, mettent les :
GLOBULES TŒNIAFUGES de SECRETAN
à la disposition de MM. les Docteurs pour leurs essais cliniques.

CORRESPONDANCE

Etablissement des divers impôts sur les revenus.

En réglant mes impôts, le percepteur m'a présenté tout un « menu » sur lequel outre les contributions, prestation, patente, etc., figurent :

Bénéfices commerciaux	78.80
Impôt sur le revenu 1920	108.99
Impôt sur le revenu 1920	30.25

Suis-je vraiment imposable sur les bénéfices

commerciaux ? Sinon quelle marche à suivre pour me faire rembourser ?

En ce qui concerne l'impôt sur le revenu 1920, de 108,99, il s'agit sans doute de l'impôt sur le capital : marié, père de 5 enfants mineurs, il me semble que cet impôt ne doit pas me toucher non plus ?

Quant à l'impôt sur le revenu 1920, de 30,25, il correspond probablement à l'impôt cédulaire, rien à dire de ce côté.

Vous seriez bien aimable si vous pouviez me documenter à ce sujet.

Dr H.

Réponse.

Il nous est impossible de vous donner un renseignement précis sur le bien fondé des impôts qui vous sont réclamés avec les explications sommaires que contient votre lettre. Il nous faudrait avoir des renseignements précis sur le montant des revenus et bénéfices professionnels que vous avez déclarés, ainsi que sur le libellé des feuilles d'impôts. De préférence il y aurait lieu de nous communiquer ces feuilles.

Les médecins ne sont pas assujettis à l'impôt cédulaire sur les bénéfices commerciaux, mais à l'impôt sur les bénéfices des professions non commerciales. Mais il peut y avoir là une simple erreur de dénomination de l'impôt applicable.

D'autre part, il n'existe pas d'impôt sur le capital, et il est possible que, des deux impôts sur le revenu, l'un soit celui sur les bénéfices de la profession médicale, et l'autre celui sur le revenu global.

Marié et père de cinq enfants mineurs, vous avez droit évidemment, sur ce dernier impôt, à des déductions très importantes. Mais vous pouvez quand même y être soumis. Tout dépend de l'importance de vos revenus, que vous ne nous indiquez pas.

Imputation des contributions sur les dommages de guerre.

Réfugié des pays libérés et conformément à la circulaire parue le 30 novembre 1920, j'ai demandé l'imputation de mes contributions sur mes dommages de guerre. Or, le percepteur me répond par la note ci-jointe qui se borne à n'imputer qu'un dixième de la somme. Or, j'ai déposé un dossier dont le montant s'élève à 384.000 fr. Suis-je dans le droit d'exiger l'imputation totale, comme je l'ai demandé ?

Dr Y.

Réponse.

Seuls sont imputés sur les dommages de guerre les impôts d'État, et non ceux qui sont perçus au profit des départements et des communes.

Dans la demande d'imputation qui est soumise à votre signature, l'impôt sur le revenu, qui est perçu au profit de l'État seul, figure, en effet pour la totalité.

En ce qui concerne, au contraire, la cote per-

sonnelle mobilière et la patente, comme ces contributions ont été supprimées par la loi du 31 juillet 1917, et qu'il n'est plus perçu que des centimes additionnels pour les départements et les communes, et certains centimes d'État pour non valeurs, c'est seulement sur cette dernière partie de l'impôt que porte l'imputation.

Vous pouvez vous rendre compte, par l'examen de vos feuilles d'impôt, s'il a bien été tenu compte de la totalité des centimes d'État dans l'imputation.

Certificats et Diplômes d'Hygiène.

Nous avons annoncé, il y a quelques semaines, (*C. M.* du 21 août 1921) la Création d'un diplôme d'hygiène à la Faculté de Médecine de Paris, et à ce propos nous rappelions l'inauguration avant la guerre d'un diplôme analogue à Lyon. Notre excellent confrère, le Dr Ch. Darras, vice-président de l'A. G. et président de la Société Centrale, qui est l'homme de France le mieux renseigné sur les diplômes des Facultés de Médecine, nous fait savoir que le titre relatif à l'hygiène que délivre l'Université de Lyon ne porte pas le nom de diplôme, mais celui de *Certificat d'études d'hygiène* et que sa création ne date pas de 1909 comme nous le croyons, mais du 4 octobre 1905 ; que Lille possède aussi un *Certificat d'études spéciales d'hygiène* depuis le 21 janvier 1905 et que c'est Toulouse qui inaugura le premier des certificats de ce genre le 10 janvier 1905. Nos meilleurs remerciements au Dr Darras qui a bien voulu nous donner d'aussi précis renseignements.

J. N.

La contagion en milieu scolaire et les règlements.

Un sous-officier de l'armée de Rhénanie fut libéré fin juin.

Pendant son voyage de retour, il passa une nuit dans une ville sur le Rhin. Dans la caserne où on le logea, il ne restait qu'un seul lit vacant, par suite de l'évacuation à l'hôpital de l'occupant. Plutôt que de coucher sur la paille, le jeune homme coucha dans les draps du malade.

Arrivé à X., son domicile, il demanda et obtint un poste d'instituteur pour le mois de juillet, afin de pouvoir toucher son traitement pendant les mois de vacances.

Il fut envoyé dans une école suburbaine, d'où il put rentrer tous les soirs chez ses parents.

Dès les premiers jours, il se sentit courbaturé et il toussa ; il attribua cet état au froid qu'il avait éprouvé pendant son voyage.

Le 1er jeudi de juillet, jour de vacances, 12 jours après avoir couché dans le lit du malade, il s'alita.

Je le visitai pour la première fois et je constatai : éruption boutonneuse confluente défigurant le malade, 40°, sueurs profuses, catarrhe oculo-naso-bronchitique.

Le malade, pour expliquer son absence de l'école, fit remettre à l'Inspecteur d'académie un certificat avec le diagnostic : rougeole, indiquant que le malade ne pourrait reprendre son poste avant 16 jours.

Aussitôt après la disparition de l'éruption, en pleine desquamation furfuracée et la bronchite en évolution, le malade, avec l'autorisation de l'Inspecteur primaire, et sans aucune précaution prophylactique, reprit son poste d'instituteur, au milieu de jeunes enfants, parce que le règlement dit que, si un instituteur est en congé de maladie pendant les derniers 15 jours qui précèdent les vacances, il ne touchera pas son traitement pendant les deux mois de vacances.

Il paraît qu'il n'y a eu à l'école que quelques cas de rougeole, mais il faut tenir compte qu'après la fin de l'année scolaire, l'épidémie a pu continuer dans le pays. P. N.

Les certificats de transport des cadavres sont exempts de timbre.

Le certificat de transport de corps d'une commune dans une autre commune ne figure pas dans la liste des certificats pouvant être rédigés sur papier libre, publiée dans l'Agenda-Memento du praticien 1913, page 166.

J'avais donc refusé de délivrer des certificats de cette nature autrement que sur papier timbré, quand la mairie de ma commune m'adresse la note ci-jointe que je vous envoie à titre documentaire. Quelle est votre opinion à cet égard ? Dr F.

Réponse.

Nous vous remercions de votre obligeance pour la communication que vous avez bien voulu nous faire.

Puisque le Directeur général de l'enregistrement admet que les certificats médicaux nécessaires pour le transport des corps doivent être considérés comme constituant des actes de police générale, et comme tels, exempts de timbre, il n'y a qu'à prendre acte de cette interprétation, puisqu'elle est favorable aux contribuables.

Dans la liste de l'Agenda-Memento, les certificats concernant les actes de police générale sont portés, et il en est donné quelques exemples. Nous y ajouterons celui dont il s'agit, dans la prochaine édition.

Voici le texte du document transmis par notre abonné :

Extrait du recueil des actes administratifs de M. le Préfet du département de la Haute-Vienne, n° 2 de 1913.

Transport de corps.

Pour obtenir l'autorisation de transporter

(*Voir la suite page XXXV 3325*)

PROPOS DU JOUR

Ce que l'on trouve dans les vieux livres. Les variations des doctrines. A propos de la contagion de la tuberculose, de son étiologie et de sa prophylaxie.

Il est intéressant de parcourir les vieux livres de médecine, on y puise toujours d'utiles leçons. Les erreurs qu'on y relève et qui nous paraissent étranges, à côté de très sages observations, nous permettent de prévoir comment on pourra juger dans un ou deux siècles la plupart de nos découvertes, de nos doctrines et de nos affirmations.

Il n'y a pas de vérité absolue, il n'y a que des vérités relatives, et en médecine encore plus que dans les autres sciences. Quand nous voyons à l'heure actuelle les calculs d'Einstein battre en brèche la théorie qui paraissait la plus indiscutable et la plus solidement établie, celle de Newton sur l'attraction universelle, ne sommes-nous pas tenus d'être, en sciences biologiques, encore plus réservés et prudents. Combien de nos prétendus grands hommes, de nos merveilleuses découvertes, de nos dogmes pseudo-scientifiques paraîtront falots et ridicules aux savants des XXIe et XXIIe siècles ?

Nous avons sous les yeux un petit livre imprimé à Paris en 1786, dont l'auteur est M. Andrieu, docteur en médecine de l'Université de Montpellier. Ce livre, bien édité, est bizarrement intitulé : *Avis conservateur du citoyen sur les causes de maladie violente et de mort imprévue qui ravagent soudain les hommes de tous les rangs. Découverte intéressante du dix-huitième siècle*. C'est une sorte de traité d'hygiène, écrit dans le style ronflant de l'époque, où l'on trouve une foule de remarques intéressantes.

M. Andrieu, qui a obtenu de l'Académie royale de chirurgie de Paris une médaille d'or en 1775, pour un procédé rappelant à la vie les personnes en état de mort apparente, procédé qui consiste simplement à provoquer l'éternuement en irritant mécaniquement la muqueuse pituitaire, expose à sa façon l'influence sur la santé, de l'air, des aliments, de la boisson, du mouvement, du repos, du sommeil, de la veille, des humeurs retenues ou évacuées.

Il reproche aux autorités de la capitale, de ne pas se préoccuper de l'hygiène des salles de spectacles et des lieux publics, leur signale les émanations putrides qui se dégagent des lieux bas, des rues étroites, des halles, des mares et des amas d'ordures qu'on trouvait alors çà et là, notamment sur le trajet des trottoirs du Pont-Neuf, attire l'attention des magistrats sur les dangers que font courir aux passants l'encombrement et la circulation des lourds véhicules (déjà !), la falsification des drogues que l'on délivre chez les pharmaciens et des denrées que vendent les marchands épiciers. Il va jusqu'à effleurer la prophylaxie antisyphilitique. Or, dans son introduction, ce précurseur qui paraît un homme savant et de bon sens écrit :

« Les causes de dépopulation les plus fréquentes et les plus graves, ont été absolument négligées et méconnues, tandis qu'on s'est livré dans tous les temps, avec une sorte d'enthousiasme phrénétique, à la futilité de quelques découvertes physiques qui ont eu lieu successivement, sans aucune utilité réelle, et dont l'issue a été ou nulle ou funeste, et telle qu'on aurait dû la pressentir dès l'instant même de leur naissance.

De ce nombre sont :

1° L'art de plonger et de résider au fond des mers.

2° Celui de marcher à pied sec sur la surface des eaux.

3° L'art de s'élever dans la région de l'air à la faveur de vaisseaux volants.

4° La section de la symphyse chez le sexe.

5° Le mesmérisme magnétique animal, etc.

Le temps et l'événement ont caractérisé ces découvertes vaines et illusoires. »

On ne peut guère être plus mauvais prophète que M. Andrieu, vous en conviendrez.

Combien de nos savants ou prétendus tels vaticinent de la même façon aujourd'hui ?

On est tenté de sourire et de songer aux pronostics de ce bon M. Andrieu quand on lit avec quel ton tranchant on se prononce, de côté et d'autres, pour ou contre la contagiosité de la tuberculose, et sur l'application exclusive de tel ou tel procédé de prophylaxie de la phtisie.

Pourquoi ne pas avouer que, depuis les découvertes de Villemin et de Koch, on ne nous a pas appris grand'chose de nouveau en phtisiologie et que tant que nous ne serons pas plus avancés, nous risquons, en proclamant des dogmes et en discutant académiquement, dire autant de sottises que ce bon M. Andrieu à qui les sous-marins, les avions et les dirigeables, la symphyséotomie, la suggestion et l'hypnotisme ont donné d'éclatants démentis.

Nous venons de feuilleter encore un autre vieux livre imprimé à Paris chez Baillière en 1842, il est dû au Dr Hippolyte Combes, agrégé de Montpellier, professeur d'hygiène à l'école de médecine de Toulouse, et est intitulé : *De la médecine en France et en Italie : administration, doctrines, pratique.*

Or, le Dr Combes consacre un chapitre à la phtisie, très fréquente, affirme-t-il, en Italie. Nous y lisons le passage suivant :

« Ces observations, relatives à la phtisie, seraient incomplètes si on ne disait un mot de sa *prétendue propriété contagieuse.* L'affirmative d'une telle proposition ne se trouve pas aussi généralement soutenue en Italie, que des écrits récents, certains usages locaux, ou le règlement de quelques hôpitaux, sembleraient l'établir et l'opinion contraire réunit en sa faveur d'honorables et nombreuses exceptions, surtout dans la partie septentrionale de la Péninsule.

« *Rien de plus* ÉVIDENT *sans doute que* LA NON *contagion de la phtisie en France* ; mais de ce fait comment conclure que toute l'Italie doive être parfaitement rassurée à cet égard ?.......

« Même en supposant que la phtisie présentât le caractère contagieux en certains lieux de l'Italie, ce ne serait qu'à un faible degré.

« Aussi, rien de moins raisonnable que ces habitudes nationales dont l'influence oblige, à Naples, le locataire à résilier son bail et à payer une indemnité à son propriétaire, quand un membre de la famille du premier succombe à la phtisie, et qui ont forcé le gouvernement à séquestrer, dans une salle particulière de ses hôpitaux, les individus reconnus poitrinaires. »

Voici donc un médecin instruit, qui en 1842 proclame l' *évidence* de la NON CONTAGION *de la phtisie en France*, alors qu'il admet cette contagion possible en Italie. Pareille proposition émise aujourd'hui ne semblerait-elle pas le plus beau défi au sens commun et même le comble de l'absurdité !

Et cependant ! ! !

La tuberculose est transmissible, cela malheureusement ne paraît guère douteux, mais comment expliquer sa transmission, que d'inconnues encore dans son étiologie ? Voici un fait que nous livrons aux réflexions des phtisiologues :

Nous soignons, depuis 25 *ans*, une famille d'ouvriers, de braves gens émigrés du Plateau Central à Paris. La mère, femme travailleuse et énergique, mère de deux jeunes garçons, devint tuberculeuse, alors que ses enfants étaient en bas âge. Elle vivait avec son mari et ses enfants dans la plus étroite promiscuité. C'était évidemment fâcheux mais comment faire autrement. Nous ne serons pas contredit par ceux qui connaissent les conditions d'habitation des neuf dixièmes des ouvriers parisiens.

Notre malade fit une tuberculose fibreuse, avec des poussées congestives, d'abondantes hémoptysies, des bronchites répétées, avec expectoration bacillifère : malgré cela, elle vit encore et se porte relativement bien.

Quinze à seize ans après le début de sa maladie, son mari contracta la tuberculose pulmonaire et en mourut.

Survint la guerre ; le fils aîné, âgé de 20 ans environ, s'engagea. Au bout de six mois, sans être allé au front, il tomba malade et mourut atteint de rein tuberculeux. Le second fils fit la guerre, fut envoyé en Orient, et revint en bonne santé. Il paraissait en parfait état quand récemment il fut atteint d'hémoptysie.

Voilà une famille où la transmissibilité de la tuberculose ne paraît guère douteuse ; mais, comment expliquer que cette transmission ait mis 25 années à se produire et ait frappé les fils au moment même où, du fait de leur âge, ils ne vivaient plus en promiscuité avec leur mère, l'agent bacillifère de leur famille.

Concluons : Il ne suffit pas qu'on ait démontré l'inoculation de la tuberculose, et découvert son bacille pour affirmer que l'on connaît les modes de transmission de la maladie et décréter de quelle façon l'on peut assurer sa prophylaxie. Ce ne fut pas la découverte de leurs microbes qui nous permit de nous défendre contre le paludisme, la fièvre jaune, la peste et le typhus ; ce fut lorsque, après avoir observé minutieusement, on s'aperçut que les moustiques, pour le paludisme et la fièvre jaune, les rats et leurs puces pour la peste, et

les poux pour le typhus, étaient les agents vecteurs de ces maladies. Ce ne fut pas la seule découverte du bacille d'Eberth qui mit nos villes à l'abri de la fièvre typhoïde, ce fut quand on s'aperçut que les eaux d'alimentation la propageaient.

La question paraît plus complexe pour la tuberculose. Ce n'est pas une raison pour la trancher d'autorité. En médecine, ce n'est plus le dogme qui fait foi, mais l'observation et l'expérience.

J. NOIR.

Les obsèques du Dr G. Mignen.

Les obsèques du Dr Gustave Mignen, président d'honneur de l'Union des Syndicats médicaux de France, fondateur du premier Syndicat médical dans notre pays, ont eu lieu le mercredi 16 novembre à 10 heures, à Montaigu-en-Vendée.

Les médecins vendéens et nantais s'étaient fait un devoir d'assister en grand nombre au convoi, qu'une foule considérable accompagnait. Vingt couronnes avaient été déposées par des sociétés diverses sur le cercueil.

De nombreux discours furent prononcés au cimetière. Le Dr Barbanneau associa l'Union des Syndicats médicaux, l'Association générale des médecins de France et le *Concours médical* dans le tribut de regrets et de gratitude qu'il porta sur la tombe de l'innovateur et du vieil ami que nous avons eu la tristesse de perdre, et le vif regret de ne pouvoir accompagner à sa dernière demeure.

J. N.

N. B. — Voir page 3320, la Revue : *Circulaires, Circulaires*.

PARTIE SCIENTIFIQUE

NEUROLOGIE

Les troubles gastro-intestinaux d'origine nerveuse ou réflexe,

Par L. PRON.

Qu'on appelle le *plexus solaire* : cerveau abdominal, comme le faisait BICHAT, ou bien qu'à l'exemple de GUILLAUME, on lui refuse cette assimilation, qui semble pourtant assez légitime, peu importe. Il n'en reste pas moins vrai que, pour tous les médecins, c'est le centre sympathique de beaucoup le plus important. Le plexus solaire, en effet, synthétise anatomiquement et physiologiquement le système nerveux végétatif abdominal. D'une part, il « se résout » (Testut) en douze plexus secondaires : hépatique, splénique, mésentérique supérieur, qui innerve tout l'intestin grêle et la moitié droite du côlon, rénaux, surrénaux, spermatique ou utéro-ovarien, etc.... D'autre part, il reçoit le grand splanchnique, le petit splanchnique et le pneumogastrique droit. Il est placé au milieu du tronc comme un relais, comme un bureau central, par où doivent passer toutes les correspondances nerveuses, se faisant entre la tête et la poitrine et l'abdomen. Nulle excitation ou irritation ne peut naître dans le cerveau, dans la moelle ou dans la cage thoracique, sans qu'il en soit influencé ; de même, pour les organes génito-urinaires et l'ensemble de l'intestin.

L'estomac étant adossé à lui et pénétré par ses ramifications directes ; l'intestin étant, d'autre part, solidaire de l'estomac, aussi bien au point de vue réceptif ou passif qu'émissif ou actif, on conçoit combien doivent être fréquents les troubles gastro-intestinaux d'origine nerveuse ou consécutifs à quelque affection éloignée.

Pourtant, je dois faire ici une restriction importante.

Les manifestations gastro-intestinales secondaires sont fréquentes, et j'ai pris soin, dans un de mes ouvrages (1), de bien séparer les *pseudo-gastropathies* des vraies gastropathies. Mais, je suis convaincu que PAUCHET a exagéré, en disant que « sur dix malades qui consultent pour des troubles gastriques chroniques, il y en a peut-être un seul, qui présente une lésion d'estomac .....les neuf autres sont atteints de dyspepsie réflexe » (2).

La raison, pour laquelle bon nombre de vrais gastropathes sont qualifiés de « nerveux », c'est l'*intermittence des symptômes subjectifs* (tel patient, par exemple, restant plusieurs semaines ou plusieurs mois sans souffrir), alors qu'il a une maladie *organique*, comme un ulcère ou de la périgastrite. MATHIEU et MOUTIER ont même si-

(1) Les maladies d'estomac et leur traitement en clientèle, 3e édition (1921).

(2) Traitement chirurgical des affections de l'estomac (1919), p. 3.

gnalé des périodes absolument silencieuses de six mois, et jusqu'à deux ans, dans l'ulcus géant (1).

S'il s'agit d'un cas latent ou demi-fruste, à allure de dyspepsie banale, et qu'une crise éclate, à la suite d'une émotion ou d'un surmenage, l'erreur est presque obligatoire. Un seul moyen permet de l'éviter : c'est un interrogatoire *serré*, qui montre qu'antérieurement, il y avait des anomalies quotidiennes, quoique légères, dans le fonctionnement de l'estomac, et c'est surtout une exploration objective attentive : radioscopie, recherche du clapotage à jeun, étude du chimisme à jeun, qui fera souvent découvrir une hémorragie latente, etc. (2).

On oublie trop souvent qu'un ulcéreux a le droit, au même titre qu'un simple neurasthénique, de subir le contre-coup d'une secousse morale, et de localiser sur le lieu de moindre résistance la perturbation somatique qu'il éprouve. De même, un changement de vie, de milieu ou de climat, modifiant la réceptivité du système nerveux, amène une amélioration, aussi bien chez le gastropathe franc que che z le « nerveux ». C'est l'examen *objectif* seul, qui permet la différenciation.

Cette réduction du champ du nervosisme n'en laisse pas moins subsister toute l'importance du système nerveux en gastrologie ; mais, il faut distinguer l'*essence* nerveuse et les *manifestations* par le système nerveux.

Ceci dit, je m'empresse de rappeler les expériences de MANTELLI (3) et celles de CARNOT (4) sur la SÉCRÉTION PSYCHIQUE chez le chien.

Le chien élimine-t-il rapidement, et suivant un rythme régulier et normal, l'eau ingérée ? Il suffit d'un bruit inopiné, ou de la vue d'un fouet, pour que le pylore se ferme entièrement, et que l'élimination cesse, d'une façon complète, pendant plusieurs minutes ; puis, progressivement, le liquide recommence à couler ; mais, l'élimination totale dure une heure et demie, au lieu de 20 minutes. De même, lorsque la sécrétion est bien établie et que le suc gastrique goutte régulièrement à travers une fistule expérimentale, il suffit de montrer un chat à un chien, pour que la sécrétion tombe à zéro subitement ; elle met des heures à se rétablir (1).

Le système nerveux de l'homme étant plus sensible que celui du chien aux émotions diverses, on ne saurait nier l'influence du moral sur le fonctionnement des glandes chlorhydro-peptiques ; l'annonce d'une mauvaise nouvelle suffit à couper l'appétit, à ralentir la digestion ou à « fermer l'estomac », c'est-à-dire à déterminer un SPASME DU PYLORE.

Inversement, une bonne disposition d'esprit et un entourage aimable constituent d'excellents facteurs eupeptiques.

En ce qui a trait à l'intestin, la DIARRHÉE NERVEUSE est bien connue des candidats aux examens ou des soldats, non aguerris au bruit, de la mitraille. P.-E. LÉVY a insisté récemment (2) sur l'ENTÉRITE DIARRHÉIQUE CHRONIQUE *d'origine psychonerveuse* et, à propos d'un malade qui avait six à huit selles par jour depuis cinq ans, il recommande au médecin de ne jamais négliger l'analyse soigneuse de l'état moral. Les *habitudes pathologiques* se créent facilement chez les psychasthéniques, et les troubles somatiques relèvent alors de la rééducation mentale, et non de la thérapeutique médicamenteuse.

PARMENTIER (3) a observé, à titre d'aura, dans l'*épilepsie*, des coliques violentes avec diarrhée subite. Ici, le système nerveux cérébral semble agir en provoquant de l'hyperpéristaltisme ; dans les cas précédents, c'est plutôt en déterminant de l'hypercrinie par dilatation des vaso-moteurs de la muqueuse, comme dans la *maladie de* FRIEDREICH, la *sclérose en plaques, la paralysie infantile*, etc...

La diarrhée de la *maladie de* BASEDOW, comme les troubles gastriques qu'on rencontre dans cette affection, est-elle d'origine endocrinienne pure, ou bien provient-elle de l'hyperexcitabilité du vague, comme le pense MŒBIUS ? Le système sympathique, qui joue certainement son rôle ici, est tellement fusionné physiologiquement avec les glandes à sécrétion interne que la réponse est difficile.

A côté de la diarrhée vraie, il faut faire mention de la DÉFÉCATION POST-PRANDIALE, qui est autant pathologique que normale.

A l'état de santé, la mise en activité de l'estomac par les aliments se transmet à l'intestin ; celui-ci se contracte en tels ou tels segments et chasse les gaz qu'il contient. A cette émission de

(1) *Archives des maladies de l'appareil digestif*, t. X, n° 5, p. 270.

(2) J'ai publié, et je rappelle ici, à titre d'exemple d'ulcère fruste, le cas d'un homme de 50 ans, environ, qui se plaignait *uniquement* de vertige après ses repas depuis une semaine, vertige qu'il avait déjà eu trois ans auparavant ; il avait un bon appétit, *mangeait de tout, sans jamais éprouver de douleurs ou de brûlures* ; or, son estomac clapotait amplement à jeun, et contenait un liquide d'hypersécrétion, ayant une acidité totale de 1 gr. 46, avec réaction nette de l'acide libre et réactions d'Adler et de Meyer positives, sans qu'il y eût le moindre filet de sang, dû à une érosion produite par la sonde. Ce malade pesait, habillé, 44 kilos. Ce mauvais état général et le clapotage à jeun suffisaient pour établir, ferme, le diagnostic de gastropathie sérieuse.

(3) Académie royale de médecine de Turin (2 décembre 1910).

(4) Le jeu du sphincter pylorique. (*Archives des maladies de l'appareil digestif* (1907), p. 651 et sq.

(1) ZBINDEN. — Les affections du système digestif en neuropathologie (1909), p. 11.

(2) Société de Thérapeutique (9 juin 1920).

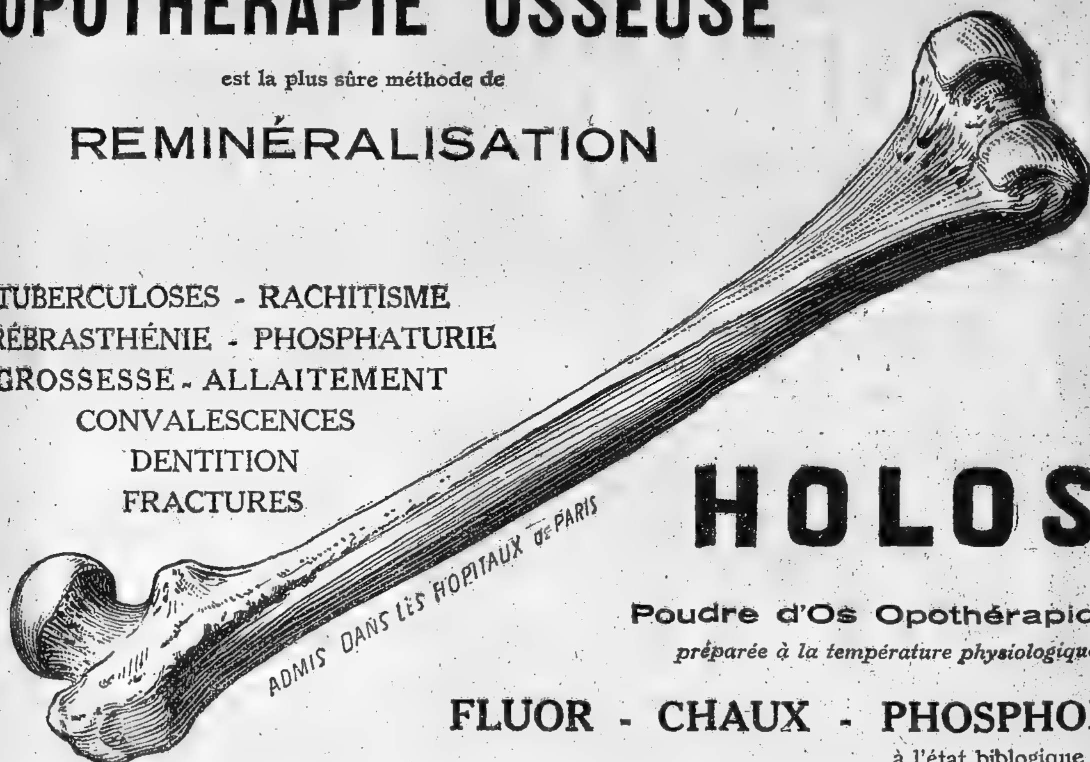
(3) Thèse de Lyon (1903).

L'OPOTHÉRAPIE OSSEUSE

est la plus sûre méthode de

REMINÉRALISATION

TUBERCULOSES - RACHITISME
CÉRÉBRASTHÉNIE - PHOSPHATURIE
GROSSESSE - ALLAITEMENT
CONVALESCENCES
DENTITION
FRACTURES



HOLOS

Poudre d'Os Opothérapique

préparée à la température physiologique

FLUOR - CHAUX - PHOSPHORE

à l'état biologique

Dose : Une petite mesure (1 gr.) à chaque repas, mêlée aux aliments (aucun goût)

Échantillons et Littérature : DESCHIENS, Docteur en Pharmacie, 9, Rue Paul-Baudry, PARIS (8e)

THERMOMÈTRES MÉDICAUX

(Contrôlés par le Laboratoire des Arts et Métiers)

En étui nickel. . . . . **4.50** pièce *franco*.

SERINGUES hypodermiques en verre :

(en boîte métal)

1 cc.	**3 fr.** *franco*	5 cc.	**6.25** *franco*
2 cc.	**3** » »	10 cc.	**7.25** »
3 cc.	**4.25** »	20 cc.	**9.00** »

Aiguilles . . . . **0.35** *franco*

COMPTOIR DE THERMOMÉTRIE. 132. Rue du Faubourg Saint-Denis, PARIS Xe
Téléphone : Nord 77-83.

Injection Clin Strychno-Phospharsinée

Injection Clin n° 596 ou n° 796	Glycérophosphate de soude	0 gr. 10	par centimètre cube.	*Boîtes de 6 et 12 ampoules de 1 c.c.*
	Cacodylate de soude	0 gr. 05		
	Sulfate de strychnine	1/2 milligr.		
	Sulfate de strychnine	1 milligr.		

L'INJECTION CLIN STRYCHNO-PHOSPHARSINÉE réunit à doses thérapeutiques le phosphore, l'arsenic organique et la strychnine. Elle assure réellement, grâce à sa composition rationnelle et constante, la médication basée sur ces trois agents thérapeutiques. *Elle doit toujours être employée de préférence aux associations de glycérophosphate de soude et cacodylate de strychnine* **qui ne contiennent qu'une quantité infinitésimale d'acide cacodylique** et ne doivent pas être comptées comme arsenicales.

Tonique général du système nerveux, reconstituant, antianémique

GOUTTES CLIN STRYCHNO-PHOSPHARSINÉES
réalisent la même médication par voie digestive.

LABORATOIRES CLIN — COMAR & Cie, 20, Rue des Fossés-St-Jacques — PARIS 1454

gaz en petite quantité, et à la production de quelques borborygmes, se borne l'*action excito-côlique de l'estomac*. Mais, chez les sujets dont la muqueuse gastrique est irritée, le contact des aliments détermine une excitation anormale ; le réflexe sur l'intestin est trop fort ; la fin de l'iléon se contracte énergiquement, et il s'ensuit une ou plusieurs selles. Il en est de même avec un estomac normal, quand la sensibilité de l'intestin est exagérée et quand les zones sphinctériennes, les « cœurs » de la portion terminale (fin de l'iléon, tiers du transverse, jonction sigmoïdo-rectale) entrent trop facilement en action.

C'est le RÉFLEXE GASTRO-ILÉAL de BARCLAY : toute excitation, même légère, de l'estomac et du duodénum, détermine des contractions du côlon. Inversement, le RÉFLEXE ILÉO-GASTRIQUE a pour conséquence d'occlure le pylore et de suspendre l'évacuation de l'estomac ; aussi, chez les constipés, dont la région iléo-cæcale est bourrée de fèces, y a-t-il de la *stase gastrique* habituelle, et, chez les dyspeptiques, voit-on augmenter les malaises digestifs pendant les périodes de constipation. De la même façon, peut-être pourrait-on expliquer la DYSPEPSIE APPENDICULAIRE dans laquelle figure un facteur mécanico-réflexe, à côté du facteur toxico-hépatique.

La CONSTIPATION est, le plus souvent, due à une irritation du plexus solaire, c'est-à-dire à une dyspepsie gastrique. L'hyperchlorhydrie étant, de beaucoup, la variété la plus fréquente, le spasme du pylore qu'elle engendre, détermine parallèlement un spasme cæco-côlique ; d'autre part, la présence, dans le duodénum, de chyme incomplètement neutralisé excite le « cœur duodénal », dont la réponse vers l'iléon agit dans le même sens. Au lieu de simple stimulation de la contractilité, il y a contracture permanente et *décalibration sténogène* (GLÉNARD).

La *constipation par atonie franche* est beaucoup plus rare. J'ai signalé, il y a longtemps (1), que, même dans les abdomens à paroi fonctionnellement usée et en état d'atonie intérieure marquée, on trouve, à la palpation, des zones de contracture.

La constipation dérive souvent d'une *ptose gastrique* ; le tiraillement, subi par le plexus solaire, se fait sentir sur le plexus mésentérique supérieur, qui innerve le côlon droit.

Pendant que je suis sur la question motilité, je rappellerai la grande fréquence du SPASME ŒSOPHAGIEN dans le cancer d'estomac et dans les dyspepsies nerveuses, — l'HYPERKINÉSIE GASTRIQUE (ENRIQUEZ) ou CHORÉE GASTRIQUE (G. LEVEN), en dehors de toute lésion ; j'en ai observé un cas net autrefois ; devant l'écran, l'estomac prit, en quelques minutes, trois formes absolument différentes, en poussant des prolongements pseudopodiques, à droite, à gauche, au-dessus ou au-dessous de l'ombilic ; il s'agissait d'une jeune mariée en état de grossesse, — le SPASME PYLORIQUE pur, caractérisé cliniquement par une impression de tension douloureuse, qui cède subitement après l'émission de quelques gros renvois, — le GASTROSPASME, dans lequel tout l'organe acquiert une rigidité ligneuse, perceptible à la palpation, — la BILOCULATION SPASMODIQUE, qui se différencie de la biloculation organique, en ce qu'elle est supprimée par une injection d'atropine.

Une mention spéciale doit être réservée au VENTRE EN ACCORDÉON, étudié surtout pendant la guerre. A certains moments de la journée, l'abdomen grossit subitement et rappelle celui d'une femme enceinte de sept mois, en même temps qu'on y entend des bruits de coassement ; puis, il s'affaisse. DENÉCHAU en fait une *névrose du diaphgragme*. VINCENT, de Lyon, avait signalé déjà, en 1898, les variations régulièrement cycliques de l'abdomen ; mais, il y voyait une manifestation d'hypotonicité, l'intestin se laissant distendre par les gaz. Il semble bien s'agir de deux syndromes séparés.

Les localisations nerveuses sur l'intestin peuvent revêtir une allure grave. TALAMON a décrit la PSEUDO-APPENDICITE HYSTÉRIQUE ; cette manifestation névropathique s'accompagne de vomissements et d'une légère tuméfaction de la région cæcale ; mais, la fièvre manque, et l'état général n'est pas touché. DEBOVE a, de son côté, attiré autrefois l'attention sur le PSEUDO-ÉTRANGLEMENT NÉVROPATHIQUE, et MABIN (1) a consacré sa thèse à l'OCCLUSION HYSTÉRIQUE AIGUE ; cette variété a, avec l'occlusion vraie, une ressemblance à peu près complète, puisqu'on a pu y noter des vomissements fécaloïdes ; elle s'en distingue par l'étiologie, la soudaineté du début, l'absence d'hyperthermie, le tympanisme subit et le maintien de la bonne santé générale. La forme CHRONIQUE est extrêmement rare ; le malade peut rester des semaines et des mois sans avoir une selle.

Parmi les troubles intestinaux d'origine nerveuse, doit prendre place l'ENTÉRO-COLITE MUCO-MEMBRANEUSE. Ce terme est défectueux, car la maladie ne comporte aucun élément inflammatoire, et la dénomination de *côlo-succorrhée*, proposée par SOUPAULT et JOUAUST, est bien préférable. D'autre part, l'entéro-côlite n'est nullement une affection individualisée ; *elle n'est qu'un syndrome*, s'objectivant par une hyper-

(1) Exploration manuelle de l'estomac, etc., (1912), p. 62 (chez ROUSSET).

(1) La stase intestinale hystérique (Paris, 1903).



sécrétion de mucus, et dérivant, neuf fois sur dix, d'une maladie d'estomac ou de foie. ROBIN, GLÉNARD, G. LYON et d'autres auteurs ont défendu cette pathogénie contre la théorie infectieuse de COMBE. J'ai, moi-même, consacré à l'entéro-côlite, un ouvrage (1) où je reprenais la théorie de la côlosuccorrhée, épiphénomène engendré par l'hyperchlorhydrie, à la faveur du nervosisme. Mon opinion est la même aujourd'hui qu'il y a 12 ans, et elle repose sur une expérience suffisante. Ce n'est qu'à titre presque exceptionnel que l'entéro-côlite se rattache à une appendicite chronique ou à une lésion utéro-annexielle chez la femme ; là encore, elle naît par propagation d'une irritation ou d'une inflammation. Les modifications de la flore ne sont qu'accessoires.

Une association, que j'ai remarquée et que j'ai fait signaler par FRANJOU dans sa thèse (2), c'est la concomitance fréquente du catarrhe muqueux gastrique et du catarrhe muqueux côlique ; sur 52 patients atteints de gastromucorrhée, 26 avaient des glaires et des « peaux » dans les selles. On ne saurait étiqueter infection, la première de ces affections, et, comme les deux ont vraisemblablement, chez un même malade, la même origine, c'est encore là une donnée en faveur de la doctrine de l'*entéro-névrose*.

J'ai parlé du réflexe gastro-iléo-gastrique. VERNET et GALLART-MONÈS ont décrit (3) un nouveau ganglion : le ganglion mésentérique inférieur, dont le pôle supérieur émet des rameaux qui se dirigent vers le plexus rénal. Cette jonction anatomique est la base du *réflexe réno-intestinal*, dont on observe, disent les auteurs, diverses manifestations, depuis la constipation banale jusqu'à l'OBSTRUCTION et les SPASMES DOULOUREUX, en passant par le syndrome de la côlite muco-membraneuse. Le spasme du côlon accompagne fréquemment la colique néphrétique typique et souvent la lithiase fruste ; il existe des cas où la crise rénale est seulement esquissée et la réaction intestinale, par contre, très prononcée. D'autres fois, le premier symptôme d'une côlique néphrétique est une diarrhée ou un impérieux besoin d'aller à la selle.

Un autre retentissement intestinal a été signalé par MATIGNON (4) ; on pourrait l'appeler *réflexe vagino-côlique*. Chez la femme, les rapports sexuels sont quelquefois suivis, soit immédiatement, soit le lendemain, de vives coliques, d'une selle normale ou diarrhéique, ou d'un faux besoin de selle. MATIGNON cite plusieurs observations topiques, dans lesquelles le coït servait de laxatif. Une de ses malades disait : « c'est mon verre d'Hunyadi-Janos, mais à effet immédiat. » Voilà donc une thérapeutique appelée à un succès certain !

Au sujet de la relation, existant entre l'intestin et les organes génitaux, il est curieux de rappeler les observations rapportées par SIMON (1), de deux garçonnets, l'un âgé de 14, l'autre de 3 ans, qui étaient tourmentés par des coliques graves. En les examinant, on remarqua que leur prépuce était adhérent ; on les opéra, et le ventre fut guéri radicalement.

De même, comme liaison physio-pathologique surprenante *a priori*, BONNIER a attiré autrefois l'attention sur les *rapports entre la muqueuse intestinale et le nez* (2). Certaines ENTÉRITES CHRONIQUES, se présentant sous la forme de constipation ou de diarrhée glaireuse, ou même hémorragique, proviennent, par voie réflexe (trijumeau, pneumogastrique, plexus solaire, plexus mésentérique), d'une lésion nasale, qui peut d'ailleurs être minime. La simple cautérisation d'un point déterminé de la pituitaire suffit pour amener la guérison.

Le nez a également une influence sur l'estomac. Chez certains sujets, il suffit d'une *odeur* pour amener des VOMISSEMENTS, des NAUSÉES, du PTYALISME ou un SPASME ŒSOPHAGIEN. JOAL a bien étudié ces anomalies (3).

Les *organes génito-urinaires* retentissent fréquemment aussi sur cet organe. En laissant de côté les manifestations dyspeptiques endocriniennes, on ne saurait trop insister, et sur l'existence de DYSPEPSIES GÉNITALES chez la femme, par déviation utérine, fibrome, simple dysménorrhée, etc., et sur l'exacerbation que subissent, pendant la période menstruelle, ou à son voisinage immédiat, les vraies gastropathies chroniques. Toute femme, se plaignant de l'estomac et présentant quelque perturbation génitale, doit donc être examinée à ce dernier point de vue.

La DYSPEPSIE PAR PTOSE est une banalité ; le plus souvent, c'est le *rein droit* qui est prolabé, puis vient le côlon transverse. Lorsque l'estomac lui-même est descendu, il est intéressant de noter que c'est indirectement qu'agit la sangle, c'est-à-dire que les phénomènes douloureux disparaissent, non parce que l'estomac est remonté, mais

(1) Entéro-colite, estomac et système nerveux (1910), chez Rousset.

(2) Contribution à l'étude de la mucorrhée gastrique. (Alger, 1918).

(3) *Archives des maladies de l'appareil digestif* (1921), n° 2, p. 105.

(4) *Ibidem*, novembre (1912), p. 625.

(1) *Médecine moderne* (18 mai 1904).

(2) Entre autres : Société de neurologie (4 juillet 1907), Société de biologie (7 mars 1908), Académie des sciences (27 décembre 1909).

(3) *Journal des Praticiens* (26 septembre 1903).

parce que le tiraillement, subi par le plexus solaire, est supprimé. Le PSEUDO-ULCUS par ptose gastrique est insuffisamment connu. J'ai publié l'histoire d'une jeune fille, qui avait des crises douloureuses pluriquotidiennes avec vomissements et chez laquelle, ni les médicaments les plus indiqués, ni le régime alimentaire le plus strict, ne donnaient aucun résultat. Il y avait du clapotage à jeun et un catarrhe acide prononcé, qui plaidait encore en faveur d'un ulcère. A l'opération, que j'avais conseillée en désespoir de cause, on ne trouva aucune lésion ; le chirurgien pratiqua une pexie, qui amena une grande amélioration immédiatement.

Fréquente aussi se montre la DYSPEPSIE PARASITAIRE, et généralement, il s'agit du TÆNIA. Elle revêt toutes les formes cliniques possibles, depuis la vulgaire hyposthénie avec pesanteur après les repas, jusqu'aux crampes violentes. Ne jamais manquer d'interroger le patient sur la présence d'anneaux dans les selles, car il n'y a pas de symptomatologie propre à la tæniose, non plus qu'à la lombricose. A côté des malades qui sont fort malmenés par les parasites, bon nombre gardent une bonne santé et n'éprouvent aucun malaise abdominal, ni même général.

Une confusion, à laquelle on est incité dans beaucoup de cas, c'est de considérer comme atteint d'affection gastrique un sujet, qui est atteint, en réalité, d'une affection du foie. D'une part, il peut n'y avoir jamais eu de crise hépatique franche ; d'autre part, les symptômes consistent surtout en pesanteur épigastrique après les repas, ou en brûlures, ou en boulimie intermittente, ou en pincements aigus de l'épigastre et des deux côtés du bas du thorax antérieur, aussi bien à gauche qu'à droite ; avec cela, quelques nausées à jeun, bouche pâteuse ou amère, céphalée fréquente. Le diagnostic de dyspepsie apparaît légitime. Or, en interrogeant le malade, on apprend qu'il a des crises de migraines, suivies de subictère de temps en temps, des débâcles bilieuses par en bas, de la décoloration, alternant avec de la surcoloration des fèces, etc. En examinant le tronc, on constate des points de purpura, des taches jaune-brun, quelquefois en relief, affectionnant surtout le côté gauche, de fines veinosités formant ceinture discontinue au *devant* de la poitrine, sous les seins et vers le creux axillaire (1). En palpant et percutant l'hypochondre droit, on trouve, soit un point cholécystique, soit de l'atrophie ou de l'hypertrophie du foie, soit une mobilité anormale, ou une déformation, etc. En réalité, on a affaire à une DYSPEPSIE HÉPATIQUE.

Les crises vésiculaires sont parfois difficiles à distinguer des crises pyloriques, à cause du voisinage immédiat de la vésicule et du pylore, dans le décubitus dorsal. Les antécédents aideront beaucoup ; de plus, il m'a semblé que la sensibilité de la vésicule ou du lobe gauche du foie est plus superficielle que celle de la région pylorique ; je veux dire que, pour provoquer une douleur d'égale intensité, il suffit de beaucoup moins appuyer sur le tissu hépatique que sur l'estomac, dont la portion droite est plus profondément située.

Le foie détermine-t-il plus souvent de l'hypo que de l'hyperchlorhydrie ? Je pencherais pour cette dernière opinion. Au fond, les détails importent peu. Le point capital est de ne pas traiter comme gastropathe un hépatopathe, et de ne pas le bourrer de jaunes d'œuf, de cervelle, etc., pour le tonifier.

(1) J'ai signalé ces varicosités et leur importance séméiologique récemment (Société de Médecine de Paris, 12 mars 1920). Elles n'ont rien à voir, ni comme emplacement, ni comme physiopathologie et signification avec les *varicosités* de la *base* droite du thorax, attribuées par MIRAILLÉ, à l'hypertension portale. (*Archives des maladies de l'appareil digestif*, septembre 1914.)

CLINIQUE MÉDICALE

Hôpital Saint-Louis :
M. le professeur agrégé GOUGEROT.

Comment surveiller les syphilitiques anciens. Syphilis et cancer.

La surveillance et le traitement des syphilitiques anciens, c'est-à dire des syphilitiques ayant dépassé la troisième, la quatrième, la cinquième années, est une question des plus importantes. Je m'élève de toutes mes forces contre l'opinion de ceux qui pensent et disent que cette surveillance n'est plus nécessaire après la deuxième année, s'il n'y a aucun symptôme clinique et si le Wassermann est négatif. Il ne faut pas oublier que le spirochète peut rester latent pendant des années et se réveiller ensuite. Je suis de ceux qui conseillent la surveillance du syphilitique pendant toute sa vie.

Quand le malade a franchi le cap de la deuxième ou troisième année, on doit le faire revenir deux fois par an, d'abord, puis, au-delà de la dixième année, tous les ans. A chaque visite, pratiquer un examen clinique complet, de la peau, des muqueuses (dépistage des taches leucoplasiques), des viscères, du cœur, de l'aorte, des reins. Vous rechercherez l'albuminurie, l'état de la tension artérielle, ces sujets étant voués à l'hypertension. C'est ainsi qu'une hypertension notable chez un individu jeune doit faire suspecter la syphilis. Vous surveillerez le foie, en particulier par l'épreuve de la glycosurie après un repas très sucré, en période de digestion. Il faut exa-

miner ensuite le tube digestif, le rectum (rétrécissement) et surtout le système nerveux. Je vous ai déjà longuement parlé des symptômes nerveux chez les syphilitiques. Je vous rappellerai simplement l'intérêt de l'insomnie, des céphalées, des vertiges, des phénomènes paresthésiques au niveau des pieds, de l'engourdissement des mains, des altérations des réflexes, non seulement des réflexes rotuliens, mais aussi les réflexes achilléens qu'il convient d'explorer, en faisant mettre le malade à genoux sur une chaise. On peut percuter le tendon, même le sujet chaussé. Vous palpez les os, en vue des exostoses, des périostites, au niveau du crâne par exemple. Vous connaissez la valeur de l'état des pupilles, des réflexes pupillaires. N'oubliez pas non plus la recherche, une fois par an, de la séro-réaction parallèlement par les trois procédés, Wassermann, Desmoulière, Hecht.

J'ai déjà discuté longuement devant vous la question de la ponction lombaire. J'ai conclu que la ponction systématique, en clientèle, n'était pas pratique. A la rigueur, on peut la demander à la fin de la quatrième et de la dixième années, deux dates particulières, optima. En réalité, on s'inspirera de la méthode opportuniste et on ne fera la ponction lombaire qu'au cas d'indication. Si vous suivez le sujet au point de vue nerveux et de la séro-réaction, vous n'aurez guère besoin de recourir à la ponction rachidienne systématique. Considérons maintenant quelques cas cliniques.

Voici un syphilitique sans signe ou symptôme appréciable et avec une séro-réaction négative. C'est là une éventualité fréquente lorsque le malade s'est bien soigné. Que faire dans ces conditions ? Plusieurs théories sont en présence. M. Fournier demandait jadis que l'on continuât le traitement mercuriel pendant plusieurs années. Après lui, s'est fait un revirement et Gaucher, au-delà de la cinquième année, ne conseillait plus le traitement, croyant qu'il n'avait plus alors de pouvoir préventif. Depuis quelque temps, on revient aux idées anciennes. Avec Fournier, Sicard et d'autres auteurs, je considère qu'il est plus prudent, même au-delà de la cinquième année, de faire quelques cures, même si le besoin ne paraît pas s'en présenter. Que risquez-vous, en effet ? Rien. Bien entendu, vous graduerez les cures.

De la cinquième à la quinzième années, dans la période où la *syphilis nerveuse* est plus fréquente, je conseille 4 cures annuelles, une par trimestre. J'ai l'habitude de demander deux cures de piqûres, en mars-avril et septembre-octobre, de six injections d'huile grise (perfectionnée), et deux autres cures intermédiaires, en hiver et en été, de frictions ou de suppositoires mercuriels. Si votre malade supporte bien l'iodure, lui faire prendre pendant 20 jours, dans le mois qui suit la cure, 2 grammes d'iodure, quotidiennement, par la bouche.

De la quinzième à la vingt cinquième années, réduire le traitement à deux cures annuelles, au printemps et à l'automne, soit deux séries de piqûres mercurielles, soit une série de piqûres et une de frictions, suivies également de 20 jours d'iodure.

Les anciens auteurs attachaient une importance spéciale à l'iodure de potassium. Ils donnaient à leurs malades uniquement ce médicament, si bien qu'on a pu dire que l'iodure avait fait plus de mal que de bien, en privant les malades de toute autre médication. Je crois que l'opinion inverse, celle de l'inutilité de l'iodure de potassium est aussi une exagération, et j'estime qu'il faut adopter un avis intermédiaire.

Une autre manière de compléter le traitement, est la saison thermale dans une station sulfureuse, en automne par exemple. On obtient, grâce à elle, une meilleure assimilation et une meilleure élimination des composés mercuriels.

Deuxième cas clinique. Votre surveillance a décelé une récidive ou symptomatologique ou sérologique, par exemple une exostose, une gomme. Cette éventualité est des plus rares, lorsque le malade est surveillé et bien traité. Quelquefois, la récidive est sérologique, le Wassermann ayant alors une tendance à devenir positif. Que faire, en pareille éventualité ? Certains auteurs s'adressent d'emblée à la cure arsenicale. Je n'en suis pas partisan parce que, en raison de l'âge du sujet, la tolérance n'est pas toujours satisfaisante. Je ne conseille pas l'arsenic, sauf cas urgents. Dans les conditions habituelles, il est préférable de commencer par la cure mercurielle et iodurée et de recourir à l'arsenic seulement s'il y a échec. Votre traitement variera selon les cas, avec l'importance des accidents. Si vous êtes en présence de lésions oculaires, d'une exostose, la médication doit être active. S'il y a seulement une légère séro-réaction positive, la thérapeutique sera plus douce. Vous ferez, par exemple, des cures d'huile grise (améliorée) ou de sels solubles si les sels insolubles sont mal supportés, ou la cure des trois dizaines de Gaucher, ou une cure de piqûres, de frictions.

Je suppose — après cette récidive — la guérison clinique et sérologique obtenue. Allez-vous abandonner votre malade ? Ce serait imprudent, et il faut un traitement de consolidation. Vous demanderez une séro-réaction tous les trimestres, tous les semestres, puis tous les ans.

La question se pose s'il n'est pas utile de recourir à un traitement arsenical de sûreté. Je vous le conseille si le malade peut le tolérer sans inconvénients. Pour ces récidives bénignes, on formulera des traitements de consolidation pendant les deux années qui suivront.

Troisième cas. Il y a eu récidive clinique ou sérologique ; vous avez fait de votre mieux et, malgré cela, il persiste un Wassermann irréductible ou une petite séquelle, nerveuse par exemple. Méfiez-vous alors qu'il n'y ait un repaire viscéral du tréponème. C'est dans ces cas-là où je conseille la ponction lombaire qui donne souvent la signature d'une méningite chronique latente. Si la ponction lombaire est négative, explorez le foie, le cœur, l'aorte, etc. Lorsque, malgré tout, le Wassermann reste irréductible, vous n'allez pas continuer sans arrêt le traitement. Cessez pour l'arsenic, mais non pour le mercure, dont vous poursuivrez l'usage sous forme d'injections et de frictions.

Voilà comment vous pourrez surveiller et traiter les syphilitiques anciens. Je veux revenir sur un point : la prophylaxie du cancer. Nous ne sommes pas encore assez éduqués dans la prévention du cancer, aussi bien de la peau que des muqueuses. En voici un exemple. J'ai soigné un malade, il y a dix ans, qui avait eu, 30 ans auparavant, une syphilis mal caractérisée et mal soignée. Il était porteur de plaques leucoplasiques buccales dont je recommandai l'ablation. Le patient se rendit en province, sans se soigner. A un moment donné, les plaques commencèrent à végéter, et les ganglions se prirent. Aujourd'hui une opération grave est nécessaire, opération qui eût été évitée si cet homme avait consenti, il y a dix ans, à un traitement de ses plaques leucoplasiques.

Il est admis maintenant, à la suite des travaux de Pierre Marie, de Landouzy, de Gaucher, que la plupart des cancers naissant sur les muqueuses pavimenteuses sont d'origine syphilitique. C'est de la para syphilis, au sens où Fournier entendait ce mot. La question est jugée pour la leucoplasie de la bouche et de la langue. Tous les auteurs — ou presque tous — admettent aujourd'hui que la leucoplasie *vraie* de la bouche et de la langue (en distinguer certaines leucokératoses dentaires, neuro-arthritiques) doit être surveillée comme une syphilide. Cette opinion, acceptée pour la langue, commence à l'être pour les leucoplasies génitales, de la verge, du col de l'utérus. Je me souviens d'une malade de l hôpital Cochin, ancienne syphilitique, chez laquelle en examinant le col de l'utérus, je constatai un jour une plaque de leucoplasie. Je l'enlevai à l'anse galvano-caustique et en fis l'examen histologique : c'était un cancer au début, qui est d'ailleurs resté guéri depuis.

Des altérations analogues peuvent se voir à la vulve, à l'anus, au larynx, au pharynx, et à l'œsophage aussi sans doute. Je pratiquai une fois, étant interne de Landouzy, l'autopsie d'un cas de cancer de l'œsophage et je pus saisir sur le fait l'évolution d'une plaque de leucoplasie en train de végéter. La marche du cancer œsophagien est généralement très lente et je suis persuadé que les petits phénomènes de gêne accusés au début par les malades correspondent à la leucoplasie végétante. Aussi, n'hésiterai-je pas, en pareille circonstance, à faire faire un examen œsophagoscopique et une galvano-cautérisation de la plaque.

Pour les cancers viscéraux, je fais toutes réserves. Il semble que la syphilis a une influence sur le cancer du rectum. Pour le cancer de l'estomac, c'est plus hypothétique.

Si donc vous observez une plaque leucoplasique qui commence à s'épaissir, n'attendez pas, détruisez-la. Autrefois, on pratiquait le raclage, la décortication. Actuellement, on a une meilleur technique dans la neige carbonique qui donne des résultats remarquables. Lorsque la cautérisation à la neige carbonique ne suffit pas, on doit pratiquer l'ablation. S'abstenir des caustiques chimiques qui sont à abandonner. Le seul agent utile dans ce groupe est le sulfate de cuivre à petite dose ou l'eau de Saint-Christau. Celle-ci à une action réelle sur la leucoplasie commençante. Dans la leucoplasie plus prononcée, recourir à la neige carbonique et, au cas d'insuccès, à l'exérèse, à l'anse galvano-caustique.

Leçon recueillie par le Dr P. LACROIX.

A TRAVERS LA PRESSE

Traitement de la maladie épileptique.

A la classique et incertaine médication bromurée, seule employée naguère pour traiter l'épilepsie, il est possible actuellement d'ajouter et même de substituer deux médicaments nouveaux qui sont nettement supérieurs à celle-là : le gardénal et le tartrate borico-potassique. En outre, il est des cas où l'intervention chirurgicale est la seule ressource.

Le gardénal est le nom commercial français de la phényléthylmalonylurée que les Allemands dénomment luminal.

Le gardénal, si nous en croyons M. MAILLARD, qui en a déjà une assez longue expérience, est particulièrement efficace. Il s'administre à des doses variant de 0,10 à 1 gr. par jour. Bien qu'il soit sans danger, il est deux points particuliers de son mode d'action qu'il faut bien connaître. D'une part, le malade doit passer par une sorte d'accoutumance. D'autre part, il peut déterminer un état d'intoxication qui ressemble à l'ivresse alcoolique, et qui se manifeste tantôt par de l'excitation, tantôt par de la dépression, tantôt par une association de ces deux phénomènes.

« Il faut bien savoir que l'organisme a souvent « besoin de plusieurs semaines pour s'adapter



« au médicament et il faut se résigner aux « légers phénomènes d'intolérance du début : « somnolence ou excitation légère, sous peine « de donner des doses insuffisantes et inefficaces. »

Autre particularité à noter : il semble que l'action du gardénal se renforce avec le temps, de telle sorte que les doses du début du traitement peuvent être largement diminuées pour des effets aussi marqués.

Ces doses sont de 0,20 par jour, en deux fois, pour une femme ; de 0,30 pour un homme de forte taille ; de 0,10 pour un enfant de 10 à 15 ans. La forme comprimé est la plus usitée. On fera suivre l'ingestion d'un comprimé de l'absorption d'un demi verre d'eau froide. L'eau chaude sera réservée aux cas où il importe d'agir vite (état de mal).

Toutes les formes d'épilepsie sont justiciables du gardénal, qui agit sur les crises, sur l'état physique et psychique et qui provoque une grande augmentation du poids et de l'appétit.

L'emploi du gardénal sera continué longtemps. « On pourrait, lorsque le malade est resté deux « ans sans présenter d'accès, suspendre complè- « tement le gardénal sans que les accès se repro- « duisent. »

Quand le gardénal détermine de l'irritabilité, de l'agitation, on se trouvera bien d'y associer les bromures, à raison de 4, 5 et 6 gr. par jour, pour 30, 40 et 50 cgr. de gardénal.

Le tartrate borico-potassique doit être parfaitement pur. Il s'emploie à la dose de 3 gr. par jour, selon la formule suivante :

Tartrate borico-potassique.	20 gr
Glycérine chimiquement pure..................	10 gr.
Eau distillée.....q.s. pour	300 cmc.

L'intervention opératoire sera réservée aux cas d'épilepsie jacksonienne. On sait le point du cortex qui est irrité : on peut aller à la recherche de l'agent d'irritation : esquille, adhérence, etc.

Même dans les cas d'épilepsie générale d'origine traumatique, on sera parfois amené à chercher à supprimer la lésion locale.

« Cette question si discutée de l'intervention « chirurgicale dans l'épilepsie se posera d'ail- « leurs de moins en moins souvent, à mesure « que le traitement gardénalique sera mieux « connu, s'il tient ses promesses, comme tout « jusqu'à présent du moins, permet de l'espérer. » *Bull. méd.*, 21 sept. 1921.)

Origine anaphylactique de certaines crises d'hydrorrhée nasale.

MM. Pasteur Vallery-Radot, Haguenau et A. Watelet ont observé une malade qui présentait des crises d'hydrorrhée auxquelles s'ajoutèrent ultérieurement des crises typiques d'asthme et l'apparition de plaques rouges, érythémateuses, accompagnées d'un léger prurit.

Tous les traitements habituels ayant échoué, ils eurent l'idée de rechercher si ces manifestations ne relevaient pas de l'anaphylaxie. Des examens répétés du sang de la malade leur montrèrent qu'une crise hémoclasique précédait les accidents cliniques.

Ils la soumirent à la cure de désensibilisation par la peptone (0,20 de peptone de viande et 0,55 de peptone de poisson dans un cachet, une heure avant le repas). Le résultat a été des plus satisfaisants. « La peptone était donc capa- « ble de protéger cette malade contre les acci- « dents déterminés par l'ingestion d'albumi- « nes. »

Ce fait démontre qu'il existe des hydrorrhées nasales dont l'origine anaphylactique n'est pas douteuse, et que la crise d'hydrorrhée et la crise d'asthme sont deux équivalents.

Il est à retenir, car il comporte des déductions thérapeutiques des plus intéressantes. (*Presse méd.*, 24 sept. 1921.)

Les troubles neuro-psychopathiques de la ménopause.

Ménopause naturelle ou ménopause artificielle par suppression opératoire de la fonction ovarienne donnent lieu, assez souvent, selon M. Gelma, à des manifestations neuro-psychopathiques qu'il est important de savoir reconnaître pour les traiter efficacement.

C'est d'abord une exagération de la constitution émotive du sujet. Puis, l'irritabilité caractérise la période d'état. On note un sentiment d'énervement continu, avec paroxysmes d'exaspération, un besoin incessant de mouvement, de déplacement, de la lassitude, de l'hyperesthésie auditive, oculaire, cutanée, de l'altération du goût, des phénomènes d'éréthisme dans la sphère génitale, de la joie excessive, de la colère violente, des crises de larmes... On observe également des pertubations sécrétoires ; polyurie, hypersécrétion salivaire, gastro-intestinale, sudorale... Des obsessions, des impulsions peuvent apparaître (dromomanie, kleptomanie, érotomanie, etc.)

L'insomnie est fréquente. L'éréthisme cardio-vasculaire avec sensation de plénitude thoracique, de barre précordiale, avec palpitations, lipothymies, n'est pas rare. De même la constipation, la pollakiurie nocturne.

De telles malades abusent parfois des boissons alcooliques, du café.

A un degré plus avancé, ces états revêtent la forme de véritables psychoses aiguës ou chroniques : délires aigus et subaigus, délires chroniques systématisés, délires préséniles, mélancolie d'involution.

Il n'est pas douteux qu'il faut incriminer la

suppression des fonctions endocriniennes des ovaires, à laquelle se surajoutent des troubles endocriniens, intéressant d'autres glandes, la thyroïde, les surrénales. Mais la prédisposition familiale a, au point de vue étiologique, une valeur indiscutable.

Le traitement de ces manifestations comporte d'abord une hygiène rationnelle, la suppression des intoxications surajoutées, l'isolement même.

Parmi les médicaments recommandables, on rejettera systématiquement l'opium et la morphine qui sont préjudiciables. La codéine, par contre, rend de grands services. De même la valériane, le camphre monobromé, l'hydrothérapie (bains, douches) sont particulièrement indiqués, ainsi que le massage (constipation). L'insomnie sera combattue par la valériane, les bromures, le véronal, le gardénal, le somnifère.

L'opothérapie ovarienne a de formelles indications, surtout sous la forme de préparations de corps jaunes. On y associera, le cas échéant, la thyroïdine ou l'extrait surrénal.

La psychothérapie ne sera pas négligée.

« Le retour des crises sera prévenu par la « reconnaissance des prodromes, des accès, et « on sera fréquemment guidé dans cette voie « par les variations du rythme urinaire, le taux « des urines augmentant généralement dans de « fortes proportions au moment des « mauvais « jours, réalisant ainsi une véritable polyurie « d'alarme. » (*La Pratique médicale franç.*, sept. 1921.)

Forme localisée cardiaque de l'éberthémie.

A côté de la fièvre typhoïde classique, il existe une véritable septicémie sanguine éberthienne qui peut se présenter sous la forme d'une localisation primitive à certains viscères. Le cœur est un des viscères qui peuvent être ainsi atteints.

MM. Minet et Legrand ont observé deux malades dont l'histoire peut être ajoutée à celle de quatre autres cas analogues recueillis dans la littérature médicale.

De leur étude, il résulte que « le bacille d'É-« berth peut, au cours de la septicémie sans « dothiénentérie, dite éberthémie, atteindre le « cœur. Cette atteinte se manifeste cliniquement « de deux manières. Tantôt elle donne lieu, au « milieu d'accidents infectieux graves, à des « symptômes fonctionnels d'insuffisance myo-« cardique ; la septicémie prend de ce fait un « type circulatoire très net. Tantôt elle se fixe « sur l'endocarde et provoque un syndrome clas-« sique d'endocardite aiguë. Dans l'un et l'autre « cas, le diagnostic étiologique ne peut être fait en « dehors de la réaction de Widal ou de l'hémo-« culture. Ces recherches de laboratoire doivent « être pratiquées systématiquement dans tous « les états infectieux indéterminés et dans tous « les cas d'endocardite primitive aiguë. » (*Paris méd.*, 24 sept. 1921.)

Le gaïacol et ses dérivés dans le traitement de la tuberculose pulmonaire.

Dans les différentes médications qui s'adressent à la tuberculose pulmonaire, la créosote continue à tenir une place relativement importante. Or, l'action de cette substance tient presque exclusivement à l'un de ses composants, le gaïacol, entré depuis longtemps déjà dans la pratique courante, avec des fortunes diverses. Le gaïacol ne va pas, en effet, sans certains inconvénients qui en rendent l'utilisation parfois difficile. Aussi a-t-on cherché à lui substituer des combinaisons où il entre pour une large part, mais qui sont moins toxiques et plus maniables.

Parmi ces combinaisons, si nous en croyons M. Brachat, l'éther glycéro-gaïacolique, connu encore sous le nom de résyl, mérite une considération particulière.

Il s'administre soit par la voie buccale, soit par la voie hypodermique, celle-ci étant la voie d'élection.

« Bien toléré par la voie digestive, ce corps « peut être aussi administré par la voie hypo-« dermique, et c'est sous cette forme qu'il nous « a donné les résultats les plus nets. Bien que « nous n'ayons pas observé de signes d'intolé-« rance par des injections journalières de 0,30, « nous croyons cette dose trop élevée en raison « de l'amaigrissement qu'elle a provoqué chez « une de nos malades, et nous croyons préfé-« rable de s'en tenir à 0,20 tous les deux jours. « Par contre, par voie buccale, la dose active « nous paraît osciller, suivant le poids des sujets, « entre 0,30 et 0,50 par jour. Sous l'un et l'autre « mode d'administration, une amélioration très « nette n'a pas tardé à se manifester chez pres-« que tous les malades en traitement, et pour « plusieurs d'entre eux, une guérison durable « semble maintenant acquise. » (*Paris méd.*, 24 sept. 19211.)

Le pronostic de l'asystolie auriculaire.

L'asystolie auriculaire, localisée surtout à l'oreillette droite, dépend d'un fonctionnement défectueux de cette cavité, l'activité du ventricule pouvant demeurer normale. Elle se traduit, d'après M. Ch. Fiessinger, par une certaine forme d'arythmie, qui a encore reçu les noms d'arythmie perpétuelle, d'arythmie complète, d'arythmie nerveuse, et qui consiste en « alternatives d'accélération et de ralentissement du rythme cardiaque, entrecoupées de faux pas. » Elle se distingue ainsi de l'arythmie extra-systolique, les extra-systoles séparant des périodes de battements réguliers et non précipités.

L'arythmie ventriculaire peut être longtemps supportée, jusqu'au moment où le ventricule

défaille à son tour, entraînant ainsi l'insuffisance cardiaque classique. Ce moment peut être reculé selon l'affection causale, et aussi le traitement prescrit.

Certaines arythmies se présentent sans cause connue ; elles sont passagères et plus ou moins durables et peuvent guérir complètement même chez des sujets agés. Chez les vieillards cependant, elles disparaissent plus difficilement.

Le pronostic est plus sérieux chez les alcooliques. L'asystolie auriculaire des obèses guérit avec la cure d'amaigrissement et les toni-cardiaques. Dans les myocardites infectieuses, à forme plus ou moins atténuée, l'insuffisance ventriculaire s'ajoute souvent à la défaillance auriculaire : la guérison en est encore possible. De même quand la syphilis est en cause.

La symphyse cardiaque de l'enfant se traduit par l'arythmie auriculaire : le pronostic est grave, ainsi que chez les hypertendus rénaux.

Dans le rétrécissement mitral, l'asystolie auriculaire est fréquente : elle prédispose à l'embolie.

Le principal danger de cette asystolie est l'asystolie ventriculaire qui la complique souvent. Le meilleur traitement consiste à employer la digitaline : V gouttes de la solution au millième par périodes de trois jours interrompues par quatre jours de repos. Les crises paroxystiques réclament en outre le repos au lit et le régime hydro-lacté de réduction. Enfin, quand le ventricule participe à la défaillance de l'oreillette, il s'agit de l'asystolie classique que combat la cure digitalique par périodes de dix jours interrompues par deux jours de repos.

Chez les cardio-rénaux, la théobromine sera associée à la digitaline.

Les rétrécis mitraux asystoliques auriculaires prendront aussi V gouttes de digitaline par périodes de trois jours comme précédemment. A noter que la digitaline est inefficace dans l'arythmie nerveuse.

Enfin, les syphilitiques seront soumis, en outre du traitement digitalique, au traitement spécifique, de préférence par le mercure. (*Journ. des prat.*, 24 sept. 1921.) G. D.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

Un nouvel arsenic organique injectable.

(MM. JEANSELME et POMARET. — *Académie de médecine.*)

MM. Jeanselme et Pomaret ont étudié expérimentalement une nouvelle préparation organo-arsenicale injectable. Le produit en question, dérivé du 592 d'Ehrlich, est la préparation 132 de M. Pomaret. Sa constitution organo-alcaline permet de l'injecter par voie intra musculaire et réduit au minimum l'éventualité des phénomènes de choc. Expérimentalement, elle jouit d'une grande efficacité thérapeutique dans la spirillose des poules et la syphilis expérimentale du lapin.

Remise en place d'un poumon atélectasié par les exercices spiroscopiques.

(M. PESCHER. — *Académie de médecine.*)

Chez un blessé de guerre, atteint d'effondrement du thorax par éclat d'obus et soigné à la Charité, dans le service de M. Mauclaire, M. Pescher est parvenu, par la méthode spiroscopique, à remettre en place et en fonctionnement un poumon déplacé, comprimé, et bridé par des adhérences. En fermant le robinet du spiroscope au moment de l'expiration, l'air du poumon sain passe dans la bronche du côté malade et peu à peu amène l'atténuation de l'atélectasie pulmonaire.

La leucomélanodermie du cou est-elle toujours syphilitique. ?

(M. GOUGEROT. — *Société médicale des hôpitaux.*)

On admet généralement que la leucomélanodermie cervicale, le « collier de Vénus » des syphiligraphes est un brevet de syphilis. Quelques exceptions, signalées autrefois, chez des tuberculeux, des femmes enceintes (Fournier), des chlorotiques (Chauffard), n'ont pas toujours été admises sans restriction. En fait, la leucomélanodermie du cou est, dans la très grande majorité des cas, d'ordre spécifique.

Il n'en est pas toujours ainsi cependant et M. Gougerot relate deux observations dans lesquelles le diagnostic de syphilis, basé sur la mélanodermie cervicale, s'est montré inexact à un examen plus complet. Le premier cas concerne une jeune fille présentant une leucomélanodermie du cou avec séro-réaction « positive douteuse ». Le deuxième, une femme mariée offrant la même lésion cervicale avec céphalées. Un examen minutieux permit à M. Gougerot d'établir qu'il s'agissait de leucomélanodermie syphiloïde, mais non syphilitique, consécutive à de l'eczéma séborrhéique. Certains éléments érythémato-squameux de ce dernier peuvent, après leur disparition, se détacher [illegible] blanc sur le reste de la peau du cou, pigmentée pa[illegible] ne exposition au


Application de l'ANTIPHLOGISTINE dans les cas de Lymphangites et Abcès du Sein.


Application de l'ANTIPHLOGISTINE dans les Affections intestinales, utérines, etc.

Antiphlogistine

MARQUE DÉPOSÉE

Glycéroplasme hydrophile, à chaleur constante et durable

(S'emploie chauffée au bain-marie à 40° environ, recouverte de coton hydrophile; après 24 ou 48 heures se détache facilement).

Indications de l'Antiphlogistine

Furoncles; Abcès; Phlegmons; Abcès du sein. Angines; Laryngites; Bronchites; Pneumonie. Arthrites; Synovites; Entorses; Rhumatismes. En Gynécologie.


Application de l'ANTIPHLOGISTINE dans les cas de Conjonctivite, etc.


Application de l'ANTIPHLOGISTINE dans les cas de Plaies Variqueuses.

En Vente dans toutes Pharmacies. — Vente en Gros : LABORATOIRE de l'*Antiphlogistine*.

B. TILLIER, pharmacien, 116, rue de la Convention, PARIS Téléphone: Saxe 40-89

soleil, en été. L'hyperchromie en question survient effectivement pendant la saison estivale. On la distinguera de la leucomélanodermie syphilitique par l'absence de tout signe de spécificité, la séro-réaction négative après réactivation, la coexistence d'autres éléments séborrhéiques, le début en été. Elle est peut-être fort rare, d'ailleurs.

M. MILIAN critique la valeur des deux observations de M. Gougerot. Pour lui, la leucomélanodermie du cou reste un stigmate de syphilis, sans discussion possible, jusqu'à nouvel ordre.

Hoquet prolongé au cours d'un érysipèle.

(MM. CASTÉRAN et RAILLIET. — *Soc. méd. des hôp.*)

MM. Castéran et Railliet ont soigné un malade de 60 ans qui fit à la suite d'une plaie minime un érysipèle serpigineux du cuir chevelu et de la face. Durant la plus grande partie de son évolution, l'érysipèle s'accompagna d'un hoquet persistant qui, par son intensité, domina le tableau clinique. Ce hoquet dura 14 jours.

Les otites et les suppurations du rocher chez le nourrisson.

(M. MAURICE RENAUD. — *Soc. méd. des hôpitaux.*)

Dans une précédente communication, M. Maurice Renaud a appelé l'attention sur la fréquence des otites et des suppurations du rocher chez les nourrissons. Pour lui, ces suppurations ne seraient pas des complications banales d'un état général défectueux, mais elles constitueraient la cause même du vaste état morbide connu sous le nom d'athrepsie infantile.

L'auteur revient aujourd'hui sur la conception nouvelle qu'il a présentée de l'athrepsie, et il la complète. Les autopsies de nourrissons, dit-il, montrent habituellement une double suppuration du rocher : c'est la règle. La clinique permet souvent (avec quelques difficultés, il est vrai) de reconnaître les lésions oto-pariétales et un traitement de ces lésions a pu, dans certains cas, améliorer des états graves.

L'examen des oreilles des nourrissons doit, dès lors, être fait systématiquement. La pratique recommandée par M. Renaud chez les nourissons malades est la suivante : si, après quelques jours d'une médication convenable, la situation n'est pas améliorée, il faut chercher les otites, qu'on trouve 8 à 9 fois sur 10, et les traiter suivant les circonstances, par la paracentèse du tympan ou même la trépanation des antres mastoïdiens.

Une telle pathogénie de l'athrepsie fait passer au second plan la question d'alimentation. Elle conduit à une prophylaxie particulière par l'hygiène du naso-pharynx de l'enfant et à des traitements spéciaux.

M. HALLÉ, pleinement d'accord avec M. Renaud sur la fréquence et la latence des otites des nourrissons, considère toutefois le raid tenté par cet auteur dans la pathologie infantile comme un peu aventureux. Il pense que M. Renaud s'est trouvé en présence d'une série, d'une véritable épidémie d'otites. D'ailleurs, il est banal de trouver, à l'autopsie de nourrissons cachectiques, avec des oreilles saines, du mucopus dans les cavités antro-tympaniques (la pénétration y est facile dans le décubitus, en raison de la largeur de la trompe du nouveau-né). Il ne faut pas prendre ce mucopus pour du pus d'otite et de mastoïdite. Ces réserves faites, M. Hallé reconnaît la nécessité de rechercher l'otite du nourrisson plus qu'on ne le fait ordinairement, sans aller jusqu'à en constituer le pivot de l'athrepsie infantile.

Bradycardie d'origine traumatique.

(MM. LAUBRY, BLOCH et MEYER. — *Soc. méd. des hôp.*)

Existe-t-il des altérations traumatiques du myocarde ? Question importante en médecine légale et en médecine des accidents du travail.

On a décrit des névroses cardiaques post-traumatiques (bradycardies, tachycardies, arythmies), dénomination qui pose la question plutôt qu'elle ne la résout. MM. Laubry, Bloch et Meyer rapportent l'observation d'une jeune femme de 25 ans qui reçut un jour sous le sein gauche le choc d'un brancard de petite voiture. Pendant quelques heures, les battements du cœur furent tumultueux. Le lendemain le pouls battait à 40 et, dès ce jour, le pouls lent fut établi. La malade d'ailleurs, était affirmative quant à la fréquence normale de son pouls avant l'accident et elle n'avait aucune raison de ne pas donner une déclaration sincère, l'accident étant tout à fait personnel. M. Laubry émet l'hypothèse d'une lésion traumatique (hématome) du faisceau de His, cette explication lui paraissant la plus satisfaisante.

M. JOSUÉ et M. LIAN discutent cette conclusion. M. RIBIERRE accorde à l'observation de M. Laubry un réel intérêt clinique et médico-légal. Elle corrobore certains faits constatés au cours d'autopsies après accidents.

Propriétés anticoagulantes des arsénobenzènes et transfusion du sang.

(MM. FLANDIN, TZANK et ROBERTI. — *Soc. méd. des hôp.*)

MM. Flandin, Tzanck et Roberti, après avoir établi les propriétés anticoagulantes des arsénobenzènes, ont basé sur elles un nouveau procédé de transfusion du sang. Ils humectent les parois du vase récepteur du sang et des seringues avec une dissolution de sulfarsénol (0 gr. 06 dans 3 cent c. d'eau distillée). Le sang est alors recueilli après ponction de la veine et réinjecté.



Péritonite tuberculeuse guérie par héliothérapie.

(M. Armand-Delille. — *Soc. médicale des hôpitaux.*)

M. Armand-Delille présente une jeune femme atteinte de péritonite tuberculeuse ayant résisté à des traitements chirurgicaux prolongés (18 mois). Elle fut soumise, à l'hospice d'Ivry, par l'auteur, aux grands bains de soleil sur tout le corps, qui ont amené la guérison au bout de 4 mois. M. Armand-Delille montre ainsi qu'il est possible de faire de l'héliothérapie efficace même aux portes de Paris. Il préconise l'héliothérapie totale.

M. Comby insiste sur la curabilité de la péritonite tuberculeuse par les moyens médicaux, même à l'hôpital. Les médecins, dit-il, doivent revendiquer absolument le traitement de cette maladie et éloigner presque toujours l'intervention chirurgicale.

M. Armand-Delille ajoute qu'il faut évidemment n'appliquer la cure héliothérapique qu'avec certaines précautions, la faire en dehors de toute poussée de tuberculisation, de toute période fébrile.

Origine des spirochètes de la bouche.

(M. H. Violle. — *Société de biologie.*)

Chez le nourrisson, on ne trouve pas de spirochètes buccaux ; on les rencontre en abondance *chez l'enfant et chez l'adulte, par contre. M. Violle* pense que l'infection buccale spirochétosique se fait par l'apport de particules de terres mêlées à l'alimentation. La prophylaxie se déduit aisément de ces données.

Etude expérimentale du mal de mer.

(M. Pozerski. — *Société de biologie.*)

M. Pozerski a fait construire, pour étudier expérimentalement le mal de mer, un appareil spécial, sorte de bascule animée de mouvements de roulis, sur laquelle il place des animaux enfermés dans une cage. Le lapin, le cobaye, la poule et le pigeon ont supporté 6 heures de séjour sur l'appareil en mouvement sans trouble apparent. Le chien au contraire, offre souvent des signes de naupathie.

Valeur de la réaction du benjoin colloïdal.

(M. Rabeau. — *Société de biologie.*)

M. Rabeau a étudié la valeur de la réaction du benjoin colloïdal sur 200 liquides céphalo-rachidiens. La réaction a été presque toujours parallèle au Wassermann. En dehors de la syphilis, elle s'est constamment montrée négative. L'auteur conclut que cette réaction doit prendre place, pour le céphalo-rachidien, à côté du Wassermann. Elle a avantage d'être plus simple.

P. L.

THÉRAPEUTIQUE APPLIQUÉE

Traitement de la tuberculose pulmonaire par l'iode colloïdal.

Le Dr Georges Petit, secrétaire général de la Société Internationale de la tuberculose, a fait, au XVe *Congrès de médecine* qui s'est tenu en octobre dernier à Strasbourg, une communication sur le traitement de la tuberculose pulmonaire qui a vivement intéressé les congressistes et mérite, en effet, de retenir, de la manière la plus sérieuse, l'attention des praticiens.

Ce n'est pas la première fois, il s'en faut, que l'on entend parler de l'iode dans la tuberculose. Il y a longtemps que l'on se sert de complexes iodés dans la tuberculose ganglionnaire, dans la scrofule et le lymphatisme et avec un succès réel. Plus récemment, L. Boudreau (de Bordeaux) a vanté justement l'usage interne de la teinture d'iode à hautes doses et ce procédé a été utilisé avec succès par divers médecins anglais, notamment MM. Tom Bird, Saint-Adbyn-Farrer et Thomson. On ne saurait douter cependant que ces diverses médications aient de sérieux défauts. Administrée par la bouche, la teinture d'iode est loin d'être utilisée complètement ; une grande partie se fixe sur les albumines alimentaires et cesse de jouer un rôle pharmacodynamique efficace ; en outre, à hautes doses continues, elle altère les sécrétions digestives et probablement les muqueuses.

D'autres composés iodés ont l'inconvénient de requérir l'injection intraveineuse, qui équivaut à une petite opération praticable surtout dans les services hospitaliers, mais à laquelle beaucoup de malades se refusent. Le professeur G. Pouchet et son élève, Mlle Lacheret, viennent, en effet, de démontrer que l'iode pur, principalement sous sa forme la plus active, c'est-à-dire l'iode colloïdal, non seulement n'exerce pas l'action brutale justement reprochée aux iodiques et spécialement aux iodures — raison pour laquelle, ils ont été rejetés de l'arsenal phtisiothérapique — mais encore possède un pouvoir leucopoiétique et antitoxique, donc défensif et protecteur, qui manque totalement aux iodures et presque complètement aux autres iodiques. Par suite, on ne peut réellement apprécier les effets curatifs de l'iode, dans la tuberculose pulmonaire, que si on l'utilise sous la forme d'iode pur et de préférence à l'état colloïdal.

C'est, en effet, sous la forme d'iode colloïdal électro-chimique en suspension huileuse (iodéol) renfermant 20 centigr. d'iode pur par cent. cube que M. G. Petit applique, depuis plus de dix ans, l'iode au traitement de la tuberculose pulmonaire à tous les degrés. Bien que bon nombre de

médecins aient employé cette même préparation dans la même affection, avec des succès concordants, M. G. PETIT, dans sa communication au *Congrès de Médecine* de Strasbourg, n'apporte que les résultats de sa propre expérience. Mais il faut citer ici des chiffres, plus impressionnants qu'un exposé détaillé, forcément fastidieux et long. Depuis 1911, 1.200 tuberculeux ont été traités par l'iodéol en injections intramusculaires exclusivement : la très grande majorité en a tiré des bénéfices considérables ; même les malades au troisième degré, cachectiques, à peu près désespérés, ont vu leur situation s'améliorer et profiter d'une survie qui atteint jusqu'à 7 et 9 ans. De ces 1.200 malades, 260 ont été suivis et observés pendant assez longtemps sous le contrôle des procédés d'analyse et de radioscopie, pour que l'auteur ait le droit de fournir à leur sujet des indications précises, et les résultats constatés sont les suivants : 128, soit 49 p. 100 ont été définitivement guéris ; 80 ont été très améliorés et presque tous ont pu reprendre leurs occupations, 40 ont fait des récidives, et 12 seulement, soit à peine plus de 2 p. 100, n'ont pas tiré d'avantages très appréciables du traitement par l'iodéol. La durée de ce traitement est variable ; elle oscille entre 1 et 5 mois, suivant la gravité, l'étendue, l'ancienneté des lésions, suivant aussi la résistance propre aux sujets. Il y a des malades qui, atteints depuis deux ou trois mois seulement, ne sont guéris qu'après trois séries de 12 piqûres (une série par mois) ; d'autres, atteints depuis des années, n'en exigent que 2. Néanmoins, il semble que plus la tuberculose est de date récente, plus sûrement et rapidement elle est guérie.

De telles constatations sont manifestement des plus encourageantes, et semblent orienter la phtisiothérapie dans une voie féconde ; elles justifient, en tous cas, la conclusion du Dr G. PETIT, que l'iodéol est un médicament de premier choix dans le traitement de la tuberculose pulmonaire ; pratique et inoffensif dans son emploi, il renforce, en outre, l'action des moyens hygiéniques et diététiques et contribue ainsi à accroître le nombre des guérisons.

BIBLIOGRAPHIE

BAUDELOT, 44, avenue Reille, Paris, imprimeur,

Une grande station climatique française d'altitude

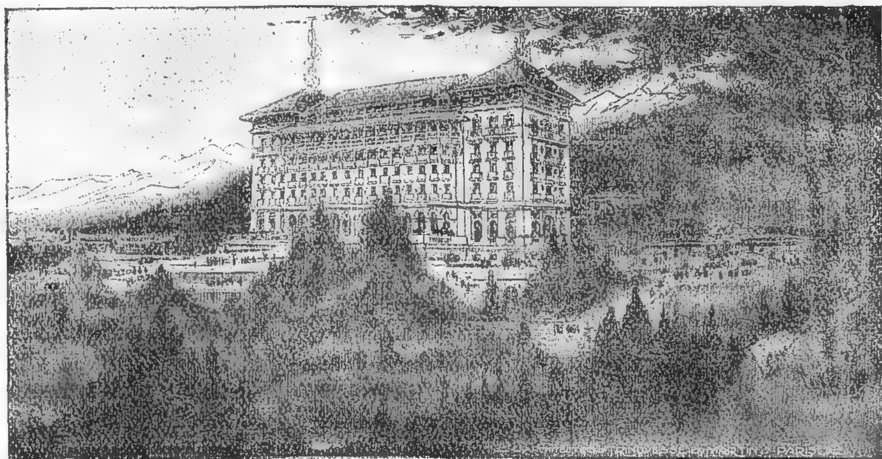
Font-Romeu

Brochure illustrée de 12 pages.

Préface de M. le professeur Paul CARNOT.

Depuis une vingtaine d'années, les travaux de l'Ecole française sur la climatologie en montagne, en plaine, sur les bords de la mer, ont essayé de donner les indications cliniques des diverses altitudes. Se basant sur les dernières données de la médecine et de la physiologie expérimentales, les auteurs ont recherché l'action du climat, non seulement sur les échanges respiratoires, sur les modifications de la formule globulaire, mais encore sur la tension artérielle, sur la valeur des échanges urinaires, sur le système nerveux

Dans les Alpes, dans le Plateau central, de courageux essais de cure d'altitude ont été ten-



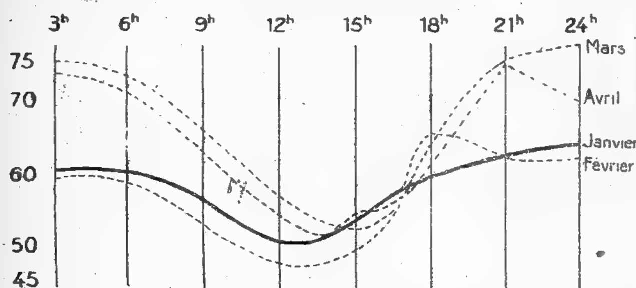
tés : peut-être, les résultats n'ont-ils pas couronné de persistants et tenaces efforts : à ce point de vue, en France, notre éducation n'est pas encore faite. Cependant, à l'instigation des désirs de Maîtres éminents, la Société des Chemins de fer et Hôtels de Montagne a élaboré un programme, dont la guerre seule a retardé l'exécution.

« Actuellement, écrit le professeur Carnot, Font-Romeu (1.800 d'altitude), dans les Pyrénées-Orientales, est la seule station pyrénéenne bien équipée pour la cure d'altitude, à l'usage des bien

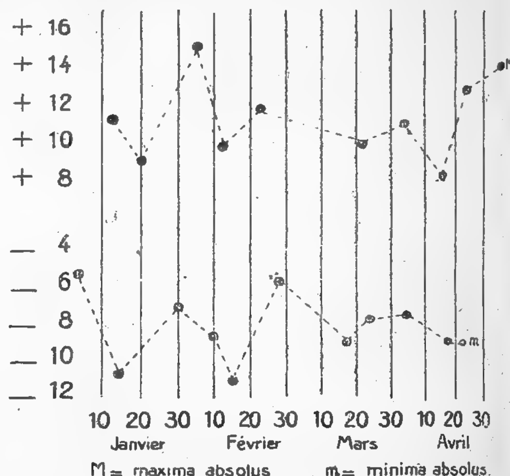
portants, des sportifs ou des sujets *momentanément déprimés* par la vie enfiévrée des villes. *Les fatigués, les anémiés, y trouvent la tonicité de l'altitude et du soleil, en même temps que le calme et la chaleur dont ils ont besoin ; les sportifs y trouvent, l'hiver, les jeux de la neige ; l'été, les joies du tourisme.* »

Des études poursuivies pendant des années, sous la haute autorité de M. Mengel, l'éminent directeur de l'Observatoire de Perpignan et dont nous donnons ci-dessous les derniers résultats, prouvent que toutes les conditions requises pour une station climatique, se trouvent supérieurement réunies à Font-Romeu.

VARIATIONS TRIHORAIRES MOYENNES DE L'ÉTAT HYGROMÉTRIQUE



VALEURS DÉCADAIRES DE LA TEMPÉRATURE EN 1921



La lecture de ces graphiques montre à quel degré la siccité de l'atmosphère y est remarquable. Le brouillard y est à peu près inconnu : lorsqu'il apparaît, c'est pour ajouter à la féerie de ce paysage de la Cerdagne française, en réalisant le pittoresque aspect de la « Mer de Nuages ».

La déclivité du sol ajoute encore à sa perméabilité. Notez l'exposition de Font-Romeu, totalement à l'abri des vents du nord et l'absence des conditions qui, ailleurs, amènent les chutes brusques et de la température et de la pression barométrique.

En somme, Font-Romeu « *c'est la Riviera en montagne* » comme il a été très justement écrit.

Il faut donc bien marquer que les anémiés, les fatigués, les surmenés, y emmagasineront d'amples réserves physiologiques ; que les grands opérés y feront une convalescence beaucoup plus rapide dans un cadre unique au monde, au milieu d'un confort qui laisse, de bien loin derrière lui, le luxe tapageur des Palaces boches ; que les jeunes mamans, débilitées par la grossesse ou l'allaitement, y retrouveront l'espoir de futures maternités.

Mais Font-Romeu ne saurait accepter ni conserver des malades, au sens littéral du mot, astreints à un régime ou à un traitement sévère.

Les actions thérapeutiques de l'altitude réalisées inconsciemment par les qualités intrinsèques de la station sont complétées par la libre pratique des sports, organisés suivant les données expérimentales les plus modernes.

Altitude, lumière, air, bactériologiquement pur, sports, le tout dans un cadre idéal et incomparable : voilà ce que donne enfin, aux médecins, Font-Romeu station climatique française...

Dr J. J. MURAT.

Revue des Thèses

Paris

Dr A. DUGAST. — **La stricturotomie et de l'emploi des grosses sondes dans le traitement des affections des voies lacrymales.** (Jouve et Cie, édit., Paris.)

La section des rétrécissements des voies lacrymales ou *stricturotomie*, dans la plupart des cas, rétablit largement la perméabilité des canaux lacrymaux et permet de passer de grosses sondes, de 2 à 3 millimètres de diamètre et permet 19 *fois sur* 20, de guérir rapidement et définitivement ce genre de rétrécissements, excepté ceux des canalicules, ceux de l'orifice inférieur du canal nasal et ceux qui sont dus à un effondrement osseux de ce canal.

AVIS

Envois de fonds

Pour l'envoi des abonnements et des cotisations aux filiales, nous rappelons que le moyen le plus pratique et le plus économique est le versement au compte de chèques postaux dont voici les nos :

Concours Médical, Paris, 167-95.

Sou Médical, Paris, 182-31.

Mutualité Familiale, Paris, 182-32.

Caisse des pensions de retraites du Corps médical français, Paris, 271-46

Changements d'adresses

Nous rappelons à nos lecteurs que toute demande de changement d'adresse doit être accompagnée de 0 fr. 75 pour frais de réimpression de bande.

PARTIE PROFESSIONNELLE

MÉDECINE SOCIALE

Le médecin et les lois sociales nouvelles.

L'assurance-maladie obligatoire en Alsace-Lorraine telle que je viens de la voir.

Par le Dr P. Lacroix.

Le 29 octobre dernier, répondant à la demande d'un groupe de nos lecteurs et à celle du Conseil de Direction du *Concours médical*, je prenais le train à destination de Strasbourg, pour gagner de là Selestat, Colmar et enfin Mulhouse. Je me rendais en Alsace pour prendre contact avec les assurances sociales, l'assurance-maladie obligatoire en particulier. Mon but n'était autre que de jeter un nouveau rayon de lumière sur cette grave question de médecine professionnelle — la plus grave que le corps médical ait eu, depuis longtemps, en face de lui. Je désirais surtout étudier la situation de nos confrères et de la médecine en Alsace, pour pouvoir dire à mon tour, à nos confrères d'ici, ce que, praticiens, ils deviendraient et seraient si l'assurance-maladie obligatoire régime alsacien était étendue à toute la France.

J'ai donné dans un précédent article — que Duchesne a judicieusement qualifié de préface à mon enquête — une impression d'ensemble sur l'assurance-maladie en Alsace (1).

Je vais entrer maintenant dans les détails et faire connaître ce que j'ai vu et entendu pendant les quatre journées que j'ai consacrées à me documenter. Grâce à la bienveillance de nos confrères alsaciens-lorrains (quelques-uns, certains soirs, ont veillé avec moi au-delà de minuit), grâce aussi à l'amabilité du personnel supérieur des assurances, j'ai pu me renseigner aussi largement que j'osais l'espérer.

Les assurances sociales maladie-invalidité obligatoires, en Alsace-Lorraine, comprennent plusieurs branches, qui fonctionnent d'ailleurs en symbiose, et qui sont :

1° L'assurance-maladie, organisée par les *Caisses de maladie* ;

2° L'assurance-invalidité-vieillesse, organisée par les *Instituts d'assurances* ;

3° L'assurance professionnelle des employés privés.

De cette dernière, je ne dirai rien pour le moment, car elle a peu d'intérêt médical. Elle vise à accorder à une catégorie spéciale de salariés (chefs d'exploitation, professeurs, dessinateurs, etc.) une rente d'invalidité ou une retraite supérieure à celle attribuée aux travailleurs manuels, moyennant une cotisation plus élevée naturellement.

L'assurance invalidité-vieillesse n'offre pas non plus une grande importance pour le corps médical. Elle règle la situation des chroniques sans les soigner, sauf à titre préventif et conjointement avec l'assurance-maladie.

La véritable charte médicale des assurances sociales est l'assurance-maladie obligatoire. Pour familiariser nos lecteurs avec le régime alsacien, je ne puis mieux faire que de reproduire, à titre de préambule, deux articles récents du *Journal d'Alsace et de Lorraine* qui exposent le mécanisme des assurances sociales en Alsace-Lorraine. Voici d'abord :

L'assurance-maladie obligatoire,

(d'après une interview de M. Guyot, directeur général de l'Office des assurances sociales à Strasbourg, publiée par le *Journal d'Alsace et de Lorraine*, n° du 16 octobre 1921).

L'assurance obligatoire en cas de maladie, et l'assurance en cas d'invalidité et de vieillesse forment, dans notre législation, dit M. Guyot, deux assurances distinctes, qu'il faut considérer séparément.

L'assurance en cas de maladie, la plus ancienne, existe en Alsace-Lorraine depuis 1884 à titre obligatoire. Elle y fonctionnait déjà depuis longtemps à titre facultatif, puisqu'en 1871 il existait dans nos trois départements 400 sociétés de secours mutuels avec 85.000 adhérents. Aussi son organisation sous le régime obligatoire a-t-elle subi l'influence très marquée de l'organisation mutualiste antérieure. Les Alsaciens et Lorrains ont pris dans les lois d'obligation les règles fondamentales qui leur étaient imposées comme bases de l'assurance. Ils les ont appliquées, en utilisant leurs anciennes institutions, ou sinon, en s'inspirant de leur tradition.

L'assurance en cas de maladie n'est pas, d'ailleurs, une assurance, au sens technique du mot. Elle repose toujours, au fond, sur le principe du secours réciproque, sur l'organisation de caisses autonomes gérées directement par leurs membres. La loi n'intervient que pour rendre obligatoire l'adhésion, à l'une des caisses de malades légales, de tous les travailleurs et pour assurer le fonctionnement régulier des caisses ainsi que leur sécurité financière.

Sous réserve de ces prescriptions obligatoires de la loi, les caisses de malades sont de véritables *caisses*

(1) *Concours médical*, n° 47, du 20 novembre 1921, p. 3155.

mutuelles, rédigeant librement leurs statuts, et accordant les avantages particuliers choisis par la majorité des délégués (1).

Bénéficiaires de l'assurance obligatoire

Ce sont toutes les personnes occupées moyennant un modeste salaire. D'abord les ouvriers du commerce et de l'industrie, les ouvriers agricoles et les gens de maison, quel que soit leur salaire. Puis tous les employés de bureau, de commerce et d'industrie, les contre-maîtres, les professeurs et précepteurs, les artistes des théâtres et les musiciens des orchestres; mais seulement *jusqu'à 8.000 francs* de rémunération. Enfin tous les apprentis, même s'ils ne sont pas rétribués.

En principe l'assurance comporte la participation à une caisse de maladie. Toutefois les ouvriers agricoles et les gens de maison peuvent être dispensés de cette participation si l'employeur le demande et s'engage à leur fournir, en cas de maladie, des secours équivalents aux secours donnés par la Caisse locale de malades. Mais la dispense n'existe qu'après avoir été demandée à la caisse de malades et accordée par elle.

Secours obligatoires des caisses de malades.

SECOURS EN CAS DE MALADIE. — Le principe fondamental de la loi est que l'embauchage ou l'entrée en service entraîne d'office le droit aux secours de l'assurance-maladie, en conférant la qualité de membre d'une Caisse de malades.

Le droit aux secours n'est donc subordonné ni à une inscription, ni à un paiement de cotisations préalables. Dès qu'il a commencé son travail comportant rémunération, le salarié peut aller à la caisse de malades si sa santé l'exige.

Non seulement ce salarié est garanti tant qu'il travaille, mais le droit aux secours de la caisse lui est maintenu pendant les 3 premières semaines de chômage, sans cotisations, s'il a été affilié pendant 6 mois l'année précédente, ou s'il l'est depuis six semaines avant le chômage. Il a le temps ainsi de trouver une nouvelle occupation avant l'expiration de son droit aux secours. Enfin, après ce délai, le chômeur peut rester affilié à la caisse, tant qu'il réside en Alsace et Lorraine, en payant la cotisation minima.

I. NATURE DES SECOURS DE MALADIE.—Les secours en cas de maladie comprennent d'abord les soins du médecin ou de chirurgien, et les fournitures pharmaceutiques, dès le début de la maladie et pendant 26 semaines consécutives (6 mois).

A partir du troisième jour, le malade reçoit, en outre, s'il lui est prescrit par le médecin de cesser le travail, une indemnité journalière égale à la moitié de son salaire moyen, calculé conformément aux statuts et jusqu'à 16 francs de salaire par jour. Les caisses sont autorisées à calculer l'indemnité sur un salaire allant à 20 francs. Cette indemnité va donc jusqu'à 8 ou 10 francs par jour. Toute maladie nouvelle donne droit aux indemnités totales de 26 semaines (6 mois).

S'il y a lieu, le malade est soigné dans un hôpital, aux frais de la caisse, et, pendant son hospitalisation, sa famille, si elle vivait de son salaire, reçoit une indemnité égale à la moitié de l'indemnité de maladie.

L'assuré a également droit aux soins dentaires : les caisses de malades de Strasbourg et de Mulhouse ont créé des cliniques chirurgicales dentaires qui sont des installations modèles. Enfin, sur prescriptions médicales, il reçoit les lunettes, bandages herniaires et autres appareils qui lui sont nécessaires.

II. SECOURS EN CAS DE MATERNITÉ. — Les caisses garantissent aux jeunes mères, après six mois d'affiliation, un repos de 8 semaines dont 6 au moins après les couches, par le paiement d'une indemnité journalière égale à l'indemnité de la maladie (jusqu'à 8 ou 10 francs par jour). Elles payent en outre une indemnité d'allaitement de 75 cts par jour pendant 3 mois, puis une indemnité spéciale pour dépenses d'accouchement et, au besoin, pour frais de grossesse compliquée.

III. SECOURS EN CAS DE DÉCÈS. — La famille d'un assuré reçoit, à son décès, une indemnité égale à 20 fois son salaire journalier moyen. Cette indemnité va de 80 fr. à 320 fr.

IV. SECOURS EN CAS D'ACCIDENT DU TRAVAIL. — Les caisses de malades doivent soigner les victimes d'accidents du travail comme les malades ordinaires, pendant 13 semaines (1).

Secours supplémentaires des caisses de malades.

Après avoir exécuté ces obligations légales vis-à-vis de leurs membres, les caisses de malades peuvent s'organiser comme les sociétés mutuelles ordinaires, c'est-à-dire introduire dans leurs statuts, par le vote de la majorité des délégués, les avantages supplémentaires qu'elles jugent à propos d'accorder aux membres ou à leur famille, dans la limite des cotisations autorisées par la loi : 109 caisses accordent ainsi les soins médicaux aux femmes et aux enfants des assurés, 60 augmentent soit le chiffre ou la durée de l'indemnité journalière de maladie. Certaines majorent le chiffre des indemnités de maternité et d'allaitement. D'autres ont une assistance spéciale pour les convalescents (les caisses de Mulhouse et de Strasbourg ont des maisons de convales-

(1) Ce ne sont, en somme, que de vastes sociétés de secours mutuels, établies sur un type différent de nos sociétés mutuelles françaises, dont elles diffèrent surtout par le caractère *obligatoire*. (Note du Dr P. L.)

(1) La loi française sur les accidents du travail ne fonctionne pas en Alsace-Lorraine.

cence). Ces secours supplémentaires dus à la libre initiative des délégués élus par les assurés et les employeurs, complètent les garanties minima qu'impose la loi.

Cotisations des caisses de malades.

Les caisses sont, en principe, libres de fixer, dans leurs statuts, le chiffre de la cotisation annuelle. Les seules règles générales imposées par la loi sont les suivantes :

1) Les cotisations doivent être calculées de façon à faire face aux dépenses légales et aux dépenses facultatives prévues par les statuts, y compris les frais d'administration.

2) Les cotisations doivent être en rapport avec le salaire moyen de chaque membre, sans dépasser 4 1/2 % de ce salaire, pour faire face à la fois aux secours légaux et aux avantages supplémentaires. Le salaire de base est le même que celui des indemnités journalières. La cotisation légale est calculée sur 300 jours de travail, soit sur un salaire maximum de 4.800 francs. Les caisses peuvent la calculer jusqu'à 6.000 fr. de salaire par an. Elles peuvent naturellement adopter un taux inférieur à 4 1/2 %, descendre à 3 % et moins du moment que les prestations imposées par la loi sont assurées. Par contre, le taux de 4 1/2 % peut être dépassé et aller jusqu'à 6 % dans deux cas : lorsque les délégués des assurés et des employeurs gérant la caisse sont d'accord pour créer des ressources en vue d'avantages supplémentaires ; de même, si cela était nécessaire pour couvrir les dépenses obligatoires ; mais ce dernier cas constitue surtout une mesure de prudence, qui n'aurait à jouer qu'en cas très exceptionnel, étant donné que les caisses doivent toujours posséder, comme couverture éventuelle de risques anormaux, une réserve égale à la moyenne des dépenses des trois dernières années. Aujourd'hui, presque toutes les caisses calculent leurs cotisations dans la limite indiquée ci-dessus.

3) Les caisses ne doivent pas capitaliser. En cas d'excédent de recettes, si le fonds de réserve atteint le double de son chiffre légal, il doit être procédé à une diminution des cotisations ou à l'augmentation des avantages facultatifs.

4) Les cotisations fixées par les statuts sont pour 2/3 à la charge des assurés et pour 1/3 à la charge des employeurs.

Organisation des caisses de malades.

En 1883, lors de l'institution de l'assurance obligatoire, il existait, en Alsace et Lorraine.

1) des sociétés de secours mutuels d'origine française, se recrutant parmi tous les habitants, sans distinction de profession ou de sexe.

2) de nombreuses sociétés créées, pour leur personnel, par les entreprises industrielles ou commerciales.

L'influence de ces associations a eu un effet décisif sur l'organisation des caisses de malades obligatoires.

Caisses locales. — La loi de 1883 prévoyait, en principe, des caisses professionnelles communales et, pour les assurés non classés dans ces caisses, un service communal géré sous l'autorité du maire. En Alsace et Lorraine, les caisses professionnelles ont été écartées ; seules ont été créées les caisses cantonales ou municipales autonomes, sans caractère professionnel, à l'instar des anciennes sociétés de secours mutuels locales.

La loi de 1911, qui étendait l'obligation aux ouvriers agricoles et aux gens de maison, prévoyait pour eux des caisses spéciales, tenues de fournir des secours moins étendus, mais sous une dépendance des employeurs plus étroite que les caisses cantonales. En Alsace et Lorraine une grande partie de ces nouvelles catégories d'assurés était déjà affiliée, à titre facultatif, aux caisses cantonales. Celles-ci ont insisté pour conserver leurs anciens membres et pour que seules continuent à exister des caisses de malades autonomes, gérées sous la direction et la responsabilité des assurés eux-mêmes, ces institutions ayant fait leurs preuves. Les caisses locales, affiliant tous les assurés, sans distinction de profession, furent donc maintenues, en élargissant toutefois à l'arrondissement la circonscription cantonale, pour donner une base plus large à l'assurance. Ce sont ces caisses qui fonctionnent aujourd'hui. Elles sont au nombre de 27 et groupent environ 280.000 membres. Elles sont administrées par les délégués des assurés et des employeurs, élus sur la base de la représentation professionnelle, qui ont pleins pouvoirs pour modifier les statuts, fixer les prestations et les cotisations, nommer le personnel. L'administration n'intervient pas ; seuls les Offices d'assurances, dans lesquels siègent des représentants assurés et employeurs des caisses de malades, contrôlent si les obligations légales sont observées.

Caisses d'entreprises. — Les caisses libres existant dans les entreprises industrielles ou commerciales en 1883 ont pu se transformer en caisses légales d'assurance. D'autres peuvent encore se créer. Elles doivent réunir au moins 150 assurés obligatoires, n'être formées que sur avis préalable des ouvriers intéressés, donner des avantages au moins équivalents à ceux des caisses locales, avoir la garantie financière de l'employeur. Tous les assurés occupés dans l'entreprise doivent en faire partie. Les pouvoirs d'administration sont partagés par moitié entre l'employeur et les assurés. Il existe actuellement 225 caisses d'entreprises avec 125.000 assurés environ, soit à peu près le tiers de la population assurée.

Caisses des corporations de métiers. — Ces caisses spéciales existaient déjà, comme caisses libres en 1884. Elles subsistent dans les mêmes con-

ditions que les caisses d'entreprises. Il en existe 11 avec 21.500 membres environ.

***

Vous demandez, dit en terminant M. Guyot, un aperçu des opérations des caisses de malades ? Voici le résultat de l'exercice 1919, la première année sous l'administration française :

Cotisations payées, 37 millions (180 francs par tête d'assuré).

Dépenses :

Traitement médical et dentaire	4.500.000 fr.
Fournitures pharmaceutiques et spécialités	3.500.000 —
Hospitalisation et soins à domicile	3.500.000 —
Indemnités aux familles des hospitalisés	400.000 —
Secours pécuniaires aux malades	13.700.000 —
Secours pécuniaires d'accouchement et d'allaitement	400.000 —
Indemnités funéraires	700.000 —
Frais généraux d'administration y compris le personnel	1.700.000 —
Dépenses diverses	600.000 —
Total des dépenses	29.000.000 —

soit 85 francs par tête d'assuré.

Donc, l'équilibre des opérations en 1919 a été largement assuré ; 8 millions de bénéfices ont été versés aux fonds de réserve prescrits par la loi.

Ajoutons, pour compléter ces renseignements que les caisses de malades reçoivent des assurés facultatifs, non soumis à la loi, n'ayant pas un revenu annuel supérieur à 12.000 fr. (décret du 28 octobre 1920.)

(*A suivre.*)

***

Voici maintenant la moisson de la semaine, publiée impartialement, selon mon habitude, toutes les opinions ayant le droit de se manifester publiquement.

G. D.

Je lis très attentivement vos commentaires et les lettres des confrères qui paraissent dans le *Concours médical* sur l'assurance maladie obligatoire.

Je serais, comme vous, partisan de la liberté absolue, c'est-à-dire, d'aucun intermédiaire entre le malade et le médecin s'il ne s'agissait de loi sociale ; une loi sociale entraîne toujours avec elle une organisation, une armature, une discipline voulue ; il en résulte la suppression de la liberté. Il est impossible d'accorder aux assurés obligatoires une retraite, une indemnité maladie, la fourniture de médicaments gratuits sans que tous ces avantages ne déclanchent, en quelque sorte, automatiquement, l'exercice d'un contrôle par la caisse d'assurances ou la mutualité qui accorde tous ces droits.

Mais, pour que ces avantages qui seront dus aux assurés obligatoires puissent leur être fournis avec toute la conscience désirable par les médecins, il est nécessaire que ceux-ci présentent aux Pouvoirs Publics un projet viable d'organisation de soins. La liberté absolue, à mon avis, c'est-à-dire la remise à l'assuré d'une somme forfaitaire avec laquelle il payera médecin et médicaments, cette liberté absolue sera rejetée par le législateur.

Le forfait donné au médecin, tant par tête d'assuré, pour soigner les assurés obligatoires, sera, lui aussi, rejeté par la très grande majorité des médecins praticiens ; aussi, le législateur sera-t-il obligé d'en tenir compte. Mais, comme il n'y aura pas l'unanimité médicale, la loi sera votée, quand même, avec le forfait si les médecins praticiens n'ont pas eu le soin d'étudier et de faire triompher, dans les commissions parlementaires, un projet d'organisation de soins médicaux pour les assurés obligatoires.

Pour moi, je me rallie complètement au système Lyonnais du Dr Bolliet, tel qu'il est pratiqué à Lyon, avec le ticket modérateur, et la participation du sociétaire à la consultation ou à la visite ; quand un assuré obligatoire voudra consulter ou obtenir du médecin une visite, il achètera à la Société ou à la Caisse d'assurance des tickets de consultation ou de visite ; la Caisse pourra lui vendre 3 fr. un ticket de consultation si la consultation du médecin est de 6 fr. ; en un mot, elle lui vendra le prix qu'elle voudra ; mais, il y aura participation de l'assuré aux dépenses de la Caisse ; d'où possibilité de suppression du contrôle par des médecins appartenant aux Caisses. Je me rallie aussi entièrement aux vœux du comité directeur de l'Union des Syndicats médicaux du Sud-Est.

En résumé, c'est le système lyonnais, et ce sont les vœux de l'Union des Syndicats médicaux du Sud-Est qui devraient être adoptés par les Syndicats médicaux.

Dr C.
(Seine-Inférieure.)

***

Je tiens à joindre mon opinion, de si peu d'importance soit-elle, à celles nombreuses qui vous sont parvenues sur la question de l'assurance maladie. Cependant je ne développerai pas toute ma pensée, car ma prolixité risquerait de lasser votre attention.

Malgré votre belle campagne pour le système de la liberté complète, malgré tous vos arguments, je partage l'opinion du Dr Bolliet et j'en suis pour le contrat collectif avec tarif à la visite avec ticket. Les médecins ne sont pas mûrs pour votre système de liberté ; ils n'offrent pas la cohésion que vous désirez, il leur faut apprendre la discipline nécessaire dans le syndicat. Je les connais, étant secrétaire d'un syndicat et secrétaire d'une Fédération. Il faut donc une discipline syndicale : de là à la tyrannie syndicale il y a loin. Le syndicat respecte la liberté de chacun, il ne porte pas atteinte à l'individualisme. Je suis aussi individualiste, j'ai le caractère aussi indépendant que quiconque. L'individualisme absolu n'est plus de mise et n'est le plus souvent que le camouflage de l'égoïsme. Je dis comme le Dr Bolliet que le système de la liberté serait le retour aux événements d'antan.

Dr L.

***

Mon syndicat, celui de la région métallurgique lorraine, à l'unanimité, sauf deux voix, dont la mienne désire conserver le système alsacien-lorrain des Caisses maladies et l'*étendre à toute la France.* Notre Président, un confrère distingué et aux idées nettes, sera sûrement écouté avec le plus grand intérêt à l'Assemblée générale de l'Union des Syndicats, où il sera sûrement en premier plan.

Nous avons le contrat collectif et le forfait. Mes confrères veulent s'y tenir. Je ne puis les blâmer. Ils

ont un système mis péniblement sur pattes, bonifié par étapes, avec les plus hauts ou tout au moins les moins bas tarifs en vigueur, une clientèle complètement adaptée. Ils désirent bien du mieux, mais dans le même cadre. Il leur semble inutile de chambarder la maison, dont la façade, toutefois, est beaucoup plus belle que l'intérieur. Ils vont un peu fort, par contre, en demandant l'Alsace-Lorrainisation de toute fa France ; car vraiment ils ne sont pas, en l'occurrence, absolument compétents et il faudra tout au moins un sérieux dressage chez les médecins et chez les clients de Carpentras, Bordeaux, Quimper et autres lieux pour emboiter le pas aux médecins et ouvriers alsaciens-lorrains.

En tous cas, les pêcheurs en eau trouble ne manqueront pas d'y voir, même au microscope, un conflit entre le corps médical alsacien et le corps médical français, alors qu'au fond il n'y a qu'un seul corps médical français et aucun conflit. L'Assemblée générale de l'Union des Syndicats a demandé que l'assurance sociale établie ici soit, selon le vœu des médecins, conservée.

Bien plus, les médecins lorrains, ceux de mon syndicat, tout au moins, n'ont nullement manifesté d'eux-mêmes leur désir de voir nos institutions locales englober toute la France ; mais ce faisant, ils ont simplement répondu à ce questionnaire : Désirez-vous que nos systèmes de Caisses soient généralisés en France ? Question à notre avis, *inopportune*.

Toutefois, je crois devoir, à titre essentiellement individuel et sans engager personne, car je suis un médecin venu de l'« Intérieur de la France » préciser des impressions concernant l'attitude de l'Assemblée générale de l'Union.

Ses conclusions, relatées dans le « Médecin Syndicaliste » de novembre, me paraissent inquiétantes, en son ostracisme purement théorique, nous voulons l'espérer. Elle « estime que l'organisation technique de la médecine en matière d'assurance doit être posée et résolue d'abord... par une organisation syndicale médicale... d'accord avec les consommateurs intéressés. » D'après elle, le corps médical ignorera toute organisation de soins en dehors du libre choix du médecin par le malade et du tarif à la visite.

Mais existe-t-il vraiment en France, existera-t-il jamais des organisations médicales *suffisamment puissantes et en nombre suffisant* (car il s'agit bien *d'une loi des grands nombres*) pour former un conglomérat vivant et irrésistible, capable de s'accorder avec des consommateurs intéressés, d'ailleurs dans l'ensemble parfaitement incompétents pour solutionner avec justesse l'organisation technique en matière d'assurance. Les confrères de l'Assemblée générale reconnaissent que tout est à faire dans ce sens. Ce tout est un tout formidable, se chiffrant par centaines de millions et peut-être par milliards, en installations techniques, hôpitaux, sanatoriums, etc. Rien à faire sans l'État, qui dans les conditions d'incertitude et de déséquilibre actuel ne pourra jamais rien faire d'autre que d'attendre le cumul des cotisations des nouvelles lois pour réaliser les fonds nécessaires à un démarrage d'accélération bien modeste.

L'État ? C'est les hommes politiques et les grosses sociétés industrielles et financières d'abord et avant tout. C'est peut-être regrettable, mais c'est ainsi, et cela sera ainsi tant que le corps médical n'aura pas transformé la société, dans ses fondements, ce dont il est bien incapable et non sans motifs. Le duo : corps médical et consommateurs... *ne sera jamais seul*.

Le médecin français, dans sa moyenne, petit bourgeois farouchement individualiste, est-il capable dans son ensemble — toujours et toujours une loi des grands nombres — de faire peau neuve *en temps utile* à neuve situation ? En face d'une collectivité formidable, pourra-t-il se désindividualiser partiellement tout au moins, en soldat discipliné de Syndicats maxima ? Ce n'est pas impossible, mais cela paraît peu probable. Car jusqu'ici, tout au moins, nous n'avons en France que des Syndicats minima et d'une façon générale ceux d'Alsace-Lorraine avec le contrat collectif, tout en étant encore des Syndicats minima, sont d'un degré supérieur. Nous entendons par Syndicat maxima, un syndicat groupant le corps médical d'une région en une organisation de soins, indépendante dans les limites du possible, *un véritable corps de métier*. Ici, nous esquissons nos idées, très succinctement, à gros traits. Plus nous serons organisés, plus nous serons forts, moins *relativement* nous serons libres. Le contrat collectif (pour nous c'est un progrès) exclut le libre choix *absolu, intégral*. Beaucoup de confrères sont d'ailleurs parfaitement satisfaits d'être débarrassés de « cette grue métaphysique » car le Syndicat interviendra pour rendre impossible l'installation de médecins là où réellement ils seraient en surnombre. Le libre choix est une chose excellente, ramené aux modestes proportions des relativités humaines.

Le tarif à la visite est aussi une bien belle chose. Mais l'État français victorieux et dans la purée, compte surtout sur les Caisses quand elles seront grandes filles. Ces dernières, tout au moins au début, exigeront des recettes évaluables d'avance pour équilibrer leurs dépenses et satisfaire aux nécessités des réserves. Le système Lyonnais, réussit à Lyon et aux environs, une des régions les plus riches de France, en Alsace-Lorraine même, région non *pauvre, il serait inapplicable*. Il est infiniment probable, sinon certain, que le forfait sera imposé. Nous ne parlons pas du ticket, aumône du projet gouvernemental.

Si les médecins de l'Intérieur veulent l'ignorer, il est à craindre qu'en retour le tarif forfaitaire les ignore.

Il nous semblerait absolument de bon sens, de garder sur les lignes du forfait et du contrat collectif, une position de repli définitif, un bastion *sine qua non*. Le forfait à au moins 50 francs par assuré, comme moyenne, avec modalités de répartition diverses dans le but de dégrever les familles nombreuses. Les médecins, en attendant mieux, auraient une existence matérielle à peu près assurée, et ce serait l'union totale avec le corps médical d'Alsace-Lorraine qui ne paraît demander modestement qu'une seule chose : des garanties matérielles suffisantes d'existence honorable. Il laisse à l'organisation des Caisses, à laquelle il coopère, la direction des améliorations sociales.

Un petit peu de cinéma social en finale. En Alsace-Lorraine, partie du territoire de la République, style officiel, adaptation des masses et des médecins à un système *automatique, traditionalisme exagéré*. Loyalisme du corps médical, mais influences antifrançaises, éparpillées par-ci, par-là, haineuses, tenaces, s'acharnant sournoisement contre la médecine française et les médecins de l'Intérieur. Quelques très rares confrères autochtones en abusent indélicatement. Les Caisses d'assurances font la roue et télégraphient au gouvernement *leurs félicitations* de les offrir comme modèles au Peuple français.

A l'ouest, c'est l'autre partie du territoire de la République, vu d'ici : le pays de l'impiété, du désordre, le royaume du système D et des politiciens à deux objectifs à variables indépendantes : La réélection et le bien public.

La loi sociale est l'appât inévitable de la carpe électorale. Un État victorieux, un peu purotin, qualifié faible, et comme partout l'incertitude du lendemain dont on ne sait si c'est un crépuscule ou si c'est une aurore.

Un corps médical individualiste *dispersoïde* en réaction naissante. Il remue, car il ne peut faire autrement, sa planche de sécurité tangue et roule bougrement sur les flots de l'évolution. Saura-t-il s'organiser ? mais s'organiser *suffisamment en nombre et en puissance*

c'est possible, mais on peut en douter et il lui faudra de fins pilotes utilisant les vents divers et une pression formidable de circonstances extérieures, catastrophiques. Autrement il végètera au point mort avec de maigres consolations. Alors dans le marais, évoluera le requin de finance, installant l'usine médicale. Et le client ausculté, percuté, électrisé, illuminé, analysé, fouillé, retourné, ensemencé, émerveillé, même s'il en meurt, n'aura du médecin que l'idée d'un éphémère Wattman. De savants mathématiciens en un charabia incompréhensible aux non initiés, camouflant des vérités de sens commun à la portée d'un cerveau moyen de 15 à 20 ans en d'inaccessibles mathématiques dite s supérieures, traceront les diagrammes de marche des organisations de soins. Des courbes ultra transcendantes établiront des fonctions morbides, un diagnostic devra être intégré pour être élégant.

Le pauvre confrère (nous serons morts, espérons-le) devra s'imbiber les méninges d'au moins de deux ans de mathématiques générales et sous la direction d'un Bonasse pour ne pas surplaner dans les espaces abstraits à dimensions, car il risquerait de ne plus jamais atterrir. Il ne sera autrement qu'une sorte de garçon de laboratoire, d'ouvrier salarie, l'art ne sera plus toléré que dans les acrobaties du calcul intégral.

Cela durera jusqu'au jour, lointain peut-être, où les perfectionnements des méthodes d'enseignements permettront l'acquisition d'une solide instruction sans intoxiquer le cerveau par sa propre science, où la moyenne intellectuelle s'apercevra que devant l'infinité de la science, l'art est la plus haute fleur de l'intelligence humaine, et que tous les laboratoires du monde, dont il serait puéril de nier l'utilité, ne remplaceront jamais un praticien de génie, que toutes les analyses de laboratoires ne sont que des moyens relatifs de contrôle, et qu'un médecin est avant l'analyse, règle générale, parfaitement fixé.

Pour ne pas glisser sur la pente mécano-scientifique, il nous faudrait des *associations médicales scientifiques, en bien plus grand nombre*, des syndicats souples, disciplinés, équilibrés, plus nombreux, plus souples, plus disciplinés, avec répression sévère de toute querelle de personnalités. Dans les Syndicats Alsaciens-Lorrains on y arrive, dans les autres syndicats français cela sera plus difficile à obtenir. Il serait utile à notre avis, de ne pas avoir trop de fétiches métaphysiques intangibles, libre choix intégral, liberté absolue, etc., etc. Il apparaît ici que le corps médical français fait acte d'un accès d'individualisme trop farouche.

Rien n'est plus facile que de nous opposer des tas d'excellentes raisons, mais nous nous demandons en fin de compte si de fil en aiguille nos confrères de l'Intérieur n'aboutiront pas fatalement, étant donné les ambiances économiques et politiques, au contrat collectif et au système forfaitaire alsacien-Lorrain, amélioré, cela va sans dire, provisoirement tout au moins et chez nous le provisoire dure longtemps.

D^r D.
Médecin de Caisse industrielle
et syndiqué.

* * *

Le Dr Servas me communique les numéros du *Concours médical*, grâce auxquels j'ai eu connaissance de la campagne que vous menez pour la liberté. J'en suis un partisan aussi convaincu que vous. Le contrat collectif en matière d'assurance maladie obligatoire n'est pour moi qu'un pis-aller, même avec les réserves stipulées dans l'ordre du jour de conciliation que j'ai rédigé en séance de l'Union du Sud-Est le 26 juin, et qui a été adopté par cette assemblée. Je préférerais de beaucoup la rémunération directe par le client, qui ne me paraît nullement impossible à réaliser. Le contrat collectif n'est vraiment désirable que lorsqu'il s'agit de médecine *collective*, telle que l'inspection médicale des écoles ou des pupilles de la nation.

Un point sur lequel vous avez bien raison d'insister, c'est que nous ne voulons pas plus être fonctionnaires du syndicat que fonctionnaires de l'État. Le syndicat est précisément destiné à sauvegarder le caractère libéral de notre profession, moyennant un minimum de discipline indispensable. Son rôle n'est donc pas de brimer ses membres par un mécanisme *tyrannique*, sous couleur de hasardeuses constructions médico-sociales. Attribuer à l'action syndicale cette orientation libérale et traditionnelle n'est point faire œuvre d'adversaire du syndicat, c'est au contraire le maintenir dans la voie droite hors de laquelle la culbute le guette.

Poursuivez la lutte, mon cher confrère. La prochaine assemblée générale de l'Union vous montrera que vous n'êtes pas seul.

Dr DUBY,
Secrétaire du syndicat de Bourg.

* * *

Mes sympathiques félicitations pour l'utile campagne que vous menez dans le *Concours*.

D^r D.
(Dordogne.)

* * *

Appel aux praticiens des campagnes.

La loi dite des Pensions, les règlements administratifs sont promulgués ; rien ne sert de dissimuler la vérité : *les intérêts des médecins ruraux sont sacrifiés.*

La lutte fut honorable, mais pour bien des gens, nous y perdons notre considération, puisque nous sommes rangés en *deuxième catégorie et troisième catégorie.*

Va, cours, déshérité de la profession à qui il a manqué pour t'installer dans la grande ville 15 à 20.000 fr., pour attendre la clientèle Tu as accepté les fatigues à travers monts et ruisseaux, dans la neige, la boue, le chaud et le froid ? Malade ou non, tu restes de garde, sentinelle jamais relevée.

Ta charité ? Ministre et Conseil d'État l'ont interprétée contre toi. Tu as accepté de maigres honoraires parce que tu as eu pitié de la souffrance humaine ; peut-être aussi parce que tu as voulu faire honneur à ta signature, payer ton propriétaire, le garage, les impôts. Tout se retourne contre toi. N'as-tu pas déjà une mauvaise presse ? Le folliculaire se moque de toi et le public applaudit au cabaret... jusqu'à ce qu'il devienne malade.

Voilà le passé ; que sera l'avenir ? Demain nous aurons une loi de plus, loi d'assurance sociale contre la maladie qui englobera, nous dit-on, 65 % de nos clients. Un instant nous avions pensé que, cette fois encore, nous aurions affaire à l'État. Il y a, paraît-il, quelques difficultés. L'impôt sur les salaires ne produit pas ; la classe ouvrière se refuse à le payer. La loi sur les retraites va d'un pas boiteux, et puis il y a le spectre de la banqueroute. Aussi nos aristarques songeraient à se décharger du soin de faire fonctionner la loi sur les Sociétés Mutuelles.

Trop longtemps notre politique syndicale a gravité autour de la seule question mutualité. Si, par une volonté réfléchie, nous avons pu nous affranchir de la mise en tutelle mutualiste, ce n'est pas pour retomber une fois de plus sous son joug. Il nous semble que nos efforts doivent tendre à généraliser ces tentatives d'affranchissement que nous avons constaté, non seulement dans les campagnes, dans certaines petites villes (Tarare) mais encore dans des grandes villes (Saint-Étienne).

Plus d'une fois nos assemblées générales ont donné des directives dans ce sens. *Qu'attend donc notre syndical régional pour avoir le courage de les réaliser* ! Il existe un contrat, nous dira-t-on ? Mais les contrats arri-

vent à expiration et sont renouvelés. Et puis la mutualité observe-t-elle toutes les clauses du contrat ? Ne devons-nous pas craindre qu'en faveur de cette loi assurance-invalidité-maladie, la mutualité essaye de renaître de ses cendres. *La Mutualité se meurt*, ne lui tendons pas une main secourable.

Confrères, avez-vous songé que les contrats collectifs locaux ouvrirontu ne ère d'âpre difficulté ? Nos libertés péniblement acquises seront remises en discussion.

Que pensez-vous du contrôle technique ? Ses modalités de fonctionnement vous apparaissent-elles très claires ? Ne craignez-vous pas une complication singulière pour l'exercice de notre art qui ne se développe pas en formules algébriques et avec une rigueur mathématique ? Ne serait-il pas plus simple de faire jouer la classique et séculaire consultation ? Disons-le franchement : nous ne voulons pas plus de la tyrannie du nombre que du despotisme d'un seul.

Les sociétés qui donnent 4 fr. à leurs membres pour frais de la visite médicale se refuseront à nous rétribuer 10 fr. Et cette somme de 10 fr. nous paraît l'honoraire minimum, le seul compatible avec notre dignité professionnelle et les nécessités de l'heure présente. *La cherté de la vie reste aussi, sinon plus, élevée dans nos campagnes et petites villes que dans les grands centres.* Nous ajouterons que pour avoir vu l'État impuissant à régler nos honoraires quand il s'agit d'un million et demi de mutilés, limités aux seules suites de leurs blessures et maladies, cause de leur réforme, notre confiance dans les caisses assurance-invalidité-maladie reste bien réservée. L'État trouvera mille prétextes à se dérober quand il s'agira de *tous les frais* médicaux pour 25 à 30 millions d'individus. Nous en avons assez des expériences de médecine sociale, des utopies bureaucratiques dont nous faisons toujours tous les frais. Des années s'écoulent avant la mise au point de lois hâtivement votées et c'est encore sur le praticien que retombe le poids des erreurs parlementaires. Souvenez-vous de la loi du 31 mars 1919 : nous attendons encore l'élaboration du tarif des interventions, *c'est-à-dire depuis deux ans.*

Qus l'on ne nous donne pas les vétérinaires comme exemple. Écrasés par les mutuelles, la plupart ont rompu avec elles. Ils ont pensé que toute collectivité qui voulait aider un de ses membres dans l'embarras devait faire des sacrifices personnels. Nous ne cesserons de répéter que, las de travailler avec des tarifs de misère, il est à craindre que les médecins de campagne n'accentuent leur exode vers les grandes villes ; que ne trouvant plus dans nos syndicats l'aide nécessaire, les 9/10 d'entre eux reprennent leur liberté d'action et que le syndicalisme ne représente plus *qu'une poussière de syndicats.*

M. Maginot a, paraît-il, dit, à propos de la loi des pensions : « J'aurai mes médecins ». Son collègue de l'Intérieur n'aurait-il pas la même pensée ? Médecins riches désireux d'avoir quelques clients, besoigneux affamés se pourront trouver, et alors, vous, les médecins indépendants, ne craignez-vous pas que s'abaisse le niveau de ce corps médical qui exerce par son exemple une si grande influence sur l'âme de la nation ?

Voyez ce qui se passe trop souvent pour la loi sur les accidents du travail. Envisagez les premiers résultats de la loi des pensions dont on s'effraye en haut lieu parce qu'ils émeuvent l'opinion publique. Sans doute acceptera qui voudra de traiter avec les mutuelles. *Alors ce sera une atteinte au libre choix du malade.* Attentez à sa liberté, attentez à celle du médecin, MM. les députés insoucieux des frais pharmaceutiques qu'il vous faudra bien réduire si vous ne voulez pas voir vos assistés abuser des médicaments et les médecins honnêtes, écœurés, abandonner la partie. Vous serez alors contraints de refaire des officiers de santé pour soigner nos paysans délaissés. Laissez au médecin sa liberté, contentez-vous d'assurer une allocation au malade, à sa famille, et vous serez encore bien heureux d'avoir des hommes de caractère pour vous garder des simulateurs.

Que l'on ne nous présente pas comme une panacée le rôle du fameux ticket modérateur *dit ticket lyonnais.* Pour l'avoir nous-mêmes pratiqué nous connaissons son insuffisance manifeste. Nous savons qu'il ouvre trop souvent la porte à des discussions pénibles entre les Sociétés Mutuelles, les clients et le corps médical. Ne sentez-vous pas ce qu'il y a de *profondément* HUMILIANT, là comme ailleurs, à s'agiter pour obtenir des tarifications qui estiment nos actes à 0,25, 0,50, 0,75 centimes près. Nous en avons assez de ces tarifs ridicules, du tarif Breton deuxième catégorie, du tarif Maginot comme *des notes dites du plombier.*

Lisez et méditez les enquêtes faites en Alsace par les actifs secrétaires de l'*Union des Syndicats* : les docteurs Lafontaine et Quivy, publiés dans le « Médecin Syndicaliste » de septembre et d'octobre 1921 ; vous y verrez que la Caisse locale de Strasbourg attribue pour consultation et visite des prix inférieurs à ceux de l'assistance médicale. Les chiffres sont terriblement éloquents: 78 % des médecins gagnent moins de 10.000 fr. *Les médecins du Bas-Rhin passent pour plus favorisés et 50 % touchent moins de 10.000 fr.* !!! La consultation chez un médecin de caisse donnerait lieu à bien des commentaires ; qu'il nous soit permis de dire que nous ne concevons pas la médecine *faite à la grosse, avec ce caractère de médecine spéciale pour pauvres.* Nous ne voulons pas que l'on diminue notre profession en limitant nos actes professionnels à des gestes automatiques de vulgaires bureaucrates. Nous redoutons l'atmosphère spéciale dans laquelle nous serons contraints d'évoluer. Nous ne pouvons admettre la suppression du *secret médical professionnel* et la transformation de la médecine, basée jusqu'à ce jour sur des rapports de confiance et d'estime entre malades et médecins, en une médecine caporaliste et qui s'attirera tous les reproches de la *médecine militaire.* Nous n'avons plus à faire confiance à l'Etat ou aux collectivités durant une période intermédiaire qui doit correspondre à la mise en application de la loi qui s'élabore, à accepter *un forfait provisoire.* Nous ne savons que trop, hélas, ce qu'a de défnsitif en France toute mesure provisoire. Aux sollicitations intéressées de ceux qui nous veulent exploiter, répondons par une fin de non recevoir ; ne collaborons que le jour où l'Union des Syndicats dictera les modalités d'application.

Nous ne voulons pas plus de la tyrannie mutualiste tout court que de la tyrannie de l'Etat, que de la tyrannie mutualiste conjuguée avec celle de l'Etat. Ne devenons à aucun prix un corps de fonctionnaires enlisés dans la paperasserie. Gardons jalousement notre liberté. *Restons profession libérale.* Engageons notre groupement régional à se renseigner par un REFERENDUM et à éclairer l'Union sur l'attitude que nous adopterons.

Plus de victoire à la Pyrrhus semblable à celle qui a clos la campagne des pensions et dont nous avons été *les victimes.*

Nous en appelons, nous, aux médecins de deuxième et troisième catégorie. Il n'est que temps. Foin des rivalités ; « Union sacrée ». Montrons aux vrais malades que nous voulons leur éviter de tomber entre les mains de médicastres qui n'ont que des appétits. Là où vous êtes deux, trois ou quatre, réunissez-vous, entendez-vous. Il est temps encore de conserver à notre pays *un corps médical indépendant*, honnête, ouvert à tous, *non asservi*, ne s'inspirant que de sa conscience, au lit des malades.

Dr MICHEL, de l'Arbresle, — Dr Maurice BONNET, de Tarare,
Membres de la Chambre Syndicale, du Syndicat des Médecins de Rhône.

MUTUALITÉ FAMILIALE

Pourquoi a t-il fallu relever les cotisations ?

II

La modification de la table de morbidité sur laquelle est effectué le calcul des cotisations devait nécessairement amener la modification des chiffres de la nouvelle combinaison MAD donnant l'indemnité quotidienne de vingt francs et l'indemnité mensuelle de deux cents francs dans les mêmes conditions que la combinaison MA.

Il faut d'ailleurs se rappeler que les chiffres indiqués ne l'avaient été qu'à titre provisoire, et le paragraphe 3 du règlement était formel :

Les chiffres portés au tableau ci-dessus pourront être modifiés selon les indications de l'actuaire lors de l'établissement définitif de la combinaison. Dans ce cas, au mois de décembre 1921, les sociétaires devront régulariser leur situation en conformité des nouveaux chiffres : s'ils ont versé en moins, ils devront faire le versement complémentaire nécessaire ; s'ils ont versé en trop, la caisse leur tiendra compte de la différence.

Le Conseil avait cru ne pas trop s'écarter de la réalité en fixant les cotisations de MAD à deux fois et demie les cotisations correspondantes de MA. M. Fleury, tout en gardant le principe d'un *chargement pour marge* de sécurité, n'a pas cru qu'il y avait lieu de majorer dans la même proportion les cotisations nouvelles de MA : la proportion n'est que de 2,16 environ.

III

La question la plus grave était certainement celle de la combinaison B qui, comme recrutement, est fermée depuis 1904, mais qui compte encore environ 300 membres. L'inventaire montrait une insuffisance notable de l'actif par rapport aux réserves mathématiques, celles-ci devant être de 199.288 fr.25 alors que l'actif, au prix d'achat, n'était que de 170.162 fr. 68, et, au cours de la Bourse, de 131.400fr. seulement. Or, sans vouloir s'en tenir rigoureusement à la variation des cours de la Bourse, il faut cependant admettre un amortissement qui permette de penser qu'au cas où il faudrait réaliser des valeurs on n'éprouverait pas de trop gros déboires.

Ce que j'ai dit pour MA s'applique forcément à B avec cette aggravation qu'à partir de 65 ans l'écart entre les chiffres de morbidité de la table initiale et ceux de la réalité s'accentue de plus en plus.

Lorsqu'il arrive à un certain âge, le médecin se trouve dans l'incapacité progressive d'exercer : c'est le fait de l'usure, mais il y a bien toujours quelque état cardiaque, quelque catarrhe, quelque rhumatisme, quelque infirmité qui puisse être invoquée, et l'on conçoit la difficulté, je dirai l'impossibilité, de éparer ce qui revient à la maladie de ce qui ests causé par la vieillesse,

Et c'est l'intuition de cette difficulté qui m'avait fait crier gare en 1904 : je prévoyais trop d'allocations chroniques mensuelles pour les cotisations versées. La combinaison fut fermée, mais la situation des anciens membres fut réservée, c'est ce qui nous amène à la situation actuelle.

Voici, à partir de 65 ans, le tableau comparé de la morbidité annuelle de la table adoptée par M. Léon Marie et de la morbidité annuelle donnée par l'expérience de notre société :

Age —	Chiffres de la table	Chiffres donnés par l'expérience
65 ans	12.876	17.73
66 —	13.340	18.44
67 —	13.816	15.16
68 —	14.300	18.60
69 —	14.786	23.24
70 —	15.308	32.18
71 —	15.832	29.67
72 —	16.368	40.04
73 —	16.916	36.50
74 —	17.472	40.32
75 —	18.044	44.90
76 —	18.628	63.15
77 —	19.220	64.02
78 —	19.828	78.43
79 —		86.92
80 —		92.38

Il est impossible de dresser un graphique, mais la comparaison se fait d'elle-même et montre qu'il n'y a aucune relation entre les chiffres.

Donc insuffisance actuelle des réserves et déficit devant fatalement s'accroître d'année en année. Le résultat serait que, plus ou moins rapidement, il faudrait réaliser des valeurs avec perte et qu'on arriverait fatalement à un moment où la Caisse serait vide alors qu'un certain nombre d'adhérents seraient encore là.

Les bases du calcul des cotisations ont été insuffisantes et insuffisantes en conséquence ont été ces cotisations. Il faut les relever.

Mais il n'est pas possible ici de calculer un nouveau tarif comme on l'a fait pour MA, car il demanderait des observations aux âges les plus élevés et nous ne disposons pas de ces observations en nombre suffisant. Il faut donc se contenter d'un moyen empirique.

Se basant sur le fait que l'augmentation calculée pour MA est de plus de 25 % et que, pour la combinaison B, la situation est beaucoup moins favorable, M. Fleury nous a proposé d'augmenter ici de 50 %, soit la proportion de 1 à 3/2 que réclamait le ministère du Travail, cette augmentation étant absolument nécessaire si l'on veut avoir des chances sérieuses de mener jusqu'au bout la combinaison B et devant être corroborée par une vérification année par année de la marche des opérations.

Il est évident que pour les membres de la combinaison B — et j'en suis — la mesure est assez sévère ;




RUE SAUSSURE

mais elle ne surprendra personne de ceux qui se sont intéressés au fonctionnement de notre société. Lors de son inventaire de 1911, M. Fleury disait que la présence de nombreux chroniques n'était pas sans inspirer certaines craintes au point de vue de l'avenir et il ajoutait que si le taux de morbidité aux âges élevés était sensiblement plus élevé que ne l'indiquait la table, les réserves mathématiques calculées seraient trop faibles sans que d'ailleurs on pût préciser de combien.

L'inventaire de fin 1913, s'il avait pu être fait, aurait certainement amené ce relèvement des cotisations, qui nous était demandé par le ministère, le travail que j'avais préparé ne laissait pas de doutes à cet égard ; or, sept années se sont passées depuis, qui ont aggravé la situation.

Donc, membres de la combinaison B, acceptons cette augmentation indispensable et inévitable sans récriminations superflues : disons-nous que si actuellement nous payons plus, c'est qu'antérieurement nous n'avons pas payé assez et n'oublions pas que, si nous devons compenser dans une certaine mesure l'insuffisance des versements de ceux qui ne sont plus, nous sommes encore les plus favorisés puisque nous restons vivants.

A. GASSOT.

LA VIE SYNDICALE ET PROFESSIONNELLE

Syndicat médical de la région de Bourg.

Assemblée générale du 13 novembre 1921.

La séance est ouverte à 14 h. 30 sous la présidence du Dr SERVAS, président.

Etaient présents : MM. ARMAND, BOILLERAULT, BOUILLOUD, BOUVIER, BUSSILLET, CONVERT, DESSEVRE, DUBAND, DUBY, EYSSAUTIER, GOUD, JANNEL, LOUIS, MENEAULT, MICAUD, NODET, PELICAND, PERRET, PITRE, SAINT-PIERRE, SERVAS, TISSOT, TOUILLON, VOITURIER.

Excusés : MM. BARBET, JACQUES, HUBERT, VINCENT.

M. le Dr MICHON, président du Syndicat du Rhône, nous fait l'honneur d'assister à la réunion.

Le procès-verbal de l'Assemblée du 10 avril est adopté.

I. — PRÉSENTATION DE NOUVEAUX MEMBRES. — Quatre confrères demandent à faire partie du syndicat.

Ce sont : MM. ALOIN, de Lyon, présenté par MM. BARBET et DUBY ; AURAND, de Lyon, présenté par MM. DODET et TOUILLON ; CHAPUIS, de Bourg, présenté par MM. CONVERT et NODET ; DESGOUTTES, de Lyon, présenté par MM. DUBY et NODET. Il est décidé que le syndic de Bourg, fera un rapport sur ces candidatures à la prochaine Assemblée.

II. — QUESTIONS INTÉRIEURES. — 1° Proposition de relèvement du tarif des amendes ; ce tarif n'est plus en rapport avec la cotisation ni avec le but poursuivi. L'Assemblée décide de le porter à 5 francs pour les excusés et 10 francs pour les non-excusés (réunion de printemps seulement, la somme afférente au banquet servant d'amende pour celle d'automne).

2° Proposition de suppression de l'indemnité du secrétaire : cette proposition, faite par le secrétaire lui-même, est fondée, indépendamment des raisons financières, sur la nécessité de montrer que le syndicat de Bourg refuse de s'associer aux tendances à l'auto-fonctionnarisation syndicale manifestées par l'Union des S. M. de France. Elle est adoptée à l'unanimité.

3° Désignation des syndics : sont élus MM. DUBAND, JACQUES, PERRET, VOITURIER, CONVERT.

4° Désignation d'un délégué aux assemblées de l'Union qui sera également candidat au Conseil : le président remercie le Dr BOUILLOUD, du dévouement dont il a fait preuve dans ses fonctions et le propose de nouveau pour 1922... Le Dr BOUILLOUD est nommé à l'unanimité.

5° Application du tarif syndical : en présence des graves conséquences qu'entraîne pour l'ensemble du corps médical la non-application du tarif minimum par quelques confrères syndiqués, l'assemblée décide qu'une lettre sera adressée à ces confrères pour les prier une dernière fois de bien vouloir s'y conformer et d'en prendre l'engagement formel, faute de quoi le Conseil de famille sera saisi de l'affaire.

III. — QUESTIONS LOCALES. — 1° L'exercice illégal de la médecine à Bourg ; il s'agit de quelques erreurs commises par une congrégation charitable. Après avoir rendu hommage au dévouement de ces religieuses, l'Assemblée charge le Dr NODET de faire une démarche auprès de la Sœur supérieure pour la mettre en garde contre les abus qui ont été relevés.

2° Vœu à adresser au Préfet au sujet de l'A. M. G. : le Président présente sur cette question une note très documentée. Après discussion, il est décidé que le Syndicat enverra au Préfet un vœu demandant que les maires soient rappelés à l'observation des règlements départementaux en ce qui concerne l'hospitalisation des assistés, la répartition des circonscriptions hospitalières, et la délivrance des carnets, que seules, les personnes justifiant de leur qualité d'indigent soient inscrites sur les listes d'A. M. G. et qu'une surveillance sévère soit instituée à cet effet ; que l'hospitalisation hors du département soit exceptionnelle et soumise à l'autorisation du Préfet ; que les médecins incriminés d'abus soient convoqués pour explications devant le Comité départemental ; que le nombre des médecins faisant partie de ce comité soit porté à trois, pour permettre aux trois syndicats d'y être représentés ;

que les médecins des départements limitrophes ne soient pas admis à participer au service de l'A.M.G. dans l'Ain, lorsque ces départements n'admettent pas la réciprocité (Isère, Saône-et-Loire).

IV. — UNION DES SYNDICATS MÉDICAUX DU SUD-EST. — Le compte-rendu des réunions étant envoyé à tous les membres du Syndicat, il n'y a pas lieu d'y insister. Un seul point est à signaler, c'est la tension existant entre ce groupement et le Syndicat du Rhône qui en forme le noyau central. Le président donne la parole au Dr MICHON, qui expose son point de vue ; partisan de relations suivies entre les Syndicats régionaux, il estime que l'Union du S. E. constitue un appareil trop lourd et trop encombrant, un organisme non pas inter-syndical, mais super-syndical et que de ce fait elle revêt des apparences schismatiques vis-à-vis de l'Union des S. M. de France. Ces explications entendues, l'Assemblée se déclare convaincue qu'il est nécessaire d'établir ou de maintenir des relations étroites avec les syndicats de la région, tant pour faciliter l'étude des grandes questions professionnelles que comme moyen de défense des intérêts régionaux. Mais elle estime avec le Dr MICHON qu'il y a lieu de demander à l'Union du S.-E. de modifier ses statuts de façon à simplifier sa structure, à assouplir son fonctionnement, et à réaliser une liaison purement inter-syndicale. Il semble que tout doive se résumer dans *une entente directe entre les bureaux des syndicats.*

V. — LOI DES PENSIONS. — Le secrétaire fait un bref historique des événements survenus depuis la dernière assemblée ; il signale le referendum brusqué auquel le bureau a dû répondre sous sa responsabilité au sujet des propositions Maginot ; il insiste sur la façon bizarre dont la campagne a tourné à la suite de l'Assemblée du 28 mai de l'Union des S. M. de France, s'aiguillant contre toute attente vers la capitulation. L'Assemblée vote à l'unanimité l'ordre du jour suivant :

« Le Syndicat médical de la Région de Bourg, « regrette que l'Union des S. M. de France ait ac- « cepté :

1° La division du Corps médical en catégories ;

2° Une paperasserie tracassière ;

3° La clause absurde d'après laquelle « le tarif applicable est celui qui correspond à la population du domicile du bénéficiaire de la loi. »

Le Syndicat demande que des explications soient données sur les conditions dans lesquelles le Conseil de l'Union a accepté un accord sanctionnant des dispositions aussi fâcheuses, et déplore que l'effort demandé au Corps médical ait abouti à un aussi piètre résultat. »

Le Syndicat de Trévoux qui s'est joint à nous après sa séance, adopte également cet ordre du jour. Mandat est donné au Dr BOUILLOUD de le présenter au Conseil de l'Union à la prochaine assemblée générale.

Le Dr PERRET donne connaissance d'une circulaire du Préfet de Saône-et-Loire indiquant « qu'il ne doit être produit qu'un seul mémoire établi en double expédition pour tous les soins donnés aux bénéficiaires de l'art. 64, quelle que soit la commune de la résidence des intéressés dans le département ». Il n'est pas question du visa des maires. Le Syndicat demandera donc au Préfet l'application dans l'Ain du même règlement que celui de Saône-et-Loire.

VI. — RELÈVEMENT DE LA COTISATION A L'UNION DES S. M. DE FRANCE. — Beaucoup de confrères trouvent le chiffre de 20 fr. trop élevé ; ils sont prêts cependant à l'accepter s'il implique une défense professionnelle plus efficace. Ils constatent que jusqu'à présent les intérêts des médecins des petites localités ont toujours été sacrifiés, et que, d'autre part, l'Union pourrait faire l'économie d'un flot de papiers superflus. Finalement, on décide d'accepter le relèvement à 20 fr. à titre provisoire, et en demandant au Conseil de l'Union :

1° De ne jamais prendre de décision importante sans l'avis de tous ses membres, au besoin par correspondance. Ceci pour éviter que des déclarations préjudiciables à la collectivité médicale soient prises par une majorité *présente* de spécialistes et de médecins de grande ville.

2° De condenser la documentation exposée dans le « Médecin Syndicaliste » et de n'envoyer que les circulaires indispensables.

VII. — QUESTIONS MISES A L'ÉTUDE PAR L'UNION. —1° L'assurance-maladie obligatoire ; 2° la médecine de la Mutualité ; 3° la médecine des grandes collectivités ; mines, chemins de fer, douanes, A.M.G.

Le Dr MICHON expose la documentation très complète qu'il possède sur le jeu de l'assurance à l'étranger. En Angleterre, c'est la faillite imminente. En Belgique, cela marche tant bien que mal, grâce à des assurances privées. En Amérique, on n'en veut pas, considérant que pour assurer un fonctionnement convenable, il faudrait un prélèvement de 22 % sur les salaires ; ce qui est irréalisable. Il ajoute que nous n'avons pas le droit de nous immiscer dans le domaine législatif, mais que nous avons celui de défendre nos intérêts et de poser nos conditions. Le secrétaire donne alors lecture d'un projet d'ordre du jour analogue à celui qu'il a rédigé à l'Union du S.-E. le 26 juin, et qui a été adopté par cette Assemblée, puis par le Syndicat de Beaune :

« Considérant que ce qui importe avant tout dans les questions de médecine sociale est de conserver à la profession médicale, dans l'intérêt de tous, son caractère de profession *libérale*, et par conséquent d'éloigner d'elle tout ce qui pourrait la fonctionnariser, le Syndicat médical de la Région de Bourg, est d'avis que les médecins doivent continuer à s'arranger directement avec leurs clients, sans l'intermédiaire d'aucune collectivité. Lorsque la chose est

RECOUVREMENTS
D'HONORAIRES MÉDICAUX

M. Louis AUDEBERT Avocat, *Directeur du Contentieux de Syndicats Médicaux. Administrateur d'immeubles.*

5, rue des Saints-Pères, PARIS, Tél. Saxe 48-53.

Pour toute demande de renseignements, écrire à Me Audebert, en joignant un timbre pour la réponse

impossible, il convient que les Syndicats traitent avec les collectivités par un contrat qui devra satisfaire aux conditions suivantes :

1° Libre choix ;

2° Tarif fixe à la visite, sans restriction par aucune espèce de forfait.

3° Ticket, système Lyonnais, avec participation personnelle du client assez élevée pour être réellement modératrice (minimum d'un quart).

4° Valeur totale du ticket conforme au tarif syndical minimum ;

5° Modalités d'application réglées par entente directe entre les parties contractantes, sur des bases locales ou régionales.

Ces conditions sont applicables à toutes les collectivités, exception faite pour l'A.M.G., en ce qui concerne le ticket modérateur.

Assurance-maladie obligatoire. — Le S. M. de Bourg considère que le projet Vincent, instituant le forfait et ne prévoyant qu'une participation dérisoire du client, est inacceptable pour le corps médical.

Mutualité. — Le S. M. de Bourg estime qu'il faut laisser à celle-ci l'initiative d'une reprise des pourparlers, et que nous n'avons pas à la solliciter.

Mines, douanes, chemins de fer. — Le S. M. de Bourg demande le retour au droit commun ; ou, à défaut, un contrat répondant aux conditions ci-dessus énoncées.

Assistance médicale gratuite. — Le S. M. de Bourg estime qu'il faut exiger un contrôle sérieux des inscriptions sur les listes d' A.M.G.

Appel à tous les médecins. — Le S. M. de Bourg prie l'Union d'adresser un appel à tous les médecins français pour qu'ils s'inscrivent dans les Syndicats, le syndicalisme médical constituant notre unique moyen de défense contre les empiètements des collectivités (addition proposée par le Dr Nicollet).

Cet ordre du jour ainsi complété est voté à l'unanimité. Le Syndicat de Trévoux s'y associe. Mandat impératif est donné au Dr Bouilloud de le présenter et de le soutenir à la prochaine assemblée générale de l'Union.

VIII.— Vœu a l'Union au sujet de la pléthore médicale.— Le vœu suivant est adopté sans débats : « Considérant que l'encombrement est à la base du malaise moral et matériel dont souffre la profession médicale, le syndicat de Bourg, reprenant le vœu du Syndicat de l'Oise, demande que l'Union des S. M. de France mette à l'étude les moyens d'y remédier.

Considérant qu'une des causes de la pléthore se trouve dans la possibilité laissée aux médecins militaires de donner leur démission pour faire de la clientèle civile au rabais, avantages qu'ils sont par la gratuité de fait dont ils bénéficient pour leurs années d'études , le S. M. de Bourg émet le vœu que les médecins militaires démissionnaires soient astreints au remboursement à l'État de leurs frais d'études et d'entretien, quelle que soit leur ancienneté de services au moment de leur démission. »

IX. — Inspection médicale des écoles. — Le secrétaire expose qu'il existe à ce sujet un projet de loi du Dr G. Laurent, prévoyant une organisation très complète, mais qui serait confiée à un cadre spécial de médecins fonctionnaires. Certains départements, comme le Doubs, ont déjà une inspection plus modeste. Dans l'Ain, des ouvertures ont été faites à certains confrères, et le service fonctionne même dans plusieurs communes. Le Dr Perret se déclare l'adversaire convaincu de cette inspection qui, d'après lui, ne saurait être qu'un simulacre coûteux. Le secrétaire lui répond qu'il ne s'agit pas de donner notre avis sur l'opportunité de cette innovation, avis qu'on ne nous a pas demandé, mais seulement de dire à quelles conditions nous accepterions de prêter notre concours. Il semble d'ailleurs qu'avec une répartition rationnelle des circonscriptions il soit possible de faire œuvre utile. Il faut pour cela qu'aucun confrère syndiqué ne traite isolément, mais renvoie au Syndicat, qui établira un contrat collectif avec l'administration. L'Assemblée décide de poser à ce contrat les conditions suivantes, analogues à celles qui ont été fixées par le Syndicat du Bugey :

1° L'inspection comportera :

a) Un système de fiches individuelles, établies avec la collaboration effective des instituteurs et instutrices pour le poids, la taille, la mesure des acuités visuelle et auditive.

b) Deux visites annuelles (octobre et Pâques).

2° Circonscriptions réparties et fixées par le Syndicat, d'accord avec la Préfecture.

3° Honoraires : 2 fr. pour chaque examen individuel ; indemnité de déplacement : 1 fr. 50 par kilomètre parcouru.

4° Contrôle par une commission mixte composée de délégués du Syndicat et de l'administration.

Le président remercie le Président du Syndicat du Rhône des intéressants renseignements qu'il a bien voulu nous apporter. L'ordre du jour étant épuisé, la séance est levée à 16 h. 45.

Le secrétaire : Dr Duby.

Le médecin a l'impérieux devoir d'être prévoyant.

Il doit s'assurer contre l'incapacité de travail que peuvent lui causer la maladie ou les accidents.

Il doit s'assurer une retraite pour ses vieux jours.

VARIÉTÉS

CIRCULAIRES ! CIRCULAIRES !

REVUETTE EN UN ACTE

Par Gaston DUCHESNE

Représentée le 20 Novembre 1921

DISTRIBUTION :

La Directrice : L'A. D. R. M. : L'Académie de Médecine :	Mme Suzanne DEHELLY, de la Compagnie Gémier.
L'Infirmière : La Morphine : La Mutualité Familiale :	Mme Berthe G. GÉRARD.
Le Planton : L'Expert : Le Concours Médical :	Le Poète Chansonnier Georges GÉRARD.
Le Médecin-chef : Le Syndiqué :	L'AUTEUR.

Piano d'accompagnement tenu par L. DESTOUCHES (de l'Orchestre Médical).

Un hôpital suburbain. Le bureau du médecin-chef : tables, sièges, cartonniers, placards. En évidence, une blouse blanche et un calot militaire.

Sur la table principale, haute pile de papiers administratifs. Ecritoire ; un tampon et un cachet. Appareil téléphonique.

SCENE Ire

LA DIRECTRICE, LE PLANTON.

LA DIRECTRICE. — (*Blouse blanche d'infirmière. Elle entre à gauche, accompagnée de son neveu et poursuit une conversation commencée, en lui faisant visiter l'hôpital*). Ici, mon petit (*pompeusement*), ici, le bureau du médecin-chef.

LE PLANTON. — (25 *ans. En poilu qui vient d'être libéré*). Le bureau du médecin-chef ? C'est donc toujours un hôpital militaire, ma tante ?

LA DIR. — Penses-tu ?

LE PL. — Mais alors, ce calot, ces galons ?

LA DIR. — Tu sais que, pendant la guerre, cet hôpital a fonctionné comme formation auxiliaire de la Croix-Rouge, sous la direction du bon vieux docteur Chênedru, autrefois médecin-major de 1re classe dans la territoriale.

LE PL. — Eh bien ! Mais..... je ne vois pas.....

LA DIR. — Attends une minute..... Le Dr Chênedru, après avoir longtemps rempli sa fonction avec un dévouement et une ardeur inimaginables, commença, dans les dernières semaines de la campagne, à manifester des bizarreries de caractère, des manies, innocentes d'ailleurs, qui ne firent que s'accentuer......

LE PL. — Un louftingue, quoi !

LA DIR. — Veux-tu bien être un peu plus respectueux envers un excellent homme qui n'est, en réalité, qu'une victime.....

LE PL. — Une victime ?

LA DIR. — Parfaitement ! Une victime, et du devoir professionnel encore. Une victime des circulaires..... Les circulaires, tu ne soupçonnes pas la place qu'elles tiennent dans une formation sanitaire. Tous les courriers nous en apportaient des bottes, qui se faisaient de plus en plus grosses au fur et à mesure que le temps passait. Plis officiels de toute nature : notes, instructions, bulletins, ordres, contre-ordres.....

LE PL. — Désordre.....

LA DIR. (*reprenant machinalement*). — Désordre... (*se ravisant*). Qu'est-ce que tu me fais dire, mauvais plaisant ?..... Bref, le flot montait, montait sans arrêt. Cela a fini par une inondation, qui a submergé la raison de notre médecin-chef.

LE PL. — Alors, je disais bien. Il est fou.....

LA DIR. — Une folie douce, et bien inoffensive, pas dangereuse. Figure-toi qu'il n'a jamais voulu croire que la guerre était finie..... Il est persuadé qu'elle continue et qu'il se trouve toujours à la tête de cet établissement..... Et il n'a rien changé à ses habitudes de naguère..... Tous les matins, régulièrement, il vient ici. L'administration, en reconnaissance des services qu'il a réellement rendus, s'y

prête avec complaisance..... Elle lui abandonne cette petite pièce, où il passe deux heures comme au temps où il dirigeait effectivement l'hôpital.

Comme j'ai pour lui beaucoup de sympathie, et qu'en définitive, cela ne fait de tort à personne, je m'associe à ce que je considère comme un acte de charité..... Je flatte son innocente manie en lui laissant croire que je suis toujours moi-même la di rectrice, et je lui sers de secrétaire..... de comédie

Le Pl.— Mais ça ne doit pas toujours aller tout seul.

La Dir. — Pourquoi donc ?

Le Pl. — Eh bien ! Et les blessés ? Et les malades ?

La Dir. — Les blessés ! les malades ! Ah ça, d'où sors-tu ? Tu as quelquefois vu, dans un hôpital militaire qui se respecte, le médecin-chef s'occuper d'eux ? Mais, le voudrait-il qu'il n'en aurait jamais le temps. Le nôtre n'y songe d'ailleurs pas.

Le Pl. — Alors, à quoi s'occupe-t-il ?

La Dir. — La paperasse..... Les papelards, comme on dit..... Et c'est plus que suffisant pour absorber toute son activité. Etats, rapports, inventaires, statistiques, procès-verbaux..... Tout ce qui centuple la beauté, la grandeur, l'importance même du service de santé. Tous les matins donc, le Dr Chênedru arrive. Je lui ai préparé une liasse de circulaires choisies dans les piles qui sont entassées là, à côté..... Tu peux regarder : il y en a plein la chambre..... Il entre, il se coiffe de son vieux calot..... Il lit gravement et sans broncher tout le fatras de la prose administrative.... Tantôt il me dicte un rapport, tantôt il dresse un état. Finalement, il signe son courrier, une dizaine de feuilles quelconques que je lui avance..... Puis, il s'en va comme il est venu..... Et le lendemain, ça recommence.

Le Pl. — Alors, il ne s'aperçoit jamais qu'il n'est pas à la page ? Les dates, les sommaires, tout cela ne le frappe pas comme du déjà vu ?

La Dir. — Jamais, tu m'entends, jamais.

Le Pl. — Ma tante, vous me charriez.....

La Dir. — Ce langage ! Cette expression ! On voit bien que tu viens d'être libéré, et qu'hier encore, tu vivais de la vie des camps. Je te charrie. Eh bien, le voici..... Je l'entends... tu vas te rendre compte par toi-même...

Le Pl. — Je vais me rendre compte ! Vous êtes bien bonne... Mais que dira-t-il en me voyant ?

La Dir. — Que dira-t-il ? Ne t'en fais donc pas ! Tu vois, je parle aussi argot... Je vais te présenter comme le nouveau planton envoyé par la Direction. (*Sur un geste d'effarement du planton*). Ne crains rien. Aie seulement de l'à-propos et de la tenue, et tout ira bien.

SCÈNE II

Les mêmes. Le Médecin-Chef.

Le Médecin-Chef (65 *ans* ; *il entre, endosse la blouse blanche et coiffe le calot*). — Bonjour, Madame la Directrice. Comment allez-vous ?

La Dir. — Fort bien, M. le médecin-chef, je vous remercie.

Le M. C. — Rien de neuf ?

La Dir. — Rien, M. le médecin-chef, tout va bien.

Le M. C. — Le courrier est arrivé ? Voyons-le ! (*avisant le planton*). Mais, quel est ce jeune poilu que je ne connais pas ?

La Dir. (*minaudant*). — C'est le planton, M. le médecin-chef, le nouveau planton que la Direction affecte à votre bureau

Le M. C. — Fort bien, fort bien (*s'adressant au planton*). Et d'où arrives-tu ? Du front sans doute ?

Le Pl. — Oui, docteur.

Le M. C. — Docteur ! docteur ! A qui parles-tu ici...

Le Pl. — Mais ! ! !

Le M. C. — Tais-toi... Il n'y a pas de docteurs dans l'armée ; il n'y a que des majors ou des médecins-chefs (1)... Sais-tu ce que c'est qu'un médecin-chef ?... Tais-toi, je vais te l'apprendre.

LE MÉDECIN CHEF

Pot-pourri

Air : *Marche du bon vieux temps.*

Le médecin chef est commandant (*bis*),
S'il a des galons tant et tant (*bis*)
C'est qu'il paraît qu'c'est nécessaire
Pour la discipline militaire.
Ah ! ah ! ah ! oui vraiment
Le médecin chef est commandant } (*bis*)

As-tu vu les ficelles, les ficelles,
As-tu vu les ficel' de mon calot ? ?

J'te passe à tabac si tu vas d'travers,
J'te passe à tabac au moindre faux pas.

Car, puissant comme un Roi,
Je saurai te faire marcher droit...

Eh ! bonjour, M. l'Directeur,
Vous venez faire votre petit voyage.
Eh ! bonjour, M. l'Directeur,
A l'hôpital, vous faites beaucoup d'honneur.

Voyez les parquets, les murs, les f'nêtres,
Pas de poussière.
Tout est astiqué, frotté, ciré,
Tout est paré.

A la cuisine, allons ; je vous invite
A contempler cette innovation :

La soupe aux choux s'y fait dans la marmite,
Dans la marmite, s'y fait la soupe aux choux.

Pour soigner les malades, faut suivr'les circulaires,
Etablir des états, dresser des inventaires.
Lir'l'*Bulletin officiel*,
Consulter l'règlement,
Fair'des rapports nombreux, inspecter l'bâtiment.

Ah ! ah ! les bougres, sont-y bien soignés, oui-dà,
Ah ! ah ! les bougres, sont-y bien soignés ?
Le méd'cin chef pour les papiers,
Le secrétair' pour les blessés.
Ah ! ah ! les bougres (*bis*).

---

(1) *Authentique réponse faite dans une Direction régionale à un jeune médecin de complément qui s'annonçait : Docteur X....*

En traitant les malad' avec cette manière,
L'médecin chef est certain d'faire une brillant'carrière ;
Par ses chefs satisfaits,
Noté chaleureusement,
Il aura finalement
Un splendide avancement.

Sur l'air du tra la la la (*bis*),
Sur l'air du tradéri déra, tra la la.

Le médecin chef est commandant..... (*reprise*).

Le M. C. — Eh bien ! Tu sais maintenant ce que c'est qu'un médecin-chef... Tu me disais donc que tu arrives du front. Ça va bien là-bas ? On les aura ?

Le Pl. — On les a eus !

Le M. C. — Qui ça, Esaü ? Ah ! S. A. U., S. A. U... Une nouvelle trouvaille abréviative de nos états-majors !

Le Pl. — Mais non, mais non. Je dis : on - les - a - eus.....

Le M. C. — On les a eus !... J'avais mal entendu... Alors, encore une nouvelle victoire ? Tu en étais ? ? Veinard ! ! Tu me raconteras cela en détail, n'est-ce-pas ? Mais, pas maintenant ... D'abord, le courrier... (*Pompeusement*). Les circulaires... En attendant, puisque tu es le planton, plante-toi à la porte et attends-y mes ordres. (*Le planton sort. Le médecin chef s'assied à son bureau et prend les papiers successivement*). Voyons tout cela... Instruction sur l'admission des femmes-docteurs dans les cadres du S. S... Tiens ! tiens !... Circulaire sur la destination à donner aux convalescents de l'A. L. G. P. de l'A. O... Circulaire sur la prophylaxie et les cabinets particuliers... à cette mesure...circulaire... circulaire... circulaire... encore et toujours des circulaires...Ah ! Mme la directrice, ils me rendront fou... Je vous le dis... Ils me rendront fou...

(*Il chante*).

LES CIRCULAIRES

Air : *Mon homme !*

Dans cette guerr' qui fait notre éducation ?
Circulaires !
Qui dirige et perfectionne au mieux notre instruction ?
Circulaires !
Et chamarrés d'or, que font nos états-majors ?
Circulaires !
A notre haut command'ment, par les circulair' sûr'ment,
La Victoire,
Et la gloire
Vont accourir,
Ça m'fait frémir.
Mais y en a trop :
Ah ! quel boulot !
Je d'viens marteau.

Les circulair' ont ma peau,
J'en suis dingo.
Mon ciboulot en éclate,
Pas un' ne m'rate.
Par elles, je suis débordé
Que dis-je ? Submergé.
J'sais plus où donner d'la tête
J'suis comme une bête,

Tout' ces circulaires vraiment
Causent mon tourment.
J'y perdrai, j'en suis certain,
Ce qui m'reste d'esprit sain.

Ordres, contr'ordres se succèdent à tout instant :
Circulaires !
March', contre-march', sur place, en arrière, en avant :
Circulaires !
Tuberculeux, pouilleux, goitreux et galeux,
Quelle affaire !
Leur sort à tous est assuré à coup de
Circulaires !
Quel fourbi !
Mon cerveau bout,
Je suis à bout.
Devant ce flot,
Le moins manchot
S'réveill' idiot...

Les circulair' ont ma peau...

Le M. C. — Au fait ! avez-vous préparé l'état des pouilleux réclamé par la direction ?

La Dir.— Mais nous n'avons pas de pouilleux ici, M. le médecin-chef.

(*A suivre.*)

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations.

— Association d'enseignement médical des hôpitaux de Paris. — *Hôpital Saint Antoine*, 1921. 24e année. *Enseignement de la radiologie médicale.*

Le Dr Béclère, médecin de l'hôpital Saint-Antoine, a commencé le *dimanche* 6 *novembre, à 10 heures du matin*, à l'hôpital Saint-Antoine, dans l'Amphithéâtre de la Clinique médicale de M. le professeur Chauffard, et continuera les dimanches suivants, à la même heure, une série de *sept* conférences sur la *radiothérapie des fibro-myomes utérins avec les rayons X ou les rayons du radium.*

Dimanche 27 *novembre* : radiothérapie des myomes : résultats et mode d'action.

Dimanche 4 *décembre* : dangers et désagréments de la radiothérapie des myomes.

Dimanche 11 *décembre* : indications et contre-indications de la radiothérapie des myomes.

Dimanche 18 *décembre* : technique de la radiothérapie des myomes.

***Le Directeur-Gérant* : Dr GASSOT.**

Clermont (Oise). — Imprimerie DAIX et THIRON

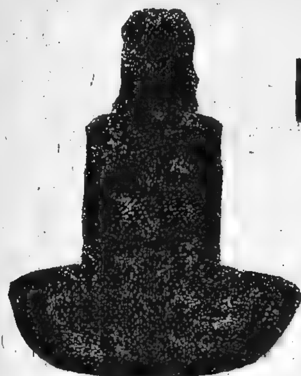
Thiron et Franjou, Successeurs.

Maison spéciale pour publications périodiques médicales

Prescrire

LE FUMIGATOR GONIN

Cartouche auto-productrice d'aldéhyde formique, c'est s'assurer par avance d'une



DÉSINFECTION EFFICACE

éprouvée, simple, discrète et peu coûteuse

EN VENTE DANS TOUTES PHARMACIES

ainsi que tous PRODUITS, PROCÉDÉS
et APPAREILS de DÉSINFECTION
en surface, en profondeur et par lavages ou trempages

DES ETABLISSEMENTS **GONIN**

FLUOFORMOL GONIN

ETUVES de tous chauffages, fixes et transportables, à basse température, sans pression, utilisant le **Fumigator**.

Adresser toute la Correspondance à M. GONIN

Ad. Télég. : FUMIGATOR-PARIS | 60, rue Saussure, PARIS, 17e | Téléphone Wagram 17-23

Constipation

Fermentations gastro-intestinales
Intoxications bacillaires
Troubles hépatiques et biliaires
Dyspepsies, Entérites, Appendicite.

GRAINS DE VALS

1 ou 2
au repas du soir

La composition des **GRAINS de VALS** répond à l'association de la médication cholagogue et de la méthode évacuante. Le produit utilisé dans la préparation des **GRAINS DE VALS** est à base de **résine de Podophyllin** et de **deux Rhamnus** purgatifs.

d'une commune à une autre le corps d'une personne décédée, les familles doivent produire :

1° Un extrait de l'acte de décès ;

2° Un certificat du médecin attestant que le transport n'offre aucun inconvénient pour la salubrité publique.

Questionné sur le point de savoir si ces pièces doivent être exigées sur papier timbré, M. le Directeur général de l'enregistrement des domaines et du timbre a reconnu qu'elles constituent des actes de police générale et d'administration publique, et qu'elles sont, à ce titre, exemptes de tout droit de timbre.

Dans l'intérêt de leurs administrés, MM. les Maires sont priés de prendre note que les deux pièces en question seront dès lors admises sur papier libre.

Le Préfet :
Signé : Alfred MORAIN.

Pour copie conforme
Le Maire de Saint-Junien,
Signé : A. MERLE.

Le remplacement des autos indisponibles.

Question pouvant intéresser nos confrères : possesseur de deux autos conduites par moi seul, j'ai jusqu'à présent *déclaré* ces deux véhicules et acquitté pour eux les doits de circulation, les taxes (nombre de HP, nombre de places) et les prestations (lesquelles sont de taille : 132 fr. pour 8 HP). L'on m'apprend aujourd'hui que je puis ne déclarer qu'une auto, quitte à réclamer un avenant pour la 2e auto le jour où je sors avec cette dernière. Cet avenant ne coûte que 0,10. De la sorte j'évite de payer les contributions diverses d'une 2e auto.

Qu'y a-t-il d'exact dans ce tuyau, pour ce qui est des : 1° contributions ; 2° taxes ; 3° prestations ? Il est vrai qu'avec une plaque mobile et deux autos de même marque la fraude est facile. Mais sans fraude, quels moyens employer pour laisser le moins de plumes possible entre les mains du fisc ?

Dr D.

Réponse.

Nous trouvons la solution de votre question dans une réponse ministérielle faite à un Député, et publiée au *Journal officiel* du 9 novembre dernier.

Il résulte de cette réponse que si, au cours d'une période trimestrielle pour laquelle les droits ont été acquittés, il se produit des changements accidentels dans les véhicules automobiles mis en service, l'administration autorise l'échange pur et simple des permis de circulation. Il suffit de rapporter à la recette buraliste les permis applicables aux voitures retirées de la circulation et de demander pour les véhicules de remplacement, la délivrance de nouveaux permis n'entraînant que la perception du droit de timbre de 10 centimes.

Mais, bien entendu, on ne pourrait, sans risquer l'amende, remettre en circulation la première voiture sans avoir au préalable fait procéder à une nouvelle mutation.

Voici le texte de la question et de la réponse officielles :

10206. — M. ALBERT OUVRÉ, député, demande à M. LE MINISTRE DES FINANCES si une entreprise commerciale utilisant un camion automobile doit, dans le cas où celui-ci vient à être immobilisé par avarie et motive la mise en service d'un camion de remplacement, acquitter l'intégralité de l'impôt du camion de secours lorsque les droits trimestriels du camion avarié viennent d'être eux-mêmes payés, ajoutant qu'en matière d'entreprises de voitures publiques l'administration des contributions indirectes autorise l'entrepreneur, en cas d'avarie à l'une de ses voitures, de lui en substituer une autre, sans nouvelle imposition pour celle-ci, et se contente à cet effet d'une simple déclaration. (*Question du* 18 *octobre* 1921.)

Réponse. — Si, au cours d'une période trimestrielle, pour laquelle les droits sont acquittés, il se produit des changements accidentels dans les véhicules automobiles mis en service, l'administration autorise l'échange pur et simple des permis de circulation. Il suffit aux intéressés de rapporter à la recette buraliste les permis applicables aux voitures retirées de la circulation et de demander, pour les véhicules de remplacement, la délivrance de nouveaux permis n'entraînant que la perception du droit de timbre (10 centimes).

(*J. O.*, 9 *novembre* 1921.)

Le paiement des soins aux mutilés. Une solution simple et logique.

Depuis le mois de juillet, nous avons accepté les feuilles des carnets des Pensionnés de guerre avec la promesse que nous serions payés au tarif établi après entente entre le ministre des Pensions et les syndicats médicaux. Mais nous ne sommes pas plus payés aujourd'hui qu'autrefois.

Une fois de plus, l'État, et le Ministre des Pensions en particulier, se moquent des médecins.

Continuerons-nous longtemps encore à être poires à force d'être bons ?

Il n'y a plus d'argent, paraît-il, dans les Caisses de l'État. C'est possible. Mais pourquoi est-ce toujours les mêmes qu'on ne paye pas ?

Qu'on établisse donc un roulement pour les paiements, ce serait très simple et très juste.

Depuis le début de la nouvelle législation, tous les parlementaires ont été régulièrement payés ; depuis que M. Maginot est ministre, il a reçu régulièrement son salaire mensuel. Je propose donc que pour l'an-

née 1922, les indemnités parlementaires et les appointements de M. Maginot, qui nous a traités de mercantis, soient retenus et versés, pour payer, même sans intérêts, les honoraires médicaux dus depuis 1919, pour soins donnés aux bénéficiaires de la loi des pensions, loi votée à l'unanimité par le parlement et le gouvernement qui ont dû, avant de la voter, en étudier, à fond, la haute portée et les conséquences et naturellement doivent, en toute justice, en supporter *seuls* les responsabilités.

Est-il juste que ce soient les médecins, *seuls*, qui soient les victimes de cette loi des pensions, comme il est probable qu'ils seront, *seuls*, les victimes de la loi invalidité-maladie-vieillesse ?

Si les parlementaires et ministres étaient rendus un peu responsables pécuniairement des lois onéreuses qu'ils votent, leur ardeur serait vite calmée et la vie serait peut être plus facile et moins chère.

Quel est le membre suffisamment désintéressé du groupe parlementaire médical qui aura le courage de faire à la Chambre cette équitable proposition ?

On a bien pris en considération et voté la proposition d'élever l'indemnité parlementaire de 9.000 fr. à 15.000 fr. puis à 27.000 fr. et pourtant les médecins qui ont élevé leurs honoraires de 5 à 10 fr. ont été traités de « mercantis » par un ministre.

Dr P.

Maisons de santé pour neurasthéniques.

Le Dr Bornand, 2, rue Moncey, Besançon, serait reconnaissant aux confrères qui voudraient bien lui indiquer des maisons de santé pour neurasthéniques à des prix très modérés.

Le babeurre.

Dans le numéro du *Concours médical* du 6 novembre (no 45), page 2988, VIII un confrère demande l'adresse d'une maison de « babeurre ».

Le confrère en question n'a qu'à écrire à M. Molard pharmacien, cours Lafayette, 25, Lyon (Rhône), qui lui enverra un catalogue des prix et mode d'expédition de babeurre, dont il a un dépôt.

Dr M.

JURISPRUDENCE

Accidents du travail. — Obligation du patron lorsqu'il a déclaré au médecin inexactement que l'accident relevait de la loi de 1898. — Compétence.

Le Dr P... avait été appelé par un boucher, dont il était le médecin habituel, à donner ses soins à un de ses employés qui, d'après le patron lui-même,

avait été blessé dans son travail. L'assureur contesta ultérieurement la relation entre les lésions dont se plaignait le blessé et le travail, et dans l'instance qui prit naissance entre le blessé et le patron au sujet de la rente viagère réclamée par le premier, la thèse de l'assureur triompha aux termes d'un arrêt de la Cour de Paris.

Peu de temps après l'accident, le Dr P. dont les soins avaient cessé, ne pouvant se faire payer de sa note d'honoraires par le chef d'entreprise qui l'avait renvoyé à son assureur, lequel avait soulevé des chicanes contre les honoraires réclamés, assigna le patron devant le juge de paix du VIIIe arr. Le juge de paix condamna le patron au paiement de la somme réclamée. Appel fut interjeté par l'assureur, au nom du patron, et il fut soutenu par celui-ci que le juge de paix du VIIIe, dans le ressort duquel le patron avait son domicile, n'était pas compétent aux termes de l'art. 15 parce que l'accident s'était produit sur le territoire du 1er arrondissement, où l'employé, en allant livrer chez un client de la marchandise, avait fait une chute dans l'escalier de la maison.

Il se trouvait qu'ignorant cette particularité et sans se baser explicitement sur la loi de 1898 pour réclamer ses honoraires, le médecin avait saisi le juge de paix du VIIIe arrond. qui, s'il n'était pas le juge de lieu de l'accident, était toutefois le juge compétent, d'après les règles du droit commun (art. 59, Pr. Civ.) qui donne compétence au juge du domicile du défendeur pour les actions personnelles mobilières. Le patron ayant fait décider qu'il n'y avait pas lieu à rente viagère, parce que le blessé n'avait pas prouvé que la lésion dont il se plaignait avait été causée par sa chute, l'obligation contractée par le patron envers le médecin à qui il avait demandé ses soins pour son employé, avait donné naissance à une action de droit commun pour la connaissance de laquelle le juge du domicile du défendeur devenait seul compétent.

Comme, le plus souvent, le lieu de l'accident est le même que celui du domicile du patron, la difficulté relative à la compétence qui existait dans l'affaire solutionnée par le jugement ci-après reproduit ne se pose pas dans cette hypothèse. Mais nous publions le jugement rendu par la 4e Chambre du Tribunal civil de la Seine le 14 novembre 1921 parce qu'alors, sur le fond, les règles applicables sont les mêmes.

Lorsqu'un médecin a soigné un blessé que le patron lui a déclaré avoir été victime d'un accident du travail, et qu'ultérieurement le patron a fait décider l'inapplicabilité de la loi du 9 avril 1898, ce patron doit payer les honoraires du médecin qu'il a fait appeler et le tribunal du lieu de son domicile, à lui patron, est compétent pour connaître de l'action.

Il importe peu que, dans la croyance où était le médecin, sur la foi de la déclaration du patron, que les soins donnés se rapportaient à un accident du

travail, le médecin ait fait usage des dispositions de l'art. 29 de la loi sur les accidents édictant le visa pour timbre et la graduité de l'enregistrement pour la citation et le jugement, dans la procédure à suivre en matière d'application de la Loi de 1898.

Il y a là une question purement fiscale qui peut donner lieu à des réclamations de l'administration de l'enregistrement contre les parties, mais qui ne peut fournir au patron d'argument pour prétendre que l'action ayant été à l'origine basée sur l'application de la loi de 1898 étant devenue une action du droit commun, doit être rejetée, sauf au médecin à recommencer la procédure devant le juge de paix du domicile du défendeur, pour obtenir paiement de ses honoraires contre le patron, en vertu de l'obligation du droit commun qui s'est formée à l'origine.

G. Gatineau,
Avocat à la Cour.

Tribunal civil de la Seine. (4e *Chambre*. 2e *Section*)

(14 Novembre 1921)

Le Tribunal jugeant en matière sommaire et en dernier ressort :

Attendu que le 13 décembre 1912, Perrot chargea le Dr P., son médecin habituel, de donner des soins à l'un de ses employés qui s'était, disait-il, blessé au pied en cours de travail ;

Attendu qu'il est de ce chef redevable envers le Dr P. de la somme de 171 fr. 50 et que par deux jugements, l'un rendu par défaut le 6 mars 1913, l'autre rendu sur opposition le 24 avril suivant, le juge de paix du 8e arrondissement de Paris l'a condamné à payer cette somme avec les intérêts de droit ;

Attendu que Perrot a interjeté appel de ces jugements, se basant tout d'abord (conclusions du 23 mars 1914) sur l'incompétence du juge de paix du 8e arrondissement, l'accident s'étant produit dans le 1er arrondissement (au no 4 de la rue de Mondovi) et l'action en paiement des soins médicaux devant, aux termes de l'article 15 de la loi du 9 avril 1898, être portée devant le Tribunal de paix du lieu de l'accident ;

Attendu qu'ultérieurement, après un arrêt de la Cour de Paris, en date du 26 avril 1915 (qui débouta l'employé de Perrot de sa demande en indemnité, la preuve d'une relation de cause à effet entre l'accident et la maladie n'ayant pas été rapportée), Perrot a conclu que le Dr P. avait à tort engagé contre lui la procédure de la loi de 1898 non applicable, et qu'il devait en conséquence être débouté de sa demande en paiement d'honoraires ;

Attendu que si le Dr P. a pu croire, au début, sur les indications mêmes que lui avait données Perrot, qu'il s'agissait d'un accident du travail, l'erreur est demeurée sans portée puisqu'en fait le médecin assigna Perrot en paiement de ses honoraires devant le juge de paix de son domicile (8e arrondissement), conformément au droit commun, et non devant celui du lieu de l'accident ; que la contestation fut donc soumise au seul juge compétent pour la régler ;

Attendu d'autre part qu'il n'est pas contesté que c'est à la demande de Perrot que le Dr P. donna ses soins à l'employé blessé ; que par là même Perrot a contracté envers le médecin un engagement de le payer auquel il ne saurait aujourd'hui se soustraire,

même s'il prétendait qu'alors il se croyait garanti par son assurance contre les accidents du travail ;

Attendu en conséquence qu'il y a lieu de confirmer les jugements frappés d'appel ;

Par ces motifs :

Déboute Perrot de son appel ;

Confirme les jugements des 6 mars et 24 avril 1913 du juge de paix du 8e arrondissement de Paris ;

Dit que ces jugements sortiront leur plein et entier effet ;

Condamne Perrot en tous les dépens de 1re instance et d'appel.

APHORISMES

La sérénité est l'apanage des philosophes arrivés à maturité d'âge et d'expérience. Elle est indispensable aux vieillards et à tous ceux en imminence de départ pour l'inconnu.

On peut être *arriviste* et n'arriver jamais et on peut arriver sans avoir jamais été arriviste. Le hasard et surtout l'effort soutenu font arriver.

Le bonheur, la fortune et les succès excitent la jalousie des *impuissants* et des *gaspilleurs*. Le *clinquant* et les vaines et fragiles apparences de la fortune inspirent la moquerie et la pitié.

De même que sur les monuments publics figure la devise R.F. ou encore *Liberté, Egalité, Fraternité*, on devrait placer sur la porte d'entrée des maisons d'habitation la devise T.E.O., c'est-à-dire : *Travail, Economie, Ordre.*

La vie doit être une série d'efforts méthodiques, coordonnés et soutenus, sous peine d'être inutile à soi-même, aux siens et à la collectivité.

On est *avare*, par raison ; on est *prodigue* sans raison ; on est *économe*, par éducation et par logique.

Le prix des médicaments est *facultatif*, *variable*, *arbitraire* et non *relatif*. Il ne peut être assimilé aux honoraires, variables pour le même travail avec la notoriété et les talents de celui qui les réclame et l'état de fortune de celui qui les doit.

Que Dieu garde le médecin débutant des *détraquées du ventre*, aussi dangereuses pour sa réputation que les *détraquées du cerveau* !

L'assimilation des choses de l'esprit est soumise aux mêmes règles variables que pour l'organisme l'assimilation des aliments. Chacun les *assimile* mieux, plus mal ou pas du tout, que tel autre.

Pour accéder aux hautes sphères, il faut l'aide des hommes de bas en haut de l'échelle, la volonté persistante, l'habileté, le hasard font le reste.

Dr Crouzel.

QUARANTE-TROISIÈME ANNÉE — N° 50 — DIMANCHE 11 DÉCEMBRE 1921

Fondé en 1879 par Auguste CÉZILLY
Rédigé et dirigé par H. JEANNE (1900-1914).

LE CONCOURS MÉDICAL

ORGANE HEBDOMADAIRE DES PRATICIENS
Groupés dans la Société « Le CONCOURS MÉDICAL » *et ses Filiales*

ADMINISTRATION & PUBLICITÉ	DIRECTION	RÉDACTION
G. BOULANGER, ADMINISTRATEUR	MM. les Drs A. GASSOT, *Directeur*; A. MAURAT; H. CEZILLY; J. NOIR; P. BOUDIN docteur en droit; M. VIMONT; G. DUCHESNE.	Dr J. NOIR, RÉDACTEUR EN CHEF
ABONNEMENTS : France........ 24 fr. Étranger........ 28 » Étudiants (*France*)........ 12 » Le numéro........ 50 cent.	MM. P. CEZILLY, J. DUMESNY, licenciés en droit; C. BOULANGER.	Drs P. LACROIX et G. DUCHESNE SECRÉTAIRES DE LA RÉDACTION
Chèques Postaux Paris 167-95		N.-B. — Les manuscrits publiés ou non, ne sont pas rendus.

Rédaction et Administration : 132, rue du Faubourg St-Denis, PARIS (10e). Téléphone : Nord 48-17

Quarante-troisième année. N° 50 11 Décembre 1921.

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN



SOMMAIRE

Office de Renseignements du « Concours »

AVIS

AGENDA MEMENTO DU PRATICIEN

Notre édition 1922 *vient de paraître*, et l'expédition en est commencée par colis postal.

Les souscripteurs auront donc satisfaction à bref délai.

Comme les années précédentes, un grand nombre de lecteurs nous ont adressé leur souscription après sa clôture, et nous avons été mis dans l'obligation, afin de satisfaire les intéressés, d'en faire un tirage complémentaire qui a occasionné un suplément de dépenses.

Comme conséquence, à partir d'aujourd'hui, notre volume ne pourra être envoyé qu'au prix de 15 fr. au lieu de 12 fr.

Verser au compte de chèques postaux: Concours Médical, *Paris* 167-95.

DON. — Nous avons reçu à titre de don à la Société civile du *Concours médical*, de M. le Dr PERCHEPIED, d'Auffray (Seine-Inférieure), la somme de vingt francs pour bons offices du journal.

Membres du Concours exerçant dans les stations hivernales

Nous rappelons à nos adhérents qu'il y a lieu de nous informer chaque année de leur désir de voir figurer leur nom sur cette liste.

MM. les docteurs :

Alger : Picard.
Antibes : Ribes.
Arguel (Doubs) : H. et J. Bon.
Bandol : Marçon.
Beaulieu : Ricoux, Bertier, Ubaud.
Beausoleil : Audoly, Pizard,
Biarritz : Berne, Clavel Pierre.
Cambo-les-Bains : Colbert, Hamant.
Cannes : Abadie, Argueyrolles. Baradat, Bayle, Caruette, Fournier, Kent-Gazet, Verdalle.
Cannet (Le), près Cannes : Comoy, Oudaille.
Cap-d'Ail : Lyons.
Chambon-de-Tence (Le) : Riou.
Fréjus : Turcan.
Grasse : Bossuet, Perrimond.
Hyères : La Bonnardière, Mauranges, Minelle, Pierrhugues, Vidal.
Juan-les-Pins-Antibes : Stef.
La Seyne : Grandjean J. M., Jaubert.
Menton : Coubard, P. de Langenhagen.
Monte-Carlo : P. Gasquet, Vivant.
Nice : Ardoin, Baillon, Pr S. Baudry (*oculiste*), Gauvin, Chatenoud, Auguste Colin, Constant, Delocque-Fourcaud, Dormoy, Gaudichon (*oto-laryng.*) Gruzu, Henry (*Rayons X*), Kent-Monnet, Larue, Leriche Em., Liotard, Noble J., Piétri.
Oran : Paire.
Pau : Bajac, Carcy.
St-Raphaël-Valescure : Caldaguès, Vadou.
Toulon : Pignet (*urol. derm.*).

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum, aux* « demandes et offres ».

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 1 *fr.* 50 *la ligne, qui est versé dans la caisse de la Société civile du* Concours Médical). *Adresser un mandat ou mieux verser au compte de chèques postaux* CONCOURS MÉDICAL, *Paris* 167-95.

Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse.**

No 603. — Médecin libre après midi demande emploi. Écrire Laurent P.O.P., 21, rue Choiseul.

No 604. — Dion-Bouton 7 HP, conduite intérieure, magnéto, 4 pneus, 2 ch. à air. bon état, excell. rendement du moteur 3.000.

No 605. — Dr, 39 ans, exerc. deps 4 ans, médec. générale, spéc. d'accouch. et mal. des femmes, désir situation médic. ou paramédic. ds Colonie.

No 606. — 1o A vendre coupé 2 places Panhard 1911 8/10 HP, 2 cyl. bon état de marche. 2o Poste seul médecin à céder gratuit. s'adr. Dr Grenier, Nanteuil (Oise).

No 607. — A vendre un carburateur Solex type D.V. no 26, 2 buses 17 et 18. 2 gicleurs principaux 70 et 75, état neuf, fonction. garanti. Dr Cunnac à Lavaur (Tarn).

No 608. — A vendre Peugeot 2 cyl., 2 places et strapontin, roue secours, moteur et chang. vitesses neufs. Parfait état de marche 5.000. Dr Mirabail, Baugy (Cher)

No 609. — Jeune médec. chirurgie d'urgence, gynécol. voies urin., avec titre, cherches sitution.

No 610.— A céder gratuitement, ds chef-lieu d'arrond. de Nièvre un poste de médec. occupé de père en fils depuis 80 ans, S'adresser Dr Lemoine à Château-Chinon (Nièvre).

No 611. — A vendre vieux timbres français et autres très rares. Dr Péré à Fléac (Charente).

No 612. — Poste ancien ds jolie petite ville, 100 kil. environ Paris, sur grande ligne. Rapport 30.000, bonnes conditions de cession. S'adresser Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris.

No 613. — Région Sud-Est très bon poste, produit 30.000 minimum, en augmentation, grande et belle maison, on traite avec 15.000 comptant. S'adresser Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris.

CORRESPONDANCE

La solidarité confraternelle. Mort de Madame Brès.

Nous recevons de Mme Sollier, la lettre suivante :

Je remercie le *Concours* de m'avoir aidée dans ma tâche pour la pauvre Mme Brès, *dont j'ai appris la fin*, ayant succombé le mercredi trente novembre, à treize heures, chez Mme Chauveau, 20, avenue de la République, à Montrouge (Seine).

La cérémonie de son inhumation a eu lieu le 3 décembre, dans la plus stricte intimité, à l'Eglise et au Cimetière de Montrouge.

Le reliquat de la souscription, tous frais payés, sera remis à l'Association Générale, pour venir en aide à des confrères dans le besoin, et de préférence, à un confrère aveugle.

Je vous prie d'agréer, Cher Monsieur, l'expression de mes meilleurs sentiments.

Dr Alice Sollier.

A rapprocher de cette lettre la suivante que nous adresse un de nos plus sympathiques correspondants.

Il est fort regrettable de voir les membres de la profession médicale, charitable par essence, se désintéresser des misères professionnelles.

1° « La Maison du médecin », dernier asile des vieux sans ressources, végète.

2° L'appel en faveur de Mme Brès n'a intéressé que 100 confrères, c'est-à-dire, à peine un pour deux cents.

La somme recueillie ne correspond qu'à 7157 vingt millièmes, soit 358 millièmes par médecin français, et je n'ai pas déduit les sommes, les plus importantes, données par des étrangers à la profession.

En m'inscrivant pour 20 fr., j'avais escompté qu'au moins 5 % des médecins seraient pitoyables et feraient le même geste que moi ; ce qui aurait donné, au bas mot, 20.000 fr., somme suffisante pour faire quelque chose.

3° Les médecins sinistrés français demandent qu'on leur prête, avec intérêt et garantie, quelque argent afin de réinstaller leur foyer détruit par l'ennemi en attendant que l'État leur verse l'indemnité qui leur est due. En dehors des souscripteurs de la liste initiale composée des promoteurs de la souscription, cinq confrères seuls ont répondu à l'appel, c'est-à-dire un sur quatre mille (1). Parmi ces cinq, j'en connais un, ce n'est pas moi, qui est un grand cœur, mais sans aucun avoir, et qui a envoyé immédiatement tout ce qu'il a pu.

Il faut combattre la veulerie et l'égoïsme grandissants qui se développent autour de nous et atteignent notre profession ; aussi, pourrez-vous faire de ma lettre l'usage qu'il vous plaira.

Veuillez agréer, mon Cher Confrère, l'assurance de ma considération distinguée.

Dr P. Noury.
(Rouen.)

Voyez-vous, mon Cher Confrère, cela n'a pas changé depuis la guerre ; ce sont toujours les mêmes qui se font tuer. Et, à force de se faire tuer....

Le Concours médical.

(1) Leur nombre a depuis notablement augmenté, comme vous pouvez le voir au Propos de ce jour.
N. D. L. D.

Définition fiscale du cycle-car.

Abonné à votre journal depuis 1896 (année de ma thèse) je vous serais très obligé de me donner les renseignements suivants :

Je suis possesseur d'une voiture à 2 places, monocylindrique Zèbre, 4 chevaux sortie en 1911.

Et au début de cette année j'ai payé à mon receveur buraliste 100 fr. de circulation, plus 175 fr. pour 4 HP.

Un confrère voisin qui possède un cycle-car G. N. pense que ma voiturette ne pesant pas 350 kg. doit être assimilée à un cycle-car.

Ayez donc l'amabilité de me transcrire (si elle est exacte) la définition du cycle-car qui a dû être donnée par le fisc pour l'établissement de cet impôt, pour que je puisse rectifier en 1922 ma déclaration

et soutenir la réduction en toute connaissance de cause lors du passage du contrôleur à la recette buraliste.

Dr V.

Réponse.

Doit être considéré comme un cycle-car, pour l'application de la taxe, tout véhicule automobile dont le poids ne dépasse pas 350 kilos et la cylindrée 1.100 centimètres cubes et qui ne comporte pas plus de deux places.

Rectification.

Veuillez avoir l'obligeance de rectifier mon nom, que je vois imprimé à plusieurs reprises dans le numéro du 27 novembre dans l'article *Phtisiologie*. Je ne m'appelle pas Cocheniez, mais Cochemé. C'est donc moi qui vous ai demandé de provoquer un referendum sur la contagion de la T. P. entre survivants.

Dr Cochemé.

Majoration des pensions des blessés du travail.

Un homme blessé en battant à la machine en 1906 et auquel on a été obligé de faire une désarticulation du cou-de-pied gauche touche une pension de 300 fr. (ouvrier agricole, loi 1898).

Peut-il demander une revision aux fins d'augmentation du chiffre de la pension ci-dessus ?

Dr R.

Réponse.

Une proposition de loi tendant à majorer, pour cause de vie chère, et aux frais de l'État, les rentes allouées antérieurement à l'augmentation du coût de la vie, aux victimes d'accidents du travail, a bien été discutée et votée par la Chambre des Députés, mais le Sénat ne l'a pas encore adoptée et par suite, elle n'a pu acquérir force de loi.

Actuellement, les victimes d'accidents du travail ne peuvent donc demander la majoration de leur rente qu'en cas d'aggravation de leur incapacité, à la condition, bien entendu, que les délais de revision (trois ans) ne soient pas expirés. Ces délais ont d'ailleurs été suspendus pendant la guerre.

Application du Tarif Breton.

I

Appelé pour un accident de travail, j'ai pendant huit jours fait *deux pansements* par jour pour une vaste brûlure recouvrant les deux *membres inférieurs*, une *partie du bassin* et les *deux mains*.

Comment dois-je rédiger ma note à la Compagnie d'assurances.

Dois-je, pour chaque pansement, renouveler le taux de 75 fr. inscrit à la 2e catégorie et à l'article 28 du tarif Breton ?

Dr P. à B.

Réponse.

Si les deux pansements par jour ont été *nécessités* par l'état du blessé, ce qui est une question en dehors du tarif *lui-même*, seul point de vue auquel je me place, vous êtes naturellement en droit d'appliquer dans votre cas, chaque fois, la tarification pour « vaste brûlure » indiquée Art. 28, soit 100 fr. en 1re catégorie.

Dr F. DECOURT.

II

(1re LETTRE)

Abonné au *Concours*, je lui serais très reconnaissant de bien vouloir me fournir les renseignements suivants .

Quels honoraires dois-je demander pour :

1° A 19 heures, visite à 3 kilomètres, tentatives répétées et infructueuses de réduction d'une luxation de l'épaule.

2° Retour chez moi vers 21 heures pour demander du chloroforme chez le pharmacien, donc... après 21 heures, anesthésie générale par moi-même. Tentatives de réduction *sans résultat*.

Pour aller vite et pour tâcher de réduire dès que possible une luxation particulièrement difficile (et donc urgente), j'ai opéré dès le soir même : endormant le blessé moi-même, guidant mes aides improvisés, etc.

Malgré que je n'ai pas fait venir pour l'anesthésie un confrère éloigné (ce qui aurait remis au lendemain l'intervention) ne suis-je pas en droit de réclamer à l'Assurance mes honoraires :

1) Comme anesthésiste ;
2) Comme opérateur.

J'ai eu double peime, double responsabilité, etc.

Malgré que tous mes efforts soient restés sans résultat et que j'aie dû, ce matin, envoyer le blessé à l'hôpital, n'ai-je pas droit aux honoraires tout comme si j'avais réussi ? J'ai eu beaucoup plus de mal que pour mainte autre luxation facilement réduite.

Dr P. à A.

(2e LETTRE)

Je serais encore reconnaissant au *Concours* de bien vouloir m'éclairer sur le point suivant :

Une consultation dans mon cabinet à 10 heures 1/2 du soir (cas urgent : accident d'automobile près de chez moi).

(*Voir la suite page XXXI* 3389)

PROPOS DU JOUR

Enfin, seuls !

Je viens d'adresser à M. le Dr Lafontaine, gérant du « Médecin Syndicaliste », la lettre suivante :

Paris, 6 décembre 1921.

Mon Cher Confrère,

Ai-je besoin de faire appel à votre parfaite courtoisie, à laquelle je n'ai jamais cessé de rendre hommage, dans toutes les discussions auxquelles vous avez pris part devant moi, pour vous prier de vouloir bien publier, en tête du prochain numéro du « Médecin Syndicaliste », les quelques lignes qui suivent ?

Elles n'ont pas la prétention de constituer une réponse à la spirituelle page que vient d'écrire, — *quam pinxit*, — M. Campinchi, dans le n° 12 de votre estimable bulletin, sous le titre : Enfin seuls ! et qui débute par ces mots : « *Il se duchaîne actuellement..* » J'y pourvoirai ailleurs, n'entendant pas abuser de vous (1).

Ces lignes se bornent à exprimer un remerciement et à formuler un regret.

Je n'avais jusqu'alors d'autre ambition que d'être lu des abonnés du journal médical où j'écris habituellement. Grâce à M. Campinchi, je vais être connu des 15.000 lecteurs du « Médecin Syndicaliste », dont la curiosité est certainement éveillée. Que puis-je souhaiter de plus ? Je suis comblé. Merci !

Le regret, c'est que M. Campinchi ne voie en moi qu'empêcheur, — j'allais dire, pour n'être pas en reste d'à peu près avec lui, *campinchieur*, — de danser en rond.

Dites-lui, je vous prie, qu'on peut différer d'opinion sans cesser d'être d'excellents amis, et que c'est ainsi qu'il me plaît de vous saluer, en terminant cette déjà trop longue réplique, en toute cordialité confraternelle.

G. DUCHESNE.

***

Si M. Campinchi avait adressé son article au *Concours médical*, celui-ci se serait empressé de le publier, car il comporte un enseignement dont il serait regrettable de priver nos lecteurs : c'est, en effet, une remarquable leçon sur l'art de parler pour ne rien dire. Un modèle du genre.

Mais M. Campinchi n'aura rien perdu pour attendre, et si, faute de place, je ne le reproduis pas tout entier, j'entends cependant en donner toute la première partie, celle qui a la prétention de faire la critique de la thèse que j'ai défendue. J'en recommande tout particulièrement la lecture à nos amis. Elle m'a grandement réjoui, et j'espère bien qu'ils y prendront le même plaisir que moi-même.

Sans doute ne manqueront-ils pas de constater que jamais le « Médecin Syndicaliste » n'a eu de meilleure occasion de formuler la déprécation bien connue : « Seigneur ! Seigneur ! gardez-moi de mes amis... »

Mais, trêve de plaisanterie. Voici le morceau :

Enfin, seuls !

« Il se « duchaîne » actuellement, contre le contrat collectif, une campagne qui pourrait avoir, pour le syndicalisme, les conséquences les plus fâcheuses.

Une confusion tend à s'établir entre le contrat collectif et le forfait.

Le forfait, nous l'avons toujours répudié, parce qu'il s'oppose à l'intérêt des malades autant qu'à celui des médecins ; parce qu'il est la source de tous les abus, dont la pire conséquence est l'administration d'une médecine détestable.

C'est au nom de la morale que nos syndicats l'ont combattu, se faisant, contre les monopoles individuels qu'il instaure, les champions du libre choix, de la liberté de confiance.

De tout temps, le forfait fut l'arme empoisonnée du médecin isolé dans son égoïsme.

C'est pour le faire disparaître que les médecins s'unirent en syndicats, qu'ils luttèrent et qu'ils contractèrent collectivement.

Forfait et contrat collectif ne sauraient donc être assimilés.

Ils s'opposent fondamentalement.

Ils s'opposent même en Alsace-Lorraine où la collectivité syndicale, à mesure qu'elle affirme sa force, fait reculer le forfait imposé par la violence, en s'acheminant lentement vers la libération complète de l'art médical.

***

Personne entre le malade et moi, dit le médecin « épris de liberté » !

La belle formule ! Et quelles félicités n'entrevoit-on pas dans ce touchant duo. La belle formule : Enfin seuls !

C'était aussi celle du client.

« Il n'y avait personne entre le médecin et moi,

(1) Le *Médecin Syndicaliste* a mieux à faire, à mon sens, que de se prêter à une stérile polémique de personnes. G. D.

« gémit le malade ; nous nous entendions si bien !
« Nous nous aimions tant, mon médecin et moi,
« qu'il avait toujours peur de me perdre, et pour
« me conserver, il me faisait les prix doux.

« A toute heure du jour et de la nuit, les diman-
« ches et les jours fériés, il était à ma disposition.
« Je l'honorais avec mesure, quand brusquement,
« il est devenu plus exigeant. La nuit, il prétend
« avoir besoin de sommeil, et les dimanches et fêtes,
« il veut paresser. Quelle abomination !

« Il a bien changé mon médecin !

« J'avais bien envie de changer aussi, mais à
« quoi bon ? Ils sont tous les mêmes.

« C'est la faute au syndicat, m'a-t-il affirmé.

« Le syndicat l'oblige à se faire payer sa peine ;
« il l'oblige à dormir la nuit, il veut qu'il soit fatigué
« le dimanche et qu'il exige double tarif s'il est
« dérangé.

« Quelle misère ! Et la liberté, qu'en fait-on ? si
« l'on permet aux collectivités de s'interposer entre
« le malade et son médecin !

« Ah ! la tyrannie syndicale ! »

Ainsi se lamente le malade isolé, maudissant le contrat qui lie son médecin à la collectivité syndicale.

Et les clients vivant en troupeaux dans les parcs mutualistes gémissent de même ; et les compagnies d'assurance, et l'État tout puissant se plaignent de toujours trouver le syndicat entre eux et leur médecin.

« Où est l'heureux temps où le médecin, livré à
« lui-même, seul avec nous, seul avec ses bons senti-
« ments : l'attachement exclusif qu'il avait pour
« nous, l'humilité, la peur de nous perdre, était
« toujours prêt à tous les sacrifices, y compris celui
« de ses confrères ! Il a perdu sa liberté depuis qu'il
« a lié contrat avec son syndicat. »

Ah ! la tyrannie syndicale !

Si M. Campinchi s'était donné la peine de lire tout ce que j'ai écrit depuis six mois à propos de l'assurance sociale, il n'aurait pas commis l'imprudente inexactitude de prétendre, à l'aide d'un à peu près d'un goût douteux, — aussi douteux que celui que je lui renvoie en monnaie de sa pièce, — que j'ai *duchaîné* une campagne contre le contrat collectif.

Nombreux sont ceux qui, en prononçant ces deux mots : *contrat collectif*, en ont plein la bouche, sans savoir de quoi il retourne.

Encore faudrait-il s'entendre et préciser.

Si je menais campagne contre le contrat collectif, je serais un imbécile ou un inconscient. Je suis syndiqué : quand j'ai adhéré à mon syndicat et à ses statuts, j'ai adhéré à un contrat collectif. Quand, au sein de mon Syndicat, d'accord avec mes co-syndiqués, je prends l'engagement de faire ou de ne pas faire quelque chose, je contracte collectivement. Quand mon syndicat passe, avec une collectivité, une assurance par exemple, une convention d'arbitrage, il contracte collectivement. J'ai la prétention de savoir ce que je dis.

Je n'ai d'ailleurs jamais écrit autre chose que ceci : « Le contrat collectif, je le vois destiné « à assurer la garantie, la tutelle du syndicat « au régime de la liberté que j'ai défini plus « haut. » (*Concours médical* : n° 24 du 12 juin 1921, p. 1699 ; et n° 46 du 13 octobre 1921, p. 3096.)

Donc, M. Campinchi mal renseigné, juge *a priori*, pour condamner de même. Son procédé est lui-même jugé d'avance.

J'ai fait campagne, cela je le reconnais et je m'en enorgueillis, contre un certain type de contrat collectif, contre le contrat collectif qui, s'il est un jour adopté, transformera le médecin en un employé de son syndicat, ou en fera un fonctionnaire. Contre le contrat collectif qui aura pour clauses principales un contrôle technique, tracassier, une hiérarchie et des sanctions draconiennes et arbitraires.

J'ai fait campagne contre la fonctionnarisation du corps médical, cette fonctionnarisation qui m'apparaît à cette heure plus menaçante que jamais, à moins que...

Que ceux qui pensent que j'ai eu tort n'hésitent pas à me l'écrire, mais en usant d'un langage sérieux, comme il convient à une question sérieuse, et sans se donner le plaisir facile de faire de pitoyables calembours.

***

Cette mise au point nécessaire étant faite, veuillez remarquer ce que M. Campinchi paraît réclamer et attendre du syndicalisme médical : *N'être pas jour, et surtout nuit, toujours à la disposition des malades, se reposer le dimanche ; sans doute faire la semaine anglaise, et par surcroît, jouir de la journée de huit heures*. C'est d'ailleurs, m'a-t-on affirmé, ce que le syndicalisme alsacien-lorrain procure à ses adhérents.

Eh bien ! nous ne parlons pas la même langue. Sans doute, sommes-nous des vieilles barbes, des retardataires, nous qui avons toujours proclamé que le médecin est fait pour le malade, même quand celui-ci abuse de lui ; nous qui connaissons bien toutes les difficultés que comporte notre profession, mais qui nous refusons à voir, autrement que comme une exception, le client grincheux, exigeant, exploiteur et marchandeur que M. Campinchi, avec une verve qui fait plus d'honneur à son imagination qu'à sa logique, nous dépeint.

Alors, c'est à cela qu'aspire le syndicalisme de M. Campinchi ? La journée de huit heures, la semaine anglaise, le repos hebdomadaire, les nuits quiètes et reposantes ???

Ceux qui prêchent ce syndicalisme-là, et qui cherchent à le mettre en pratique, sont certaine-

ment d'excellents producteurs de soins, des techniciens habiles et experts. Mais, des médecins ? Ah ! ne confondons pas ! ! !

Aussi bien, soyez assurés que M. Campinchi se lève la nuit quand un de ses malades lui crie : Au secours ! même à tort, et qu'encore, le dimanche, il visite celui qui l'appelle, même mal à propos, quitte à lui demander double honoraire, ce que j'approuve.

En voulez-vous la preuve ? Rapprochez les deux passages suivants de l'article de M. Campinchi :

D'une part : « Où est l'heureux temps où le médecin, livré à lui-même, — fait-il dire au malade, — seul avec nous, seul avec ses bons sentiments, l'attachement exclusif qu'il avait pour nous, l'humilité, la peur de nous perdre, était prêt à tous les sacrifices, y compris celui des confrères ? »

De l'autre : « Il (le public alsacien) ne connaît pas la sécurité, le réconfort du secret professionnel qui sauvegarde la pudeur. Il ignore la confiance, la douce, l'intime confiance qui s'est établie entre malade et médecin, quand le médecin exerce son art sans contrainte... »

Ah ! que M. Campinchi me fait donc plaisir...

Terminons. Quand je décompte le nombre de tous ceux qui ont affirmé leur complète adhésion aux idées que j'ai défendues, qui m'ont soutenu de leurs encouragements et de leur approbation, ce n'est pas à moi qu'il doit crier : « Enfin, seul ! » Il me semble que je suis en excellente et nombreuse compagnie.

Mais pour bien lui prouver que je ne suis pas un empêcheur de danser en rond, je lui déclare que je serais un bien piètre défenseur de la liberté, si je n'en voulais pas la jouissance égale pour tous. Il se fait un certain idéal de l'exercice de la médecine. Libre à lui d'en poursuivre la recherche et de l'obtenir... pour lui. Il me dirait qu'il se sent mûr pour une fonctionnarisation qui lui donnerait peut-être un grade élevé dans la hiérarchie qu'elle comporterait, je répondrais encore : libre à lui...

Mais, en compensation, je le supplie d'accorder la même liberté, dans ma façon de concevoir et d'exercer notre profession, à moi et à tous ceux qui pensent comme moi.

Sur le terrain de la tolérance mutuelle, est-il donc si difficile de s'entendre ???

G. Duchesne.

La souscription de la Caisse des Prêts des médecins sinistrés.

Notre appel a été entendu, et quand tous nos confrères de la Presse médicale lui auront prêté leur appui, ce dont nous ne saurions douter, la souscription de la Caisse de prêts aux médecins sinistrés de la région du Nord aura le succès que son but mérite.

Parmi les nouvelles souscriptions nous relèverons d'abord celle de Mme Jeanne, veuve de notre regretté ami et directeur, qui a adressé *mille francs* au Dr Quivy. Le geste de Mme Jeanne nous va droit au cœur ; nous voyons, en toutes circonstances, cette noble femme témoigner sans bruit, et souvent en gardant l'anonymat, sa sollicitude aux bonnes œuvres du *Concours médical.* On dirait que notre regretté maître se sert de son intermédiaire, bien que nous ne l'ayons jamais oublié, pour nous faire savoir que, dans l'Au-delà, il veille toujours jalousement à la conduite du *Concours médical.*

Le Dr Damey (de Douarnenez) a envoyé 300 fr.
Le Dr Thinesse (1, rue des Forts à Épinal), 1.000 fr.
Le Dr Leredde, de Paris, 100 fr.

Nous les en remercions bien cordialement,

Nous apprenons en outre que, grâce à l'initiative de son directeur, notre distingué confrère, le Dr Fiessinger, le *Journal des Praticiens* a ouvert, lui aussi, une souscription et s'est inscrit en tête pour 5.000 fr., suivant l'exemple de nôtre *Concours médical.* C'est une constatation que nous sommes heureux de souligner et dont nous remercions M. le Dr Fiessinger. A la suite de la lecture de ce journal, le Pr Taillens (de Lausanne) a envoyé 50 fr. au Dr Quivy.

La Caisse de Prêts dispose donc à ce jour au moins de 25.000 fr. C'est un beau début, mais nous espérons que ce n'est qu'un début.

Le Dr Quivy, président du Syndicat des médecins sinistrés, 21, avenue de Châtillon, Paris, 14e, recevra avec reconnaissance toutes les souscriptions. Il nous prie d'avertir nos confrères sinistrés que, dès ce jour, ils peuvent lui adresser des demandes qui seront examinées au fur et à mesure, avec soin et impartialité.

J. Noir.

PARTIE SCIENTIFIQUE

CHIRURGIE PRATIQUE

Quelques réflexions sur la chirurgie des doigts,

Par F. M. CADENAT.
Chirurgien des Hôpitaux.

Quoi de plus banal qu'une plaie des doigts ? Quoi de mieux connu ?

Et pourtant, il m'est arrivé bien des fois, à la consultation hospitalière que je dirige, de voir des *plaies du tendon* méconnues. Parce que la plaie était minuscule et insignifiante en apparence. L'éclat de verre qui l'avait produite avait cependant sectionné le tendon.

Erreur grossière, dira-t-on. Le diagnostic est facile, et facile le traitement : il suffit de suturer ce tendon.

Lisez les *Bulletins* de la Société de Chirurgie, et vous y verrez, dans une discussion récente (15 juin 1921), cette affirmation de Savariaud : « En présence d'une section des tendons fléchisseurs au niveau des doigts, le mieux paraît être de s'abstenir de toute tentative de restauration tendineuse, celle-ci paraissant vouée à un échec certain ». A un des ses collègues qui se récriait, il répondait : « Apportez ici le résultat définitif de vos sutures... Je ne demande qu'à être confondu ». Ce chirurgien n'en a pas présenté. Auvray en a apporté deux : résultats nuls.

C'est cependant ce même opérateur qui venait de communiquer à la Société 3 cas remarquables de greffes de tendons morts.

Ainsi, l'on peut réussir des greffes tendineuses, vivantes ou mortes; bien plus, on peut greffer un orteil à la place d'un pouce (Lambret), reconstituer un doigt avec un greffon soutenu par une armature osseuse, et on ne peut présenter un bon résultat de suture d'un tendon fléchisseur au niveau des doigts ?

C'est que précisément, la difficulté est là : tendon *fléchisseur au niveau des doigts*. On obtient des reconstitutions parfaites avec les tendons extenseurs, on en obtient aussi avec les fléchisseurs au poignet ou à la paume. Mais les résultats sont mauvais aux doigts.

La difficulté ne vient pas des tendons eux-mêmes : le fléchisseur profond est gros et facile à suturer; le fléchisseur superficiel, plus aplati, résiste aussi bien qu'un tendon extenseur aux fils de traction. Tous les mécomptes viennent de la gaine fibreuse qui entoure les tendons. Cette gaine, incisée pour découvrir le tendon, est difficile à suturer. Parvient-on à le faire, on obtient une cicatrice longitudinale qui gêne la flexion du doigt. Enfin, le bourrelet formé par la suture tendineuse a peine à se mouvoir dans cette gaine trop étroite. Résultat : impossibilité de fléchir le doigt, même quand la suture a bien tenu.

Pour faciliter le glissement du tendon, certains l'ont entouré d'une gaine de caoutchouc ou de membrane animale (amnios, sac herniaire, etc.), Tuffier, pour éviter la cicatrice d'une longue incision sur le doigt, et les adhérences qui en résultent, a tunnellisé le doigt dans un cas de greffe de *fascia lata*, et a obtenu un résultat favorable.

Ce sont là des tentatives intéressantes, mais qu'il n'est pas toujours possible de réaliser.

Il faudrait avoir à sa disposition un procédé qui permit de suturer le tendon sans inciser sa gaine, et d'élargir celle-ci suffisamment pour laisser libre jeu au renflement cicatriciel du tendon.

Peut-être est-il possible de réaliser ces deux points par l'artifice suivant, que je n'ai encore essayé que sur le cadavre, et que je me propose d'appliquer à la prochaine occasion.

La gaine du tendon n'est pas incisée sur la face palmaire du doigt, mais désinsérée des phalanges par une incision latérale. Il faut éviter, dans cette désinsertion, d'ouvrir les articulations voisines sur la capsule desquelles elle prend attache. La gaine ainsi libérée d'un côté est relevée comme un couvercle, le tendon découvert est suturé. La suture est un peu plus difficile que par l'incision médiane, mais se fait cependant sans trop de peine. La plaie tendineuse une fois réparée, la gaine est rabattue et maintenue par la suture cutanée.

Je vois à cette technique plusieurs avantages : 1° La gaine ainsi remise en place reste lâche jusqu'à ce qu'elle ait repris de nouvelles attaches : le tendon pourra jouer librement ; 2° il n'y a pas de bourrelet cicatriciel médian faisant sur cette gaine une sorte d'attelle antérieure ; 3° la cicatrice cutanée, rejetée sur les parties latérales du doigt, sera moins exposée aux traumatismes.

***

Les plaies infectées des doigts, les *panaris*, sont, eux aussi, souvent mal traités, soit que le médecin, craintif, ne les ait pas incisés assez tôt et assez largement, soit qu'au contraire, trop hardi, il ait dépassé les limites du mal et inoculé les régions voisines.

Cette dernière faute, exceptionnelle autrefois, est devenue beaucoup plus fréquente depuis que certains médecins ont, par la guerre, pris le « tempérament chirurgical ». Je ne les en blâme pas d'ailleurs, car, dans l'ensemble, les malades ont plus à y gagner qu'à y perdre : il leur faudrait seulement canaliser davantage ce bel esprit de décision.

Lorsqu'il y a du pus dans un doigt, il faut l'évacuer. Il faut donc aller profondément jusqu'au foyer, mais il devient dangereux de le dépasser. Inciser trop superficiellement est grave, inciser trop à fond l'est encore bien plus. Dans le premier cas, on risque de n'ouvrir que la collection superficielle, sous-épidermique, d'un abcès en bouton de chemise ; dans le second, on risque d'inoculer la gaine des fléchisseurs.

Voici donc comment il faut procéder : s'assurer d'abord cliniquement que la gaine est intacte. Le *panaris de la gaine* se caractérise par la position du doigt en flexion et par l'impossibilité de redresser le doigt sans de vives douleurs. Dans ce cas, la gaine doit être ouverte, et largement. Que si, au contraire, le doigt peut être étendu sans trop de peine, soyez prudent, allez jusqu'au pus, mais ne le dépassez pas.

Dans l'*abcès en bouton de chemise*, le plus sûr est de réséquer tout l'épiderme soulevé par le pus, opération indolore, puisque cet épiderme est mortifié. On inspecte alors soigneusement la partie rougeâtre ainsi mise à nu et, se guidant sur le petit pertuis qui apparaît, on incise, après anesthésie en bague, la collection profonde, repérée d'abord au stylet.

Le *panaris péri-unguéal* ou *sous-unguéal*, la tourniole, ne guérit rapidement que si l'ongle est enlevé. C'est un fait bien connu et je n'insiste pas.

Il est enfin une dernière variété de panaris souvent insuffisamment traitée, c'est celui de la partie palmaire de la phalangette : le *panaris de la pulpe*. Il n'est pas dangereux pour la gaine, car celle-ci s'arrête à la base de la dernière phalange, mais il nécrose cette phalangette. Vous le reconnaîtrez facilement, non pas à sa fluctuation, mais au contraire à la disparition de la fluctuation normale de la pulpe du doigt, à sa tension et aux douleurs violentes qu'il détermine. Un malade qui n'a pas dormi la nuit précédente doit être incisé. Un malade qui a une sensation de battement, dès qu'il laisse pendre la main, doit être incisé.

Cette incision ne sera pas faite au niveau de la face palmaire, mais sur les parties latérales et l'extrémité du doigt, qu'elle encadre en fer à cheval. Le lambeau palmaire sera rabattu, et par cette sorte de gueule entr'ouverte, on explorera le squelette plus ou moins nécrosé : on enlèvera les parties osseuses mortifiées à la curette ou à la pince gouge, et on laissera ouverte la brèche. Plus tard, quand l'infection aura été jugulée, on pourra mettre un ou deux crins pour rabattre le lambeau, et l'on obtiendra une cicatrice assez esthétique et non exposée aux traumatismes comme le serait une cicatrice palmaire.

Tels sont les principes généraux de traitement des panaris. Bien soignés dès le début, ils n'entraîneront plus ces phlegmons de la main, phlegmons sous-cutanés ou sous-aponévrotiques, phlegmons des gaines dont le traitement est si difficile, et qui se terminent trop souvent par une mutilation ou, tout au moins, une impotence fonctionnelle sérieuse.

Nous avons heureusement aussi dans les *vaccins*, et en particulier, celui de Delbet (4 c.c. intra-musculaires à répéter 2 ou 3 fois), un auxiliaire de premier ordre, qui permettra quelquefois d'éviter une incision, et abrègera de toutes façons l'évolution de la lésion.

Mais un nouveau danger surgit : avoir trop de confiance dans un vaccin, quel qu'il soit, et trop retarder l'acte opératoire. Il ne faut pas demander aux remèdes nouveaux plus qu'ils ne peuvent donner, sous peine de les discréditer ; il faut recourir, dès qu'ils se montrent insuffisants, aux méthodes qui ont fait leurs preuves.

SYPHILIGRAPHIE

Syphilis et corps thyroïde

(Syndrome de Basedow, thyroïdite, goitre, myxœdème insuffisance thyroïdienne d'origine syphilitique

Par le Dr LEREDDE (1).

Les affections chroniques du corps thyroïde peuvent être et sont, très souvent, d'origine syphilitique, comme celles du système nerveux, du cœur et des vaisseaux et de tous les autres organes. Syphilitiques, elles sont curables par le traitement antisyphilitique, quand il est suivi avec rigueur et suivant les méthodes modernes. Acquise ou héréditaire, l'infection peut se manifester par une thyroïdite chronique, un goitre, le syndrome de Basedow, le myxœdème, enfin la petite insuffisance thyroïdienne de Léopold Lévi.

La syphilis thyroïdienne, comme celle de tous les organes, est d'ailleurs presque toujours méconnue parce que la pensée du médecin n'est pas orientée dans un sens étiologique et parce qu'il considère *a priori* toute affection thyroïdienne comme une maladie locale.

L'existence de *syndrome de Basedovv* d'origine syphilitique est connue d'assez longue date.

(1) Leçon du dispensaire, 54, rue Saussure, recueillie par le Dr Drouet.

♦♦

Dans un article des *Annales des maladies vénériennes* (juin 1911) le Dr Lévy Franckel attirait l'attention sur les phénomènes basedowiens au cours de la syphilis, même secondaire. Il rapportait 16 observations personnelles ou empruntées à divers auteurs (Chwostek, Peufoldt, Deléarde, Gaucher). 7 fois l'affection avait été améliorée ou même guérie par le traitement antisyphilitique. Ce qui prouve bien qu'il ne s'agissait pas de coïncidences. D'ailleurs, le traitement avait été fait uniquement par le mercure, ou le mercure et l'iodure (on sait que l'emploi des arsenobenzènes ne remonte qu'à 1910).

Parfois un goitre simple se « basedowifie » sous l'influence d'une syphilis acquise, ce qui n'exclut d'ailleurs pas une infection héréditaire antérieure. En 1918, le Dr Schulmann a publié une thèse sur le *goitre exophtalmique syphilitique*, contenant cinq observations inédites chez des malades atteints de syphilis acquise et 17 observations appartenant à d'autres auteurs; en outre, cinq cas de goitre exophtalmique chez des hérédosyphilitiques. En dehors des cas isolés il existe des cas *familiaux* : Schulmann rapporte l'observation d'une famille comprenant 11 enfants dont sept atteints de syndrome de Basedow, complet ou incomplet,

Les malades dont Lévy Franckel et Schulmann ont rapporté l'observation étaient presque toujours atteints de syphilis connue, facile à mettre en évidence. Le plus souvent, l'infection est ignorée, la syphilis n'est découverte que si elle est cherchée d'une manière méthodique, par tous les moyens cliniques et les moyens de laboratoire les plus sensibles. Je n'en veux pour preuve que l'observation de deux malades, chez lesquelles la syphilis ne fut pas recherchée et qui ne furent soumises au traitement antisyphilitique que le jour où je les vis moi-même.

La première est une femme de 36 ans, dont la santé paraissait normale, lorsque, en 1913, à la suite d'une période de surmenage intense parurent brusquement, trois symptômes fondamentaux, exophtalmie, tremblement et tachycardie. L'hypertrophie thyroïdienne devint évidente en 1917 ; à ce moment le corps thyroïde atteignit le volume d'une grosse orange qu'il a à peu près conservée. Les règles devinrent irrégulières, la malade se plaint d'accès fébriles. En 1918, nouveaux symptômes : boulimie, crises de diarrhée, albuminurie passagère, insomnie.

Une certaine amélioration s'est produite depuis cette époque sons l'influence des traitements suivis par la malade. Pendant toute l'année 1917, elle a pris, chaque mois, pendant dix jours successivement, de l'iodure de potassium, une solution arsenicale et des glycérophosphates (méthode de Dieulafoy) sans résultat d'ailleurs. En 1918, une douzaine d'injections d'alcool ayant été faites dans le corps thyroïde (méthode de Pitres ; l'état général est devenu meilleur, la tachycardie a diminué. En 1919, applications radiothérapiques ; en 1920, hématothyroïdine, à la fin de l'année, nouvelles injections d'alcool ; au début de 1921, hématothyroïdine, nouvelles séances de radiothérapie.

Aucune recherche étiologique n'a été faite chez cette malade jusqu'en mai 1921, époque à laquelle le Dr Ferré, de Pau, a pensé qu'il pouvait s'agir de syphilis héréditaire, et me l'a adressée.

Les recherches de laboratoire ont été négatives, *comme il arrive si souvent chez les héréditaires*. Séroréaction (Wassermann, Hecth, Jacobsthal) négative en mai 1921. Une ponction lombaire, faite plus récemment a montré un liquide normal (tension normale. Albumine = 0.10 p. 1000. Globulines = 0, absence de leucocytes à la cellule de Nageotte).

Mais l'*enquête familiale* a révélé des faits essentiels. La mère est morte à 71 ans d'une affection pulmonaire aiguë, mais le père est mort *hémiplégique* à 59 ans : un frère est *hydrocéphale*, un autre, *épileptique*, est « à demi-fou » ; un 3e est mort à 40 ans de cancer œsophagien.

D'autre part, Mlle B. présente des *stigmates* : le palais est ogival, le maxillaire supérieur aplati ; les dents, de forme normale, chevauchent les unes sur les autres à la mâchoire supérieure : il existe un souffle systolique au foyer aortique : enfin les réflexes rotuliens sont nettement disséminés.

Ainsi, l'existence d'une syphilis héréditaire, sans pouvoir être démontrée d'une manière directe, est à peu près certaine.

Dans la seconde observation que j'ai déjà publiée avee le Dr Drouet (1) et que je me bornerai à résumer, la preuve a été faite.

Mme L., 41 ans, présentait en 1918 quelques signes de basedowisme qui s'exagérèrent à la suite d'un raid de Gothas sur Paris.

(Exophtalmie, hypertrophie du corps thyroïde, tachycardie, tremblement : plus tard, crises de diarrhée, d'oppression, boulimie).

La malade fut soignée à la Salpêtrière, où la syphilis fut exclue, en raison d'une séro-réaction négative du sang (Wassermann).

Il s'agit d'un syndrome de Basedow familial : la sœur de Mme L. est basedowienne, de même que deux cousins germains. *La séro-réaction était également négative chez ces 3 autres malades.*

Mme L. a été traitée à la Salpêtrière par la radiothérapie, qui a amené un résultat considérable ; elle a engraissé de 18 kgr. ; le tremblement, l'exophtalmie ont diminué, les crises de diarrhée ont disparu. Les règles, qui avaient

(1) Leredde et Drouet, — Sur un cas de syndrome de Basedow familial.
Leredde. — Nouvelles études sur la syphilis. Maloine, 1921.


MARQUE DÉPOSÉE

cessé, sont redevenues normales. Le corps thyroïdes est affaissé, mais la tachycardie persiste.

J'ai vu cette malade en mars 1920 ; une nouvelle séro-réaction a été faite : la réaction de Wassermann était négative, *mais celle de Hecht positive*. Dans la suite, un examen du liquide céphalo rachidien a révélé une réaction de Wassermann POSITIVE.

Cette seconde observation, qui a trait à un syndrome de Basedow *familial*, rappelle les faits signalés par Schulmann dans sa thèse. J'ai déjà parlé du fait d'André Bergé rapporté par ce dernier. Schulmann cite un cas de Lebener dans lequel une femme syphilitique puis basedowienne eut quatre enfants, tous basedowiens. D'autres cas sont connus (Baylac, Dubreuil-Chambardel). Dans la famille de Mlle L. il existe quatre cas à la seconde génération, il en existe trois autres dans les générations antérieures.

Il est bien entendu que tout syndrome de Basedow n'est pas nécessairement syphilitique. Le goitre exophtalmique peut être d'origine tuberculeuse : il est peut-être dû dans quelques cas au rhumatisme articulaire ou à d'autres infections aiguës. Encore n'est-il pas impossible qu'une infection aiguë développée chez un syphilitique ou un hérédo-syphilitique soit le point de départ d'une thyroïdite syphilitique basedowienne ; on ne peut éliminer la syphilis chez un basedowien du fait que les symptômes sont apparus à la suite d'une infection aiguë, de même que dans les cas où le goitre, l'exophtalmie, la tachycardie, le tremblement, ont été consécutifs à une émotion.

L'existence de *thyroïdites* secondaires, tertiaires, héro-syphilitiques, gommeuses ou scléro-gommeuses est connue d'ancienne date ; je n'insisterai pas à leur sujet. Le rôle de la syphilis dans le développement du *goitre simple* est à l'étude. Le Dr Léonard, cité par Schulmann, écrit que la séro-réaction est positive trente fois sur cent. Enfin, tout cas de *myxœdème* peut être d'origine hérédo-syphilitique ; la syphilis a été découverte dans presque tous les cas où elle a été recherchée avec soin.

Les travaux de Léopold-Lévi sur la petite insuffisance thyroïdienne sont d'un intérêt tout particulier au point de vue qui nous occupe ; à les lire, il est facile de constater qu'un nombre important de malades sur lesquels l'auteur a fondé sa description sont purement et simplement des hérédo-syphilitiques.

Léopold-Lévi a étudié l'étiologie de l'insuffisance thyroïdienne ; il en fait une affection qui reconnaît une cause *essentielle*, l'hérédité, et des causes *occasionnelles*, intoxications, plus souvent infections telles que le rhumatisme articulaire aigu, la tuberculose et la syphilis, sans attacher à celle-ci une importance particulière. Il a étudié longuement, minutieusement, les signes de cette insuffisance, signes d'hypothyroïdie, associés, ce qui n'a rien de surprenant, dans des cas nombreux, à quelques symptômes de dysthyroïdie.

Frilosité, cryesthésie, acroasphyxie, abaissement de la température centrale, diminution de l'appétit et de la soif, constipation, tendance aux hémorrhagies, poussées d'œdème transitoires, sécheresse de la peau, altérations du système pileux, tous ces symptômes peuvent être attribués à des troubles fonctionnels de la glande thyroïde. On peut même admettre, avec L. Lévi, que les sujets atteints d'hypothyroïdisme sont exposés, plus que d'autres, à des affections cutanées multiples.

Mais ceci n'est qu'une partie du tableau, et voici d'autres symptômes que le Dr Lévi met sur le compte de l'insuffisance thyroïdienne. Les malades sont *petits, infantiles*, ils ont des *dents crénelées* ; la descente des testicules dans les bourses est tardive, il existe parfois de la *cryptorchidie*. On peut observer chez eux le *syndrome de Mikulicz* (hypertrophie des glandes lacrymales et salivaires), le *rétrécissement mitral pur*, la *microsphygmie*, le *syndrome de Raynaud*, des *végétations adénoïdes*, des *poussées de glycosurie*, l'*incontinence d'urine*. Chez les femmes on observe des signes de *dystrophie génitale* ; l'utérus est petit, les règles sont tardives, la ménopause précoce. Le Dr Hertoghe, qui a étudié le myxœdème fruste, atténué, parle de *fausses couches* qu'il déclare n'être pas d'origine syphilitique (?). Parmi les affections de la peau auxquelles sont exposées les victimes de l'insuffisance thyroïdienne, L. Levi cite l'*ichtyose*, la *pelade*, et la *sclérodermie*. Viennent encore des affections osseuses, *pied plat, genu valgum, scoliose, rachitisme, hyperostoses multiples* (!), *rhumatisme chronique*, des troubles du système nerveux, la *neurasthénie*, l'*aliénation mentale*, la *chorée*, même des altérations des organes des sens qui figurent parmi les stigmates classiques de l'hérédo-syphilis, *surdité bilatérale* et *kératite interstitielle*.

Il serait imprudent de dire que parmi ces symptômes, ces affections qui appartiennent toutes au domaine de la syphilis congénitale, aucune ne soit la conséquence d'un trouble fonctionnel du corps thyroïde chez des hérédo-syphilitiques. Toutes les opinions sont permises sur les suites que peut avoir l'infection par le spirochète de telle ou telle glande endocrine au moment où l'enfant est à la période la plus active de son développement, et rien ne prouve que toute dystrophie, toute affection que présente un hérédo-syphilitique soit due à l'action directe du spirochète. Je laisse aux médecins qui émettent des hypothèses sur le rôle des glandes endocrines dans les manifestations de la syphilis congénitale le soin de les démontrer. Ce qui est certain,

c'est que la petite insuffisance thyroïdienne, comme la grande insuffisance (myxœdème) n'est pas une maladie, mais un syndrome, une affection, si l'on veut, qui a des causes agissantes, et qu'à lire la description de L. Lévi, il paraît que la syphilis héréditaire en est beaucoup la plus fréquente, la principale. Que la localisation du spirochète ou d'autres agents microbiens, soit favorisée par l'hérédité, par une débilité congénitale du corps thyroïde, rien de plus probable, d'après les faits ; à cet égard, l'insuffisance thyroïdienne est comparable au syndrome de Basedow. Mais pour créer un syndrome, une affection il faut des causes agissantes et ces causes, dont Léopold Lévi fait des causes accessoires, ce sont les causes essentielles puisque ce sont les causes nécessaires et celles sur lesquelles nous avons une action, il faut les chercher, les découvrir chez chaque malade ; quand le spirochète sera en jeu, la guérison pourra être le résultat de nos recherches.

Le cancer de la thyroïde *comme ceux de tous les organes* paraît avoir dans certains cas une origine syphilitique. J'ai vu en 1919 une femme de 53 ans, à demi-cachectique déjà, atteinte d'épithéliome typique, d'une dureté caractéristique, de développement récent (6 mois). Le premier mari de cette femme est mort de paralysie générale, elle a un fils épileptique. Wassermann et Hecht, négatifs d'ailleurs.

Quelques injections de novarsénobenzol à doses progressives (0,05 à 0.1) ont amené une amélioratien locale (la malade peut, après la 3e avaler sans difficultés, les mouvements du cou sont libres). Malheureusement cette amélioration n'a été que temporaire et la progression de la tumeur a recommencé.

***

La notion de l'étiologie syphilitique des affections thyroïdiennes transforme le traitement de celles-ci. Il ne s'agit plus simplement de parer à l'insuffisance fonctionnelle par l'ingestion de corps thyroïde ou de produits d'origine thyroïdienne, d'agir sur la glande par des applications radiothérapiques, ou même d'enlever celle-ci, d'autant plus que ces traitements à eux seuls ne sont pas toujours efficaces (une cousine germaine de la malade qui a fait l'objet de notre seconde observation et qui était elle-même atteinte de goitre exophtalmique fut longuement traitée par la radiothérapie ; elle mourut néanmoins de son goitre). Lorsqu'un malade atteint d'une affection thyroïdienne est syphilitique, acquis ou héréditaire, l'application du traitement antisyphilitique s'impose avant tout autre ; elle s'impose *même dans les cas où l'existence de l'infection est simplement probable.*

Les résultats du traitement mercuriel sont incertains, à moins qu'il ne soit manié à des doses fortes dépassant trois centigrammes de benzoate ou deux centigrammes de sublimé par jour ; à ces doses, un grand nombre de malades le supportent mal. L'emploi du novarsénobenzol en injections intraveineuses est de beaucoup préférable, à condition que le traitement soit énergique et conduit jusqu'à la régression totale de l'infection, c'est-à-dire non seulement jusqu'à la disparition des symptômes thyroïdiens, mais à la disparition de la séroréaction sanguine, quand elle est positive — et des altérations du liquide céphalo-rachidien — quand elles existent. On commencera, comme il faut le faire chez tout syphilitique, à doses très faibles ; s'il n'y a pas de réactions anormales, d'albuminurie, de crises nitritoïdes, la dose normale (0 gr. 90 chez un malade de 60 kgr. pourra être atteinte et même dépassée (1 gr. 05, 1 gr. 20). Les séries seront séparées par des périodes de repos de 3 semaines. De série en série, les doses initiales pourront être élevées. C'est-à-dire qu'on suivra la méthode normale de traitement par l'arséno-benzol suivant les règles établies (1).

Les difficultés du traitement seront celles qu'on peut rencontrer chez tous les syphilitiques, elles tiendront en particulier aux réactions d'origine cardiaque, qui peuvent survenir dans des cas que je crois rares. Parmi les syphilitiques héréditaires, les uns supportent admirablement bien la cure, d'autres moins bien ; il faudra quelquefois renouveler les injections à une même dose, parfois les abaisser *passagèrement,* « piétiner » jusqu'à ce que la tolérance s'établisse.

Les deux malades dont j'ai rapporté plus haut l'observation ont été traitées l'une et l'autre par le novarsénobenzol. La première n'a encore reçu malheureusement qu'un traitement court et sans énergie (12 injections en 2 séries séparées par un intervalle trop long de 2 mois en raison des vacances).

Mais déjà les résultats sont des plus nets : la santé générale est meilleure, elle a engraissé de 5 kg. ; l'*exophtalmie a diminué.*

Mme L. (obervation II) a reçu 28 injections de novarsénobenzol en 4 séries (de 0.05 à 0.90) du 19 mars 1920 au 10 janvier 1921 ; les troubles cardiaques, qui avaient résisté à la radiothérapie, ont disparu, elle n'a plus de palpitations, le pouls est à 72-80, le tremblement a disparu. Santé générale meilleure.

Le traitement peut provoquer, chez des malades atteints de troubles thyroïdiens, des réactions parfois importantes à en juger par une observation du Dr Etienne, de Vernon (2). Elle concerne

(1) Leredde. — Domaine, traitement, prophylaxie de la syphilis, Paris. Maloine, 1917.

(1) Etienne. — Contribution à l'étiologie de la maladie de Graves : Un cas curieux de réaction de Herxheimer. *Le Médecin français,* 15 juillet 1921.

LENIFORME

HUILE ANTISEPTIQUE NOUVELLE

Contenant des VARIÉTÉS D'ESSENCES
capables de détruire les Variétés Microbiennes
qu'on rencontre dans les maladies

du **NEZ** du **PHARYNX** de la **TRACHÉE** des **BRONCHES**

et de toutes cavités ouvertes dans ceux-ci.

Rend les plus grands services en injections intra-trachéo-bronchiques

Echantillon :

20, rue de La Rochefoucauld —

Paris

(2)

une jeune fille de 16 ans, de santé fragile, atteinte de bronchite à répétition et toujours considérée, par suite, comme bacillaire (!) Le père est « rhumatisant », la mère anémiée « rhumatisante », souffre de céphalées et de douleurs erratiques. *Trois enfants sont morts en bas âge.*

Sur ces données, le Dr Etienne considère la jeune fille comme une héréditaire et prescrit des injections de novarsénobenzol et cinq centigrammes de thyroïde par jour. Après 9 injections la malade, qui n'a plus pris de corps thyroïde depuis un mois, a maigri de 3 kg., elle souffre de tachycardie avec palpitations, de nervosisme avec crises de larmes, de polyurie, elle éprouve une sensation de boule rétrosternale et d'étranglement à la base du cou, sans goitre, même léger. Après de nouvelles injections (3e série) les troubles persistent, en outre paraît une exophtalmie et un tremblement rapide de type basedowien. La malade a grandi.

Une 4e série de 5 injections à 45,75 × 2 90 × 2, est faite. Les signes de basedowisme s'atténuent, la tachycardie, qui était à 120, 125 tombe à 85. La malade se transforme, elle est devenue une forte jeune fille qui se déclare heureuse de vivre et a engraissé de 12 kgr.

En dehors de cette observation, l'auteur rapporte 3 cas de maladie de Graves-Basedow chez des hérédo-syphilitiques.

L'opothérapie thyroïdienne reste indiquée dans les cas où le traitement antisyphilitique, chez les insuffisants, n'amène pas la guérison complète, les moyens classiques de traitement du goitre exophtalmique (radiothérapie, hématothyroïdine) dans ceux qui ne cèdent pas aux injections d'arsénobenzol ; enfin l'intervention chirurgicale dans les thyroïdites chroniques ou les goitres comprimés par celles-ci, où les phénomènes de compression créent une indication spéciale.

CLINIQUE CHIRURGICALE

Hôtel-Dieu de Toulouse.

M. J.-P. Tourneux, chirurgien des hôpitaux.

Lithiase parotidienne.

Je veux vous entretenir aujourd'hui de la lithiase parotidienne, lésion que vous n'observerez probablement jamais dans votre clientèle future, car il s'agit d'une affection fort rare, exceptionnelle pourrait-on dire. Je tiens cependant à vous en dire quelques mots, d'abord parce qu'il s'agit d'un cas fort intéressant, et ensuite parce que je profiterai de la circonstance pour vous donner quelques notions sur la lithiase salivaire en général, dont les accidents se voient d'une manière beaucoup plus fréquente au niveau de la glande sous-maxillaire.

Si l'on observe en effet assez souvent des lésions lithiasiques des glandes salivaires, on peut dire que la presque totalité des observations publiées se rapportent à la glande sous-maxillaire, ainsi qu'au canal de Wharton, et que ce n'est que tout à fait exceptionnellement que l'on note l'existence de semblables lésions au niveau de la parotide et du canal de Sténon. Pour expliquer cette rareté, certains auteurs ont fait entrer en ligne de compte l'étroitesse ainsi que la situation élevée de l'ouverture de ce dernier canal, qui le rendraient moins accessible aux affections d'origine buccale que le canal de Warthon ; d'autres ont invoqué la nature de la salive parotidienne, moins épaisse, moins visqueuse et moins riche en matériaux solides que la salive sous-maxillaire.

Quoi qu'il en soit de ces conceptions pathogéniques, que nous reprendrons d'ailleurs dans un instant, il n'en reste pas moins établi que les lésions lithiasiques constituent au niveau de la parotide une véritable rareté ; aussi, vais-je vous rapporter avec tous ses détails une fort belle observation de lithiase parotidienne avec calculs du canal de Sténon, observation qu'un certain nombre d'entre nous ont pu suivre d'ailleurs par eux-mêmes.

Le nommé Camille G., âgé de 23 ans, exerçant la profession de coupeur, a été hospitalisé le 23 mars 1921, à l'Hôtel-Dieu de Toulouse, salle Saint-Pierre, n° 8, pour lésion inflammatoire de la région parotidienne.

Il s'agit d'un jeune homme présentant un excellent état de santé générale, robuste, et bien constitué, dont les antécédents héréditaires, consanguins et personnels, ne présentent aucun intérêt.

Il y a environ quatre mois que notre malade s'est rendu compte de l'apparition d'une petite grosseur au niveau de la région parotidienne droite, située sous la peau, répondant à peu près aux dimensions d'une noisette, non mobile, assez sensible au toucher et occasionnant de la gène et de la douleur au moment de la mastication. Cette petite grosseur persista à peu près pendant une quinzaine de jours, puis disparut subitement. Elle devait réapparaître un mois après, offrant de nouveau les mêmes caractères, pour se résoudre également. Enfin, vers le milieu de février 1921, le même phénomène se reproduisit, mais la petite tumeur, au lieu de disparaître, persista cette fois, en s'accompagnant de douleurs spontanées ainsi que de gêne plus marquée à la mastication.

Puis, au bout de quelque temps, il survint de l'empâtement de la joue avec un peu de trismus, en même temps que les douleurs devenaient



plus aiguës ; c'est à ce moment que le malade vint à l'Hôtel-Dieu.

En l'examinant, on constate que presque toute la joue droite est le siège d'une tuméfaction uniforme, bien limitée, débordant largement la région parotidienne, et s'étendant depuis le conduit auditif externe jusqu'au niveau de la pommette : la peau est rouge, chaude, tendue et luisante par endroits. La palpation ainsi que le toucher intrabuccal sont très douloureux, et ne mettent pas nettement en lumière de fluctuation : ils permettent cependant de localiser la lésion sous la peau, en avant du masséter. L'inspection de la bouche, rendue assez délicate par suite du trismus persistant, ne nous révéla rien de particulier ; les autres glandes salivaires, ainsi que la parotide gauche ne présentaient rien de spécial. Nous aurions voulu pouvoir nous rendre compte de l'orifice du canal de Sténon et, par suite, essayer de le cathétériser ; mais à cause d'un peu de trismus, et surtout de la tuméfaction de la joue, il fut impossible de pratiquer cette exploration qui nous aurait rendu de grands services.

Etant donnés les différents caractères cliniques de l'affection présentée par notre malade, il n'était pas douteux que nous nous trouvions en présence d'une lésion inflammatoire développée vraisemblablement aux dépens de la glande, lésion dont l'origine première nous paraissait assez difficile à préciser. Etant donnés les phénomènes évolutifs, la manière dont la tumeur avait disparu deux fois de suite, s'accompagnant en dernier lieu de réactions inflammatoires, nous avons bien songé un instant, par analogie avec ce qui se passe du côté de la sous-maxillaire, à la possibilité d'accidents lithiasiques avec calcul dans le canal de Sténon occasionnant de la rétention ; mais en raison de l'extrême rareté de ces lésions au niveau de la parotide, et devant l'impossibilité où nous nous étions trouvés de faire le cathétérisme du canal de Sténon, nous avons préféré ne pas nous arrêter à un diagnostic d'exception.

Comme notre malade souffrait beaucoup et demandait instamment à être délivré de sa lésion, une intervention chirurgicale fut décidée et fixée au 25 mars : elle eut lieu sous anesthésie générale à l'éther.

Par une incision longue d'environ huit centimètres, légèrement oblique, partant du lobule de l'oreille et suivant le bord du maxillaire inférieur, on sectionna la peau et le tissu cellulaire sous-cutané ; puis, en décollant avec prudence les téguments enflammés, on découvrit la partie inférieure de la parotide qui fut trouvée dure, sclérosée au toucher. Un peu en avant de l'extrémité de la glande, il existait une petite quantité de liquide purulent, qui, en s'échappant, entraina avec lui deux petits calculs.

Cette constatation, jointe à l'exploration que nous fîmes avec un stylet, nous permit alors de préciser notre diagnostic et de nous rendre compte que nous avions affaire à une lithiase infectée de canal de Sténon, s'accompagnant de lésions glandulaires au moins dans la partie inférieure de la parotide.

Nous avons alors enlevé la plus grande partie du canal salivaire et réséqué la moitié inférieure de la glande qui, par ses caractères extérieurs, paraissait dégénérée. La peau fut ensuite rabattue et fixée par quelques crins après qu'un drainage filiforme eût été établi.

Les suites opératoires furent en tous points excellentes : l'écoulement de sérosité fut tout à fait insignifiant, ce qui permit de supprimer le drainage dès le 3e jour. Les fils furent enlevés le 8e et la réunion eut lieu par première intention. Le 3 avril, notre malade quittait le service avec une plaie complètement cicatrisée ; quant au trismus, il avait à peu près complètement disparu.

Nous avons eu l'occasion de voir notre opéré à plusieurs reprises, et vous mêmes avez pu l'apercevoir il y a une dizaine de jours, soit près de 6 mois après l'intervention, et vous rendre compte par vous-mêmes que la zone d'incision était tout à fait simple, et que la région parotidienne ne présentait aucune trace d'induration. Fait plus important, sur lequel j'attire toute votre attention, il n'y a jamais eu à aucun moment donné d'écoulement de liquide par l'ancienne plaie opératoire, c'est-à-dire de fistule alvéolaire.

Bien entendu, la portion de parotide enlevée a été réservée en vue de l'étude histologique, et l'examen des différentes coupes pratiquées m'a montré que la glande était atteinte de lésions atrophiques considérables. Je vous fais grâce des détails : bornez-vous à savoir que la parotide présentait de la sclérose endo et prélobulaire, avec infiltration de cellules embryonnaires, atrophie des acini et dilatation des conduits excréteurs,

En résumé, cette observation constitue un cas fort net de lithiase parotidienne avec lésions très accentuées de la glande et du canal de Sténon, ce dernier étant atteint de sténosite aiguë suppurée d'origine calculeuse.

La lithiase des glandes et canaux salivaires a été bien décrite pour la première fois par de Closmadeuc, qui en a donné en 1855 une description restée encore classique. Des différentes statistiques publiées, il semble ressortir que les trois-quarts des cas se rencontrent chez l'homme et ne s'observent guère, malgré quelques cas relevés chez les enfants, qu'entre 20 et 60 ans. Certains auteurs comme Roberg, ont voulu expliquer la plus grande fréquence de la lithiase chez

l'homme par l'abus du tabac et le manque de soins de propreté de la bouche.

Toutes les glandes et glandules salivaires peuvent être atteintes de lithiase, mais en clinique, on ne l'observe guère qu'au niveau de la sous-maxillaire et de son canal excréteur. C'est ce qui ressort bien de la statistique récente de Roberg, qui a relevé comme siège du calcul, sur 86 cas, que la glande sous-maxillaire et le canal de Wharten étaient atteints 78 fois.

Les calculs sont uniques ou multiples : quand ils siègent dans les glandes ils sont sphériques ; ceux des canaux sont allongés en noyau d'olive doue datte : c'est cette forme que présentaient es calculs que nous avons trouvés lors de notre intervention. Leurs dimensions sont presque toujours peu considérables : les nôtres réunis ne pèsent que 0,15 centigrammes.

Les calculs des canaux excréteurs s'accompagnent toujours d'altérations portant sur le canal lui-même et sur la glande. Le canal présente une dilatation fusiforme longeant le calcul, et parfois, en avant de celui-ci, une distension plus ou moins marquée. La muqueuse à ce niveau est enflammée, et il peut se produire une ulcération du conduit donnant parfois lieu à une fistule salivaire.

On connaît fort mal le mécanisme qui préside à la formation des calculs : l'expérimentation a fait justice de la vieille théorie qui voulait que la simple stase salivaire, provenant d'une compression de voisinage ou du rétrécissement du canal, peut produire la lithiase. Dans certains cas, on peut admettre que le calcul s'est constitué autour d'un corps étranger ayant pénétré dans le canal excréteur, comme un fragment de tartre dentaire par exemple. Mais il semble bien, et cela depuis les recherches de Galippe, que les calculs sont fonction microbienne, et que ce sont les micro-organismes provenant du milieu buccal qui détermineraient la précipitation des sels de la salive, en même temps que les altérations du canal ou de la glande.

Je ne reviendrai pas longuement sur la symptomatologie des calculs salivaires : ceux qui sont contenus dans les glandes restent silencieux jusqu'au moment où ils provoquent la formation d'un abcès qui, en s'ouvrant, donne avec le pus issue au calcul.

Ceux des canaux peuvent également rester latents et n'être reconnus qu'à propos d'une complication inflammatoire. Mais la plupart du temps, ils manifestent leur présence par des troubles fonctionnels, plus ou moins caractérisés, surtout quand ils siègent dans le canal de Wharthen. Ce sont alors des picotements, de la gêne douloureuse dans la mastication, de véritables crises douloureuses, coliques salivaires, dues à la rétention provoquée par le calcul.

Les calculs des canaux salivaires sont assez faciles à reconnaître : déjà l'anamnèse vous met sur la voie, et les résultats que donne la palpation en permettant de sentir un corps dur et allongé, et le cathétérisme, font faire le diagnostic. Il n'en est plus de même évidemment dans les cas de suppuration, analogues au nôtre, où le cathétérisme est impossible et où la palpation ne fait plus percevoir qu'une tuméfaction diffuse de toute la région. Dans ces cas, où le diagnostic peut s'égarer avec celui d'une périostite dentaire, un adéno-phlegmon, on pourrait peut-être avoir recours à la radiographie, les calculs salivaires interceptant ordinairement, d'après Guilloteau, les rayons cathodiques.

Le diagnostic des lésions de sclérose glandulaire est toujours beaucoup plus délicat ; celle-ci peut absolument simuler une tumeur maligne, et plusieurs fois, la glande a été extirpée comme cancéreuse. La connaissance de l'existence du calcul, qu'il faut toujours rechercher au niveau du canal excréteur, permettra de ne pas commettre d'erreur.

D'une façon générale, les calculs salivaires doivent être enlevés dès qu'ils ont été reconnus.

Ceux des glandes ne sont reconnus que lorsqu'ils ont déterminé des altérations profondes, et le plus souvent, des abcès. Si la lésion siège au niveau de la sous-maxillaire, le plus simple est d'extirper la glande en totalité : cette intervention est impossible à la parotide où l'on sectionnerait le nerf facial ; il faut donc se borner à cureter les abcès, ou même à ne reséquer le lobe inférieur que si l'on peut l'enlever facilement sans tirer trop de branches nerveuses.

Quant aux calculs des canaux de Wharten et de Sténon, ils doivent, ainsi qu'il est recommandé dans tous les traités, être enlevés par la bouche.

Cela est aisé pour le canal de Wherten que l'on peut inciser facilement : la chose paraît moins aisée en ce qui concerne le canal de Sténon, surtout lorsqu'il s'est développé des lésions inflammatoires, comme dans notre cas, où l'on ne pouvait songer à intervenir par la bouche.

Ce qu'il y a à redouter, en utilisant la voie cutanée, est la production d'une fistule salivaire, infirmité déplorable dont le traitement est des plus difficile. Vous avez pu vous rendre cependant compte que, bien que nous ayons utilisé la voie externe, notre opéré n'a pas présenté cette complication si fréquente d'après les auteurs. Il est infiniment probable que l'absence de fistule doit tenir à l'état d'atrophie cellulaire que présentait la parotide, ainsi que la résection du lobe de la glande, que nous avions pris soin de pratiquer.

A TRAVERS LA PRESSE

Trois cas de syphilis gastrique.

Ces trois cas fournissent à M. TIMBAL l'occasion de formuler quelques principes qui s'appliquent à la séméiologie et au diagnostic de la syphilis gastrique.

Le type **séméiologique** le plus fréquent de la gastropathie syphilitique est l'hyperchlorhydrie et l'ulcus rond. Toutefois, on notera souvent une discordance entre les signes objectifs révélés par l'examen et les symptômes accusés subjectivement par le malade : par exemple, des douleurs tardives (syndrome pylorique) avec un chimisme gastrique nettement hypochlorhydrique.

Si la syphilis est en évolution et facilement décelable, ou si elle est ancienne, mais avouée, elle ouvre la voie au diagnostic exact, sans qu'on soit autorisé à conclure toujours à la nature spécifique de la dyspepsie envisagée.

Cependant, quand les troubles constatés ne cèdent pas aux médications classiques, ni au régime, quand les réactions humorales sont positives, la prescription du traitement classique s'impose. Et l'on sera surpris alors de voir avec quelle facilité mercure et iodure sont admirablement tolérés par un estomac dont les troubles ont résisté par exemple au lait et aux alcalins. (*Toulouse médical*, 15 sept. 1921.)

Ponction veineuse et stérilisation des aiguilles en acier.

Il faut savoir gré à M. P. P. LÉVY d'avoir trouvé un procédé qui permet d'obtenir une excellente stérilisation des aiguilles en acier, et de réaliser avec celles-ci une meilleure ponction veineuse. En effet, les aiguilles en platine sont d'un prix élevé, et leur biseau s'émousse très rapidement, ce qui force à appuyer fortement pour les faire pénétrer. Les aiguilles d'acier au contraire ont un tranchant de pointe qui assure leur pénétration rapide et facile.

Mais la difficulté, jusqu'ici, est de les stériliser. L'auteur conseille de les plonger pendant une heure dans le mélange suivant :

Paraffine histologique....	3 gr.
Chloroforme.............	100 cmc.

On en enlèvera préalablement le mandrin et on les placera la pointe en bas dans la solution, telles quelles si elles sont neuves ; après avoir fait passer dans leur lumière un courant d'eau, puis 2 cmc. d'alcool à 95°, puis 2 cmc. de chloroforme, si elles ont déjà servi.

On peut les conserver dans ce mélange. Mais, pratiquement il est préférable, au bout d'une heure, de les placer dans de petits tubes stériles. En s'évaporant, le chloroforme dépose sur la paroi intérieure une mince couche de paraffine qui facilite l'écoulement du sang. (*Presse méd.*, 28 sept. 1921.)

La cause et le traitement préventif du sphacèle opératoire dans les gangrènes séniles.

On sait les désillusions que donnent souvent les amputations pratiquées sur des membres atteints de gangrène sénile. La gangrène récidive sur le moignon, entraînant une nouvelle amputation plus haut placée, et il arrive même que celle-ci en nécessite une troisième pour les mêmes raisons. Que de mutilations pour un résultat parfois mortel !

Plusieurs explications ont été données de cette récidive de la gangrène au niveau du moignon. Elles ne satisfont par M. CHASTENET DE GÉRY, qui en propose une nouvelle, dont la qualité serait démontrée par l'application des conséquences de celles-ci à deux malades dont il apporte l'observation.

Pour l'auteur : « L'extrémité du membre » qu'on vient d'amputer se mortifie parce que, « dans cette région, un spasme vasculaire dé- « clanché par le traumatisme a subitement arrêté « le courant sanguin déjà amoindri par les lé- « sions artérielles. »

Pour éviter ce spasme, il suffirait de pratiquer la sympathectomie péri-artérielle. Ainsi a-t-il procédé, en réséquant, dans le premier cas, immédiatement après l'amputation de la jambe, 3 cm. du réseau péri-artériel de la poplitée, dans le second cas, longtemps avant l'opération, 3 cm. du réseau péri-artériel de la fémorale au tiers moyen.

Ici et là, la cicatrisation a été finalement parfaite et durable. En outre, l'auteur signale les bons effets de cette méthode sur les douleurs qui disparaissent dès que la sympathectomie est réalisée. (*Gaz. des hôp.*, 1921, n° 76.)

L'état de mal jacksonien et son traitement.

M. LERICHE, fort de deux observations positives, conseille de traiter l'état de mal jacksonien par la ponction lombaire suivie d'une injection intra-veineuse d'eau distillée.

Et de conclure : « L'état de mal, dont nous « ignorons complètement la cause et le méca- « nisme, correspond à deux états inverses du « liquide céphalo-rachidien, marquant tous deux « une rupture d'équilibre. En ramenant la « tension du liquide céphalo-rachidien au voi- « sinage de l'état normal, on fait cesser l'état « de mal. Pour cela, je pense que l'injection « intra-veineuse de solution hypotonique hyper- « tensive, ou hypertonique hypotensive suivant « le cas, est le procédé actuellement le meilleur. « L'état de mal ne doit pas être considéré comme

« indiquant une opération de toute urgence. Il « paraît préférable d'opérer les jacksoniens à « froid dans les meilleures conditions physio- « logiques et techniques possibles. » (*Gaz. des Hôp.*, 1921, n° 76.)

Le pronostic de la péritonite tuberculeuse.

La péritonite est une des localisations de la tuberculose qui ne comportent pas nécessairement un pronostic sombre, encore moins fatal. « Jamais, écrit Ch. FIESSINGER, il ne faut dire « d'un tuberculeux péritonéal : ce malade est « perdu. »

Le pronostic varie suivant le malade. Le sujet jeune offre de plus grandes chances de guérison, sauf s'il est en même temps ou précédemment tuberculeux pulmonaire, ou si une affection aiguë intercurrente : grippe, typhoïde, rougeole, survient pour compromettre irrémédiablement la situation.

Le traitement influe inévitablement aussi sur le pronostic. Pas de médication agressive : des compresses chaudes, des cataplasmes sur l'abdomen, ou des badigeonnages iodés révulsifs recouverts d'une couche de collodion, dans les formes aiguës. Dans les chroniques, le repos, l'adrénaline associée aux phosphates calciques, les laxatifs doux, la belladone contre la constipation, la vessie de glace contre les douleurs ; une alimentation substantielle, mais sagement conduite, le grand air, donnent souvent de bons résultats. La ponction de l'épanchement ascitique suffit parfois à elle seule à déterminer la guérison. La radiothérapie et surtout l'héliothérapie agissent dans le même sens. L'intervention chirurgicale, la simple laparotomie, suivie souvent de succès inespérés, a de moins en moins l'occasion d'être pratiquée, sauf en cas de collection suppurée, d'occlusion intestinale ou de péritonite.

Certains symptômes aggravent ou éclaircissent le pronostic. La fièvre, surtout dans la forme ulcéro-caséeuse, est alarmante. L'ascite, libre ou enkystée, est parfaitement compatible avec la guérison. L'épanchement pleural coexistant est à respecter. De même que l'amaigrissement, l'anémie, l'hypotension, il assombrit le pronostic surtout dans la forme ulcéro-caséeuse.

La douleur, qui peut simuler une appendicite ou une cholécystite, est, par elle-même, sans valeur pronostique. Par contre, les vomissements et la diarrhée aggravent la situation.

L'empâtement avec gâteaux péritonéaux est un signe de l'affection.

Parmi les complications qui influent le plus sur le pronostic de la péritonite tuberculeuse, l'occlusion intestinale tient une place importante. *Noli tangere*, chez les affaiblis à pouls filiforme, elle peut appeler l'intervention opératoire chez ceux qui ont conservé leurs forces. L'ouverture d'un foyer purulent est plus grave quand elle se fait dans le péritoine que quand le pus s'évacue par l'intestin.

« En résumé, une de ces maladies déconcer- « tantes qu'il convient de suivre en renouvelant « ses visites tous les quelques jours et, surtout, « si le sujet est jeune, en ne se laissant pas dé- « monter par l'apparition souvent dramatique « des symptômes. » (*Journ. des Prat.*, 1er oct., 1921.)

La rééducation des aphasiques moteurs.

Les aphasiques moteurs sont en quelque sorte en dehors de la vie sociale ; ce sont des emmurés, à l'instar des sourds-muets. Chercher à leur réapprendre à parler, plus ou moins correctement, plus ou moins sommairement, c'est faire une bonne action et replacer ces véritables parias pathologiques au rang d'êtres civilisés. Aussi lira-t-on avec profit l'intéressante étude de M. FROMENT sur ce sujet.

Parmi les aphasiques moteurs, il en est un certain nombre qui, dans les trois mois qui suivent le début de leur affection, récupèrent spontanément la fonction du langage. D'autres peuvent arriver au même résultat à l'aide d'une rééducation spéciale. Deux procédés sont à employer. Dans le premier, il s'agit de la méthode pédagogique, « enseignement didactique des « procédés articulaires, enseignement en tout « point semblable à celui qui est donné aux « sourds-muets, pour les démutiser. Elle a son « point de départ dans la doctrine classique qui « admet que l'aphasie motrice se ramène essen- « tiellement à l'oubli des mouvements volontai- « res qu'il faut exécuter pour exprimer sa pensée, « par la combinaison phonétique des contractions « des muscles du larynx, de la langue, du palais « et des lèvres. »

Selon l'auteur, cette doctrine n'est nullement démontrée, puisque la plupart des aphasiques conservent certains mots, certains sons, qu'ils peuvent émettre facilement. Aussi propose-t-il une méthode dite psycho-physiologique. « C'est « parce que l'aphasique ne peut ni évoquer, ni « retenir la combinaison de sons qui caractérise « le mot cherché qu'il ne peut pas l'articuler... « L'aphasie dite motrice se ramène donc à un « trouble de l'évocation des sons articulés que « vient compliquer, accentuer et aggraver, à « un degré variable d'ailleurs, le déficit intel- « lectuel qui s'associe à cette amnésie. »

La méthode qu'il préconise consiste à obtenir l'émission de phonèmes et de mots. Après qu'on lui a fait prononcer les mots qu'il a conservés, on cherche à lui faire prononcer des mots nouveaux en les lui répétant, en les écrivant, et en plaçant sous chacun d'eux un signe, une image,



qui crée une association d'idées susceptible de déclancher le mouvement désiré. Ainsi, sous l'm, on dessinera une vache, dont en même temps on imitera le meuglement, sous l's, un serpent, dont on imitera le sifflement, etc. Plus tard, on procède à des exercices d'élocution, de chant et de lecture à haute voix.

Sans m'étendre davantage sur ce sujet dont j'ai tenu seulement à esquisser la substance, je constate, avec l'auteur, que les résultats ne sont pas toujours encourageants, souvent parce que le rééducateur se lasse et abandonne son malade. En dehors de l'intérêt sentimental qui réside dans la rééducation de l'aphasique dont on refait un être sociable, il y a un intérêt scientifique, « car, seule, une longue pratique de la « rééducation des aphasiques moteurs est sus- « ceptible de nous renseigner exactement sur « le mécanisme psycho-physiologique des trou- « bles du langage qui caractérisent l'aphasie « motrice et de nous donner enfin le mot d'une « énigme qui n'est encore qu'imparfaitement « déchiffrée. » (*Paris médical*, 1er octobre 1921.)

G. D.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

Paris

La tuberculose pleuro-pulmonaire dite traumatique.

(MM. GEORGES BROUARDEL et L. GIROUX. — *Académie de médecine.*)

La guerre a apporté des éléments nouveaux pour l'étude de la tuberculose pleuro-pulmonaire dite traumatique. Sergent, Denéchau, Ribadeau-Dumas, Deric et Cordier pensent que la tuberculose est rarement consécutive au traumatisme. Sur 100 cas de blessures thoraciques, Sergent n'a pas trouvé un seul exemple de tuberculose. Léon Bernard et Mantoux arrivent à des conclusions analogues basées sur l'examen de 379 blessés. Denéchau, sur 135 cas de traumatisme pulmonaire, a réuni 3 observations seulement de tuberculose cliniquement nette.

D'après Sergent, ce qui agit, dans la pathogénie de ces tuberculoses soi-disant traumatiques, ce n'est pas le trauma lui-même, mais les conséquences qui en résultent, le séjour à l'hôpital, la longue suppuration. M. Georges Brouardel ne partage pas cette opinion car il a vu survenir la tuberculose chez un sujet resté dans de bonnes conditions d'hygiène. Il lui paraît plus vraisemblable d'admettre que le traumatisme a pour conséquence, alors, de réveiller une lésion latente.

La tuberculose apparaît donc, en somme, comme une conséquence directe très rare des blessures pleuro-pulmonaires. Il faut éliminer d'une part les cas dans lesquels la bacillose était antérieure à la blessure et aussi certaines lésions non bacillaires post-traumatiques du poumon, qui s'accompagnent d'hémoptysies. Pour rattacher la tuberculose à la blessure, il est nécessaire d'étudier minutieusement l'état de santé du malade avant le traumatisme, de poser nettement le diagnostic de lésion bacillaire et de tenir grand compte de l'intervalle écoulé entre la blessure et l'éclosion de la tuberculose. Au-delà de 4 mois, on ne doit accepter la liaison des deux affections qu'avec réserve. En matière d'accident du travail, il est vrai, la question se pose un peu différemment : il s'agit moins de savoir si le traumatisme a causé la tuberculose que d'établir si le tuberculeux était bien portant et valide avant son accident, celui-ci ne devant pas être trop ancien.

Infection intestinale septicémique et auto-vaccination coli-bacillaire.

(M. H. MÉRY. — *Académie de médecine.*)

M. Méry relate deux cas d'infection intestinale coli-bacillaire à allure septicémique, qu'il a traités avec succès par des auto-vaccins.

Le diagnostic de ces septicémies coli-bacillaires d'origine intestinale doit être basé :

1° Sur les caractères de la courbe thermique qui offre de grandes oscillations par accès assez irréguliers (type pseudo-palustre), accès se prolongeant parfois pendant des mois, rappelant la courbe des septicémies coli-bacillaires des pyélo-néphrites.

2° Sur les résultats positifs de l'hémoculture.

3° Sur le passage du coli-bacille dans l'urine et sa prédominance dans les selles.

4° Sur l'efficacité de l'auto-vaccin.

Traitement des arthrites blennorrhagiques par le vaccin anti-gonococcique formolé.

(M. COSTA. — *Société de chirurgie.*)

M. SIEUR lit un rapport sur un travail de M. Costa relatif au traitement des arthrites blennorrhagiques aiguës par le vaccin anti-gonococcique formolé. Se basant sur près de 100 observations concernant des complications articulaires de la blennorrhagie, M. Costa a acquis la conviction qu'avec son vaccin, les arthrites gonococciques peuvent être généralement vaincues sans qu'on soit obligé de recourir au traitement chirurgical. Cette thérapeutique ne nécessite pas l'immobilisation et constitue un traitement ambulatoire.

7.000 cas de rachianesthésie.

(M. LEPLAT, de Cahors. — *Société des chirurgiens de Paris.*)

M. Leplat communique une statistique de 7.000 cas de rachianesthésies pratiquées depuis 17 ans, statistique analysée dans un rapport de M. ZISLIN. Après avoir essayé les divers agents anesthésiques couramment employés, l'auteur s'est arrêté au

mélange stovaïne-cocaïne dans la proportion de 75 % de stovaïne et 25 % de cocaïne. Il en injecte une dose variable ne dépassant pas huit centigrammes.

M. Leplat n'a eu à enregistrer qu'un seul décès, chez une vieille cachectique qui avait reçu plus de dix centigr. Jamais d'accident médullaire ni d'échec d'anesthésie. Simplement quelques inconvénients légers et en particulier la céphalée, qui disparaît presque toujours rapidement.

M. Zislin remarque que la statistique de M. Leplat est la seule qui n'offre aucun échec d'anesthésie. Elle doit être considérée comme exceptionnellement favorable.

Traitement des infections puerpérales par l'irrigation discontinue au Carrel-Dakin.

(M. R. Petit. — *Société des chirurgiens de Paris.*)

M. Raymond Petit préconise la technique suivante dans le traitement de l'infection puerpérale: le col étant bien ouvert, on introduit jusqu'au fond de la cavité utérine autant de drains Carrel qu'elle en peut contenir, de 4 à 8 habituellement. Ces drains sont, pour la moitié, fermés à leur extrémité par une ligature à la soie, les autres restant ouverts. Les perforations latérales des drains sont faites sur une longueur égale à la profondeur de l'utérus mesurée à l'hystéromètre. Un tamponnement avec une lanière de gaze non tassée les maintient en place. Les drains sont de longueur suffisante pour sortir de 10 centimètres de la vulve. Leur extrémité libre est ajustée sur des raccords en verre à quatre branches, mis eux-mêmes en communication avec un siphon de Tuffier.

M. R. Petit rapporte deux cas d'infection puerpérale traités par ce procédé. Les deux observations prouvent qu'on peut obtenir la désinfection de la cavité utérine par l'irrigation discontinue, suivant la méthode de Carrel-Dakin, comme on obtenait celle des plaies septiques pendant la guerre.

M. Dupuy de Frenelle considérant que l'utérus est un foyer d'infection à parois limitées estime qu'il est parfaitement conformé pour bénéficier de la méthode d'irrigation discontinue. On associera celle-ci aux autres moyens de traitement (abcès de fixation, injections de sérum anti-streptococcique Vinavert de l'Institut Pasteur, etc.).

Greffe osseuse du radius.

(M. Le Fur. — *Société des chirurgiens de Paris.*)

M. Le Fur présente un malade auquel il a pratiqué il y a deux ans une greffe osseuse pour perte de substance volumineuse du radius (8 centimètres). Deux ans après, la radiographie montre que le greffon est parfaitement bien supporté et n'a subi aucun degré de résorption. Il s'est, au contraire, fortifié et il reproduit à ce point le segment manquant du radius, en ce qui concerne son volume et sa forme, qu'on pourrait croire à un examen superficiel qu'il s'agit d'une simple fracture du radius.

Action des produits ovariens sur les cuti-réactions à la tuberculine.

(M. Bouveyron. — *Société de biologie.*)

Tandis que les cuti-réactions pratiquées chez de jeunes femmes tuberculeuses se montrent exagérées pendant la période menstruelle, l'adjonction à la tuberculine de produits ovariens aboutit à l'effet inverse, à l'atténuation de la réaction.

M. Bouveyron a également constaté une augmentation considérable des réactions à la tuberculine par addition d'adrénaline et un résultat opposé de la quinine et d'autres substances (antipyrine, pyramidon).

L'action du mercure sur le système nerveux.

(M. H. Clément. — *Soc. de biologie de Lyon.*)

En Allemagne et en Suède, quelques auteurs ont voulu faire jouer au mercure un rôle dans la production de certains accidents du système nerveux central rencontrés chez les syphilitiques (tabès). Ayant eu pendant la guerre l'occasion d'observer un prisonnier badois atteint de troubles ataxiques qu'il attribuait à son travail dans les mines de mercure, M. Clément entreprit une série de recherches expérimentales sur ce sujet chez le chien. Il a soumis pendant plus de 2 ans un chien à une hydrargyration intensive (injections d'huile grise à doses considérables, etc.) sans qu'il se soit produit aucun trouble cérébro-médullaire.

Antagonisme entre le bacille de Löffler et le pneumobacille de Friedlander

(M. Gaté et Papacostas. — *Soc. de biologie de Lyon.*)

MM. Gaté et Papacostas ont suivi un certain nombre de cas d'angines à bacilles de Löffler et à pneumobacilles associés. Ils ont remarqué la bénignité de ces angines et la disparition rapide alors, du bacille de Löffler.

Se plaçant sur le terrain de l'expérimentation, ces auteurs ont constaté l'antagonisme entre les deux bacilles en question. Le pneumobacille de Friedlander arrête le développement du bacille de Löffler, non par sa seule présence, mais, semble-t-il, par modification du milieu cultural.

Action microbicide des vapeurs de quelques essences.

(MM. A. Morel et Rochaix. — *Soc. de biologie de Lyon.*)

MM. Morel et Rochaix ont étudié, sur divers microbes (méningocoque, Eberth, staphylocoque, bacille diphtérique) l'action microbicide des vapeurs de quelques essences végétales (citron, thym, orange, girofle, lavande, menthe, goménol, eucalyptus, etc.). La base d'appréciation a été le temps d'exposition nécessaire pour tuer les microbes.

Les essences dont les vapeurs ont paru les plus actives sont celles de citron, de thym et d'orange. Toutefois, pour obtenir un effet microbicide définitif, il faut prolonger le contact des vapeurs assez longtemps : 1/4 d'heure pour le méningocoque, 1 heure pour Eberth, de 2 à 7 heures pour le staphylocoque, de 7 à 24 heures pour le bacille de Löffler. Les essences n'offriraient donc, dans la pratique, au point de vue bactéricide, qu'une action d'atténuation.

P. L.

Hydrologie historique (7e série du Dr Molinéry).

(M. Gilbert. — *Académie de médecine.*)

Tour à tour Molinéry a étudié le séjour à Barèges de M. de Maintenon et du fils de Mme de Montespan et de Louis XIV ; le passage à Bagnères de Bigorre de la Princesse des Ursins ; tout dernièrement, il évoquait la haute figure de Th. de Bordeu, hydrologiste et philosophe, intendant général des Eaux d'Aquitaine.

Aujourd'hui, prenant pour thème la famille médicale des Barrié, le Dr Molinéry la suit au travers de près de 4 siècles de médecine. Laissant parler les documents, il nous présente huit générations de père en fils ayant exercé à Luchon la médecine thermale : leur vie, leurs relations avec leurs malades, (les Rohan, les Talleyrand, les Doudeauville, les Mailly, etc.) leurs observations, leur correspondance avec la Société royale de médecine (dont J.-B. Barrié fut membre correspondant à la fin du XVIIIe siècle), les petites intrigues en vue de l'obtention du brevet d'intendant des Eaux de Luchon, la cure du Maréchal de Richelieu, les Barrié et la Révolution, les quatre thèses des Barrié.... sont autant de chapitres de cette curieuse histoire et une contribution non négligeable à l'égard de la vie et de la thérapeutique de nos prédécesseurs.

Une iconographie importante donne un relief particulier à ces notes. Dans l'album soumis, évocateur de temps qui ne sont plus, il est facile de suivre l'évolution des hommes et des choses.

REVUE DES CONGRÈS

XXIe Congrès français d'Urologie

(*Strasbourg,* 3-5 *octobre* 1921).

De l'anesthésie en chirurgie urinaire.

La question de l'anesthésie en chirurgie urinaire, mise à l'ordre du jour du Congrès d'urologie, a fait l'objet d'un rapport de MM. Chevassu et Rathery.

Les reins ne servent qu'accessoirement à l'élimination des anesthésiques généraux, substances volatiles qui s'éliminent surtout par la voie pulmonaire. Ils n'en sont pas moins, comme les autres organes, imprégnés par l'agent anesthésiant, d'où certaines altérations possibles du parenchyme rénal, susceptibles parfois, avec le chloroforme par exemple, d'aboutir à de véritables néphrites aiguës post-opératoires. La part exacte de l'anesthésique dans ces accidents n'est d'ailleurs pas toujours facile à déterminer et à séparer du rôle de la diète, du shock, de l'hémorrhagie, de l'infection, etc.

Le chloroforme, qui est le plus maniable et aussi le moins anodin des anesthésiques généraux, ne convient pas aux rénaux ni aux hypertendus. L'éther a une toxicité moindre. On ne peut cependant pas le recommander chez les congestifs pulmonaires ni les tuberculeux, qui sont nombreux parmi les urinaires. Le protoxyde d'azote, après avoir été très louangé, en Amérique notamment, voit sa vogue diminuer. Le chlorure d'éthyle peut s'appliquer aux courtes interventions. L'adjonction aux anesthésiques de stupéfiants ou d'excitants (morphine, chloral, scopolamine, adrénaline, spartéine, etc.) mérite d'être mieux étudiée qu'on ne l'a fait jusqu'à présent.

Les anesthésies partielles, en dehors de l'anesthésie locale par infiltration et de certaines injections tronculaires, sont, d'une manière générale, incertaines. La cocaïne, la novocaïne, s'éliminent d'ailleurs par le rein, mais paraissent peu toxiques pour lui. L'anesthésie des splanchniques est intéressante, quoique assez obscure encore. L'anesthésie rachidienne, enfin, offre des inconvénients connus.

L'injection uréthrale et vésicale de novocaïne procure une insensibilisation locale appréciable. Mais une cocaïne indispensable, comme disait jadis le professeur Guyon, est celle que l'opérateur a dans la main, au bout des doigts : la délicatesse du doigté.

Les rapporteurs, on le voit, passent une revue surtout des inconvénients des divers procédés d'anesthésie. Aucun, en effet, en chirurgie urinaire ne donne la quiétude complète. On les emploie les uns ou les autres selon les cas et aussi les préférences personnelles.

MM. Hogge (de Liège), Gayet (de Lyon), Doré, Michon, Le Fur (de Paris), Jeanbrau (de Montpellier) présentent quelques considérations confirmatives de ce que nous venons de dire.

Ulcère simple de la vessie.

M. Regnard (de Lyon) rapporte un cas d'ulcère simple de la vessie, chez une femme de 53 ans. La symptomatologie comprenait quelques hématuries terminales et une légère pollakiurie. Guérison après curetage.

M. Le Fur rappelle que, dans sa thèse, consacrée à l'ulcère simple de la vessie, il a distingué trois formes de cette affection : l'ulcération superficielle, l'ulcère chronique incrusté, et l'ulcère aigu perforant. Leur traitement est très différent : dia-

thermie dans la première variété, curetage dans la seconde, suture dans la troisième.

Purpura vésical.

M. Villemin (de Nice) relate une observation de purpura vésical. Au cours d'une crise de cystalgie, l'auteur trouva à la cystoscopie des taches purpuriques sur la muqueuse vésicale. Huit jours après, apparition sur les membres inférieurs de taches discrètes de purpura. La malade était sujette à des crises analogues depuis une trentaine d'années.

Cancer consécutif à une cystite prolongée.

M. Pasteau (de Paris) a vu un cancer se développer dans une vessie au cours d'une cystite prolongée et il se demande si l'on peut établir des relations entre l'inflammation et le développement ultérieur des néoplasmes vésicaux.

Traitement du cancer de la prostate par le radium.

M. Desnos (de Paris) s'est servi du radium, depuis 1908, pour le traitement du cancer de la prostate. Chez 44 malades, il a obtenu 12 guérisons, 15 améliorations persistantes, 11 états stationnaires, 6 aggravations. Le procédé de choix, selon lui, paraît être l'incision périnéale permettant d'implanter méthodiquement les aiguilles radifères.

M. Le Fur emploie la voie hypogastrique. Sur 22 cas, il a eu 26 % de guérisons, du moins momentanées.

Infections urinaires à staphylocoques et vaccinothérapie.

M. Le Fur pense que l'on tend actuellement à accorder trop d'importance au coli-bacille dans les infections urinaires. Le staphylocoque joue aussi, en pareil cas, un rôle important, seul ou en association, d'où l'indication de la vaccinothérapie anti-staphylococcique dans nombre de cas d'infection urinaire. On s'adressera aux vaccins polyvalents ou aux polyvaccins, selon les circonstances.

Les faux neurasthéniques génito-urinaires.

La neurasthénie tient une certaine place dans la pathologie génito-urinaire. MM. Courtade et Heitz-Boyer montrent qu'il ne faut poser le diagnostic de neurasthénie des voies urinaires qu'après un examen très minutieux. Sinon, on qualifie de neurasthénie des états qui ont à leur base des lésions (rein mobile, formations polypoïdes de l'urèthre) curables.

Fréquence des complications blennorrhagiques suivant le traitement.

M. Maringer (de Paris), se basant sur l'examen de 600 blennorrhagies chroniques, estime que le traitement qui donne le moins de complications (6 %) est celui de Janet, et le traitement qui donne le plus fort pourcentage (24 %), celui par l'attente et les opiacés,

La culture du sperme et l'auto-vaccination dans la blennorrhagie,

M. Lebreton (de Paris) revient sur la méthode de dépistage des porteurs de germes gonococciques, qu'il a préconisée (par la culture du sperme), et sur les auto-vaccins en thérapeutique blennorrhagique. Sur 91 cas de blennorrhagie chronique où l'examen direct de la sécrétion uréthrale était négatif, la culture du sperme a été positive 56 fois. La culture du sperme est donc un moyen important de diagnostic et de contrôle de la guérison. L'auto-vaccination, d'autre part, constitue une arme précieuse à adjoindre au traitement local dans la blennorrhagie aiguë ou compliquée.

M. Maringer a obtenu avec le vaccin de Demonchy des résultats supérieurs à ceux des autres vaccins, dans les lésions chroniques principalement.

Orchite à coli-bacilles.

M. Heitz-Boyer a observé deux cas d'orchite survenant chez des sujets atteints de syndrome entéro-rénal, d'ailleurs méconnu. Ces orchites semblaient primitives et avaient été prises pour des orchites tuberculeuses.

La présence de pus à coli-bacilles dans les urines conduisit l'auteur à penser à une origine colibacillaire des accidents épididymaires, opinion qui se trouva confirmée. Certains cas d'orchite mal déterminés pourraient sans doute ainsi s'expliquer.

P. L.

BIBLIOGRAPHIE CRITIQUE

Revue des Livres

FASQUELLE, 11, rue de Grenelle.

Alfred Jarry. — **Ubu Roi.**

Notre excellent confrère le Dr Jean Saltas, ami d'Alfred Jarry, prématurément enlevé aux belles-lettres françaises, a eu la pieuse pensée de rééditer, trente ans après, l'œuvre principale de ce dernier : Ubu Roi.

Jarry écrivit Ubu-roi à 15 ans et son coup d'essai fut un coup de maître. Comme le dit très bien Saltas, dans sa préface, cette bouffonnerie, cette « guignolade » écrite pour un théâtre de marionnettes, tient à la fois, malgré son incohérence voulue, d'Aristophane, de Rabelais et de Shakespeare.

Le père Ubu restera un type, comme Don Juan, Tartufe, Hamlet et Panurge.

Ubu-roi est plus que jamais d'actualité. Combien de pays n'administre-t-il pas depuis la guerre ? Et les méthodes de ce « maître des phynances » paraissent avoir été adoptées dans plus d'une de nos administrations.

Nous remercions vivement notre confrère Jean Saltas de nous avoir offert le plaisir de relire Ubu-Roi.

J. N.

Revue des Thèses

Paris

P. — Dr Paul-Réné Ferrand. — **De l'hypertonie du pneumogastrique dans l'asthme.** (Ollier-Henri, 26, rue Monsieur-le-Prince, Paris (VIe), 1921.)

Cette thèse, inspirée par notre distingué collaborateur, M. C. Lian, médecin des hôpitaux, permet de mettre en relief les constatations suivantes :

La crise d'asthme est sous la dépendance d'une forte excitation du pneumogastrique, déclanchée par un facteur d'apparition brutale. Cette violente perturbation pneumogastrique peut être créée de toutes pièces par ce même facteur provocateur de la crise, mais, le plus souvent, sinon toujours, elle n'est que l'exagération momentanée d'une hyperexcitabilité pneumogastrique, qui préexiste à l'apparition de l'asthme.

L'hypervagotonie est tantôt congénitale, tantôt acquise, et, parmi ses causes les plus nettes, il faut faire intervenir les irritations répétées du territoire des filets sensitifs du pneumogastrique, et de beaucoup les plus fréquentes, les irritations des territoires broncho-pulmonaires.

L'asthme est l'expression symptomatique d'un processus d'ordre mécanique ou toxique. Il est difficile d'expliquer comment les facteurs toxiques ou mécaniques permanents sont susceptibles de ne se traduire que par des manifestations paroxystiques.

Toutefois, la notion fortement établie aujourd'hui du choc hémoclasique permet d'envisager ce choc comme étant le facteur déterminant de la crise d'asthme, dans la plupart des cas, et, peut-être, dans tous les cas.

En ce qui concerne la thérapeutique :

Contre le facteur anaphylactique, il est permis d'envisager que dans un avenir prochain les méthodes antianaphylactiques, dont l'étude est à l'ordre du jour, seront suffisamment au point pour que tous les troubles résultant du choc hémoclasique, et parmi eux l'asthme, soient efficacement combattus.

Contre l'hypervagotonie : en attendant ce jour, il résulte de cette étude que les efforts thérapeutiques doivent être portés contre l'hypervagotonie. La belladone, par son action sur le pneumogastrique est le médicament de l'asthme par excellence. Elle doit être utilisée de parti pris chez les asthmatiques, comme traitement de fond ; elle donne chez ces malades, employée à doses suffisantes, jusqu'à avoisiner l'effet toxique, des résultats absolument remarquables. Les crises elles-mêmes relèvent plutôt de l'adrénaline, traitement d'urgence plus rapide et plus efficace en ces circonstances. Mais il est infiniment plus rationnel de s'attacher à empêcher l'apparition de ces crises, plutôt que de les attendre pour les combattre. La belladone est le médicament le plus approprié qui soit pour atteindre ce résultat.

P. — Dr Maurice Boucaud. — **L'inégalité pupillaire pure chez les syphilitiques.** (Paris, Jouve et Cie, éditeurs, 1921.)

L'inégalité pupillaire pure constatée chez les syphilitiques n'est pas, dans nombre de cas, fonction de syphilis mais d'une *affection concomitante*, ou d'une *lésion cicatricielle du dôme pleuro-pulmonaire.* Parmi les causes multiples susceptibles de l'engendrer, les *affections pleuro-pulmonaires en général* et la *tuberculose apicale en particulier*, occupent une place importante.

Chez les sujets à la fois *syphilitiques et tuberculeux*, elle accompagne souvent une *adénite sus-claviculaire*, qui traduit la *sclérose des sommets* (ces deux symptômes étant associés ou non à d'autres signes du *syndrome de la pleurite du sommet*). La tuberculose revêt ici l'aspect clinique particulier du type *fibreux, torpide, apyrétique, avec hypertension et tendance aux hémoptysies.*

On peut dire avec le Dr Sergent, envisageant les cas que nous venons d'étudier : « L'inégalité « pupillaire simple, constatée chez un syphilitique « avéré, n'a donc avec la syphilis qu'un rapport « indirect ; elle est un effet de la pleurite apicale « liée à la tuberculose pulmonaire développée à « la faveur de la syphilis ; elle n'est pas directement causée par la syphilis et n'a aucune « relation avec une lésion évolutive des centres « nerveux (tabes ou paralysie générale).

« La valeur diagnostique et pronostique de « ces constatations sémiologiques est assez importante pour que cette cause d'inégalité pupillaire chez les syphilitiques soit fortement « soulignée. On pourrait presque dire que c'est « parce que la pleurite du sommet est très fréquente chez les syphilitiques qu'on a fait de « l'inégalité pupillaire simple un indice révélateur de la syphilis ». E. Sergent (Académie de Médecine, 11 mars 1919).

PARTIE PROFESSIONNELLE

Société civile du « Concours Médical »

Assemblée générale du 20 novembre 1921.

M. Noir, vice-président faisant fonction de président, ouvre la séance à cinq heures et demie. Prennent place au bureau MM. Gassot, Maurat, Vimont, Boudin, Duchesne.

M. Noir lit un article sur le Dr Mignen, de Montaigu, fondateur du premier syndicat médical, qui vient de mourir (1).

Approbation des comptes.

M. Maurat, trésorier, donne lecture des comptes financiers de l'exercice écoulé, qui se présentent comme suit :

Exercice du 1er octobre 1920 au 30 septembre 1921.

CAPITAL INDISPONIBLE.

Au 1er octobre 1920, le capital indisponible se décomposait comme suit :

Portefeuille	51.091 27
Espèces	1.866 08
	52.957 35

Depuis cette époque, les modifications suivantes sont survenues :

1° 17 actions « Financière médicale ont été remboursées pour le prix de	1.700 »
2° 21 obligations « Maison de santé de la Plaine Monceau » pour le prix de	10.500 »
Ce qui nous a donné une somme à remployer de	12.200 (2)
D'autre part, nous avons acheté : 10.000 fr. de Bons du Trésor à 2 ans	9.700 »
Il nous reste donc une somme de	2.500 »

à ajouter à notre Capital indisponible.

Notre capital indisponible se trouve donc modifié de la facon suivante :

Portefeuille	50.276 27
Espèces	4.366 08
	54.642 35

CAPITAL DISPONIBLE.

Recettes.

Au 1er octobre 1920, l'avoir était de	6.186 29
Pendant l'exercice, les sommes versées à titre de Don à la Société pour bons offices du journal *Le Concours médical* se sont élevées à	1.076 90
Produit des insertions aux « Demandes et Offres » dans le *Concours médical*	865 »
Intérêts du Portefeuille	2.411 99
Produit du service des remplacements	1.537 90
Total	12.078 08

Dépenses.

Frais supplémentaires du banquet	2.049 70
Office de renseignements et contentieux	1.200 »
Droits de garde de titres à la Société générale	81 »
Indemnité au Trésorier	800 »
Indemnité au secrétaire	50 »
Jetons de présence du Conseil	500 »
Souscription en faveur du Dr Brès	50 »
Participation aux frais de la palme déposée sur la tombe du Dr Gairal	338 50
Frais d'une couronne déposée sur la tombe du Dr Jeanne	532 »
Total	5.601 »

Recettes	12.078 08
Dépenses	5.601 »
	6.477 08

L'avoir de la Société se décompose donc comme suit au 1er octobre 1921 :

Capital indisponible	54.642 53
Capital disponible	6.477 08
Total	61.119 43

Personne ne demandant la parole, M. le Président met aux voix l'approbation des comptes qui précèdent.

Ils sont adoptés à l'unanimité.

Le Service médical des hôpitaux. — L'admission des malades aisés. — La rémunération du médecin d'hôpital.

M. Paul Boudin rappelle que le *Concours* a publié, il y a quelque temps (n° du 24 juillet, p. 2107) des extraits du nouveau règlement modèle des hôpitaux, tel qu'il a été arrêté par le Conseil supérieur de l'assistance publique dans sa session de juin dernier. D'après ce règlement, les indigents seuls, en principe, doivent être admis à l'hôpital, mais celui-ci peut recevoir des malades payants, de condition modeste, à défaut de maison de santé privée dans la commune, ou en cas d'urgence.

Le droit pour les médecins et chirurgiens d'hôpitaux de réclamer aux malades payants des honoraires est reconnu expressément. Un accord doit intervenir à cet effet entre le corps médical et la Commission administrative de l'hôpital. Il peut même être donné aux médecins étrangers à l'hôpital le droit de venir y soigner leurs malades payants.

(1) Cet article forme le Propos du jour du n° 48, du 27 novembre.

(2) Ces titres avaient été achetés au prix de 10.515 fr. il en résulte donc un boni de 1.685 fr.

Sur demande de M. Harlet, M. Paul Boudin précise que le règlement est actuellement définitif, mais n'a pas encore été promulgué. Il sera publié intégralement dans l'Agenda-Memento de 1922, qui paraîtra prochainement.

M. Decourt demande si le règlement est obligatoire pour les hôpitaux.

Me Gatineau. — Si les Commissions administratives refusent d'adopter certaines de ses dispositions, les intéressés ont le droit de s'adresser au Préfet, puis au Ministre.

M. Vimont fait remarquer que, actuellement, dans les hôpitaux de Paris, les sommes qui sont versées par certains malades ne sont pas considérées comme un paiement d'honoraires, mais comme une indemnité de remboursement de frais matériels.

M. Quivy. — Depuis le 1er septembre, dans les hôpitaux de Paris, les malades externes non indigents doivent payer les interventions de radiologie au tarif Breton. L'indemnité est touchée par l'Assistance. Les chefs de laboratoires de radiologie ont d'ailleurs refusé de toucher une partie des honoraires ainsi versés, à condition que les sommes soient affectées à l'amélioration de leur laboratoire. Mais ce nouveau régime a cependant pour effet que les clients, au lieu de payer à l'hôpital, qui ne leur délivre d'ailleurs pas d'épreuve, mais seulement une courte note, préfèrent s'adresser en ville à un radiologue de leur choix.

M. Vilpelle. — A l'hôpital de Meaux, le tarif Breton est appliqué aux malades non indigents, et le radiologue perçoit un tant pour cent sur les sommes ainsi touchées par l'administration.

Les assurances sociales. — Les soins médicaux aux assurés.

M. Duchesne. — Messieurs, depuis quelques mois, il ne se passe guère de semaine sans que le *Concours médical* ne consacre quelques-unes de ses colonnes à l'assurance sociale. Noir et Gassot ont à plusieurs reprises précisé dans quel esprit cette question y était traitée. Le *Concours médical* est une Société d'études. Il étudie donc, dans une collaboration constante et étroite entre ses dirigeants et ses lecteurs, et il publie les résultats de ses travaux.

Mais il est bien entendu qu'il n'entend nullement se substituer, pour l'action, au corps médical organisé et représenté par l'Union des Syndicats. Quand le corps médical aura décidé dans quel sens l'action doit être menée, le *Concours médical* et ses rédacteurs s'inclineront devant cette décision.

Ceci dit, il est un premier point qu'il importe de mettre hors de toute discussion, c'est le principe même de l'assurance sociale. Cette vaste entreprise tend à réaliser pratiquement tout à la fois la solidarité et la prévoyance ; nul n'en conteste l'intérêt, la grandeur et la beauté.

Entrons maintenant dans l'examen des possibilités de réalisation. La branche de l'assurance sociale qui sollicite le plus notre attention est la branche maladie. Elle ne peut se passer, en effet, du médecin ; le médecin en est le pivot essentiel. Comment le médecin peut-il donc apporter sa coopération au fonctionnement de l'assurance-maladie ?

Pour organiser les soins médicaux aux assurés sociaux, plusieurs systèmes sont proposés.

C'est tout d'abord celui que j'appellerai le *Syndicalisme intégral.* Il existe en Alsace-Lorraine et nous savons, par les enquêtes auxquelles se sont livrés Lafontaine et Quivy d'un côté, Lacroix, de l'autre, comment il se comporte.

Le Syndicat reçoit des Caisses d'assurances les allocations forfaitaires avec lesquelles il rémunère *ses* médecins au prorata de leur travail. Ces médecins sont véritablement les fonctionnaires du Syndicat, qui a pleins pouvoirs sur eux, qui leur donne des ordres impératifs, qui dispose même de sanctions sévères envers ceux qui commettent des infractions au règlement qu'il a édicté. Je me hâte d'ajouter que nos confrères alsaciens-lorrains, loin de se plaindre de leur situation, souhaitent en grande majorité que ses bienfaits (!) soient étendus aux médecins de l'intérieur.

Quant aux malades, nous savons qu'en dehors de l'hôpital, ils sont singulièrement soignés, à moins qu'ils ne soient pas soignés du tout.

A l'opposé de ce système, on peut en concevoir un autre dont je me suis fait le défenseur, et que j'appelle le *régime de la liberté dans le cadre syndical.*

Le malade a le libre choix de son médecin qu'il *honore directement sans aucune intervention d'un tiers.*

Il reçoit des Caisses des allocations journalières qui lui permettent de faire face à tous les frais qu'entraîne l'état de maladie.

Les Caisses ont le droit incontestable de se rendre compte de la manière dont l'argent qu'elles versent est utilisé. Elles exercent un contrôle sur celui qui reçoit l'allocation, c'est-à-dire sur le malade.

Le rôle du syndicat consiste à régler les rapports des médecins entre eux, à établir des tarifs régionaux ou locaux s'appliquant à toute la clientèle sans distinction, et qui peuvent comprendre un chapitre spécial pour les assurés sociaux, mais sans aucun autre caractère impératif qu'un minimum ; à aider l'assurance à exercer son contrôle sur les assurés ; à constituer des commissions arbitrales destinées à trancher les conflits qui pourraient surgir entre Caisses, assurés et médecins.

Enfin, un troisième *système*, qu'on peut qualifier de *mixte*, met en pratique la *formule lyonnaise.* Le Syndicat traite avec l'assurance à l'aide du contrat collectif, sur les bases du libre choix, de la rémunération à la visite, sans forfait, par la Caisse, avec ticket modérateur. Le libre choix est limité nécessairement à ceux qui auront adhéré à ce contrat.

Puisque le médecin est payé par l'Assurance sous le couvert du Syndicat, celle-ci a, comme précédem-

ment, le droit de faire contrôler l'usage fait de son argent par celui qui le reçoit.

Sous quelle forme, dans quelles limites, pour quel objet déterminé, ce contrôle pourra-t-il s'exercer sur le médecin ?

C'est ce qui me préoccupe. Je vois en effet dans ce contrôle une porte grande ouverte à l'arbitraire et à la tyrannie, je me suis déjà servi de cette expression et je n'hésite pas à récidiver.

Que l'idéal de l'Assurance-maladie soit la qualité des soins médicaux, à cela, théoriquement, je ne trouve rien à redire. Mais, si j'envisage la réalisation pratique de cet idéal, je suis effrayé, car j'y vois immédiatement une immixtion possible dans le domaine de la conscience professionnelle.

Quel est donc le critère de la qualité des soins médicaux ? Quand et comment peut-on dire, — la faute lourde mise à part — qu'un malade est bien ou mal soigné ?

La science médicale n'a rien de la rigueur ni de la précision des sciences exactes. Ce n'est pas d'aujourd'hui qu'Hippocrate dit *oui* quand Galien dit *non*.

A la vérité, le meilleur et le vrai contrôleur du médecin, c'est son malade. C'est lui qui peut dire s'il estime avoir été ou non bien soigné. Et il suffit qu'il croie que la qualité des soins qu'il a reçus est irréprochable pour qu'il soit satisfait. Or, la base de cette croyance, c'est la confiance, la foi. De telle sorte qu'en définitive, le stimulant essentiel du médecin, c'est le désir qu'il a de mériter et de conserver la confiance de son malade. C'est ce désir qui l'incite à faire tous les efforts nécessaires pour *réussir*, parce qu'à côté des satisfactions morales qu'il en éprouve, il en tire des avantages matériels dont sa vie dépend, s'il n'a pas de fortune personnelle. D'où, comme conséquence, la nécessité de rapports directs et exclusifs entre malade et médecin pour le règlement des honoraires. La sanction efficace que peut prendre un malade contre son médecin, si celui-ci ne le satisfait pas, c'est de l'abandonner pour en choisir un autre.

Il n'en est pas moins vrai cependant que la qualité des soins repose en partie sur l'utilisation judicieuse de toutes les ressources que le progrès met à la disposition de l'homme de l'art. On a dit, ici et là : le médecin ne peut plus être un isolé. D'accord. Il ne peut se passer de recourir aux procédés modernes de diagnostic et de traitement qu'il doit connaître. Aussi, devons-nous souhaiter la multiplication des centres de diagnostic, construits sur le modèle de la maison médicale d'Agen ou du centre de Paris tout récemment organisée.

Bien plus, le centre de diagnostic ne doit être qu'une étape vers la maison de cure. L'avenir de la médecine est tout entier dans l'hospitalisation du malade en maison de santé, payante ou non, selon sa situation sociale.

Là encore, le Syndicat a un rôle considérable à jouer. C'est lui qui doit prendre l'initiative de la création de ces deux organismes.

Cette opinion commence à se répandre ; le principe même qu'elle énonce rencontre de multiples adhésions. Mais où l'on hésite, c'est sur la façon dont les ressources nécessaires à la mise en pratique seront trouvées. Certains confrères comptent sur les bénéfices faits par les Caisses d'assurances, pour y pourvoir.

Pense-t-on que les Caisses livreront ainsi des subsides sans se réserver le droit de vérifier l'usage qui en sera fait ? Or, ne peut-on craindre, là encore, qu'elles veulent en rester maîtresses ? Ce sont des conflits en germe, et je redoute pour le médecin un abaissement qu'il ne peut accepter. Centres de diagnostic, maisons de cure, il doit en être le *maître*, sinon il en sera l'*employé*.

Telles sont, Messieurs, les réflexions que j'ai cru devoir vous exposer. Il appartient désormais au corps médical de se prononcer librement. Quelle que soit sa décision, nous nous inclinerons devant elle.

Et s'il advenait que la majorité du corps médical exprimât demain ses préférences pour une organisation de soins qui ne serait qu'une fonctionnarisation plus ou moins déguisée, nous nous inclinerions encore, mais la mort dans l'âme, car ce jour-là, nous assisterions à l'enterrement du libéralisme qui, jusqu'à présent, a été considéré comme l'apanage primordial de notre profession.

Mais je ne puis croire à une pareille abdication qui serait le désastre de la médecine française. Au *Concours médical*, j'ai crié : « Vive la liberté ! » ; à l'Union des Syndicats, on crie : « Nous sommes des hommes libres ! » Ces deux clameurs se confondent en une seule et même aspiration vers le maintien de la dignité et l'indépendance du praticien. C'est sur les espoirs consolants que fait naître en moi cette concordance que je termine cette causerie faite librement, devant des confrères, libres désormais de prendre, en toute connaissance de cause, leurs responsabilités. (*Applaudissements.*)

M. Quivy. — Si la loi est votée, donnant aux assurés les soins gratuits, quelle sera la ligne de conduite du Corps médical ? Croyez-vous que le régime de la liberté sera alors applicable ?

M. Mignon. — Il sera appliqué si les médecins s'engagent tous à ne pas marcher et restent unis pour exécuter leurs engagements.

M. Duchesne. — C'est ce que j'allais dire.

M. Decourt pense qu'il faut éviter ce qui s'est passé en Angleterre où les médecins, après avoir décidé de ne pas connaître la loi, ont, une fois celle-ci votée, accepté son régime, qui est pour eux très tyrannique. Ils sont donc maintenant soumis à un contrôle administratif et technique, par des supérieurs hiérarchiques à divers degrés, comme dans la médecine militaire, et aux plaintes que les clients peuvent toujours porter contre eux, et qui doivent toujours être suivies d'une enquête, et d'une déci-

sion avec plusieurs degrés de juridiction possibles.

Ce qui est préférable est certainement la liberté dans le Syndicat, mais, dans l'incertitude des dispositions de la loi future, il semble que le corps médical devrait s'efforcer d'obtenir le contrat collectif local, le libre choix du médecin, le tarif à la visite sans forfait et, pour empêcher autant que possible les abus, le ticket modérateur, suivant le système lyonnais, laissant à la charge de l'assuré une part importante des honoraires, la moitié par exemple.

M. Levassort partage en principe les idées de Duchesne sur la liberté, mais il est d'avis que le corps médical doit craindre une fausse manœuvre et s'efforcer d'imposer au Parlement sa collaboration dans l'élaboration de la loi. Il a lu avec grand intérêt l'enquête de MM. Lafontaine et Quivy, mais il ne s'en dégage à ses yeux aucun système à préconiser. Il faudrait avoir une ligne de conduite. En ce qui concerne l'Association générale, elle marchera d'accord avec l'Union, car il faut avant tout éviter la division.

M. Quivy. — Nous n'avons pas encore d'opinion. Notre ligne de conduite sera tracée par l'Assemblée générale de l'Union.

M. Kopp déclare que, comme Alsacien, il se rend parfaitement compte que le médecin de la vieille France ne peut accepter ce qu'accepte le médecin allemand, ou même le médecin alsacien. Dans le régime alsacien, les assurés sont soignés comme un bétail humain, et il est impossible d'introduire ce régime tel quel en vieille France. Il faut donc que le corps médical obtienne une organisation de soins conforme à la mentalité française, tant à celle des médecins qu'à celle des malades, avec une paperasserie réduite, mais cependant avec des garanties de contrôle.

M. Quivy. — Nous avons bien une opinion personnelle, mais nous la réservons pour l'Assemblée générale de l'Union ; il faut auparavant que les médecins donnent la leur dans leurs Syndicats. Il ne faut pas trop se hâter ; il faut étudier la question avant d'adopter une tactique.

Ceux qui préconisent le système simpliste de la liberté complète, et M. Duchesne le premier, le font sans doute parce qu'ils ne connaissent pas suffisamment la question dans toute sa complexité.

M. Kopp. — Les syndicats médicaux fonctionnent généralement bien en province et représentent réellement le corps médical. Il n'en est pas de même à Paris, où la plus grande partie des médecins ne sont pas syndiqués. C'est pourquoi il est utile de fonder une Fédération *parisienne*, car, en cette grave occurrence, il faut réunir tous les concours.

M. Decourt. — Une telle Fédération peut être inutile, attendu qu'il y a déjà deux syndicats. On a vu d'ailleurs que, dans le différend concernant le tarif des mutilés, certaines organisations médicales à côté ont joué le rôle de mouches du coche et ont failli faire échouer la résistance menée par l'Union. Après le retrait de ces organisations, les choses se sont arrangées très facilement.

M. Kopp. — Ces mouches du coche n'auraient pas existé s'il y avait eu une Fédération pour diriger leur action. Pour représenter le bloc médical, y compris les non syndiqués, cette Fédération est nécessaire.

M. Vimont ne conçoit pas cette Fédération qui, à côté des syndicats, grouperait des associations comprenant des antisyndicalistes ou composées pour poursuivre un but qui n'a rien de professionnel et dont les membres pourraient voter deux fois de façon différente, parce qu'ils appartiendraient en même temps à deux groupements différents,

M. Duchesne. — De toute cette discussion, une conclusion doit se dégager. Nous remuons des idées, nous les choquons les unes contre les autres, dans l'espoir de nous éclairer.

Personnellement, je n'ai pas la prétention de détenir la vérité absolue. Mais, j'ai la prétention d'apporter la plus entière bonne foi dans mon désir de m'en rapprocher le plus possible, à la lueur des faits.

Vous m'avez dit, mon cher Quivy, que je ne connais pas la question. Le problème, dites-vous, est infiniment plus vaste et plus grave que je ne semble le soupçonner. Détrompez-vous, j'en discerne toute la gravité. Ce n'est rien moins que l'avenir de la profession médicale qui est en jeu. Decourt nous rappelait tout à l'heure que la C. G. T. demande que le bénéfice de l'Assurance soit étendu à tous les salariés, jusqu'à 20.000 francs. Il aurait pu ajouter qu'elle demande en outre que les ressources de l'Assurance ne soient plus constituées par des versements en partie individuels, mais qu'elles résultent d'un impôt perçu sur tout l'ensemble des contribuables.

Ne nous le dissimulons pas : l'évolution sociale paraît nous conduire indiscutablement vers la fonctionnarisation de la médecine.

C'est cette perspective que je redoute, non pour moi, dont la vie est aux trois quarts écoulée, mais pour ceux qui viendront après moi.

C'est cette perspective qui m'a incité à chercher le moyen de reculer le plus possible une échéance que je ne puis croire fatale. Si, comme je le pense, nous sommes d'accord sur cette menace, laissez-moi vous adjurer, vous qui êtes l'un des dirigeants de l'Union des Syndicats, vous dont je connais la vaillance, la ténacité et la persévérance, de faire tous vos efforts pour que soit sauvegardée la dignité et l'indépendance du médecin.

Pour clore la discussion j'émets le vœu suivant :

« *La Société civile du* Concours Médical *réunie en Assemblée générale, le* 20 *novembre* 1921, *exprime le*

vœu que l'organisation des soins médicaux de l'Assurance sociale respecte la dignité et l'indépendance du médecin.

M. Quivy. — Et sa liberté !

M. Duchesne. — Et sa liberté. Nous sommes d'accord.

Ce vœu est adopté à l'unanimité.

MÉDECINE SOCIALE

Le médecin et les lois sociales nouvelles.

L'assurance-maladie obligatoire en Alsace-Lorraine telle que je viens de la voir.

Par le Dr P. Lacroix.

(*Suite.*) (1).

Dans le groupe des assurances sociales alsaciennes obligatoires, l'assurance-maladie dont nous avons parlé dans le dernier numéro du *Concours*, règle le statut des malades : c'est elle qui intéresse, au premier chef, le médecin. La seconde assurance, qui vise l'invalidité, règle le statut des chroniques, sans les soigner d'ailleurs, sauf à titre préventif. Elle est liée trop intimement aux questions médicales toutefois pour que nous la passions sous silence. En voici le fonctionnement, d'après la même interview de M. Guyot, le très compétent directeur général de l'Office des assurances sociales à Strasbourg.

L'assurance obligatoire, invalidité-vieillesse.

(Extrait du *Journal d'Alsace et de Lorraine*, nº du 20 octobre 1921.)

La seconde assurance sociale obligatoire en Alsace et Lorraine est au profit des invalides, des vieillards, des veuves et des orphelins.

La loi garantit à l'assuré : sans condition d'âge, une rente en cas d'invalidité partielle le rendant incapable de gagner le tiers du salaire normal ; à 65 ans, une rente provisoire jusqu'à ce qu'il soit reconnu invalide ; en cas de décès, la reversibilité partielle de la rente d'invalidité qu'il avait ou à laquelle il aurait eu droit, au profit de sa veuve devenue invalide, et de chacun de ses orphelins jusqu'à l'âge de quinze ans. En outre, la loi donne aux assurés et à leurs veuves les moyens d'obtenir gratuitement les traitements préventifs ou curatifs susceptibles de leur éviter les maladies incurables ou les infirmités prématurées.

Rentes d'invalidité. — Est reconnu invalide quiconque n'est plus en état de gagner *le tiers* de ce que les personnes de même situation gagnent d'ordinaire, par leur travail, dans la même région.

Les rentes accordées jusqu'à présent ne dépassaient pas une moyenne de 220 fr. par an. Mais, depuis le 1er janvier 1921, la rente minima est d'environ 380 fr. et la rente moyenne de 500 fr., y compris la part de l'État. Elle pourra aller jusqu'à 1.100 fr. environ. Le chiffre varie avec le nombre et le montant des cotisations versées. Il est tenu compte des charges de famille par une majoration de 1/10 pour chaque enfant âgé de moins de 16 ans.

La condition première pour obtenir une rente d'invalidité est le versement préalable d'au moins 200 cotisations hebdomadaires, soit un délai de quatre ans. Mais les semaines de maladie et de convalescence comptent comme cotisations en espèces jusqu'à 52 (un an) pour la même maladie ; de même les semaines de service militaire, celles-ci sans limite, à condition, dans les deux cas, que l'assuré ait auparavant commencé de cotiser comme salarié dans une profession stable. Ainsi l'assurance est obligatoire à seize ans ; dès l'âge de vingt ans, l'assuré peut obtenir sa rente s'il est invalide, puisque les cotisations exigées s'accumulent, qu'il travaille, qu'il soit malade ou qu'il soit mobilisé.

D'autre part, l'assuré qui interrompt le travail, ou qui sort des cadres de l'assurance, peut toujours continuer personnellement à cotiser, pourvu qu'il ait déjà 100 cotisations acquises. Pour sauvegarder ses droits, il lui suffit de verser 20 cotisations à 80 centimes soit en tout 16 fr. tous les deux ans

Rentes de survivants. — La réversibilité de la rente d'invalidité sur la veuve devenue elle-même invalide, et sur les orphelins n'ayant pas plus de 15 ans, date de 1911. Améliorée en 1916, elle est aujourd'hui, pour la veuve, des 3/10 de la rente d'invalidité due par l'Institut d'assurance, et des 3/20 pour chaque orphelin, plus une quote-part de l'État. — La rente de veuve va de 150 fr. à 350 fr. ; la rente d'orphelin de 73 fr. à 175 fr. par tête. — Ces rentes de survivants se cumulent entre elles, depuis 1916, sans limitation, quel que soit le nombre des orphelins.

Rentes de vieillesse. — Une rente est accordée à 65 ans, à défaut de la rente d'invalidité, et jusqu'à ce que celle-ci soit acquise. Elle est en moyenne de 440 fr. actuellement. Elle comporte le versement de 1200 cotisations préalables (30 ans de versement).

A la fin de 1919, l'Institut d'assurance-invalidité et la Caisse de pensions des Chemins de fer d'Alsace et de Lorraine servaient en tout 23.648 rentes d'invalidité, 4417 rentes de vieillesse, 1878 rentes de veuves, 7430 rentes d'orphelins. Ces rentes représentent près de douze millions d'arrérages annuels.

Traitement préventif et curatif des assurés. — Les Instituts d'assurance-invalidité ne constituent pas seulement des rentes. Ils peuvent consacrer 10 p. cent de leurs cotisations pour le traitement des assurés prédisposés à l'invalidité et surtout à la

(1) Se reporter aux numéros 47 (20 nov. 1921) et 49 (4 décembre 1921) du *Concours médical*.

tuberculose, par suite de longue maladie, de surmenage excessif, de constitution débile, etc.

L'Institut de Strasbourg possède deux sanatoria dans les Vosges, où il dispose d'environ 250 lits. Les cures sont en principe de dix semaines. D'autres établissements privés sont aussi utilisés. Cette année, jusqu'à fin août, un millier de personnes avaient bénéficié d'une cure, non compris celles traitées à la maison de convalescence de Schirmeck. En tout, 1616 cures de diverses natures avaient été données à cette date. Les services de traitements curatifs vont d'ailleurs être développés et l'intervention des différentes institutions sociales va être coordonnée, en liaison avec l'action des dispensaires publics ou privés. Cette organisation a été mise à l'étude par l'Office général, à la démarche de son comité technique et de son président M. Jourdain.

En outre, les Instituts d'assurance-invalidité peuvent prendre à leur charge, en tout ou en partie, les frais d'appareils de prothèse, de cures balnéaires, de bains spéciaux, etc. ; subventionner les œuvres qui luttent contre les maladies sociales. L'Institut de Strasbourg peut consacrer plus de deux millions par an aux cures préventives pour ses assurés. D'autre part, son patrimoine est placé, pour trente millions au moins, en prêts au profit des habitations ouvrières et d'autres œuvres sociales.

Les cotisations. — Les cotisations fixées en 1911, pour l'assurance-invalidité expiraient, d'après la loi, le 31 décembre 1920. Elles ont été fixées de nouveau par un décret du 17 novembre 1920 en tenant compte de l'accroissement des dépenses depuis 1910 et de l'augmentation des rentes devenue nécessaire.

Ces nouvelles cotisations ont été calculées avec un pourcentage sensiblement égal à celui admis en 1910, soit 2,5 p. cent du salaire moyen. Ce pourcentage est établi sur l'ensemble des salaires inférieurs à 5.000 fr. la cotisation ne progressant pas pour les assurés qui reçoivent un salaire supérieur à ce chiffre. Les cotisations sont de 0 fr. 80, 1 fr. 20, 1 fr. 60, 2 fr., 2 fr. 40, par semaine, elles sont payées par moitié par l'employeur et l'assuré.

Charges totales de l'Assurance obligatoire maladie et invalidité. — La cotisation totale obligatoire pour l'assurance-maladie et l'assurance-invalidité ne dépasse pas 7 p. cent, pour l'ensemble des salaires inférieurs à 5.000 fr. par an. Pour les salaires de 5.000 fr. et au-dessus, elle reste uniforme. Le maximum de la cotisation pour l'assurance ouvrière n'excède donc pas normalement 365 fr. par an.

Voici le taux des cotisations maxima correspondant aux différents salaires et supposant des versements réguliers pendant toute l'année :

Salaire annuel	Maladie	Invalidité	Total
—	—	—	—
2.000	90	57 60	147 60
3.000	135	76 80	211 80
4.000	180	96 00	276 00
5.000	245	115 20	360 00

Pour les caisses de malades prenant 20 fr. comme limite du salaire de base quotidien (6.000 fr. par an), la cotisation-maladie est portée à 270 fr. et la cotisation totale à 385 fr.

(*A suivre.*)

***

Permettez-moi de joindre mon mot à tout ce qui a été déjà dit sur le projet de loi assurance-maladie.

J'ai lu et relu tout ce que vous avez écrit, tout ce qui vous avez publié sur cette question, l'enquête en Alsace qu'a publiée le «Médecin Syndicaliste », le projet de loi que ce journal vient de publier.

Ma conviction devient tous les jours plus forte que ce projet n'est pas applicable en France, avec l'esprit d'indépendance du public, et ne sera pas plus appliqué que la loi sur les retraites ouvrières.

Pour cette dernière loi, autour de moi, presque seuls sont assurés ceux qui, au début, pouvaient s'assurer une retraite en peu d'années avec un versement minime, ceux qui pouvaient prévoir qu'en 3, 4, 5 ans, leur argent leur rapporterait 200 ou 300 % au bas mot.

Aucune bonne n'en a voulu, malgré la modicité du versement, et vous voulez qu'elles acceptent de payer 90 ou 160 fr. de leur poche, en plus de la même somme payée par leurs patrons? Le salaire d'aucune bonne aujourd'hui n'est inférieur, tout compris, à 1,200 fr. Toutes devraient être dans la 2e ou 3e classe.

Si une par hasard, malportante, acceptait d'y être inscrite, elle demanderait la première classe pour n'avoir à payer que 45 fr. Avec ces déclassements d'assujettis, la Caisse ne pourrait joindre jamais les deux bouts, même en exploitant honteusement le Corps médical.

Ici, autour de moi, il n'y a qu'une catégorie d'assurés pour la vieillesse, ce sont les sœurs de l'hôpital (assurées obligatoirement d'office par la Commission administrative), résultat inattendu, mais très juste qui assure quelques ressources à de vieilles servantes des pauvres, et que n'avaient pas prévu les législateurs qui avaient voté cette loi, plus électorale qu'humanitaire. Les infirmiers sont dans le même cas, mais comme, dans les petits hôpitaux, ils se recrutent, sauf quelques anciens malades mal remis, dans une population de sans-travail et souvent de sans-foyer, les versements cessent avec leur séjour à l'hôpital, et ils ne tireront jamais grand profit de ces versements momentanés.

Dans certaines régions, l'assurance-vieillesse est entrée dans les mœurs, mais c'est autour des grands arsenaux maritimes où, depuis des siècles, ces ouvriers de la marine, ces inscrits maritimes, sont héréditairement habitués à la prévoyance officielle.

Partout ailleurs, c'est lettre morte.

Pour le projet de loi actuel, je suis absolument de l'avis de notre excellent confrère, M. Gassot. Elle ne fonctionnera pas.

Les assurés obligatoires à refuseront à payer leur part et les patrons ne pourront les y forcer, malgré les pénalités prévues aux articles 19 et 20.

Je ne vois pas le Gouvernement rayant des listes des chambres et des tribunaux de commerce, des tableaux de dérogations, etc., tous les industriels d'une commune, d'un arrondissement, d'un département, et les forçant tous à payer l'amende prévue. Si c'est la Caisse locale qui doit faire ces recouvrements d'amende, on ne pourra jamais la constituer qu'en la composant des huissiers et des gendarmes de la région.

Les patrons feront tout pour ne pas appliquer une loi qui grèverait leurs industries d'une charge de 10 % des salaires payés par eux, car s'ils payent d'office, les ouvriers refuseront de leur rembourser leur part.

Quelques rares ouvriers demanderont à en profiter,

et alors, ils seront forcés de payer leur part ; ce sera l'exception. Ces derniers n'auront en vue que la gratuité du médecin et du pharmacien, et ils se feront décaler de une ou deux classes.

Dans ce cas, l'économie de la loi est détruite : je suis convaincu que le projet prévoit des chiffres basés sur rien. On a payé grassement des employés pour singer des actuaires, mais leurs études ont été faites au jugé, faute d'éléments d'appréciation et de compétence. Par politesse pour M. Lebureau, j'admets cependant que ces chiffres ont été étudiés. Comme l'indemnité journalière est de 1 /30 de l'annuité, c'est qu'on prévoit deux solutions, puisque la dépense médicale est égale dans les six classes :

1° Ou on admet que les assurés de la 6e classe auront droit à 10 fois plus de médicaments que ceux de la 1re, quelque chose comme les n + 1 portions du général à l'hôpital à côté des 4 portions du poilu.

2° Ou on a pensé joindre les bouts avec les bénéfices faits sur les hautes classes.

C'est probablement cette hypothèse qui est la vraie, mais si tous les assujettis, qui voudront bien être inscrits, se font tous inscrire au-dessous de leur classe véritable, comme j'en suis convaincu, si la 6e classe est absente, car aucun employé à 10.000 fr. n'acceptera de payer 900 fr. de prime directement ou indirectement, en vue d'une maladie éventuelle, comment s'établira le bilan de la loi? Comment arrivera-t-on à faire face aux besoins ? En réduisant le forfait médical. Un confrère de Lorraine disait récemment que ce forfait ne pouvait pas être inférieur à 45 fr. pour payer convenablement les médecins.

Nous en serons très loin, et nous nous en éloignerons avec une vitesse progressivement accélérée, qui sera encore trop rapide, même si on lui applique les principes de relativité d'Einstein. Car je crois qu'avec les exigences croissantes des assurés pour le choix et la quantité des médicaments, le forfait médical sera aussi rétractile que la *Peau de chagrin* de Balzac. Ce ne sont pas les assurés français qui accepteront d'être soignés avec des paquets de sels à faire dissoudre eux-mêmes comme les assurés alsaciens. Le prix moyen de l'ordonnance en Alsace est bien inférieur au prix moyen de l'ordonnance pour les assistés en France, et les assistés, qui ne payent pas, sont moins exigeants que les assurés qui payeront. Cela sera comparable et même supérieur au prix de revient de l'ordonnance dans les compagnies de chemins de fer et dans la mutualité.

L'Etat espère peut-être se rattraper sur les facultatifs, gens sérieux qui auront compris les bénéfices de la loi et qui, pense-t-on, voudront en profiter raisonnablement. Il ne faut pas connaître la mentalité paysanne pour s'imaginer que, malgré l'attrait d'une indemnité journalière l'astreignant à bien des démarches qu'il abhorre, le paysan payera de 90 à 900 fr. par an pour avoir droit à des soins médicaux ou pharmaceutiques dont il espère bien se passer. Il lui faudra payer le double s'il veut que sa femme en profite. Il faut avoir la mentalité d'un rond-de-cuir ministériel pour croire que l'on recrutera ainsi des assurés facultatifs. On en recruterait, qu'ils coûteraient horriblement cher. Les ouvriers agricoles assurés pour les accidents du travail ne viennent jamais chercher leur bulletin de guérison, et, du reste, ils travaillent tout le temps de leur incapacité, s'il ne s'agit pas d'un accident les confinant au lit. Il en sera de même, à plus forte raison, pour les assurés d'office ou volontaires, et les médecins à forfait ne pourront cependant pas faire des tournées policières pour le bénéfice de la caisse.

Admettons que la loi soit appliquée, qu'en mobilisant tous les gendarmes de la région, toutes les troupes noires rendues libres en Rhénanie, qu'en installant des garnisons dans les usines de la ville, et dans les chaumières de la campagne, en revenant aux beaux jours des dragonnades qui ont suivi la révocation de l'Edit de Nantes, on ait forcé tous les assurés et tous les patrons d'assurés obligatoires à verser à la caisse ; alors il faudra bien que l'Etat s'applique à lui-même cette loi qu'il aura faite et imposée. Il devra assurer le libre choix du médecin à tous ses petits employés ; les cantonniers ne nous payeront plus d'un simple coup de chapeau quand nous passerons sur la route, simple prétexte à interrompre leur travail. L'Etat ne pourra plus avoir à sa disposition (et ce sera un des rares bons effets de cette loi) les grasses et maigres prébendes électorales qu'il distribue aux médecins bien pensants pour qu'ils soignent d'office, palefreniers, douaniers, ouvriers de monopole. Ceux-ci choisiront leur médecin, et députés et sénateurs n'auront plus ces sinécures à distribuer à leurs courtiers électoraux.

Les médecins ruraux qui soignent les gendarmes seront payés par l'Etat en bons billets de banque. Cela leur vaudra mieux que le bon point qu'on leur promet après dix ans de bons services gratuits, bon point dont j'ignore la valeur, car il n'est pas coté à la bourse du change, même sur le même pied que le rouble Russe, mais que j'estimerais un peu moins, car enfin pour un million de roubles, on peut obtenir un timbre-poste en Russie, alors que l'Etat ne vous donnera pas une allumette de la régie en échange de tous les bons points donnés à tous les médecins de France qui ont prodigué leurs soins à tous les gendarmes du pays.

De plus, l'Etat devra obliger les compagnies de chemin de fer à supprimer leurs services médicaux, puisque les employés auront le droit de choisir leurs médecins s'ils ont moins de 10.000 fr. d'appointements.

Les autres savent bien se passer du médecin imposé.

Il devra supprimer les concessions de mines aux compagnies qui, directement ou indirectement, imposent un médecin à leurs mineurs. C'est le cas dans 99 % des compagnies minières, et des très grosses industries. Il devra imposer le libre choix dans le cahier des charges de tous ses soumissionnaires, obliger les sociétés de secours mutuels à le respecter absolument.

L'Etat voudra-t-il faire tout cela ? Le voulant, le pourra-t-il ? Non, n'est-ce pas. Alors, la loi est inexistante, car on ne peut me forcer à verser pour que ma bonne introduise chez moi un médecin de son choix, alors que je n'aurai pas le droit de soigner un petit employé, un cheminot, un mineur, qui me désire et auquel l'Etat refuserait le bénéfice de sa loi.

La loi prévoit que tous les soins de toute nature seront fournis : hôpitaux bien installés et en nombre suffisant, sanatoria marins et d'altitude, soins de spécialistes, de radiologistes, etc.

La Caisse payera-t-elle les frais de transport d'un malade auprès du radiologiste peut-être éloigné de 50 ou 100 kilomètres ? Si le malade refuse de faire ces frais, et si le médecin traitant les lui a prescrits, il tombe sous le coup de l'article 48, et il perd droit à tout secours. Qui appliquera cet article et comment ?

L'Etat payera la moitié des constructions hospitalières nécessaires. Avec quoi ? Avec la soixante-quatrième annuité boche ?

Je sais bien que l'Etat dispose sur le papier de nombreux sanatoria, qu'il affirme que les hôpitaux sont nombreux, qu'il a fait une belle circulaire pour les inviter à avoir tout le matériel nécessaire. Mais conseil ne donne pas aide. Avec quoi les hôpitaux feront-ils ces installations ?

Mon ami le plus intime fut invité le 13 janvier, par le Comité des Pupilles de la Nation, à faire un rapport pour le transfert dans un sanatorium marin d'une pupille. Le rapport fut déposé à l'Office le quatorze janvier. Aujourd'hui, le rapport dort encore dans son beau carton, soit après dix mois et dix jours.

Pourquoi ? Parce qu'on sait bien qu'il est inutile de l'envoyer pour avoir la réponse qu'il n'y a pas de place.

Dans la région, il y a 100 lits d'hôpitaux (je ne dis pas d'hospice), et 20 lits de maternité pour une popula-

tion de près de 200.000 habitants. Il faut y ajouter quelques petits hospices pouvant recevoir quelques *malades* légèrement atteints, mais pas un *malade de chirurgie.* Dans aucun, on ne peut baigner un fébricitant. Qui payera la construction et l'aménagement des hôpitaux, que nécessitera l'application intégrale de la loi ? Il faudra que la caisse ait tondu à ras bien des générations de médecins pour pouvoir poser la première pierre du premier de ces hôpitaux nouveaux.

Et alors, de qui se moque-t-on ? De tout le monde, sauf des employés de ministère, de préfecture, de caisse, qui seront grassement payés pour masquer, dans de beaux rapports alambiqués, la faillite de la loi.

Enfin cependant, allons plus loin. Le sort en est jeté, la loi est votée et appliquée, mais sous quelle forme au point de vue médical ?

Le forfait avec le libre choix, dit-elle. Le forfait pour limiter les dépenses, et le libre choix pour respecter la volonté des malades. Il ne faut pas que les soins coûtent aux malades (et cependant les tickets), parce que nous faisons cette loi pour que tous se soignent, et que l'hygiène s'améliore. Mais commencez par convaincre les intéressés de l'importance qu'il y a pour eux à recevoir des soins réguliers et éclairés ; tant que vous n'aurez pas convaincu ceux qui ne se soignent pas aujourd'hui, soyez assurés qu'ils iront chez le médecin pour avoir leur indemnité journalière, qu'ils revendront leur ordonnance à un pharmacien marron, s'il y en a, et courront chez le rebouteur ou chez la bonne femme qui a un don.

Le *Concours Médical* a combattu le très bon combat en luttant contre le forfait au nom de la dignité du Corps médical et de l'intérêt bien compris des malades.

Des confrères accusent d'illogisme ceux d'entre nous qui ont demandé un tarif pour les soins aux mutilés, et demandent le payement par les malades dans l'application de la loi nouvelle.

Ce n'est pas de l'illogisme, mais de l'opportunisme.

Pour les mutilés, il s'agissait d'un nombre relativement petit (*il était malheureusement* trop grand) d'intéressés, de victimes de la grande guerre à qui la Patrie devait beaucoup. Si la loi du 31 mars n'avait pas été faite, quelques mutilés auraient obtenu l'assistance, ce qui aurait été humiliant pour la France, d'autres nous auraient honorés, et un nombre plus ou moins grand, suivant la région, les circonstances, auraient profité des soins gratuits que nous leur aurions bénévolement donnés, supportant allègrement et patriotiquement cette partie de la charge nationale.

Mais on a fait la loi. On a crié aux mutilés : Vous êtes *les sauveurs de la Patrie qui vous doit tout.* Ce cri a été répété par toute la Presse, depuis l'*Action Française* jusqu'aux derniers rayons de l'infra ou ultra-rouge.

Nous vous avons soigné jusqu'ici à l'œil dans les hôpitaux où vous avez été entourés des soins d'élégants et distingués majors, et de jeunes et gentilles infirmières. Nous vous avons fait promener, pour vous permettre de connaître notre douce France, de Brest à Nice, et de Chambéry à Biarritz. Maintenant, c'est fini. Les voyages sont terminés. Les gracieuses coiffures des gentes infirmières sont allées rejoindre dans les tiroirs les stylos des gracieuses marraines. Mais nous vous soignerons chez vous ou dans des maisons de santé, à votre choix, comme vous voudrez et autant que vous voudrez. (Il a bien fallu quelquefois déchanter). Et c'est deux ans après que cette loi était votée et fonctionnait pratiquement ainsi, grâce au désintéressement du Corps médical, qu'on est venu proposer de remplacer ces soins gratuits par un supplément de pension.

C'était fou, après leur avoir dit qu'ils n'auraient à passer à la Caisse que pour toucher, on leur disait de passer à celle du Corps médical pour verser. Qui, parmi eux aurait fait attention à la prime supplémentaire ? Les barèmes et les taux de ces barèmes ont changé si souvent que, malgré toutes les *Voix des mutilés* de France, aucune ne s'y reconnaît. Un réformé instruit reçoit un mandat de 500 fr. Il étudie son cas avec un officier supérieur qui venait de prendre sa retraite et il trouve qu'il a droit à 800 fr. Je transmets sa réclamation aux bureaux de l'intendance qui venaient de faire l'offre de 500 fr. Ils y regardent d'un peu plus près, et portent le mandat de 500 à 1.200 fr. S'il en est ainsi pour un mutilé licencié en droit, un officier supérieur retraité, comment voulez-vous qu'un mutilé demi-illettré s'y reconnaisse ?

Dans la loi invalidité-maladie, il s'agit d'une partie importante de la population (je ne sais pas laquelle, et je l'avoue, mais l'Etat n'en sait pas plus que moi, mais ne l'avoue pas), qui a l'habitude de choisir son médecin, d'en changer à son idée, de le payer suivant ses moyens, et nous accepterions que, pour cette partie importante de la clientèle, l'Etat s'entremette entre elle et nous, nous impose un tarif, un règlement, des paperasses, un forfait ! La population visée nous paye presque toujours comptant ou à bref délai, et il nous faudrait un secrétaire-comptable pour faire toute cette comptabilité, et, en fin de compte, nous serions payés dans n'importe quel délai, quand les caisses auraient de l'argent, quand le trésorier du Syndicat se serait retrouvé dans ces comptes compliqués ! Quand tous ces comptes seraient finis, il faudrait les recommencer parce que la Caisse refusera de payer le forfait de *A*, parce qu'il n'a payé que 119 cotisations journalières en six mois, de *B*, parce qu'il était en retard de trois jours quand il est tombé malade ; tant pis pour le médecin ; il n'avait qu'à se faire envoyer avant de partir, tout le dossier des versements du malade à la Caisse.

Les clients que vise le projet nous paient généralement. Ils nous paieraient d'autant mieux qu'ils toucheront une indemnité journalière en cas de chômage par maladie, et la caisse n'aurait qu'à majorer cette indemnité pour compenser la dépense médicale.

Le tarif à forfait sans libre choix, c'est la fonctionnarisation de la médecine, et la transformation de la médecine civile en une pâle imitation de la médecine militaire. Sans le libre choix, c'est l'exploitation du Corps médical par l'Etat, par ses caisses, et, dans le Corps médical, l'exploitation des médecins consciencieux..... par les autres, ceux qui feront ou marqueront de nombreuses visites inutiles, ceux qui, pour allécher le client, lui donneront des médicaments de luxe qui coûteront cher, et forceront les caisses à diminuer le forfait.

Il faut bien s'attendre à ce que les médecins marrons trouveront une nouvelle utilisation de leur activité humanitaire dans la nouvelle loi. Que deviendra le *point* bon de la comptabilité médicale, pour employer le terme usité en Alsace ?

Que comportera le forfait ? Les soins médicaux simplement et de petite chirurgie ? Les soins chirurgicaux ? Les soins du spécialistes ? ceux des radiologistes ? Et les sages-femmes ? Et les dentistes ? seront-ils payés par la Caisse en sus du forfait, ou par le forfait ?

Si c'est la caisse, elle trouvera qu'à Fouilly-sur-Seine, les médecins envoient plus souvent chercher la sage-femme qu'à Rogny-sur-Garonne, et que les médecins de Saint-Gemanfou, arrachent moins de dents qu'ils ne devraient et en font trop plomber ou aurifier.

Si c'est le forfait qui paye ces soins, ce seront les sages-femmes qui se plaindront d'être lésées par les médecins, et les dentistes geindront qu'ils n'ont plus de dents à soigner, les médecins les enlevant toutes sans raison.

Finalement, le *point* bon de la comptabilité baissera progressivement et plus il baissera, plus il y aura de visites faites par les confrères peu consciencieux.

Mais, pour cette comptabilité par *points*, il faudra faire un tarif ; tant de points par visite, tant par consultation, c'est facile. Tant par kilomètres, c'est plus compliqué, car, à un moment d'épidémie, dans une région où les médecins ont un rayon étendu, le prix payé par kilomètre peut descendre au-dessous du prix de revient, et alors les médecins perdront en raison directe

de leur travail. Tel confrère sera tout heureux de se dire : aujourd'hui, heureusement, comme je n'ai rien fait, je n'ai rien perdu, tandis qu'hier, j'ai fait 100 kilomètres et j'ai perdu 20 fr. sans compter l'usure et l'amortissement de ma voiture.

Il faudra faire un tarif (par *points*) pour toutes les interventions possibles, et cela n'est déjà pas si commode, puisque l'Etat a mis 13 ans à transformer le tarif Dubief en tarif Breton, et n'est pas arrivé, depuis trente-deux mois, à faire un tarif pour les bénéficiaires de la loi du 31 mars 1919.

Ce forfait sera fatalement le même pour les villes et les campagnes, pour les régions où il n'y aura aucun déplacement à payer, et pour celles où les kilomètres formeront, dans le semestre, un total formidable. Les Caisses, je le sais, doivent discuter le forfait avec les Syndicats locaux, mais comme elles auront partout les mêmes ressources, les forfaits différents ne pourront guère différer.

Je dis plus : à Paris, où les classes supérieures doivent thérориquement être plus nombreuses qu'à la campagne, la caisse locale pourrait donner un forfait plus élevé qu'une caisse rurale, et à Paris, le forfait ne payera que les soins , et à la campagne, il devra payer les soins et les déplacements ?

Le prix de la vie s'égalise partout, car la grande différence qui était constituée par le prix des locations diminue par la rareté des locaux à louer, même dans les plus petites agglomérations.

Cette question des déplacements, dans la zone du médecin le plus rapproché, a une importance dont ne se doute pas M. Lebureau, qui croit que toute la France est comme Paris, où il y a un médecin tous les cent mètres, ou comme la banlieue de Paris où il va pêcher à la ligne le dimanche, et où chaque médecin a un rayon de deux ou trois kilomètres qu'il parcourt tous les jours avec régularité. Qu'il veuille bien faire une enquête plus étendue, et il apprendra que dans les Alpes, les Pyrénées, tout le Plateau central, il y a des communes à 25 kil. du médecin le plus rapproché (un médecin plus voisin ne pourrait pas vivre), où la visite simple pour l'Assistance médicale gratuite atteint 80 fr., où la distance moyenne des malades de leur médecin le plus rapproché, est, pour certains confrères, de dix ou douze kilomètres environ.

Si, dans ces régions, les caisses ne veulent pas ou ne peuvent pas donner un forfait très élevé, le prix du kilomètre tombera très vite à un prix défiant toute concurrence.

Il y a, dira-t-on, le ticket modérateur qui majorera les prix de visite (0,25 centimes pour un voyage à 15 ou 20 kil. ! !) et réduira le nombre des visites. Plaisanterie. J'habite à dix, douze, vingt kilomètres du médecin le plus rapproché. J'ai un petit rhume. Si je ne suis pas assujetti à la loi, je demande au courrier de me porter un fiole de sirop de chez le pharmacien. Mais je suis de la caisse, pour 0 fr. 25, j'ai le droit de consulter le médecin et d'avoir les médicaments gratuitement. Je me sers de mon droit, mais comme je suis un peu enrhumé, qu'il fait froid ou qu'il pleut, que le voyage à la ville me coûterait une dizaine de francs, j'ajoute à mes 0 fr. 25, 0 fr. 30 ou 0 fr. 50 et je téléphone au médecin de venir. Comme il est très obligeant, je le prie de ramener ma femme qui est allée vendre des œufs à la ville, et ma fille qui est dans un atelier. C'est autant d'économie. Quand le médecin arrive, il se trouve, comme par hasard que j'ai oublié de me pourvoir de ticket, et je sais bien que le médecin ne dépensera pas un timbre de 0 fr. 25 pour me le réclamer. Du reste, j'ai bien dépensé un coup de téléphone pour faire gagner sa vie au médecin ; il est juste qu'il paye cette petite dépense.

Le ticket compensateur ne pourrait jouer un rôle que s'il représentait une somme notable, par exemple la moitié du prix de la visite ou de la consultation (système mutualiste de Lyon) et si,à la campagne, il représente la totalité des frais de transports fixés dans chaque région d'après les tarifs des Syndicats de loueurs.

Mais, me dira-t-on, si l'assujetti n'a droit qu'au demi-prix des soins médicaux, il refusera de se laisser appliquer la loi. C'est possible, c'est plus que probable. Mais que voulez-vous ? Ce n'est pas nous,médecins, qui avons demandé cette loi, ni les bénéficiaires (??) qui n'ont jamais réclamer ce bienfait.

Il est dit qu'au médecin appelé en dehors de la zone où il est, le médecin le plus rapproché, le malade devra payer le supplément dû pour le parcours entre la limite de cette zone et sa résidence. Mais, exception faite des visites demandées au loin à un consultant spécial, je promets ma bénédiction papale et la croix de commandeur de la Légion d'honneur au médecin qui pourra se faire payer ce supplément.

Le médecin se trouvera seul, pour cette réclamation, en face du client. La Caisse lui dira : nous vous payons un forfait, nous avons fait un règlement que vous avez accepté, débrouillez-vous.

Il est dit aussi que le malade qui appellera injustemen un médecin, alors qu'il peut se déplacer, sera pécuniairement responsable de cet abus. Responsable, devant qui ? devant la Caisse ? Non, celle-ci a un forfait ; cet abus ne lui nuit en rien. Devant le Syndicat médical ? Mais alors, ce sera lui qui devra plaider, prouver l'abus, (et comment ?) et obtenir justice. Et l'on parle de diminuer le nombre des tribunaux !

Et le médecin marron comment le syndicat le mettra-t-il à la raison ? Le mettre à la porte du Syndicat qui, d'après la loi, aura traité avec la Caisse, et ne devra que les soins de ses membres ? Et s'il réclame, s'il gagne son procès, voilà le syndicat obligé de garder dans son sein un confrère qui est, en principe, opposé à la déontologie syndicale, qui exploite le syndicat et le déshonore !

Et s'il est seul dans sa résidence, si le fait de le rayer du syndicat augmente les kilomètres à faire par les membres du syndicat pour la Caisse d'une manière notable, le prix du *point* ou du kilomètre baissera forcément. Dans les deux hypothèses, les médecins honnêtes seront lésés avec le système du forfait.

Avec le système du paiement à la visite, sans forfait, avec contrôle sérieux, c'est la caisse qui, lésée, et après entente avec les délégués du Syndicat de la Commission de contrôle, réduira les honoraires abusifs, et, au besoin rayera le confrère coupable, comme, dans le Service de l'Assistance médicale, peut le faire le préfet, après avis de la Commission de contrôle, et du Conseil général.

Mais non : tout cela est faux et ne peut pas être dans un pays aussi épris d'équité, de liberté et de justice que la France.

L'Etat, puisqu'on dit qu'il y tient tant, n'a qu'à faire une loi disant :

1° *Aux salariés.* — La maladie est un malheur pour tous ; elle l'est surtout pour celui qui vit exclusivement des fruits de son travail. Venez tous à nous, versez une cotisation dans une caisse spéciale, et nous vous donnerons, pendant vos maladies, une indemnité journalière, qui vous aidera à payer votre médecin, et une indemnité de vie, proportionnelle au taux de vos versements. Si vous avez besoin de soins difficiles à recevoir chez vous, avec l'excédent de vos caisses subventionnées largement par nous, nous mettrons à votre disposition des hôpitaux suffisamment nombreux et bien organisés à tous points de vue,des sanatoria de tout ordre, les maisons de cure ; de plus, nous vous fournirons tous les médicaments nécessaires.

2° *Aux médecins* : Grâce à notre loi, les travailleurs sérieux pourront vous honorer plus facilement et plus régulièrement. Nous mettrons à leur disposition, par conséquent à la vôtre,les laboratoires de recherches ou de traitement qui vous manquent ou que vous êtes obligés d'aller chercher bien loin.Nous assurerons effectivement le libre choix du médecin à tous les salariés, et nous fe-

rons disparaître tous les médecins imposés par les patrons. En échange, de ces avantages matériels et moraux qu'en retirera le Corps médical, vous voudrez bien prescrire à nos assurés les médicaments les moins onéreux à valeur thérapeutique égale. Nous ne payerions du reste pas les médicaments de luxe. Vous nous signalerez les malades qui auront besoin d'un séjour dans une maison spéciale de traitements et nous tâcherons de donner rapidement satisfaction à vos désirs.

Quand le Corps médical et l'Administration auront vécu ainsi de longues années en se côtoyant sans se froisser, en s'aidant réciproquement sans se molester, et sans imposer au médecin des obligations qu'il ne veut pas parce qu'elles sont mal comprises, M. Lebureau comprendra peut-être qu'on ne peut pas faire d'hygiène et de médecine sociale sans les médecins ou contre eux.

Dr G.
(Cantal)

LA VIE SYNDICALE ET PROFESSIONNELLE

Syndicat de Pontoise.

(27 *novembre* 1921)

Le Syndicat,

I. — Charge son secrétaire d'adresser au Président, malade, une lettre pour lui présenter ses condoléances sympathiques et ses vœux de prompt rétablissement.

II. — Charge les docteurs Brenans, Cels, Oppenot et Tronc de le représenter à l'Assemblée générale de l'Union des syndicats, les 9, 10 et 11 décembre.

III. — Porte à 40 fr. la cotisation à partir du 1er janvier 1922, dont 20 fr. à verser à l'Union, qui en fait la demande.

IV. — Charge son secrétaire de demander au Préfet que les détails par commune accompagnent les mandats de paiement, jusqu'alors établis en bloc pour un médecin assurant le service de plusieurs communes.

V. — Charge son secrétaire d'écrire à la Société d'assurances « la Responsabilité agricole », que le tarif applicable aux accidents agricoles est le tarif de droit commun et que notre tarif départemental moyen est le tarif Breton.

VI. — Décide que le tarif minimum est de 7 et 8 fr. aussi bien pour les Sociétés de secours mutuels diverses que pour les individus — que cette décision sera insérée à plusieurs reprises dans la presse locale — que des affiches de cabinet seront mises à la disposition de ses membres — et enfin que les contrats non conformes à cette décision seront dénoncés avant le 1er janvier 1922.

A cette occasion, il rappelle à tous ses adhérents son vote du 29 avril 1920, dont le compte rendu a été envoyé à tous les syndiqués, à savoir qu'il conseille de ne faire aucune remise officielle d'honoraires aux unions de toutes sortes nées des communautés de guerre, de ne traiter individuellement toute convention avec toute société qu'après en avoir référé au bureau du syndicat, et de se défier en particulier de toute circulaire qui ne laisse pas un temps suffisant pour répondre.

VII. — Au sujet de la loi sur l'assurance obligatoire maladie-invalidité, donne mandat à ses délégués à l'Assemblée générale de voter suivant les principes suivants :

Conditions d'ordre moral : Liberté absolue pour l'assuré sans restriction aucune du choix du médecin. Refus absolu pour le médecin de discuter aucun forfait.

Conditions d'ordre technique : Multiplication des centres de diagnostic, de laboratoire et de spécialités. Multiplication des centres de traitement spéciaux et chirurgicaux.

Conditions d'ordre syndical : Intervention de l'Union des syndicats dans tous les organismes chargés de la préparation et de l'application de la loi. Limitation à deux années d'application du système convenu. Limitation du rôle du syndicat à la *discussion des tarifs* avec les organismes administratifs et financiers et *à celle des détails d'exécution. Refus du syndicat de servir d'intermédiaire à aucun contrôle, de quelque ordre que ce soit.* Suppression de la nécessité de tout contrôle, en faisant autant que possible revenir la forme du contrat normal entre deux parties, par l'usage des tickets modérateurs multiples, à prix élevé, achetés au préalable par le malade et payés par trimestre aux médecins praticiens, spécialistes, techniciens ou hospitaliers.

VIII. — Vote sans résultat pour le renouvellement du bureau.

Le Président, Dr DARÈNE. — *Le Vice-Président,* Dr BRENANS.
Le Secrétaire, Dr OPPENOT. — *Le Trésorier,* Dr TRONC.

* * *

Syndicat général des médecins français électrologistes et radiologistes.

Mon cher Collègue,

Nous vous communiquons l'Arrêté suivant concernant le prix des actes radiologiques et électrologiques, à dater du 1er septembre 1921, dans les hôpitaux de Paris dépendant de l'Assistance Publique, pour les malades non indigents, ou non hospitalisés.

« Le Préfet de la Seine,

« Arrête :

« Art. 1. — Le tarif appliqué aux radiographies, « radioscopies et radiologies externes faites dans « les hôpitaux de l'A.P. de Paris, au profit de per- « sonnes non privées de ressources et, notamment, « des victimes d'accidents du travail, est fixé comme « suit :

« *Les prix publiés sont ceux du tarif Breton.*

« Art. II. — Le prix des séances de radiothérapie « est porté de 8 fr. à 16 fr.

« Art. III. — Le prix des séances d'électrothérapie reste fixé à 8 fr.

« Art. IV. — Le présent arrêté aura effet à partir « du 1er septembre 1921.

« Fait à Paris, le 28 août 1921.

« Pour le Préfet :

« Le secrétaire général,

« AUBANEL. »

Au moment où le corps médical, à Paris et en province, se préoccupe de la question des malades aisés dans les hôpitaux, il nous a semblé intéressant de vous mettre au courent de ce qui vient d'être réalisé par l'Assistance Publique de Paris.

Remarque. — C'est un acheminement vers la rémunération des médecins d'hôpitaux par les malades aisés qui se font soigner dans ces établissements.

Nous savons, par notre ami Quivy, que les radiologistes parisiens abandonner la part qui leur reviendrait pour l'amélioration et le perfectionnement de leurs laboratoires.

Le premier pas n'en est pas moins fait. Il nous permet d'espérer une prochaine généralisation qui ne sera, au demeurant, qu'un acte de pure justice.

G. D.

***

Syndicat des médecins de l'arrondissement d'Evreux et du canton de Neubourg.

(13 *novembre* 1921)

a) *Assurance-invalidité-maladie* :

Le syndicat d'Evreux-Neubourg, après étude du projet de loi actuellement déposé et de l'exposé fait dans le « Médecin Syndicaliste » par les docteurs Lafontaine et Quivy de la situation en Alsace-Lorraine, considérant que cet exposé constitue le plus sévère réquisitoire contre une telle application de l'assurance-maladie, affirmant sa volonté formelle de maintenir l'indépendance du médecin en dehors de toute fonctionnarisation, de conserver la liberté du malade vis-à-vis de son médecin, de repousser toute violation du secret professionnel, de s'opposer enfin à tout contrat qui obligerait le médecin à une comptabilité administrative considérable et absorbante :

Considérant d'autre part que le corps médical doit apporter tout son concours à l'élaboration de lois sociales ayant pour but d'améliorer l'hygiène et de sauvegarder la santé publique,

Pour ces raisons, émet le vœu :

1° Que l'Union des syndicats médicaux de France soit toujours en contact avec les commissions parlementaires chargées de l'étude de ces lois ;

2° Que le principe général de la liberté réciproque du médecin vis-à-vis de son malade soit maintenu intact, les administrations collectives restant libres vis-à-vis des adhérents qu'elles assurent.

b) *La médecine et la mutualité.*

Le syndicat, admettant actuellement le maintien du *statu quo*, émet le vœu que soit également étudié et mis en pratique le principe de liberté entière du médecin vis-à-vis des malades mutualistes.

c) *La médecine dans les grandes collectivités : mines, usines, chemins de fer.*

Le syndicat renouvelle le vœu, déjà émis antérieurement, que soient abolis tous les forfaits et que soit admis définitivement le principe du libre choix du médecin.

d) *A.M.G.*

L'A.M.G. ne devant intéresser que des indigents, le syndicat admet le maintien du *statu quo*, sous réserve de l'abolition des forfaits.

Ces vœux ont été votés à l'unanimité.

5. Situation financière de l'Union.

L'Union demande l'élévation du taux de cotisation individuelle de 10 fr. à 20 fr.

Le syndicat reconnaissant les services considérables rendus par l'Union au corps médical et estimant que tous les moyens pécuniaires doivent lui être fournis pour continuer son œuvre, vote à l'unanimité l'acceptation de cette demande.

Le trésorier faisant alors remarquer que se trouve ainsi annulé pour le syndicat le bénéfice de l'augmentation de cotisation de 20 fr. à 30 fr., reconnue indispensable et votée à la dernière assemblée du 5 juin, il est décidé que sera portée à l'ordre du jour de la prochaine assemblée l'élévation de la cotisation de 30 à 40 francs.

6. Des confrères de certains centres ayant tendance à multiplier les consultations à jours fixes dans les agglomérations voisines, il est décidé que cette question sera étudiée à la prochaine assemblée.

7. En réponse à une demande de l'Administration, le syndicat estime que la création dans le département d'un sanatorium pour les tuberculeux hommes est très désirable.

Mais le syndicat croit devoir faire des réserves sur le choix projeté. En effet l'établissement d'Ecouis est situé sur un plateau balayé par tous les vents, sans le moindre rideau d'arbres et dont le sous-sol argileux n'absorbe pas l'eau pendant les périodes humides de l'année. Il n'y a pas d'eau potable: l'eau doit être amenée, prise dans un puits aux Andelys et dans la Seine elle-même en cas d'assèchement. Enfin les communications extrêmement incommodes rendent très difficile la visite des malades pour leur famille.

***

Syndicat général des Médecins des stations balnéaires et climatiques de France.

L'Assemblée générale annuelle aura lieu le lundi 12 décembre, 12 rue de Seine, dans la salle des séances de la Société d'hydrologie.

Parmi les questions à l'ordre du jour :

1) Protestation contre la propagande faite en France par les stations allemandes.

2) Vœu de la Société du Mont-Dore concernant l'accès des établissements thermaux aux seuls malades munis d'une ordonnance médicale.

3) Candidatures.

4) Questions diverses.

Il est rappelé aux adhérents que l'Annuaire ne peut être mis à jour si tous nos confrères thermaux n'envoient leur adresse exacte et d'été et d'hiver.

Il est rappelé que les confrères qui doivent poser leur candidature doivent en adresser la demande à M. le Pr A. Robin, président du Syndicat, 18, rue Beaujon, Paris. Qu'ils veuillent bien de pas omettre de signaler les noms de deux parrains.

Adresser toute la correspondance concernant le Syndicat au secrétaire général, Dr R. Molinéry, 30, avenue Sainte-Marie, Saint-Mandé, Seine.

CHRONIQUE DE LA MUTUALITÉ

Assurances sociales et Mutualité

La perspective du vote de la loi sur les assurances jette un grand émoi dans le camp mutualiste. Si de temps en temps les dirigeants font l'âne pour avoir du son, c'est-à-dire des subventions, ils sont assez intelligents pour comprendre le grand danger qui menace leur organisation. Ils se doutent bien que les assurés ne seront pas assez bêtes, payant une cotisation élevée leur donnant droit à quelque chose, de verser une cotisation à des caisses qui leur procurent des avantages illusoires. Les patrons ayant à verser des sommes considérables pour assurer leurs ouvriers selon la loi, obligés sans aucun doute, dans la suite, de verser la part de l'ouvrier sous forme d'augmentation de salaires correspondant à la prime retenue par précompte que ceux-ci ont à verser, n'aggraveront pas leurs frais généraux en payant des cotisations de mem

bres honoraires. Or nous savons que, sans les membres honoraires, les subventions, etc., la mutualité ferait faillitte, c'est une belle entretenue, comme nos belles courtisanes.

Aussi, actuellement, la mutualité se remue, se démène et agit par tous les moyens possibles sur sa clientèle de politiciens. Elle chambre les députés, les sénateurs, les conseillers généraux, les maires de communes, les présidents de comités électoraux, pour obtenir sa grosse part de participation à l'organisation et au fonctionnement de la loi. Elle fait un contre-projet, elle prépare des amendements à la loi, elle publie des notes, des contre-propositions, elle cherche à persuader à tous qu'elle seule est capable de mettre sur pied la mise en marche de la loi, qui sans elle, dit-elle, est appelée à échouer misérablement. Elle essaye de fournir un certain nombre d'arguments qu'il convient d'examiner.

Elle dit d'abord qu'elle a pour elle le nombre : elle comprend 5.000.000 d'adhérents, ce qui représente une force sociale considérable et elle laisse bien entendre que ce sont des électeurs.

Amusons-nous à analyser de quelles unités se décompose ce nombre.

Il faut tout d'abord défalquer les membres honoraires, gens riches qui ne rentrent pas dans le cadre de la loi. Beaucoup ne sont pas des salariés et en tout cas ils ont des revenus qui dépassent la somme fixée par la loi. Il faut joindre à ceux-ci les nombreux membres participants, parasites des sociétés : patrons établis, représentants de commerce, acheteurs de grands magasins, etc., qui forment dans les sociétés un élément plus important qu'on ne se le figure.

Il convient également de défalquer un grand nombre de sociétaires qui font partie de plusieurs sociétés de secours mutuels, approuvées ou libres. Moi-même je fais partie de cinq sociétés mutuelles et bien des confrères sont à la fois dans l'Association générale et dans des caisses-maladies ou retraites organisées par le corps médical.

Devons-nous également comprendre dans la loi les membres des mutualités scolaires, qui forment un nombre important. Je sais bien que la loi en préparation prévoit des soins à donner aux enfants des sociétaires, mais ils ne sont pas électeurs et n'ont pas de salaires.

Il faut également mettre de côté les sociétés de secours mutuels d'étrangers habitant en France, qui ne sont pas électeurs et qui ne pourront participer à la loi qu'autant que leur pays fournira à nos nationaux des avantages similaires.

Doit-on attacher de l'importance, au point de vue de la loi d'assurance-maladie obligatoire, à ces nombreuses sociétés de retraites, de capitalisation, à ces sortes de tontines par répartition, ces assurances du franc au décès, telles que les Prévoyants de l'avenir, la Fourmi, la Boule de Neige, etc. Et la clientèle de ces sociétés est nombreuse.

D'autre part, si les femmes font partie de la nouvelle loi, on ne peut faire valoir leur puissance électorale auprès des élus.

En tout cas, après avoir examiné l'argument tiré de la valeur du nombre, il faut en rabattre considérablement, c'est encore un bluff comme bien d'autres dans la mutualité.

Celle-ci fait aussi valoir sa puissance d'argent ; elle a dans les Caisses de l'Etat 850.000.000.

Il faudra d'abord prouver, comme nous l'avons dit souvent, que cette somme existe autrement que sur le papier. Mais, si elle existe, quelle peut être sa valeur pour le fonctionnement de la loi ?

Si la mutualité avait dit au gouvernement : l'Etat est obéré de dettes, il est incapable, faute de fonds, de mettre sur pied la loi en question pourtant nécessaire et réclamée par le monde ouvrier, nous, grands philantropes, nous mettons cette somme à la disposition du gouvernement pour la mise en route de la loi. On comprendrait que la loi fonctionnant avec son argent, elle en assure elle-même l'administration : ce serait en ce cas un acte de reconnaissance de l'Etat envers elle. Mais voudrait-elle le faire qu'elle ne le peut pas. Ces fonds sont immobilisés dans des buts déterminés pour payer des retraites à leurs sociétaires, retraites importantes de 60 fr. par an environ. Du reste si elle avait pu disposer de ces capitaux, il est probable qu'elle aurait sacrifié cette somme à l'organisation de l'hygiène en France dont elle parle beaucoup et pour laquelle elle ne fait rien.

L'argument tiré de leur richesse tombe également en faux.

La mutualité a argué également de son ancienneté et des services qu'elle a rendus dans le passé. La vieillesse n'a jamais été un titre à une affaire où l'action est indispensable. Choisira-t-on un vieillard de 80 ans pour lancer une grosse entreprise commerciale ? Et du reste, il me semble que cet argument se retourne contre la mutualité. Comment dans un grand laps de temps (depuis presque un siècle) vous avez pu faire si peu avec les moyens considérables fournis par l'Etat.

L'histoire de la mutualité est celle d'une continuelle faillite.

Un des arguments qui semblait impressionner davantage nos bons politiciens, c'est que la mutualité, actuellement organisée, pouvait facilement mettre la nouvelle loi en marche sans participation des finances de l'Etat. Ceci est archi-faux. Les sociétés sont administrées sans frais parce que ce sont de minuscules sociétés. On les multiplie à l'infini de façon à multiplier les états-majors décorables. On peut dans ces conditions tenir une comptabilité sans frais, d'autant plus qu'elles n'ont qu'à fournir un état annuel de recettes et dépenses qui n'est jamais contrôlé. L'Etat leur fournit en plus des locaux et les papiers nécessaires à leur administration. Il n'en est pas de même à cette l'heure dans les grosses sociétés. Elles ont des frais d'administration considérables et pour ma part je con-

nais une société à effectif important où les frais d'administration dépassent les frais de maladies (honoraires, pharmacien, indemnités). Quand on aura affaire à de grosses caisses régionales, et qu'on devra établir une comptabilité régulière basée sur des calculs actuariels, il faudra beaucoup d'employés compétents et la Mutualité devra les payer aussi cher que l'Etat l'aurait fait, payer leurs assurances, leur constituer des retraites. Elle aurait donc les mêmes frais qu'une administration étatique.

Dernier argument : elle possède un service médical parfaitement organisé, un corps de praticiens qu'elle peut du jour au lendemain, adapter à la nouvelle loi. Je ne me donnerai pas la peine de discuter ce dernier point, les nombreux conflits qui ont surgi par toute la France entre les syndicats médicaux et les mutualités sont la meilleure réponse à faire à cette prétendue solidité du service médical des mutualités en France.

En résumé, malgré toutes les habiletés qu'elle déploie pour accaparer les services des lois d'assurance-maladie obligatoire et d'invalidité, la mutualité, nous le savons depuis longtemps, est complètement incapable de le faire et la chose est si patente que nous n'avons pas à le démontrer.

Dr M. VIMONT.

VARIÉTÉS

CIRCULAIRES ! CIRCULAIRES !

REVUETTE EN UN ACTE (1)

Par Gaston DUCHESNE

(Suite)

(*Le M. C. réclame l'état des pouilleux. La Directrice objecte : « Mais nous n'avons pas de pouilleux ici ».*)

LE M. C. — Ça ne fait rien... Il faut toujours préparer un état... On mettra *néant*. Le néant, vous savez bien le rôle important qu'il joue dans notre vie de guerre... Et surtout, ne manquez pas, ainsi qu'il est prescrit par le règlement, de le diviser en trois colonnes : les grands pouilleux, les moyens pouilleux et les petits pouilleux (2).

LA DIR. — Mais, puisque nous n'en avons pas...

LE M. C. — Faites, vous dis-je, Mme la Dir., c'est le rè-gle-ment.

LA DIR. — Grands, moyens et petits pouilleux... La hiérarchie des totos, quoi !

LE M. C. — Ne vous moquez pas... (*avec conviction*). Le salut tout entier de la Patrie repose sur la régularité et l'exactitude de semblables états. Question d'effectifs, Mme la Dir. Vous ne pouvez pas comprendre... Effectifs des hommes, effectifs des totos... Très important pour le haut commandement...

LA DIR. — Mais à quoi distingue-t-on un grand pouilleux d'un moyen, et un moyen d'un petit pouilleux ? ?

LE M. C. — A quoi ? ? ? Ce n'est pas notre affaire. Dressons l'état, c'est tout ce qu'on nous demande... Ah ! appelez-moi le planton, s'il vous plaît.

(*Le planton reparaît*).

LE M. C. — Dis-moi, jeune poilu, tu sais écrire ? ? ?

LE PL. — Oui, M'sieur le major.

LE M. C. — Eh bien ! assieds-toi ici. (*Le planton s'assied. Le médecin-chef dicte*). Le médecin-major de mn mn mn... à M. le directeur mn mn mn...

« J'ai l'honneur de vous rendre compte que le caporal Colas a contracté la coqueluche... » Tu me suis ! !

LE PL. — Oui, M. le M. C.

LE M. C. — Montre voir ? ? ? (*il prend le papier des mains du planton*). Comment ! Tu as écrit Caporal, Colas, compte, contracté, coqueluche avec un C ?

LE PL. — Mais !

LE M. C. — Malheureux ! ! Il faut écrire Kaporal, Kolas, Kompte, Kontracté, Koqueluche... avec un K... M'entends-tu ? avec un K... Tu parais abruti. Tu ne comprends pas ?

LE PL. — Ma foi non...

LE M. C. — Qu'est-ce que donc qu'on t'a appris ? Sache et retiens, ignorant, que, dans le Service de Santé, il faut toujours et partout faire un K du C... A cause de l'insigne...

LE PL (*sidéré*). — L'insigne ! ! ! Bien, bien, M. le médecin-chef...

LE M. C. — Tu ne sais rien... Retire-toi. Je ferai ce rapport moi-même. Mme la Directrice, veuillez me donner les pièces à signer... (*Il signe quelques papiers, que la Directrice prend et va pour emporter*). Que faites-vous ?

LA DIR. — Vous le voyez, M. le M. C., j'emporte le courrier.

LE M. C. — Mais, malheureuse, vous oubliez le principal. Eh bien ! si je n'étais pas là pour tout surveiller, vous nous mettriez dans de jolis draps !

(1) Voir n° 49

(2) *Authentique* : voir *Concours Médical* 1920, p. 821.

Le Dir. — J'oublie quelque chose ?

Le M. C. — L'indispensable, l'essentiel... le cachet...

La Dir. — Le cachet ! ! ! C'est vrai. Je suis impardonnable !

Le M. C. — D'autant plus, Mme la Dir., que vous, vous passez pour connaître parfaitement le règlement.....

La Dir. — Si je le connais ! ! ! Mais je ne connais que lui...

Le M. C. — Eh bien ! Rappelez-moi le chapitre relatif au cachet.

LE CACHET

Air : *La Madelon.*

I

Dans notre France, Paradis des fonctionnaires,
Il est un geste entre tous sacramentel,
Que tout français, chef civil ou militaire,
Doit accomplir ainsi qu'un prêtre à l'autel.
Dès qu'il a mis sa signature
Sous l'rapport qu'il a rédigé,
Pour lui donner l'investiture
D'la parfaite authenticité,
Brandissant un cachet,
Il appose pour finir,
Un rond tout bariolé,
Et ça lui fait plaisir.

Le règlement pour nous est très sévère.
N'en rions pas, ce n'est pas un jouet :
Apposons, car nous devons le faire, (*bis*).

1re *fois* Apposons un beau cachet
2e *fois* Un cachet (*ter*).

Un caporal, ami de la fantaisie,
Après s'être longtemps exercé la main,
Imitait parfait'ment la calligraphie
De son chef qui était commandant médecin.
Il s'accordait ainsi des permes,
Et découchait toutes les nuits,
Car le cachet mettait un terme
A tout'les menaces d'ennuis.
Grâce au cachet, ses faux
Passaient pour être vrais,
Et l'règlement lui-même
S'déclarait satisfait.

Le règlement qui pourtant est sévère,
Aux mains du débrouillard est un jouet,
S'il appose, voilà la grande affaire, (*bis*).

1re *fois* S'il appose un beau cachet,
2e *fois* Un cachet (*ter*).

Le M. C. — Bravo, Mme la Directrice, c'est très bien. Et je suis enchanté de constater que vous êtes aussi pénétrée que moi-même de l'importance de nos fonctions respectives... Dites-moi, Mme la Directrice, votre personnel est toujours au complet ? ?

La Dir. — Mais oui, M. le M. C.

Le. M. C. — C'est parce qu'on m'a annoncé la visite d'une infirmière qui doit venir ce matin même offrir ses services... Enfin, nous allons la voir... Cela ne nous engagera à rien. (*On frappe*). Entrez !

(*A suivre*)

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations

— **Une Ecole de plein air à Paris.** — L'École de plein air, premier établissement de ce genre fondé à Pari,a été ouverte en juin dernier, sous l'instigation de Me de La Borde qui a contribué pour une large part à sa construction, le reste étant fourni par des subventions du Conseil municipal.

Construite en ciment armé, sur les fortifications, boulevard Bessières, cette école occupe la partie centrale d'un assez vaste terrain. La distribution intérieure est la suivante, un grand réfectoire, un dortoir, une salle d'études, une salle de douches (11 hommes). Sur des tablettes sont disposés verres, brosses à dents, mains, éponges, lavabos) ; une cuisine assez élémentaire munie d'eau chaude et d'eau froide. Un bureau réservé pour le directeur. Cette école ne reçoit pas de tuberculeux, mais des enfants faibles désignés par le service médical des écoles de la région avoisinante. Ils y passent la journée entière de 7 heures du matin à 7 heures du soir. Les repas consistent en légumes, viandes, poissons, fruits cuits et sont pris à 7 heures, midi, 4 heures 6 heures. Le goûter comporte généralement une crème ou une tasse de chocolat. Après le repas de midi, sieste d'une heure, dehors si le temps le permet ou dans le dortoir.

Les enfants n'ont comme tout habillement, qu'une petite culotte attachée à la taille, ils paraissent gais et vifs, ceux qui ont séjourné depuis juin ont la peau brune. Ils ne semblent pas souffrir du vent frais qui souffle à cette époque. Les heures libres sont utilisées soit pour des exercices de gymnastique, soit pour des leçons diverses. Aucune méthode spéciale n'est employée, on se contente de développer le point qui paraît faible. J'ai assisté à des exercices amusants de mémoire auxquels ces enfants semblent prêter grande attention.

Une bascule et divers instruments (spiromètre, etc.) permettent de se rendre compte du développement de ces enfants.

— Le déjeuner amical des Anciens Elèves de l'Ecole de Médecine et de Pharmacie de Reims aura lieu le dimanche 18 décembre à midi, à la Chope d'Alsace, 135 boulevard Sébastopol.

Prévenir de l'adhésion, le 12 décembre *au plus tard*, le docteur Weill, 60, rue de Rome à Paris. Téléphone Wagram 92-19.

Le Directeur-Gérant : Dr GASSOT.

Clermont (Oise). — Imprimerie DAIX et THIRON
Thiron et Franjou Successeurs.
Maison spéciale pour publications périodiques médicales

RECOUVREMENTS

D'HONORAIRES MÉDICAUX

M. Louis AUDEBERT Avocat, *Directeur du Contentieux de Syndicats Médicaux. Administrateur d'immeubles.*
5, rue des Saints-Pères, PARIS, Tél. Saxe 48-53.

Pour toute demande de renseignements, écrire à Me Audebert, en joignant un timbre pour la répo nse

Changements d'adresses

Nous rappelons à nos lecteurs que toute demande de changement d'adresse doit être accompagnée de 0 fr. 75 pour frais de réimpression de bande.

Pansement de la tête.
Pansement d'un genou.
Sérum antitétanique.
Certificat.
Comment établir les honoraires : consult. à 22 h. 30 consultation triple = 21, mais sérum + consultation = 15, dans le jour, mais à 22 h. 30 ?

Et puis, les deux pansements, tête et genou ?

J'avoue que je suis incapable de résoudre un tel problème.

Et le lendemain. : consultation + deux pansements (tête et genou). Dois-je compter double pansement ?

Loin de moi l'idée de critiquer les auteurs du tarif Breton. Je sais par ma propre expérience combien il est difficile d'établir un tarif. Mais le cas que je soumets me paraît insoluble avec le règlement actuel.

Dr P. à A.

Réponse.

1re *lettre.* 1° Je répète pour la ne fois que ce n'est pas la lésion présentée par le blessé qui est tarifée, mais l'intervention du médecin. Vous ne pouvez pas compter « Réduction de luxation de l'épaule » lorsque vous ne l'avez pas réduite. Vous ne pouvez compter que vos visites et vos déplacements.

2° Quant au chloroforme, ce n'est pas la chloroformisation qui est payée, mais le médecin appelé pour chloroformer. (voir Art. 12, qui est bien net sur ce point.)

2e *lettre.* Le prix de la visite ou de la consultation est triplé la nuit (Art. 4), mais jamais de cumul entre visite ou consultation et une intervention quelconque (Art. 13). Il en résulte que vous pouvez compter :

a) ou bien :

Pansement de tête	8 fr.
Pansement de genou	8 fr.
Injection de sérum	15 fr.
Certificat	5 fr.
Total	36 fr.

b) ou bien :

Consultation de nuit 7 × 3	21 fr.
Certificat	5 fr.

Je présume que vous choisirez la première solution.

Pour le lendemain vous avez à compter 2 pansements à 8 fr. = 16 fr.

Dr F. Decourt.

NOTES DE PRATIQUE QUOTIDIENNE

Traitement de la pneumonie.

Pendant toute la période fébrile, *régime liquide* avec : lait, tisane de fruits pectoraux, eau d'orge, citronnade et orangeade, le tout pris au chalumeau.

Enveloppements froids du thorax.

Bains tièdes, si possible, chaque soir.

Favoriser la circulation sanguine dans le lobe malade et augmenter le pouvoir antitoxique et l'activité leucocytaire du sang en l'alcalinisant avec du *citrate de soude à doses élevées.*

Un paquet de :

Citrate de soude.......... 1 gr. 20

toutes les heures, jour et nuit, sauf sommeil, avec beaucoup d'eau, additionnée de citron.

S'il y a effet purgatif, sucrer l'eau avec du sirop diacode.

Injections quotidiennes de 4 cmc d'*iode colloïdal* (dans le muscle).

Injections intra-trachéales directes, par ponction de l'espace inter-crico-thyroïdien, de 5 à 10 cmc, d'huile goménolée à 10 p. 100, préalablement tiédie.

Onction journalière de la plante des pieds avec gros comme une noisette de cette pommade :

Collargol .... 15 gr.
Vaseline.................. } ââ 50 gr.
Lanoline.................. }

S'il y a suffocation, faire inhaler des ampoules de *nitrite d'amyle* et respirer de l'*oxygène.*

S'il y a menace de collapsus cardiaque, injections intra-veineuses de *sérum glycosé hypertonique*, à 300 pour 1000 : deux ou trois injections de 300 cmc. par jour, suivant le résultat, manifesté par le retour de la diurèse. Huile éthéro-camphrée et spartéine.

S'il y a adynamie, donner, par cuillerées à soupe, d'heure en heure, cette potion :

Julep gommeux............ 60 gr.
Cognac.................... 40 gr.
Extrait de quinquina........ 2 gr.

Si les exsudats tardent à se résorber, donner, plus tard, trois ou quatre cuillerées par jour de cette potion :

Extrait fluide d'hamamelis virginica .... }
Extrait fluide de cimifuga racemosa............... } ââ 5 gr.
Chlorhydrate de pilocarpine. cinq centgr.
Rhum................. } ââ 20 gr.
Sp. d'éc. d'orange amère ... }
Eau de tilleul........q.s.p. 150 gr.

Dr SATRE.
(de Grenoble.)

***

Réponse aux confrères qui m'ont écrit à propos de ma formule de *Poudre contre les flueurs blanches* :

C'est, intentionnellement, que j'y ai introduit le tanin, parce que l'acide tannique, détersif, styptique et cicatrisant, bien qu'insoluble, se fixe sur les érosions du col et les cicatrisent comme l'hectogan, le dermatol, l'aristol, également insolubles, cicatrisent les plaies ; ce qui infirme l'aphorisme : *corpora non agunt nisi soluta*. Merci à d'autres confrères, vraiment trop aimables dans leurs appréciations, tels les docteurs S. (de B.) et A. (de C.).

Dr GALAND.
(de Cambrai.)

JURISPRUDENCE MÉDICALE

Accidents du travail. — Frais médicaux. — Tarifs. — Arrêté ministériel du 8 juillet 1920 (Tarif Breton). — Médecin oculiste spécialisé. — Définition.

Aux termes de l'article 27 de l'arrêté ministériel du 8 juillet 1920, on doit entendre par « médecin spécialiste » celui qui se consacre principalement, ou d'une manière exclusive, au traitement de certaines maladies. On doit donc considérer comme médecin oculiste spécialisé celui qui se consacre, sinon de façon exclusive, tout au moins de façon principale à l'oculistique, celui qui, après avoir fait de cette branche de la médecine, sa principale occupation pratique et scientifique, après y avoir consacré la plus grande partie de ses études et de ses travaux, a aménagé, pous soigner les affections qni relèvent de cette branche délicate de la science, une clinique, un laboratoire contenant des instruments tout spécialement appropriés au traitement des affections de la vue, sans que ledit arrêté ministériel ait fait au praticien ainsi spécialisé une interdiction absolue de porter ses regards, ses études, ses expériences sur des branches connexes à celle dont il a fait sa carrière principale, par exemple de s'occuper de façon accessoire des affections de l'oreille, du nez et de la gorge.

TRIBUNAL DE PAIX DE VILLEJUIF.

8 *juin* 1921.

Attendu que la question qui divise les parties est celle de savoir si les visites consultations que réclame le docteur O., pour les soins qu'il a donnés au blessé du travail Georges T., seront comptées à 8 fr. l'une, conformément au tarif général de l'article 1er de l'arrêté ministériel du 8 juillet 1920, ou si, au contraire, elles seront comptées à 12 fr. par application du tarif spécial aux oculistes, consacré par l'article 27 du même arrêté ; qu'il y a donc lieu de rechercher : 1° ce que ce dernier article entend par médecin oculiste spécialisé ; 2° si le docteur O. rentre dans la catégorie des médecins visés par cet article ;

Attendu, en droit, qu'on doit entendre par *médecin*

spécialiste celui qui se consacre *principalement* ou d'une manière exclusive, au traitement de certaines maladies (Littré, dictionnaire de la langue française) ; que, par suite, on doit considérer comme *médecin oculiste spécialisé* celui qui se consacre sinon de façon exclusive, tout au moins de façon *principale*, à l'oculistique, celui qui, après avoir fait de cette branche de la médecine sa principale occupation pratique et scientifique, après y avoir consacré la plus grande partie de ses études et de ses travaux a aménagé, pour soigner les affections qui sont justiciables de cette branche délicate de la science, une clinique, un laboratoire contenant des instruments tout spécialement appropriés au traitement des affections de la vue ;

Attendu que le terme de médecin oculiste spécialisé, employé par l'arrêté ministériel, doit être interprété dans un sens d'opposition à celui de praticien de la médecine générale courante, traitant indistinctement tous les cas pathologiques ou à celui du médecin s'occupant spécialement d'affections très éloignées, par leurs caractères ou leur situation, des maladies de l'appareil visuel ; que cet arrêté ne paraît pas avoir voulu faire au professionnel qu'il entendait rémunérer de façon plus large, en raison de la délicatesse et de la difficulté de son art, une interdiction absolue de porter ses regards, ses études, ses expériences, sur des branches connexes à celle dont il a fait sa carrière principale ; qu'on ne saurait donc reprocher à un oculiste de s'occuper de façon accessoire des affections de l'oreille, du nez et de la gorge, et lui dénier, à ce propos, la qualité de spécialiste de l'oculistique, la science médicale ne pouvant raisonnablement pas, sous peine de s'interdire tout progrès, être composée de compartiments étanches sans relations entre eux ;

Attendu, en fait, que, depuis de très nombreuses années, le docteur O. s'est consacré spécialement à l'étude et à la pratique de l'oculistique ; que la liste des travaux publiés par lui sur cette matière est considérable et que certains d'entre eux lui ont valu les éloges scientifiques et les distinctions académiques les plus flatteurs ; qu'il a pratiqué l'ophtalmologie dans divers hôpitaux de la France et de l'étranger : que, pendant la guerre, il avait la qualification d'oculiste des hôpitaux auxiliaires de l'Association des Dames françaises ; qu'il est établi, par un certificat de M. le Maire d'Ivry-sur-Seine, qu'il remplit les fonctions d'oculiste au dispensaire municipal de cette ville, depuis l'année 1906 ; qu'enfin, le 13 juillet 1908, il a été fait chevalier de la Légion d'honneur avec la mention suivante : « Docteur en médecine de la Faculté de Paris en 1891: directeur d'une clinique des maladies des yeux à Paris, depuis 1891, 25 ans de pratique médicale » ;

Attendu que si le docteur O. s'occupe accessoirement des affections du nez, de la gorge et des oreilles, il s'est incontestablement spécialisé dans l'oculistique, dont il a fait sa principale profession médicale et pour la pratique de laquelle il possède

une installation clinique spéciale ; qu'on ne saurait donc lui dénier la qualification de médecin-oculiste spécialisé ; que, par suite, les cinq visites-consultations qu'il a faites à l'ouvrier T. doivent lui être comptées au prix de 12 francs l'une, conformément à l'article 27 de l'arrêté ministériel du 8 juillet 1920 ; que sa demande, appuyée du mémoire prescrit, doit donc lui être adjugée à la somme de 85 fr., la responsabilité d'A. n'étant pas contestée, au point de vue de la loi du 9 avril 1898 ;

Par ces motifs,

Condamnons A. à payer au Dr O. la somme de 85 francs, montant du mémoire de ses honoraires, pour les soins donnés à l'ouvrier G. T., etc.

Note. — L'arrêté ministériel du 8 juillet 1920 (*J. O.* du 22 juillet 1920, p. 10523) fait une distinction entre le tarif médical de pratique courante et les tarifs chirurgicaux.

Les oculistes bénéficient du tarif spécial.

L'article 27 de l'arrêté porte en effet : « Par dérogation à l'art. 15 alinéa 2, ci-dessus, le prix de la consultation, lorsqu'elle est donnée par les *seuls médecins oculistes spécialisés*, est fixé à 15 francs la première et 12 fr. les autres, etc. » Que faut-il entendre par « médecin oculiste spécialisé » ? S'agit-il seulement du médecin spécialisé dans l'oculistique et qui ne fait que cela, ou doit-on y comprendre le médecin qui a étudié spécialement l'oculistique ? Il semble que le jugement ci-dessus donne de cette difficulté une solution rationnelle et équitable.

(*Gazette du Palais*, 23 septembre 1921.)

DOCUMENTS OFFICIELS

A L'OFFICIEL

Transformation du doctorat d'Université en doctorat d'Etat.

10867. — M. PAUL GAY, député, demande à M. LE MINISTRE DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE dans quelles conditions un médecin qui avait passé son doctorat à l'Université de Lyon, en 1910, a pu être admis à subir les épreuves définitives du doctorat d'État, avec dispense de thèse, à Bordeaux en 1918, et notamment quelles modifications seraient survenues dans son statut national (*Question du* 15 *novembre* 1921.)

Réponse. — Les étrangers pourvus du doctorat d'une université mention « médecine » sont autorisés par le décret du 29 décembre 1906 à transformer ce titre en diplôme d'État, sous réserve de justifier du diplôme français

de bachelier et de la naturalisation française. Il peut leur être accordé la dispense de la scolarité et de certains examens. Il serait nécessaire pour pouvoir répondre de façon plus précise à la question posée, de connaître le nom de l'étudiant à qui elle fait allusion.

(*J. O.*, 29 *novembre* 1921.)

Timbre des mémoires de frais de justice criminelle.

10339. — M. Georges Legros, député, demande à M. le ministre de la justice si les mémoires de sommes inférieures à 50 fr., établis par les greffiers pour leurs droits d'indemnités de simple police sont dispensés du timbre de dimension, en vertu du décret du 9 avril 1921. (*Question du* 18 *novembre* 1921.)

Réponse. — Les droits et indemnités dus aux greffiers des diverses juridictions et, *d'une manière générale, les frais de justice criminelle, correctionnelle et de simple police* ne bénéficient pas des dispositions du décret du 9 avril 1921, réglant le mode de justification des dépenses qui n'excèdent pas 50 fr. ; ils sont présentement régis par les prescriptions de l'article 134 du décret du 5 octobre 1920, qui n'accorde la dispense du timbre que pour les sommes inférieures à 10 fr. D'une part, le décret du 9 avril 1921, n'a pu avoir pour objet de dispenser du timbre les pièces assujetties à cet impôt par mesure législative. Il dispose seulement que la production des pièces dont il s'agit n'est plus exigée à l'appui d'une ordonnance ou d'un mandat de payement pour les dépenses ne s'élevant pas à plus de 50 fr. dans leur totalité, et sous la condition que le détail des travaux et fournitures soit présenté par l'ordonnance ou le mandat. D'autre part, ledit décret, conçu dans les mêmes termes que le règlement du 28 décembre 1838 sur la comptabilité du ministère de la justice, ne saurait concerner des dépenses autres que celles visées par ce règlement. Or, ce dernier n'est pas applicable aux frais de justice criminelle. On lit, en effet, dans le rapport dont il est précédé et dans l'article 37, 2e alinéa, que les frais de justice continuent d'être soumis, pour leur comptabilité, aux dispositions du décret du 18 juin 1811, actuellement remplacé par le décret du 5 octobre 1920.

(*J. O.*, 4 *novembre* 1921.)

Par suite, contrairement à ce que nous avions indiqué précédemment, les mémoires de frais de justice criminelle sont passibles du timbre de deux francs, dès qu'ils dépassent 10 francs, c'est-à-dire toujours, puisque le minimum en est de 15 francs (visite judiciaire).



QUARANTE-TROISIÈME ANNÉE N° 51 DIMANCHE 18 DÉCEMBRE 1921

Fondé en 1879 par Auguste CÉZILLY
Rédigé et dirigé par H. JEANNE (1900-1914),

LE CONCOURS MÉDICAL

ORGANE HEBDOMADAIRE DES PRATICIENS
Groupés dans la Société « Le CONCOURS MÉDICAL » et ses Filiales

ADMINISTRATION & PUBLICITÉ
C. BOULANGER, ADMINISTRATEUR

ABONNEMENTS :
France........................ 24 fr.
Étranger........................ 28 »
Étudiants (France)........ 12 »
Le numéro........................ 50 cent.
Chèques Postaux Paris 167-95

DIRECTION
MM. les Drs A. GASSOT, Directeur ; A. MAURAT ; H. CEZILLY ; J. NOIR ; P. BOUDIN docteur en droit ; M. VIMONT ; G. DUCHESNE.
MM. P. CEZILLY, J. DUMESNY, licenciés en droit ; C. BOULANGER.

RÉDACTION
Dr J. NOIR, RÉDACTEUR EN CHEF
Drs P. LACROIX et G. DUCHESNE SECRÉTAIRES DE LA RÉDACTION
N.-B. — Les manuscrits, publiés ou non, ne sont pas rendus.

Rédaction et Administration : 132, rue du Faubourg St-Denis, PARIS (10e). Téléphone : Nord 48-17

Quarante-troisième année. N° 51 18 Décembre 1921.

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN



SOMMAIRE

Office de Renseignements du « Concours »

Membres du Concours exerçant dans les stations hivernales

Nous rappelons à nos adhérents qu'il y a lieu de nous informer chaque année de leur désir de voir figurer leur nom sur cette liste.

MM. les docteurs :

Alger : Picard.
Antibes : Ribes.
Arguel (Doubs) : H. et J. Bon.
Bandol : Marçon.
Beaulieu : Ricoux, Bertier, Ubaud.
Beausoleil : Audoly, Pizard,
Biarritz : Berne, Clavel Pierre.
Cambo-les-Bains : Colbert, Hamant.
Cannes : Abadie, Argueyrolles, Baradat, Bayle, Caruette, Fournier, Kent-Gazet, Verdalle.
Cannet (Le), près Cannes : Comoy, Oudaille.
Cap-d'Ail : Lyons.
Chambon-de-Tence (Le) : Riou.
Fréjus : Turcan.
Grasse : Bossuet, Perrimond.
Hyères : La Bonnardière, Mauranges, Minelle, Pierrhugues, Vidal.
Juan-les-Pins-Antibes : Stef.
La Seyne : Grandjean J. M., Jaubert.
Menton : Coubard, P. de Langenhagen.
Monte-Carlo : P. Gasquet, Vivant.
Nice : Ardoin, Baillon, Pr S. Baudry (*oculiste*), Gauvin, Chatenoud, Auguste Colin, Constant, Delocque - Fourcaud, Dormoy, Gaudichon (*oto-laryng.*) Gruzu, Henry (*Rayons X*), Kent-Monnet, Larue, Leriche Em., Liotard, Noble J., Piétri.
Oran : Paire.
Pau : Bajac, Carcy.
St-Raphaël-Valescure : Caldaguès, Vadou.
Toulon : Pignet (*urol. derm.*).

AVIS

AGENDA MEMENTO DU PRATICIEN

Notre édition 1922 *vient de paraître*, et l'expédition en a été faite par postal à tous les souscripteurs qui auront donc satisfaction à bref délai.

Comme les années précédentes, un grand nombre de lecteurs nous ont adressé leur souscription après sa clôture, et nous avons été mis dans l'obligation, afin de satisfaire les intéressés, d'en faire un tirage complémentaire qui a occasionné un supplément de dépenses.

Comme conséquence, à partir d'aujourd'hui, notre volume ne pourra être envoyé qu'au prix de 15 fr. au lieu de 12 fr.

Verser au compte de chèques postaux: Concours Médical, *Paris* 167-95.

DON. — Nous avons reçu à titre de don à la Société civile du *Concours médical*, de X. la somme de soixante-dix francs, pour bons offices du journal.

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum, aux* « demandes et offres ».

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 1 fr. 50 la ligne, qui est versé dans la caisse de la Société civile du Concours Médical). *Adresser un mandat ou mieux verser au compte de chèques postaux* Concours Médical, *Paris 167-95.*

Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse.**

N° 614. — A vendre tube radium conten. environ 50 millig. sur base 800 fr. le milligr. de bromure suivant certificat Curie.

N° 615. — Fauteuil pr transport malade, assis, couché et charriot métalliq. à vendre, état neuf. Institut Radiologie, 58, av. Malakoff, Paris.

N° 616. — A vendre 3 tables d'examen, articulées, complet (bassin, jambières, épaulières) état neuf, une 250 fr. les 2 autres 300. Dr Cuzol, 30, r. Miromesnil, Paris.

N° 617. — Demoiselle, certain âge, recommandée par Docteur, habite Bretagne, élèverait enfant naturel.

N° 618. — Sud-Est bon poste 26.000 touchés, fait la pharmacie, assistance et vaccinat. Peu de frais locomotion, 5.000 comptant plus mobil., instrum. et médicam. au cours. Si preneur désire céderai Zèbre 1920, état neuf.

N° 619. — Morbihan, à vend. cause décès, Citroën 1920 peu roulé, exc. état 11.000. Matelas caoutch. Bruneau 105 × 80, état neuf, 500 au lieu 700. Bouillotte et coussins, feuille anglaise, état neuf 20 f. au lieu de 40 f. pièce.

N° 620. — A céder, grande banlieue ouest, bon poste chef-lieu de canton, sur grde ligne chemin de fer, 69 kil. de Paris.

N° 621. — Occasion. Machine statique Drault 4 plateaux, chez Loreau, 3 *bis*, rue Abel, Paris 12e.

N° 622. — A vendre, cause double empl. table opérat. et exam. moderne, tube acier et tôle laqués, pliante, exc. état donnant toutes positions, étriers, tiroir, cuvette. Dr Lavoix, Saint-Lô.

N° 623. — Bon infirmier, salle d'opération, masseur, demande place, adres. offres Dr Colle, hôpital Darcy Henin-Liétard (P.-de-C.).

N° 624. — On demande acheter Maison santé, repos, régime ou désintoxication.

N° 625. — Dr désire acheter d'occasion appareils d'électricité médicale, de radiologie et de haute fréquence. M. Barbottin, 239, rue Lafayette, Paris.

N° 626. — A céder ds très grde ville du Sud-Est très bon cabinet médico-chirurgical. Bel appart. Cession urgente par suite décès. Indem. 30.000 y compris mobilier et instrum. S'adr. Breitel et Goret, 1 r. Dante, Paris.

N° 627. — Région centre, poste ancien, rapp. 36.000, loyer minime, seul médecin, on fait pharmacie. S'adr. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris.

CORRESPONDANCE

A propos de l'internat obligatoire. Le stage chez le praticien.

Nous recevons d'un confrère qui nous prie de laisser à sa lettre un anonymat modeste la communication suivante que nous publions avec plaisir in extenso. *Cette lettre, dont personne ne discutera l'intérêt et qui fait le plus grand honneur à celui qui l'a écrite, se passe de commentaires. Ce serait trop beau si ce qu'elle indique se réalisait un jour.*

J. N.

Je viens de relire vos articles à propos de l'internat obligatoire, — *Concours médical* de 1921, numéros 26-29-40, — et à ce sujet, je crois intéressant de vous communiquer quelques réflexions concernant mon exemple personnel et ce qu'a fait pour moi un confrère et ami, membre du *Concours*, qui désire comme moi-même, garder l'anonymat.

J'ai eu la bonne fortune de remplir pendant plusieurs années, au cours de la guerre, les fonctions d'externe et d'interne dans un grand service de clinique médicale, sous la direction d'un maître des plus éminents et d'une remarquable bienveillance, maître qui, malgré son âge avancé, est un des rares professeurs partisans de la refonte complète des études médicales et d'une sorte d'internat obligatoire. Malgré cet immense avantage, malgré des

études médicales consciencieuses et solides, trop livresques et trop théoriques pourtant, couronnées par une thèse qui a obtenu les éloges, j'ai néanmoins reculé, au seuil de l'installation, épouvanté par les lacunes qui restaient à combler dans mon instruction médicale et surtout par le manque de pratique.

A ce moment, j'avais déjà écrit incidemment au *Concours médical*, lors de ma réponse à son offre d'abonnement, mon intention (bien que ma situation fût des plus modestes) de ne pas exercer tout de suite et de me perfectionner avant mon installation. J'ai donc essayé de retourner fréquenter les hôpitaux, où j'espérais acquérir rapidement les connaissances qui me manquaient ; mais, très vite, j'ai vu que les résultats étaient loin d'être proportionnés au temps que je sacrifiais et j'ai eu l'impression que, même en restant de longs mois à faire ces stages hospitaliers et à suivre la visite des patrons, je n'aurais guère été plus avancé après qu'auparavant. Me trouvant donc toujours fort mal préparé pour me lancer tout de suite seul dans la clientèle, avant de songer à m'installer, je voulais compléter et modifier mon éducation médicale dans un sens pratique, et c'est pourquoi j'ai eu l'idée audacieuse d'écrire à un médecin, membre du *Concours médical*, exerçant depuis assez longtemps dans une de nos stations thermales les plus fréquentées de l'Est. Je lui ai fait part de mon embarras, lui décrivant mon état d'esprit, lui demandant conseil et si un stage sous sa direction était possible, en un mot, s'il accepterait de m'avoir pour assistant et élève pendant quelque temps. Voici quelle fut sa réponse : « Mon cher ami, j'ai reçu votre lettre, elle m'a fait plaisir et je suis prêt à vous accueillir... je pense que vous pourrez travailler plus utilement qu'à l'hôpital... »

Ce médecin, que j'avais connu par l'intermédiaire d'un ami commun, et avec lequel je n'avais eu jusqu'alors que quelques heures de conversation, m'a accueilli comme un ami et traité dans sa maison comme quelqu'un de la famille, comprenant bien, me disait-il, mes hésitations et se rappelant que personnellement, il avait trop souffert, à ses débuts d'installation, pour ne pas essayer de m'aider et de me rendre la tâche plus facile.

J'ai fait chez lui un stage de près de 4 mois 1/2, pendant lequel, pour m'initier à la pratique courante et journalière de la clientèle, il m'emmenait avec lui dans ses visites à la ville et à la campagne, me faisait assister à ses consultations, toutes les fois qu'il le pouvait ou que cela offrait quelque intérêt médical, me faisant ainsi partager le fruit de son expérience déjà ancienne. De mon côté, j'aidais quelque peu mon ami, le remplaçais au besoin, ce qui lui a permis de prendre quelques jours de vacances et de s'absenter de temps à autre, le dimanche, sans abandonner ses clients. Jaamais nous n'avons eu le moindre dissentiment entre nous. Je crois que cet exemple est à signaler et vous pourrez, si vous le jugez à propos, publier ma lettre dans le *Concours médical*, en me gardant l'anonymat. Mieux que personne je suis placé, au sortir de l'École, pour savoir

ce qu'a de défectueux notre enseignement médical, tel qu'il est organisé actuellement. Et encore, j'ai eu la chance de pouvoir approcher des malades dans un service hospitalier et d'en avoir la responsabilité pendant plusieurs années, au cours de mes études. Aussi, suis-je partisan convaincu de la réforme des études médicales dans un sens pratique, de la création d'une sorte d'internat obligatoire dans les hôpitaux, complété par un stage de quelques mois chez un praticien avant l'installation. Mais, comme c'est là une chose sans doute trop simple et qui donnerait de trop beaux résultats, elle n'est pas près d'être réalisée.

Mon exemple personnel, que j'ai tenu à vous signaler, prouve cependant qu'elle n'a rien d'impossible et qu'il suffit d'un peu de bonne volonté de part et d'autre pour la mettre à exécution.

Pour les jeunes qui me suivront dans la carrière médicale, pour le plus grand bien des malades qui se confieront à leurs soins, pour l'intérêt même des praticiens qui seraient les initiateurs des nouveaux médecins, il est de toute évidence qu'une telle pratique, si elle se généralisait, serait d'une utilité incontestable. Combien y gagnerait le corps médical et les malades !

Recevez, je vous prie, M. le Rédacteur et cher confrère, l'expression de mes sentiments les meilleurs.

Calcul des rentes des blessés du travail.

Abonné du *Concours médical* et possesseur de l'Agenda-Memento 1921, je vois à la page 69 de ce dernier :

Article 2 qui dit que les victimes d'accidents travail ont droit à 100 % jusqu'à 4.500 fr. plus 1/4 *du surplus* jusqu'à 15.000, etc.

Article 3 : l'ouvrier avec incapacité *absolue et permanente* à une rente égale aux 2/3 *de son salaire annuel* ; pour l'incapacité partielle et permanente à une rente égale *à la moitié* de la réduction que l'accident fait subir au salaire.

J'avoue ne pas comprendre. Est-ce l'article 2 ou l'article 3 qui fixe la rente de l'accidenté. Ainsi en ce moment un ouvrier que j'ai soigné et qui a repris son travail et à qui l'on propose 50 %, me demande ce que ça lui fera de rente. Doit-on calculer avec *l'article* 2 ou avec *l'article* 3.

Article 2, l'ouvrier a gagné 8155 les 12 mois précédant l'accident, il aura alors comme rente 2.757 fr.

Article 3 : il ne gagne plus, depuis son infirmité, que 300 fr. par mois soit 3.600 fr., sa réduction est de 8.155 — 3.600 = 4.555 et 50 % de 4.555 = 2.277.

Je vous serais bien obligé de m'éclairer par la voie du *Concours*. Dr C.

Réponse.

L'article 2 de la loi sur les accidents du travail ne dit pas que les victimes d'accidents du travail ont droit à 100 % de rente jusqu'à 4.500 fr., mais qu'elles ne bénéficient des dispositions de la loi (de l'article 3 en ce qui concerne le calcul des rentes) que jusqu'à concurrence de cette

somme, et pour le surplus, jusqu'à 15.000 fr. au quart, et au delà de 15.000 fr. au huitième.

En un mot, l'article 2 fixe, dans son alinéa 2, le salaire qui doit servir de base au calcul des rentes.

Pour un salaire de 8155 fr., l'ouvrier victime d'un accident bénéficiera des dispositions de l'article 3, savoir :

Pour la totalité, jusqu'à	4.500 fr.
Pour le quart du surplus, soit de 3.655 fr., dont le quart est de.....	913 75
Ensemble..................	5.413 75

La rente doit être fixée d'après la diminution de la capacité professionnelle de l'ouvrier, et non d'après la diminution de son salaire réel.

En admettant, dans votre espèce, que la réduction du salaire soit en proportion de la diminution de capacité, elle serait environ de 56 %, de sorte que le blessé aurait droit à une rente de 28 % de 5413,75, soit à une rente de 1515,85.

Si, comme on le lui propose, sa diminution de capacité est fixée à 50 %, il aurait droit à une rente de 25 % de 5413,75, soit de 1353,43.

Impôts anciens et centimes additionnels.

Je vous serais obligé de me renseigner sur le point suivant : en plus des impôts sur les bénéfices et sur le revenu, sommes-nous redevables encore, en plus de la personnelle mobilière, d'une contribution sur la patente ? Si oui, comment le chiffre de 56 fr. 67, se trouve-t-il transformé en 105 fr. 82 et comment sur une feuille, l'imposition locale est-elle de 0,767825 sur l'autre de 1,867341 ?

Je vous joins mes deux feuilles d'imposition et vous serais obligé de me les retourner avec votre réponse.

Dr B.

Réponse.

La loi du 31 juillet 1917, qui a institué les impôts cédulaires, et notamment celui sur les bénéfices des professions non commerciales, a supprimé l'impôt personnel mobilier, celui des portes et fenêtres et la patente, mais en principal seulement. Elle a laissé subsister les centimes additionnels départementaux et communaux, sur ces divers impôts, et certains centimes d'État pour non-valeurs.

C'est ce qui explique que vous avez à payer, non pas le droit principal des deux impôts, qui ne figure que pour ordre sur les avertissements, mais les centimes additionnels, qui peuvent être et sont souvent plus élevés que le principal lui-même.

Ces centimes additionnels varient suivant chaque localité, et suivant chaque impôt. Il est tout à fait normal qu'ils ne soient pas les mêmes pour la contribution personnelle-mobilière que pour la patente.

(*Voir la suite page XXXI 3461*)

PROPOS DU JOUR

Un effort nécessaire pour l'organisation des Stations thermales et climatiques françaises.

La France est le pays du monde le plus richement doté en stations thermales et climatiques.

La gamme de ses eaux minérales est complète. Elle possède des eaux sulfurées sodiques et calciques, des eaux chlorurées sodiques franches et complexes, des eaux bicarbonatées, sodiques, calciques, chlorurées mixtes, des eaux sulfatées, arsenicales.

Toutes ces eaux sont d'une efficacité reconnue : la plupart sont exploitées depuis des siècles, nombreuses sont les stations au passé plusieurs fois millénaire.

Certaines sont douées, malgré leur faible minéralisation, d'une activité biologique étrange. Des propriétés physiques jusqu'à ce jour peu connues : ionisation, état colloïdal de certains métaux, etc., commencent à soulever le voile mystérieux de leur efficacité à la source.

La constatation de leur radioactivité, dont le Pr Moureu a entrepris scientifiquement l'étude, va sans doute bouleverser totalement les conceptions simplistes que les médecins se faisaient de leur valeur thérapeutique.

A ces recherches hydrominérales, dont les centres principaux sont nos régions montagneuses : Plateau Central, Vosges, Alpes, Pyrénées, la France peut ajouter une variété de climats tout aussi grande ; énumérons : Les hautes altitudes dans les Alpes et les Pyrénées, les altitudes moyennes dans nos régions montagneuses des Vosges, du Jura, du Plateau Central, des Cévennes et des contreforts de nos grandes chaînes alpestre et pyrénéenne, des climats de faible altitude continentaux et marins, et parmi ces derniers toute une série de variétés : les climats marins stimulants du nord, froids, violemment ventilés, les climats toniques à température douce de nos côtes bretonnes, les climats sédatifs du golfe de Gascogne et de la Côte d'Azur.

Ces facteurs, selon l'expression de nos maîtres en hydrologie, mettent à la disposition du médecin un « clavier thérapeutique au jeu très varié et très souple » dont il peut, s'il le connaît suffisamment, tirer de merveilleux effets.

Mais toutes ces richesses réunies dans notre beau pays de France sont-elles mises en valeur et exploitées comme elles devraient l'être ?

Nous avons déjà constaté de très sérieux progrès depuis le début du XXe siècle, et nous espérons que la reconstitution de notre pays après la guerre donnera un nouvel essor à nos stations hydrominérales et climatériques.

Le grand nombre de ces stations excuse dans une certaine mesure la lenteur relative de leur développement et leur organisation. Il faudrait, pour faire de nos villes d'eaux et de nos bains de mer des stations parfaites, des capitaux si élevés qu'ils absorberaient toute la fortune du pays, et la France a d'autres exploitations à assurer, d'autres richesses à faire fructifier ; elle ne peut ni ne doit se borner à devenir un vaste sanatorium dans le sens le plus étendu du mot.

Notre Patrie est un peu comme un propriétaire foncier trop riche, qui tâche de cultiver un peu toutes ses terres, mais est dans l'incapacité, faute de capitaux suffisants, d'en tirer tout le parti que lui permettrait une culture savante et perfectionnée.

Cependant, un effort plus grand que ceux, très appréciables, qui ont déjà été faits, serait possible en coordonnant mieux les bonnes volontés qui ont le souci de la prospérité de la France.

Nous en causions récemment avec un de nos confrères et amis, un des hommes qui connaît le mieux la question et qui a sur ce point les idées les plus larges :

« La mise en valeur des stations thermales et climatiques, nous disait-il tout récemment, vient d'être sérieusement étudiée au dernier Congrès du tourisme et de l'hôtellerie auxquels s'était joint le thermalisme, congrès qui s'est tenu cette année à Toulouse.

Si, médicalement, le thermalisme paraît seul nous intéresser, nous ne devons pas le séparer du tourisme et de l'hôtellerie ; l'alliance de ces trois facteurs est indispensable pour obtenir le succès.

Le bon exemple est venu d'Auvergne dont la Fédération touristique et thermale a montré quelle peut être la puissance d'un effort commun bien coordonné. Les Pyrénées et les Alpes n'ont pas tardé à suivre cet exemple. Ce mouvement ne tardera pas à gagner les Vosges, et alors pourra s'organiser une Confédération française, englobant toutes nos stations, même les plus petites ; ce sera là une puissance d'une valeur indiscutable.

Nous savons qu'à l'heure actuelle, sa réalisation est en voie de s'accomplir. Il en était temps, car nous devons l'avouer, à peu d'exceptions près, nos stations sont très insuffisamment organisées et maladroitement exploitées.

Dans toute station thermale ou climatique, l'essentiel est la valeur thérapeutique des eaux ou du climat et l'agencement des établissements de cure. Il faut donc tout d'abord *organiser, comme l'exigent les progrès techniques actuels, les thermes et les établissements sanitaires.* Pour cela, il faut des moyens financiers suffisants et indispensables. Or, on peut se les procurer, mais il convient d'en faire un emploi judicieux.

La loi sur la *taxe de séjour* permet aux Chambres d'industrie thermale (dont le rôle est appelé à être prépondérant dans les stations de cure) de gager un emprunt sur la moitié du rendement de cette taxe.

Prenons comme exemple une ville d'eaux dont le rendement de la taxe de séjour est de 50.000 francs. Avec la moitié, 25.000 francs, elle peut contracter un emprunt (au Crédit foncier, par ex.), de 250.000 à 300.000 francs. Les 25.000 francs qui lui restent peuvent assurer les frais urbains (voierie, égoûts, jardins, etc.) Cet emprunt, l'on en conviendra, même avec les difficultés de l'heure présente, peut permettre une réfection intéressante des établissements de cure.

Une *banque d'industrie thermale* pourrait aussi être constituée. Cette banque, créée par un consortium de financiers, pourrait avoir comme gages de son capital, outre une partie de la taxe de séjour, la concession du monopole de l'exploitation commerciale des sous-produits (sels, pastilles) et de la vente des eaux en bouteille, exploitation qui contribue à la prospérité de Vichy, d'Evian, de Vittel et de bien d'autres stations.

Cette banque pourrait étendre son activité, devenir propriétaire d'immeubles, de terrains, de stades pour sports, de chutes d'eaux, et partant, d'usines électromotrices dont les centres thermaux voisins seraient des clients assurés.

Elle pourrait demander le patronage du *Touring Club de France*, de l'*Office national du tourisme*, du *Crédit hôtelier*, de la *Compagnie française du Tourisme* et de Sociétés financières puissantes comme la *Société des chemins de fer et hôtels de montagne*. Enfin, ne pourrait-on pas espérer le concours des grandes compagnies de chemins de fer ? Ne sont-elles pas intéressées au premier chef au développement de nos stations ? Nous voyons déjà le *Réseau du Midi* prendre à ce sujet l'initiative (1). D'autre part, il n'est pas absurde de prévoir qu'un certain nombre de malades, riches ou simplement aisés, qui fréquentent régulièrement les eaux minérales, (car la plupart sont des chroniques), s'intéresseraient à la prospérité et à l'amélioration des stations et seraient même heureux de récupérer en partie, sous forme de dividendes, les dépenses que nécessite leur cure annuelle.

Vous le voyez, continua mon ami, la question financière ne paraît pas insoluble.. Mais tout ne se borne pas à la résolution du problème financier, il faut songer ensuite à l'organisation.

Ce qui a retardé et retarde un peu partout l'essor de nos stations, ce sont les misérables querelles de clocher et les rivalités mesquines. Dans une ville d'eaux il ne doit y avoir qu'une politique : la *politique thermale.* Une source minérale est une *richesse nationale* et l'on ne doit pas souffrir que son exploitation soit à la merci de haines locales et de l'étroit particularisme de quelques individus.

La *Chambre d'industrie thermale* qui, par sa large composition, échappe à ce particularisme, doit être le Conseil technique des municipalités et leur donner les directives nécessaires.

L'*effort médical* des praticiens de chaque station doit tenir un rang prépondérant dans l'organisation thermale. Il convient que les médecins poussent le plus possible les études physico-chimiques de leurs sources. Il faut qu'ils s'inspirent de leurs grands devanciers :

(1) Nous avons eu le regret de ne pouvoir nous rendre à une réunion des plus intéressantes provoquée par M. PAUL, l'éminent directeur des Chemins de fer du Midi, où il fit devant un auditoire de médecins distingués, avec une compétence et une largeur de vue peu communes, un remarquable exposé de l'effort qui pourrait être fait pour une meilleure mise en valeur des stations thermales et climatiques des Pyrénées.

J. N.

les Bordeu, les Barrié, les Michel Bertrand, et, encore avant eux, les La Framboisière, les Jean Blanc, les Edme Beaugier, etc., pour relever avec soin, sagacité et sincérité, les observations cliniques de leurs malades. Ce sont les médecins des stations qui, unis en syndicats, doivent logiquement organiser en techniciens compétents les établissements de cure où ils doivent traiter leurs malades. Cela tombe dans le domaine du plus simple bon sens.

Il faut qu'ils établissent avec netteté les indications dominantes des sources et leurs *contre-indications*. Il convient qu'ils évitent d'attribuer à leurs eaux les vertus d'une *panacée universelle* qui les déconsidèrent et donne un aliment au scepticisme déplorable de certains médecins praticiens, qui ne veulent pas croire à l'efficacité, cependant évidente, des cures thermales.

L'enseignement de nos facultés et de nos écoles doit encore contribuer beaucoup à l'organisation de nos stations. Nos maîtres qualifiés ne doivent pas craindre (et certains des plus éminents en ont donné l'exemple) de faire appel à la compétence des médecins de stations les plus expérimentés.

Oh ! nous savons que ce choix ne sera pas toujours facile, qu'il éveillera mille et mille susceptibilités. Mais nos maîtres n'auront qu'à s'adresser aux sociétés médicales qui existent dans chaque station et à les prier de désigner elles-mêmes le conférencier le plus digne de les représenter.

D'autres auxiliaires de l'enseignement des Facultés, tels que les Instituts hydrologiques parisiens ou régionaux devront être encouragés. L'Association pour le développement des relations médicales avec l'étranger (A. D. R. M.) devra aussi apporter son concours à la propagande en faveur de nos stations françaises.

Les voyages d'études médicales tels que ceux que le Dr Carron de la Carrière a si remarquablement organisés doivent être largement subventionnés et multipliés.

Ces initiatives privées, fécondes en résultats, peuvent être, comme toutes les initiatives, gênées par l'Etat et les bureaucraties administratives. Nous ne doutons pas qu'au cas échéant, le groupe médical du Parlement interviendrait pour les protéger.

L'effort que je demande, continua mon ami qui parlait avec la conviction enthousiaste d'un apôtre, est déjà un peu partout ébauché. Dans les Alpes, Aix-les-Bains a constitué un centre thermal tout à fait remarquable. Evian en a fait tout autant. Faut il citer dans le Plateau Central les progrès réalisés au Mont-Dore, à la Bourboule, à Châtel-Guyon, à Saint-Nectaire, à Royat et ailleurs? Et Vichy! Est-il nécessaire de rappeler ses belles installations, les meilleurs et les plus solides facteurs de sa prospérité.

Les Pyrénées à leur tour, dont on a beaucoup médit, sont sorties de leur torpeur. A Luchon, une municipalité éclairée et courageuse n'hésite devant aucune innovation et transforme les vieux thermes romains. Grâce à elle, Luchon maintiendra son prestige mérité de *Reine des Pyrénées*. Tout y devient conforme aux exigences de notre moderne conception de l'hygiène.

Nous voyons dans la région pyrénéenne deux créations qui, non seulement peuvent soutenir la comparaison avec n'importe quelle station allemande ou suisse, mais leur sont nettement supérieures, ce sont les stations d'altitude pour cure de repos, d'air et de soleil de Font-Romeu (Pyrénées-Orientales) et de Superbagnères. Cette dernière s'élève à 1800 mètres d'altitude. Un hardi funiculaire y conduit en 40 minutes de Luchon et permet d'y admirer un des plus beaux panoramas du monde. Ces deux stations qui appartiennent à la Société des chemins de fer et grands hôtels de montagne nous dispensent d'aller chercher à l'étranger ce que nous avons chez nous.

Une objection que font les capitalistes aux entreprises thermales, c'est la courte durée de la saison, qui ne permet pas de réaliser de bénéfices suffisants pour assurer des dividendes intéressants.

Le Touring Club de France et l'Office national du Tourisme ont entrepris une campagne pour *l'allongement des saisons*. Dans la plupart des stations, la saison s'ouvre le 15 mai ou le 1er juin *officiellement*, mais en fait elle ne commence que le 1er juillet.

Presque partout, en juin, on nettoie les hôtels et l'on se prépare. Les magasins sont encore fermés. Les baigneurs tôt venus sont un peu considérés comme des gêneurs. Les parcs, les jardins, ne sont pas en état. A l'établissement, le personnel n'est pas au complet ; sous prétexte d'économie, le linge n'est pas chauffé. Tous les services de cure ne sont pas en fonction.

Quel effet déplorable est ainsi produit sur le malade qui, se fiant aux indications officielles, s'est fourvoyé aux eaux avant le 1er juillet !

Si l'on veut allonger les saisons et partant augmenter le rendement de la station, c'est à ceux qui exploitent la station de commencer par faire l'effort nécessaire.

N'ont-ils pas tout l'hiver pour nettoyer et réparer, pour préparer la saison qui doit commencer aux premiers beaux jours ?

La campagne entreprise donne déjà son effet, et l'an dernier, bien des stations ont enregistré en juin un plus grand nombre de baigneurs. Il conviendrait, dans beaucoup de villes d'eaux, de débuter en mai et de terminer en octobre. Malgré tout, de nombreuses raisons amènent le départ au début de l'automne, c'est la fin des vacances pour tous, l'ouverture de la chasse pour certains, les vendanges pour d'autres.

Mais il est temps de finir, je ne puis m'éterniser sur cet inépuisable sujet, conclut mon ami. Dans une station thermale, la *clef de voûte est l'établissement*. Il est étrange d'avoir à l'affirmer, et cependant cela est nécessaire. Tous les efforts doivent d'abord se porter vers son amélioration, son organisation. Hôtels, distractions, casino viennent ensuite par rang d'importance.

Cependant, nous conviendrons que l'on doit faire marcher de pair avec l'hôtellerie, la facilité des moyens de transports. Les compagnies de chemins de fer ne doivent pas lésiner sur la large attribution de billets de cure. »

Notre ami se tut :

« — Vous avez raison sur tous les points, lui répliquâmes-nous. La prospérité d'une station sanitaire ne doit tenir ni à la mode, ni à la vogue éphémère de ses distractions, ni à l'attrait discutable des jeux du Casino. Certes, n'en médisons pas trop, tout cela est nécessaire car il ne faut pas que le baigneur s'ennuie et conserve un souvenir pénible et fastidieux de sa cure. Mais il faut qu'avant tout, le malade qui vient dans une station pour se soigner, y trouve les moyens thérapeutiques les plus puissants et les mieux installés. Là est et doit être l'élément le plus sérieux de la réputation de la station. Le rôle du corps médical, bien uni et de préférence syndiqué, doit-être prédominant. Si les médecins ne réussissent pas, après une étude scientifique et clinique rigoureuse, à organiser leur établissement de manière à pouvoir faire retirer au malade le maximum d'effet de la cure à laquelle il s'est soumis, la ville d'eaux végétera fatalement.

Les médecins praticiens qui y envoient leurs malades perdront confiance et la station, outil merveilleux dont on n'aura pas su se servir, tombera dans le discrédit. Ajoutons encore qu'il convient de pouvoir s'y rendre et s'y loger à des prix qui ne défient pas le bon sens, et ainsi, nous disposerons des meilleurs moyens de lutter contre la concurrence en général et la concurrence allemande en particulier ».

A bon entendeur, salut.

J. Noir.

PARTIE SCIENTIFIQUE

LES DOCUMENTS DU PRATICIEN

Hypertension artérielle (Traitement) (1).

Deux nouveaux médicaments hypotenseurs ont vu le jour : le *benzoate de benzyle* et la *teinture d'ail*.

Le *benzoate de benzyle* est, selon les travaux de M. David Macht (2), qui l'a préconisé, un produit exerçant une influence inhibitrice sur la contraction et la tonicité des muscles lisses. MM. Laubry et Mougeot (1) ont vérifié l'action de ce médicament dans l'hypertension artérielle.

Ils conseillent l'emploi d'une solution alcoolique à 20 %, aromatisée avec quelques gouttes de teinture de badiane. La dose à recommander est 20 gouttes de cette solution à prendre 3 fois par jour dans du lait. Ce médicament peut aussi s'ordonner dissous dans l'huile et englobé dans des capsules gélatineuses renfermant 20 gouttes du produit. Ces prescriptions peuvent être appliquées une ou deux semaines de suite.

(1) Extrait de l'*Année Médicale pratique*, sous presse; voir page 3450.

(2) *Journ. of the Amer. Assoc.*, 23 août 1919. *New-York med. Journ.* 28 août 1920.

(1) Soc. Méd. hôp., Paris, 26 mai 1921.

La *teinture d'ail* au 1/10 est préparée en faisant agir de l'alcool à 95° pendant 15 jours environ sur l'ail desséché. C'est la préparation de choix, d'après MM. Loeper et Debray (1), qui la prescrivent à la dose quotidienne de 15 à 30 gouttes, voire même de 50 gouttes, en une ou deux fois. La teinture parfume infiniment moins l'haleine que la macération ou l'ail en nature. De toutes façons, le dégagement alliacé persiste plusieurs heures.

Ces deux médicaments ont le mérite d'être inoffensifs. Mais, tout en exerçant nettement une action hypotensive, ils semblent n'avoir, comme leurs aînés (nitrite de soude, trinitrine, etc.), qu'une action passagère. Il serait donc illusoire jusqu'à plus ample informé d'espérer, en s'adressant exclusivement à eux, diminuer notablement une hypertension artérielle permanente.

Dans un autre ordre d'idées, M. Pierre Ménard (2) a recommandé l'emploi de l'eau minérale du Breuil susceptible d'agir à la fois en favorisant la diurèse et en améliorant la nutrition. Le malade ingère chaque matin à jeun, pendant 2 semaines par mois, un petit flacon (150 gr.) de cette au minérale riche en oxygène.

LES SEULS SUCCÈS DURABLES SONT FOURNIS PAR LA LUTTE CONTRE L'AUTO-INTOXICATION CAUSALE.

En réalité, comme l'a développé Lian dans ses leçons cliniques de Tenon (3), l'indication fondamentale du traitement est de diminuer au maximum l'auto-intoxication qui intervient dans la genèse de l'hypertension. Il considère que dans la grande et la moyenne hypertension artérielle, la coexistence d'un certain degré d'insuffisance rénale est la règle, comme le révèle la recherche de la constante d'Ambard (le simple dosage de l'urée sanguine est insuffisant, car maints chiffres de 30, 40 cgr. d'urée coexistent avec une constante d'Ambard pathologique). Par conséquent, il estime que dans ces cas, le meilleur service à rendre au malade est de prescrire un régime hypoazoté (voir ce mot) et d'ordonner de la théobromine 5 à 7 jours par quinzaine (à doses progressives : 50 cgr., puis 1 gr., 1 gr. 50, de façon à tâter la susceptibilité du malade). On ajoute s'il y a lieu au début de chaque mois un jour de purgation et de diète hydrique, et au milieu de chaque mois une petite émission sanguine (50, 100, 150 gr.).

Ce traitement de fond fait le plus souvent baisser, d'une façon durable ou définitive, la maxima de 2 à 4 cm., la minima de 1 à 2 cm, sans cependant ramener la pression à des chiffres normaux. Il supprime les troubles fonctionnels graves comme le pseudo-asthme nocturne, atténue ou même parfois fait disparaître certains syndromes d'angor pectoris. Il laisse persister seulement quelques palpitations et une légère dyspnée d'effort. Il doit être associé à la digitale dans les cas où la dyspnée, le bruit de galop, la congestion passive hépatique ou pulmonaire, etc., indiquent un certain degré d'insuffisance cardiaque.

Ainsi, *le régime hypoazoté, les purgatifs, les émissions sanguines, la théobromine et la digitale sont les véritables hypotenseurs, les médicaments dits classiquement hypotenseurs n'ont qu'une action épisodique, à utiliser tout accessoirement contre certains syndromes paroxystiques liés à l'hypertension, en particulier contre l'angine de poitrine* (voir ce mot).

C. LIAN et R. BARRIEU.

(1) Soc. Méd. Hôp., Paris, 14 juillet 1921.
(2) Soc. Méd. Paris, 13 mai 1921.
(3) En cours de publication *in Concours Médical.*

THÉRAPEUTIQUE

Le traitement des maladies infectieuses par l'opothérapie des organes de défense,

Par le Dr BAYLE (de Cannes).

Les recherches que j'ai entreprises sur le traitement des maladies infectieuses par l'opothérapie des organes de défense sont la suite logique de mes travaux sur le traitement de la tuberculose par la splénothérapie, travaux résumés dans mon article du *Progrès médical*, n° 41, du 11 octobre 1913.

Ce sont les résultats très encourageants que j'ai obtenus avec les extraits de rate dans cette dernière maladie, résultats actuellement confirmés par l'expérience de nombreux confrères, qui m'ont amené à comprendre qu'il y a là, non pas une simple médication agissant sur une maladie déterminée, mais bien une méthode générale : l'opothérapie des organes de défense, et que cette méthode nouvelle est l'aboutissant logique, la conjugaison, en quelque sorte, des découvertes, pourtant si différentes, de Brown-Séquard et de Pasteur.

L'opothérapie est couramment employée aujourd'hui dans les insuffisances glandulaires. La nouveauté de la méthode réside en ce seul fait que je considère les malades atteints de maladies infectieuses comme ayant des organes de défense atteints à ce moment d'insuffisance. Il n'y a pas besoin, en effet, pour qu'un organe soit au-dessous de sa tâche, qu'il soit atteint d'insuffisance absolue.

L'insuffisance peut être relative si, dans un état morbide particulier, l'organisme demande à l'organe plus qu'il ne peut fournir.

L'organe est surmené : il se congestionne ; la congestion de la rate est manifeste dans la plupart des maladies infectieuses, le paludisme, la grippe, la

✦✦

typhoïde ; dès lors pourquoi, dans l'état infectieux, ne pas faire de l'opothérapie des organes surmenés, en l'espèce l'opothérapie des organes de défense ? Cette méthode fournira largement à l'organisme les produits dont il a besoin et reposera les organes surmenés, qui n'auront plus à fournir un travail au-dessus de leur force. Il est donc conforme à la plus saine doctrine de faire de l'opothérapie des organes de défense dans les maladies infectieuses : cette méthode est l'aboutissant des travaux de Brown-Séquard. Il est plus difficile de comprendre qu'elle est aussi la conséquence des travaux de Pasteur ; mais cette filiation n'en est pas moins facile à démontrer : un sérum curateur, en effet, n'est pas une toxine microbienne ; il y a dans le sérum des toxines microbiennes, mais il y a autre chose. En effet, on peut dire d'un sérum qu'il est le résultat de l'effet d'une toxine sur un organisme qui s'est défendu, sur des tissus qui se sont défendus, et le sérum contient à la fois les toxines et la sécrétion des organes de défense. Or, quel est celui de ces deux produits, toxine ou sécrétion, auquel est dévolu le pouvoir curateur ? Il serait absurde de croire que lorsqu'un malade est profondément intoxiqué, il suffit d'un peu plus de poison pour le guérir : l'élément sauveur n'est donc pas la toxine microbienne ; c'est la réaction du tissu ou de l'organisme de l'animal producteur du vaccin ; c'est en d'autres termes la sécrétion de ses organes de défense.

Le sérum pasteurien agit donc également en faisant de l'opothérapie des organes de défense.

Cette méthode est donc l'aboutissant forcé, inéluctable et la conjugaison des travaux de Brown-Séquard et de Pasteur.

Le jour où nous saurons dans quelles proportions les différentes maladies infectieuses provoquent la sécrétion des organes de défense, nous pourrons constituer, avec les préparations opothérapiques, de véritables sérums synthétiques appropriés à chaque affection.

Ce mélange s'obtient automatiquement dans le sérum pasteurien, puisque c'est la toxine elle-même qui a fait réagir l'organisme de l'animal producteur du vaccin ; ce sont ces proportions qui semblent constituer la spécificité du sérum, tandis que ce dernier est toujours, dans une certaine mesure, polyvalent, puisqu'il contient la sécrétion des organes de défense.

Cette polyvalence des sérums pasteuriens, particulièrement étudiée et active pour le sérum antidiphtérique de Roux et Yersin, est encore un argument puissant en faveur de l'idée que nous émettons, qu'un sérum tire son activité de produits opothérapiques. sécrétion des organes de défense, et tire sa spécificité de la quantité relative des sécrétions de chaque glande, rapport qui a été donné automatiquement par la toxine microbienne elle-même excitatrice des sécrétions.

Ces formules spécifiques, qui permettraient de faire un sérum synthétique par un mélange de produits opothérapiques suivant la proportion convenable pour chaque affection, m'ont semblé, pour le moment du moins, trop difficiles à établir.

Mais, par contre, il m'a semblé beaucoup plus aisé d'obtenir un sérum polyvalent. L'exactitude moindre de la formule peut être en partie compensée par des doses plus massives, puisque là, nous n'avons pas l'inconvénient d'avoir des toxines.

Il était indiqué d'essayer une formule relativement simple.

Le traitement d'une phtisie galopante, qui prenait une allure franchement aiguë où le rôle des infections secondaires paraissait considérable, m'a conduit à découvrir cette formule.

Je n'avais eu aucune prise sur la température de cette malade, qui oscillait autour de 40°5, avec mon traitement habituel de la tuberculose fébrile, qui consiste à faire, deux jours de suite, une injection intramusculaire de 10 c.c. d'extrait splénique, s'arrêter deux jours, recommencer deux jours, etc., jusqu'à la chute de la température ; mais je suis venu en huit jours à bout de la fièvre en injectant, en même temps que l'extrait splénique, 1 c.c. d'extrait total de glande surrénale.

Il ne restait plus qu'à appliquer ce traitement aux maladies infectieuses.

J'avais toutes les raisons théoriques possibles de conserver l'association rate-surrénale au cours de ces essais, en considérant toujours, dans l'appréciation des doses, la rate comme l'organe principal et la surrénale comme jouant un rôle accessoire. On a d'ailleurs intérêt à ne pas employer des doses trop considérables de surrénale, les extraits de cette glande ayant une toxicité que n'ont pas les extraits spléniques.

Je considère l'opothérapie splénique comme la partie fondamentale du traitement, parce que cette opothérapie commande toutes les autres, parce que, en d'autres termes, faire de l'opothérapie splénique c'est aussi faire, d'une manière indirecte toutes les autres opothérapies, parce que, enfin, je l'ai essayée seule dans les maladies infectieuses où elle agit déjà comme un sérum polyvalent si on l'emploie à dose convenable ; je l'ai trouvée efficace, non seulement dans la tuberculose, où son action rappelle celle des médications dites spécifiques par sa rapidité et sa constance, mais encore dans la grippe, le paludisme, la pneumonie, la fièvre typhoïde, les fièvres éruptives. Son action était du reste depuis longtemps connue dans le paludisme, et Carpenter en avait constaté les bons effets à dose faible dans la typhoïde ; mais ces recherches étaient restées isolées et d'autre part, les doses employées par les précédents auteurs étaient trop faibles. Avec des doses de 10 c.c. d'extrait splénique injectable, j'ai obtenu, le premier, sur les maladies infectieuses, des effets d'atténuation manifeste comparables à ceux des sérums.

Je considère que faire de l'opothérapie splénique, c'est faire d'une manière indirecte les autres opothérapies parce que, ainsi que j'en ai eu la preuve dans

Tuberculose

Pré-tuberculose. — Catarrhes bronchiques.

PERLES

TAPHOSOTE

LAMBIOTTE FRÈRES

dosées à 0 gr. 25 de tanno-phosphate de créosote.

MODE D'EMPLOI:
5 Perles par jour, une à une à tout moment de la journée
Pour les Enfants de une à quatre Perles par jour
PERLES TAPHOSOTE
LAMBIOTTE FRÈRES
GUÉRISON
des Rhumes, Toux
Bronchites, Coqueluche
Maladies des Voies Respiratoires
DANS TOUTES LES PHARMACIES

Tolérance parfaite

dose moyenne : 5 perles par jour.

Littérature et Échantillons :
PRODUITS LAMBIOTTE FRÈRES
3, Rue d'Édimbourg, Paris-8e



mes études sur le traitement de la tuberculose par les extraits spléniques, elle augmente dans d'énormes proportions le nombre des globules rouges et des globules blancs, et parce qu'elle s'oppose à la déminéralisation de l'organisme, probablement en maintenant les sels minéraux du sang à l'état colloïdal (1).

Il s'ensuit que toutes les autres glandes et tous les tissus de l'organisme ont, de son fait, un ravitaillement meilleur en principes nutritifs, et que les échanges sont activés à leur niveau.

Faire de l'opothérapie splénique, c'est donc mettre en action tous les autres organes, c'est faire indirectement en même temps de l'opothérapie des autres organes de défense.

Cette opothérapie devait donc bien rester le fond d'un traitement à qui l'on devait demander l'action d'un sérum polyvalent. D'autre part, ainsi que je l'ai dit plus haut, l'association de la surrénale à la rate m'avait permis de vaincre une température infectieuse où l'opothérapie splénique seule avait été impuissante, et de plus, l'asthénie, symptôme de l'insuffisance surrénale, existe dans la plupart des maladies infectieuses, et en particulier dans la fièvre typhoïde et dans la grippe.

Il était donc logique d'essayer cette association.

Les résultats ont surpassé mon attente.

Le mélange rate-surrénale étant préparé en des proportions bien définies, j'emploie 10 c.c. en injection chez l'adulte. Chez l'enfant, 1 c.c. par année d'âge jusqu'à cinq ans ; j'augmente ensuite de 1/2 c.c. jusqu'à 15 ans, ensuite dose d'adulte.

Cette quantité est celle que j'emploie actuellement : mais la plupart des cas relatés ci-dessous ont été traités avec des doses moindres. J'ai employé ce traitement dans la grippe, la fièvre typhoïde, la pneumonie, la rougeole, et il est vraisemblable de penser que d'autres maladies infectieuses seront favorablement influencées, car jusqu'à présent, je n'ai observé aucun cas où son action soit nulle.

Pendant l'épidémie de la grippe dite « espagnole », je l'ai employé dans 102 cas : un seul, d'une forme exceptionnellement grave (pendant l'allaitement), albuminurie massive (4 gr.), broncho-pneumonie droite, pneumonie gauche, température 41°3 le jour du commencement du traitement) et où le traitement avait été tardivement commencé a succombé après un mois. Tous les autres ont guéri.

Dans tous ces cas, j'ai fait une injection deux jours de suite : ces deux injections ont suffi dans toutes les formes légères et moyennes à amener une guérison rapide (2 à 3 jours).

Dans les formes graves, j'ai employé deux séries de deux piqûres avec un intervalle de deux jours entre les deux séries : la guérison a eu lieu en moyenne entre le 5e et le 7e jour.

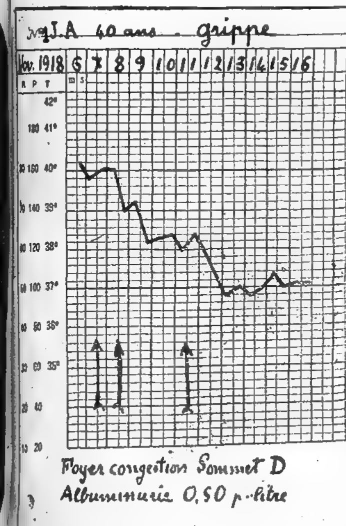
Enfin, dans un cas exceptionnellement grave, (courbe 4 : albuminurie 0,75 par litre, pneumonie de la base droite, broncho-pneumonie gauche, température au début du traitement 41°3, guérison en 26 jours, rechute et guérison définitive au bout d'un mois) j'ai dû employer cinq séries de deux injections.

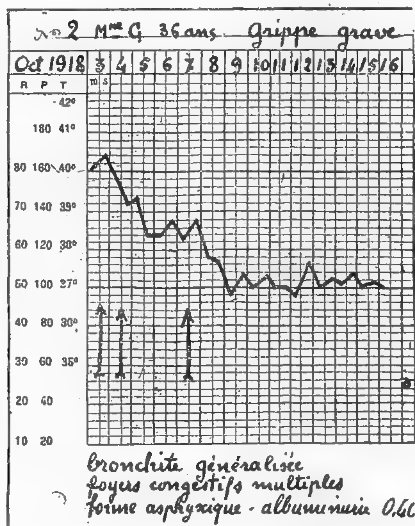
Entre les deux premières séries de deux injections, je n'avais laissé qu'un jour de repos ; entre la 2e et la 3e série, j'ai laissé deux jours ; entre la 3e et la 4e, trois jours ; enfin, j'ai fait une dernière série au moment de la rechute qui semblait vouloir prendre une allure inquiétante. Le tracé thermique montre très nettement l'action des injections.

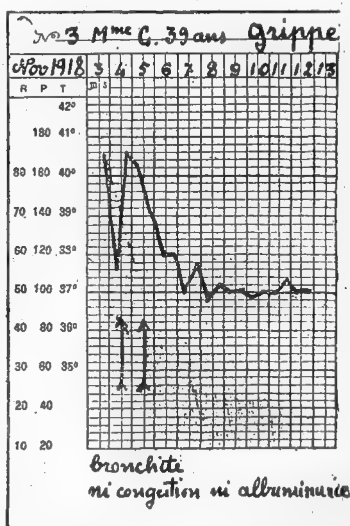
Les jours d'injections sont marqués sur les feuilles de température par des flèches.

Dans tous les cas, de 18 à 24 heures après la première injection, on observe une détente nette dans l'aspect du malade, l'état général est manifestement amélioré avec sensation d'euphorie ; la langue s'humi-

(1) Voir mon article publié dans la *Revue internationale de médecine et de chirurgie*, en 1908, vol. XIX, p. 341. (La fonction colloidogenique des organes dits hématopoiétiques ; son rôle dans le maintien de la minéralisation de l'organisme.)







difie, le pincement du nez disparaît, le facies infectieux s'atténue, la peau est moins sèche.

Chaque série de piqûres marque du reste une atténuation, et on a l'impression, chaque fois, que la virulence de l'infection a diminué.

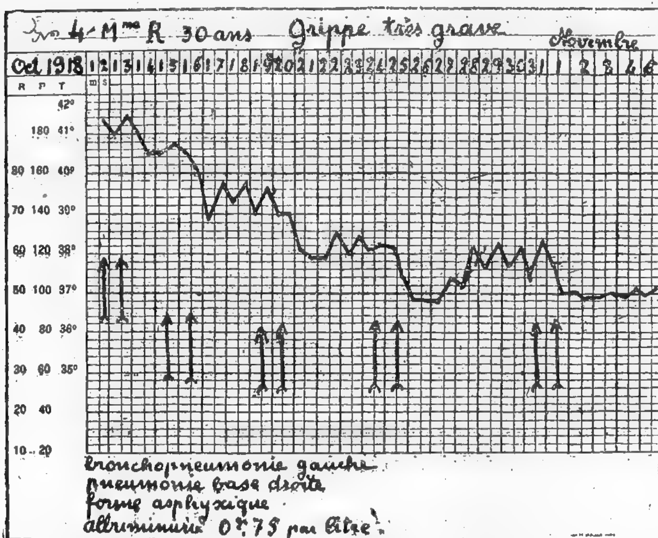
Dans les grippes ordinaires, la chute brusque en 24 ou 48 heures est la règle, même chez les malades qui avaient antérieurement des grippes d'une durée de 10 à 15 jours.

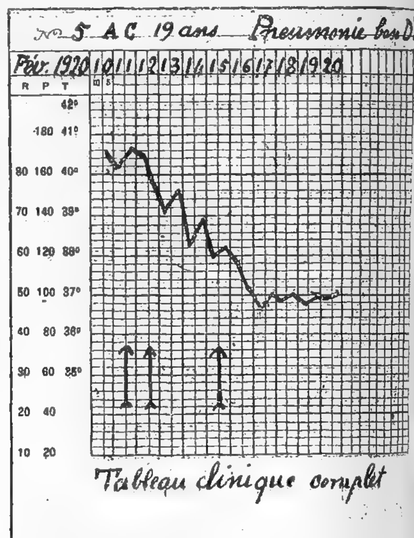
La virulence de la maladie est atténuée et le cycle abrégé. Les tracés 1, 2, 3 et 4 sont très démonstratifs à cet égard.

J'ai employé cette méthode dans un seul cas de pneumonie absolument typique dans lequel le diagnostic n'a été douteux à aucun moment (grand frisson, souffle tubaire, râles crépitants, et ensuite râles sous-crépitants de retour).

Je répète que les injections sont, sur les graphiques, marquées par des flèches.

Ainsi qu'on peut le voir sur la feuille de température n° 5, la chute thermique a commencé moins de 24 heures après la première injection et s'est ensuite poursuivie en lysis de manière a être complète au 7e jour qui a marqué 36°7 le matin et 37° le



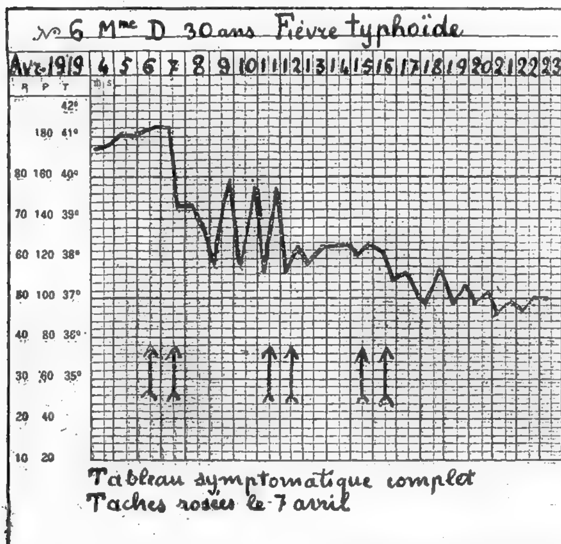


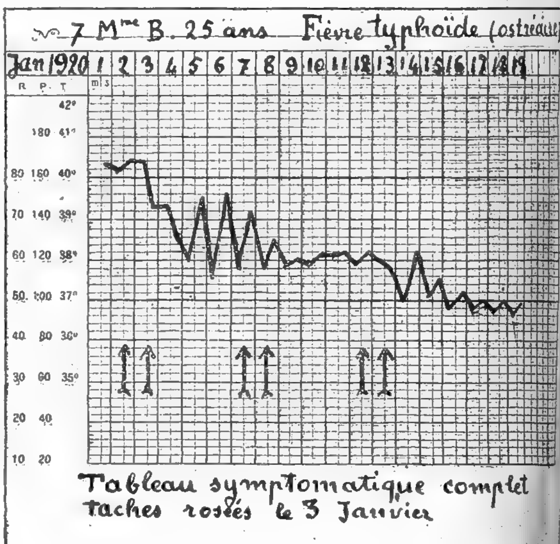
soir. Il n'y a pas eu de stade de plateau : dès le 3e jour, l'état général était celui d'une affection bénigne. J'ai pratiqué en tout trois injections, deux consécutives, la troisième après deux jours de repos.

Les cas de fièvre typhoïde sont au nombre de cinq, qui ont reçu chacun de quatre à sept injections : tous ces cas étaient typiques cliniquement et, dans trois cas, l'origine était nettement ostréaire.

L'action a été nette dans tous les cas : humidification rapide de la langue, cessation rapide de la stupeur, action sur la température.

Ainsi qu'on peut le voir sur les feuilles de température, l'abaissement thermique a toujours été rapide et le cycle a toujours été diminué : mais cette action sur la température affecte les formes les plus diverses.



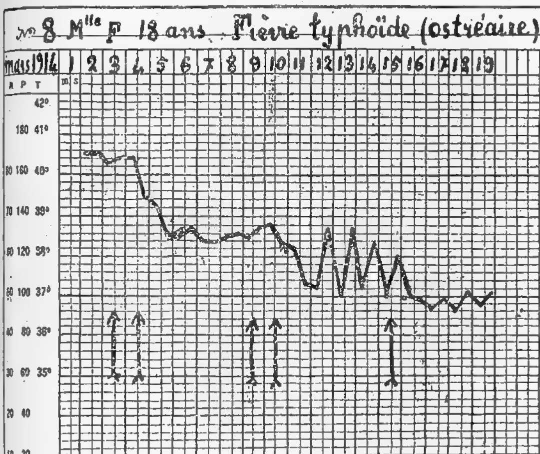


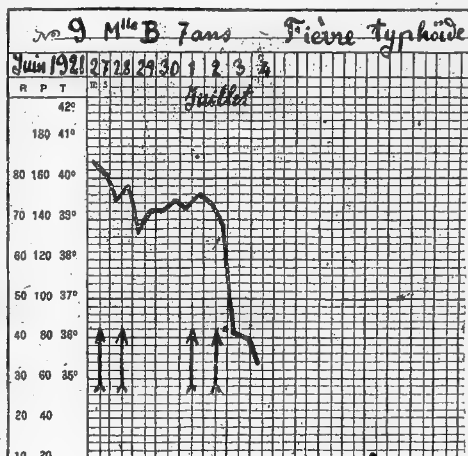
Dans un cas, nous voyons (courbe 6) après les deux premières injections, à un très court plateau vers 40°5, succéder des oscillations à type amphibole, et nous ne sommes qu'au 10ᵉ jour environ de la maladie ; après deux injections nouvelles succède à ce stade amphibole un petit plateau stabilisé vers 38°. Enfin, après deux dernières injections la défervescence a lieu en lysis.

Dans un second cas (courbe 7), nous voyons les mêmes caractéristiques à peu de choses près.

Dans un troisième cas (courbe 8), on voit, après les deux premières injections, un court plateau à 40°4 se transformer en un plateau vers 38°7 ; après deux nouvelles injections, apparaissent des oscillations à type amphibole entre 37° et 38°7, enfin après une dernière injection, défervescence.

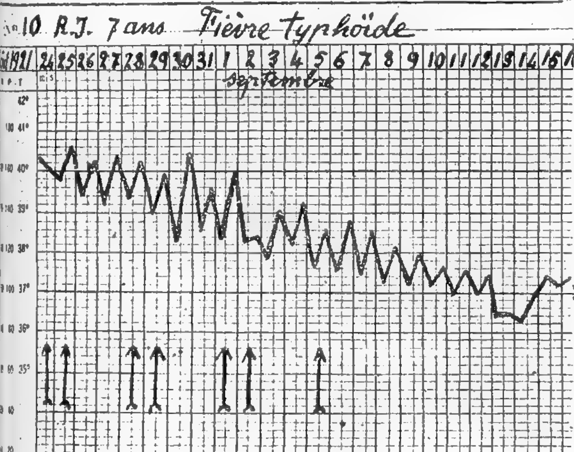
Ce qui frappe dans ces trois cas, peut-être plus encore que l'abréviation du cycle, c'est l'abaissement considérable de la température pendant toute la durée du cycle.





Le quatrième cas nous montre la température, qui était de 40°4, descendant dès 24 heures après la première injection. Cet abaissement s'accentue à 38°7 après la 2ᵉ injection. Pendant les deux jours de repos, elle remonte jusqu'à 39°6. Enfin elle tombe brusquement à 36°1 après la 4ᵉ injection. Le cycle de la maladie a été de dix jours : il a été abrégé d'une façon tout à fait remarquable (courbe 9).

Dans un cinquième cas (courbe 10), nous voyons que le plateau a duré 10 jours environ et qu'ensuite, la maladie a défervé en un long lysis ; ce cas a reçu sept injections en tout. L'affection a été atténuée dès le début et le cycle raccourci dans son ensemble, mais moins que le cas précédent.



Je ne saurais passer sous silence un trait frappant commun à ces cinq cas : c'est la sécurité où je me suis senti dès le 3ᵉ ou le 4ᵉ jour, vis-à-vis des complications ; on n'a pas l'impression que l'on est en face d'une pyrexie grave, tellement la virulence est atténuée.

Un autre trait commun est la rapidité de la convalescence : les malades avaient, en 8 à 10 jours, repris leurs forces et le régime seul, pour lequel je recommandais la plus grande prudence, marquait une différence avec leurs habitudes antérieures.

Enfin, j'ai employé ce traitement dans quatre cas de rougeole au moment de la période d'invasion ; l'effet a été le suivant : De 18 à 24 heures après l'injection, chute de la température, cessation de tous les symptômes. Au bout de 8 jours, élévation de la température à 39° environ, et au bout de 2 à 3 heures, éruption normale. Ces quatre rougeoles ont été d'une bénignité remarquable.

Il y a à retenir dans ces quatre cas la modification absolue du cycle rubéolique, avec suspension des symptômes de la période d'invasion et retard de l'éruption.

La rougeole a donc été atténuée et l'éruption retardée.

◆◆◆

Si l'on envisage maintenant l'ensemble de ces cas de grippe, pneumonie, fièvre typhoïde, rougeole, on voit que dans tous, l'atténuation a été manifeste, atténuation caractérisée par la diminution de gravité, l'amélioration rapide des signes généraux, la modification profonde du tracé thermique, l'abréviation du cycle ; ces effets ont été obtenus, ainsi qu'on le voit, sur des affections très diverses : ces effets sont ce qu'on aurait pu demander à un sérum spécifique.

L'opothérapie associée rate-surrénale a donc agi comme un sérum polyvalent.

Je ne l'ai essayée que dans la grippe, la fièvre typhoïde, la pneumonie et la rougeole, mais comme elle a agi dans toutes ces affections, il y a lieu de penser qu'au fur et à mesure des recherches, on verra cette action s'étendre à d'autres maladies infectieuses. L'opothérapie des organes de défense, dont nous venons, par des faits, de montrer l'efficacité est donc une méthode rationnelle en accord avec les données de la science et qui ouvre, pour le traitement des maladies infectieuses, une voie nouvelle et qui promet d'être féconde.

A TRAVERS LA PRESSE

L'hydramnios.

Exagération notable du volume du liquide amniotique au cours de la grossesse, l'hydramnios se révèle par le volume exagéré de l'utérus par rapport avec l'âge de la grossesse, le développement des vergetures, de l'œdème sus-pubien, une tension excessive de l'œuf, la mobilité et le ballottement du fœtus, l'assourdissement des bruits du cœur fœtal, la sensation de flot, la distension du segment inférieur, perçue au toucher, ainsi qu'également le ballottement et le flot, avec diminution en longueur du col.

Les symptômes fonctionnels varient selon qu'on a affaire à une hydramnios chronique ou aiguë, à marche lente ou à marche rapide, celle-ci se montrant soit au début, soit à la fin de la grossesse, et donnant lieu à des signes de compression plus ou moins graves, compression des nerfs (douleurs) et des vaisseaux (œdèmes), des reins et des uretères (anurie), du tube digestif (constipation, vomissements), du diaphragme, (dyspnée, cyanose, asystolie).

Le diagnostic varie également suivant que l'hydramnios est constatée chez une femme reconnue en état de gestation, ou au contraire, chez une femme dont le diagnostic de la grossesse n'a pas encore été fait.

Dans le premier cas, on éliminera la grossesse gémellaire, la môle hydatiforme, le kyste de l'ovaire accompagnant une grossesse, etc.

Si la grossesse n'a pas été préalablement reconnue, il faudra en faire le diagnostic avec une vessie distendue (cathétérisme préalable), une ascite, une tumeur kystique, un fibrome utérin ramolli, etc.

L'hydramnios accompagne presque toujours une grossesse gémellaire univitelline. Par ailleurs, elle reconnaît pour cause principale la syphilis dont on recherchera les stigmates.

Le traitement, au cours de la grossesse, de l'hydramnios à marche lente comporte l'iodure et le mercure. Dans la forme rapide, le même traitement spécifique sera prescrit. En outre, si les accidents de compression deviennent menaçants, on procèdera par ponctions prudentes soit par la voie haute, soit par la voie vaginale. L'administration de l'opium, en outre du repos, permet à la grossesse de poursuivre son cours.

Pendant l'accouchement, il est préférable d'évacuer le trop plein utérin par ponction comme précédemment, que de rompre les membranes. Le danger de l'hydramnios à ce moment réside dans les procidences possibles (cordon) et les présentations vicieuses.

Au dire de M. BOURRET, à qui nous sommes redevables de cette étude, il faut alors faire coucher les parturientes le siège surélevé, conduire la tête ou le siège vers le détroit supérieur de manière à amorcer une présentation favorable. En cas de procidence du cordon, pratiquer la version par manœuvres mixtes, généralement facile dans un utérus élargi par la distension dont il vient d'être l'objet. (*Gaz. des Hôpitaux*, 1921, nº 78.)

Prophylaxie de la coqueluche.

La coqueluche étant identifiable bactériologiquement, M. GODLEWSKI est partisan de la recherche des porteurs de germes pour réaliser la prophylaxie de cette maladie redoutable chez l'enfant. Il suffit de faire tousser le malade, ou présumé tel, devant des boîtes de Piétri à milieu adéquat, pour obtenir l'ensemencement de celui-ci par les particules de salive projetées. On obtient 75 % d'ensemencements positifs à la période catarrhale ; à la 4e semaine, il n'y a plus que 10 % de porteurs de germes, et après cinq semaines, on n'identifie plus de cas de contagion. Ainsi acquerrait-on, en outre, des notions précises sur la durée de la contagion. (*L'Hôpital*, octobre 1921. A.)

Traitement de la gangrène pulmonaire par la sérothérapie

MM. RATHERY et CAMBESSÉDÈS ont traité un cas de gangrène pulmonaire par la sérothérapie avec un sérum polyvalent (anti-perfringens, œdematiens, vibrion septique). Ils ont injecté au total 640 cmc. de ce sérum, en faible partie par la voie glottique, plus considérable-

ment par la voie sous-cutanée. Les résultats ont été des plus satisfaisants.

A noter que l'amélioration s'est surtout prononcée à partir du moment où une vive réaction locale s'est manifestée. Ils en concluent que le sérum n'agit peut-être pas tant comme spécifique qu'en raison du choc qu'il provoque.

Quoi qu'il en soit, dans une affection généralement grave et contre laquelle nous étions assez mal armés jusqu'alors, cette méthode est à retenir. « Nous conclurons donc à son efficacité, à » la nécessité de persévérer dans la médication « sans craindre les fortes doses. » (*Bull. méd.*, 8 octobre 1921.)

Traitement des néphrites.

S'il est un chapitre de la pathologie qui a subi un bouleversement complet depuis quelque vingt ans, c'est bien celui des néphrites. Ceux de ma génération ont été dominés par l'anatomie pathologique qui reconnaissait une néphrite épithéliale et une néphrite interstitielle. Depuis, l'expérience et l'étude approfondie de la fonction rénale ont démontré que la lésion proprement dite devait céder le pas à la façon dont, fonctionnellement, le rein malade se comporte. D'où la division pour ainsi dire classique de Castaigne : néphrite hydropigène, néphrite urémigène, néphrite hypertensive, le qualificatif suffisant à montrer quel est le signe dominant dans chaque espèce. Enfin, l'évolution elle-même des néphrites a amené une distinction entre les processus aigus, qui comportent une forme passagère, une forme subaiguë et une forme suraiguë, et les processus chroniques dant les uns sont à évolution rapide, les autres à évolution lente, d'autres enfin à évolution prolongée.

C'est ce que rappelle excellemment M. Mirande avant d'exposer la thérapeutique actuelle des néphrites. Celle-ci répondra à deux indications : 1° agir sur les lésions rénales ; 2° réduire le taux des substances toxiques retenues dans l'organisme.

Contre les lésions rénales, sauf en ce qui concerne la syphilis rénale, les moyens sont limités et peu actifs. Ce sont l'iodure de potassium, vaso-dilatateur et hypotenseur, dangereux en raison des hémorragies et des œdèmes qu'il provoque ; le tanin et ses composés ; le lactate de strontiane (4 à 6 gr.) qui diminue l'albumine ; le chlorure de calcium (0,50, 1 gr.) surtout diurétique ; les régimes diététiques et la révulsion locale, exception faite du vésicatoire, qui ont une influence certaine sur la cellule rénale. L'intervention chirurgicale (néphrotomie, décapsulation) est exclusivement réservée à l'anurie calculeuse et à l'urémie par compression des uretères.

Contre la rétention toxique, tout d'abord les régimes alimentaires occupent une place importante.

Ce sont : la diète hydrique (voie gastrique, intestinale, sous-cutanée, intra-veineuse) qui convient aux formes aiguës ou aux chroniques avec intoxication marquée. A ne pas continuer plus de trois jours. La cure de raisins (jus de raisins frais ou stérilisés, raisin frais lui-même), aussi bien dans les formes aiguës que dans les chroniques, de durée également limitée. Le régime lacté (2 litres 1/2 par jour au maximum) « inégalé dans les poussées aiguës », mais trop riche en sel et en azote, ce qui en limite l'usage dans les types urémigènes et hydropigènes, à quelques jours. Le régime complet, exception faite des abats, des asperges, du cresson, des épinards, des tomates, de l'oseille, indiqué dans les albuminuries simples, même abondantes, sans rétention chlorurée ni hypertension. Le régime déchloruré, adapté aux néphrites hydropigènes. Le régime hypoazoté, riche surtout en graisses et en hydrates de carbone, régime des rétentions azotées.

Le traitement médicamenteux comprend les diurétiques, théobromine, scille (irritant), lactose, glucose, décoction d'écorce seconde de sureau.

L'opothérapie rénale utilise exclusivement le sérum de veine rénale de chèvre, d'effets inconstants.

Les médications indirectes utilisent les purgatifs, la sudation par l'air chaud, les frictions alcooliques et surtout la saignée abondante.

Le cœur, si souvent défaillant chez les cardio-rénaux, réclamera la digitale, à laquelle on sera amené à associer parfois la spartéine, le strophantus, la caféine.

Le foie, compensateur de l'azotémie, sera soulagé et stimulé par le régime lacté, les purgatifs drastiques, les lavements frais, les cures matinales d'eaux minérales ou de solutions faiblement alcalines.

Parmi les stations thermales, St-Nectaire, Brides et Bourbonne possèdent quelques indications.

Ces notions permettent de formuler le traitement complet de chacune des formes qui se présentent dans la pratique. (*Journ. de méd. et de chir. prat.*, 10 octobre 1921.)

L'insuffisance surrénale.

Sergent est, on le sait, l'inventeur de l'insuffisance surrénale, à laquelle il a consacré de nombreux et fort intéressants travaux, qui éclairent d'une façon particulièrement lumineuse certains chapitres, jusqu'alors obscurs, de pathologie.

Sa doctrine a cependant fait l'objet de certaines critiques, selon lesquelles il n'y aurait

pas d'adrénalinémie physiologique, l'adrénaline étant un produit d'excrétion et non de sécrétion ; il y aurait une hyper et une hypo-adrénalinémie pathologique.

L'auteur discute toutes ces objections, et conclut en ces termes :

« Jamais je n'ai envisagé l'insuffisance surré- « nale comme la conséquence de l'hypoadré- « nalinémie pure et simple, mais comme la con- « séquence d'un déficit *total* des fonctions surré- « nales, et je continue de penser que l'insuffi- « sance surrénale est un état pathologique indé- « niable, dont la conception repose à la fois sur « les données expérimentales et sur les consta- « tations cliniques, d'une part, et, d'autre part, « sur les heureux résultats que donne le traite- « ment par l'opothérapie surrénale totale, en « injections sous-cutanées de préférence, et « non pas l'adrénaline. J'ajoute que les deux cas « que j'observe en ce moment m'incitent à fon- « der quelque espoir sur la médication cholesté- « rinique, toujours en injections sous-cutanées, « et que, ce faisant, je crois agir en médecin « instruit des acquisitions de la physiologie. « Et je termine en disant : hier, l'adrénaline « était tout ; aujourd'hui la cholestérine fixe « surtout, et à juste titre, l'attention des cher- « cheurs ; demain, de nouvelles recherches appor- « teront peut-être d'autres précisions, qui con- « tinueront d'accroître le domaine de nos con- « naissances sur les fonctions surrénales et, par- « tant, d'éclairer le mécanisme intime qui pré- « side à la détermination des accidents provo- « qués par la lésion ou le trouble fonctionnel « des glandes surrénales. Aujourd'hui, je reste « convaincu, comme je l'étais hier, que le syn- « drome d'insuffisance surrénale, classé par l'ob- « servation clinique, demeure intangible et que, « lorsqu'il apparaît, *il traduit le déficit fonc- « tionnel de toute la glande* ». (*Presse médicale*, 12 octobre 1921.)

G. D.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

Paris

La luxation congénitale de l'épaule

(M. Paul Coudray. — *Académie de médecine.*)

La luxation congénitale de l'épaule est une malformation d'une grande rareté. Kirmisson, en 1898, n'en pouvait citer que 8 cas. Depuis, il est vrai, un certain nombre d'observations ont été publiées par divers auteurs. M. Coudray ajoute à ces faits encore peu communs deux cas nouveaux, qui lui suggèrent quelques remarques d'ordre thérapeutique. Son premier cas lui a montré le parti que l'on peut tirer des moyens physiothérapiques chez les tout jeunes enfants en particulier. La cure opératoire de cette affection reste jusqu'à plus ample informé très discutable.

Anticorps tuberculeux et pneumothorax artificiel.

(MM. Armand-Delille, Hillemand et Lestocquoy. — *Académie de médecine.*)

La signification des anticorps tuberculeux, décelables par la réaction de déviation du complément dans le sérum des malades n'est pas encore élucidée d'une manière absolue. Néanmoins, il semble ressortir, d'études poursuivies depuis un an, que ces anticorps ne représentent pas une réaction d'immunité, comme l'antitoxine diphtérique, mais au contraire sont les témoins d'un processus tuberculeux en activité.

M. Armand-Delille a recherché les anticorps chez les tuberculeux soumis à l'opération du pneumothorax artificiel, et il a vu après l'intervention, leur chiffre s'abaisser. Cette constatation vient à l'appui de la théorie indiquée ci-dessus et offre d'autre part un intérêt au point de vue thérapeutique en montrant un des côtés de l'action biologique du pneumothorax artificiel.

Œdèmes dans les états hémoclasiques.

(M. Le Calvé (de Redon). — *Académie de médecine.*)

La possibilité de déterminer l'œdème à l'aide de substances qui produisent le choc hémoclasique, la fréquence de ce phénomène dans les maladies où l'on a signalé l'hémoclasie, une étude expérimentale de la question, enfin, conduisent M. Le Calvé à admettre que l'œdème qui accompagne les colloïdoclasies dépend expressément de celles-ci.

Le choléra infantile et les mouches.

(M. A. Lesage. — *Académie de médecine.*)

La majorité des auteurs français soutient la théorie parasitaire du choléra infantile et se montre peu favorable à la théorie chimique de la « toxicose alimentaire » qui a été mise en avant comme origine de cette affection. La notion parasitaire conduit à des mesures prophylactiques (emploi du lait stérile, aseptie des biberons et des mains des infirmières, isolement des malades) qui ont fait leur preuve et dont on ne saurait se départir.

M. Lesage préconise l'application stricte de ces différentes mesures. Il y ajoute une donnée qui lui a semblé mériter une certaine attention, à savoir le rôle possible des mouches en pareil cas. Il a constaté, au mois d'octobre dernier, dans son service, une propagation inaccoutumée du choléra infantile, coïncidant avec une ruée anormale de mouches dans le pavillon des nourrissons, où quelques cas de diarrhée avaient dû être gardés en boxes isolés pour des nécessités hospitalières. A son avis, il con-

viendrait en été, de se défendre contre les mouches et d'isoler toujours dans une salle spéciale tous les enfants atteints de la maladie estivale.

Les otites des nourrissons.

(M. Maurice Renaud. — *Société médicale des hôpitaux.*)

M. Maurice Renaud fait une troisième communication sur les otites et les suppurations du rocher chez le nourrisson, dans leurs rapports avec l'athrepsie. On amène au médecin, dit-il, un nourrisson gravement malade, chez lequel un examen systématique décèle de l'otite et une suppuration du rocher. Que faut il faire ? Faut-il attendre, les bras croisés, ou agir sur la lésion auriculaire, partant de ce principe chirurgical que toute suppuration doit être évacuée lorsqu'il est possible ? M. Renaud estime que la logique est en faveur de cette dernière règle de conduite.

Pour M. Variot, l'athrepsie reste une dystrophie générale de l'organisme dont l'origine est due initialement à des perturbations fonctionnelles du tube digestif. Les otites n'interviennent que comme des infections secondaires dont la fréquence s'explique par la disposition de la trompe, qui est courte et assez large dans les premiers mois. Sans doute, la fin des athrepsiques est accélérée par les infections secondaires, otites, pyodermies, broncho-pneumonie, mais on ne saurait accepter un rôle des otites aussi exclusif que celui admis par M. Renaud. D'ailleurs, M. Variot vient de faire l'autopsie d'un petit athrepsique : les oreilles et les rochers étaient intacts.

Prophylaxie des accidents des arsénobenzènes

(MM. Flandin, Tzanck et Roberti. — *Soc. méd. des hôp.*)

MM. Flandin, Tzanck et Roberti signalent une méthode nouvelle destinée à parer aux accidents des arsénobenzols, à laquelle ils ont donné le nom d'exohémophylaxie.

Tout d'abord, remarquent-ils, les accidents observés à la suite de l'emploi thérapeutique des arsénicaux ne sont pas de pathogénie univoque. Les uns relèvent du choc colloïdoclasique, d'autres de l'anaphylaxie, d'autres enfin de déséquilibres endocrino-sympathiques. D'où, comme conséquence, trois thérapeutiques : anti-clasique (hyposulfite de soude, carbonate de soude, NaCl, etc.), endocrino-sympathique (adrénaline et atropine) et désensibilisatrice (tachyphylaxie et topophylaxie), qui peuvent donner des résultats dans certains cas et des insuccès dans d'autres.

La méthode préconisée par MM. Flandin et Roberti rentre dans la topophylaxie. On sait que, sous cette appellation, M. Sicard a décrit un procédé consistant à commencer l'injection de novarsénobenzol avant d'enlever le lien arrêtant la circulation veineuse, à attendre 5 à 10 minutes, à supprimer alors la compression et à terminer l'injection. On obtient ainsi une désensibilisation, soit par une absorption locale, soit par une modification humorale neutralisante due à un premier contact du sang avec l'arsénobenzène. Adoptant cette dernière explication et s'appuyant sur l'incoagulabilité du sang *in vitro* au contact des arsénobenzènes, M. Flandin, au lieu d'injecter directement la solution arsenicale, la mélange d'abord à du sang prélevé par aspiration (le contact du sang et de l'arsénobenzol neutralise, dans sa pensée, le composé arsenical); puis, il injecte le tout au malade, aiguille et seringue n'ayant pas changé de place pendant les deux temps de l'opération (exohémophylaxie).

Symptômes basedowiens provoqués par la trachéo-bronchoscopie.

(MM. Rist et Weiss. — *Soc. médicale des hôpitaux.*)

MM. Rist et Weiss ont observé plusieurs fois, à la suite de la trachéo-bronchoscopie, l'apparition de symptômes hyperthyroïdiens transitoires (exophtalmie, tachycardie, tremblement). Ils estiment qu'il s'agit là d'un retentissement sur le corps thyroïde d'une intervention laryngo-trachéale, qui tient aux relations anatomiques et physiologiques du larynx et du corps thyroïde. Ils signalent le fait à l'attention des laryngologistes appelés à faire des trachéo-bronchoscopies.

Les erreurs de la séro-réaction de la syphilis.

(MM. Marcel Pinard, Deguignand et Mouquin. — *Soc. méd. des hôp.*)

M. Marcel Pinard montre un exemple des erreurs que peut faire commettre au médecin le peu de sensibilité des séro-réactions de la syphilis. Il s'agit d'une malade qui eut neuf fausses couches et chez laquelle, s'appuyant sur des Wassermann négatifs, tout traitement spécifique fut négligé. Une seule fois, une cure mercurielle fut appliquée. Elle aboutit à une naissance à terme d'un enfant hérédo-syphilitique.

L'incoagulabilité du sang par les arsénobenzènes.

(MM. Flandin et Tzanck. — *Soc. de biologie.*)

Dans la communication, ci-dessus analysée, de MM. Flandin et Tzanck sur la prophylaxie des accidents de l'arsénobenzol, nous avons fait allusion à l'action anti-coagulante de ce produit *in vitro* et *in vivo*, action mise en lumière par ces auteurs. Le fait de recueillir du sang dans un tube de verre dont les parois ont été humectées d'une solution d'arsénobenzène à 10 p. 100 et d'agiter, a pour résultat de rendre le sang incoagulable.

Etudiant le mécanisme de cette action, MM. Flandin et Tzanck arrivent à la conclusion que les arsénobenzènes se comportent comme le citrate de

soude (globulins libres) et qu'ils ne produisent pas l'incoagulabilité comme le fait la peptone (globulins agglutinés).

Septicémie traitée par injection de peptone.

(M. Leclerc. — *Société de chirurgie.*)

M. Louis Bazy lit un rapport sur un travail de M. Leclerc, de Dijon, intitulé : le traitement des états septicémiques par les injections intra-veineuses de peptone (méthode de Nolf.) Il s'agit d'un malade atteint, à la suite de plaie de l'index et d'abcès de l'aisselle, d'une septicémie avec températures dépassant 40° et même 41° pendant plus de 10 jours. Une injection intra-veineuse de peptone fut suivie d'un abaissement immédiat de la fièvre, avec retour à la normale le troisième jour.

L'observation de M. Leclerc, remarque M. L. Bazy, apporte la démonstration que nous possédons dans la méthode des injections intra-veineuses de peptone imaginée par M. Nolf un moyen précieux et puissant, qui demandera cependant à être manié prudemment.

Nouveaux mélanges pour anesthésie générale.

(M. Dupuy de Frenelle. — *Société de médecine de Paris.*)

Pour obtenir un sommeil profond et prolongé avec du chlorure d'éthyle donné au goutte à goutte il suffit de mélanger avec cet anesthésique inoffensif une très minime quantité de chloroforme.

Dupuy a fait préparer par les usines du Rhône un mélange contenant 10 grammes de chloloforme pour 90 grammes de kélène. En combinant l'anesthésie au chlorure d'éthyle pur avec l'anesthésie au mélange, il faut une moyenne de trois à quatre grammes de chloroforme pour endormir un malade pendant une heure. Le malaise post-opératoire, qui est en général proportionnel à la quantité de chloroforme absorbé, devient nul ou insignifiant. Le cœur, les reins, et le foie sont respetés.

P. L.

Lyon

Société médicale des hôpitaux.

Leucémie myéloïde et tuberculose.

MM. Bonnamour et Chapuis présentent l'observation d'une malade atteinte de leucémie myéloïde et à l'autopsie de laquelle on trouva des lésions tuberculeuses de divers organes : foie, rate, capsules surrénales, trompes, ganglions mésentériques, poumons, etc., lésions restées cliniquement latentes. Cette obseravtion est à rapprocher de celles de Nanta, concernant des malades porteurs de lésions tuberculeuses latentes et devenus leucémiques.

Intoxication grave par le gaz d'éclairage. Guérison par transfusion sanguine.

MM. Bauchut, Bertoin et Coutamin relatent l'histoire d'une jeune fille intoxiquée par le gaz d'éclairage. Traitée pendant 48 heures par des inhalations d'oxygène, la saignée, des injections de sérum physiologique, l'état de cette malade semblait néanmoins désespéré : coma complet, cyanose intense, pouls rapide et irrégulier, température 40°5. On fait alors une transfusion de sang citraté de 250 cmc., suivant la technique de Jeanbrau. On nota immédiatement la diminution de la cyanose, une baisse de la température, le ralentissement et la régularisation du pouls. Par la suite, l'état s'améliora progressivement ; la malade conserva pendant deux ou trois jours de l'asthénie, des mouvements convulsifs des bras et des jambes, de l'incontinence des urines et des matières. La guérison fut complète quatre jours après la transfusion.

Accidents d'origine thymique. Mort brusque.

MM. Mouriquand, Regnier et P. Delore rapportent l'observation d'un enfant de 11 mois. Début à l'âge de 6 mois par de l'essoufflement avec ronflement inspiratoire, du *hoquet*, des crises d'apnée ; radioscopie ombre anormale au niveau du médiastin, débordant le sternum de chaque côté. Mort subite le jour de l'entrée à l'hôpital. *Autopsie* : hypertrophie manifeste du thymus ; cet organe présente des rapports étroits avec le récurrent gauche et le nerf phrénique droit, qu'il devait comprimer pendant la vie. Pas d'aplatissement, ni de déviation de la trachée. L'intérêt de ce cas réside dans ce dernier fait, ainsi que dans la compression du phrénique et du récurrent expliquant le hoquet et le spasme glottique.

Les tartrates borico-alcalins dans l'épilepsie.

M. Gardère, Gignoux et J. Barbier présentent les résultats de leurs recherches sur cette méthode de traitement de l'épilepsie préconisée par Pierre-Marie et ses élèves et basée sur les propriétés antispasmodiques du bore. Les recherches ont porté sur 14 malades soumis depuis de longues années au traitement bromuré. La substitution a été brusque. On a employé soit le tartrate borico-potassique, soit le borico-sodique (Lumière) ; dose de début : 3 grammes par jour, pour atteindre 10 et 15 gr. de sel borico-potassique, et 8 gr. de sel sodique.

La conclusion des auteurs est que la médication borée est au moins égale à la médication bromurée et n'en a pas les inconvénients. Chez huit de leurs malades, l'amélioration a été manifeste (diminution considérable du nombre des crises, terminaison plus rapide de cellesci, amélioration intellectuelle) ; dans un cas, l'amélioration fut seulement légère ; enfin, dans les 5 autres cas, le traitement boré s'est montré seulement l'égal du traitement bromuré.

M. Rebattu fait quelques réserves à propos de la communication de M. Gardère. Deux de ses malades soumises également au traitement boré ont eu des troubles mentaux ; d'autre part, comme l' a noté aussi M. Gardère, ce traitement paraît remplacer au début les crises par des vertiges, ce qui n'est pas toujours un bien ; enfin, l'action du tartrate paraît s'épuiser assez rapidement.

Recherche et valeur séméiologique de la peroxydase du lait de femme.

MM. Weill, Gardère et Bocca ont recherché dans 120 cas environ la réaction des peroxydes dans le lait de femme par la technique de Cassin et Rochette (v. Marfan, *Traité de l'allaitement*, 1921) ; on verse dans un tube à essai 1 cmc. de lait, puis 1 cmc. d'eau gaïacolée fraîche à 1 p. 100 , on agite et on fait couler le long des parois du tube quelques gouttes d'eau oxygénée fraîche. S'il se forme un *anneau* ou *disque* rouge brique à l'union du 1/3 supérieur et des 2/3 inférieurs du mélange, la réaction

est dite *normale* ; si le mélange prend uniformément une teinte rouge brique, la réaction est dite *diffuse* ; si le liquide reste blanc, la réaction est négative. Sur les 170 cas des auteurs, la réaction a été normale dans 2/3 des cas, diffuse (colostrale) dans 1/4, négative dans le reste. D'une manière générale, la réaction est normale dans 80% des cas, quand la mère et l'enfant sont sains ; s'ils présentent des troubles pathologiques, la réaction est négative dans 90 % des cas. Il est toutefois, difficile d'attribuer à la présence de la peroxydase une signification précise au point de vue de la valeur d'un lait, la réaction s'étant montrée positive chez des tuberculeuses, des syphilitiques, chez des femmes atteintes de maladies infectieuses ou dont les enfants présentent des troubles digestifs ; inversement, elle s'est montrée négative alors que l'enfant se développait normalement.

Kyste dermoïde intrathoracique pris pour un anévrysme de l'aorte chez une femme syphilitique atteinte d'insuffisance aortique.

MM. GALLAVARDIN et BOCCA présentent une observation qui peut se résumer ainsi : femme de 33 ans ; syphilis contractée à l'âge de 16 ans ; rhumatisme articulaire aigu à 27 ans ; entre à l'hôpital pour des phénomènes dyspnéiques et des douleurs dans le côté gauche du thorax. On constate des signes d'insuffisance aortique et, à la radioscopie, une masse volumineuse, à contour sphérique, dans l'hémithorax gauche, refoulant le cœur sur la ligne médiane. Comme diagnostic on discuta entre un kyste intra-thoracique et une ectasie aortique de siège anormal à gauche. Malgré les raisons, d'ordre radiologique, qui plaidaient en faveur de la première hypothèse, on fit le diagnostic d'anévrysme, en raison de l'existence de la syphilis et d'une insuffisance aortique ; on percevait, en outre, en décubitus latéral gauche, des battements dans la région axillaire. En réalité, l'autopsie montra qu'il s'agissait de trois affections indépendantes les unes des autres : syphilis, insuffisance aortique par endocardite rhumatismale, et kyste dermoïde du médiastin (1).

THÉRAPEUTIQUE APPLIQUÉE

Le traitement de la tuberculose par le manganate calcico-potassique.

Pour faire moins parler de lui que d'autres médications dites antituberculeuses, le *manganate calcico-potassique* n'en pénètre pas moins les milieux médicaux.

Les deux observations qui suivent, observations qui sont dues, l'une au Dr Talpain, médecin chef du Centre d'oto-rhino-laryngologie de la Basse-Alsace, l'autre au Dr Piot, de Paris, montrent les résultats que l'on peut obtenir par la méthode Mélamet judicieusement appliquée.

L'observation du Dr Talpain est remarquable surtout par la technique employée. Il s'agit d'un malade qui a été traité exclusivement par des *injections trachéales* de manganate calcico-potassique. Des examens répétés de crachats, des radioscopies pulmonaires fréquentes, permettent de suivre la marche regressive de la maladie.

La malade du Dr Piot se trouvant améliorée après un traitement manganaté court, donc insuffisant, se fait hospitaliser dans un service spécial en en vue de son admission dans un sanatorium. A l'hôpital, elle fait une pleurésie et probablement une poussée granulique de l'intestin et des reins. Elle rentre « mourir chez elle ». Son état est vraiment jugé désespéré. On essaye la solution de manganate calcico-potassique. Sous l'influence du traitement, l'état de la malade non seulement s'améliore, mais s'améliore au point de lui permettre la reprise de ses occupations. Et elle travaille 13 heures par jour !

1re *Observation du* Dr Piot (Paris.)

Mme C., 38 ans, Tousse depuis l'hiver 1918. En juin 1920, on diagnostique ♀ 2. Poids 53 kgr., taille 1 m. 65.

Je vois la malade en août 1920. A ce moment, on trouve de la submatité aux deux sommets, la transsonance plus accentuée à gauche ; la respiration forte, rude ; pas de bruits adventices. L'examen des crachats fait le 31 août révèle la présence de « nombreux B. K. »

Je prescris des instillations *rectales* de manganate calcico-potassique. Le traitement est commencé le 3 septembre. La malade supportant mal les instillations, je lui fais 5 injections intraveineuses de 5 cmc. manganate cal.-pota., une tous les 2 jours ; puis, la malade reprend les instillations, qu'elle tolère cette fois parfaitement.

Trois examens de crachats ont été faits au mois de septembre.

6 septembre, très nombreux B. K. les uns libres, les autres *déjà agglutinés* (après 3 instillations rectales).

Le 13 sept. : purée de B. K, les uns libres, les autres agglutinés (après 3 instillations et 4 intraveineuses).

22 sept. : B. K. moins nombreux, dont beaucoup agglutinés.

La malade est améliorée comme appétit, forces, toux, expectoration. Elle se fait admettre alors dans un hôpital spécialisé pour être dirigée sur un sanatorium. Radioscopée alors dans le but d'un pneumothorax, on voit que les lésions sont peu accentuées, plus prononcées à gauche qu'à droite et l'idée d'un pneumothorax est abandonnée. La malade attend à l'hôpital son envoi au sanatorium. Elle y fait une pleurésie gauche (avec épanchement abondant), maigrit, ne mange plus, tousse et crache abondamment, et se sentant péricliter se fait ramener à son domicile « pour mourir ». Nous la revoyons chez elle le 1er novembre 1920. L'état de la malade est lamentable ; elle est presque cachectique. L'examen des poumons montre un reliquat d'épanchement pleural à gauche. Râles sous-crépitants au sommet gauche. A droite, dans la zone d'alarme,

(1) Cette observation montre qu'il ne faut pas toujours tout rattacher à la syphilis, ni trop chercher l'« unité de diagnostic ».

existe une respiration soufflante que le confrère de Saint-Maurice (Seine) qui voit la malade avec moi, croit être un souffle cavitaire. L'expectoration est de 400 cmc. par jour : crachats verdâtres, pus abondant, 4-5 selles *diarrhéiques* par jour. Hématurie (granulie rénale ?). La température est en moyenne de 38°5 le matin, 39°5 le soir.

Le confrère considère la malade comme perdue et conseille, en attendant l'issue fatale, morphine, héroïne. Il accepte la solution manganatée proposée par nous, bien que nous considérions le cas comme des plus défavorables pour cette médication.

Malgré la diarrhée, 4 instillations rectales sont faites et conservées (la morphine aidant), mais la persistance de selles glaireuses nous fait interrompre les instillations, et nous reprenons les intraveineuses de manganate cal.-pot. 9 injections sont ainsi faites, à 3 par semaine, du 9 au 29 novembre. Vers le 12 novembre, selles normales, urines normales ; la malade reprend des forces, l'appétit revient ; Mme C. peut se lever le 15 novembre « pour ranger quelques affaires ».

Le 20 novembre : expectoration, 200 cmc ; nombreux B. K. très fortement agglutinés, presque pas de bacilles libres.

Décembre 1920-janvier 1921. L'amélioration se poursuit ; l'appétit est excellent, la malade engraisse. Du 21 décembre au 29 janvier, on fait 15 injections intraveineuses qui amènent une amélioration considérable.

Au 1er novembre, le poids de la malade était certainement au-dessous de 50 kgr. (étant donné son état). Le 4 janvier 1921, la malade sort et se pèse : 54 kgr. 700 ; le 30 janvier, le poids est de 57 kgr. 500.

L'appétit est excellent. Les forces suffisantes : le malade fait ses courses et son ménage.

L'expectoration se borne à quelques crachats (une dizaine par 24 heures) *blancs et muqueux*.

Examens bactérioscopiques des crachats : 18 décembre 1920. B. K. assez nombreux, agglutinés pour la plupart.

6 janvier 1921. B. K. moins nombreux, agglutinés.

23 janvier. B. K. peu nombreux, agglutinés, bacilles courts pour la plupart.

En mars 1921. 4e série de 10 injections intraveineuses et 8 instillations.

État général excellent. Poids : 58 kgr. 200. A l'auscultation : pas de bruits adventices, obscurité du murmure vésiculaire au niveau de l'ancienne pleurésie.

Juin. État général très bon. La malade, caissière dans un grand restaurant, travaille 13 heures par jour.

Crache un peu le matin : 4-5 fois.

10 juin. Examen des crachats : B. K. peu nombreux présentant un aspect particulier : soit aspect pointillé comme des perles espacées et enfilées sur un fil tenu, soit aspect de fil grisâtre portant, par places, un petit grain rouge, ou plutôt une partie ponctiforme colorée en rouge, soit aspect de points isolés ; les B. K. sont difficiles à voir. Beaucoup sont agglutinés (paquets de cheveux granuleux, striés). Il y a des B. K. libres, à coloration normale, mais ils sont rares.

27 août. B. K. + index 0,5, lyse moins accentuée que ci-dessus.

20 octobre. 5-6 crachats blancs, muqueux, par jour. B. K. agglutinés, colorés en rose pâle ou violacés. L'aspect perlé de la presque totalité des bacilles est plus net qu'à l'examen précédent et semblable à celui du 10 juin. L'état général est excellent. Mme C. travaille 13 heures par jour.

Auscultation : Respiration rude aux deux sommets, pas de bruits adventices. Au niveau de l'ancien épanchement, murmure vésiculaire très net, à peine un peu diminué.

En résumé. Cas très grave considéré comme fatal à brève échéance par les médecins et l'entourage : 2, peut-être 3. Pleurésie, poussée granulique vraisemblable de l'intestin et des reins.

Changement d'évolution rapide, en 12 jours (la malade se lève le 15 novembre) laissant entrevoir que l'on est peut-être maître de la situation, alors qu'au 1er novembre, le pessimisme était de rigueur.

Amélioration considérable en 3 mois. Le poids passe de 50 à 57 kgr. 500 (janvier), en mars, 58 kg. 200. L'amélioration se maintient depuis un an.

La solution de manganate calcico-potassique a agi dans ce cas, remarquablement même en instillations. Son action s'est manifestée chaque fois par un état « d'euphorie », la diminution de la toux, la diminution des crachats.

Bactériologiquement, par une action des plus nettes sur les bacilles (que ce soit directement ou indirectement, peu importe) : les bacilles s'agglutinent, puis se désagrègent, sont lysés.

2e *observation.* Dr Talpin.

M. Le... (Eugène), 29 ans. Rien à noter dans ses antécédents héréditaires ou personnels. Lui-même n'a jamais été malade. Pas d'affections pulmonaires dans sa famille. Il fit un séjour prolongé en Macédoine, pendant la guerre.

Depuis quelques mois, tousse fréquemment, expectoration assez abondante, surtout le matin.

Examiné au commencement du mois de juin 1921.

Présente des signes assez nets de tuberculose pulmonaire. Matité au sommet droit, en avant et en arrière, diminution du murmure vésiculaire, inspiration soufflante ; râles sous-crépitants. Quelques hémoptysies peu abondantes.

La radioscopie pratiquée le 10 juin 1921 donne les résultats suivants :

Les sommets sont assez gris, très flous, et s'éclairent mal à la toux, surtout le sommet droit.

Le poumon droit présente dans la région médiane

RECOUVREMENTS D'HONORAIRES MÉDICAUX

M. Louis AUDEBERT Avocat, *Directeur du Contentieux de Syndicats Médicaux. Administrateur d'immeubles.*

5, rue des Saints-Pères, PARIS, Tél. Saxe 48-53.

Pour toute demande de renseignements, écrire à Me Audebert, en joignant un timbre pour la réponse

TARIFS

Tarif des honoraires pour accidents du travail (Tarif Breton) franco .... 1 fr. 50

Tarif minimum raisonné des honoraires médicaux (ancien tarif Jeanne (franco) .... 3 fr. 50

Adresser les commandes accompagnées du montant au Concours Médical.

AVIS

Envois de fonds

Pour l'envoi des abonnements et des cotisations aux filiales, nous rappelons que le moyen le plus pratique et le plus économique est le versement au compte de chèques postaux dont voici les nos :

Concours Médical, Paris, **167-95.**

Sou Médical, Paris, **182-31.**

Mutualité Familiale, Paris, **182-32.**

Caisse des pensions de retraites du Corps médical français, **Paris, 271-46**

Changements d'adresses

Nous rappelons à nos lecteurs que toute demande de changement d'adresse doit être accompagnée de 0 fr. 75 pour frais de réimpression de bande.

et sous la clavicule des taches noirâtres très floues.

Le poumon gauche est clair, les ombres hilaires y sont un peu plus prononcées que normalement et floues.

Le sinus et le diaphragme sont normaux.

L'examen des crachats, pratiqué à la même époque, donne un résultat positif : assez nombreux bacilles de Koch.

Le traitement par injections intratrachéales de manganate calcico-potassique en suspension huileuse (bactioxyne) est aussitôt commencé à raison de trois injections par semaine.

Nouvel examen radioscopique le 30 juillet 1921.

Les poumons sont toujours obscurs, flous et s'éclairent mal à la toux. Le poumon droit est plus clair qu'au dernier examen. On devine les taches signalées antérieurement, particulièrement celles qui se trouvent sous la clavicule.

Les ombres hilaires sont toujours très prononcées des deux côtés, formant de larges grisailles floues, dans lesquelles on devine les ganglions assez gros.

Cet aspect est plus prononcé à droite. Le bord droit du cœur et la région correspondante du diaphragme sont noyés dans une grisaille floue.

Troisième examen radioscopique le 30 juillet 1921.

Les poumons sont gris et flous, mais s'éclairent à la toux. Les ombres hilaires sont toujours grises et floues *mais paraissent beaucoup moins prononcées qu'à l'examen antérieur*. Les ganglions sont moins gros. Cet aspect est toujours plus prononcé à droite.

On ne voit plus de taches pulmonaires sous la clavicule.

En somme, amélioration sensible.

Un dernier examen radioscopique a été pratiqué le 12 août 21. (La série de 15 injections intra-trachéales était terminée).

Les sommets sont un peu gris et flous, *mais s'éclairent à la toux*. Les poumons sont clairs dans l'ensemble, encore un peu flous dans le 1/3 supérieur. Les ombres hilaires sont beaucoup moins prononcées qu'aux examens antérieurs, des taches grises un peu floues, et quelques ganglions flous, gris clair, gros comme des noisettes.

L'examen des crachats à la même date, fait à trois reprises différentes, *est absolument négatif*.

L'expectoration a beaucoup diminué : seulement quelques gros crachats le matin au réveil.

Le malade, enfin, qui pesait avant le traitement 61 kgr., en pèse actuellement 66 kgr.

Aucun autre médicament n'a été pris durant cette période d'injections.

Je dois ajouter que, conformément au traitement préconisé, ce malade subit, actuellement une seconde série de dix injections.

BIBLIOGRAPHIE CRITIQUE

Medicus 1922. Guide annuaire des Etudiants et des Praticiens, grand in-8° raisin de 1.600 pages, relié pleine toile. Prix : 25 fr. A. Rouzaud, 41, rue des Ecoles, Paris.

Une publication très utile que la guerre avait interrompue, *Medicus*, vient de réapparaître.

Nous félicitons son éditeur (en grande partie son auteur), M. Rouzaud, d'avoir attendu pour publier la nouvelle édition de son Guide-Annuaire. Ayant le souci d'approcher de la perfection et de l'exactitude, il s'est sagement rendu compte qu'il était impossible dans le désarroi des trois années qui suivirent l'armistice de pouvoir faire un annuaire suffisamment exact pour être utilisé et il valait mieux attendre que de multiplier les erreurs. Nous ne pouvons faire l'énumération complète de ce que contient *Medicus*, c'est, en somme, une encyclopédie de renseignements médicaux. Bornons-nous à noter ce que l'on ne trouve pas partout, tout au moins aussi bien présenté, aussi clairement exposé, aussi facile à consulter.

Signalons d'abord ce qui a trait à l'enseignement ; tout ce qui de loin ou de près peut intéresser le médecin et l'étudiant dans les établissements publics ou privés d'enseignement supérieur : lois, décrets, règlements, Facultés de médecine, de pharmacie, Ecole de médecine militaire, navale, coloniale, Ecoles de dentistes, de sages-femmes, Facultés des sciences, établissements de haut-enseignement, Ecoles vétérinaires, Hôpitaux, Asiles d'aliénés, etc., etc.

Le médecin trouvera encore dans *Medicus*, la liste des maisons de santé de tous genres, le tableau de la France thermale et climatique, les sociétés savantes, la liste des journaux de médecine français et étrangers, etc.

Ajoutez un Dictionnaire de Droit et Jurisprudence médicales, tous les organismes qui dépendent du Ministère de l'Hygiène et ce qui, dans les autres ministères, a trait à la médecine. Nos syndicats, nos sociétés mutuelles, les associations d'étudiants n'ont pas été oubliés.

Enfin, l'*Annuaire* termine dignement l'ouvrage ; certes, il n'est peut être pas exempt d'erreurs, mais il est aussi exact qu'il est possible de l'obtenir. Pour donner une idée du souci de documentation de *Medicus*, nous signalerons dans l'Annuaire, à la suite du territoire de Belfort, la liste des docteurs suisses du canton de Berne, autorisés à exercer dans les communes françaises en vertu de la convention franco-suisse du 29 mai 1889, et celle des médecins, pharmaciens et dentistes de la Principauté de Monaco.

Le chapitre des colonies, des pays de protectorat, y compris le Maroc, a été tout particulièrement soigné.

En somme, *Medicus* de 1922, malgré les difficultés de l'heure présente, égale au moins, s'il ne les dépasse, ses éditions d'avant-guerre et nous permet d'entrevoir pour les prochaines éditions de nouveaux chapitres sur la médecine à l'étranger, qui en feront une encyclopédie de documents de tout premier ordre et aussi complète qu'intéressante.

J. Noir.

PARTIE PROFESSIONNELLE

MÉDECINE SOCIALE

Le médecin et les lois sociales nouvelles.

L'assurance-maladie obligatoire en Alsace-Lorraine telle que je viens de la voir.

Par le Dr P. LACROIX.

(*Suite*).

Ayant indiqué les grandes lignes de l'assurance-maladie-invalidité en Alsace-Lorraine (1), j'arrive maintenant à mon enquête proprement dite. Pour en faciliter la compréhension, je grouperai ses éléments sous quatre chapitres :

1° La médecine et les médecins en Alsace-Lorraine ;

2° Les Caisses de malades et leurs rapports avec le corps médical ;

3° La médecine de Caisses ;

4° Le régime alsacien envisagé quant à son introduction possible dans le reste de la France.

I

La médecine et les médecins en Alsace-Lorraine.

Pour bien comprendre une institution, il faut la situer dans son cadre. L'assurance-maladie alsacienne n'échappe pas à cette règle et ce serait une singulière erreur que de vouloir l'étendre hors du milieu où elle fonctionne sans tenir compte de la condition d'adaptation : vérité en deçà des Pyrénées, erreur au-delà.

L'Alsace-Lorraine et la France de l' « intérieur ».

L'Alsace-Lorraine, revenue à la mère patrie, continue à vivre sous un régime spécial. *Administrativement*, elle est séparée du reste de la France, par l'ancienne frontière, où viennent s'arrêter les lois et règlements établis par l'Allemagne qu'il a été impossible, pour le moment du moins, d'abroger. Sans doute, quelques lois françaises ont pu, depuis le traité de paix, être introduites en Alsace, mais ce ne sont pas d'ailleurs des lois fondamentales en général.

Certes, les Alsaciens-Lorrains souhaitent ardemment et réclament leur droit d'être traités comme tous les Français. Ce désir ne pourra malheureusement être satisfait que peu à peu et lentement. On paye encore en Alsace-Lorraine certains impôts (un impôt sur le capital entre autres, je crois) et les administrations appliquent encore des lois et des règlements allemands sur les sujets les plus divers. Je lisais le 2 novembre 1921, dans un journal alsacien, à Mulhouse, la réclamation d'une mère de famille qui se plaignait de ne pouvoir, le dimanche matin, donner à son nourrisson le lait nécessaire à son alimentation parce qu'un arrêté municipal à la marque d'avant-guerre interdit aux laitiers toute livraison le dimanche matin avant 8 heures. J'ajoute que la plaignante n'était pas une alsacienne, mais une « revenante » comme on dit là-bas, c'est-à-dire une française revenue en Alsace après l'armistice.

Cela permet de comprendre une expression souvent employée en Alsace-Lorraine, l'expression de France de l' « intérieur », qui paraît choquante au premier abord. En réalité, il s'agit de la France administrative.

Les Alsaciens-Lorrains vivent donc sous un régime mixte de lois françaises nouvellement introduites et d'anciennes lois de l'Empire allemand non abolies et qu'on ne pourra souvent abolir qu'avec des mesures transitoires. Cette situation est appelée, sans doute, à se prolonger encore longtemps. Pour prendre un exemple : il est bien certain que la loi française de séparation des Eglises et de l'Etat s'arrêtera à l'ancienne frontière pendant de nombreuses années à venir.

De ceci, je retiens une chose. L'assurance-maladie obligatoire peut, sans inconvénient réel, continuer à fonctionner en Alsace-Lorraine sans être introduite sous le même type dans le reste de la France, si cette extension n'apparaît pas désirable.

Médecine et pharmacie en Alsace.

La médecine et la pharmacie ne pourront, comme beaucoup d'autres professions, en Alsace, s'échapper avant un temps indéterminé des cadres législatifs institués par l'Allemagne, qui ont fatalement créé des habitudes et des situations acquises après 45 ans de mise en vigueur. En Alsace, la pharmacie n'est pas libre comme chez nous mais limitée à un chiffre donné d'officines par nombre d'habitants. Elle représente une charge transmissible, comme le sont ici les charges de notaire ou d'avoué. Un petit inconvénient de ce régime : le prix plus élevé des médicaments.

La médecine, elle aussi, a fatalement dû subir l'empreinte des gens d'Outre-Rhin, la marque de *herr professor* ! Les étudiants, de bonne heure, prenaient des habitudes quasi-militaires, de tenue, de discipline, d'obéissance hiérarchique (ceci explique peut-être le succès de la disci-

(1) Voir les nos du 20 novembre, des 4 et 11 décembre 1921, du *Concours médical*.

pline syndicale). La science médicale dans ses rapports avec la loi offre encore, en Alsace, des singularités qui étonnent. Ainsi, la loi allemande légitime d'une façon très large l'avortement thérapeutique. La science allemande — l'infaillible science allemande ! — ayant décrété que l'avortement était indiqué chez certaines malades, il en résulte que le médecin a le droit et probablement le devoir de pratiquer l'avortement d'une femme enceinte atteinte de tuberculose, de maladies du cœur, de rétrécissement mitral en particulier. Les doctes professeurs allemands de chirurgie enseignaient que, dans différentes circonstances, reconnues par la science d'Outre Rhin, il convient de profiter d'une opération abdominale sur un côté des annexes par exemple, pour stériliser l'autre côté, sain : cela se fait, paraît-il, très simplement par une ligature posée sur l'insertion tubaire. Aussi, les malades réclament-elles parfois, elles-mêmes, d'une façon très normale cette petite intervention. J'aurai d'ailleurs l'occasion, à propos des soins aux assurés, de constater à nouveau les différences de la conception française de la médecine et de la conception germanique, qui a nécessairement régné en Alsace-Lorraine.

Si je cite ces faits, qui ont l'air d'être très loin de l'assurance-maladie et qui en sont très près, c'est qu'ils montrent à quelle dure épreuve a été soumise la mentalité alsacienne pendant l'occupation allemande ; c'est qu'ils montrent que des coutumes imposées à l'Alsace-Lorraine et qui continuent à y être pour quelque temps encore plus ou moins à l'état de latence, ont atténué sur certains points la sensibilité si vive de l'Alsacien-Lorrain. « Nous étions arrivés à ne plus sentir ; nous avions une peau de pachyderme », me disait un jour un confrère de Strasbourg. Il faut songer à cela lorsqu'on voit les malades des caisses disciplinés, peu exigeants, soumis docilement au contrôle, et les médecins faisant une médecine pénible, qui donne peu de satisfactions morales, faisant aussi chaque jour sans trop protester une barre sur le secret professionnel.

Nos confrères Alsaciens.

Et cependant nos confrères d'Alsace-Lorraine sont des médecins dévoués à leurs malades. Il faut s'incliner devant un labeur qui se chiffre souvent (c'est le régime des Caisses qui le veut) par 50, 60, 80 consultations par jour, et plus encore même (1). J'ai vu sur leurs traits, à la fin de la journée, la fatigue se marquer, ce qui ne les empêchait pas de continuer une interminable consultation d'assurés, et de distraire aimablement un peu de leur temps si accaparé pour me recevoir en toute cordialité. Je leur ai dit, d'ailleurs, combien, dans la France métropolitaine, nous les aimions...

Je résume en définitive, ce premier chapître, de mon enquête, en disant : l'Alsacien-Lorrain, qui a conservé un cœur resté profondément français malgré 45 ans de domination allemande, a dû nécessairement se plier et dans une certaine mesure s'adapter aux réglementations qui lui étaient imposées. Dès l'école, on lui a vanté la « supériorité » germanique : *über alles*. Des lois — la loi d'assurance-maladie allemande, en particulier — ont pu s'acclimater en Alsace-Lorraine, finir même par y être considérées comme passables ou bonnes, sans que l'on puisse en déduire qu'elles pourront fonctionner chez nous comme elles le font là-bas.

Voilà un premier point qu'il était intéressant d'établir.

(*A suivre.*)

***

Je lis avec le plus grand intérêt votre étude et les lettres de confrères touchant la question assurance-maladie. J'ai été surtout frappé de la désinvolture de ce député avec lequel un de nos confrères a discuté la question en chemin de fer. « Les médecins ont protesté, ils « se sont inclinés et ils s'inclineront de même devant « l'assurance-maladie ». Je lis, d'autre part, qu'un peu partout dans nos Syndicats, on se préoccupe de cette question.

Pourquoi, ne poserait-on pas la question suivante : « La loi se votera. Avez-vous réfléchi, s'il ne serait pas préférable d'orienter notre activité vers un nouveau but à la fois plus lucratif tout en étant plus honorable que la médecine ainsi caporalisée ».

Pour ma part, je ne crois pas qu'il soit absolument indispensable d'avoir des aptitudes spéciales et d'avoir usé ses culottes sur les bancs de l'Ecole jusqu'à 25 ans pour trouver autre chose.

Combien de confrères déjà dégoûtés par les Assistance Médicale, Pupilles de la Nation, soins gratuits aux mutilés jetteront-ils leurs robes et leurs bonnets pointus aux orties ? Cette loi ne fera-t-elle pas déborder la coupe.

Il serait peut être bon que l'on sache sur quel nombre approximatif de défections il y a lieu de compter et qu'à la veille de voter la loi, nos représentants se rendent compte de ceci : lorsque 2 ou 3 chefs-lieux de canton à la ronde seront dépourvus de médecins, lorsque ces médecins seront installés balayeurs de rues, épiciers ou patrons de café, et qu'ils expliqueront à leur clientèle d'un nouveau genre le pourquoi de leur décision, je doute fort que nos députés trouvent auprès des électeurs le même accueil chaleureux.

Dr B.
(Tarn-et-Garonne.)

***

J'ai suivi avec un vif intérêt la documentation si complète que vous avez donnée dans le *Concours* sur l'assurance-invalidité maladie.

Ma conviction est que le Corps médical uni doit arriver à imposer le libre choix, le tarif à la visite avec minimum syndical et pour la chirurgie ou spécialité, un tarif de base se rapprochant du tarif Breton. Du forfait à aucun prix.

Mais je ne puis me séparer d'un certain optimisme en réfléchissant au peu de vitalité de cette loi, du fait seul des intéressés, si l'on sait faire ressortir la question de

(1) Quelques-uns avoisinent le chiffre fantastique de 100 consultations par jour, comme moyenne !

l'intérêt. En effet, qui payera ? La loi : dit l'assuré, l'employeur, l'Etat.

Prenons l'exemple courant d'un ouvrier de la 3e classe, à salaire moyen de 12 francs par jour. Cet ouvrier subira directement une retenue journalière de 0,55.

Mais indirectement l'employeur, grevé de pas mal de frais, devant verser lui-même 0,55 par ouvrier, retiendra cette prime sur le salaire journalier sous forme de réduction de salaire.

Le troisième compère, l'Etat, bien embarrassé de trouver sa cotisation, élèvera l'impôt, d'où élévation du prix de la vie inévitable.

Qui donc paiera ? Nous tous un peu, mais pour une part, alors que l'ouvrier payera les trois.

Et laissant de côté le fait de la vie plus chère qui est difficilement évaluable, nous en tenant aux deux autres participations que l'on peut chiffrer ; fera-t-on accepter facilement à un ouvrier dont le salaire annuel est de 3.000 fr. (pour en rester à notre exemple), une retenue annuelle de 320 fr., pour une rente à toucher après 40 ans de travail, et pour des soins qui ne présentent pas une nécessité immédiate. Et ceci d'une réalisation entravée par un ensemble de mesures pour le moins vexatoires.

Souvenez-vous du *tolle* des pensionnés lorsqu'ils ont envisagé leurs soins redevenus un monopole militaire.

Aussi ne suis-je pas loin de croire que la loi assurance-invalidité-maladie subira rapidement le sort de la loi sur les retraites ouvrières, comme de toute loi sociale basée sur des vues politiques.

Et nous, médecins, nous sortirons de cette lutte nouvelle, grandis au point de vue syndical, car nous nous serons groupés plus énergiquement, mais aussi diminués dans l'esprit public, car nous porterons le poids de notre opposition à l'application gouvernementale d'une loi qui tombera d'elle-même après les prochaines élections.

Mais ceci, qui sent la réaction, n'est peut-être pas bon à dire.

Dr C.,
(Loiret).

LA VIE SYNDICALE ET PROFESSIONNELLE

Union des Syndicats médicaux

RENOUVELLEMENT DU CONSEIL

Assemblée générale des 9, 10 et 11 décembre

Votants : 12.443.

Ont été élus, MM. :

	voix		voix
Bougrand	12.443	**Caillaud**	10.844
Quivy	12.292	**Lenglet**	10.736
Lafontaine	12.286	**Claverie**	10.717
Michon	12.085	**Bouilloud**	10.543
Legras	12.072	**Clavelier**	10.455
Decourt	12.027	**Butruille**	10.261
Barbanneau	12.019	**Campinchi**	9.495
Rinuy	11.949	**Renon**	8.940
Humbel	11.519	**Lefèvre**	8 498
Billaud	11 377	**Giry**	8.145
Müller	11.233	**Le Fur**	7.920
Lamarque	10 886	**Simonin**	7 173
Bourdon	10.845	**Moricet**	4.594

Syndicat médical de l'arrondissement de Fontainebleau.

ORDRE DU JOUR :

Le Syndicat médical de l'arrondissement de Fontainebleau, réuni en assemblée générale le 27 novembre 1921, après avoir entendu le rapport fait sur les questions par le Dr Rigal, se déclare, à l'unanimité des membres présents, absolument hostile au projet de loi sur l'assurance-invalidité-maladie ;

Et mandate son délégué en conséquence pour l'Assemblée générale de l'Union des 9, 10 et 11 décembre prochain.

Syndicat des médecins du Sud-Finistère.

L'assurance maladie-invalidité obligatoire (II).

Mes chers Confrères,

Après ma précédente étude, nous avions conclu, suivant nos principes, en réclamant :

1° Le libre choix ;

2° Le paiement à la visite.

Depuis lors, le projet gouvernemental a paru ; il n'est pas fait pour nous plaire. On a d'abord fixé le taux de la cotisation, puis, on a promis tellement de choses, que fatalement, on doit limiter surtout les frais médicaux.

Pour nous payer, la solution envisagée est donc, naturellement, le forfait.

(Remarquons en passant que l'on englobe les frais médicaux et pharmaceutiques, mais que pour ces derniers, il n'est pas question de forfait, parce que l'on sait qu'il n'y aurait rien à faire.)

Il faut que pour nous, il n'y ait rien à faire non plus !

On veut naturellement imiter ce qui existe déjà en Alsace, c'est plus facile que de créer du nouveau. Mais entendons le cri d'alarme que, *dans un accord complet*, nos confrères d'Alsace ont poussé ; des enquêtes ont été faites là-bas par des médecins isolés et par l'Union ; nous avons su ainsi les nombreux et très graves inconvénients du forfait (ne les pressentions-nous pas d'ailleurs ?)

C'est ainsi que nous avons appris :

1° Comment la médecine y est exercée « à la diable » (1) des malades défilant à raison de deux, trois, quatre, cinq même en un quart d'heure, au point que nos délégués sortant de là, se regardèrent mutuellement, ne sachant que se dire.

2° Les malades pris dans un véritable engrenage, d'une façon dont le simple énoncé nous scandalise.

3° Pas de soins à domicile, ou presque, tout à l'hôpital, de gré ou de force ;

4° Une réglementation qui en arrive, sous prétexte de limiter les abus, à dire : une angine, une rougeole, ça comporte deux visites, une uréthrite, ça demande dix lavages, etc. ! ;

5° Les épidémies donnant un travail formidable, et en revanche aboutissant à une diminution du « point »,

6° Les médecins qui abusent, en multipliant les « points » à leur profit, en diminuent la valeur pour tous les autres ;

7° Vous savez que le secret professionnel n'existe plus en Alscace ;

8° Vous avez vu comment on est arrivé (pour raisons d'économie) à prescrire presque uniquement des pro-

(1) Ce qui a provoqué naturellement un correctif le « Trinkegeld », oui, le pourboire, sa conséquence logique, mais bien peu « honorante ».

PHYTOL

(3)

VITELLINATE ARGENTO - CUPRIQUE OU ARGYRO - CUPROL



ANTISEPTIQUE DES MUQUEUSES SPÉCIFIQUE DE LA BLENNORRAGIE

—:◉:—

TRAITEMENT DES URÉTHRITES CHRONIQUES & PROPHYLAXIE DE LA BLENNORRAGIE

par les **Tubes-Seringues de GLYCO-PHYTOL**

Par sa richesse en argent, LE PHYTOL a une action spécifique sur le gonocoque qu'il détruit en quelques injections.

Par l'action combinée du cuivre et de l'argent à l'état colloïdal il est aussi efficace contre les associations microbiennes si fréquentes au cours de la gonorrhée.

LE PHYTOL est indolore et fait immédiatement disparaître la sensation de brûlure à la miction.

LE PHYTOL n'est ni toxique, ni caustique et il a une action kératolytique remarquable sur l'épithélium des muqueuses enflammées.

LE PHYTOL est présenté sous les formes suivantes :

A. **COMPRIMÉS DE PHYTOL.**
B. **AMPOULES-SERINGUES DE PHYTOL** à 10 et 20 % et d'ELECTRO-PHYTOL dosées et prêtes pour l'injection qu'on pratique à l'aide d'un embout à collerette obturatrice.
C. **TUBES-SERINGUES DE GLYCO-PHYTOL**, prophylaxie de la blennorragie et traitement des uréthrites chroniques.
D. **TUBES-SERINGUES DE GYNÉCO-PHYTOL**, s'adaptant à un injecteur breveté permettant d'introduire le topique dans la cavité utérine sans traumatisme et sans dilatation préalable du canal cervical. Traitement des métrites.

Toute blennorragie doit être traitée sans delai.
Tout médecin doit pouvoir traiter comme il faut les blennorréens qui viennent le consulter.

Le **GLYCO-PHYTOL** est du **PHYTOL** dans un excipient gélatineux





Tube de Glyco-Phytol et embout à collerette obturatrice.

Cet excipient gélatineux forme un enduit qui maintient en contact intime le topique et les lésions.

De consistance semi-fluide, il facilite la pénétration du **PHYTOL** dans les replis et les diverticules de la muqueuse.

Introduit en quantité suffisante dans le canal de l'urèthre, le **GLYCO-PHYTOL** permet l'expression digitale des glandes sans provoquer l'irritation traumatique consécutive aux massages sur béniqué.

MODE D'EMPLOI

URÈTHRE ANTÉRIEUR. — A l'aide de l'embout à collerette obturatrice, bien remplir le canal de **GLYCO-PHYTOL.**

Obturer le méat en comprimant le gland entre le pouce et l'index d'une main, tandis que de l'autre, on massera l'urèthre (région pénienne et périnéale) pendant une à deux minutes.

Faire, suivant les cas, un massage tous les jours ou tous les deux jours.

Si les lésions sont très indurées, lubréfier copieusement une bougie ou un béniqué de **GLYCO-PHYTOL** et faire sans brutalité un massage tous les deux jours. Il importe de pratiquer les massages par séries de 7 ou 8 en laissant le malade au repos 8 à 10 jours après chaque série.



Embout à collerette adapté sur le tube de Glyco-Phytol.

URÈTHRE POSTÉRIEUR. — Injecter avec une sonde du **GLYCO-PHYTOL** dans la région du véru-montanum. Faire prendre au malade la position génu-pectorale et masser les vésicules et les lobes de la prostate. Faire uriner le malade et injecter à nouveau à plein canal du **GLYCO-PHYTOL** en recommandant au malade de s'efforcer d'uriner afin que le topique puisse ainsi franchir le sphincter béant et pénétrer dans la région prostatique.

PROPHYLAXIE DE LA BLENNORRAGIE

Dans l'heure qui suit les rapports sexuels, injecter dans le canal deux centimètres cubes de **GLYCO-PHYTOL** et maintenir le topique 1 à 2 minutes en contact avec la muqueuse.

Préparés par ***L. LAPORTE****, Pharmacien de 1re classe, ancien Interne des Hôpitaux de Paris.*

SE TROUVENT DANS TOUTES LES BONNES PHARMACIES

Tél. : **Auteuil 36-81** — Laboratoire P. ALBARRAN, 3, rue Chanez, PARIS-AUTEUIL — Adr. tél. : **Labalbarran**

RENOUVELLEMENT DES ABONNEMENTS

Pour éviter les frais de recouvrement nous prions nos abonnés de vouloir bien nous adresser le montant de leur abonnement, soit 24 fr., par versement à notre compte de chèques postaux *Concours Médical*, **PARIS 167-95, versement qui peut être fait dans tous les bureaux de poste.**

A paraître en Mars 1922.

L'ANNÉE MÉDICALE PRATIQUE

REVUE ANNUELLE des ACQUISITIONS CLINIQUES et THÉRAPEUTIQUES

Publiée sous la direction de

C. LIAN, *médecin des hôpitaux de Paris*

Préface de Monsieur le Professeur SERGENT, *Membre de l'Académie de Médecine*

COLLABORATEURS :

MM. ABRAMI, AUBERTIN, DEBRÉ, DUVOIR, HARVIER, *prof. agrég. médec. des hôpitaux de Paris.* — CADENAT, *chir. des hôpitaux de Paris.* — LE MÉE, *otorhinolaryngologiste des hôp. de Paris*, GUILLY, *dentiste des hôp. de Paris.* — BLECHMANN, CHABROL, P. CHEVALLIER, COTTENOT, GASTON-DURAND, FAROY, MARSAN, PASSOT, PRUVOST, SÉGARD (*de Saint-Honoré*), TINEL, TRÈVES, VAUDESCAL, VELTER, *anc. int. des hôp. de Paris.*
R. BARRIEU (*de Royat*), DAUSSET (*de Biarritz*), DUCHESNE (*du Concours Médical*), SIGURET (*de St-Nectaire*). ALIBERT, JOUANNON, PÉRISSON, *int. des hôp. de Paris.*

* * *

Il devient impossible actuellement, même pour un médecin ayant des loisirs, de se tenir au courant du mouvement médical. Cependant des notions nouvelles surgissent et il est indispensable de connaître celles qui élargissent ou modifient les moyens pratiques de formuler le diagnostic, le pronostic et le traitement.

l'ANNÉE MÉDICALE PRATIQUE remplit ce but.

Dans des articles courts, classés par ordre alphabétique, rédigés par des collaborateurs compétents, elle expose chaque année, en un volume de 500 pages environ facile à mettre en poche, les acquisitions pratiques dans toutes les branches de l'activité médicale (médecine, chirurgie, obstétrique, spécialités, questions professionnelles).

Par contrat spécial passé avec le Concours Médical, *il a été décidé pour les abonnés que les cinq cents premiers souscripteurs auraient droit à une réduction de* 25 % *sur les prix de vente de l'ouvrage qui sera de vingt francs environ.*

Dès maintenant la souscription est ouverte, elle sera close le 15 *Février* 1922 *au plus tard ;*

S'adresser au Dr SIGURET, 21, *rue Baudin, Paris* 9e

duits en paquets ou en solutions, iodures, quinine, par exemple.

Mais ne manquez pas de remarquer que *toutes* les caisses, malgré des dépenses énormes : installations d'hôpitaux, de maisons de cure, de repos, etc., etc., *font de gros bénéfices* ;!

Mais alors, si le forfait ne nous plaît pas, que proposerions-nous à la place ?

La liberté absolue ? Ce serait faire le jeu de médecins marrons qui auraient tôt fait d'accaparer toute la clientèle de l'assurance-maladie.

Comme je vous le disais l'autre fois : étant en face de collectivités nous avons tout intérêt à ne pas combattre isolément, l'issue de la lutte ne serait alors pas douteuse.

2° L'allocation au malade d'une somme forfaitaire, libre à lui de se faire soigner comme il l'entendrait (certains ont proposé cette solution pour les soins aux mutilés). D'abord, le législateur n'y souscrirait probablement pas. Et puis, ce ne serait que reculer la question : il y aurait fatalement des malades, les chroniques tout d'abord, pour lesquels cette somme serait rapidement insuffisante. Cela créerait donc bientôt une clientèle pour les marrons rabaisiens, ou bien ils tomberaient à l'Assistance médicale. Il faut, en effet, que vous sachiez que les assurances sociales n'ont pas supprimé en Alsace les indigents ni l'assistance médicale. Et cela, il ne faut pas l'oublier.

3° Le tarif à la visite, alors.

On s'efforce de le faire prendre pour un gouffre insondable. En vérité, ce mode de paiement ne plaît pas au législateur qui s'efforce donc d'en faire un épouvantail. « Une conjuration est en train de s'ouvrir, une fois de plus, contre notre liberté professionnelle ». (1).

Et pourtant : 1° on peut trouver en Alsace-Lorraine des éléments d'appréciation, car il existe en Lorraine 37 caisses, et quelques-unes en Alsace, qui, à l'heure actuelle payent à la visite. Ceci prouve que la chose est possible.

Mais, ne voyons-nous pas nous-mêmes les compagnies d'assurances contre les accidents du travail pouvoir s'accommoder de ce système ?

De plus, depuis que l'assurance fonctionne en Alsace, on a eu tout le temps d'établir des tables de moyennes.

Ne s'en est-on pas servi, d'ailleurs, pour établir ce forfait de 72 fr. dont on nous parle pour la France ? On a bien dû, pour le fixer, tabler sur quelques documents.

Je dirai, comme le confrère qui, dans le *Concours médical* signe « le Paysan du Danube » : Abandonnons à d'autres cette fausse position de demi-fonctionnaires bâtards ; restons syndiqués, mais redevenons des citoyens, des contribuables *comme tout le monde*, et des médecins *sans catégories*.

Mais, puisqu'il est malheureusement vrai qu'il faut pouvoir réfréner les abus, eh bien le ticket modérateur me paraît le frein le plus compatible avec le *maintien de la dignité du médecin* (et aussi de celle du malade), mais à condition :

1° Qu'il soit assez fort pour être réellement modérateur ;

2° Qu'il soit fixé à un tant p. cent du tarif fixé par nous suivant les catégories d'assurés, car il faut qu'il soit variable pour « modérer » le riche aussi bien que le pauvre.

Les traitements à l'hôpital devant inévitablement prendre une grande extension, il importe de ne pas oublier de réclamer que les médecins puissent y avoir tous accès et y perçoivent des honoraires pour les soins donnés à ces malades, que nous ne saurions traiter gratuitement, comme des indigents.

Je me rallie donc tout à fait aux conclusions votées par l'Union des Syndicats du Sud-Est, dans sa réunion du 26 juin dernier, sur la proposition des docteurs Duby et Bolliet :

Vœux :

Le Syndicat des Médecins du Sud-Finistère, en sa réunion du 20 novembre 1921,

Est d'avis,

Que le Corps médical a un intérêt moral et matériel à n'avoir affaire qu'aux individus, plutôt qu'aux collectivités ;

Néanmoins, il accepte, en ce qui concerne l'assurance-maladie-obligatoire, de traiter avec les caisses par le contrat collectif,

Sous les réserves :

1° Que le libre choix du médecin soit nettement inscrit dans la loi ;

2° Que le tarif à la visite, soit le seul mode de payement, sans aucune restriction par le forfait global ;

Il déclare exiger le ticket modérateur, avec participation personnelle du client aussi élevée que possible, la valeur totale du ticket devant être conforme au tarif syndical minimum.

Le Syndicat du sud-Finistère demande aussi :

3° Que les Syndicats médicaux et Fédérations soient représentés dans tous les organismes chargés de la préparation et de l'application de la loi ;

4° Que l'entente sur les modalités d'application locales se fasse directement entre les caisses d'assurances locales et les Syndicats médicaux.

Ces vœux me paraissant exprimer parfaitement les désirs que vous aussi, mes chers confrères, avez formulés jusqu'ici, je vous propose de voter *le même texte* que nos confrères du Sud-Est, car il me paraît utile que nous tenions tous le même langage, nous nous ferons ainsi mieux entendre.

Douarnenez, le 17 novembre 1921,

Dr Eugène Damey.

(1) Le Paysan du Danube, (Loire-inférieure) *Concours médical*.

Syndicat des médecins de la Loire.

Ordre du jour :

Le Syndicat réuni en assemblée générale le 27 novembre 1921, à Saint-Etienne, après avoir pris connaissance du projet de loi sur les « assurances sociales » déposé sur le bureau de la Chambre par M. Daniel Vincent, Ministre du Travail,

Considérant :

Que si les médecins doivent à l'Etat leur concours dans la lutte sociale contre la maladie, l'Etat leur doit en retour de les consulter pour l'organisation rationnelle et scientifique de cette lutte ;

Que ce projet de loi, où cette organisation n'est nullement prévue en dehors de la visite et de la consultation, constitue, non un progrès scientifique, mais un recul évident, une régression vers la médecine empirique.

Qu'il paraît ignorer ce qu'est l'exercice de la médecine en France et n'est qu'une copie du système imposé par l'Allemagne à l'Alsace-Lorraine avec

tous les défauts d'une médecine bureaucratique et administrative, incompatible avec l'art médical français.

Qu'à la base de toute organisation de soins doivent être proclamés :

1° Le droit sans restriction aucune, pour le malade, de choisir son médecin ;

2° Le droit du médecin à une rémunération proportionnée à l'importance de l'acte médical accompli et conforme aux usages de la médecine française ;

3° L'obligation pour l'assuré de participer aux frais de chaque acte médical, seul moyen pratique d'éviter les abus, à la condition que cette participation soit assez importante pour atteindre le tarif syndical minimum.

Qu'en imposant aux Syndicats médicaux, la charge de répartir entre leurs adhérents l'ensemble des honoraires versés par les Caisses d'assurances, le projet de loi enlève à ces syndicats leur caractère bien défini d'organes de défense professionnelle pour en faire un rouage administratif de plus.

Le Syndicat des médecins de la Loire :

Repousse résolument tout forfait global, même à titre temporaire, qui aurait pour résultat fatal le sabotage de l'art médical et l'institution d'une médecine faite à la course et à la grosse, au détriment des malades.

Emet le vœu :

Que l'Assemblée générale des Syndicats médicaux de France tenue à Paris les 9, 10 et 11 décembre 1921, déclare publiquement que le Corps médical français ne pourra collaborer qu'à un service assurant une organisation réellement scientifique de soins permettant au médecin de faire bénéficier son malade de toutes les ressources médicales actuelles (examen de laboratoire. Moyens techniques divers, etc., etc.).

Le président du Syndicat,
Dr LAYRAL.

Un contrat entre un médecin praticien et l'autorité militaire pour assurer les soins médicaux à la Place et aux salles militaires d'un hôpital mixte.

Nous avons, il y a quelques mois, vivement protesté contre la sorte de mise en adjudication des soins médicaux aux ouvriers du Centre d'aviation de Meudon par l'autorité militaire et avons signalé le rôle singulier imposé à celui qui a voulu accepter cette charge où la paperasserie dépasse certainement de beaucoup les actes médicaux.

Un de nos confrères nous communique le traité suivant qui a été signé avec le consentement du Syndicat médical, l'autorité militaire n'ayant pu ou voulu signer de contrat collectif avec le Syndicat :

Entre les soussignés,

1° M. le médecin-inspecteur C....., directeur du Service de Santé du Ne C. A., agissant au nom et pour le compte de Monsieur le Ministre de la Guerre,

D'une part,

2° Monsieur le Dr B....., médecin civil à S...

D'autre part,

Il a été convenu ce qui suit :

1° M. B., s'engage à assurer le service médical de la place et des salles militaires de l'hôpital mixte de S.....

Il accepte de remplir les obligations imposées, aux membres du Corps de santé militaire, par les règlements en vigueur et de se conformer en particulier aux prescriptions du Directeur du Service de Santé et du commandant d'armes, sous la réserve que l'exécution de ces prescriptions ne pourra en aucun cas entraver particulièrement l'indépendance médicale nécessaire à l'exercice normal de sa clientèle.

(*Formule proposée par le Syndicat médical de S...*).

2° Le service comporte : service de place, service des salles militaires de l'hôpital mixte.

3° Il sera payé à M. B..., pour l'exécution du service déterminé à l'article 2, une somme de *cinq cents francs* par mois.

Dans le cas où le service commencerait ou finirait au cours d'un mois, l'indemnité serait décomptée par jour.

4° Le payement de la somme due sera effectué chaque mois par ordonnance du Directeur du Service de santé, sur production d'un mémoire en double exemplaire dont un timbré.

5° La présente convention est faite pour une durée de deux mois à compter du 1er septembre 1921.

6° La présente convention est résiliée de plein droit et sans indemnité en cas de décès ou de départ de M. B..., si l'autorité militaire juge à propos de faire assurer le service par un médecin militaire, si la formation ou la garnison est supprimée.

La résiliation peut être prononcée par le Ministre sans indemnité dans les circonstances prévues par les dispositions légales de droit commun, notamment en cas de faute grave ou de manquements répétés dans l'exécution du service et après une mise en demeure préalable.

Le service laissé en souffrance sera assuré par l'autorité militaire par tel moyen jugé convenable.

7° Les contestations auxquelles pourrait donner lieu la présente convention seront décidées administrativement, c'est-à-dire par le Ministre de la Guerre, sauf recours au Conseil d'Etat.

8° Les frais de timbre sont à la charge du titulaire.

Fait en double exemplaire à S..., le 30 avril 1921.

Lu et approuvé, :	Lu et approuvé :
B.....	*Le médecin inspecteur,*
	C.....

Si le Parlement et l'autorité militaire voulaient bien tenir compte des enseignements de la guerre, ils généraliseraient ces genres de contrats, feraient assurer le service des régiments par des médecins de complément et des jeunes docteurs terminant leur service militaire. Ils réduiraient le cadre des méde-

cins militaires de carrière à un état-major de gens très instruits, bien sélectionnés qui s'ingénieraient à organiser le matériel de campagne et les formations sanitaires en temps de guerre. Les médecins militaires de carrière qui assurent le service de santé de nos troupes coloniales et de nos corps expéditionnaires pourraient servir de pépinière à cet état-major qui serait prêt à faire fonctionner en cas de guerre un service de santé apte à remplir sa tâche, comme elle doit être remplie, ce qui commençait d'ailleurs à se réaliser en 1918 après plus de trois ans de tâtonnements.

J. N.

MUTUALITÉ FAMILIALE
DU CORPS MÉDICAL FRANÇAIS

Assemblée Générale ordinaire.

L'Assemblée générale ordinaire de la Mutualité Familiale du Corps médical français s'est tenue le dimanche 20 novembre 1921, à quinze heures, dans les salons Marguery.

M. le Président Maurat prend place au bureau, entouré de MM. Lacroix et de la Rochefordière, assesseurs, des membres du Conseil, de M. Fleury, actuaire et de M. Boudin, secrétaire.

Le Président constate que la convocation a été faite dans le n° 41 du *Concours médical* (9 octobre), et répétée dans les numéros 42 et 44 ; le rapport du trésorier dans le n° 43 ; l'ordre du jour détaillé et le rapport du secrétaire général dans le n° 45 ; qu'enfin, les numéros du *Concours* ont été envoyés aux sociétaires non abonnés.

Toutes les formalités statutaires ayant été remplies, le président déclare que l'Assemblée générale est régulièrement constituée et peut valablement délibérer.

Le trésorier donne lecture de son rapport sur l'exercice 1920 (1). M. Henne donne lecture du rapport des commissaires aux comptes :

Les Commissaires aux comptes : MM. les docteurs Henne, Frigaux et Marcel Mignon, M. le Dr Molinéry excusé, se sont réunis à Paris, au siège social, pour procéder à l'examen des comptes de l'exercice 1920, le 6 octobre 1921 ;

Après avoir entendu les explications du trésorier et pris connaissance des différentes pièces de la comptabilité et vérifié le portefeuille, ils ont constaté la parfaite régularité des écritures et la concordance des chiffres avec ceux du rapport.

Ils vous proposent d'approuver les comptes et de voter les remerciements des membres de la Société pour le zèle et le dévouement de notre trésorier à l'œuvre commune.

H. HENNE, FRIGAUX, M. MIGNON.

(1) Voir n° 43, page 2.908.

Personne ne demandant la parole, le président met aux voix l'approbation des comptes de l'exercice 1920, qui est votée à l'unanimité.

Le président expose qu'il y a lieu de nommer cinq membres du Conseil d'administration pour une période de six années en remplacement de M. le Dr Mignen, vice-président, décédé et de MM. les docteurs Mignon, secrétaire général ; L. Gassot, trésorier-adjoint ; Duchesne et Mazeroux, membres qui sont sortants et rééligibles.

L'Assemblée réélit MM. H. Mignon, L. Gassot, G. Duchesne et Mazeroux et nomme Mlle le Dr A. Hamilton, de Bordeaux, vice-présidente, en remplacement du Dr Mignen.

L'Assemblée nomme commissaires aux comptes, pour une période de deux années, MM. les docteurs Lacroix, Philippet et Arago.

Elle désigne comme membres du Conseil d'arbitrage : MM. les docteurs Levassort, Henne, Kouindjy et Bourdon.

M. Mignon, secrétaire général, donne lecture de la première partie de son rapport et donne des explications sur la nécessité qu'il y a d'élever les barèmes des combinaisons MA et B et sur la possibilité d'abaisser les barèmes des combinaisons P et R.

M. Fleury, actuaire, ajoute ses explications personnelles sur l'inventaire auquel il a procédé à la date du 31 décembre 1920.

M. Gassot, trésorier, donne lecture des barèmes nouveaux des cotisations pour les combinaisons MA B, P et R.

Ces barèmes, successivement mis aux voix par le président, sont adoptés à l'unanimité.

M. Molinéry entretient l'Assemblée sur l'intérêt qu'il y aurait pour la Mutualité de s'entendre avec la Société des anciens internes des hôpitaux.

L'Assemblée générale prend cette proposition en considération et la renvoie pour étude au Conseil d'administration.

L'ordre du jour étant épuisé, la séance est levée.

Les assesseurs,
P. LACROIX, DE LA ROCHEFORDIERE,
Le président, A. MAURAT,
Le secrétaire, P. BOUDIN,

Assemblée Générale extraordinaire.

L'Assemblée générale extraordinaire suit immédiatement, sous la présidence du Dr Maurat, avec les mêmes assesseurs et le même secrétaire.

Le président fait les constatations qui ont été faites pour l'assemblée ordinaire et déclare que l'Assemblée générale extraordinaire est régulièrement constituée et peut valablement délibérer.

M. le Dr Mignon, secrétaire général, donne lecture de la seconde partie de son rapport et commente les

modifications que le Conseil propose d'apporter aux statuts de la Mutualité Familiale.

Personne ne demandant la parole, il est passé à la discussion de chaque article en particulier.

Les modifications aux articles 1er, 5, 18, 21, 26, 29 et 30 sont successivement mises aux voix et adoptées.

Sont pareillement adoptés les nouveaux articles 34, 35, 36.

Sur l'article 37, plusieurs membres combattent la disposition concernant les sociétaires qui ont quitté la France depuis plus d'une année.

Après une discussion à laquelle prennent part MM. Pamart, Bérillon, Gassot, Mignon, ce paragraphe est ainsi modifié.

Tout sociétaire qui a quitté la France depuis plus d'une année doit, à son retour, subir un examen médical : s'il est réadmis, il doit, pour reprendre ses droits antérieurs, payer les cotisations arriérées augmentées d'un intérêt moratoire calculé à raison de 0 fr. 50 % par mois, plus les frais de correspondance, recouvrement et rappel.

L'article 37 ainsi modifié est lu par le trésorier, mis aux voix et adopté.

Sont adoptés les articles 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54.

Est pareillement adopté l'artilce 55 portant le nouveau barème des cotisations de la combinaison B.

Sont adoptés les articles 56, 58, 59, 62, 66 et 73 (1).

Personne ne demandant la parole, le président met aux voix l'adoption de l'ensemble des statuts ainsi modifiés. Elle est votée à l'unanimité des membres présents.

L'ordre du jour étant épuisé, la séance est levée.

Les assesseurs,
P. Lacroix, de la Rochefordière,

Le président, A. Maurat, — *Le secrétaire,* P. Boudin.

(1) Voir *Concours médical*, n° 45, page 3031.

VARIÉTÉS

CIRCULAIRES ! CIRCULAIRES !

REVUETTE EN UN ACTE

Par Gaston DUCHESNE

(Suite)

SCENE III

Les mêmes, l'infirmière.

(*L'infirmière entre, vêtue du costume de la Croix-Rouge. Coiffe et voile. Grande cape. Fardée et maquillée*).

Le M. C. — Bonjour, Mademoiselle ; justement nous parlions de vous... Vous avez demandé à me voir ?

L'infirm. — Parfaitement, M. le M. C. J'ai une proposition à vous faire...

Le M. C. — Une proposition ! A moi !

L'infirm. — A vous-même....

Le M. C. — Mais prenez d'abord un siège, je vous prie... (*au planton*). Avance une chaise à Mademoiselle... (*interrogatif*).

L'infirm. (*s'asseyant*). —Mlle Gismonde du Château de la Plaine au Manoir, pour vous servir, M. le M. C.

Le M. C. (*à la directrice*). — Prenez le nom de Mademoiselle, s'il vous plaît, Mme la Directrice.

L'infirm. — Très au courant des derniers progrès de la science, ayant la plus grande habitude des milieux hospitaliers militaires où j'ai toujours vécu, connaissant parfaitement la façon de traiter les malades, je viens me mettre à votre disposition pour faire bénéficier votre formation de ma parfaite expérience...

Le Pl. (*à part*).— Ce culot ! ! !

Le M. C. — Je ne doute pas un seul instant, Mademoiselle, que vous ne connaissiez les conditions de la bonne infirmière.....

L'infirm. — Mais vous aimeriez à vous rendre compte..... Qu'à cela ne tienne, M. le M. C. Je vais, ainsi qu'il convient, vous répéter ces conditions telles que je les ai apprises et toujours pratiquées..... Je dois vous dire que je suis de la jeune école..... Mon instruction est très perfectionnée, vous allez pouvoir en juger d'ailleurs vous-même.

L'INFIRMIÈRE

Air : *Tout simplement.*

I

Pour faire une bonne infirmière
Il est nécessaire avant tout,
De posséder de bell' manières,
Du chic, du maintien et du goût.
Savoir couvrir la coiffe blanche,
Du souple voile aux plis tombant
Jusqu'aux rondeurs molles des hanches ;
Tout simplement.

II

Pour faire une bonne infirmière,
Il faut d'un geste cavalier,
Dans l'ample cape au vent légère,
Savoir avec grâc' se draper.
Se poudrer les joues d'un nuage,
Souligner ses yeux sombrement,
Tendre sur ses seins son corsage :
Tout simplement.

III

Pour faire une bonne infirmière,
Dans les servic' de l'hôpital,
Il faut, d'un ton ferme et sévère,
Tenir un langage doctoral,
Mettre le médecin dans sa poche,
Parfois dans son lit discrèt'ment,
Plaire au maréchal qui s'approche :
Tout simplement.

IV

Donner à tout propos des ordres,
Prendre partout des décisions,
Au chef, mêm' s'il n'en veut démordre,
Imposer ses conceptions.
En un mot, avec de l'adresse,
Au propre et figurativ'ment,
Demeurer toujours la maîtresse :
Tout simplement.

Le M. C. — Ah ! Mademoiselle Frédégonde du Machin de la Chose au Truc, laissez-moi vous dire que vous m'en bouchez littéralement une surface. Alors, c'est là l'enseignement de la jeune école ?

L'infirm. (*pincée*). — Vous ne le trouvez sans doute pas de votre goût ? ?

Le M. C. — C'est que je suis bien vieux.....

L'infirm. (*à part*). — Cela se voit.....

Le M. C. — Je doute que nous puissions nous entendre... Qu'en pensez-vous, Mme la Directrice ?

La Dir. — Comme il vous plaira, M. le médecin-chef. Pour moi, je suis de la vieille école.

Le M. C. — Et c'est vrai. J'oubliais que vous aussi, vous êtes infirmière.

La Dir. — Et j'ai des notions toutes différentes de celles de Mademoiselle.....

Le M. C. — Voulez-vous nous les rappeler. Nous les comparerons.

L'infirm. (*pincée*). — Je n'en vois pas bien l'utilité. Vous acceptez ou vous n'acceptez pas mes services. Inutile de perdre notre temps...

La Dir. — Une minute, de grâce, Mademoiselle, je n'en ai que pour une minute. (*Elle chante*).

V

La bonne infirmière, ma chère,
Est soumise et sait obéir,
Pour les blessés, c'est une mère,
Dont les soins les aid'à guérir.
Sans peur, sans reproche, à son poste,
S'il le faut, si c'est le moment,
Elle meurt, sublime holocauste :
Tout simplement.

Le M. C. — Très bien, Mme la Directrice, c'est ma formule.....

L'infirm. (*persiflant*) — En effet, nous ne sommes pas faits pour nous convenir.... Je regrette de m'être dérangée... Je ne suis pas venue ici pour recevoir des leçons... Je me retire...

Le M. C., La Dir. (*ensemble*). — Tout simplement.

L'infirm. — Adieu donc. Le vieux jeu, ce n'est pas mon affaire..... Mais c'est bien ce qu'il vous faut... Fossiles ! ! ! (*elle sort*).

SCÈNE IV

Les mêmes, moins l'infirmière.

Le M. C. — Fossiles !!!

La Dir. — La flèche du Parthe, M. le M. C

Le M. C. — Oh ! tout au plus une petite fléchette. La fléchette de la part.....

La Dir. (*achevant*) ticulière... *du* Château *de* la Plaine *au* Manoir.

Le M. C. — J'allais le dire... Mais reprenons nos occupations...

Veuillez m'accompagner, Mme la Directrice, et toi aussi. Nous allons passer la revue des malades dans les salles.

La Dir., Le Pl. (*ensemble, atterrés*). — La revue des malades !!!

Le M. C. — Eh bien ! oui, la revue. Qu'y a-t-il d'extraordinaire là-dedans !

La Dir. — Une revue, comme ça, à l'improviste ??

Le M. C. — Et puis ! n'est-ce pas mon droit ???

La Dir. — Une revue inopinée !! Permettez-moi de vous faire respectueusement observer, M. le M. C., que les revues inopinées doivent être annoncées et préparées au moins huit jours à l'avance. Ce sont les dernières instructions !!

Le M. C. — Vous en êtes sûre ?

La Dir. — Voyez plutôt vous-même : *Bulletin officiel*, édition méthodique, tome 650...

Le M. C. — Eh bien ! Ce sera pour la semaine prochaine. Vous préviendrez les services... J'aurais bien voulu pourtant aujourd'hui...

La Dir. (*continuant la phrase commencée*)... Passer une revue ? Qu'à cela ne tienne... Vous allez pouvoir satisfaire votre désir sans bouger d'ici.

Il y a justement maintenant quelques grands malades de marque que nous pourrions peut-être vous présenter : le Change, les Régions libérées, la loi des Pensions, le ministère de l'Hygiène, la Haute-Silésie, le traité de Versailles.....

Le M. C. — Arrêtez, arrêtez... Tout cela, c'est de l'hébreu pour moi... Je n'y entends rien... Je préfèrerais autre chose.

La Dir. — Rien de plus facile.

Le M. C. — Ah ! ah ! De quoi s'agit-il cette fois ?

La Dir. — D'une revue circulaire...

Le M. C. — Une revue des circulaires ? ? ? C'est prévu par les règlements, cela ? ?

La Dir. — Non pas. Mais une revue circulaire, une revue du cercle des évènements et des actualités de l'année.

Le M. C. — Soit ! Je suis à vous. Nous commencerons quand vous voudrez.

La Dir. — Un instant... Vous permettez ? (*elle téléphone*). Allo, allo... Saxe, 669-69... oui, 69 deux fois... Comment, si je parle sérieusement ! (*en communication et interrogeant*) Saxe, 669-69 ? ? ? Le bureau des actualités ? ? ? Ici, le médecin-chef de l'hôpital auxiliaire nº 1002. Pouvez-vous mettre à notre disposition quelques actualités sensationneles ? ? Qu'est-ce que vous dites... Vous proposez la C. T. I. ? ? ? Attendez, et restez à l'appareil... (*s'adressant au médecin-chef*) : On vous propose la C. T. I......

Le M. C. — La C T. I... Qu'est-ce que c'est que ça ?

La Dir. (*vite*).— La Confédération des travailleurs intellectuels.

Le M. C. — Vous dites la Congrégation... Non, pas de Congrégation... pas de Congrégation ici... Cela m'attirerait des histoires avec le Gouvernement... Et puis, C. T. I... Cti...Chti... Cela sonne mal à mon oreille. Chti, dans mon pays, c'est une corruption de chétif... Rien de chétif...

La Dir (*reprenant la conversation téléphonique*). — Allo !... vous êtes toujours là ? Bien ! ! ! Avez-vous une autre actualité à me proposer... Hein ! De quoi s'agit-il ? ? ? de l'A. D. R. M. ? Attendez ! (*Au médecin chef*). Voulez-vous vous voir l'A. D. R. M. ?

Le M. C. — Soit !

La Dir (*téléphonant*). — Envoyez l'A. D. R. M. Je vais la recevoir...... (*elle sort*).

Le M. C. — Je n'ai pas très bien compris ? N'a-t-elle pas dit D. R. A nem ? Dranem ..... Il me semble en avoir entendu parler... Laisse-moi rappeler mes souvenirs... Dranem... Tu ne le connais pas ?

Le Pl. — Je ne connais que lui... Un grand artiste... Un chanteur plein de talent... Le créateur du fameux opéra : « Le Fils du Gniaff »...

Le M. C. — Un opéra... A propos, j'aurais l'intention d'organiser un concert pour les malades. Ne pourrais-tu m'y aider ?

Le Pl. — Si fait, M. le M. C... Et même, je chante moi-même un peu... Si cela vous plaît, je pourrais vous faire un numéro.

Le M. C. — Me faire un numéro ? Quel numéro ?

Le Pl. — Enfin, faire entendre quelques œuvres inédites dont j'ai le monopole.

Le M. C. — Eh bien ! donne-moi un échantillon de ton savoir-faire, jeune poilu.

(*Le poète chansonnier Georges Gérard dans ses œuvres*)

Le M. C. — Revenons à Dranem. Regarde s'il arrive.

(*A suivre.*)

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations

— **Hospice de La Rochefoucault.** — M. le Dr Laubry, avec la collaboration de ses anciens internes et ses internes, a commencé, le 22 novembre 1921, et continuera tous les mardis à 11 heures, une série de leçons cliniques élémentaires sur les arythmies.

Le programme détaillé est affiché dans les hôpitaux.

— On nous apprend la réorganisation de l'Association des Étudiants en médecine et en pharmacie de Reims, qui se trouve en mesure d'assurer aux Étudiants, entre autres avantages, la nourriture et le logement pour 300 fr. par mois.

— **Hôpitaux de Paris.** — Mutations et nominations des médecins, chefs de service au 1er janvier 1922. — Le mouvement définitif est ainsi arrêté :

1. A Saint-Louis (remplacement de M. le Dr Brocq, limite d'âge), M. le Dr Ravaut, de Broca.

A Broca, M. le Dr Boidin, du Bastion 29.

Au Bastion 29, M. le Dr Paisseau, *titularisé*.

A Saint-Antoine (remplacement de M. le Dr Siredey, limite d'âge), M. le Dr Comte, de Tenon.

A Tenon, M. le Dr Merklen, de Bicêtre.

A Bicêtre (service de tuberculeux), M. le Dr Foix, *titularisé*.

3. A Saint-Louis (remplacement de M. le Dr Thibierge, limite d'âge), M. le Dr Lortat-Jacob, de Bicêtre.

A Bicêtre (service de tuberculeux), M. le Dr Herscher, *titularisé*.

4. A Cochin (remplacement de M. le Dr Œttinger, limite d'âge), M. le Dr Laubry, de La Rochefoucauld.

A La Rochefoucauld, M. le Dr Camus, *titularisé*.

5. A Saint-Antoine (remplacement de M. le Dr Béclère, limite d'âge), M. le Dr Pagniez, de Bicêtre.

A Bicêtre, M. le Dr Harvier, *titularisé*.

6. A Saint-Louis (remplacement de M. le Dr Darier, limite d'âge), M. le Dr Louste, de Beaujon.

A Beaujon, (service de tuberculeux), M. le Dr Trémolières, de Sainte-Périne.

A Sainte-Périne, M. le Dr Villaret, *titularisé*.

7. A Cochin (remplacement de M. le Dr Queyrat, limite d'âge, service de médecine spéciale), M. le Dr Léri, *titularisé*.

8. A la Charité (remplacement de M. le Dr Belin, décédé), M. le Dr Weill-Hallé, des Ménages.

Aux Ménages, M. le Dr Halbron, *titularisé*.

9. A la Charité (remplacement de M. le Dr Castaigne, en disponibilité), M. le Dr Babonneix, de Debrousse.

A Debrousse, M. le Dr Armand-Delille, d'Ivry.

A Ivry (service des tuberculeux), M. le Dr Israëls de Jong, *titularisé*.

10. A Saint-Louis (service de médecine générale (titularisé), M. le Dr Aubertin, de Brévannes.

A Brévannes, M. le Dr Maurice Renaud, médecin des hôpitaux.

Le Directeur Gérant : Dr GASSOT.

Clermont (Oise). — Imprimerie DAIX et THIRON
THIRON et FRANJOU Successeurs.
Maison spéciale pour publications périodiques médicales

L'impôt sur le chiffre d'affaires n'est pas applicable aux propharmaciens.

Abonné au *Concours médical*, je viens vous demander de vouloir bien me renseigner sur la question suivante :

Je suis installé depuis six mois comme médecin propharmacien. Or, je reçois aujourd'hui la visite du receveur des contributions indirectes, qui, à la suite d'une réclamation anonyme, vient me demander de lui payer la taxe sur le chiffre d'affaires, en vertu de la loi du 25 juin 1920, pour les affaires que je fais comme propharmacien.

Je lui ai mis sous les yeux le texte du *Concours médical* du 27 mars 1921, page V-865 où il est dit que les propharmaciens ne sont pas commerçants. Il m'a répondu que l'article en question ne parlait que de l'impôt sur les bénéfices industriels et commerciaux et non de l'impôt sur le chiffre d'affaires.

Il me semble cependant que si je ne suis pas commerçant ainsi que, comme vous le dites dans votre journal, il a été maintes fois reconnu par la jurisprudence, je ne suis pas plus assujetti à l'impôt sur le chiffre d'affaires qu'à l'impôt sur les bénéfices commerciaux.

D[r] A.

Réponse.

L'inapplicabilité aux médecins propharmaciens de l'impôt sur le chiffre d'affaires a été expressément reconnue par le Ministre des Finances, dans la réponse qu'il a faite, par la voie du *Journal Officiel* du 9 novembre 1920, à une question posée par M. Lesaché, Député.

Dans cette réponse, que le *Concours médical* du 21 novembre 1920 a reproduite, page 2917, le ministre dit que « le médecin qui se borne à fournir aux malades qu'il soigne les médicaments nécessaires, sans tenir boutique et sans vendre à tout venant, ne fait pas acte de commerce et n'accomplit pas non plus d'actes relevant des professions assujetties à l'impôt sur les bénéfices industriels et commerciaux. Il n'est pas, en conséquence, assujetti à l'impôt sur le chiffre d'affaires. »

Si le receveur des contributions directes doute de cette solution proclamée par son chef, qu'il demande des instructions à ses supérieurs.

JURISPRUDENCE

Condamnation d'un pharmacien, pour tromperie sur la quantité des médicaments vendus, à une amende et à des dommages-intérêts envers le médecin.

Tribunal correctionnel de Montauban.

16 *juillet* 1921.

Attendu que J... est poursuivi pour avoir, en vendant divers médicaments, fourni des doses infé-

rieures à celles mentionnées sur les ordonnances du Dr C. et trompé ainsi ses clients sur la quantité des médicaments vendus ;

Attendu que le témoin D... a constaté,ainsi que son médecin,le Dr C... à trois reprises différentes, qu'il manquait une très notable partie des médicaments portés sur les ordonnances.

Attendu que le témoin L. et la dame G... ont fait des constatations analogues ;

Attendu que voulant établir avec plus de certitude encore la tromperie de J. sur la quantité des remèdes vendus, le Dr C. a délivré trois ordonnances à D..., L... et à la dame R..., que ces ordonnances ayant été portées chez J., ce dernier fournit les remèdes qu'il plaça dans des paquets ; que ceux-ci furent, à la sortie de la pharmacie, remis à l'huissier Maréchal, lequel effectua la pesée au vu des ordonnances et constata un manquant très notable atteignant pour un cas 50 %, les paquets n'ayant pas été défaits et l'enveloppe étant comprise dans la pesée.

Attendu qu'une instruction ayant été ouverte et un expert commis, ce dernier constata, le poids des enveloppes déduit, un manquant de 5 gr. 38 cent. sur 13 gr. 60, un autre de 7 gr. sur 14 et un troisième de 10 gr. sur 20 gr. ; que par suite sur trois ventes de médicaments faites le même jour, il y avait eu trois tromperies successives et importantes sur la quantité des remèdes vendus ;

Attendu que les témoins D..., L... et R... sont d'une honorabilité reconnue, que les pesées effectuées par l'huissier Maréchal offrent toutes garanties et sont confirmées par celles de l'expert commis ;

Qu'il y a donc lieu de tenir les délits pour complètement établis ;

Attendu que tous les témoins entendus ont été utiles, soit pour établir les faits eux-mêmes, soit comme témoins de moralité et que les frais qu'ils ont nécessités doivent tous demeurer à la charge de J... contrairement à ses conclusions subsidiaires ;

Attendu que le Dr C. s'étant porté partie civile, il y a lieu de déclarer qu'il a subi un préjudice matériel et moral résultant de ce que ses ordonnances n'étaient pas exécutées ponctuellement, ce qui pouvait empêcher la guérison ou le soulagement de ses clients et porter atteinte par suite à sa réputation de médecin ; qu'il y a lieu néanmoins d'apprécier ce préjudice avec modération,

Par ces motifs :

Le Tribunal, vu les dispositions de l'article 1er de la loi du 1er août 1905,

Faisant application des dispositions du dit article et de l'article 194 du code d'Instruction criminelle relatif aux frais ;

Déclare J... atteint et convaincu d'avoir, à M.... dans le courant de l'année 1921, commis les trom-

peries sur les quantités des marchandises vendues qui lui sont imputées ; en réparation de quoi le condamne à la peine de trois cents francs d'amende ;

Le condamne à payer au Dr C... partie civile, la somme de cinquante francs à titre de dommages-intérêts ;

Le condamne aux dépens liquidés, ceux exposés par le Ministère public, à la somme de 168 fr. 60, à ce compris cinq francs pour droit de poste ;

Dit que le Dr C., partie civile, est tenu des frais liquidés à la somme de 277 fr. 75, à ce compris le timbre et l'enregistrement du présent jugement, sauf son recours contre le condamné J. qui devra les supporter définitivement ;

Fixe au minimum la durée de la contrainte par corps. conformément à la loi, s'il y a lieu de l'exercer.

NOTE. — Le Dr C. a été remboursé de ses frais par son adversaire et des honoraires de son avocat par le « Sou Médical », avec l'appui duquel il s'était porté partie civile.

DOCUMENTS OFFICIELS

A L'OFFICIEL

Vacance de directions de Bureaux d'Hygiène.

I

Aux termes du décret du 3 juillet 1905, portant règlementation des bureaux municipaux d'hygiène, les directeurs de ces bureaux doivent être nommés par les maires, parmi les personnes reconnues aptes à raison de leurs titres, par le conseil supérieur d'hygiène publique de France

Conformément à cette disposition et aux prescriptions de la circulaire ministérielle du 23 mars 1906, destinées à en assurer l'application, la vacance de directeur du bureau municipal d'hygiène est déclarée ouverte pour la ville d'Amiens (Somme).

Le traitement alloué est fixé ainsi qu'il suit :

3e classe	10.000 fr
2e classe	11.500 »
1re classe	13.000 »
Hors classe	15.000 »

avec promotion dans le délai de cinq ans.

Les candidats ont un délai de vingt jours à compter de la présente publication pour adresser au ministère de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales leurs demandes accompagnées de tous les titres, justifications ou références permettant d'apprécier leurs connaissances scientifiques et administratives, ainsi que la notoriété acquise par eux dans des services analogues ou des fonctions antérieures. Cette candidature s'applique exclusivement au poste envisagé.

A la demande doit être jointe une copie certifiée conforme des diplômes obtenus ; l'exposé des titres doit être aussi détaillé que possible et accompagné d'un exemplaire des ouvrages ou articles publiés. Les candidats peuvent, en outre, demander à être entendus par la commission du conseil supérieur d'hygiène.

(*J. O.*, 2 décembre 1921.)

II

Aux termes du décret du 3 juillet 1905, portant réglementation des bureaux municipaux d'hygiène, les directeurs de ces bureaux doivent être nommés par les maires, parmi les personnes reconnues aptes à raison de leurs titres, par le conseil supérieur d'hygiène publique de France.

Conformément à cette disposition et aux prescriptions de la circulaire ministérielle du 23 mars 1906, destinées à en assurer l'application, la vacance de directeur du bureau municipal d'hygiène de la ville de Valence (Drôme) est déclarée ouverte.

Le traitement alloué est fixé à 10.000 fr. par an, plus un supplément pour les analyses bactériologiques.

Les candidats ont un délai de vingt jours à compter de la présente publication pour adresser au ministère de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales, direction de la santé publique et de l'hygiène sociale, 2e bureau, 7, rue Cambacérès, à Paris, leurs demandes accompagnées de tous les titres, justifications ou références permettant d'apprécier leurs connaissances scientifiques et administratives, ainsi que la notoriété acquise par eux dans des services analogues ou des fonctions antérieures. Cette candidature s'applique exclusivement au poste envisagé.

A la demande doit être jointe une copie certifiée conforme des diplômes obtenus ; l'exposé des titres doit être aussi détaillé que possible et accompagné d'un exemplaire des ouvrages ou articles publiés. Les candidats peuvent, en outre, demander à être entendus par la commission du conseil supérieur d'hygiène.

(*J. O.*, 6 décembre 1921.)

Projet de loi portant modification de l'article 6 de la loi du 30 novembre 1892, sur l'exercice de la médecine, par M. G. Leredu, ministre de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales et par M. Léon Bérard, Ministre de l'Instruction publique et des Beaux-Arts.

EXPOSÉ DES MOTIFS.

Messieurs,

L'article 6 de la loi du 30 novembre 1892 a fixé à douze le nombre minimum d'inscriptions exigé des internes des hôpitaux et hospices français et à 16 celui

qui est exigé des étudiants en médecine pour permettre aux uns et aux autres, sous réserve d'une autorisation délivrée par le préfet de leur département, d'exercer la médecine pendant une épidémie ou à titre de remplaçants de docteurs en médecine.

Or, le nouveau régime d'études médicales comporte 20 inscriptions tandis que l'ancien n'en comprenait que 16. De telle sorte que, pour maintenir sous le régime d'études actuel les mêmes garanties de savoir que l'article 6 de ladite loi a prévues, il apparaît indispensable de majorer de 4 le nombre minimum d'inscriptions requis pour chacune des catégories d'étudiants appelés temporairement à exercer la profession médicale.

C'est pourquoi nous soumettons à vos délibérations le projet de loi dont la teneur suit :

PROJET DE LOI.

Le Président de la République française

Décrète :

Le projet de loi dont la teneur suit sera présenté à la Chambre des Députés par le Ministre de l'hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales et par le Ministre de l'Instruction publique et des Beaux-Arts, qui sont chargés d'en exposer les motifs et d'en soutenir la discussion.

Article unique.

L'article 6 de la loi du 30 novembre 1892 est modifié ainsi qu'il suit :

« Les internes des hôpitaux et hospices français, nommés au concours et munis de 16 inscriptions, et les étudiants en médecine ayant terminé leur scolarité et étant dès lors munis de 20 inscriptions, peuvent être autorisés à exercer la médecine pendant une épidémie ou à titre de remplaçants de docteurs en médecine ou d'officiers de santé.

« Cette autorisation, délivrée par le préfet du département, est limitée à trois mois ; elle est renouvelable dans les mêmes conditions. »

Commentaires.

Quelques difficultés d'interprétation ont été parfois soulevées, en ce qui concerne la rédaction de l'article 6 de la loi du 30 novembre 1892. Cet article dit en effet : « Les internes des hôpitaux et hospices français, nommés au concours et munis de douze inscriptions et les étudiants en médecine, dont la scolarité est terminée... »

Que faut-il entendre par ces mots : « dont la scolarité est terminée » ? Sont-ce les étudiants, munis de seize inscriptions, qui peuvent être autorisés à faire des remplacements ? Sont-ce au contraire, les étudiants non seulement munis de seize inscriptions, mais ayant passé tous leurs examens, n'ayant par conséquent que leur thèse à soutenir ?

A priori, la protection de la santé publique nécessiterait la seconde interprétation. Mais, ne faut-il pas cependant considérer qu'un étu-

diant, muni de seize inscriptions, connaît suffisamment de médecine pratique, pour remplacer un docteur, pendant quelques jours ? Il ne faut pas, en effet, oublier que les remplaçants pour médecins seraient très rares, s'il fallait ne faire appel qu'au concours de ceux qui n'ont plus qu'à soutenir leur thèse.

Au reste, il semble que, seul, le nombre d'inscriptions soit envisagé par le législateur. Le projet de loi ci-dessus l'indique, par la rédaction qu'il a donnée de la modification à apporter à la loi : « . . . et les étudiants en médecine, ayant terminé leur scolarité et étant dès lors munis de 20 inscriptions... »

Profitons de cette occasion pour bien rappeler à nos confrères, désireux de se faire remplacer, qu'ils doivent obéir aux injonctions de la loi du 30 novembre 1892, en demandant, pour leur remplaçant, l'autorisation préfectorale. Qu'il arrive un accident thérapeutique pendant leur absence, ils seraient, de ce fait, responsables de leur remplaçant, s'ils ne s'étaient pas mis en règle avec la loi.

Dr Paul BOUDIN.

ANTHOLOGIE MÉDICALE

Sonnets Hippocratiques.

XII

L'Avertisseur.

« Puis vient l'âge hivernal des séniles scléroses ».
(H. BROUTELLE).

Jour et nuit, me harcèle, impitoyablement,
Le moteur forcené de ma rêche machine.
Son choc vibrant et dur, martelant ma poitrine,
A mon rebelle Esprit redit, à tout moment :

« Sais-tu que de ce cœur le brutal battement
« Vers le fossé fatal vivement t'achemine ?
« Libertin insensé ! tu hâtes ta ruine,
« En persistant encor dans ton aveuglement.

« Si tes ressorts n'ont plus ni douceur, ni souplesse,
« C'est qu'un poison leur vient par l'impure caresse
« Du Vice qui t'assaille à chacun de tes pas.

« Redeviens vertueux ! Il le faut ! Le temps presse ! »
Mais, pécheur obstiné, — ma foi, je le confesse —
Je réplique toujours : « Hélas ! je ne peux pas ! ».

Dr Émile JUNÈS.
Sfax (Tunisie.

Le VIN GIRARD

IODOTANNIQUE PHOSPHATÉ

SUCCÉDANÉ DE L'HUILE DE FOIE DE MORUE

est le véritable

SPÉCIFIQUE DU LYMPHATISME

chez les Enfants et les Adultes

Le **VIN GIRARD,** de l'aveu des milliers de praticiens qui le prescrivent journellement, est un des modes d'administration de l'iode les plus parfaits. L'iode, en combinaison avec le tanin, est facilement assimilable, très actif, et n'occasionne jamais ni irritation des voies digestives, ni accidents d'iodisme. D'un dosage rigoureux, d'une conservation parfaite, le **VIN GIRARD** est, de plus, d'un goût fort agréable et toujours pris avec plaisir.

Sa haute teneur en lacto-phosphate de chaux lui permet de lutter contre cette déminéralisation de l'organisme, dont le professeur ROBIN a montré le rôle prédisposant à la tuberculose.

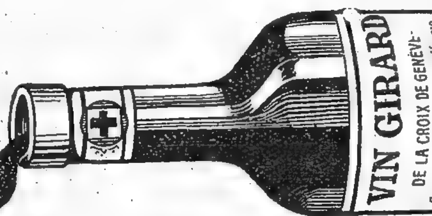
LYMPHATISME, MALADIES DE POITRINE

ENGORGEMENTS GANGLIONNAIRES

TUBERCULOSE



UN VERRE A MADÈRE AVANT LE REPAS



VIN GIRARD

48, Rue d'Alésia, PARIS

QUARANTE-TROISIÈME ANNÉE — N° 52 — DIMANCHE 25 DÉCEMBRE 1921

Fondé en 1879 par Auguste CÉZILLY
Rédigé et dirigé par H. JEANNE (1900-1914)

LE CONCOURS MÉDICAL

ORGANE HEBDOMADAIRE DES PRATICIENS
Groupés dans la Société « Le CONCOURS MÉDICAL » et ses Filiales

ADMINISTRATION & PUBLICITÉ
G. BOULANGER, ADMINISTRATEUR

ABONNEMENTS :

France	24 fr.
Étranger	28 »
Étudiants (*France*)	12 »
Le numéro	50 cent.

Chèques Postaux Paris 167-95

DIRECTION
MM les Drs A. GASSOT, *Directeur*; A. MAURAT; H. CEZILLY; J. NOIR; P. BOUDIN docteur en droit; M. VIMONT; G. DUCHESNE.
MM. P. CEZILLY, J. DUMESNY, licenciés en droit; C. BOULANGER.

RÉDACTION
Dr J. NOIR, RÉDACTEUR EN CHEF
P. LACROIX et G. DUCHESNE SECRÉTAIRES DE LA RÉDACTION
N.-B. — Les manuscrits publiés ou non, ne sont pas rendus.

Rédaction et Administration : 132, rue du Faubourg St-Denis, PARIS (10e). Téléphone : Nord 48-17

Quarante-troisième année. N° 52 25 Décembre 1921.

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

Office de Renseignements du « Concours »

Membres du Concours exerçant dans les stations hivernales

Nous rappelons à nos adhérents qu'il y a lieu de nous informer chaque année de leur désir de voir figurer leur nom sur cette liste.

MM. les docteurs :

Alger : Picard.
Antibes : Ribes.
Arguel (Doubs) : H. et J. Bon.
Bandol : Marçon.
Beaulieu : Ricoux, Bertier, Ubaud.
Beausoleil : Audoly, Pizard,
Biarritz : Berne, Clavel Pierre.
Cambo-les-Bains : Colbert, Hamant.
Cannes : Abadie, Argueyrolles. Baradat, Bayle, Caruette, Fournier, Kent-Gazet, Verdalle.
Cannet (Le), près Cannes : Comoy, Oudaille.
Cap-d'Ail : Lyons.
Chambon-de-Tence (Le) : Riou.
Fréjus : Turcan.
Grasse : Bossuet, Perrimond.
Hyères : La Bonnardière, Mauranges, Minelle, Pierrhugues, Vidal.
Juan-les-Pins-Antibes : Stef.
La Seyne : Grandjean J. M., Jaubert.
Menton : Camaret, Coubard, P. de Langennagen.
Monte-Carlo : P. Gasquet, Vivant.
Nice : Ardoin, Baillon, Pr S. Baudry (*oculiste*), Cauvin, Chatenoud, Auguste Colin, Constant, Delocque - Fourcaud, Dormoy, Gaudichon (*oto-laryng.*) Gruzu, Henry (*Rayons X*), Kent-Monnet, Larue, Leriche Em., Liotard, Noble J., Piétri.
Oran : Paire.
Pau : Bajac, Carcy.
St-Raphaël-Valescure : Caldaguès, Vadon.
Toulon : Pignet (*urol. derm.*).

DON. — Nous avons reçu à titre de don à la Société civile du *Concours médical*, de M. le docteur CHAUMET, de Malesherbes (Loiret), la somme de dix francs, pour bons offices du journal.

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum, aux* **« demandes et offres ».**

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne, qui est versé dans la caisse de la Société civile du Concours Médical). *Adresser un mandat ou mieux verser au compte de chèques postaux* CONCOURS MÉDICAL, *Paris 167-95.*

Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse.**

No 628. — Docteur, 39 ans, exerc. depuis 14 ans, médec. générale, spéc. d'accouch. et mal. des femmes, désir. situation médic. ou paramédic. dans Colonie ou naviguerait.

No 629. — Petite remise à louer pour auto, 31, rue La-Pérouse. Etoile.

No 630. — On demande thermo-cautère d'occasion av. couteau et pointe fine.

No 631. — Spéc. O. R. L. demandé pour matinée dans clinique parfaitement située.

No 632. — Docteur canadien-français parlant angl. faisant chir. gén. et voies urin. demande occ. méd. ou paraméd. Lacroix, 51, av. Gambetta, Paris.

No 633. — On demande pour clinique banlieue imméd. de Paris, ayant 2 ans existence, un dentiste et un radiographe. Ecrire clinique, 79, rue de Paris, Pantin.

No 634. — Docteur achèterait clientèle médic. ou clinique, 9e arrond. ou arrond. voisins.

No 635. — Docteur recommande auprès confrères son ancien chauffeur, excellent mécanicien, jeune ménage sans enfant, femme connaissant lingerie. S'adr. Gaston Martin, à l'Épine, commune de Romegoux. (Char.-Inf.).

No 636. — A vendre micro-stiasnie 4 ocul. 4 objectifs, immersion 1/15e S'adr. Dr Le Goff, 20, rue du Morbihan, Lorient.

No 637. — Fille de docteur décédé, 32 ans, cherche situation à Paris, chez docteur ou dentiste comme aide, ou milieu médical ou pharmaceutique.

N° 638. — Occasion rare. A vend. 1 piano Erard, demi-queue, 2 m. 07 de long, noir, incrustations cuivre 5.000 fr., s'adr. Dr Galand, à Anzin, (Nord).

N° 639. — Docteur disposant de gros capitaux reprendrait Maison de santé à Paris ou banlieue.

N° 640. — Normandie, très ancien poste. Rapp. 65.000 fr. Proximité mer. Grande maison. On traite avec peu de comptant. S'adr. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris.

Les MIGRAINES, ALGIES GRIPPALES et POST-GRIPPALES, si tenaces et si récidivantes, sont immédiatement soulagées par des doses moyennes de **Pyréthane** (30 à 60 gouttes). L'action doit être prolongée de façon dégressive pendant 4 ou 5 jours après disparition des phénomènes douloureux. Dans les formes fébriles il y a abaissement de température de 1° à 2°.

CORRESPONDANCE

Le tarif belge pour les accidents du travail.

Membre du *Concours* et du « Sou », j'ai l'honneur de vous prier de vouloir bien me fournir le renseignement suivant (que me demandent d'ailleurs quelques confrères ardennais, comme moi, embarrassés).

Pouvez-vous me fournir (ou sinon, où pourrai-je me procurer) le tarif belge des accidents du travail ? Soignant des accidentés belges du travail, je suis embarrassé pour établir ma note d'honoraires.

Dr S.

Nous avons posé la question à M. le Dr Dejace, le distingué rédacteur en chef du journal *Le Scalpel*, qui nous a répondu par la lettre suivante :

Honoré Collègue,

Le tarif Belge pour les frais médicaux de réparation des accidents du travail a été publié en 1905. Loi et règlements sur la réparation des dommages résultant des accidents du travail.

Bruxelles : office de publicité J. Lebègue et Cie rue Neuve, et Société belge de librairie Schefrens et Cie rue Treurenberg.

Je m'efforcerai de vous trouver un exemplaire de cet opuscule, bien rare en librairie, dont le prix était de 0 fr. 50. Le tarif prévu dans cet ouvrage officiel a été augmenté de 50 p. % après la guerre.

D'autre part, la Fédération médicale belge a signé un contrat uniforme avec les principales sociétés d'assurance contre les accidents dont les barèmes ont été relevés. Je vous mets, sous ce pli, découpé dans le *Bulletin* de la Fédération médicale belge, les tarifs adoptés après entente avec les compagnies.

Veuillez agréer, Honoré Confrère, l'expresssion de mes sentiments distingués.

Dr L. Dejace.

Le tarif de la Fédération médicale belge, qui a été établi par un contrat passé entre cette Fédération et les Assureurs, ne serait *pas, en droit, applicable* aux médecins français, qui ne font pas partie de la Fédération.

Application du Tarif Breton.

I

Réponse à une lettre du Dr F... directeur du Service médical d'une compagnie d'assurance.

Il faut prendre hautement ses responsabilités et c'est pourquoi je tiens à publier dans le *Concours* cette réponse, qui est *en contradiction* avec l'avis du Syndicat médical de la région habitée par un médecin traitant, en conflit avec la dite compagnie d'assurance.

Un Dr X... a pratiqué l'*extraction d'un corps étranger de la pulpe d'un doigt* sous le contrôle d'une radioscopie. Par le fait même qu'il y a eu radioscopie, il réclame 300 fr. en se basant sur l'art. 28 du tarif Breton. Une lettre du secrétaire du syndicat appuie la réclamation du confrère. On me communique le dossier, faisant appel à ce qui s'est passé à la sous-commission, lors de la discussion de ce point. Voici ma réponse au médecin de l'Assurance :

Mon cher Confrère,

L'extraction d'un *corps étranger de la pulpe d'un doigt* ne saurait, sans aucun doute, être considérée comme une « Extraction de corps étranger *profond*, nécessitant la localisation radiologique », tarifée 300 francs à l'art. 28 du tarif Breton.

Lors de la discussion qui eut lieu à ce sujet, à la sous-commission, et à laquelle vous assistiez, je m'en souviens bien, comme conseiller technique des assureurs, j'ai, en effet, personnellement insisté sur ce prix de 300 francs, trouvé inacceptable. J'ai déclaré qu'il s'agissait là de corps étrangers qu'on serait obligé d'aller chercher profondément à travers des masses musculaires ou dans des endroits dangereux, au voisinage de gros vaisseaux, etc... avec toute la responsabilité qui incomberait, dans ce cas, à l'opérateur.

Et ce n'est qu'à la suite de ces observations que cet alinéa fut accepté.

C'est donc, de ma part, une simple question de bonne foi que de le reconnaître dans cette lettre dont je vous autorise à faire l'usage qui vous conviendra.

Je vous prie d'agréer, etc...

Dr Fernand DECOURT.

P.S. — Il va sans dire que la radio doit être payée.

II

Je viens vous demander des conseils et aussi votre avis sur la façon d'établir ma note pour la Compagnie d'assurance « La P. ».

Ci-joint, le certificat de constatation pour que vous puissiez juger d'après la description des lésions :

Les points douteux sont les suivants :

J'ai eu à régulariser trois plaies, une de la paume de la main et deux des doigts, à les éplucher sans les suturer. Puis-je appliquer pour cela le tarif de l'art. 17 : « Régul. épluch. d'une plaie contuse étendue et profonde : 75 fr. »

2° Pansements multiples etc. (autres que les doigts et orteils au cas de plaies très superficielles)..

J'ai bien fait des pansements multiples aux doigts et à la main, mais les plaies étaient *profondes*. Dois-je appliquer le prix de 11 fr. 25 par pansement, pendant la première semaine, puis les autres pansements simples sans autre rétribution que le prix de la consultation : 7 fr. ?

3° Pour le certificat : puis-je demander 10 fr. comme de blessures graves, ou non.

Dr M.

Réponse.

Je répète pour la ne fois qu'il n'y a pas à considérer les lésions mêmes, pour tarifer, *mais ce que le médecin a fait*. La régularisation tarifée à l'article 17 implique la suture ! ; n'en ayant pas eu à faire, vous n'avez pas à vous servir de cet article.

Je ne vois à réclamer que «pansements multiples sur un même segment de membre : 15 fr. Vous avez droit aux « pansements multiples » par le fait que les lésions des doigts ne sont pas très superficielles d'une part et, en outre, parce que la main fut également atteinte. Tous vos pansements, pendant les premiers temps du moins, sont à compter comme celui du 1er jour à 15 francs (1re catégorie).

Votre certificat est un certificat détaillé, donc à 10 francs.

Evidemment, c'est un « mauvais cas » au point de vue tarif.

Dr F. DECOURT.

III

J'ai soigné un accidenté du travail pour la lésion suivante : plaie profonde et irrégulière de la paume de la main, par morceau de verre, ayant sectionné tous les muscles fléchisseurs et adducteurs du pouce, sauf le tendon du grand fléchisseur, arcade palmaire tranchée de même.

J'ai dû lier les deux bouts de l'arcade palmaire, rassembler bout à bout chaque muscle... sérum antitétanique bien entendu.

Comment dois-je compter cette première visite ? Et comment compter les autres où il y a eu chaque fois pansement antiseptique et aseptique complet ?

2° Autre blessé du travail (Je ne suis pas spécialiste des yeux). Corps étranger, fragment d'émeri, profondément implanté dans la cornée, pour l'extraction duquel l'anesthésie de l'œil m'a été nécessaire, ayant dû inciser la cornée sur deux millimètres environ ?

3° Enfin comment dois-je compter les visites passées aux blessés de guerre (R...., 4.000 hab.) ayant ouï dire que les notes envoyées avant le 15 courant avaient des chances de payement rapide, et n'ayant encore voulu remplir aucune des paperasseries administratives ?

Dr B.

Réponse.

1° Ligature de l'arcade palmaire, (Art. 17) 125 fr., plus sérum antitétanique : 20 fr., pour les autres pansements, visite ou consultation simple (Art. 16).

2° Extraction de corps étranger profondément implanté dans la cornée (Art. 27 A) 20 fr.

3° Pour les visites aux blessés de guerre, faites vos notes par commune, en double exemplaire, en suivant le tarif Maginot de juillet dernier, en y joignant les bulletins de visite autant que possible, pour éviter tout retard.

Dr F. Decourt.

Rectification.

Je lis dans le n° 50 du *Concours*, compte rendu de la Société civile, page 3372, 1re colonne :

M. Vilpelle. — A l'hôpital de *Meaux*...

Ce n'est pas Meaux que j'ai dit, mais Melun. La rectification a de l'importance parce que, à Melun, le service de radiographie fonctionne, tandis qu'à Meaux... L'administration a acheté en mil neuf cent dix-neuf, des appareils de radiographie et depuis cette époque, aucun radiographe n'a été nommé, à ma connaissance du moins, et le service ne fonctionne pas.

L. Vilpelle.

MEMENTO DE PHYTOTHÉRAPIE

(*Suite* ; voir numéro du 30 octobre.)

Plantes indigènes,

Par le Dr Ernest Liotard (de Nice).

ACHILÉE

Achilea millefolia (Synanthérées).

L'achilée croît dans les prairies soit littorales, soit en montagne ; plante à tige droite, ramifiée au sommet, hauteur de 0 m. 50 environ.

(*Voir la suite page XXXIII* 3533)

PROPOS DU JOUR

Un beau geste de l'Académie de médecine. Hommage posthume au Dr J. Gairal. L'assemblée générale de l'Union des syndicats médicaux de France. Réflexions qu'elle suggère ; souvenirs qu'elle évoque.

L'Académie de médecine vient de décerner le prix Huchard au Dr Gairal, de Carignan, ancien président de l'Union des syndicats médicaux de France, vice-président de l'Association générale, maire de Carignan et conseiller général des Ardennes, emmené, malgré son âge, en captivité à Celle-Schloss (Hanovre) où il est mort pour la France.

En décernant ce prix posthume, l'Académie a voulu témoigner son estime et sa sympathie aux médecins praticiens de France (et ils sont nombreux) qui, en dehors du service de santé, se sont sacrifiés pour la Patrie.

Le choix de l'Académie de médecine a été bon. Personne mieux que Gairal n'a synthétisé les qualités du praticien français dont il restera le symbole.

Toutes nos associations, tous nos congrès professionnels, nous tous, au fond de notre cœur et de notre conscience, avions fait de Gairal la plus haute personnalité morale du corps médical français. L'Académie de médecine vient de confirmer cette décision par un beau geste. Nous ne saurions y rester insensibles et nous la remercions avec émotion.

Nous remercions aussi tout particulièrement l'instigateur de cette pieuse pensée, qui fut le rapporteur du prix Huchard à l'Académie de médecine, M. le prof. Chauffard. Il peut être assuré que tous les lecteurs du *Concours médical* apprécieront à sa valeur sa noble initiative.

***

Tandis que l'Académie honorait ainsi son ancien président, l'Union des syndicats médicaux de France tenait la plus importante des assemblées générales qui se sont réunies depuis son origine.

250 syndicats et plus de 14.000 praticiens étaient représentés.

Nous ne ferons pas par le menu le compte rendu de ces assises qui comprirent cinq longues séances et durèrent trois jours. Nous nous contenterons de donner nos impressions, de noter les réflexions qu'elles nous ont suggérées et d'évoquer quelques souvenirs.

Notons tout d'abord que, malgré la passion mise dans certaines discussions, ce qui est une preuve de la sincérité des convictions des délégués, un esprit excellent, fait du désir de parfaite entente, régnait dans l'Assemblée.

L'accord a été presque unanime pour condamner les catégories inscrites dans le tarif des soins à donner aux bénéficiaires de la loi des pensions.

Les délégués n'admettaient pas qu'on pût faire une distinction entre les praticiens d'une grande ville et ceux de la campagne. Le même acte médical doit être tarifé partout au même prix minimum. Nous regrettons qu'à ce propos des discussions sans raison d'être et sans issue sur le coût de la vie à Paris et en province aient été soulevées et aient donné l'apparence qu'il existait des divergences d'intérêt entre les praticiens ruraux et les médecins de grandes villes. Toute dispute à ce sujet est oiseuse dans la période de déséquilibre économique que nous traversons. Qu'on le veuille ou non, le sort des médecins de la ville est lié indissolublement à celui des médecins de campagne qui, s'ils ne peuvent vivre dans leur région, reflueront vers le centre urbain et réciproquement.

La nécessité de signer des contrats collectifs a été reconnue aussi par la presque unanimité des délégués. Le contraire nous eût surpris. Le syndicalisme médical n'est pas né par le fait d'une fantaisie, et les médecins français ne se sont pas syndiqués par engouement ; pour nous, le syndicalisme a été un acte de défense naturel, une nécessité, et qui dit syndicat dit contrat collectif. Tout ce que l'on doit s'efforcer de faire, c'est que le contrat collectif ne soit pas signé par l'Union, mais par le syndicat local, c'est qu'il respecte le plus possible l'indépendance de chacun. L'assemblée a été unanime à le proclamer. D'ailleurs le contrat collectif sera, chaque fois qu'il sera conclu, ce que les syndiqués vou-

dront qu'il soit : il pourra aller de la liberté la plus complète aux engagements les plus stricts. Aux syndiqués, en contractant collectivement, d'aliéner leur liberté individuelle dans la mesure qu'ils jugeront la plus sage et la plus conforme à leurs intérêts.

***

Nos confrères alsaciens et lorrains, qui ont fait depuis de longues années l'expérience du contrat collectif, en sont de chauds partisans et ne veulent à aucun prix qu'on vienne modifier leur organisation actuelle. Nous le comprenons fort bien.

Nous savons qu'ils ont lutté durant 38 ans; qu'après de longs et patients efforts, ils sont parvenus à améliorer leur situation et qu'actuellement, 98 pour 100 d'entre eux se trouvent satisfaits, car ils se souviennent des terribles périodes de misère qu'ils ont jadis subies et dont ils ont eu tant de peine à sortir.

Ils sont en quelque sorte comme l'habitant d'une vieille maison qui s'est ingénié à y caser ses meubles, à s'y installer aussi confortablement que possible et qui, après une longue adaptation, tremble quand on parle de lui faire subir des réparations qu'il ne trouve pas justifiées.

Nos frères d'Alsace et de Lorraine ont raison. Mais ils voudront bien convenir qu'il nous est permis à nous, qui ne sommes pas logés du tout et pour lesquels on songe à construire une maison neuve, de ne pas adopter exactement le plan de leur demeure et de chercher à mieux l'adapter à nos habitudes, à nos goûts, nous irons même jusqu'à dire à nos manies.

En outre, il faut songer qu'après 38 ans, non seulement les médecins, mais les malades se sont habitués à l'organisation de soins des caisses alsaciennes et lorraines, qu'une harmonie s'est ainsi établie qui supprime tous les heurts dans le fonctionnement de cette machine qui nous paraît compliquée. Ces heurts se produiraient fatalement chez nous qui, ainsi que nos clients, n'avons pas reçu l'éducation nécessaire.

A ce propos, est survenu un incident pénible ; l'organisation de nos frères des départements du Rhin et de la Moselle a été qualifiée de « boche » ; et cela les a cruellement froissés. Nous comprenons leur susceptibilité, elle fait honneur à leurs sentiments patriotiques. Un des leurs a aussi relevé dans le *Concours médical*, un terme échappé à la plume d'un de nos correspondants (1) qui a pu lui paraître blessant. Nous nous en excusons en toute sincérité. Quand nos confrères nous connaîtront mieux, ils nous estimeront davantage et seront plus indulgents. Notre journal est une tribune libre où les opinions contradictoires s'entre-choquent avec vivacité. Nous avons une telle habitude du franc-parler que nous n'ajoutons le plus souvent aux mots malsonnants qu'une importance relative. Nous savons que dans les milieux passionnés, on ne se gêne guère pour qualifier de termes excessifs ceux qui sur certains points n'agissent pas exactement ou ne pensent pas tout à fait de même. Certes, cela est fâcheux et nous comprenons que nos frères alsaciens et lorrains qui, pendant une longue période, ont été tenus à plus de prudence et de circonspection dans leur langage, trouvent nos coutumes singulières et s'en formalisent. Ils ont évidemment raison. Mais cette licence est le prix de la liberté complète dont nous jouissons en fait, et cette liberté nous est si chère que nous en payons la rançon sans rancœur.

Quoi qu'il en soit, frères d'Alsace et de Lorraine, soyez convaincus que jamais une suspicion, une pensée mauvaise n'a germé dans notre cerveau à votre égard. Vous êtes des nôtres, vous êtes nous-mêmes et nous avons été si heureux de votre retour au foyer familial qu'il serait impie de faire naître entre nous le plus petit dissentiment.

D'ailleurs qu'importe qu'une invention soit allemande ou française ; nous avons la prétention d'être des êtres intelligents et doués de bon sens, il ne s'agit pas de savoir si cette innovation a été imaginée en deçà ou au-delà du Rhin, mais si, pour notre usage, elle est bonne ou mauvaise.

***

Une constatation que nous avons faite avec plaisir, c'est la manifestation de reconnaissance de nos confrères syndiqués aux services rendus par les dirigeants de l'Union.

Le trésorier Bongrand et les secrétaires généraux : Lafontaine et Quivy, ont été réélus en tête de liste à la presque unanimité.

Bongrand même a réuni l'unanimité com-

(1) Il s'agissait du mot de « marchand de soins » donné par un correspondant à certains médecins de caisse dont la consultation était surchargée.

plète, et cela, juste au moment où il demandait de doubler la cotisation, et où il exposait que le budget de l'Union des syndicats médicaux de France s'élèverait à plus de 300.000 francs pour 1922.

20 francs de cotisation par tête à l'Union ! 300.000 francs de budget ! Ces chiffres nous ont fait rêver et nous ont reporté à une quinzaine d'années en arrière. Alors la cotisation individuelle était de 2 francs et le budget n'atteignait pas 20.000 francs. Alors les syndicats du Nord refusaient de se fédérer parce qu'ils ne pouvaient verser une cotisation supérieure à cinquante centimes ! ! Que les temps sont changés ! Quel chemin parcouru !

Et cependant alors, avec quelques milliers de syndiqués, on fit encore de la bonne besogne. Avec cette Union, toute de façade, sans budget, comprenant quelques milliers d'adhérents sans cohésion, on est parvenu à imposer lentement, progressivement, le libre choix et le payement à la visite dans l'assistance médicale gratuite, à faire inscrire la liberté de confiance dans la loi des accidents du travail, à tenir en échec la Mutualité, colosse aux pieds d'argile qui se croyait puissante, et à forcer légalement la porte du Conseil supérieur de la Mutualité. Ce dernier succès fera sourire, mais cela n'empêche que, pour la première fois dans une loi française, l'on inscrivit que les syndicats médicaux auraient le droit d'envoyer dans un conseil officiel un *représentant élu par eux.*

Le programme des syndicats médicaux fut alors fixé. Il n'a guère changé depuis et nous y avons même un jour souhaité l'application du contrat collectif à l'assurance-maladie. Ce souhait alors n'amena aucune protestation, bien qu'il suscite tant de discussions et d'appréhension aujourd'hui.

Nous nous permettrons de reproduire la dernière page du discours que nous avons lu *le* 13 *novembre* 1909, lors de la célébration du XXVe anniversaire de la Fondation de l'Union des syndicats ; notre ami Gairal présidait et MM. Lereboullet, président, et Lepage, secrétaire général de l'Association des médecins de France, assistaient à la séance dans la salle de la Société de géographie, boulevard St-Germain :

« Notre but, disions-nous, est la défense de la liberté de tous en respectant le plus possible la liberté de chacun. Mais, nous nous efforcerons d'éviter que le plus puissant et le plus fort porte atteinte à la liberté du plus faible, sous prétexte de conserver lui-même le maximum de liberté, c'est-à-dire des privilèges.

« Nos syndicats tenteront d'établir autant que possible l'égalité dans la lutte pour l'existence. Chacun, certes, bénéficiera du fruit de son travail et de ses facultés, mais les syndicats devront tenter, par l'*aide collective*, de réparer dans la mesure du possible les inégalités dues à une trop grande infériorité.

« Dans les rapports entre confrères, le syndicat rendra la concurrence moins âpre en en réglementant les moyens.

« Dans les rapports avec la Société, le Syndicat médical devra toujours chercher à faire *concorder l'intérêt médical et l'intérêt public.*

« La défense de la liberté de confiance, c'est-à-dire du *libre choix de son médecin par le malade*, devra toujours rester la base inébranlable de notre action syndicale.

« Espérant que les pouvoirs publics supprimeront les restrictions de notre liberté syndicale qui nous placent, vis-à-vis de l'Etat, des départements et des communes dans la situation fausse et ridicule de syndicats de fonctionnaires, irréguliers, mais ayant néanmoins une existence légale, nous offrirons toujours aux administrations *notre concours pour tout ce qui concerne l'intérêt de la santé publique*, mais il faudra pour cela que les administrations en arrivent à nous accorder quelque confiance et n'affectent plus de nous méconnaître. Nous voulons collaborer loyalement au bien public, *mais nous refuserons avec énergie la chaîne même dorée du fonctionnarisme.*

« A l'égard des autres collectivités : mutualités, sociétés industrielles, sociétés d'assurances, nous nous montrerons d'une intransigeance absolue toutes les fois que notre indépendance sera en jeu. *Ne voulant pas devenir fonctionnaires, nous accepterons encore moins d'être des salariés.*

« Je vois poindre l'aurore lointaine, où notre organisation, devenue parfaite, l'Etat, vraisemblablement transformé, voudra tirer parti des syndicats médicaux pour le plus grand bien de la société entière.

« Ce jour-là, les syndicats médicaux auront *charge de la sauvegarde de la santé publique.* Ils recevront la mission d'éteindre un à un, par la prophylaxie, les fléaux qui nous déciment.

« Et comme il ne serait pas juste que le médecin devînt la victime des services publics qu'il aurait rendus, je prévois que l'Etat, mû par le souci de la justice, imposera à chaque citoyen l'*assurance contre la maladie au syndicat médical.* Les primes de cette assurance, essentiellement variables et proportionnelles aux services rendus, n'auront rien de commun avec l'actuel abonnement. La liberté de confiance sera toujours respectée. Les médecins, ayant intérêt à supprimer la maladie, s'acharneront à en rechercher et à en faire disparaître les causes.

« Et le *syndicat répartira équitablement entre tous les confrères les primes d'assurance recueillies.* Chacun aura sa part, sans que celui qui, par son dévouement ou son intelligence, aura rendu le plus de services, soit frustré du supplément légitime de ressources qu'un labeur plus grand ou plus utile devra lui assurer.

« Mais je m'aperçois que je m'égare et que je vous mène en voyage au pays d'Utopie.

« Vous me le pardonnerez, car, comme l'a dit un profond sociologue :

« Il est dans la nature humaine de ne pas se laisser priver d idéal et de ne pouvoir accomplir de grandes actions sans l'impulsion toute puissante des sentiments altruistes. La poé'isation de lutte, la conviction que l'on se voue à quelque chose de supérieur (patrie, liberté, justice sociale), a toujours été la source de l'héroïsme et le chemin de la victoire ».

Ceci a été dit il y a 12 ans et publié à 20.000 exemplaires. Personne n'a songé à protester. Nous ne voulons pas nous donner des allures de prophète, mais l'utopie d'hier pourrait bien être en partie la réalité de demain.

J. Noir.

PARTIE SCIENTIFIQUE

LES DOCUMENTS DU PRATICIEN

Epilepsie traumatique (1)

Cette question, si souvent étudiée depuis la guerre, vient d'être agitée à nouveau au dernier Congrès de Chirurgie (2). Nous ne reprendrons pas toute la question, mais indiquerons seulement les points nouveaux ou spécialement précisés.

Formes cliniques. — Il y a encore quelques années, le cadre de l'épilepsie traumatique se limitait presque exclusivement à l'épilepsie Bravais-jacksonienne. Or, cette manifestation est loin d'être la plus fréquente. Très souvent, on note l'*épilepsie généralisée* (à type de grand mal comitial, avec ou sans aura), l'*hémi-épilepsie,* ou des *équivalents comitiaux.* Ces derniers peuvent être partiels ou généraux (Béhague) (3).

Partiels, ils comprennent des troubles moteurs (paralysies, tremblements, strabismes) ; sensitifs (douleurs, anesthésie) ; thermiques ; sensoriels (visuels, auditifs, olfactifs et gustatifs) ; troubles du langage (aphasie, dysarthrie).

Généraux, ils se caractérisent par des vertiges, absences, automatisme, fugues, troubles vasomoteurs, céphalées, nausées et vomissements, sommeil, fou rire, troubles psychiques.

Ces accidents surviennent par accès suivis de sensation de fatigue, et c'est ce caractère paroxystique qui les distingue des troubles subjectifs des blessés du crâne.

Si l'on classe dans l'épilepsie généralisée les équivalents comitiaux généraux et dans l'épilepsie localisée les équivalents partiels, on voit qu'il y a 1/3 d'épileptiques partiels pour 2/3 d'épileptiques généraux.

Facteurs qui déterminent l'épilepsie. — Nous ne savons pas au juste ce qu'est l'épilepsie, mais nous avons des notions assez précises sur les facteurs qui conditionnent son évolution.

Les crises généralisées succèdent en général aux dégâts causés par les éclats d'obus, les crises localisées aux plaies par balle.

L'hérédité, l'existence de crises comitiales antérieures, la syphilis, l'alcoolisme, ont une influence certaine : un traitement spécifique, un régime sec peuvent améliorer certains malades.

Le siège du traumatisme est capital : on peut dire schématiquement que *plus de la moitié des* épileptiques ont été blessés dans la région pariétale, un quart dans la région frontale, un dixième dans la région occipitale.

La fréquence n'est pas fatalement en rapport avec l'étendue des lésions ; un traumatisme léger peut être épileptogène. En effet, il suffit d'un cal exubérant, d'une cicatrice méningée adhérente, d'un petit kyste méningé, ou d'un simple œdème arachnoïdien pour provoquer des crises.

C'est, en général, 5 à 10 mois après le traumatisme que surviennent les accidents ; passé 18 mois, ils sont exceptionnels, quoique possibles même à 15 et 20 ans de distance.

Traitement préventif. — S'assurer de l'intégrité de la table interne, régulariser la brèche, n'ouvrir la dure-mère que si elle a été blessée, ou s'il existe des symptômes nets de contusion ou compression cérébrale, n'enlever les projectiles intra-cérébraux que s'ils sont faci-

(1) Extrait de l'*Année médicale pratique*, en cours d'impression. (*Voir Concours médical*, N° 51. *page* 3450).

(2) Congrès de Strasbourg, oct. 1921 (Lenormant et Billet, rapporteurs).

(3) Thèse de Paris, 1919.

lement accessibles, et si l'on est certain de les enlever sans dégâts. Pas de drainage, pas de crânioplastie primitive.

TRAITEMENT CURATIF. — *Quels malades faut-il opérer* ? Ceux dont la cicatrice est fistulisée, hyper ou hypotendue, épileptogène à la pression ; ceux dont les troubles convulsifs correspondent à une zone bien localisée du cortex ; ceux dont la radiographie est positive : esquille ou projectile.

Quand ? Le plus tôt possible, dès que la maladie est nettement affirmée. On opérera même en état de mal, si les moyens médicaux n'arrivent pas à calmer la crise (calmants ; ponction lombaire chez les hypertendus ; injections de sérum chez les hypotendus (par 150 c.c., Leriche) et peut-être (car les cas sont encore rares) radiothérapie).

Que faire ? Sous anesthésie régionale, malade assis (de Martel) agir sur le foyer traumatique initial s'il est visible, sérum au niveau du centre cortical correspondant au signal symptôme. Lorsque rien ne peut guider le chirurgien, il fera une simple trépanation décompressive, temporale droite (à moins de phénomènes paralytiques à droite, auquel cas il trépanerait à gauche).

Le foyer découvert, on réséquera les bords de la brèche, on enlèvera les esquilles libres et les projectiles superficiels, on réséquera couche par couche la cicatrice méningo-corticale. Les kystes méningés seront enlevés si possible, les kystes intra-cérébraux seront simplement évacués, les abcès évacués et drainés.

Contre l'œdème arachnoïdien, les scarifications ont donné des résultats favorables (Tilmann).

Lorsqu'enfin, on ne rencontre aucune lésion macroscopique on est autorisé, après avoir électriquement reconnu le centre cortical correspondant au signal symptôme (Hortsley), à exciser ce centre sur une profondeur de 8 à 10 millimètres (Krause), l'atrophier par un massage de 3 à 5 minutes (Bircher), ou en supprimer les connexions profondes par une section sous-corticale (Trendelenburg).

Il ne semble pas utile d'essayer d'interposer une greffe entre le cortex et la peau (caoutchouc, graisse, etc.). En effet, souvent le greffon n'est pas toléré, ou dégénère et se transforme en tissu fibreux.

Quant aux crânioplasties, elles sont absolument contre-indiquées, ou tout au moins faudra-t-il attendre, pour les pratiquer, plusieurs années après l'intervention pratiquée contre les crises comitiales.

Disons en terminant qu'il existe des procédés extra-crâniens de traitement de l'épilepsie traumatique, tels que la sympathectomie cervicale employée avec succès par Bérard et Leriche et la ligature de l'artère humérale (Leriche), destinée à remplacer le lien que certains malades s'appliquent pour faire avorter leur crise.

La mortalité globale dans les interventions intra-crâniennes est de 8 à 10 %, les bons résultats à distance (car on ne peut jamais parler de résultats définitifs) de 60 à 65 %.

F. M. CADENAT.

CLINIQUE CHIRURGICALE

Hôtel-Dieu : M. le Professeur HARTMANN.

Les panaris et leur traitement.

Je désire vous parler, aujourd'hui, d'une maladie des plus fréquentes, qui est généralement, aussi bien à l'hôpital qu'en ville, assez mal soignée : j'ai en vue les lésions infectieuses très communes, connues sous les noms de panaris et de phlegmon de la main.

Ces affections, je viens de le dire, sont souvent incorrectement traitées. Je n'en veux pour preuve que le relevé des cas de suppurations infectieuses de la main reçues dans ce service pendant la dernière année. Voici une femme de 46 ans, qui se fait une piqûre au doigt avec une aiguille. Au bout de quelques jours apparaît en un point de l'épiderme une petite tache blanche. Un médecin consulté excise l'épiderme à cet endroit, mais la patiente continue à souffrir et elle vient, onze jours plus tard, à l'hôpital avec un doigt rouge, gonflé, surtout à la partie dorsale. On incise à cette partie dorsale. Pas d'amélioration. Deux jours après, nouvelle incision palmaire qui ouvre le phlegmon palmaire. La rougeur dorsale n'était qu'une lymphangite. Le pus s'évacue, mais il y avait exfoliation du tendon, et ultérieurement la désarticulation de l'index devint nécessaire. C'est là un cas type qui montre une suite de lésions qu'un traitement bien conduit pourrait souvent éviter. Deuxième exemple : malade de 41 ans, blessé en ouvrant une boîte de conserves. Il vient à l'hôpital le quatrième jour et on lui fait successivement deux incisions incomplètes. Une semaine plus tard, on est obligé d'ouvrir la gaine. Autre cas : un jeune homme de 19 ans, à la suite d'une écorchure, présente un panaris. On intervient quatre fois par des ouvertures insuffisantes, jusqu'à la dernière incision. Comme dernier exemple, je vous signalerai un individu qui fut reçu à l'infirmerie du dépôt pour un panaris, pas soigné du tout, avec délire, 40°5 de fièvre. Envoyé à l'Hôtel-Dieu, il succomba le lendemain, très infecté.

Je pourrais vous relater toute une série d'observations de panaris ainsi imparfaitement traités. Dans notre relevé de l'an dernier, une seule fois le



malade a guéri dès la première intervention, par une incision convenable. Tout cela tient à ce que cette maladie n'est pas bien connue, malgré sa banalité. Quand j'interroge aux examens les candidats sur le panaris, sur sa forme la plus fréquente, le panaris sous-cutané, je me rends compte que la question n'est pas sue. Les élèves répondent, ou qu'il faut inciser quand il y a de la fluctuation, ce qui est une erreur, ou qu'il faut inciser immédiatement, ce qui soumet inutilement au bistouri de simples érythèmes lymphangitiques. Non seulement la question est mal connue des candidats aux examens de doctorat, mais les candidats au prosectorat eux-mêmes ne la savent pas toujours. Ainsi, dans un jury de prosectorat où nous avions donné le panaris, j'ai noté à mon grand étonnement qu'un seul candidat avait fait un exposé satisfaisant. Ce sont toutes ces raisons qui m'engagent à vous parler de ce sujet.

Au dos de la main, vous pourrez voir des inflammations (petits furoncles, anthrax, abcès lymphangitiques) n'offrant rien de spécial, n'ayant rien qui les distingue des mêmes lésions observées sur les autres régions du corps. Je ne m'y arrêterai pas. Au dos des doigts, vous pourrez rencontrer des panaris anthracoïdes, surtout sur la première phalange, rarement sur la deuxième, jamais sur la troisième. Cela tient à ce que l'anthrax et le furoncle se produisent dans les follicules pilo-sébacés et à ce que les poils, peu nombreux sur la 2e phalange, manquent sur la troisième. Je ne vous dirai qu'un mot aussi des arthrites des articulations des doigts, susceptibles d'être confondues avec le panaris. L'arthrite, due à une inoculation d'une de ces petites jointures, se traduit par un gonflement total, dorsal et palmaire du doigt, au niveau de l'articulation. Les mouvements de latéralité imprimés au doigt déterminent les frottements rugueux intra-articulaires.

Jusque-là rien qui soit propre à la région dont nous nous occupons. Ce qui est particulier à la main, ce sont les suppurations de la face palmaire des doigts, de la main, et les suppurations de la face dorsale des doigts, là où existe l'ongle.

Si vous regardez la face palmaire de la main, vous voyez que la peau n'y a pas le même aspect partout. Mince aux régions thénar et hypothénar, elle est épaisse sur le reste de son étendue, particulièrement chez les sujets qui se livrent à des travaux manuels. Elle offre fréquemment alors des parties très indurées, des durillons, au niveau des têtes des métacarpiens. On peut déduire déjà de cette épaisseur que les inflammations sous-cutanées de la paume de la main se traduiront par un minimum de signes extérieurs.

Au-dessous de la peau, se trouve une couche graisseuse et, au-dessous de celle-ci, l'aponévrose palmaire qui envoie des prolongements fibreux aux quatre derniers doigts. Au-dessous de l'aponévrose, enfin, cheminent les tendons accompagnés de leurs organes de glissement, les gaines synoviales, ainsi que les vaisseaux et les nerfs, le tout remontant des doigts au poignet. Les gaines synoviales offrent certaines particularités. Elles ne sont pas semblables à tous les doigts. Il existe une gaine à l'index, une au médius, une au 4e doigt : ces trois gaines s'arrêtent à la racine digitale et ne vont pas jusqu'au poignet. Au contraire, la gaine du pouce et celle de l'auriculaire se continuent dans la paume de la main et arrivent au poignet. Il en résulte que les inflammations suppuratives des gaines du pouce et de l'auriculaire sont d'un pronostic plus grave que celles des autres doigts. Ces dernières restent limitées au doigt lui-même, alors que les premières s'étendent jusqu'à l'avant-bras.

Il existe, en outre, à la main, un caractère anatomique lié à la présence de l'ongle. L'ongle offre cette disposition intéressante qu'au niveau de sa racine, le derme forme un repli, une sorte de rigole où la racine onguéale vient s'encastrer, rigole qui se continue sur les parties latérales. On comprend qu'une infection du pourtour de l'ongle pourra, dans ces conditions, facilement avancer.

Cela dit, abordons le côté pathologique. Prenons, d'abord, les inflammations observées aux doigts, ce que l'on appelle les panaris. On en distingue trois grandes variétés : le panaris sous-épidermique, le panaris sous-cutané, et le panaris de la gaine.

Le panaris superficiel peut être simplement érythémateux. Dans une autre forme, il comprend une petite collection purulente, au-dessous de l'épiderme : c'est le panaris sous-épidermique, phlycténoïde. Il n'offre rien de spécial, sauf quand il se localise au bord de l'ongle, l'inflammation pouvant alors s'étendre à tout ce bord, pour créer ce que l'on nomme vulgairement la tourniole. L'intervention, dans le panaris sous-épidermique, consiste à exciser l'épiderme qui recouvre la petite collection suppurée. Quand la suppuration siège au-dessous de l'ongle, il faut réséquer une partie de l'ongle ou l'arracher en totalité.

Une forme à signaler de suppuration sous-onguéale est celle qui succède à un choc direct, à un coup de marteau par exemple, sur l'ongle. Il se produit, au-dessous, un petit épanchement sanguin, un petit hématome, qui finit par suppurer. Le traitement est semblable : ce sera l'excision de l'ongle, son arrachement, conformément à cette règle de chirurgie qui veut que toute cavité suppurée soit mise à nu.

A la paume des mains, les inflammations sous-épidermiques sont identiques, et requièrent le même traitement. Toutes les fois où vous aurez excisé une phlyctène, vous regarderez s'il n'y a pas au fond un petit pertuis conduisant dans une cavité sous-jacente.

La deuxième variété concerne les suppurations sous-cutanées. Elle est commune au niveau des doigts, où elle constitue le panaris sous-cutané. Elle peut être une première étape vers le panaris des gaines. Un bon traitement, d'ailleurs, a toutes

les chances d'empêcher cette transformation en panaris de la gaine tendineuse.

Première donnée. Le panaris sous-cutané est segmentaire. Il occupe un seul segment et non toute l'étendue du doigt. Ceci s'explique par la structure même du doigt. Vous trouvez, au doigt, la peau, le tissu graisseux sous-cutané, et la gaine fibreuse, avec au-dessous la gaine synoviale et le tendon. La peau de la face palmaire du doigt n'est pas lisse. On y aperçoit, en trois endroits, des dépressions transversales, des plis correspondant environ, à la limite de la phalange. Sous ces plis, entre la peau et l'aponévrose, existent des tractus fibreux qui vont du revêtement cutané à la gaine du tendon. Cette cloison fibreuse va arrêter la suppuration ; le panaris restera ainsi limité entre deux plis et sera segmentaire.

Les symptômes du panaris sous-cutané comprennent des douleurs pulsatives, des battements, du gonflement. Ce gonflement, chose curieuse, est souvent plus accusé à la partie dorsale. A la face palmaire, le tissu sous-cutané compris entre la peau et l'aponévrose, constitué de globules graisseux, est peu accessible à l'infiltration, alors qu'à la face dorsale, le tissu hypodermique lamelleux présente un œdème facile. On ne se laissera pas induire en erreur par ce fait et l'on examinera toujours en pareil cas la face palmaire.

Le panaris en question, abandonné à lui-même, finit par s'ouvrir à l'extérieur, vers le 8e jour en général. Le malade est alors soulagé dans sa douleur, mais aggravé dans son état. La suppuration, en effet, en même temps qu'elle avance vers l'extérieur, avance aussi dans la profondeur. Elle atteint facilement la gaine tendineuse et le panaris, de sous-cutané, peut devenir panaris de la gaine.

Il importe donc, pour prévenir autant que possible cette éventualité, de donner issue au pus de bonne heure. Quand faut-il ouvrir le panaris sous-cutané ? Vous baserez-vous sur la fluctuation ? Si vous l'attendez, vous interviendrez trop tard. La peau est épaisse et la fluctuation très tardive. Il y a plus. Normalement, une phalangette non malade donne la sensation de fluctuation, si on la recherche. Une phalangette atteinte de panaris, d'autre part, devient dure et cesse d'être fluctuante. C'est donc là un signe sans intérêt, en pareil cas. Ce qui doit vous guider, c'est non pas la fluctuation, mais le temps écoulé et la douleur. Quand trois jours se sont achevés à partir du premier symptôme, quand le malade a passé une mauvaise nuit, plus pénible que les précédentes, soyez sûrs qu'il y a du pus et incisez. Où inciser ? Se guider sur les points douloureux, sur le segment où la pression détermine la douleur la plus vive, chez les sujets à peau épaisse en particulier.

Autrefois, on faisait souvent des ouvertures insuffisantes. L'incision d'un panaris est en effet douloureuse. On allait vite et l'on n'ouvrait qu'une partie de la collection purulente, ou, chose plus grave, on incisait trop profondément et l'on inoculait la gaine. Il ne doit plus en être ainsi, aujourd'hui, grâce à l'anesthésie locale.

L'anesthésie locale, dans le panaris, est chose simple. J'écarte la pulvérisation au chlorure d'éthyle. Elle permet l'anesthésie, c'est entendu, mais, son action terminée, la sensibilité revient très vive et une douleur particulièrement intense lui succède. L'anesthésie locale par infiltration de cocaïne est difficile et donne un résultat imparfait. Vous aurez recours à l'anesthésie régionale qui est entièrement suffisante. On pique le doigt à sa racine, sur ses parties latérales, et l'on injecte ainsi, de chaque côté, une solution de novocaïne. On fait de la sorte autour du doigt une bague anesthésiante dans laquelle les filets nerveux se trouvent baignés et subissent une section physiologique. J'ai eu moi-même un panaris et j'ai été opéré par cette méthode d'anesthésie régionale. On perçoit tout d'abord une certaine exagération des battements qui tient à ce que la bague forme une gêne momentanée à la circulation ; puis, au bout de 2 à 3 minutes, tout disparaît, tout cesse, les nerfs étant inhibés, physiologiquement sectionnés. Vous pouvez alors opérer sans vous presser, inciser doucement, arriver au panaris, le fendre de bout en bout. La cicatrisation est, dans ces conditions, rapide. Les panaris qui durent sont ceux, en général, qui sont insuffisamment ouverts.

A la paume de la main, on observe parfois une catégorie spéciale de suppuration : la suppuration au niveau des durillons, ce que l'on nomme les durillons forcés. Dans un premier stade, la suppuration est superficielle. Au-dessous de l'épiderme se fait une petite cavité suppurée et il suffit d'abraser l'épiderme pour la mettre à nu. Mais rapidement, il s'y adjoint une suppuration sous-cutanée, en bouton de chemise. L'incision, en pareil cas, doit ouvrir la cavité profonde. Vous verrez quelquefois des durillons forcés sur plusieurs doigts et vous ne distinguerez pas toujours nettement celui où il faut porter le bistouri. Regarder le dos de la main. Au niveau de l'un des doigts, vous trouverez un gonflement qui vous fera connaître le doigt à inciser.

Reste la 3e catégorie, le panaris des gaines. Dans ce panaris, la gaine est prise, le tendon est intéressé. Il se produit de la rétraction, un doigt en crochet. Alors que, dans le panaris sous-cutané, le doigt est seulement légèrement fléchi et peut être redressé facilement, dans le panaris de la gaine, il y a une véritable rétraction et vous faites souffrir beaucoup le malade en cherchant à la corriger. Le doigt est gonflé dans sa totalité, avec de la rougeur dorsale. Ce n'est pas un panaris segmentaire, comme dans la variété sous-cutanée.

Au niveau de la paume de la main, on observe aussi des suppurations profondes, qui s'étendent jusqu'à la face antérieure de l'avant-bras. On a beaucoup discuté sur la cause de ces suppurations et l'on continue encore aujourd'hui cette discussion. Gosselin disait : ce sont des synovites ; Dolbeau : ce

sont des lymphangites. Il y a sûrement de la lymphangite, mais ce qui est important, c'est la synovite. Dans ces suppurations profondes — que je n'appellerai pas des phlegmons — la main est gonflée dans son ensemble. Le creux palmaire a disparu, la partie dorsale est œdématiée et la main prend l'apparence d'un battoir. Les doigts sont immobilisés par la synovite, les douleurs sont violentes et les symptômes généraux sérieux.

Si vous cherchez les points douloureux, vous les trouvez le long d'une gaine, à la partie interne ou externe. Autrefois, on se contentait d'inciser la paume de la main sans dépasser le pli médian, pour ménager l'arcade palmaire. On incisait le poignet, on mettait un drain et l'on obtenait un résultat désastreux. La meilleure pratique est celle du débridement large. Elle consiste à fendre le ligament annulaire du carpe, ce qui n'a aucun inconvénient. L'opération est une intervention délicate et il faut être chirurgien pour la pratiquer. On la fera sous anesthésie générale, après ischémie avec la bande élastique. Vous inciserez depuis le poignet jusqu'au milieu de la paume, en coupant le ligament annulaire, et vous arriverez dans la zone profonde. La section de l'arcade palmaire superficielle n'a pas grande importance, mais vous prendrez garde de ménager le nerf médian et les filets thénariens. Vous ouvrirez la gaine, l'explorerez en soulevant le tendon, et vous panserez à plat. La guérison s'obtient en trois semaines.

Certains malades, après leur guérison, conservent une certaine gêne et se servent imparfaitement de leur main. Vous conseillerez les bains chauds, le massage, l'électrisation. Dans d'autres cas, persiste une fistule, qui peut nécessiter un grattage osseux. D'autres fois, lorsqu'il y a eu exfoliation tendineuse, le doigt est raide. Si la raideur intéresse seulement les 2 dernières phalanges, vous pouvez laisser le doigt. Si l'articulation métacarpo-phalangienne est prise, il faut amputer le doigt, la difformité restante étant peu marquée lorsque la tête métacarpienne a été réséquée. Il y a un doigt, toutefois, qu'il faut conserver aussi longtemps que possible : c'est le pouce ; même raide, il est utile comme point d'appui pour les autres doigts. Soyez large en matière d'amputation des 4 derniers doigts, mais conservateurs pour le pouce.

Leçon recueillie par le Dr P. LACROIX.

SOU MÉDICAL

Les membres du Sou médical sont instamment priés de bien vouloir régulariser leur situation en envoyant la cotisation de l'année 1921 au trésorier Dr Gassot, à Chevilly (Loiret).

A TRAVERS LA PRESSE

La sténose par hypertrophie musculaire du pylore chez les nourrissons.

Affection dont il est question depuis quelque temps dans les Sociétés savantes, elle vient de faire l'objet d'une claire description schématique de M. P. FREDET.

On sait qu'elle est caractérisée anatomiquement par une hypertrophie numérique des fibres musculaires du pylore, donnant l'impression d'une tumeur ayant la forme d'une olive. Le canal pylorique est comprimé, enserré par cette tumeur, son calibre est considérablement réduit au point d'être à peine, ou de n'être plus perméable.

Selon le degré de perméabilité du pylore, on observe une forme aiguë et une forme chronique, lesquelles se rencontrent infiniment plus fréquemment dans le sexe mâle.

Le début des troubles dus à cette affection est précédé d'une période pendant laquelle l'enfant paraît normal et augmente de poids. Cependant, un observateur attentif aura déjà remarqué la persistance du caractère méconial des selles.

Puis, le vomissement, par spasme gastrique, est le premier signe révélateur, en même temps que la croissance s'arrête et que le poids commence à diminuer : ce vomissement est immédiat, après la tétée, et explosif.

Parallèlement, on note de l'oligurie, la rareté des garde-robes, du type méconial, de l'hypothermie, la perte du poids.

Plus tard, l'estomac ayant fini par se dilater et à être plus tolérant, la stase gastrique se montre, et les vomissements n'apparaissent plus qu'à des intervalles plus ou moins longs, à l'occasion d'une tétée, l'enfant rejetant non seulement le lait de cette tétée, mais le lait absorbé aux tétées antérieures, d'où leur abondance.

Après une perte de poids d'environ 25 %, la maladie semble demeurer stationnaire. Cependant, si on n'intervient pas, la cachexie, le muguet et la mort le plus souvent sont la conséquence fatale de cette malformation.

Le diagnostic, pour la précision duquel la radiographie sera utile, doit se faire avec la gastro-entérite, à laquelle on pense tout d'abord.

Le traitement médical rend des services pour calmer le spasme ; les petits repas, peu abondants, mais répétés, facilitent l'évacuation du contenu stomacal. Mais le véritable traitement est opératoire et consiste à pratiquer la pylorotomie sous-muqueuse, décrite et réglée par l'auteur. (*La Médecine*, octobre 1921).

L'ulcus gastrique à vomissements incoercibles.

MM. Le Noir, Richet fils et Jacquelin rapportent l'histoire détaillée de cinq malades, et en font état pour décrire une forme particulière de vomissements incoercibles, chez des ulcéreux gastriques. Le vomissement est un des signes les plus constants de l'ulcus gastrique. Il s'explique habituellement tantôt par la douleur, tantôt par le spasme associé à la sténose pylorique, tantôt par l'hypersécrétion chez un névropathe. On peut aussi le rencontrer, incoercible, chez une ulcéreuse en état de grossesse.

Dans d'autres cas, la lésion gastrique n'y est pour ainsi dire pour rien, et il faut incriminer une insuffisance hépatico-rénale.

La soudaineté de l'augmentation et l'abondance des vomissements doivent faire penser à cette origine hépatico-rénale, de même que l'échec des médications classiques (belladone, atropine),habituellement efficaces quand l'ulcus et son syndrome sont en cause. L'orientation étant faite vers le fonctionnement défectueux du foie et du rein, on recherchera l'état de ces organes, que l'examen direct ne révélera pas toujours ; dans ce cas, on procédera par les recherches indirectes : dosage de l'urée sanguine, épreuve de l'hémoclasie digestive, glycosurie et glycémie provoquées, dosage de l'azote résiduel, etc.

Le diagnostic différentiel sera fait avec les vomissements incoercibles de la grossesse, les vomissements par spasme, par hypersécrétion, par sténose matérielle du pylore.

La conclusion formulée par les auteurs est la suivante : « En cas de vomissements incoercibles « au cours d'un ulcus, on pensera à l'origine « hépato-rénale possible de ces vomissements, « on n'aura pas d'emblée recours à l'interven- « tion chirurgicale, qui même peu choquante, « gastro-entérostomie, offre les plus grands dan- « gers.

« Au contraire, on mettra en œuvre les diffé- « rents moyens que l'on possède de désintoxi- « quer l'organisme et de suractiver les fonctions « du foie et du rein : saignée en cas d'azotémie, « diurétiques, cholagogues, et surtout on pren- « dra soin d'éviter dans la mesure du possible « l'intoxication acide qui menace spécialement « les malades atteints d'ulcus à cause de l'in- « suffisance de leur foie, en fournissant une « quantité de sucre et d'alcalins au malade, par « le goutte à goutte rectal, et par voie sous-cu- « tanée. Même au cas où l'origine hépato-rénale « de ces vomissements ne paraîtrait que possi- « ble ou douteuse, il y aurait encore avantage à « employer cette méthode thérapeutique avant « l'intervention chirurgicale d'urgence dont il « faut savoir la gravité. » (*Arch. des malad. de l'appareil digest.*, nº 5, 1921.)

Quelques traitements nouveaux dans les gangrènes pulmonaires.

La gangrène pulmonaire a des formes anatomo-pathologiques bien connues. Depuis quelque temps, les progrès de la bactériologie ont permis de décrire en outre des formes gangréneuses définies par les germes qui les conditionnent : tantôt des anaérobies, tantôt des spirilles. M. Pujol, en précisant l'importance de ces récentes acquisitions, montre que nous sommes désormais armés de traitements nouveaux dont l'efficacité dépasse, et de beaucoup, les anciennes médications.

Aux formes spirillaires de la gangrène pulmonaire, on opposera la chimiothérapie, en utilisant les arsénobenzols. Aux formes anaérobiques, on opposera la sérothérapie, avec un sérum polyvalent (anti-œdématiens, antiperfringens, vibrion septique).

Dans ce dernier cas, on sera parfois amené à adjoindre à la médication interne l'intervention chirurgicale (pneumotomie ou pneumothorax artificiel). (*La Pratique médicale française*, octobre 1921.)

La conjonctivite arsenicale.

Avec la multiplication des injections arsenicales, dans la thérapeutique moderne, les accidents d'intolérance se montrent très fréquents, et prennent même souvent la forme d'une intoxication. Il n'est pas indifférent pour le praticien de disposer d'un signal-symptôme qui appelle son attention. La conjonctivite arsenicale décrite par M. Milian est un de ces symptômes-signaux.

Elle s'observe surtout avec l'emploi des arsenics organiques, sans doute parce qu'ils sont prescrits à doses relativement élevées.

Il ne s'agit pas à proprement parler d'une conjonctivite, expression qui évoque l'idée d'inflammation, mais d'une congestion vaso-paralytique, qui, dans les formes localisées, apparaît bilatéralement dans le quadrant inféro-externe du globe. Le bord libre des paupières et le cul-de-sac sont eux-mêmes congestionnés. Pas d'hypersécrétion séreuse ; à peine un peu d'hypersécrétion lacrymale, avec du picotement.

Dans les formes généralisées, au contraire, toute la conjonctive est prise, et l'inflammation se surajoute à la congestion ; il y a du gonflement avec du chémosis.

Quand cette conjonctivite est isolée, légère et prémonitoire, elle ne dure guère plus d'une semaine. Quand elle fait partie d'un syndrome d'intoxication générale (érythrodermie vésiculo-spongoïde), elle dure le même temps que celle-ci. Mais, habituellement, tout finit par rentrer dans l'ordre et l'œil retrouve son intégrité parfaitee

On retiendra, ainsi que nous le disions en



commençant, qu'isolée, la conjonctivite arsenicale est le grand avertisseur du début de l'intoxication.

En présence d'une conjonctivite arsenicale, on commencera nécessairement par suspendre le traitement, afin de prévenir l'intoxication générale. A la lésion locale, on opposera l'adrénaline (une à deux gouttes de la solution au dix-millième matin et soir), les pulvérisations boriquées et l'instillation d'une goutte du collyre au sulfate de zinc au dixième deux fois par jour. (*Paris. médical*, 15 octobre 1921.)

G. D.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

Paris

Le malmenage pédagogique.

(M. PAUL LE GENDRE. — *Académie de médecine.*)

Il est actuellement question, dans le monde universitaire, d'apporter des réformes aux règlements et programmes de l'enseignement secondaire.

M. Paul Le Gendre estime, à ce propos, que les médecins en général et l'Académie de médecine en particulier pourraient intervenir, à titre d'hygiénistes, dans cette refonte des études. Il rappelle qu'il y a 35 ans, en 1887, l'Académie a déjà consacré une mémorable discussion à l'hygiène scolaire, discussion qui dura plusieurs mois et aboutit à des conclusions, dont plusieurs ont été adoptées par les pouvoirs publics et sont entrées dans les mœurs universitaires.

L'auteur pense que le moment est venu d'aborder le même sujet, en le prenant sur des bases plus larges et en envisageant plus spécialement l'état de fatigue intellectuelle anormale, observé chez certains écoliers, et que Trélat avait appelé le malmenage pédagogique.

Pour répondre à la proposition de M. Le Gendre, l'Académie nomme une commission composée de MM. Léon Bernard, Le Gendre et Linossier.

Troubles mentaux de l'encéphalite épidémique.

(M. MARCEL BRIAND. — *Académie de médecine.*)

M. Marcel Briand lit une note sur les troubles mentaux de l'encéphalite épidémique considérés au point de vue médico-légal.

On sait, aujourd'hui, combien sont fréquentes les formes de l'encéphalite épidémique qui donnent une symptomatologie mentale primitive ou secondaire. L'auteur en présente plusieurs exemples dans lesquels les malades furent amenés à commettre des actes répréhensibles ou délictueux. Un malade hospitalisé, se lève la nuit, s'empare de vêtements d'infirmières et tente de s'évader. Un autre essaye de se suicider. Un troisième frappe les infirmiers. D'autres font des accusations mensongères. Le Dr Petit relate l'histoire d'une jeune femme atteinte d'encéphalite épidémique, qui, aussitôt la célébration de son mariage, s'enfuit du domicile conjugal et fut finalement internée. Une petite fille de 12 ans, à la suite d'une encéphalite épidémique, offrait les troubles suivants : se posant en enfant martyr, elle accusait son père et sa mère de la maltraiter, s'écorchant la peau pour faire croire à des actes de brutalité de ses parents. Le père eut beaucoup de peine à se disculper et à éviter une action judiciaire.

Cet ensemble de faits montre que le médecin légiste doit avoir son attention attirée sur l'encéphalite épidémique, qu'il n'est pas toujours facile malheureusement de caractériser, lorsque les signes neurologiques manquent.

La phrénoscopie des psychopathes.

(MM. LAIGNEL-LAVASTINE et MAINGOT. — *Académie de médecine.*)

La phrénoscopie (de φρὴν, diaphragme, et σκοπέω, je regarde) désigne l'examen radiologique du geste respiratoire et des mouvements thoraciques pendan la respiration.

Les « gestes » respiratoires ont d'abord la valeur interprétative des gestes externes, car ils sont soumis dans une certaine mesure à la volonté. Ils ont aussi une physionomie interne, étant involontaires par ailleurs et liés au besoin de respiration.

La phrénoscopie apparaît dans ces conditions comme une méthode d'analyse individuelle pouvant donner des indications sur l'état physique et aussi psychique du sujet. C'est ce dernier élément qu'ont envisagé MM. Laignel-Lavastine et Maingot.

Ces auteurs ont examiné le rythme respiratoire d'une centaine de psychopathes. Chez 8 paralytiques généraux, ils ont noté de l'incohérence des mouvements du diaphragme. Chez 15 mélancoliques, le geste diaphragmatique est apparu monotone et de faible amplitude, avec fréquence du signe d'anxiété (à-coups respiratoires). Chez 15 hystériques, ils ont rencontré des types respiratoires variés, traduisant une émotion superficielle, diplomatique.

S'appuyant sur ces premiers résultats, M. Laignel-Lavastine conclut que la méthode phrénoscopique mérite d'être prise en considération dans le diagnostic psychiatrique.

L'internat de plein air de Fontaine-Bouillant.

(MM. H. MÉRY et VAILLANT. — *Académie de médecine.*)

Les écoles de plein air, pour enfants prédisposés à la tuberculose (adénopathies, anémie), sont à l'ordre du jour de l'hygiène scolaire. On connaît les résultats obtenus par M. Armand-Delille, au

Mounetier, en Savoie, pendant la guerre. M. H. Méry vante aujourd'hui les bienfaits de l'école de plein air de Fontaine-Bouillant, près de Chartres, fondée en juin 1918 et dirigée par Mlle Chauveau.

Quarante fillettes de 6 à 13 ans y séjournent pendant la période d'été et 25 pendant la période d'hiver. Le régime y est le suivant. Tous les matins, douche à l'eau savonneuse dans des baquets de bois. Soins dentaires deux fois par jour. L'alimentation comprend 4 repas, composés de lait, viande (à midi), légumes, eau comme boisson. Des exercices physiques divers sont faits, toujours en plein air, généralement en petit caleçon de bain, sauf cas de pluie ou neige. Le froid n'est pas un obstacle et commande une plus grande activité. Des enfants entraînés ont pu, en plein hiver, sortir même en caleçon, sans avoir la moindre bronchite. L'héliothérapie est pratiquée suivant les règles établies.

Sans insister sur les résultats pédagogiques, M. Méry signale surtout les admirables résultats physiques qu'il a enregistrés quant au développement. Grâce au régime d'aération, d'exercices en plein air, des écoliers malingres augmentent de poids régulièrement, sans qu'une alimentation spéciale intervienne.

Régénération d'une phalange enlevée pour nécrose.

(M. A. Huguier. — *Société des chirurgiens de Paris.*)

A la suite d'une piqûre septique survenue alors qu'il incisait un panaris, le Dr M. fait une arthrite suppurée inter-phalangienne et une nécrose aiguë de la première phalange du pouce gauche. M. Huguier enlève la totalité de l'os séquestré 28 jours après l'accident et le remplace par une pièce de prothèse provisoire en or qui empêche le rapprochement du métacarpien et de la deuxième phalange.

Un os périostique nouveau ne tarde pas à se former qui reproduit la phalange absente. L'appareil prothétique est enlevé le dix-huitième jour. Actuellement, le pouce est raccourci de un centim. 1/2 avec l'articulation métacarpo-phalangienne ankylosée, tandis que l'interphalangienne conserve une certaine mobilité. Le fonctionnement du pouce est parfait. Il peut être opposé aux quatre derniers doigts. Le Dr M. a repris sa profession de chirurgien. Il opère et joue du piano aussi facilement qu'autrefois.

La curiethérapie est-elle une méthode dangereuse ?

(M. Rubens-Duval. — *Soc. des chirurgiens de Paris.*)

Quand la radiumthérapie (ou curiethérapie) était à ses débuts, dit M. Rubens-Duval, son efficacité fut contestée et pour cette raison on posait en principe que tout cancer opérable était uniquement du ressort de la chirurgie. Ainsi employée dans les cas les plus mauvais, elle se montra d'une efficacité remarquable.

Il est maintenant établi que la curiethérapie constitue le traitement de choix des cancers inopérables. Les chirurgiens en rejettent l'emploi dans les cas opérables, à cause d'abord, objectent-ils, des dangers du radium. M. R. Duval répond à cette critique en montrant que ces dangers, réels au début de la curiethérapie, alors qu'on ne savait pas manier le radium, sont aujourd'hui inexistants si on l'emploie judicieusement. Il estime que, maniée par des personnes compétentes, la radiumthérapie n'offre pas d'inconvénient sérieux.

Encrier resté sept ans dans le vagin.

(MM. Mauclaire et Aumont. — *Société de chirurgie.*)

M. Mauclaire présente un encrier resté sept ans dans le vagin et ayant déterminé une fistule vésico-vaginale et des calculs.

La malade, en 1914, âgée alors de 65 ans, eut l'idée bizarre de se mettre elle-même l'encrier en question dans le vagin pour maintenir réduit un prolapsus utérin. Il y a 3 ans, elle remarqua que ses urines passaient par le vagin. Des douleurs étant survenues il y a quinze jours, elle se décida à entrer dans le service de M. Mauclaire, où l'on eut la surprise de découvrir le corps étranger, entouré de débris calcaires, avec fistule vésico-vaginale. Il s'agit d'un encrier en verre de 5 centimètres de dimensions dans ses différents sens.

Lésion traumatique rare du tendon rotulien

(M. Anselme Schwartz. — *Société de chirurgie.*)

Une jeune femme, en faisant un faux pas, ressent une douleur vive dans le genou droit, suivie de gêne de la marche pendant quelques jours. Même accident une semaine plus tard, suivi cette fois d'une impossibilité de marcher. La malade ne pouvait détacher le talon du plan du lit et il y avait une grosse hémarthrose. Appelé le sixième jour, M. Schwartz constate des signes faisant penser à une rupture du tendon rotulien : absence d'immobilisation de la rotule pendant la contraction du quadriceps, dépression en trou et douleur entre la rotule et la tubérosité antérieure du tibia. Or, l'opération montra, non une rupture du tendon, mais un allongement anormal notable de ce tendon, qui était ondulé, avec des suffusions sanguines. La jeune femme faisait beaucoup de sports et peut être y a-t-il eu là une des causes de cet allongement tendineux, prédisposant aux déchirures.

M. Dujarier a observé un cas analogue, il y a une vingtaine d'années.

P. L.

Lyon

Les réactions vaccinales dans la rougeole.

MM. Weill, Gardère et Léara ont étudié ces réactions au cours d'une épidémie récente. Inoculant des

nourrissons atteints de rougeole et non encore vaccinés, ils ont observé une évolution normale de la vaccine, contrairement à ce qu'avait observé Trousseau, pour qui la rougeole exerce une action d'arrêt, pendant la période d'exanthème, sur la marche de la vaccine. D'autre part, les auteurs ont inoculé des sujets rougeoleux déjà vaccinés et encore en état d'immunité. Les résultats obtenus concordent avec ceux obtenus par Netter et Porak ; normalement, en effet, la revaccination chez un sujet encore immunisé produit localement une papule rouge plus ou moins indurée, véritable cuti-réaction vaccinale ; or, dans la rougeole, cette réaction disparaît pendant les premiers jours de l'éruption, pour reparaître le 5e ou 6e jour. Comme elle existe au contraire dans la rubéole et les érythèmes morbilliformes, il y a là un signe d'une certaine valeur diagnostique.

Les infections secondaires dans la tuberculose pulmonaire.

MM. Piéry, Mérieux et Glicksmann mettent en doute la doctrine des infections secondaires dans la tuberculose pulmonaire, doctrine due à R. Koch et admise par la majorité des auteurs. Ils s'appuient sur les considérations suivantes :

1° La critique des travaux antérieurs les amène à penser que ceux-ci n'ont pas jusqu'ici démontré l'intervention habituelle des infections secondaires dans la symptomatologie et l'évolution de la tuberculose pulmonaire.

2° L'étude anatomo-clinique montre que la symptomatologie de la phase terminale des phtisiques (fièvre, sueurs, etc.), s'explique par la poussée granulique terminale, l'infection secondaire émanée des parois cavitaires existant bien longtemps avant l'apparition de ces symptômes ;

3° La recherche des microbes associés dans l'expectoration montre qu'il n'existe aucun parallélisme entre la flore microbienne constatée et le caractère évolutif d'où la gravité des lésions.

Les auteurs concluent que la doctrine des infections secondaires dans la tuberculose pulmonaire ne leur paraît pas démontrée.

Traitement radiothérapique et spécifique combiné dans l'hypertrophie thymique.

MM. Mouriquand et Garnier présentent un cas d'hypertrophie thymique dans lequel le traitement radiothérapique n'amena que très lentement une amélioration, soit après huit applications, alors que tous les auteurs s'accordent à reconnaître l'efficacité de la radiothérapie. Dans cette observation, le traitement spécifique fut institué un peu avant la fin du traitement par les rayons, bien que les présomptions de syphilis héréditaire fussent très minimes, et compléta heureusement le résultat déjà obtenu.

A. C.

BIBLIOGRAPHIE CRITIQUE

Revue des Livres.

A. MALOINE ET FILS, éditeurs.

Hugel, Delater et Zœller. — **Comment interpréter en clinique les réponses du laboratoire.**

Les rapports entre la clinique et les examens de laboratoire deviennent chaque jour plus fréquents.

Le médecin praticien, accaparé par sa clientèle, trouvera volontiers dans ce petit livre l'indication des recherches de laboratoire qu'il n'a pas le loisir de faire lui-même. Il y trouvera aussi des conseils utiles sur la façon de pratiquer les prélèvements indispensables. Enfin les réponses fournies par le technicien sont expliquées et commentées.

Ce petit livre constitue en quelque sorte un vademecum précis et complet, utile à la fois au praticien et à l'étudiant, auxquels il rappelle dans un but pratique quelques notions fondamentales de bactériologie et de chimie cliniques.

Docteurs M. Brissot et H. Bourilhet. — **La démence chez les épileptiques.**

Cette intéressante monographie qui a été couronnée par la Société médico-psychologique (prix Belhomme, 1913), et fortement remaniée depuis lors, apporte une nouvelle contribution à l'étude des troubles mentaux chez les épileptiques. Essentiellement clinique, dégagée de toute doctrine, de toute théorie pathogénique ou autre, elle envisage plus spécialement la démence si particulière des comitiaux, c'est-à-dire « l'affaiblissement intellectuel qui *peut* survenir chez ces derniers après une durée plus ou moins longue de la maladie. »

Les auteurs nous donnent un aperçu de la thérapeutique qui doit être employée pour lutter contre la démence de l'épileptique et contre l'épilepsie elle-même. Ils passent en revue, à ce propos, dans une mise au point fort exacte, les divers agents médicamenteux (bromures, *composés borés*, luminal, gardénal, etc.) qui ont été utilisés jusqu'à ce jour pour combattre *le morbus sacer*.

Le livre de MM. Brissot et Bourilhet complète la série des monographies écrites sur des sujets de pathologie mentale (*Masselon*, La mélancolie, *Deny* et *Roy*, La démence précoce, etc.).

Il sera lu avec intérêt par le praticien et le psychiatre.

L'EXPANSION SCIENTIFIQUE FRANÇAISE

Dr Paul Dalché. — **Annexites non infectieuses ; maladies de l'ovulation.**

Le gynécologue et le praticien trouveront dans ce petit livre, écrit d'une plume alerte et précise à la fois, l'explication d'une foule de faits encore trop peu connus et qui viennent trop souvent compliquer la pathologie génitale de la femme. Ils y trouveront aussi et surtout les moyens de soulager, sinon de guérir, beaucoup de ses petites misères, exposés par un homme qui connaît à fond toutes les ressources de la thérapeutique gynécologique et qui sait les utiliser à bon escient.

PARTIE PROFESSIONNELLE

MÉDECINE SOCIALE

Le médecin et les lois sociales nouvelles.

L'assurance-maladie obligatoire en Alsace-Lorraine telle que je viens de la voir.

Par le Dr P. LACROIX.

(*Suite*) (1).

II

Les Caisses de malades et leurs rapports avec le Corps médical.

Les Caisses de malades sont les organisations créées par la loi allemande pour assurer le fonctionnement de l'assurance-maladie. Elles sont, nous l'avons vu, les unes particulières (caisses d'entreprises, caisses corporatives), les autres générales (caisses locales). Les Caisses d'entreprises réunissent les ouvriers et employés d'une même administration (usine, magasin, chemins de fer, etc.). Les Caisses locales reçoivent tous les autres assujettis à la loi, c'est-à-dire le plus grand nombre ; aussi, sont-elles les plus importantes. Il en existe une par arrondissement ou canton : celles de Strasbourg, de Metz, de Mulhouse, sont les types du genre.

J'ai visité les deux Caisses de Strasbourg et de Mulhouse. Ce sont de grands et beaux immeubles où les Caisses sont chez elles. Comme apparence générale, celle d'un hôtel des Postes. Vous entrez : après le vestibule, un grand hall, avec, tout autour, des guichets. Là, le guichet d'inscription, où les employeurs viennent faire connaître leurs nouveaux ouvriers et signaler ceux qui les ont quittés. A côté, là, là, et là encore, des guichets où les malades viennent demander les bulletins de visite médicale. Plus loin, la caisse, où sont touchées les indemnités de maladie. A Strasbourg, où le nombre des assurés est plus grand encore qu'à Mulhouse, les guichets sont nombreux et portent des lettres : A - B, C - D, etc. Les malades savent de suite où aller. Derrière les guichets, un personnel qui, sans bruit, reçoit les demandes, classe les bulletins, fonctionne en un mot avec une régularité qui laisse une bonne impression. Tout cela se fait simplement et paraît automatique..... Administrativement, le service des Caisses est en effet méthodique et bien organisé.

Fiches et dossiers.

Franchissons la porte « de service » et passons de l'autre côté des guichets. Quelques minutes dans le bureau du secrétaire général : fonctionnaire accueillant et très au courant de son administration, où il y a beaucoup à voir et à méditer. Nous le remercions de nous autoriser à assister au mouvement journalier de cette grande machine qu'est la Caisse de malades.

Les feuilles de maladie sont soigneusement classées. Chaque assuré possède un dossier et une fiche récapitulative où sont inscrits ses affections successives, leurs dates, les traitements spéciaux qu'il a faits, les séjours à l'hôpital, les indemnités qu'il a reçues, etc. Un coup d'œil permet de juger en un instant toute l'histoire médicale de l'assuré.

Un tel renseignement est précieux lorsqu'il s'agit de convoquer un malade au contrôle. Supposons un assuré ayant cessé son travail pour maladie depuis huit jours. La question se pose s'il faut ou non le faire venir à l'examen de contrôle. Le médecin inspecteur de la Caisse demande sa fiche et voit, je suppose, que l'assuré a déjà cessé son travail pour bronchite suspecte, sommet douteux. Il en conclut que probablement c'est un vrai malade et il attend. De même, le jour de la visite de contrôle. Un malade se présente avec le diagnostic vague (ils sont souvent vagues) de « nervosisme ». Le dossier porte que le patient a eu à une date déterminée des crises d'épilepsie. L'examen de contrôle est alors simplifié et plus sûr. Ces dossiers et ces fiches rendent par conséquent de réels services. Pourquoi faut-il, hélas, qu'ils sacrifient le secret professionnel !

Traversons maintenant le bureau des visiteurs. Les feuilles de maladie portent, outre le diagnostic, les heures auxquelles les malades peuvent sortir. Les visiteurs ont pour mission de se rendre au domicile des patients et de constater s'ils ne s'absentent pas en dehors des heures autorisées. Les visiteurs notent aussi, il va sans dire, tout ce qui leur semble utile d'être signalé.

Les Caisses de malades exercent, en effet, un contrôle permanent et rigoureux des assurés, car les abus sont, ou plutôt seraient, sans cela, nombreux. Il est dans la logique des choses humaines que l'assuré cherche à profiter de son assurance au maximum et même... au-delà. C'est une des raisons qui donnent à la médecine de Caisses son caractère assez spécial. L'assuré malade, pour peu que son tempérament ou les circonstances s'y prêtent, tendra volontiers à prolonger



(1) Voir les nos du 20 nov., des 4, 11 et 18 déc. 1921.

la durée de son affection, préférant souvent toucher son indemnité que de reprendre son travail. C'est très humain et les Caisses arriveraient vite à la faillite si elles ne se défendaient énergiquement contre ces abus. Entrent en jeu, alors, le service des visiteurs dont je viens de parler et le service très important du contrôle.

Le contrôle des malades.

Le service de contrôle est un rouage indispensable à la sécurité financière des Caisses... Les Caisses ont, à cet effet, d'une part, un médecin inspecteur nommé « médecin de confiance » (qualificatif assez mal choisi, il faut le reconnaître) et d'autre part une Commission de contrôle. Il en est ainsi pour les grandes Caisses du moins, celle de Strasbourg en particulier. A Strasbourg, la Commission de contrôle comprend en outre un médecin-chef, qui fait un premier triage des cas douteux : ces fonctions sont remplies avec beaucoup de tact et de mesure par notre confrère Jules Müller. A Mulhouse, médecin de confiance et médecin chef de contrôle ne forment qu'un, sous le nom de médecin inspecteur (Docteur Mosser). On le voit, suivant l'importance de la Caisse, il existe des variantes, les grandes Caisses ayant plusieurs médecins contrôleurs qui s'occupent respectivement de choses différentes, les petites Caisses n'ayant plus qu'un seul contrôleur (le médecin de confiance) qui fait tout.

Le « médecin de confiance » (c'est-à-dire le médecin qui a la confiance de la Caisse et est choisi par elle) constitue donc, d'une façon générale, le pivot du contrôle. Il doit être rigoureusement juste et avoir une paternelle sévérité.

Le Dr Ott, à Strasbourg, et le Dr Mosser, à Mulhouse, réunissent parfaitement ces deux qualités : ils sont véritablement *the right men in the right places*. Entre eux et les abus, la bataille s'engage loyale mais serrée. A côté de ces confrères graves je revois, au contrôle également, la figure souriante de l'excellent Dr Müller et l'accueillant confrère Brion, qui dicte ses arrêts « avec le sourire ».

Le médecin de confiance.

Quelques mots encore sur le rôle du « médecin de confiance ». Il s'occupe de l'examen des ordonnances, en vue de réduire les frais pharmaceutiques. Il signale aux praticiens les ordonnances trop coûteuses : c'est une question dont nous aurons à reparler. Il est chargé, ensuite, du visa des bons de lunettes, de bandages, d'appareils orthopédiques, des convalescences, des séjours à accorder dans les sanatoria, des hospitalisations et de l'examen d'admission des membres volontaires. Je crois même qu'à Strasbourg, les fonctions du médecin de confiance s'arrêtent là et suffisent largement à l'occuper. A Mulhouse et dans la plupart des Caisses, le médecin de confiance a, en outre, à assurer le contrôle, aidé ou non de confrères contrôleurs.

Une séance de contrôle.

Assistons à ce contrôle. Nous voici en pleine médecine militaire : c'est à peu de choses près la visite du major, et... il n'y a sans doute guère moyen qu'il en soit autrement. Je passe sur les convocations. Il s'agit toujours d'assurés ayant cessé leur travail, recevant l'indemnité-maladie, les consultants simples pouvant recourir au médecin tant qu'ils veulent : en raison du forfait, la Caisse s'en désintéresse ; ils ne coûtent alors pas un centime de plus. Un mot sur le triage des feuilles de maladie. Les diagnostics vagues : plaie, pied-plat (j'ai vu plusieurs fois ce diagnostic de pied-plat : encore de la médecine militaire), coliques, par exemple, attirent l'attention et incitent à faire contrôler le malade. Souvent, celui-ci, par le seul fait de sa convocation, reprend de lui-même le travail.

Entrons au contrôle. Dans une première salle, les malades attendent leur tour, assis sur des banquettes ou sur des bancs : salle d'attente d'un de nos dispensaires, par exemple. Comme les malades sont toujours très nombreux, il n'est guère possible habituellement de les recevoir un par un. Ils entrent alors dans la salle d'examen généralement par petits groupes, se déshabillent et, à l'abri d'un paravent, fournissent un peu d'urine. Le ou les médecins contrôleurs les examinent, prennent leur température, les auscultent, etc. Tout est passé en revue. Si nécessaire, on demande, comme on le faisait pendant la guerre dans les centres de réforme, une observation complémentaire de spécialiste ou un séjour à l'hôpital. Sinon, l'examen se termine par une décision : reprise du travail immédiatement ou à la fin de la semaine, ou dans 8 jours, ou nouvelle visite à telle date. La tâche des médecins contrôleurs est, on le conçoit, délicate, souvent difficile et comporte même des inconvénients. Si la grande majorité des assurés s'y prête docilement, il arrive parfois que quelques mécontents élèvent la voix et... même le bras. C'est très rare et cela ne va pas plus loin, heureusement, du moins en Alsace...

Ce contrôle, qui est fait très consciencieusement, est évidemment nécessaire. Et cependant, combien il offre pour l'assuré — l'assuré d'une certaine classe principalement — un caractère humiliant. L'attente, d'abord, dans une promiscuité assez pénible. L'examen médical, ensuite, tout à fait militaire, par sa nature même, tout à fait caserne... Les assurés alsaciens-lorrains n'ont l'air d'attacher à tout cela aucune importance et semblent en être vraiment peu gênés. Sans doute, les médecins apportent toute l'atténuation possible à la dureté de ce contrôle. Ce-

pendant, je ne vois pas très bien se soumettre à cette pénible corvée, dans nos villes, à Paris, des employés à la tenue soignée (ils sont nombreux), employés de commerce, de banque, d'administrations privées, des chefs de rayons de nos grands magasins, des vendeuses délicates des galeries X, des mannequins élégants du grand couturier Z, et aussi d'ailleurs quantité d'ouvriers et d'ouvrières, que la loi obligerait à s'assurer parce qu'il ne gagnent pas plus de 10.000 frs.

Service dentaire. Radiologie.

Les caisses de malades de Strasbourg et de Mulhouse possèdent un service dentaire et un service radiologique.

Le service dentaire est bien installé, fonctionne aseptiquement et se charge de tout ce qui concerne la dentisterie. Un détail, pour en montrer l'organisation. Les instruments servant à un même malade sont disposés dans un plateau-panier métallique et portés, une fois l'intervention finie, à l'étuve pour être stérilisés par l'ébullition. Ce système évidemment est banal (j'ai appris à l'employer, en oto-laryngologie, il y a plus de 30 ans), mais il n'est peut-être pas aussi répandu qu'il devrait l'être, en chirurgie dentaire. A ce titre, l'installation du service dentaire, dont les caisses de Strasbourg et de Mulhouse ont une certaine fierté, méritait d'être signalée. J'ajoute que les malades des caisses n'ont droit de s'adresser qu'à titre exceptionnel, et dans certaines conditions, aux dentistes de la ville.

J'ai visité l'intéressant service radiologique de la Caisse de Mulhouse. Il est sous la direction autorisée de notre ami Specklin, qui est aussi radiologiste de l'hôpital civil, où il fait de très belles choses.

Sanatoria et maisons de convalescence.

Les Caisses de malades, conjointement avec les Instituts d'assurance-invalidité, possèdent des sanatoria et des maisons de convalescence. Ce sont généralement les Instituts d'invalidité (plus intéressés que les caisses, celles-ci ne s'occupant pas des chroniques) qui supportent les frais de ces établissements. Le but visé est surtout préventif, tendant à *éviter l'invalidité*, et on retrouve là le caractère d'une médecine qui est beaucoup plus industrialisée qu'humanitaire... C'est une conception particulière de la médecine, qui tient à l'assurance. Le soulagement des souffrances humaines n'est pas, semble-t-il, son premier principe...

Les Caisses de malades interviennent en signalant les cas susceptibles de bénéficier d'une cure de repos ou d'une cure préventive au sanatorium. C'est le médecin de confiance de la Caisse qui examine les demandes d'admission. Seuls, les bacillaires très peu atteints ou même simplement les prédisposés sont admis. Le nombre de lits est d'ailleurs bien insuffisant (250 lits pour les deux sanatoria que possède l'Institut de Strasbourg). Les maisons de convalescence de Schirmeck (dépendance de Strasbourg) et de Luppach (dépendance de Mulhouse) reçoivent les convalescents, les anémiés, les déprimés. Les admissions sont également décidées par les médecins de confiance des Caisses.

Les caisses de malades et leurs rapports avec le corps médical.

Depuis le récent contrat passé entre l'Union des Syndicats médicaux d'Alsace-Lorraine et l'Union des Caisses locales, les médecins n'ont plus avec les Caisses que des rapports généralement indirects. Toutes les opérations intéressant le corps médical sont réglées par le syndicat. C'est au syndicat que le praticien désireux de faire de la médecine de caisse s'adresse. C'est le syndicat qui reçoit des caisses les honoraires et les distribue aux médecins. C'est généralement aussi par le canal du Syndicat que les communications des caisses parviennent au corps médical.

Les petites questions personnelles et de détail sont réglées, très cordialement d'ailleurs, entre le médecin traitant et le médecin de confiance de la caisse. Ainsi, le médecin de confiance de la caisse signalera à un praticien telle ou telle ordonnance qui lui a paru coûteuse et qui pourrait être formulée plus économiquement. C'est au médecin de confiance, d'autre part, qu'arrivent les demandes et les propositions pour convalescence, bons d'appareils, entrées au sanatorium, radiographies, etc., en un mot tout ce qui rentre dans l'article frais de traitement.

Il ne m'a pas été signalé de conflit sérieux ni entre malade et médecin (le malade peut d'ailleurs changer facilement de médecin), ni entre médecin et caisse. Parlant du contrôle des malades, je n'ai pas mentionné la présence du médecin traitant à ce contrôle : c'est qu'en effet celui-ci n'est pas avisé et cela par simple mesure d'économie ; mais il peut, s'il le désire (et s'il le sait) accompagner son malade. Beaucoup de praticiens, en Alsace, voudraient que les caisses les préviennent en ce cas et aussi que le contrôle soit toujours fait par une commission de plusieurs médecins.

En dehors du médecin de confiance qui intervient quelquefois auprès des praticiens directement, comme je viens de le dire, le rôle des caisses vis-à-vis des médecins pris en particulier consiste seulement à communiquer aux assurés la liste des praticiens adhérents aux caisses.

A ce propos, on pourrait se demander si cette communication ne comporte pas, parfois, un certain favoritisme. Il paraît bien que non. Nombre de malades venant au bureau de la caisse

demander un bulletin de maladie ne connaissent pas de médecin. En principe, la Caisse donne alors l'adresse du praticien le plus rapproché du domicile du patient. Il peut aussi arriver que, involontairement en général, un confrère soit oublié. Une visite au siège de la caisse répare facilement cet oubli. Il ne semble pas qu'il y ait de ce côté des abus.

(*A suivre.*)

Extrait du compte rendu du Conseil général du Nord.

SESSION DE DÉCEMBRE 1921.

Le contrôle de l'assistance médicale.

M. DOUTEAUX, après avoir donné lecture du rapport sur le fonctionnement de l'Assistance médicale (qui accorde aux médecins et sages-femmes d'importantes élévations de tarif), critique vivement la façon dont est fait le service médical d'assistance gratuit.

Il attaque si vivement le corps médical, que, se tournant vers le Ministre du Travail, il dit : « C'est le corps médical qui fera échouer votre projet d'assurance sociale. »

A quoi M. Daniel-Vincent répond : « Le projet d'assurance sociale, a rencontré d'autres obstacles qui ont été aplanis. Celui-ci le sera aussi. Il le sera parce que les médecins se seront rendu compte de l'immense tâche sociale, tâche de dévouement et de bonne foi, à laquelle ils ont à collaborer avec nous.

Le Conseil, prenant acte des critiques du rapporteur, décide de renforcer la commission de contrôle en y faisant entrer davantage de maires et de médecins.

Prenons acte également de la déclaration ministérielle, qui rend hommage au dévouement, à la bonne foi... du corps médical.

Que de fleurs ! !

Une mise au point.

Dans le compte rendu de l'Assemblée générale du *Concours* vous me faites dire : « Dans le régime alsacien, les assurés sont soignés comme un bétail humain et il est impossible d'introduire ce régime tel quel en vieille France. »

Je suis navré d'avoir été si mal compris. Parlant de la mentalité allemande, j'ai expliqué que les institutions de l'Allemagne relevaient toutes d'un esprit d'autoritarisme, de caste, de schématisation et d'obligations ou de défenses ; j'ajoutai que leur assurance maladie-invalidité n'échappait pas à la règle et, qu'à notre sens, à nous Français, elle traitait trop les gens comme du bétail humain.

De là à me faire dire que dans le régime alsacien, les assurés sont soignés comme un bétail humain, il y a une nuance, il y a même loin. Je tiens d'autant plus à remettre cette question au point et de vous demander de publier cette lettre pour rectification dans votre prochain numéro, que je n'ai aucun motif de blesser mes compatriotes alsaciens et confrères d'Alsace, ayant au surplus pris la parole dans votre assemblée pour la seule raison, que, parlant avec une certaine expérience, je pense et pensais vous être utile.

Veuillez agréer, mon cher Confrère, l'expression de mes sentiments les meilleurs, et les plus dévoués.

Dr KOPP (Paris.)

LA VIE SYNDICALE ET PROFESSIONNELLE

Dans quelles conditions les masseurs peuvent-ils exercer leur art ?

1° *Combien existe-t-il de sortes de massages ?*

Il faut distinguer le massage hygiénique du massage thérapeutique. Le premier consiste à faire disparaître les rides du visage, à tonifier les muscles de l'organisme, chez un individu sain ou obèse ; à raffermir les seins, etc., etc.

Ce massage n'a aucune prétention thérapeutique ; il est souvent qualifié de massage de beauté.

Le massage thérapeutique fait partie de la kinésithérapie. Il a pour but de soulager des souffrances (entorses), d'activer une guérison (fractures), de faire disparaître des épanchements (hémarthrose), de traiter une atonie organique (constipation), de redresser des malformations, etc.

2° *Un masseur peut-il faire du massage sans être sous la direction d'un docteur en médecine ?*

La jurisprudence de la Cour de cassation est définitivement fixée ; l'article 16 de la loi du 30 novembre 1892, sur l'exercice de la médecine, s'applique à toute personne qui, non munie du diplôme de docteur en médecine, prend part habituellement, par une direction suivie, au traitement des maladies.

Il en résulte que le masseur, non docteur en médecine, doit n'entreprendre que les traitements qui lui sont indiqués par un médecin, tout en restant sous la surveillance et sous l'autorité de ce dernier.

Un masseur peut donc entreprendre le massage hygiénique ; mais il lui est formellement interdit de traiter des malades ou des blessés, sans l'avis du médecin traitant.

Ne seraient excusables que les soins donnés en cas d'urgence ; mais à la condition qu'il n'y ait pas répétition de l'acte thérapeutique.

Un arrêt de la Cour de cassation (29 décembre 1900 : D. 1901, 1, 529 ; S. 1901, 1,108) décide que l'article 16, paragraphe 1er de la loi du30 novembre 1892 ne subordonne l'existence du délit qu'il spécifie ni au mode de traitement employé, ni à l'administration d'aucun médicament ; qu'il vise la pratique de tous procédés curatifs.

Un arrêt de la Cour d'appel de Paris (16 mai 1900 ; *Gaz. Trib.*, 26 mai 1900 ; *Gaz. Pal.*, 1900, 2,14 ; *Concours médical*, 1900, pages 106 et 332) décide que commet le délit d'exercice illégal de la médecine le masseur qui, non pourvu d'un diplôme de docteur en médecine, dirige d'une manière suivie le traitement par massages d'affections chirurgicales et prétend soigner par ces pratiques manuelles les fractures, déboitements, et luxations des membres. Aux termes de la loi du 30 novembre 1892, le mot « traitement » est général et s'entend de tout acte, ou conseil tendant à la guérison, ou à l'atténuation des malaises ou maladies et, nonobstant l'opinion contraire du rapporteur de la loi à la Chambre des députés, les termes du texte législatif sont formels et ne permettent ni doute, ni interprétation.

Un jugement du tribunal correctionnel de Lyon (9 mai 1905 ; D. 1905, 2.326 ; *Gaz. Trib.*, 1906, 2,10 ; *Concours médical* 1905, page 494) condamne pour exercice illégal de la médecine, un rhabilleur-masseur : « Si une opération de massage, faite indépendamment d'une lésion ou d'une fracture, ne saurait constituer un fait d'exercice illégal de la médecine, il n'en est pas de même d'une opération de massage, s'appliquant à une lésion qui vient d'être traitée par un homme de l'art.Le massage dans ce cas, est un procédé thérapeutique, qui n'est employé licitement qu'à la condition d'être dirigé, ou tout au moins ordonné par un homme de l'art. »

Nous pouvons donc conclure que le massage, lorsqu'il est thérapeutique, doit être ordonné et dirigé par un médecin ; le masseur ne sera donc que l'auxiliaire du docteur. Sinon, si le masseur agissait de sa propre initiative, s'abstiendrait-il même de poser un diagnostic, tout en traitant un malade, ou blessé, par le massage, sans se placer sous la direction effective d'un docteur en médecine, il serait condamné pour exercice illégal (Trib. correct. Mantes, 28 avril 1897, *Le Droit*, 18 juillet 1897 ; *France judiciaire*, 1897, 2,296).

2° *Existe-t-il un diplôme de masseur ?*

Oui il en existe même plusieurs. Des écoles privées les délivrent ; mais, jusqu'à présent, la Faculté de médecine n'a pas qualité pour recevoir des masseurs officiels, à la suite d'examens, donnant droit à un parchemin légal comme celui de docteur, ou de sage-femme.

Il existe, en France, un grand nombre d'établissements, dans lesquels de soi-disant professeurs font des cours et délivrent des diplômes destinés à faciliter à des ignorants non médecins l'exercice de la médecine.

Disons cependant que certaines écoles ont à leur tête des médecins distingués ; ceux-ci ont fait les déclarations nécessaires, prévues par la loi du 12 juillet 1875, qui a proclamé, en France, la liberté de l'enseignement supérieur. Mais hâtons-nous de dire que ces diplômes, même délivrés consciencieusement, après des stages et des cours régulièrement faits, n'ont aucune valeur légale. Tout au plus peuvent-ils servir de références pour les médecins, qui pourraient employer ces masseurs diplômés.

Malheureusement, à côté de quelques rares établissements sérieux comme écoles de masseurs, existent des écoles, à titres pompeux et divers, dans lesquelles la médecine est enseignée et qui sont dirigées ou tenues par des individus sans diplôme : le but de ces instituts est de guérir des malades, c'est-à-dire d'exercer illégalement la médecine, au détriment de la santé publique.

Le Congrès de l'exercice illégal de la médecine, tenu en 1906, a voté des vœux sur cette question des masseurs et des écoles de massage, à la suite des rapports de Me Mathiot, avocat à la cour d'appel de Paris, et du Dr Mesnard, de Paris.

Ces vœux sont, comme beaucoup d'autres, restés lettre morte : le législateur a trop affaire à renverser des ministères ; il est trop peu compétent pour tout ce qui touche à la santé publique ; la loi du 30 novembre 1892 restera la même encore pendant longtemps, avec toute ses imperfections, en ce qui concerne la répresssion de l'exercice illégal de la médecine.

Reste l'action judiciaire, qui nécessite des preuves pour convaincre des juges, qui sont parfois les meilleurs clients des rebouteurs, masseurs, qu'on traduit à leur barre.

Seul, le syndicat médical, lorsqu'il a de l'argent en caisse, peut entreprendre la lutte devant les tribunaux, avec tout l'aléa que comporte cette lutte.

Dr Paul Boudin.

Syndicat des médecins de la Seine.

(*4 décembre* 1921)

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

Question de l'assurance-maladie.

Ordre du jour :

Le syndicat des Médecins de la Seine rejette le projet Vincent et donne mandat à ses représentants à l'Assemblée générale de l'Union de voter pour

l'étude des moyens techniques capables d'assurer les soins à l'avantage des malades, tout en sauvegardant les intérêts matériels et moraux des médecins.

Repoussant absolument et nettement le forfait, le Syndicat des médecins de la Seine, demande que, si la loi, amendée dans la mesure du possible, doit cependant être subie, les tractations soient faites par région, c'est-à-dire entre les Syndicats régionaux et les Caisses régionales et non pas par un contrat collectif engageant toute la France, la campagne d'ordre général restant confiée à l'Union des Syndicats médicaux de France.

J'ai voté cet ordre du jour.

Ce faisant, je suis demeuré fidèle à mes conceptions de la liberté, d'une liberté élargie, ainsi que je l'écrivais le 9 octobre dernier : « Tel ne veut connaître que son malade et n'être honoré que par lui, disais-je ? Ce malade recevra une indemnité journalière et fera son affaire des soins, des médicaments. Tel autre, par contre, s'accommode de la taxation et de la catégorisation ? Libre à lui de le faire, en acceptant l'intervention de l'assurance pour le règlement de ses honoraires... »

C'est bien là le schéma des tractations régionales que le Syndicat de la Seine réclame.

G. Duchesne.

Syndicat des médecins de l'Indre.

(4 *décembre* 1921)

Le Syndicat médical de l'Indre, réuni en Assemblée générale le 4 décembre 1921, après avoir pris connaissance du rapport du Secrétaire général de l'Union et de divers documents relatifs à l'assurance invalidité-maladie en Alsace-Lorraine, ainsi que du projet de loi gouvernemental publié à l'*Officiel* du 22 mars 1921, soucieux de rester dans les limites de son action professionnelle, refuse, malgré sa sympathie pour les œuvres de solidarité, de prendre parti pour ou contre les différents concepts de réorganisation sociale, mais estime nécessaire pour le corps médical *de revendiquer devant le pouvoir législatif le droit exclusif de décider des conditions dans lesquelles son concours peut être librement prêté* pour la mise en pratique d'un système d'assurances sociales visant la maladie et l'invalidité.

Considérant que ce concours peut être fourni d'une façon efficace et cordiale *sans interdépendance financière obligatoire* des Caisses et du Corps médical et sans que ce dernier soit tenu d'aliéner la moindre parcelle d'une liberté indispensable à son art, il reconnaît, au moins pour les grandes villes où des sous-enchères avilissantes pour le corps médical peuvent se produire, l'utilité de déterminer la forme éventuelle de sa collaboration par le moyen d'un contrat collectif sous les réserves suivantes :

1° Les *assurés* auront la possibilité constante de choisir ou de remercier leur médecin et de recevoir, sans prodigalité abusive, les meilleurs soins nécessaires, c'est-à-dire de bénéficier de tous les progrès de la technique médico-chirurgicale moderne. Ils seront *personnellement et civilement responsables*, suivant les règles de droit commun, des honoraires correspondant aux soins réclamés quelles que puissent être les garanties offertes par les Caisses.

2° Les *médecins* exerceront leur art en dehors de toute technique officiellement imposée. Aucune obligation ne leur sera faite de révéler les secrets à eux confiés, ni de se porter, le cas échéant, dénonciateurs de leurs propres clients. Responsables vis-à-vis de ceux-ci de la qualité de leurs soins, ils conserveront intacte *la liberté de leur réclamer directement les honoraires* estimés convenables (les bons de Caisses — majorés ou non de tickets modérateurs — pouvant être reçus en compte).

3° La prévention et le contrôle des *abus commis par certains assurés*, ainsi que le choix des divers moyens *ad hoc* (médecins contrôleurs, agents visiteurs, attestations médicales réclamées aux malades, ticket modérateur) incomberont exclusivement aux Caisses d'assurances.

4° *Les fautes contre la probité professionnelle* commises au détriment des Caisses par les médecins seront soumises, sur la plainte de ces Caisses, à une Commission mixte armée de sanctions morales et pécuniaires, sans préjudice du recours aux pénalités de droit commun contre les abus de confiance caractérisés.

5° Le tarif minimum du Syndicat sera chaque année communiqué aux Caisses d'assurances.

6° Le Syndicat se mettra à la disposition des Caisses régionales pour l'étude en commun d'une organisation de soins s'inspirant, dans ses grandes lignes, du contrat-type établi par l'Union des Syndicats.

En conformité des principes ci-dessus posés :

Tout en affirmant sa sympathie pour le succès des revendications propres aux syndicats médicaux d'Alsace-Lorraine, il repousse pour son compte le système allemand en vigueur dans les Provinces reconquises, comme contraire à toutes les habitudes et à toutes les aspirations indépendantes de la population française, médecins compris.

A l'égard du projet gouvernemental actuel, il note avec satisfaction le bienveillant esprit dans lequel son rédacteur s'est efforcé de tenir compte de ce qu'il croyait être les sentiments et intérêts des médecins. Mais fidèle à sa doctrine déjà affirmée de la *suppression de tout intermédiaire dans les rapports du médecin avec ses clients solvables*, il estime que l'Assurance-Maladie (simple mutualité à caractère obligatoire, agrandie dans son domaine et perfectionnée dans ses rouages) peut être organisée sans fonctionnarisation plus ou moins déguisée du corps médical, et qu'un projet de loi soumettant sous menace de sanctions pénales, la conscience des médecins à la violation du secret professionnel et à

la police de leur clientèle, et d'autre part la rémunération de leur travail aux aléas d'un forfait, doit être rejeté sans discussion.

En ce qui concerne la tactique la plus propre à faire prévaloir les justes exigences du corps médical, il se déclare hostile aux polémiques du forum et renouvelle son vœu du 22 mai 1921 qu'« *aucune propagande ne paraît nécessaire pour rechercher des appuis extérieurs dont le bon droit médical n'aura pas besoin si tous les praticiens de France ont de celui-ci une même conception et s'ils sont résolus à ne pas se laisser domestiquer.*

Fédération des Syndicats médicaux de l'Eure.

(27 *novembre* 1921)

1. Le secrétaire expose ensuite les résultats de nos demandes :

A. *Dans l'A.M.G.*, dont le nouveau tarif comprend les prises de sang intraveineuses, payées 10 francs et les injections intraveineuses à 15 francs, quel que soit le médicament injecté. Ces interventions sont limitées à 3 et reçoivent effet du 1er *janvier* 1921.

La nomenclature pharmaceutique a été revue et complétée par l'adjonction des médicaments nécessaires aux interventions ci-dessus (novarsénobenzol, électrargol, etc.).

D. *Dans la vaccination*, a) le prix de l'indemnité kilométrique a été élevé de 0 fr. 75 *à 1 franc par kilomètre compté* à l'aller et au retour ; b) les vaccinations sont portées de 0 *fr* 50 *à* 0 *fr.* 75 ; le tout avec effet du 1er *janvier* 1921.

C. Comme antérieurement, une *vacation minimum de* 10 *francs* est prévue quand le total des vaccinations et revaccinations, y compris l'indemnité kilométrique, n'atteint pas ce chiffre.

Il a été adopté que l'indemnité kilométrique ne doit s'appliquer qu'à des parcours *réellement* effectués. Ainsi, dans le cas où deux ou plusieurs communes sont à proximité l'une de l'autre et si les séances de vaccination ou de révision ont lieu sans retour au point de départ, l'indemnité ne devra être calculée que sur le nombre de kilomètres parcourus et non point sur la somme des distances de chacune des communes au point de départ.

A ce sujet, il a été précisé à la préfecture, qu'il était légitime pour le vaccinateur d'ajouter au total des kilomètres que comporte l'itinéraire direct de son domicile à des communes déterminées, les kilomètres supplémentaires qui sont nécessaires pour se rendre d'une mairie à celle d'une commune voisine.

Le paragraphe demandant d'inviter les médecins-vaccinateurs à fournir à l'administration, préalablement à toute opération, l'itinéraire des séances de vaccination et de révision, a été rejeté à l'unanimité.

Il a été émis un vœu, demandant l'application réelle de la loi qui n'est pas exécutée dans la plupart des communes où le médecin ne trouve à vacciner qu'une infime minorité des sujets que visait le législateur.

C. *Dans l'inspection du* 1er *âge*, la première visite est portée à 6 *francs*, pourvu qu'elle soit faite dans la semaine qui suit la réception de l'avis de placement ; toutes les autres visites mensuelles sont comptées 4 *francs*, avec effet du 1er *janvier* 1921.

2. La question des Pupilles de la Nation a entraîné quelques précisions ; en particulier que l'inspection devait se faire seulement dans les *écoles* où tout pupille, muni de sa carte d'identité, était examiné. Il arrivera que des enfants inscrits dans une commune seront passés dans une autre commune et même dans un département voisin ; aussi l'administration sera obligée aux médecins de lui faire connaître les erreurs ou les anomalies qu'ils constateront, afin qu'il en soit tenu compte à l'avenir.

Des communes dépourvues de médecin-inspecteur ont été attribuées aux confrères les plus rapprochés et une répartition équitable a été faite par les confrères intéressés, les docteurs Levasseur et Dauphin pour le canton de Nonancourt, les docteurs Etienne et Raoult pour celui de Vernon.

Une mise au point plus précise et une amélioration dans la répartition des communes devra être apportée à ce service, lors de la réunion de printemps des syndicats et il a été voté que les syndicats ne pourraient, en principe, désigner que les médecins acceptant le contrôle du syndicat.

3. Le fonctionnement des *dispensaires antituberculeux* du département (dont deux sont ouverts : Evreux et Louviers) permet de faire gratuitement tous les examens concernant la tuberculose pour malades régulièrement inscrits.

Le laboratoire d'Evreux est autorisé à pratiquer tous les recherches ou analyses particulièrement délicates qui ne pourraient être faites dans un laboratoire de la localité ou de la région (examens de liquide céphalo-rachidien, de sang, inoculations, etc.)

Un tarif est établi et va être adressé incessamment aux médecins du département, mais il est à remarquer que ces examens sont gratuits pour les membres de l'A.M.G.

A ce sujet, le corps médical accepte de prêter son concours au fonctionnement des œuvres de médecine sociale préventive que pourrait organiser le C.G., telles que mutualité maternelle départementale et consultations de nourrissons.

4. Quelques médecins ont été pressentis isolément pour l'*inspection médicale des écoles* ; mais la Fédération n'a reçu aucune communication de l'administration et il est décidé que tout confrère, recevant des propositions à ce sujet, ne devra conclure aucun arrangement et en référer au bureau de la Fédération.

6. A la demande de M. le Président du Tribunal civil d'Evreux, de désigner dix médecins pour le fonctionnement éventuel du *tribunal départemental des pensions militaires*, aucun confrère n'a voulu accepter, pour l'indemnité proposée.

6. La discussion des mandats à donner aux délégués des syndicats de l'Eure à l'assemblée générale de l'Union a provoqué les considérations suivantes :

a) *Assurance-invalidité-maladie* :

La Fédération de l'Eure, après étude du projet de loi actuellement déposé et de l'exposé fait dans le « Médecin Syndicaliste » par les docteurs Lafontaine et Quivy de la situation en Alsace-Lorraine, considérant que cet exposé constitue le plus sévère réquisitoire contre une telle application de l'assurance-maladie, affirmant sa volonté formelle de maintenir l'indépendance du médecin en dehors de toute fonctionnarisation, de conserver la liberté du malade vis-à-vis de son médecin, de repousser toute violation du secret professionnel, de s'opposer enfin à tout contrat qui obligerait le médecin à une comptabilité administrative considérable et absorbante.

Considérant d'autre part que le corps médical doit apporter tout son concours à l'élaboration de lois sociales ayant pour but d'améliorer l'hygiène et de sauvegarder la santé publique,

Pour ces raisons, émet le vœu :

1° Que l'Union des Syndicats médicaux de France soit toujours en contact avec les commissions parlementaires chargées de l'étude de ces lois ;

2° Que le principe général de la liberté réciproque du médecin vis-à-vis de son malade soit maintenu intact, les administrations collectives restant libres vis-à-vis des adhérents qu'elles assurent.

b) *La médecine et la mutualité.*

La Fédération, admettant actuellement le maintien du *statu quo*, émet le vœu que soit également étudié et mis en pratique le principe de liberté entière du médecin vis-à-vis des malades mutualistes.

c) *La médecine dans les grandes collectivités : mines : usines, chemins de fer.*

La Fédération renouvelle le vœu, déjà émis antérieurement, que soient abolis tous les forfaits et que soit admis définitivement le principe du libre choix du médecin.

d) *A.M.G.*

L'A.M.G. ne devant intéresser que les indigents, La Fédération admet le maintien du *statu quo*, sous réserve de l'abolition des forfaits.

Ces vœux ont été votés à l'unanimité.

Le secrétaire général,
Dr THIRARD.

SOU MÉDICAL

Assemblée Générale du 20 novembre 1921.

L'Assemblée générale est ouverte à 4 heures du soir, sous la présidence de M. Maurat, président, assisté des membres du Conseil et de Me Gatineau, avocat conseil.

Rapport du Secrétaire Général.

M. Boudin, secrétaire général, rappelle que son rapport a été publié dans le n° du *Concours médical*, du 30 octobre dernier.

Si le « Sou médical » a peut-être actuellement moins de procès importants qu'autrefois, il a plus de petites affaires et surtout un nombre beaucoup plus considérable d'avis et de consultations juridiques à donner. Il est, pour ses membres, un bouclier toujours prêt à les protéger contre le péril qui les menace, un guide et un ange-gardien, qui leur indique la voie qu'ils devront suivre pour éviter les embûches et aussi pour atteindre leurs adversaires. M. Boudin remercie particulièrement les distingués avocats conseils du « Sou », Mes Gatineau et Auger, ainsi que son chef du contentieux, M. Dumesny.

Approbation des comptes.

M. Gassot, trésorier, commente brièvement son rapport sur les comptes de l'exercice 1920, qui a été publié dans le n° du *Concours médical* du 30 octobre dernier, page 2969.

Le nombre des membres qui ont versé leur cotisation en 1920 est de 2577.

Au 31 décembre 1920, la Caisse générale possédait un avoir de 54.896,37 et la Caisse de garantie un avoir de 72.884,54.

Actuellement, 2998 cotisations ont été versées pour l'exercice 1921, ce qui représente, compte tenu des décès et des démissions, pour cessation d'exercice de la médecine ou pour toute autre cause, environ 500 adhérents nouveaux.

La situation du « Sou médical » est donc favorable et permet de porter la garantie de la responsabilité civile de 10.000 à 20.000 francs, sans augmentation de la cotisation annuelle.

M. Vilpelle, commissaire des comptes, donne lecture du rapport suivant :

Le 7 octobre 1921, le trésorier du « Sou Médical » nous a présenté ses livres qui sont tenus dans la perfection et nous a donné avec la plus grande clarté toutes les explications que nous lui avons demandées. Nous avons constaté la parfaite concordance des chiffres portés au rapport avec ceux des livres et n'avons aucune critique à formuler. Nous vous proposons donc d'approuver les comptes du trésorier et de lui adresser nos remerciements bien mérités pour la peine qu'il se donne.

Nous avons fait la vérification du portefeuille : bons de la défense nationale et obligations de chemins de fer, dont les certificats de dépôt nous ont été présentés : nous les avons trouvés conformes à l'énumération qui figure au rapport.

Dr QUIVY. Dr VILPELLE.

Après lecture de ce rapport, personne ne demandant la parole, l'approbation des comptes est mise aux voix et adoptée à l'unanimité.

Modifications des Statuts et du règlement de la Caisse de garantie.

M. le Président explique que l'augmentation de la garantie de la responsabilité civile, proposée par le Conseil, nécessite la modification de certains articles des Statuts et du règlement de la Caisse de garantie. Il met aux voix, en conséquence, les modifications ci-après :

Article 2, paragraphe 3 des Statuts.

Remplacer ce paragraphe par le suivant :

En outre, elle couvre chacun de ses adhérents contre les actions civiles en responsabilité qui pourraient lui être intentées pour des actes cliniques et thérapeutiques accomplis par lui, jusqu'à concurrence de la somme de 20.000 francs au maximum, au moyen d'une caisse spéciale constituée à cet effet.

Cette modification, mise aux voix, est adoptée à l'unanimité.

Pour faire face à l'augmentation de la garantie qui vient d'être votée, le Conseil propose de porter de 3 à 4 francs le prélèvement annuel sur la cotisation. En conséquence l'article 13 des statuts doit être modifié.

M. le Président met aux voix la résolution suivante :

Article 13 des Statuts.

Cet article est remplacé par le suivant :

A BASE DE :
VIN
VIANDE
QUINQUINA
PHOSPHATE

POSOLOGIE : 2 verres à Madère par jour, après les repas.



INDICATIONS :
CONVALESCENCE
TUBERCULOSE
RACHITISME
ANÉMIE
ÉPUISEMENT
GROSSESSE
ALLAITEMENT

Détail dans toutes Pharmacies — Eynard Ph^{ien} 5. Avenue Victoria. Paris (4e)

KLUCHOL

Antispasmodique puissant
(BENZOATE D'ANETHOL)

AMÉLIORE ET GUÉRIT

COQUELUCHE - ASTHME - TOUX

Non toxique,
Calmant sûr,
Goût agréable,
Tolérance parfaite.

ENFANTS : 1 à 2 cuillerées à café, par année d'âge, par 24 heures.
ADULTES : 4 à 6 cuillerées à soupe, par 24 heures.

ÉCHANTILLON et LITTÉRATURE :
LABORATOIRE **REMEAUD**, 38, Grande-Rue, BOULOGNE-sur-SEINE.



ÉCHANTILLONS ET LITTÉRATURE :
LABORATOIRES CIBA
O. ROLLAND, Ph^{ciens}
1, Place Morand, à LYON.



La cotisation annuelle exigible des membres de la Ligue est fixée à 25 francs, comprenant :

1° *La somme de 21 francs, affectée aux dépenses de défense professionnelle et d'administration ;*

2° *La somme de 4 francs, affectée spécialement à la Caisse de garantie prévue par l'article 2.*

Cette modification, mise aux voix, est adoptée à l'unanimité.

Article 2 du règlement de la Caisse de garantie.

Le paragraphe 1er est remplacé par le suivant :

Cette garantie est donnée jusqu'à concurrence d'une somme de vingt mille francs au maximum.

Cette modification, mise aux voix, est adoptée à l'unanimité.

Renouvellement partiel du Conseil d'administration.

Aux termes des Statuts, le Conseil est renouvelé par tiers tous les deux ans, par séries désignées par voie de tirage au sort.

La série sortant cette année se compose de MM. Maurat, président ; Duchesne, secrétaire général adjoint ; Louis Gassot, trésorier adjoint ; Bellencontre et Diverneresse, syndics.

Ces membres étant rééligibles, le Conseil propose la réélection de MM. Maurat, Duchesne, L. Gassot, Bellencontre, en les mêmes qualités. D'autre part, M. Diverneresse ayant cessé de s'occuper du *Concours* et de ses filiales, le Conseil propose de nommer à sa place M. le Dr Nollet, de Bougival, déjà membre assidu du Conseil de la Mutualité Familiale.

Il est successivement procédé à l'élection des cinq candidats désignés ci-dessus, qui a lieu pour chacun d'eux à l'unanimité.

En conséquence, sont nommés, pour six années :

Président : M. Maurat, de Chantilly ;

Secrétaire général adjoint : M. Duchesne, de Paris.

Trésorier adjoint : M. Louis Gassot, de Chevilly.

Syndics : MM. Bellencontre, de Paris ; Nollet, de Bougival.

Election des commissaires contrôleurs.

M. le Président rappelle que, aux termes des statuts, deux commissaires contrôleurs doivent être nommés chaque année par l'Assemblée Générale pour l'examen des comptes.

MM. Vilpelle et Quivy, commissaires sortants, sont rééligibles.

L'Assemblée générale nomme, à l'unanimité, commissaires contrôleurs pour l'exercice 1921, MM. Vilpelle, de Meaux, et Quivy, de Paris.

Communications diverses.

M. Moliméry, de Luchon, propose que soit mise à l'étude l'admission au « Sou » des internes des hôpitaux.

M. Boudin répond que cette admission est prévue par les statuts. Aux termes de l'article 1er, paragraphe 2, en effet, peuvent faire partie de la Ligue les étudiants en médecine dont la scolarité est terminée et les internes des hôpitaux nommés au concours munis de 12 inscriptions.

Rien n'étant plus à l'ordre du jour, la séance est levée.

MUTUALITÉ FAMILIALE

Le nouveau régime des retraites.

L'Assemblée générale, se conformant à l'avis exprimé par notre actuaire, M. Fleury, a abaissé sensiblement les barêmes des cotisations pour les combinaisons P et R qui assurent la pension de retraite, la première à 60 ans et la deuxième à 65 ans, en raison de l'élévation du taux actuel de la capitalisation.

Mais elle a aussi porté de 1.200 à 2.400 fr. le maximum de la retraite qu'il est possible de se constituer à la Mutualité Familiale.

Cette double décision a une importance considérable.

Jusqu'à présent un même sociétaire pouvait s'assurer 1.200 fr. à P (60 ans) et 1.200 fr. à R (65 ans) c'était le maximum qu'il pouvait atteindre. Désormais il lui sera loisible de s'assurer 2.400 fr. à P et 2.400 fr. à R, soit 4.800 fr. à 65 ans.

Mais il y a plus, sa femme peut en faire autant, et voilà un ménage qui est certain, pour les vieux jours, d'avoir une retraite de 9.600 francs.

La cotisation est élevée, cela est certain ; elle n'est pourtant pas inabordable si les conjoints adhèrent jeunes à la Mutualité Familiale.

Supposons le mari âgé de 32 ans et la femme de 26, le premier aurait à payer 550 fr. et la seconde 374 fr. soit annuellement 924 fr. pour les deux.

S'ils contre-assuraient leurs versements, le mari paierait 660 fr. et la femme 448 fr. soit en tout 1.108 fr., mais si l'un ou l'autre venait à mourir avant d'avoir touché la première annuité de sa pension, la caisse rembourserait la totalité des versement opérés par lui.

Et que l'on n'oublie pas qu'en raison de la manière dont l'âge est calculé pour l'entrée, la dernière cotisation se paie dans l'année où le sociétaire atteint 59 ou 64 ans et que la pension est versée d'un seul coup au 1er janvier qui suit le jour où il atteint 60 ans ou 65 ans.

La pension est due au 1er janvier ; elle est versée intégralement, le sociétaire vînt-il à mourir le 2.

On ne saurait trop attirer l'attention de nos confrères sur les nouveaux avantages présentés par la Mutualité Familiale.

Il reste entendu que les intéressés peuvent, en dessous de ce maximum, prendre une pension d'un

chiffre inférieur, à leur convenance ; qu'ils peuvent grouper sur leur tête et sur celle de leur femme les pensions qu'ils veulent et à l'âge qu'ils préfèrent. Il leur suffit de savoir que, toujours d'après l'exemple choisi, à 32 ans, il faut verser, pour avoir 120 fr. de rente :

P à 60 ans	Cotisation simple 17 fr. 60.
	Cotisation contre-assurée 20 fr. 70.
R à 65 ans	Cotisation simple 9 fr. 90.
	Cotisation contre-assurée 12 fr. 30.

et, à 26 ans, il faut verser, toujours pour avoir 120 fr. de rente :

P à 60 ans	Cotisation simple 11 fr. 90.
	Cotisation contre assurée 14 fr.
R à 65 ans	Cotisation simple 6 fr. 80.
	Cotisation contre assurée 8 fr. 40.

Ils n'ont qu'à multiplier ces chiffres par le nombre de fois qu'ils veulent avoir 120 fr. de rente pour connaître le montant de la cotisation annuelle, auquel il ajoutent 10 % pour la gestion.

Pour les pensions, la participation part uniformément du 1er janvier de l'année où le sociétaire adhère : il doit donc, quelle que soit l'époque de cette adhésion, payer la cotisation de l'année entière.

A. Gassot.

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations

— Les conférences d'internat et d'externat de l'Association Générale des Etudiants sont actuellement en voie d'organisation. Les étudiants désireux de suivre ces conférences sont priés de s'adresser au bureau de la section de médecine, qui les mettra en relation avec messieurs les internes des hôpitaux qui ont bien voulu se charger de ce service. Bureau ouvert tous les jours de 2 heures à 6 heures, maison des étudiants 15, rue de la Bûcherie, 1er étage.

— Le Dr Baczkiewicz, de Varsovie, président de l'Association des médecins polonais a été nommé Membre du Comité d'honneur de l'Association générale des médecins de France.

— **Congrès international de protection maternelle et infantile.** — Par suite du vœu émis par la Conférence de mai 1920, la Ligue contre la mortalité infantile a décidé de convier toutes les personnes s'intéressant à la puériculture à un Congrès international, qu se tiendra à Paris, les 6, 7 et 8 juillet 1922.

La Ligue vous serait très reconnaissante de vouloir bien adhérer à cette manifestation ainsi qu'à l'étude de la formation d'une Association Internationale de protection maternelle et infantile.

Veuillez agréer, M , l'assurance de ma considération la plus distinguée.

Le Président : Paul Strauss.
Membre de l'Académie de médecine,

Programme des questions.

1re **section.** — Protection de la mère avant et pendant les couches. 1° *Les consultations de grossesses.* Dr Devraigne, accoucheur des hôpitaux de Paris. — 2° *Organisation de l'accouchement à domicile.* Mlle Chaptal, présidente de l'Union maternelle et infantile de Plaisance.

2e **section.** — Protection de la mère nourrice. 1° *Hospitalisation des mères nourrices pendant la guerre,* Mme Pallu. — 2° *Protection de l'ouvrière nourrice,* Mme Letellier, inspectrice du travail au ministère du travail. 3° *Les asiles pour mères nourrices.* Mme la Comtesse Hocquart de Turtot et Dr Schreiber.

3e **section.** — Protection de l'enfant séparé de la mère. 1° *L'élevage en commun,* Dr Théroude. — 2° *L'enfant né de parents tuberculeux,* Dr Armand-Delille, médecin des hôpitaux de Paris, secrétaire général de l'œuvre Grancher.

4e **section.** — Assistance et enseignement. 1° *Participation des Œuvres privées à l'assistance maternelle et infantile,* M. Desvouges, de la Mutualité maternelle. — 2° *Le rôle des consultations de nourrissons dans l'application des lois d'assistance.* M. Marois, directeur de l'assistance publique à la préfecture de Seine-et-Oise. — 3° *Les visiteuses d'hygiène infantile,* Dr Chatin, médecin-honoraire des hôpitaux de Lyon, professeur agrégé à la Faculté de médecine.

Division du temps. Jeudi 8 juillet, 9 heures, ouverture du Congrès ; 14 heures, séance. — Vendredi 7 juillet, 9 heures et 14 heures, séances. — Samedi 8 juillet, 9 heures, organisation d'une association internationale de protection maternelle et infantile ; après-midi, visite de divers établissements de puériculture ; 20 heures, banquet.

Les Organisations étrangères sont invitées à désigner un délégué chargé d'exposer leurs vues sur les questions posées.

Tout Congressiste qui désire faire une communication est prié de s'inscrire auprès du secrétaire général.

Un Comité de Dames recevra les femmes des Congressistes.

— Nous apprenons avec le plus vif regret la mort de notre confrère le Dr Pierre Delmas, d'Arpajon-sur-Cère (Cantal), mort en peu de jours d'une gangrène septique contractée à la suite d'une piqûre qu'il s'était faite dans le cours d'une délivrance artificielle. Le Dr Delmas, croix de guerre, âgé de 43 ans, laisse sa femme et quatre fillettes, à qui nous exprimons tous nos sentiments de condoléance.

— Tout médecin de nationalité française désireux d'adhérer au service de Retraites de l'Association générale (*Combinaison à capital aliéné*) peut, dès maintenant, s'adresser au siège social, 5, rue de Surène, pour recevoir le barème des primes et les renseignements nécessaires.

TABLE DES MATIÈRES

contenues dans le « CONCOURS MEDICAL »

ANNEE 1921

2e *Semestre*

Cette table contient quatre parties : I. Partie Scientifique. — II. Partie Professionnelle. — III. Auteurs des articles scientifiques et professionnels. — IV. Jurisprudence médicale.

I

Partie Scientifique

A

B

RECOUVREMENTS
D'HONORAIRES MÉDICAUX

M. Louis AUDEBERT
Avocat, *Directeur du Contentieux de Syndicats Médicaux. Administrateur d'immeubles.*
5, rue des Saints-Pères, PARIS, Tél. Saxe 48-53.

Pour toute demande de renseignements, écrire à Me Audebert, en joignant un timbre pour la réponse

TARIFS

Tarif des honoraires pour accidents du travail (Tarif Breton) franco .... 4 fr. 50

Tarif minimum raisonné des honoraires médicaux (ancien tarif Jeanne (franco) ...... 3 fr. 50

Adresser les commandes accompagnées du montant au Concours Médical.

Changements d'adresses

Nous rappelons à nos lecteurs que toute demande de changement d'adresse doit être accompagnée de 0 fr. 75 pour frais de réimpression de bande.

Z

II

Partie Professionnelle

A

B

C

D

E

F

G

H

III

NOMS DES AUTEURS

IV

Jurisprudence Médicale

Accidents du travail. — J. de paix de Béziers, 25 mai 1921, 2241 ; (la location des appareils de radiologie est due même quand le médecin est le propriétaire de ces appareils) ; Cassation Ch. civile, 4 juillet 1921, 2305 (prescription d'un an, applicable aux honoraires médicaux) ; Cour de Nancy, 15 mars 1921, 2367 (un blessé n'est pas fondé à refuser de subir une opération ayant un caractère bénin) ; Cassation Ch. civ., 10 février 1920, 2657 (l'ouvrier n'a pas d'action directe contre l'assureur de son patron) ; Trib. civ. du Havre, 6 novembre 1920, 2657 (la perforation intestinale qui se produit à la suite d'un effort brusque est un accident du travail) ; Cassation Ch. civile, 7 mars 1921, 2658 (la hernie provenant d'un effort au cours du travail est un accident du travail) ; Trib. de paix de Peyreleau, 28 mai 1921, conf. par Trib. civ. de Millau, 8 juillet 1921, 2861 (demande d'expertise tardive, défaut de contrôle patronal, rejet des contestations du patron) ; Cassation, Ch. civile, 6 juin 1921, 3255 (l'indemnité journalière n'est pas due en cas de rechute ; les frais médicaux ne sont pas payés après la consolidation) ; Trib. civ. de la Seine, 4e Ch., 14 novembre 1921, 3329 (obligation du patron envers le médecin auquel il a déclaré inexactement que l'accident relevait de la loi de 1898 ; compétence) ; Trib. de paix de Villejuif, 8 juin 1921, 3399 (définition du médecin oculiste spécialiste visé à l'art. 27 du tarif Breton).

Enseignement de la médecine. — Conseil d'Etat, 27 mai 1921, 2545 (conditions de validité d'un concours d'agrégation).

Médecine militaire. — Conseil d'Etat, 13 mai 1921, 2480 (nomination au grade de médecin aide-major d'un élève démissionnaire de l'école du service de santé).

Pharmacie. — Trib. correct. de Montauban, 16 juillet 1921, 3461 (condamnation d'un pharmacien, pour tromperie sur la quantité des médicaments vendus, à une amende et à des dommages intérêts envers le médecin).

Responsabilité civile. — Cassation Ch. criminelle, 16 avril 1921, 3163 (homicide par imprudence, dommages intérêtss appréciation souveraine des juges du fait).

Le Directeur-Gérant : Dr GASSOT.

CLERMONT (OISE). — IMP. DAIX ET THIRON,

(THIRON ET FRANJOU, SUCCESSEURS).

Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

Fleurs nombreuses, petites, radiées, blanches ou roses, rapprochées en corymbe terminal serré ; fleurit en mai-juin.

On emploie les sommités fleuries ; la plante est amère et aromatique. Son principe actif est l'*achiléine*, $C^{24}H^{4}\ O^{2}$, amer à réaction alcaline.

Elle renferme en outre une *essence*, à l'état frais, dans la proportion de 0 gr. 234 pour cent, de densité 0.876 ; sa couleur est bleue.

Dose de l'extrait fluide, de 1 à 4 gr. par jour ; l'infusion se fait à raison de 20 gr. par litre, comme stimulant aromatique.

Acorus calamus (Aracées).

La racine est la partie utilisée ; c'est un iris à petites fleurs jaunes. Croissant dans les lieux humides au bord de l'eau.

La racine est grosse comme le doigt, articulée avec cicatrices ; l'intérieur est blanc rosé et spongieux, foncée à l'intérieur, odeur aromatique, d'un goût piquant et amer.

Cette racine contient un principe amer résineux et aromatique et 3 % d'huile essentielle qui lui donnent ses propriétés.

Huile essentielle, de couleur jaune à base de méthyleugénol de densité égale à 0.976 à 15°. Pouvoir rotatoire de 24°30 avec un indice de réfraction de 1.513, distille vers 250°, soluble dans demi-volume d'alcool à 90°.

Extrait fluide : de 5 à 40 gouttes par jour.

Teinture avec alcool à 80°, 10 gr. en potion, décoction 10 à 20 gr. par litre, poudre de 1 à 4 gr. par jour.

AIL

Allium sativum (Liliacées).

Le principe actif de l'ail est son *essence*. Celle-ci s'y trouve dans la proportion de 0,05 %, sa densité égale 1.053, elle n'agit pas sur la lumière polarisée ; très peu soluble dans l'eau, soluble dans l'alcool et l'éther.

L'essence est constituée par du *sulfocyanure d'allyle* et non par du sulfure d'allyle (comme on peut facilement s'en convaincre).

L'ail contient 6 gr. 50 de matières azotées.

Le suc d'ail cru est un irritant local, révulsif et antiseptique. Il s'élimine facilement, par les voies respiratoires, ce qui fait utiliser soit le suc, soit l'essence.

Tout récemment, la teinture a été préconisée comme hypotenseur à la dose de 15 à 30 gouttes en une ou deux fois, par jour.

ARBOUSIER

Arbutus unedo (Ericacées).

La feuille d'arbousier est un diurétique qui doit son action à l'*arbutine*, $C^{12}H^{16}O^{7}$, qui est un glucoside phénolique, se dédoublant en glucose et en hydroquinone dans l'organisme.

Ces feuilles contiennent en outre de la quercétine, variété de tanin. Elles sont oblongues, de 5 à 6 centimètres sur 2 de large, dentées en scie, coriaces, persistantes.

Employées en infusion à raison de 10 gr. par litre, contre le urétrites, cystites, prostatites, catarrhes de la vessie.

ASCLEPIAS

Vincetoxicum officinale (Asclépiadées).

Plante de 4 à 8 déc. ; à fleurs petites, d'un blanc sale, s'épanouissent en juin-août, assez commune dans les collines au bord des bois pierreux.

La partie utilisée est la racine ; elles contient un glucoside nommé *asclépiadine*. Cette racine est composée de fibres longues, blanches, menues.

A l'état frais, sa saveur est désagréable, son odeur forte. Donne 15 % d'extrait aqueux mou.

Extrait mou 0 gr. 10 à 0 gr. 30, par 24 heures.

Teinture au 1/5 1 à 4 gr., par 24 heures.

AUBÉPINE

Cratœgus oxyacuantha (Rosacées).

Fleurs petites blanches que tout le monde connaît, et disposées en corymbe, rameux ; elles doivent leur odeur agréable à la présence du *terpinéol*, que l'on rencontre aussi dans d'autres plantes.

Ces fleurs sont la partie utilisée, comme tonique hypotenseur, calmant du système nerveux et circulatoire.

Utilisées dans les troubles fonctionnels et organiques du cœur.

Extrait fluide à parties égales de fleurs : 20 gouttes par jour, en 2 fois.

Teinture au cinquième : 20 gouttes, 2 fois par jour.

BARDANE

Arctium lappa (Synanthérées).

Racine noire au dehors, intérieur poreux blanc et radié ; goût mucilagineux et légèrement amer. Contient de l'*inuline* et donne 25 % d'extrait mou.

Utiliser les préparations qui proviennent de la racine fraîche récoltée au printemps ; car les oxydases détruisent les principes actifs.

Cette racine contient 0,175 % d'une *essence* jaune foncé, acide ; densité égale à 0,9695, soluble dans une partie d'alcool à 80°.

Extrait fluide à poids égal de racine, 2 à 8 gr. par jour.

Extrait mou aqueux : 0,50 à 2 gr. par jour.

Sirop avec 2 gr. 50 d'extrait fluide pour 100 sirop simple.

Contre les maladies de la peau, prurit et furonculose notamment.

Donne 20 % d'extrait mou aqueux.

BASILIC

Ocymium basilicum (Labiées).

Petite plante annuelle indigène à odeur agréable.

Renferme un nouveau terpène, l'*ocymène*, $C^{19}H^{16}$, l'astragol, et une essence ayant 0,915 de densité avec — 7°40 comme pouvoir rotatoire.

En infusion : 10 gr. pour 1.000.

Stimulant de la digestion, employé à titre de condiment, contre le vertige stomacal et comme antispasmodique.

BOULEAU

Betula alba (Amentacées).

Arbre de nos bois à épiderme blanc d'argent ; à feuilles alternes simples rhomboïdales, triangulaires. Chaton femelle cylindrique pendant, avec écailles nombreuses et caduques.

C'est la deuxième écorce qui est utilisée comme tonique fébrifuge. Elle est légère, imperméable, amère ; renferme de l'éllagotanin, qui se décompose en acides éllagique et tannique. Les bourgeons écailleux donnent une essence contenant du *betulol*, $C^{15}H^{24}O$, de densité égale à 0,975 à 15°, pouvoir rotatoire négatif — 2°. Cette essence est dans la proportion de 47 %.

L'écorce produit 10 % d'extrait mou ; dose : de 1 à 2 gr. 50 pour jour en plusieurs fois.

L'extrait fluide à poids égal se prend à raison de 3 à 5 gr. en plusieurs fois dans la journée.

Décoction : 15 gr. pour 1.000 d'eau.

BOURDAINE

Rhamnus frangula (Rhamnacées).

Employer l'*écorce de tige* récoltée au printemps sur les jeunes troncs ou sur les branches. La cassure est de couleur rosée ou rougeâtre.

Son principe actif est l'*émodine*, $C^{13}H^{10}O_9$, qui est insoluble dans l'eau et dans l'éther, soluble à chaud dans l'alcool. Les alcalis la dissolvent avec une couleur pourpre. L'écorce en donne 0 gr. 10 %.

Cette écorce de tige employée en décoction et à l'état sec est un purgatif doux ; celle de racine est un purgatif violent.

Donne 15 % d'extrait mou aqueux.

Poudre ou en décoction, 1 à 3 gr. par jour.

Extrait mou aqueux, 0 gr. 15 à 0 gr. 40 par jour.

Extrait fluide adulte, 1 à 2 gr. (15 à 30 gouttes) par jour.

Sirop : extrait fluide, 6 gr. % de sirop de sucre.

CHENOPODIUM ANTHELMINTHICUM

Chénopodiées (Anserine vermifuge).

Plante vivace originaire de l'Amérique du Nord, acclimatée dans nos jardins. Toute la plante est anthelmintique à odeur pénétrante et goût piquant.

Elle contient une *essence* de couleur jaune clair, à odeur se rapprochant de celle du camphre ; saveur piquante et légèrement amère ; sa densité est comprise entre 0,861 à 0,990.

Doses pour adultes : essence, 5 gouttes 2 fois par jour en émulsion ; plante en infusion, 10 gr. par litre contre les ascarides lombricoïdes.

Erysimum officinale (Crucifère).

Herbe aux chantres.

L'erysimum croît dans les lieux incultes contre les murs et le bord des champs dans toute l'Europe.

Fleurs jaunes et très petites, fleurit en avril-mai.

Feuilles ovales cordiformes dentées ; la plante à une odeur d'ail ; ses feuilles sont astringentes.

Emploi :

Poudre, 2 à 5 gr. par jour ;

Teinture, 3 à 5 gr., par jour.

Extrait fluide, 1 à 2 gr. par jour ;

Infusion, 10 gr. litre.

La teinture donne 2 % d'extrait au minimum, et la plante 20 % d'extrait aqueux. Elle contient un *glucoside*, $C^4H^7O^2$, amorphe, jaune pâle, soluble dans l'eau, l'alcool ; insoluble dans l'éther, fond à 190°, c'est l'*erysimonine*.

La plante est employée contre la toux, affection laryngée, catarrhe pulmonaire.

(*A suivre*).

NOTES DE PRATIQUE PÉDIATRIQUE

Ne désespérons jamais.

En 1890, L'enfant L..., rue de la mairie, 15, âgé d'un an, atteint de bronchite capillaire, est considéré comme perdu : collapsus, asphyxie, etc.

Le père, après le départ du médecin, le voyant inerte et cyanosé, lui insuffle de bouche à bouche une gorgée de cognac, et l'enfant revit comme par enchantement. Réflexe ?... La respiration artificielle et les tractions rythmées devraient être utilisées en désespoir de cause, dans tous les cas.

***

Le 10 décembre 1902, appelé vers midi, pour un enfant de dix jours, né à huit mois de terme, je trouve un enfant pâle, décoloré, cadavérique, lèvres blanches, sans pouls. Il ne veut pas téter, dit la mère. Fait une inspiration imperceptible comme s'il rendait le dernier soupir.

Je dis à la mère : « Mettez une cuillerée à bouche de cognac, dans un quart de verre d'eau, donnez-lui en une cuillerée à café tous les 1/4 d'heure, frictionnez-le avec de l'alcool camphré sur tout le corps, mais je crains bien, ma pauvre Madame, que votre enfant ne soit perdu. » Et je sors, convaincu que l'enfant était mort. Cet enfant est resté en état de

mort apparente avec de petits spasmes, m'a dit la mère, qui se sont répétés de temps à autre jusqu'au soir. Puis il s'est remis à téter et à revivre.

***

Au début de notre carrière, en 1878, alors qu'on ignorait les tractions rythmées de la langue, les injections d'huile camphrée, etc., nous fûmes appelé une nuit chez un riche industriel dont le médecin habituel résidait à Paris et qu'on ne pouvait aller quérir en auto, à cette époque.

Je courus en hâte auprès de ce client influent qui pouvait me faire connaître, et je le trouvai dans une immobilité complète, cyanosé, le corps couvert de sueurs froides, un peu d'écume à la bouche et les extrémités violacées et glacées, pouls imperceptible, yeux glauques, bref, un homme dans un état de collapsus voisin de la mort.

Rapidement, à l'oreille, sa femme me dit que son mari, âgé de 70 ans, avait voulu faire le jeune homme, et que c'est à la suite d'efforts...

Flanelles chaudes, linges chauds, frictions sur tout le corps avec eau de Cologne, et aidé de plusieurs aides, respiration artificielle, oxygène, marteau de Mayor à la région cardiaque, tout fut mis en œuvre pour ranimer le malade, rappeler le pouls et la chaleur, avec une persévérance et un zèle de jeune médecin qui tient à réussir, mais en vain ! L'inertie, la cyanose avec un peu d'écume aux lèvres, persistaient toujours.

Après deux heures d'efforts inouis, je prévins la famille de l'inutilité de mes soins et je demandai la permission de me retirer. J'étais rompu et le malade écorché.

La femme me supplia de rester, avec tant de douleur et d'insistance, que je repris les manœuvres, sur ce corps froid, aux membres ballants et à la tête oscillante.

Une heure se passa, puis je perçus un léger mouvement respiratoire, puis d'autres... et le malade entr'ouvrit les yeux, reprit lentement connaissance, et mon mort ressuscita.

Je me retirai éreinté, mais aussi joyeux et satisfait que la famille elle-même.

***

Je fus acteur dans une situation bien plus dramatique et qui me touchait de près. Terrible moment de mon existence.

C'était en 1915, le 20 mai, mon petit-fils Jacques avait sept ans. Son père était mobilisé et le pauvre petit terminait une formidable coqueluche.

Il était une heure de l'après-midi, lorsqu'on vint me chercher en hâte, au cabinet de consultation, parce que Jacques était très mal.

J'accours et trouve l'enfant immobile dans son lit, cyanosé, sans pouls, sans respiration, yeux fixes. Il avait eu une quinte et était retombé inerte.

Pendant que sa mère et sa grand-mère, désolées

et folles de terreur, téléphonaient à tous les médecins d'enfants de Paris, qui pouvaient être disponibles à ces terribles moments de la guerre, je me mis en devoir de ranimer le pauvre petit, aidé de l'infirmière-major de notre hôpital nº 239, Mme Heim.

Tractions rythmées, respiration artificielle, ballon d'oxygène, injection d'éther, d'huile camphrée, de strychnine, frictions, tous les moyens thérapeutiques disponibles furent mis en jeu.

Mais le pouls incomptable, filiforme, restait le même ! Parfois il disparaissait complètement, puis reparaissait, misérable. Et l'enfant restait inerte, lèvres décolorées, légèrement violacées, extrémités et ongles noirâtres, avec toutes les apparences de la mort prochaine.

Les heures passaient, et le pouls diminuait encore, et bien rarement on arrivait à percevoir une pulsation.

Anéanti, brisé d'anxiété, d'émotion, pris d'un découragement profond, devant tant d'efforts inutiles, le cœur horriblement torturé devant la constatation de disparition presque complète du pouls, devant la mort de ce cher enfant que je voyais presque certaine, et devant la désolation des mères, vingt fois, d'une voix éteinte et navrée, je dis :

— C'est fini ! Il est perdu !...

— Mais non, Monsieur, disait cette bonne Mme Heim, je vous assure que je sens des pulsations, continuons... courage !

Et vingt fois, l'on recommença.

Après *six heures* de torture sans nom, nous plaçâmes l'enfant dans un bain sinapisé.

Immédiatement, il fut pris de convulsions violentes dans le bain, au moment où le Dr Méry arrivait.

Ces mouvements convulsifs, unilatéraux à gauche, autant que je puis me rappeler, furent une joie pour nous ; succédant à l'inertie et à la cyanose, c'était un signe de vie.

Et Jacques guérit !

Quoi ? Spasme de la glotte ? Syncope prolongée ??

Combien de morts subites d'enfants qui restent inexpliquées ! combien de ces enfants qui ne seraient point morts s'ils avaient reçu des secours immédiats et... prolongés surtout !

En février 1903, dans le *Formulaire mensuel*, nous lisons : « Sir Samuel Wilker rapporte dans le *Boston Médical and Surgical Journal* le cas d'une petite fille atteinte de fièvre typhoïde et qui, mourante en apparence (*apparently dying*), fut rapidement améliorée et guérie à la suite de l'administration de doses énormes de Brandy.

Dr COURGEY.